

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

της
Αναστασίας Χασάνδρα

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται
στο καθηγητικό σώμα για την μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων
απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού
Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης
Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και
του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Πρόληψη Παρέμβαση Αποκατάσταση
Μυοσκελετικών Παθήσεων».

Κομοτηνή

2010

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1ος Επιβλέπων: Ευάγγελος Μπεμπέτσος, Λέκτορας

2ος Επιβλέπων: Ιωάννης Θεοδωράκης, Καθηγητής

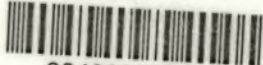
3ος Επιβλέπων: Παναγιώτης Αντωνίου, Επίκ. Καθηγητής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αρ.θ. Εισ.: 9120/1
Ημερ. Εισ.: 17/10/2011
Δωρεά: Συγγραφέα
Ταξινόμησης Κωδικός: Δ
158.7
ΧΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000107754

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αναστασία Χασάνδρα: Διερεύνηση στάσεων και συμπεριφορών εργασίας και φυσικής δραστηριότητας εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Με την επίβλεψη του κ. Ευάγγελου Μπεμπέτσου, Λέκτορα)

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές εργασίας και Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, σε έξι διαφορετικούς τομείς οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων. Το πρώτο ερωτηματολόγιο (Safety Attitudes Questionnaire 'SAQ') είχε ως στόχο την διερεύνηση έξι παραγόντων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών (Sexton et al., 2006). Το SAQ περιλάμβανε δημογραφικές πληροφορίες και 38 ερωτήσεις οι οποίες εξέταζαν τους ακόλουθους παράγοντες: την ομαδικότητα, την αναγνώριση του άγχους, τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου, το κλίμα ασφάλειας, την επαγγελματική ικανοποίηση και τις συνθήκες εργασίας. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο εξέταζε τις στάσεις των εργαζομένων απέναντι στην άσκηση (Ajzen, 2002). Το τρίτο ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο» (Leisure-Time Exercise Questionnaire) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συμπεριφοράς της άσκησης σε μια εβδομάδα (Godin & Shephard, 1985). Επιπλέον, προκειμένου να ελεγχθεί ως ένα βαθμό ο περιορισμός των προκατειλημμένων αυτό-αναφορών, στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (Crowne & Marlowe, 1960). Συνολικά συλλέχθηκαν 508 ερωτηματολόγια από 10 νοσοκομεία της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους παράγοντες του ερωτηματολογίου και τα νοσοκομεία, τις κλινικές, την ειδικότητα των εργαζομένων, την κατηγορία των νοσοκομείων (αστικό-περιφερειακό), το φύλο, την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας. Περαιτέρω έρευνες προτείνονται για τη συλλογή περισσότερων δεδομένων και για την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: Ασφάλεια ασθενών, επαγγελματική ικανοποίηση, ομαδικότητα, άγχος

ABSTRACT

Anastasia Hasandra : Investigation of working and Physical Activity attitudes and behaviors of employees in sanitary hospitalization services
(Under the supervision of Evaggelos Bebetos, Lecturer)

The aim of this study was to investigate the employees' working and Physical Activity attitudes and behaviors in Greek public hospitals, in six different sections which are connected with patients' safety. Three questionnaires were used to complete this study. The target of the first questionnaire (Safety Attitudes Questionnaire 'SAQ') was to investigate six factors related to patients' safety (Sexton et al., 2006). The SAQ included demographics information and 38 questions which examined the following factors: teamwork, stress recognition, perception of management, safety climate, job satisfaction and working conditions. The second questionnaire examined the employees' Physical Activity attitudes (Ajzen, 2002). The third questionnaire (Leisure-Time Exercise Questionnaire) was used to estimate the employees' exercise behaviors in a week (Godin & Shephard, 1985). Furthermore, in order to achieve the limitation of self reported responds, the participants filled in a form of Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1960). The collected questionnaires were 508 from 10 hospitals of 3rd sanitary prefecture of Macedonia (North Greece) and 1st sanitary prefecture of Attica (Athens). The results revealed statistically significant differences between the SAQ' factors and a) hospitals, b) clinical areas c) specialty of employees (for example doctors, nurses), d) hospital category (civil-regional), e) gender and f) years of employment. Further investigation is suggested to collect more data and to reach safer conclusions.

Key Words: patients' safety, job satisfaction, teamwork, stress

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	vii
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Ερευνητικές υποθέσεις.....	4
Μηδενικές υποθέσεις.....	5
Περιορισμοί της έρευνας.....	6
Λειτουργικοί ορισμοί.....	7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	8
Ασφάλεια ασθενών και ιατρικά λάθη.....	8
Φυσική δραστηριότητα και stress στον εργασιακό χώρο.....	13
Φυσική δραστηριότητα και επαγγελματική ικανοποίηση στον εργασιακό χώρο.....	15
Ομαδικότητα στον εργασιακό χώρο.....	17
Συνθήκες εργασίας	18
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	20
Δείγμα	20
Όργανα μέτρησης.....	20
Safety attitudes questionnaire	20
Στάσεις άσκησης	22
Συμπεριφορά άσκησης	22
Συνολικός δείκτης της άσκησης	23
Κλίμακα ‘επιθυμία για κοινωνική αποδοχή’	23
Ερευνητική διαδικασία.....	23
Στατιστική ανάλυση.....	24
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	25
Περιγραφικά	25

Στάσεις και συμπεριφορές άσκησης.....	27
Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του SAQ.....	27
Εγκυρότητα.....	27
Αξιοπιστία.....	30
Συσχετίσεις.....	32
Συσχέτιση με κλίμακα «επιθυμία για κοινωνική αποδοχή».....	33
Διαφορές ομάδων.....	33
Ανά νοσοκομείο	33
Ανά κλινική	35
Ανά ειδικότητα	36
Διαφορές μεταξύ αστικών και περιφερειακών νοσοκομείων.....	36
Ανά φύλο	37
Ανά ηλικία	37
Ανά έτη υπηρεσίας	38
Διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων.....	39
Προβλέψεις.....	39
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
VI. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	56
VII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
VIII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	68
Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο SAQ.....	69
Παράρτημα 2: Ερωτηματολόγιο στάσεις εργαζομένων ως προς την άσκηση	70
Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς άσκησης.....	71
Παράρτημα 4: Κλίμακα κοινωνικής αποδοχής.....	71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.	Ορισμοί εξεταζόμενων παραγόντων και παραδείγματα ερωτήσεων του SAQ.....	21
Πίνακας 2.	Συχνότητες απαντήσεων ανά νοσοκομείο.....	25
Πίνακας 3.	Φορτίσεις ανά ερώτηση στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire.....	27
Πίνακας 4.	Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και συσχετίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου και των μεταβλητών στάσεις, συμπεριφορά άσκησης και κλίμακα «επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής».....	31

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΦΔ	Φυσική Δραστηριότητα
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
PSOs	Patient Safety Organizations
NCPS	National Center for Patient Safety
ΜΟ	Μέσος όρος
SB	Safety Briefing
FMAQ	Flight Management Attitudes Questionnaire
ICUMAQ	Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαδικασιών, τεχνολογικού εξοπλισμού και προσωπικού. Μέσα σ' αυτό το πολύπλοκο σύστημα οι ασθενείς εκτίθενται στον κίνδυνο ακούσιου τραυματισμού που μπορεί να είναι ασήμαντος αλλά μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία ακόμα και στο θάνατο. Οι προσπάθειες να μειωθούν αυτοί οι τραυματισμοί οδήγησαν στην δράση για την ασφάλεια των ασθενών και στη γενική αποδοχή ότι η ασφάλεια των ασθενών περιλαμβάνει την πρόληψη και τη μείωση της σοβαρότητας των ανεπιθύμητων περιστατικών ή τραυματισμών (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Η μέτρηση και αξιολόγηση των στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας, συμβάλλει στην πρόβλεψη της εργασιακής συμπεριφοράς και απόδοσης των παραπάνω εργαζομένων και ερευνητές υποστηρίζουν ότι συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Η ανάλυση και αξιολόγηση των στάσεων και συμπεριφορών των εργαζομένων στα νοσοκομεία ουσιαστικά απεικονίζει το πόσο ασφαλείς είναι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα μεταβολής αυτών των στάσεων μέσω παρεμβατικών προγραμμάτων και αξιολόγησή τους εκ νέου, ώστε να εκτιμηθεί ο βαθμός μεταβολής τους (Sexton et al., 2006).

Ο όρκος του Ιπποκράτη, ο θεμέλιος λίθος της ιατρικής πρακτικής, προτρέπει τους φροντιστές υγείας να μην κάνουν κακό και να μην αδικήσουν. Το Νοέμβριο του 1999 το Αμερικανικό Ιατρικό Ινστιτούτο σε άρθρο που δημοσίευσε με τίτλο «Τα λάθη είναι ανθρώπινα», αποκαλύπτει ότι έχει γίνει πολύ κακό ως τώρα. Η συλλογή στοιχείων αποδεικνύει ότι 98.000 άνθρωποι πεθαίνουν το χρόνο εξαιτίας λάθους στη διάγνωση ή στη θεραπεία (Kohn et.al., 2000).

Στο παραπάνω άρθρο του Ιατρικού Ινστιτούτου γίνεται ένας πρόχειρος υπολογισμός, ο οποίος καταλήγει ότι τα ιατρικά λάθη τα οποία μπορούν να προληφθούν, προκαλούν θανάτους τόσους όσους τα τροχαία ατυχήματα, ο καρκίνος του στήθους και το AIDS. Αναφέρεται επίσης ότι εκτός από το κόστος σε ανθρώπινες

ζωές, τα ιατρικά λάθη στοιχίζουν στον τομέα της υγείας 17-29 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως και οδηγούν στην απώλεια εμπιστοσύνης των ασθενών στο σύστημα υγείας και μειώνουν την ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Η εφημερίδα «Figaro», στην γειτονική Ιταλία, σε άρθρο που δημοσίευσε πρόσφατα επισημαίνει ότι από τους 8 εκατ. ανθρώπους που νοσηλεύονται κάθε χρόνο στα ιταλικά νοσοκομεία, οι 320.000 χάνουν τη ζωή τους από ιατρικά λάθη, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρά. Συγκριτικά, τα θύματα από τροχαία δυστυχήματα είναι μόλις τα μισά (<http://TA.NEOnline.YTEIA.DPΑΣH+ZΩH.mht>).

Τα παραπάνω νούμερα υποδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη υιοθέτησης στρατηγικών για τη μείωση των ιατρικών λαθών και την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών (Muse, 2007).

Ένα σύστημα υγείας για να παρέχει στους ασθενείς ασφαλείς, επαρκείς και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, είναι απαραίτητο να υπάρχει ο κατάλληλος συντονισμός όλων όσων εμπλέκονται μέσα σ' αυτό. Η αποτυχία του συντονισμού οδηγεί στην καταγραφή ιατρικών λαθών και στην απειλή της ασφάλειας των ασθενών. Οι αιτίες των ιατρικών λαθών ποικίλλουν, ωστόσο σ' αυτές περιλαμβάνονται η αποτυχία των μέτρων προστασίας, ο λάθος εξοπλισμός, η έλλειψη ομαδικότητας και επικοινωνίας. Επομένως, η ασφάλεια των ασθενών εξαρτάται από την κατάλληλη αλληλεπίδραση όλων των «συστατικών» του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι Kohn και συν. (2000) όρισαν ως ιατρικό λάθος την αποτυχία επίτευξης μιας σχεδιασμένης δράσης ή τη χρήση λάθος σχεδίου για την επίτευξη ενός σκοπού.

Για την καλύτερη διερεύνηση των ιατρικών λαθών, διαχωρίζονται σε άμεσα και έμμεσα. Τα άμεσα καταγράφονται κατά τη διάρκεια παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και οι συνέπειές τους γίνονται σχεδόν αμέσως αντιληπτές. Τα έμμεσα λάθη περιλαμβάνουν τον ακατάλληλο σχεδιασμό του συστήματος υγείας και την ανεπαρκή υλικοτεχνική υποδομή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα έμμεσα λάθη αποτελούν για κάποιους μεγαλύτερη απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, διότι συχνά δεν αναγνωρίζονται και έχουν τη δυνατότητα να επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών με ποικίλους τρόπους (Reason, 1990). Η επικέντρωση των ερευνών στα άμεσα λάθη έχει ως αποτέλεσμα τα έμμεσα να παραμένουν χωρίς να αναζητούνται τρόποι για την επίλυσή τους με συνέπεια το ίδιο το σύστημα να υπονομεύει την ασφάλεια των ασθενών. Ο Reason (1990) υποστηρίζει ότι το κλειδί για τη μείωση των ιατρικών

λαθών είναι η επικέντρωση των προσπαθειών στην βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας αλλά και στη βελτίωση της απόδοσης του κάθε εργαζόμενου ατομικά.

Ο Leape (1994) επισημαίνει ότι μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους ψυχολογικούς και ανθρώπινους παράγοντες, στη φύση, στους μηχανισμούς και στις αιτίες του λάθους, ιδιαίτερα στο γεγονός ότι η προδιάθεση και η πιθανότητα λάθους επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το περιεχόμενο και τις συνθήκες εργασίας. Η ρίζα των αιτιών μπορεί να βρίσκεται σε αρκετούς αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες, όπως η χρήση των αντικαταστατών, η επικοινωνία, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το άγχος, προβλήματα επίβλεψης και η ανεπαρκής εκπαίδευση. Μερικά βασικά χαρακτηριστικά μιας κλινικής ή μονάδας, όπως η κακή επικοινωνία μεταξύ της ομάδας, μπορεί να ευθύνονται για ποικιλία λαθών (Vincent, 1997).

Η σημασία της φυσικής δραστηριότητας στην επίτευξη και διατήρηση της υγείας του ανθρώπου έχει αναγνωρισθεί από πλήθος Διεθνών Οργανισμών. Καθημερινά δημοσιοποιούνται όλο και περισσότερα στοιχεία που καταδεικνύουν ότι η άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στη σωματική όσο στην ψυχική υγεία (Plante & Robin, 1990). Οι Antoniou, Davidson και Cooper (2003), συμπεραίνουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των Ελλήνων νοσοκομειακών γιατρών που βίωναν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους αθλείται συστηματικά ή ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων. Αντίθετα, η συντριπτική τους πλειοψηφία συνήθως δεν κατάφερε να ανταποκριθεί σε ένα πρόγραμμα άσκησης.

Παράλληλα, λοιπόν, με τα άμεσα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στο σώμα και στην καρδιαγγειακή λειτουργία, έχουν επίσης καταγραφεί πολύ σημαντικές ψυχοκοινωνικές ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά διάφορες αγχωτικές καταστάσεις της καθημερινότητάς του (Biddle, Fox & Boutcher, 2000).

Δεδομένου ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένας ευαίσθητος χώρος και κάθε πιθανό λάθος μπορεί να συνεπάγεται αρνητικές επιπτώσεις για την ασφάλεια των ασθενών είναι σημαντικό να εντοπιστούν, να μελετηθούν και να εφαρμοστούν τρόποι για τη μείωση των ιατρικών λαθών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές εργασίας και Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, σε έξι διαφορετικούς τομείς οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών. Οι τομείς εργασίας που αξιολογήθηκαν είναι η ομαδικότητα,

το κλίμα ασφάλειας, η επαγγελματική ικανοποίηση, η αναγνώριση του άγχους, οι συνθήκες εργασίας και οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση που ασκείται από την ηγεσία του νοσοκομείου και των τμημάτων/κλινικών. Ταυτόχρονα αξιολογήθηκαν οι στάσεις και οι συμπεριφορές των εργαζομένων ως προς τη φυσική δραστηριότητα και την άσκηση.

Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι ότι οι αναλύσεις των δεδομένων των ερωτηματολογίων θα οδηγήσουν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

α) Θα υπάρχουν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της ομαδικότητας, της επαγγελματικής ικανοποίησης, στο κλίμα ασφάλειας, στις συνθήκες εργασίας, στο άγχος και στις αντιλήψεις για τη διοίκηση:

- 1) Ανά νοσοκομείο
- 2) Ανά κλινική νοσοκομείου
- 3) Ανά ειδικότητα εργαζομένων
- 4) Ανά κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)
- 5) Ανά φύλο
- 6) Ανά ηλικία
- 7) Ανά έτη υπηρεσίας

β) Θα υπάρχουν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της επαγγελματικής ικανοποίησης και του άγχους σε σχέση με το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης των συμμετεχόντων.

γ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από το εκάστοτε νοσοκομείο.

δ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το stress, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από την εκάστοτε κλινική

ε) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από την ειδικότητα των εργαζομένων.

στ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται ανά κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό).

ζ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από το φύλο.

η) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από την ηλικία.

θ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα θα διαφοροποιούνται από τα έτη υπηρεσίας.

Μηδενικές υποθέσεις

Ανάλογα οι μηδενικές υποθέσεις της έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

α) Δεν θα υπάρχουν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της ομαδικότητας, της επαγγελματικής ικανοποίησης, στο κλίμα ασφάλειας, στις συνθήκες εργασίας, στο άγχος και στις αντιλήψεις για τη διοίκηση:

- 1) Ανά νοσοκομείο
- 2) Ανά κλινική νοσοκομείου
- 3) Ανά ειδικότητα εργαζομένων
- 4) Ανά κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)
- 5) Ανά φύλο
- 6) Ανά ηλικία
- 7) Ανά έτη υπηρεσίας

β) Δεν θα υπάρχουν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της επαγγελματικής ικανοποίησης και του άγχους σε σχέση με το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης των συμμετεχόντων.

γ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται ανά νοσοκομείο.

δ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται ανά κλινική

ε) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται από την ειδικότητα των εργαζομένων.

στ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό).

ζ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται από το φύλο.

η) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται από την ηλικία.

θ) Η εργασιακή ικανοποίηση, η ομαδικότητα, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, οι συνθήκες εργασίας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου καθώς και η Φυσική Δραστηριότητα δεν θα διαφοροποιούνται από τα έτη υπηρεσίας.

Περιορισμοί της έρευνας

Προκειμένου να ελεγχθεί ως ένα βαθμό ο αριθμός των προκατειλημμένων αυτό-αναφορών, στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (Crowne & Marlowe, 1960), προκειμένου να υπολογιστεί ο βαθμός συσχέτισης των δύο μετρήσεων. Ως επιθυμία για κοινωνική αποδοχή ορίζεται η ανάγκη των ατόμων να απαντούν με τρόπο που είναι κοινωνικά αποδεκτός (Crowne & Marlowe, 1960). Η επιθυμία για κοινωνική αποδοχή είναι μεγάλο πρόβλημα για την εγκυρότητα ερωτηματολογίων (Runkel & McGrath, 1972). Έτσι, είναι πολύ πιθανό να επιδέχονται απαντήσεις θετικά προκατειλημμένες. Οι συμμετέχοντες συνειδητά ή ασυνειδητά απαντούν σε ψυχολογικά και κοινωνικά ερωτηματολόγια, έτσι ώστε να

φαίνονται καλύτεροι από ότι είναι, κάτι που έχει μεγάλη επιρροή στην εγκυρότητα της μέτρησης.

Λειτουργικοί ορισμοί

Κουλτούρα/κλίμα ασφαλείας: ορίζεται ως η δέσμευση της διοίκησης για ασφάλεια, το ύφος της επικοινωνίας που χρησιμοποιεί και οι επιφανείς κανόνες αναφοράς των λαθών αλλά ακόμη η παρακίνηση των εργαζομένων, η ηθική, η αντίληψη για τα λάθη, οι στάσεις απέναντι στη διοίκηση και παράγοντες που επιδρούν στην ασφάλεια όπως η κούραση, το ρίσκο της κάθε επέμβασης, η παραβίαση του πρωτόκολλου κ.ά. (Itoh, Andersen & Seki, 2004).

Ομαδικότητα: ορίζεται ως οι συνεχείς σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ των συναδέλφων.

Επαγγελματική ικανοποίηση: είναι ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Αντίληψη της Διοίκησης: η αποδοχή από το προσωπικό των ενεργειών της διοίκησης.

Συνθήκες εργασίας: οι συνθήκες εργασίας καθορίζονται από το περιβάλλον εργασίας και τον παρεχόμενο εξοπλισμό.

Αναγνώριση του άγχους: η αναγνώριση της επίδρασης του άγχους στην εργασιακή απόδοση του προσωπικού.

Φυσική δραστηριότητα: κάθε εκούσια κίνηση των σκελετικών μυών που έχουν ως αποτέλεσμα ενεργειακή δαπάνη.



II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ασφάλεια ασθενών και ιατρικά λάθη

Η ασφάλεια είναι θεμελιώδες δικαίωμα του ασθενούς, πέρα απ' οποιαδήποτε αμφιβολία (Κνοκ & Simpson, 2004). Όταν οι ασθενείς φτάνουν σε κάποιο νοσοκομείο, προσδοκούν να φύγουν σε καλύτερη κατάσταση ή τουλάχιστον στην ίδια με αυτή που προσήλθαν. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους περιμένουν από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό να διατηρούν το κλίμα ασφάλειας των ασθενών μέσα στο περιβάλλον του νοσηλευτικού ιδρύματος σε υψηλά επίπεδα και να αποφεύγουν λάθη φανερά ή συγκαλυμμένα όπως η κακή επικοινωνία και συνεργασία. Η δημοσίευση του άρθρου «Τα λάθη είναι ανθρώπινα» του Ιατρικού Αμερικανικού Ινστιτούτου επισήμανε το γεγονός ότι ο τομέας της υγείας δεν είναι αλάνθαστος.

Ως "ασφάλεια των ασθενών" νοείται η προστασία των ασθενών από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ζήτημα που ανησυχεί ιδιαίτερα την Ευρωπαϊκή Ένωση. Όπως σταθερά δείχνουν πρόσφατες μελέτες, σε έναν όλο και μεγαλύτερο αριθμό χωρών, διαπράττονται ιατρικά σφάλματα στο 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο, ενώ παράλληλα παρατηρούνται ανεπιθύμητα περιστατικά σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης όπως η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, η βοήθεια στο σπίτι, η κοινωνική πρόνοια και η ιδιωτική φροντίδα, η φροντίδα σε εξαιρετικά σοβαρές και χρόνιες ασθένειες. Στόχος της ΕΕ είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής στην Ευρώπη, προωθώντας την καλή υγεία. Το πρόγραμμα 2008-2013 για την υγεία επικεντρώνεται στα ακόλουθα:

- α) βελτιωμένη ασφάλεια της υγείας των πολιτών
- β) προώθηση της υγείας και μείωση των ανισοτήτων στον τομέα αυτό
- γ) συλλογή και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών για θέματα υγείας (Eurosurveillance, 2007).

Παρόλο το αυξημένο ενδιαφέρον για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, λάθη και ανεπιθύμητα περιστατικά συνεχίζουν να είναι συχνά στην

κλινική καθημερινότητα (Leape, 1994). Ο κίνδυνος ιατρογενούς τραυματισμού των ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα παραμένει υψηλός σε ποσοστό 4-17% (Mills & Bolschwing, 1995; Vincent 1997). Αμερικανική έρευνα έδειξε ότι το 45% των ασθενών βίωσε κάποια ιατρική κακοδιαχείριση και 17% υπέφερε από κάτι το οποίο οδήγησε σε παράταση του χρόνου νοσηλείας ή από σοβαρότερα προβλήματα (Andrews et al., 1997).

Τα πιο συνηθισμένα λάθη είναι η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι διαδικαστικές επιπλοκές και οι πτώσεις. Στα λάθη συμπεριλαμβάνονται επίσης οι ανυπόγραφες ιατρικές οδηγίες όπως επίσης και οι ελλειπίες ή δυσανάγνωστες οδηγίες. Κατά τον Muse (2007) η γνώση της πηγής των λαθών είναι η αρχή για οποιαδήποτε εφαρμογή στρατηγικής για τη μείωσή τους.

Η ασφάλεια των ασθενών επικεντρώνει το ενδιαφέρον πολλών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων αλλά και σημαντικών οργανισμών που ασχολούνται με θέματα υγείας, όπως η Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, η Εθνική Επιτροπή Ποιότητας των Ηνωμένων Πολιτειών κ.ά. Γι' αυτό πολλά νέα προγράμματα έχουν προκύψει για την καταγραφή των λαθών αλλά και για την πρόληψη τους. Η χρήση νέων τεχνολογιών και της αυτοματοποίησης, η συνεχόμενη εκπαίδευση του προσωπικού είναι κάποιες στρατηγικές που εφαρμόζονται στην προσπάθεια να μειωθεί η συχνότητα των λαθών και συνεπώς να αυξηθεί η ασφάλεια των ασθενών (Barach, 2000; Berwick, 1989).

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα διαθέτουν τρόπους καταγραφής των λαθών που γίνονται αντιληπτά στην καθημερινή κλινική πρακτική. Οι τρόποι αυτοί όμως αποτελούνται κυρίως από τη συμπλήρωση μιας αναφοράς κάθε φορά που κάποιο λάθος γνωστοποιείται (Bates, O'Neil, & Boyle, 1994; Cullen & Bates, 1995). Οι συγκεκριμένοι τρόποι καταγραφής λάθους αποδίδουν ευθύνες προσωπικά, χωρίς να μπορούν να προσφέρουν στην ανάλυση των συστημάτων, στον προσδιορισμό των τάσεων ή να προτείνουν στρατηγικές βελτίωσης και γι' αυτούς τους λόγους αποδεικνύονται ανεπαρκείς (Woollever, 2005).

Το 2005 στις Ηνωμένες Πολιτείες θεσπίστηκε το «Patient Safety and Quality Improvement Act». Η παραπάνω νομοθεσία προστατεύει όποιον προσέρχεται εθελοντικά σε πιστοποιημένους ομοσπονδιακούς οργανισμούς (Patient Safety Organizations 'PSOs'), για να παρέχει πληροφορίες σχετικές με την ασφάλεια των ασθενών. Η νομοθεσία προστατεύει τον εθελοντή πληροφοριοδότη από τυχόν απόλυσή του από τον εργοδότη ή οποιαδήποτε απειλή ή τιμωρία (Muse, 2007).

Προκειμένου να προληφθούν, να αποκαλυφθούν και να διερευνηθούν τα ιατρικά λάθη, οι νοσοκομειακοί οργανισμοί αρχίζουν να υιοθετούν την ανωνυμία στην αναφορά περιστατικών ιατρικών λαθών, με σκοπό την μεγαλύτερη συλλογή δεδομένων και την ανάλυσή τους (Muse, 2007).

Πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα εφάρμοσαν σύστημα πληροφοριών για την ασφάλεια των ασθενών με επιτυχία. Η ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Ασφάλειας των Ασθενών (National Center for Patient Safety “NCPS”) εξυπηρετεί αυτόν τον σκοπό και είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη εσωτερικής εμπιστευτικής και ατιμώρητης αναφοράς περιστατικών λάθους ή και περιπτώσεων που παραλίγο να συμβεί λάθος (close-call). Μετά την εφαρμογή του παραπάνω προγράμματος το NCPS παρατήρησε σταδιακή αύξηση των αναφορών των λαθών που έγιναν αλλά και αυτών που παραλίγο να γίνουν (Muse, 2007).

Τα νοσοκομεία και οι κλινικές του Στάνφορντ δημιούργησαν ένα διαδικτυακό σύστημα με σκοπό την αναφορά κάθε περιστατικού συμπεριφοράς, πρακτικής και πολιτικής που οδήγησε ή παραλίγο να οδηγήσει σε λάθος το οποίο προκάλεσε ή θα μπορούσε να προκαλέσει τραυματισμό οποιουδήποτε ασθενούς ή εργαζόμενου. Αυτό το σύστημα έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι της γραπτής αναφοράς λάθους, όπως λιγότερες καθυστερήσεις, μεταφορά δεδομένων σε πολλά τμήματα ταυτοχρόνως και αυτόματο μηχανισμό ανάλυσης δεδομένων για την εξαγωγή συμπερασμάτων (Muse, 2007).

Η μέτρηση των στάσεων και των συμπεριφορών με τη χρήση αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης, συμβάλλει στην πρόβλεψη της εργασιακής συμπεριφοράς και απόδοσης καθώς και στη διαφοροποίηση τους μέσω της εκπαίδευσης και των αλλαγών στο περιβάλλον εργασίας. Η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται άμεσα με τις στάσεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, γι’ αυτό ενθαρρύνεται η μέτρηση και η αξιολόγησή τους από τους ερευνητές. Η μελέτη και η ανάλυσή τους αντανακλά το βαθμό ασφάλειας των ασθενών του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ενδιαφέρον αυτό πηγάζει εν μέρει από την εμπειρία άλλων βιομηχανιών (πυρηνικής ενέργειας, αεροπλοΐας), που είναι γνωστές για την ικανότητά τους να συνδυάζουν αξιοπιστία και επικινδυνότητα (Nieva & Sotta, 2003). Οι έρευνες για τα αίτια των αεροπορικών ατυχημάτων έδειξαν ότι τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του πληρώματος όπως η ομαδική εργασία, η ελευθερία λόγου, η επικοινωνία και η συνεργασία στη λήψη αποφάσεων, αποτελούσε τον κύριο παράγοντα των ατυχημάτων (Helmreich, Merritt, Sherman, Gregorich & Wiener, 1993; Helmreich &

Merritt,1998). Η βιομηχανία αεροπλοΐας δημιούργησε ένα ερωτηματολόγιο (Flight Management Attitudes Questionnaire 'FMAQ'), με το οποίο ερευνούσε τους παραπάνω παράγοντες στα πληρώματα των αεροσκαφών (Helmreich & Merritt, 1998). Τα αποτελέσματα των ερευνών που διεξήχθησαν με βάση το ερωτηματολόγιο FMAQ, οδήγησαν στο σχεδιασμό ενός προγράμματος γνωστό ως Crew Resource Management, το οποίο διδάσκει στους υπτάμενους τις αρχές της ομαδικής εργασίας, της επικοινωνίας, τον τρόπο διαχείρισης του άγχους και άλλων ανθρώπινων αρχών με σκοπό την πρόληψη των ατυχημάτων. Το πρόγραμμα ακόμα επισημαίνει την αναγκαιότητα της ανωνυμίας στη συμπλήρωση των αναφορών ατυχημάτων και την αποφυγή απόδοσης κατηγοριών ατομικά, γιατί αποτελούν εμπόδια στη συλλογή πληροφοριών ακριβείας (Trollip & Jensen, 1991; Helmreich & Merritt, 1998).

Το στρατιωτικό νοσοκομείο Αεροπορίας Τγκλιν στη Φλόριδα των Ηνωμένων Πολιτειών, γνωρίζοντας τις έρευνες της αεροπορικής βιομηχανίας και ανησυχώντας για τα λάθη που διενεργούνταν κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, προχώρησε στη δημιουργία ενός προγράμματος ενίσχυσης της ασφάλειας των ασθενών γνωστό ως Medical Team Management, με σκοπό να προσδιορίσει και να μειώσει τα ιατρικά λάθη. Το πρόγραμμα αυτό υιοθετούσε τις αρχές του Crew Resource Management, επιπρόσθετα όμως απευθυνόταν σε όλα τα μέλη της ιατρικής ομάδας: ιατρούς, νοσηλευτές/τριες, τεχνικούς και άλλους εργαζομένους του νοσοκομείου. Αφού λοιπόν η κακή επικοινωνία έχει αποδειχθεί ως μία από τις βασικές αιτίες των ιατρικών λαθών (Bogner, 1994; Donchin, 1995), το Medical Team Management εστιάζει κυρίως στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ όλων των ειδικοτήτων των εργαζομένων, με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός ασφαλέστερου περιβάλλοντος για τους ασθενείς (Stone, 2001). Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από την αεροπορική βιομηχανία, αποτέλεσε τη βάση για το σχεδιασμό του Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) από ερευνητές του πανεπιστημίου του Τέξας (Sexton et al, 2006).

Το SAQ διαφέρει από άλλα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, διότι προέρχεται από το FMAQ, το οποίο χρησιμοποιείται αποτελεσματικά στη βιομηχανία αεροπλοΐας για περισσότερα από 20 χρόνια. Η πολυετής χρήση του επιτρέπει να γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των επαγγελματιών και συμβάλλει στη διερεύνηση των ανθρώπινων παραγόντων που επιδρούν στην ασφάλεια των ασθενών. Το 25% των ερωτήσεων αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό των δύο ερωτηματολογίων

επειδή οι ίδιες ερωτήσεις έχουν αποδειχθεί χρήσιμες και στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο SAQ δημιουργήθηκαν μετά από μελέτη και παρατήρηση ομάδων επαγγελματιών υγείας, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και συζητήσεις με ειδικούς. Η παραπάνω διαδικασία οδήγησε στη δημιουργία 100 νέων ερωτήσεων που κάλυπταν τέσσερα θέματα: κλίμα ασφάλειας, ομαδικό κλίμα, αναγνώριση του άγχους και οργανωτικό κλίμα. Αυτά τα θέματα βασίστηκαν σε προηγούμενες έρευνες της αεροπορικής βιομηχανίας και ιατρικής πρακτικής και η αποτίμησή τους έγινε με πιλοτικές έρευνες και εξερευνητική ανάλυση των παραγόντων. Στη φάση αυτή της ανάπτυξης του ερωτηματολογίου αναδείχθηκαν έξι παράγοντες. Τρία από τα τέσσερα θέματα, κλίμα ασφάλειας, ομαδικό κλίμα και αναγνώριση του άγχους αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες. Το τέταρτο θέμα, το οργανωτικό κλίμα, χωρίστηκε σε τρεις ξεχωριστούς αλλά σχετικούς μεταξύ τους παράγοντες: αντιλήψεις για τη διοίκηση, συνθήκες εργασίας και εργασιακή ικανοποίηση.

Η μεγάλη έκταση που δίνεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης στα λάθη που διενεργούνται στον χώρο της περίθαλψης όπως λάθος θεραπείες, λάθος διαγνώσεις, διενέργεια χειρουργικής επέμβασης σε λάθος ανατομικά σημείο, οδήγησε μια ομάδα επιστημόνων του Kaiser Permanente (KP) Anaheim Medical Center στη δημιουργία του Safety Briefing (SB). Το Safety Briefing ουσιαστικά είναι μια σύντομη συνάντηση των μελών της χειρουργικής ομάδας κατά την οποία συζητείται το ιστορικό του ασθενούς, αξιολογούνται οι πιθανές επιλοκές και τα ρίσκα της επέμβασης και αναφέρεται οποιαδήποτε άλλη πρόσθετη πληροφορία. Οι επιστήμονες σχεδιάζοντας το παραπάνω πρόγραμμα είχαν υπόψη τους τη λίστα ελέγχου που χρησιμοποιούν οι εταιρείες αερομεταφορών πριν την απογείωση των αεροσκαφών (DeFontes & Surbida, 2004).

Οι ειδικοί πιστεύουν ότι η ποιότητα και η ασφάλεια της ιατρική περίθαλψης πρέπει να ερευνηθούν στο πλαίσιο των συστημάτων και των συναφών παραγόντων όπου τα λάθη διενεργούνται. Οι Vinned, Taylor-Adams και Stanhope, (1998) με τη σειρά τους καταγράφουν αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική πρακτική: οργανωτικοί παράγοντες, όπως το κλίμα ασφάλειας και η ηθική, το εργασιακό περιβάλλον όπως ο αριθμός του προσωπικού και η διοικητική υποστήριξη, οι ομαδικοί παράγοντες, όπως η ομαδικότητα και η επίβλεψη, παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα του προσωπικού, όπως υπερβολική αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη.

Οι Kohn και συν. (2000) συμπεραίνουν ότι τα ιατρικά λάθη δεν είναι αποτέλεσμα της αδιαφορίας του κάθε εργαζόμενου ατομικά ούτε των ενεργειών μιας συγκεκριμένης ομάδας. Κοινώς, τα λάθη οφείλονται στα υπάρχοντα συστήματα, στις λάθος διαδικασίες και στις συνθήκες που όλα μαζί οδηγούν τους ανθρώπους να κάνουν λάθη ή στην αποτυχία πρόληψής τους. Για παράδειγμα, η αποθήκευση φαρμάκων τα οποία είναι τοξικά, στις κλινικές των νοσοκομείων και όχι στα φαρμακεία των νοσοκομείων, έχει οδηγήσει σε θανατηφόρα λάθη.

Φυσική δραστηριότητα και άγχος στον εργασιακό χώρο

Η σημασία της φυσικής δραστηριότητας στην επίτευξη και διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ανθρώπου έχει αναγνωρισθεί από πλήθος Διεθνών Οργανισμών. Η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες έχει αποδειχθεί ότι επιδρά θετικά στη ψυχική υγεία του ανθρώπου, αφού βοηθά στην καταπολέμηση του άγχους, της κατάθλιψης και της μοναξιάς (World Health Organization, 2006).

Η άσκηση είναι ευεργετική καθώς διαλύει με φυσικό τρόπο ορμόνες, γλυκόζη και υγρά που συνήθως θα εκλύονταν στην αντίδραση άγχους. Αυτό συμβαίνει γιατί η ίδια η άσκηση είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας – οδηγεί σε αλλαγές στη ροή του αίματος, στην κατανάλωση οξυγόνου, στην αρτηριακή πίεση, στους καρδιακούς παλμούς, στο ρυθμό αναπνοής και στο μεταβολικό ρυθμό (Travers & Cooper, 1996). Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η καταλληλότερη άσκηση είναι η αεροβική (Gurfman, 1993; Taylor, 1995), καθώς ωφελεί ιδιαίτερα ορισμένα ζωτικά όργανα του σώματος, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, αυξάνοντας το οξυγόνο που χρησιμοποιεί το σώμα.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν έχουν επισημάνει τη θετική επίδραση της άσκησης στη μείωση του άγχους. Είναι κοινά αποδεκτό ότι το άγχος συνδέεται αρνητικά με την απόδοση των εργαζομένων. Αυτή η σχέση έχει επιβεβαιωθεί από πολλά πειράματα και εξηγείται από τον κανόνα των Yerkes–Dodson που γίνεται κατανοητός με τη βοήθεια της καμπύλης απόδοσης και άγχους. Στο σημείο 0 όπου το άγχος σχεδόν δεν υπάρχει και η προσοχή είναι ελάχιστη, η απόδοση είναι μηδενική ή ελάχιστη. Ένα παράδειγμα μηδαμινού άγχους είναι όταν κάποιος αποκοιμίζεται. Καθώς αυξάνεται το άγχος, αυξάνεται και η προσοχή με συνέπεια καλύτερη απόδοση. Σε υψηλά επίπεδα άγχους όμως η απόδοση αρχίζει να μειώνεται δραματικά και στο μέγιστο επίπεδο άγχους η απόδοση πέφτει στο ελάχιστο ή στο μηδέν. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις πανικού και είναι ιδιαίτερα αληθινό

όταν κάποιος πρέπει να πραγματοποιήσει περίπλοκες ή άγνωστες διαδικασίες που απαιτούν μέγιστη προσοχή (Khodabakhsh & Kolivand, 2007).

Το άγχος στο χώρο εργασίας αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας της εργασίας που καλούνται για να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις διεθνώς. Στατιστικά στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία δείχνουν ότι το άγχος καταλαμβάνει σταθερά εδώ και πέντε χρόνια, τη δεύτερη θέση ανάμεσα στα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα υγείας, μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις. Ποσοστό 28% (έναν στους τρεις) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση θεωρούν το άγχος ως το πιο σημαντικό πρόβλημα στο χώρο εργασίας τους. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 41 εκατομμύρια ευρωπαίους εργαζόμενους κάθε χρόνο, οι οποίοι νιώθουν άγχος που συνδέεται με την εργασία. Αυτό σημαίνει ότι εκατομμύρια εργάσιμες μέρες χάνονται (περίπου 600 εργάσιμες μέρες το χρόνο χάνονται σε όλη την Ευρώπη λόγω ασθενειών κάθε μορφής που οφείλονται στην εργασία), ενώ το ετήσιο οικονομικό κόστος το 2002 ανήλθε στα 20 δις. ευρώ στη Ε.Ε (WHO, 2006).

Η προαγωγή της υγείας στον εργασιακό χώρο στοχεύει στην υιοθέτηση στρατηγικών και μεθόδων καλής πρακτικής που προσεγγίζουν διάφορες παραμέτρους της εργασιακής ζωής, όπως π.χ. η φυσική άσκηση, το κάπνισμα, η διατροφή, η κατανάλωση ποτού, η διαχείριση του άγχους και η ψυχική υγεία στον εργασιακό χώρο. Παράλληλα, στοχεύει στην ανάπτυξη μεθόδων διαχείρισης των μέτρων προαγωγής της υγείας στον εργασιακό χώρο, καθώς και στην ανάπτυξη κουλτούρας και συνείδησης του ανθρώπινου δυναμικού.

Υψηλά επίπεδα άγχους που σχετίζεται με την εργασία τους αναφέρουν οι εργαζόμενοι στα ελληνικά νοσοκομεία. Το 72,5% όλων των εργαζομένων αναφέρει υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους (83% του τεχνικού προσωπικού, 80,4% του νοσηλευτικού και 52,4% του βοηθητικού προσωπικού). Σε έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 345 εργαζόμενοι από 6 ελληνικά νοσοκομεία, το 43,9% αναφέρει ότι αισθάνεται ψυχολογική καταπόνηση, το 37,2% ότι βρίσκεται υπό μεγάλη πίεση χρόνου και το 34,2% ότι παρουσιάζει σωματική κόπωση. Τα παραπάνω αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στο 17^ο Παγκόσμιο Συνέδριο Νοσοκομείων και Υπηρεσιών Προαγωγής Υγείας το 2009 (<http://TA.NEAonline.YΓEIA.DPΑΣH+ZΩH.mht>).

Έρευνα που διεξήχθη σε εργαζόμενους βιομηχανίας υφασμάτων έδειξε ότι μειώθηκε το άγχος των εργαζομένων, αυξήθηκε η ζωτικότητα και η αντοχή τους,

βελτιώθηκε η διάθεση και η εικόνα για τον εαυτό τους καθώς και η ευλυγισία τους. Οι εργαζόμενοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα αεροβικής άσκησης διάρκειας 8 εβδομάδων, τρεις μέρες την εβδομάδα. Το πρόγραμμα είχε διάρκεια 45 λεπτά και περιλάμβανε ζέσταμα και αποθεραπεία (Imm, 1990). Επίσης ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιατρικών Ερευνών της Τεχεράνης διεξήγαγαν έρευνα σε 89 στρατιωτικούς πιλότους της χώρας τους με σκοπό την αξιολόγηση του άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησής τους. Οι ερευνητές κατέληξαν να προτείνουν για τη μείωση του άγχους, την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και τη μείωση της εργασιακής κόπωσης μεταξύ άλλων την εκγύμναση και την ενασχόληση με τα σπορ (Khodabakhsh & Kolivand, 2007).

Πληθώρα ερευνών έχει συμπεράνει ότι η συμμετοχή σε τακτική άσκηση βοηθάει στον έλεγχο και τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση της απόδοσης αλλά και στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων ανεξάρτητα από το αντικείμενο της εργασίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας αναμφίβολα βιώνουν καθημερινά υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της φύσης της εργασίας τους και των επειγουσών καταστάσεων που καλούνται να αντιμετωπίσουν κάθε στιγμή. Εύκολα γίνεται αντιληπτό επομένως η σημαντικότητα της αναγνώρισης και μείωσης του άγχους, της αύξησης της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και πως αυτά σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών.

Φυσική δραστηριότητα και επαγγελματική ικανοποίηση στον εργασιακό χώρο

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι από τα σημαντικότερα θέματα που απασχολούν τόσο τα άτομα όσο και τους οργανισμούς, ακόμη και σε δύσκολες οικονομικές περιόδους. Το έντονο ενδιαφέρον έγκειται στο γεγονός ότι αυτού του είδους η ικανοποίηση φαίνεται να συνδέεται με την ψυχική υγεία των εργαζομένων, την υψηλή παραγωγικότητα και τα υψηλά ποσοστά παραμονής στον ίδιο εργασιακό χώρο.

Σε γενικές γραμμές η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα της εργασίας, τις στάσεις και τις αξίες. Αρκετές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτούς τους τρεις άξονες και φαίνεται να επικρατεί η άποψη ότι η επαγγελματική ικανοποίηση πρέπει να θεωρηθεί ως συνολική και ενιαία στάση απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία, που αποτελείται από επί μέρους στοιχεία. Με λίγα λόγια, προκειμένου να μετρηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση πρέπει να ληφθούν υπόψη

όλα τα επί μέρους στοιχεία, μερικά από τα οποία είναι η υποκειμενική άποψη του ατόμου για το τι αποκομίζει από την εργασία του και για το πόσο επιθυμεί αυτά που αποκομίζει (Vroom, 1964), το σύστημα αξιών του ατόμου (Locke, 1976; 1984), το περιεχόμενο και το πλαίσιο της εργασίας (Herzberg & Watt, 1987).

Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η τακτική άσκηση των εργαζομένων συνδέεται θετικά με την εργασιακή τους ικανοποίηση. Οι Peterson και Dynnagan (1998) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε Πανεπιστημιακό χώρο εφαρμόζοντας συγκεκριμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας, διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, το αντικείμενο εργασίας, τους έγγαμους ή μη έγγαμους και την τακτική άσκηση. Βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης διαπίστωσαν και οι Ohta, Takigami και Ikeda (2007) μετά από εφαρμογή προγράμματος αεροβικής άσκησης και διατροφικών συμβουλών για 12 βδομάδες σε 264 εργαζόμενους.

Η μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελεί ένα από τα βασικά θέματα που θα πρέπει να απασχολούν τις διοικήσεις των οργανισμών. Αυτό επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς, καθώς η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία. Σύμφωνα με την έρευνα των Ποζουκίδου, Θεοδώρου και Καϊτελίδου (2007) όπου βασικός σκοπός ήταν να διερευνήσει το βαθμό της επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο και να προσδιορίσει τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν, προέκυψε ότι το 51,1% του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει επαγγελματική δυσαρέσκεια, την οποία αποδίδει πρωτίστως στη μη αναγνώριση της προσφοράς του και δευτερευόντως στις συνθήκες εργασίας του. Το αντίστοιχο ποσοστό για το παραϊατρικό προσωπικό ανέρχεται στο 72% και αποδίδεται κατά πρώτο λόγο στις σχέσεις του με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και ακολούθως στην αναγνώριση της προσφοράς του. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα η αύξηση της στελέχωσης και η καλύτερη σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με τη βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής, θα μπορούσε να βελτιώσει αισθητά τους δείκτες λειτουργίας και απόδοσης του νοσοκομείου.

Ομαδικότητα στον εργασιακό χώρο

Η ομάδα αποτελείται από δύο ή παραπάνω άτομα που έχουν ειδικούς ρόλους οι οποίοι αλληλοεξαρτώνται, είναι ευπροσάρμοστοι και μοιράζονται ένα κοινό στόχο (Salas et al., 1992). Τα μέλη μιας ομάδας για να δουλέψουν αποτελεσματικά θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις, επιδεξιότητες, στάσεις και θετική διάθεση κατά τη διάρκεια της ομαδικής εργασίας (Baker, Day, & Salas, 2006). Γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, τεχνικοί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συντονίσουν τις ενέργειές τους ώστε να παρέχουν ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς (Knox & Simpson, 2004).

Η ομαδικότητα σε χώρους περίθαλψης ασθενών είναι σημαντικός παράγοντας αφού πολλές φορές από μία καλή συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών εξαρτάται η ασφάλεια και η ίαση των νοσηλευόμενων ασθενών. Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι η έρευνα των Makary και συν. (2006) όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SAQ για την αξιολόγηση της ασφάλειας των ασθενών και της ομαδικότητας σε 60 νοσοκομεία των ΗΠΑ, με δείγμα τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στο χώρο των χειρουργείων. Οι απόψεις διέφεραν μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων του προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα οι χειρουργοί είχαν υψηλό σκορ μεταξύ τους, όπως επίσης και οι αναισθησιολόγοι. Οι νοσηλευτές/τριες σημείωσαν υψηλότερο σκορ στην μεταξύ τους ομαδική εργασία. Οι χειρουργοί θεωρούν ότι όλο το προσωπικό κάνει πολύ καλή δουλειά και επιδεικνύει ομαδική συμπεριφορά ενώ αντίθετα μόνο το 48% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι συνεργάζεται πολύ καλά με τους χειρουργούς. Κατά τη διάρκεια της ανατροφοδότησης του προσωπικού που ακολούθησε μετά την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι απόψεις για την ομαδικότητα ήταν διαφορετικές. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές/τριες περιέγραψαν την καλή συνεργασία ως την αναγνώριση της συνεισφοράς τους. Αντίθετα, οι χειρουργοί κατέγραψαν ως ομαδικότητα το γεγονός ότι οι νοσηλευτές προνοούν για τις ανάγκες τους και ακολουθούν πιστά τις οδηγίες τους (Makary et al., 2006).

Έρευνα που διεξήχθη από τους Morey και συν. (2002) στα τμήματα επειγόντων περιστατικών εννιά νοσοκομείων, οι οποίοι εφάρμοσαν τις αρχές του Crew Resource Management προσαρμοσμένο στις ανάγκες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και με τίτλο Emergency Team Coordination Course κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση του προσωπικού στην ομαδική εργασία και τη σωστή

επικοινωνία ήταν αποτελεσματική εφόσον καταγράφηκαν βελτιώσεις τόσο στην ομαδική συμπεριφορά των εργαζομένων όσο και στην μείωση των ιατρικών λαθών.

Ο Sexton, δημιουργός του SAQ, υποστηρίζει ότι όταν έξι στους δέκα επαγγελματίες υγείας έχουν θετικές απόψεις για την ασφάλεια των ασθενών «μόνο καλά πράγματα συμβαίνουν». Οι Baker και συν. (2006) υποστηρίζουν ότι η ομαδικότητα είναι σημαντικό συστατικό των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας.

Συνθήκες εργασίας

Ο υγειονομικός τομέας εργασίας αποτελεί ένα τομέα εντάσεως και υψηλής επικινδυνότητας με μεγάλο βαθμό εργατικών ατυχημάτων. Αυτό δείχνουν στοιχεία που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το τι πραγματικά συμβαίνει στη χώρα μας.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις συνθήκες εργασίας είναι η στελέχωση, η ποιοτική κατάσταση των κτιρίων, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή των χώρων εργασίας. Η επάρκεια του προσωπικού αποτελεί την αναγκαία συνθήκη προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Gavin, 2004).

Οι υπηρεσίες υγείας απαιτούν την ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και επαρκούς εξοπλισμού. Η παροχή των παραπάνω αυξάνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ των ειδικοτήτων που συνιστούν την θεραπευτική ομάδα (O'Brien, Baumann & Villeneuve, 1994). Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του (Tumulty, Jernigan & Kohut, 1994). Επιπλέον, η καταλληλότητα του χώρου επηρεάζει θετικά τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, τις ιατρονοσηλευτικές διεπαγγελματικές σχέσεις και συμβάλλει στην θετική εμπειρία των ασθενών από την νοσοκομειακή τους φροντίδα (Halford & Leonard, 2003).

Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να απειλήσει σημαντικά την ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών καθώς επίσης και την υγεία και την ευημερία του προσωπικού (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002). Διάφορες έρευνες έχουν γίνει στους χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένου των υγειονομικών χώρων, που παρέχουν αποδείξεις για το πώς οι συνθήκες εργασίας σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Ελληνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας για τις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και

τις επιπτώσεις του στο προσωπικό και τους ασθενείς, αποκάλυψε τις δυσμενείς συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη χώρα μας και τις αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό. Οι αρνητικές αντιλήψεις της πλειοψηφίας των ερωτηθέντων όσον αφορά την αξιολόγηση της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής αποτυπώνει την υπάρχουσα κατάσταση. Στην Ελλάδα παρά τις βελτιώσεις των υπάρχοντων νοσοκομείων και την ανέγερση νέων που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια ανάπτυξης του ΕΣΥ, παλαιά κτίρια κακώς εξοπλισμένα, ανεπαρκείς χώροι εργασίας, θάλαμοι ασθενών χωρίς χώρους υγιεινής και με κακή αρχιτεκτονική δομή, συνθέτουν το καθημερινό περιβάλλον εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (Δημητριάδου-Παντέκα, Λαβδανίτη, Μηνασίδου, Τσαλογλίδου, Καυκιά & Σαπουντζή-Κρέπια, 2009).

Η αύξηση της ασφάλειας των ασθενών τα τελευταία χρόνια επικεντρώνει το ενδιαφέρον όλο και περισσότερων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής αλλά και οργανισμών όπως το Αμερικανικό Ιατρικό Ινστιτούτο. Για το σκοπό αυτό ενθαρρύνεται η έρευνα, η μελέτη και η αξιολόγηση όλων των παραγόντων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την ασφάλεια των ασθενών. Έρευνες που έχουν δημοσιευτεί ως τώρα έχουν συσχετίσει την εργασιακή ικανοποίηση, την ομαδικότητα μεταξύ των εργαζομένων, το κλίμα ασφάλειας, το άγχος, τις συνθήκες εργασίας και τις αντιλήψεις για τη διοίκηση που ασκείται με την εργασιακή συμπεριφορά και απόδοση των εργαζομένων, η αξιολόγηση των οποίων υποδηλώνει το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών. Επιπλέον, ερευνητές έχουν επισημάνει τη θετική επίδραση της Φυσικής Δραστηριότητας στον έλεγχο και τη μείωση του άγχους, καθώς και στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων. Το γεγονός ότι δεν βρέθηκε ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, αποτέλεσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας και πιο συγκεκριμένα τη διερεύνηση των στάσεων και των συμπεριφορών εργασίας και Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων σε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος εργαζόμενοι σε Νοσοκομεία της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και μπορούσαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο όλοι οι εργαζόμενοι (γιατροί, νοσηλευτές/τριες, μαίες, βοηθητικό προσωπικό, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι κ.ά.), ανεξάρτητα της σχέσης εργασίας που είχαν με τον οργανισμό. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατείχαν μόνιμη θέση, κάποιοι εργαζόνταν με σύμβαση και κάποιοι ήταν εκπαιδευόμενοι. Όλοι όμως είχαν περισσότερο από 1 μήνα εμπειρία στην κλινική όπου εργαζόνταν. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στα τμήματα αφού ενημερώθηκαν πρώτα οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές για το περιεχόμενο και το σκοπό του ερωτηματολογίου. Η διανομή των ερωτηματολογίων άρχισε μετά τη λήψη γραπτής έγκρισης από τις παραπάνω Υγειονομικές Περιφέρειες.

Όργανα μέτρησης

1) *Safety Attitudes Questionnaire*

Το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) είναι μια βελτιωμένη έκδοση του ερωτηματολογίου των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire “ICUMAQ”), που κι αυτό προήλθε με τη σειρά του από το Flight Management Attitudes Questionnaire “FMAQ” (Sexton et.al., 2006).

Το τελικό SAQ που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα παρατίθεται στο παράρτημα 1 και αποτελείται από 38 ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν τους εξής παράγοντες: την ομαδικότητα, την αναγνώριση του άγχους, τις αντιλήψεις για τη διοίκηση, το κλίμα ασφάλειας, την επαγγελματική ικανοποίηση και τις συνθήκες εργασίας (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ορισμοί εξεταζόμενων παραγόντων και παραδείγματα ερωτήσεων του SAQ.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
ΟΜΑΔΙΚΟΤΗΤΑ:	Οι γιατροί και οι νοσηλεύτές/τριες εδώ
Ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων	δουλεύουν μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ:	Μου αρέσει η δουλειά μου.
Θετική εργασιακή εμπειρία	
ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ:	Η Διοίκηση υποστηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες:
Αποδοχή των διοικητικών ενεργειών	
ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ:	Θα ένοιωθα ασφαλής να νοσηλευτώ εδώ σαν ασθενής
Αντιλήψεις εργαζομένων για την ασφάλεια των ασθενών	
ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών είναι συνήθως στη διάθεσή μου.
Το περιβάλλον εργασίας και ο παρεχόμενος εξοπλισμός	
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ:	Όταν ο φόρτος εργασίας μου γίνεται υπερβολικός, η απόδοσή μου μειώνεται.
Αναγνώριση της επίδρασης του άγχους στην εργασιακή απόδοση	

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κατανέμονται ως εξής: 9 ερωτήσεις για την ομαδικότητα, 4 για την αναγνώριση του άγχους, 5 για τις αντιλήψεις για τη διοίκηση, 8 για το κλίμα ασφάλειας, 5 για την εργασιακή ικανοποίηση και 7 για τις συνθήκες εργασίας. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων ήταν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert: διαφωνώ πολύ, διαφωνώ λίγο, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, συμφωνώ λίγο, συμφωνώ πολύ. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις για δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, έτη υπηρεσίας, ειδικότητα του προσωπικού), και κενό χώρο για τη συμπλήρωση του νοσοκομείου και της κλινικής εργασίας.

Αναλυτικότερα, στην ερώτηση «ηλικία», οι προκαθορισμένες απαντήσεις ήταν (1) 20-30, (2) 30-40, (3) 40-50, (4) 50+.

Στην ερώτηση «φύλο», οι προκαθορισμένες απαντήσεις ήταν (1) άνδρας, (2) γυναίκα.

Στην ερώτηση «έτη υπηρεσίας», οι προκαθορισμένες απαντήσεις ήταν (1) ως 6 μήνες, (2) 6-11 μήνες, (3) 1-2 έτη, (4) 3-4 έτη, (5) 5-10 έτη, (6) 11-20 έτη, (7) 20+.

Στην ερώτηση «κατηγορία νοσοκομείου», οι απαντήσεις που σημειώθηκαν ήταν (1) αστικό, (2) περιφερειακό.

Στην ερώτηση «ειδικότητα», οι προκαθορισμένες απαντήσεις ήταν (1) διευθυντής ιατρός, (2) ειδικός ιατρός, (3) ειδικευόμενος ιατρός, (4) διευθύντρια/υποδιευθύντρια νοσηλεύτρια, (5) προϊσταμένη/υπεύθυνη νοσηλεύτρια, (6) νοσηλεύτρια, (7) βοηθητικό προσωπικό, (8) φυσιοθεραπευτής, (9) κοινωνικός λειτουργός, (10) διαιτολόγος/διατροφολόγος, (11) τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων, (12) φαρμακοποιός, (13) άλλο.

Το SAQ έχει χρησιμοποιηθεί με πολύ καλά αποτελέσματα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) της πόλης του Μίσιγκαν (Pronovost, 2005), σε 106 ΜΕΘ του Ηνωμένου Βασιλείου, σε 20 ΜΕΘ της Νέας Ζηλανδίας, σε 11 κλινικές νοσοκομείων, σε 2 χειρουργικούς χώρους, σε 11 κλινικές περιπατητικών ασθενών και 53 ΜΕΘ των Ηνωμένων Πολιτειών (Sexton et al., 2006).

2) Στάσεις Άσκησης

Στάσεις: το ερωτηματολόγιο που παρατίθεται στο παράρτημα 2, εξετάζει τις στάσεις απέναντι στην άσκηση με 6 ζεύγη αρνητικών επιθέτων π.χ. Υγιεινό-ανθυγιεινό. Γίνεται αντιστροφή του 2^{ου}, 5^{ου} και 6^{ου} ζεύγους, ώστε χαμηλή βαθμολογία να εκφράζει αρνητική στάση απέναντι στην άσκηση. Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στην *Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* (Ajzen, 2002) κι έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες στον Ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης & Χρόνη, 2000).

3) Συμπεριφορά Άσκησης

Άσκηση: Το ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο» (Leisure-Time Exercise Questionnaire) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συμπεριφοράς της άσκησης σε μια εβδομάδα (Godin & Shephard, 1985) και το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα 3. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στην ερώτηση: «Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (της τελευταίας εβδομάδας), πόσες φορές συμμετείχατε στις ακόλουθες δραστηριότητες για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;». Οι κατηγορίες απάντησης που τους δίνονταν ήταν οι παρακάτω:

α) *Έντονη άσκηση*: (η καρδιά χτυπά γρήγορα) – π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

β) *Μέτρια άσκηση*: (Όχι εξαντλητική) – π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκοί και παραδοσιακοί χοροί. Παρόμοια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

γ) *Ήπια άσκηση*: (Ελάχιστη προσπάθεια)-π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα. Παρόμοια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

4) Συνολικός Δείκτης της Άσκησης: Ο Συνολικός Δείκτης της Άσκησης ή το συνολικό ενεργειακό κόστος είναι το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντίστοιχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία (πχ. [έντονη ένταση X 9]+[μεσαία ένταση X 5]+ [χαμηλή ένταση X 3]. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μέτρησης έχει υποστηριχθεί σε σχετικές εργασίες (Godin & Shephard, 1985; Kriska & Caspersen, 1997). Για την Ελλάδα έχει προσαρμοστεί και χρησιμοποιηθεί στην μελέτη των Θεοδωράκη & Χασάνδρα (2005).

5) Κλίμακα «Επιθυμία για κοινωνική αποδοχή»

Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις. Παράδειγμα μιας από τις ερωτήσεις είναι: «Είμαι πάντα πρόθυμος / η να παραδεχτώ τα λάθη μου». Οι απαντήσεις δίνονται σε 2 επιλογές «ισχύει για μένα» και «Δεν ισχύει για μένα. Από τις 10 ερωτήσεις, οι 6 λαμβάνονται ως θετικές (1) και οι άλλες 4 ως αρνητικές (0) (Crowne & Marlowe, 1960).

Ερευνητική διαδικασία

Μετά τη λήψη έγκρισης από την 3^η Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ) Κεντρικής Μακεδονίας και του εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), ξεκίνησε η διανομή των ερωτηματολογίων ανά τμήμα των νοσοκομείων, αφού είχε

προηγηθεί ενημέρωση των διευθυντών, των προϊσταμένων και του προσωπικού για το περιεχόμενο και το σκοπό του ερωτηματολογίου. Κατά τη διαδικασία αυτή, υπήρξε συνεργασία των προϊστάμενων των τμημάτων με την ερευνήτρια, για τη συλλογή των συμπληρωμένων και μη ερωτηματολογίων, η οποία ολοκληρώθηκε λίγες μέρες αργότερα, ώστε να υπάρξει ο απαραίτητος χρόνος για περισσότερα άτομα του προσωπικού να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, δεδομένου του κυκλικού ωραρίου των εργαζομένων. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και εμπιστευτικά

Στατιστική ανάλυση

Για την εξέταση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης α του Cronbach. Για τον έλεγχο της δομικής εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων ανά νοσοκομείο, κλινική και ομάδα εργαζομένων χρησιμοποιήθηκε η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης. Τέλος, για την έλεγχο των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών διενεργήθηκε ανάλυση συσχέτισης και παλινδρόμησης.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά

Απ' όλα τα νοσοκομεία που διεξήχθη η έρευνα συλλέχθηκαν συνολικά 508 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Στην ερώτηση «νοσοκομείο», οι απαντήσεις που σημειώθηκαν ήταν (1) Έδεσσας, (2) Κρατικό Αθηνών (Γεννηματάς), (3) Κατερίνης, (4) Νάουσας, (5) Χαλκίδας, (6) Ιπποκράτειο, (7) Σωτηρία, (8) Σισμανόγλειο, (9) Παπανικολάου, (10) Γιαννιτσών.

Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Έδεσσας συμπλήρωσαν 112 ερωτηματολόγια (22%), στο νοσοκομείο Γεννηματάς Αθηνών 16 ερωτηματολόγια (3,1 %), στο νοσοκομείο Κατερίνης 60 ερωτηματολόγια (11,8%), στο νοσοκομείο Νάουσας 78 ερωτηματολόγια (15,4%), στο νοσοκομείο Χαλκίδας 27 ερωτηματολόγια (5,3%), στο Ιπποκράτειο Αθηνών 10 ερωτηματολόγια (2%), στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία» 47 ερωτηματολόγια (9,3%), στο Σισμανόγλειο Αθηνών 48 ερωτηματολόγια (9,4%), στο Παπανικολάου 55 ερωτηματολόγια (10,8%) και στο νοσοκομείο Γιαννιτσών επίσης 55 ερωτηματολόγια (10,8%) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Συχνότητες απαντήσεων ανά νοσοκομείο

Νοσοκομεία	Συχνότητα	%
Νοσοκομείο Έδεσσας	112	22.0
Νοσοκομείο Γεννηματάς	16	3.1
Νοσοκομείο Κατερίνης	60	11.8
Νοσοκομείο Νάουσας	78	15.4
Νοσοκομείο Χαλκίδας	27	5.3
Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Αθήνας	10	2.0
Νοσοκομείο Σωτηρία	47	9.3
Νοσοκομείο Σισμανόγλειο	48	9.4
Νοσοκομείο Παπανικολάου	55	10.8
Νοσοκομείο Γιαννιτσών	55	10.8

Στην ερώτηση «κλινική», οι απαντήσεις που σημειώθηκαν ήταν (1) παθολογική, (2) γαστρεντερολογική, (3) πνευμονολογική, (4) χειρουργική, (5) πλαστική χειρουργική, (6) καρδιοχειρουργική, (7) θωρακοχειρουργική, (8) νευροχειρουργική, (9) μικροβιολογικό εργαστήριο, (10) ακτινολογικό εργαστήριο (11) παθολογοανατομικό εργαστήριο, (12) αξονικός τομογράφος, (13) μονάδα τεχνητού νεφρού, (14) μονάδα εντατικής θεραπείας (15) χειρουργείο, (16) τμήμα αποστείρωσης, (17) μαιευτική, (18) ορθοπεδική, (19) καρδιολογική, (20) αιμοδοσία, (21) φυσιοθεραπευτήριο, (22) τμήμα διαιτολογίας, (23) τμήμα επειγόντων περιστατικών, (24) μονάδα τεχνητού νεφρού, (25) ουρολογική, (26) διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας, (27) κοινωνική υπηρεσία, (28) εξωτερικά ιατρεία, (29) αναισθησιολογικό, (30) παιδιατρική, (31) φαρμακείο, (32) τμήμα λοιμώξεων. Αναλυτικότερα τα 18 (3,6%) προέρχονταν από μαιευτικές κλινικές, τα 39 (7,7%) από ορθοπεδικές κλινικές, 62 (12,2%) από παθολογικές, γαστρεντερολογικές και πνευμονολογικές κλινικές, 29 (5,7%) από καρδιολογικές κλινικές, 23 (4,5%) από σταθμούς αιμοδοσίας, 58 (11,4%) από χειρουργικές κλινικές, 48 (9,4%) από τον εργαστηριακό τομέα, 7 (1,4%) από τμήματα φυσιοθεραπείας και διαιτολογίας, 22 (4,3%) από τμήματα επειγόντων περιστατικών, 50 (9,8%) από μονάδες τεχνητού νεφρού (MTN), 44 (8,7) από μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), 3 (0,6%) από ουρολογικές κλινικές, 40 ((7,9%) από χειρουργεία και τμήματα αποστείρωσης μαζί, 6 (1,2%) από διευθύνσεις νοσηλευτικής υπηρεσίας και τη κοινωνική υπηρεσία, 16 (3,1%) από τακτικά εξωτερικά ιατρεία, 15 ((3%) από αναισθησιολογικά τμήματα, 17 (3,3%) από παιδιατρικά τμήματα, 5 (1%) από φαρμακεία και τμήματα λοιμώξεων.

Στο σύνολο των 508 ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν τα 176 (34,6%) προέρχονταν από αστικά και τα 332 (65,4%) από περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τα 112 (22%) ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ιατρικό προσωπικό, 310 (61%) από νοσηλευτικό προσωπικό, 29 (5,7%) από βοηθητικό προσωπικό, 5 (1%) από φυσιοθεραπευτές, 3 (0,6%) από κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους, 35 (6,9%) από τεχνολόγους και 14 (2,8%) από προσωπικό φαρμακείου κι άλλους.

Τα 135 (26.6%) ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από άνδρες και 373 (73,4%) συμπληρώθηκαν από γυναίκες.

Η ηλικία 61 συμμετεχόντων ήταν 20-30 χρόνων (12%), 30-40 χρόνων 236 συμμετέχοντες (46,5%), 40-50 χρόνων 174 συμμετέχοντες (34,3%), 50+ χρόνων 35 συμμετέχοντες (6,9%).

Τα έτη υπηρεσίας 28 συμμετεχόντων ήταν ως 6 μήνες (5,5%), 22 συμμετεχόντων ήταν 6-11 μήνες (4,3%), 53 συμμετεχόντων ήταν 1-2 χρόνια (10,4%), 40 συμμετεχόντων ήταν 3-4 χρόνια (7,9%), 90 συμμετεχόντων ήταν 5-10 χρόνια (17,7%), 161 συμμετεχόντων ήταν 11-20 χρόνια (31,7%), 114 συμμετεχόντων ήταν πάνω από 20 χρόνια (22,4%).

Στάσεις και συμπεριφορές άσκησης

Από τους 508 συμμετέχοντες οι 36 δήλωσαν ότι ασκούνται συστηματικά (7,1%) και οι υπόλοιποι 472 (92,9%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποια συστηματική δραστηριότητα.

Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του SAQ

Εγκυρότητα. Η δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου SAQ εξετάστηκε με την διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Οι ερωτήσεις έδωσαν επτά παράγοντες οι οποίοι ερμήνευαν το 57,7% της συνολικής διακύμανσης. Η εξαγωγή των παραγόντων έγινε με την ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Component). Η περιστροφή των αξόνων των παραγόντων έγινε με την ορθογώνια περιστροφή (varimax rotation). Οι επτά παράγοντες είχαν ιδιοτιμές (eigenvalues) μεγαλύτερες από 1.1. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων στους παράγοντες απεικονίζονται στον πίνακα 4 όπου εμφανίζονται μόνο οι ερωτήσεις με τιμές πάνω από .40. Επίσης το ερωτηματολόγιο πληρούσε τα κριτήρια παραγοντοποίησης (KMO= .880, Bartlett's test of sphericity, $p < .001$). Στις περαιτέρω αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν μόνο οι ερωτήσεις που φόρτισαν ικανοποιητικά (πάνω από .40).

Πίνακας 3. Φορτίσεις ανά ερώτηση στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire.

Ερωτήσεις	Παράγοντες						
	1	2	3	4	5	6	7
Διοίκηση νοσοκομείου							
1. Η Διοίκηση υποστηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	.738						
2. Η Διοίκηση δεν κάνει υποχωρήσεις όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών	.571						

3.Η Διοίκηση κάνει καλή δουλειά	.776
4.Τα προβλήματα του προσωπικού αντιμετωπίζονται εποικοδομητικά από τη διοίκηση του νοσοκομείου	.763
5.Λαμβάνω ικανοποιητική και έγκαιρη ενημέρωση για γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου από τη διοίκηση του νοσοκομείου	.793

Εργασιακή ικανοποίηση

6.Μου αρέσει η δουλειά μου	.568
7.Δουλεύοντας εδώ είναι σα να είσαι μέρος μιας μεγάλης οικογένειας	.655
8.Αυτή η κλινική είναι ένας καλός χώρος για δουλειά	.754
9.Είμαι περήφανη /ος που δουλεύω σ' αυτή την κλινική	.778
10.Το ηθικό σ' αυτή την κλινική είναι υψηλό	.663

Διοίκηση κλινικής

11.Η Διοίκηση υποστηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	.675
12.Η Διοίκηση δεν κάνει υποχωρήσεις όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών	.648
13.Η Διοίκηση κάνει καλή δουλειά	.733
14.Τα προβλήματα του προσωπικού αντιμετωπίζονται εποικοδομητικά από τη διοίκηση της κλινικής	.703
15.Λαμβάνω ικανοποιητική και έγκαιρη ενημέρωση για γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου από τη διοίκηση της κλινικής	.653

Ομαδικότητα

16.Η συνεισφορά των νοσηλευτών/τριών αναγνωρίζεται καλά σ' αυτήν την κλινική	.436
17.Οι διαφωνίες σε αυτήν την κλινική επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκιο αλλά πιο είναι το καλύτερο για τον ασθενή)	.505
18.Σ' αυτήν την κλινική έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από τους άλλους, όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών	.640
19.Είναι εύκολο για το προσωπικό εδώ να κάνει ερωτήσεις, όταν προκύψει κάτι που δεν καταλαβαίνει	.750

20. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτές/τριες εδώ δουλεύουν μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα .459

21. Θα ένιωθα ασφαλής να νοσηλευτώ εδώ σαν ασθενής .431

Συνθήκες εργασίας

22. Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά όσον αφορά στην εκπαίδευση του νέου προσωπικού .678

23. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών είναι συνεχώς στη διάθεσή μου .644

24. Οι εκπαιδευόμενοι στον τομέα μου επιτηρούνται επαρκώς .644

25. Οι άνθρωποι στην κλινική αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα στρεσογόνα γεγονότα στην εργασία .633

26. Οι άνθρωποι στην κλινική δουλεύουν μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα .491

Αναγνώριση του άγχους

27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου γίνεται υπερβολικός, η απόδοσή μου μειώνεται .815

28. Είμαι λιγότερο αποδοτικός/ή στην εργασία όταν κουράζομαι .856

29. Είμαι πιο επιρρεπής σε λάθη σε καταστάσεις έντασης ή εχθρικής αντιμετώπισης .718

30. Η κούραση μειώνει την απόδοσή μου σε επείγουσες καταστάσεις (καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτικές κρίσεις, σπασμούς κτλ.) .686

Κλίμα ασφάλειας

31. Τα ιατρικά λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτήν την κλινική .427

32. Γνωρίζω που πρέπει να απευθυνθώ για θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών σε αυτήν την κλινική .491

33. Σ' αυτήν την κλινική ενθαρρύνομαι από άλλους, να αναφέρω οποιαδήποτε ανησυχία μπορεί να έχω, όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών .588

34. Η νοοτροπία της κλινικής διευκολύνει το να μαθαίνεις από τα λάθη των άλλων .604

35. Οι προτάσεις μου για την ασφάλεια θα υιοθετούνταν εάν τις εξέφραζα στη διοίκηση .463

Από τις 38 αρχικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι 9 ερωτήσεις ήταν για την ομαδικότητα, 4 για το άγχος, 5 για τη διοίκηση, 8 για το κλίμα ασφάλειας, 5 για την εργασιακή ικανοποίηση και 7 ήταν για τις συνθήκες εργασίας. Από αυτές τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 8 δεν έδωσαν ικανοποιητική φόρτιση. Αναλυτικότερα, δεν έδωσαν φόρτιση οι ερωτήσεις: α) «Σ' αυτή την κλινική είναι δύσκολο να μιλήσω ελεύθερα όταν αντιλαμβάνομαι/αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα με την φροντίδα των ασθενών», β) «Σε αυτήν την κλινική είναι δύσκολο να συζητηθούν τα λάθη», γ) «Σ' αυτή τη κλινική είναι δύσκολο να μιλήσω στους ανώτερους αν αντιληφθώ ένα πρόβλημα με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», δ) «Τα προβλήματα της επικοινωνίας που οδηγούν σε καθυστέρηση της παροχής φροντίδας είναι συνηθισμένο φαινόμενο», ε) «Η συνεισφορά μου σ' αυτή την κλινική αναγνωρίζεται», στ) «Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση σχετικά με την απόδοσή μου», ζ) «Ο αριθμός προσωπικού της κλινικής είναι επαρκής για να φροντίσει σωστά τον αριθμό των ασθενών», η) «Τα γεγονότα στην κλινική επηρεάζουν την συναισθηματική μου ζωή με αρνητικό τρόπο». Οι ερωτήσεις αυτές αφαιρέθηκαν από τις περαιτέρω αναλύσεις που έγιναν.

Αξιοπιστία. Οι αναλύσεις εσωτερικής συνοχής (Cronbach, 1951) για τον έλεγχο της αξιοπιστίας, έγιναν για κάθε παράγοντα ξεχωριστά και οι συντελεστές α του Cronbach κυμάνθηκαν από .71 μέχρι .86. (πίνακας 4). Ο συνολικός συντελεστής εσωτερικής συνοχής όλων των ερωτήσεων ήταν .88.

Τα περιγραφικά στοιχεία ανά παράγοντα (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις), καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και συσχετίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου και των μεταβλητών στάσεις, συμπεριφορά άσκησης και κλίμακα «επιθυμία κοινωνικής αποδοχής».

Παράγοντες	M.O	T.A.	Cronbach α	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Εργασιακή ικανοποίηση	3.88	1.04	.81	.368**	.354**	.601**	.513**	-.094*	.515**	-.005	.052	-.252*	-.007	.015	-.002	.031	.093	
2. Διοίκηση κλίμακας	3.48	1.22	.83	.564**	.430**	.362**	-.013	.390**	-.082	-.141	-.269*	-.128	-.033	-.033	-.180	.048	.099	
3. Διοίκηση υποσκοπέλιου	2.98	1.36	.86	.420**	.385**	-.014	.318**	-.047	.673**	.008	-.257*	.076	-.018	-.014	-.100	.135	.068	
4. Κλίμα ασφαλείας	3.71	.976	.71	.596**	-.047	.673**	-.047	.673**	.008	-.257*	.076	-.018	-.018	.001	.026	.046		
5. Συνθήκες εργασίας	3.31	1.08	.75		-.075	.515**	-.075	.515**	.000	-.114	-.344**	-.025	.116	-.050	.014	.089		
6. Αναγνολιχών	3.73	1.21	.77			-.031	-.031	-.031	.033	.003	.084	.134	-.067	.125	-.121	.085		
7. Ομαδικότητα	3.77	.983	.77						-.078	-.015	-.196	.114	-.046	.041	-.088	-.004		
8. Στάσεις άσκησης Δείκτης άσκησης	1.99	.865	.82							.220	.094	-.138	-.097	-.063	.170	-.133		
9. Έντονη άσκηση	2.04	1.23								.682**	.528**	.207	.136	.598**	.043	-.185		
10. Μέτρια άσκηση	2.48	1.38								.272*	.576**	.224	.052	.576**	.043	-.185		
11. Ήλια άσκηση	3.97	2.15								.511**	.040	.040	.040	.511**	.040	.040		
12. Φορές/βδομάδα	2.98	1.45																
13. Ώρες(λεπτά / βδομάδα)	71.50	34.97																
14. Επιθυμία για κοινωνική αποδοχή																		

** . Σημαντική συσχέτιση σε 0.01 επίπεδο.

* . Σημαντική συσχέτιση σε 0.05 επίπεδο.

Συσχετίσεις

Από την ανάλυση συσχέτισης (πίνακας 4) φάνηκε ότι η εργασιακή ικανοποίηση είχε σημαντική θετική συσχέτιση με τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής (.368, $p=0.01$), με τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου (.354, $p=0.01$), με το κλίμα ασφάλειας (.601, $p=0.01$), με τις συνθήκες εργασίας (.513, $p=0.01$) και με την ομαδικότητα (.515, $p=0.01$). Αντίθετα σημαντική αρνητική συσχέτιση φάνηκε μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και αναγνώρισης του άγχους (-.094, $p=0.05$) καθώς και της έντονης άσκησης (-.252, $p=0.05$).

Οι αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου (.564, $p=0.01$), με το κλίμα ασφάλειας (.430, $p=0.01$), με τις συνθήκες εργασίας (.362, $p=0.01$), με την ομαδικότητα (.390, $p=0.01$), ενώ αρνητική σημαντική συσχέτιση είχε με την έντονη άσκηση (-.269, $p=0.05$).

Οι αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με το κλίμα ασφάλειας (.420, $p=0.01$), με τις συνθήκες εργασίας (.385, $p=0.01$) και την ομαδικότητα (.318, $p=0.01$).

Το κλίμα ασφάλειας έδειξε ότι είχε θετική σημαντική συσχέτιση με τις συνθήκες εργασίας (.596, $p=0.01$), και την ομαδικότητα (.673, $p=0.01$) ενώ αρνητική σημαντική συσχέτιση είχε με την έντονη άσκηση (-.257, $p=0.05$).

Οι συνθήκες εργασίας είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με την ομαδικότητα (.515, $p=0.01$) και αρνητική σημαντική συσχέτιση με την έντονη άσκηση (-.344, $p=0.01$).

Η αναγνώριση του άγχους, η ομαδικότητα και οι στάσεις ως προς την άσκηση δεν έδειξαν να έχουν καμία σημαντική συσχέτιση με τους υπόλοιπους παράγοντες του ερωτηματολογίου. Αντίθετα οι συμπεριφορές σχετικά με την άσκηση έδειξαν σημαντική συσχέτιση με την έντονη άσκηση (.682, $p=0.01$), με την μέτρια άσκηση (.528, $p=0.01$), με την ήπια άσκηση (.645, $p=0.01$) και με τις φορές άσκησης ανά βδομάδα (.526, $p=0.05$). Η έντονη άσκηση έδειξε σημαντική θετική συσχέτιση με τις φορές της άσκησης ανά βδομάδα (.598, $p=0.01$). Σημαντική θετική συσχέτιση έδειξε η μέτρια άσκηση με την ήπια άσκηση (.272, $p=0.05$), καθώς επίσης και με τις φορές της άσκησης ανά βδομάδα (.576, $p=0.01$). Η ήπια άσκηση φάνηκε ότι είχε σημαντική θετική συσχέτιση με τις φορές της άσκησης ανά βδομάδα (.511, $p=0.01$).

Συσχέτιση με κλίμακα «Επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή»

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης του συνολικού σκορ της κλίμακας «Επιθυμία για κοινωνική αποδοχή» με όλες τις μετρήσεις. Ο δείκτης Pearson κυμάνθηκε από $-.004$ ως $.133$ και δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Διαφορές ομάδων

Διαφορές ανά νοσοκομείο. Στις αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν τα νοσοκομεία Έδεσσας, Κατερίνης, Νάουσας, Παπανικολάου και Γιαννιτσών. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία δεν συμπεριλήφθηκαν γιατί ο αριθμός των συμμετεχόντων ανά νοσοκομείο δεν κρίθηκε ικανοποιητικός (μικρότερος των 40/50 ατόμων).

Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων Έδεσσας, Κατερίνης, Νάουσας, Παπανικολάου, Γιαννιτσών στους παράγοντες του ερωτηματολογίου (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(4,355)} = 6.27, p = .000$), αντιλήψεις για τη διοίκηση κλινικής ($F_{(4,348)} = 2.99, p = .019$), αντιλήψεις διοίκησης νοσοκομείου ($F_{(4,354)} = 10.54, p = .000$), κλίμα ασφάλειας ($F_{(4,355)} = 7.68, p = .000$), συνθήκες εργασίας ($F_{(4,355)} = 12.04, p = .000$), ομαδικότητα ($F_{(4,355)} = 9.19, p = .000$), αναγνώριση του άγχους ($F_{(4,355)} = 5.12, p = .001$).

Οι post-hoc αναλύσεις (Scheffe) έδειξαν ότι στον παράγοντα εργασιακή ικανοποίηση ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο. = 3.69) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 4.41) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

Στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο. = 2.77) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο. = 3.52) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .015$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο. = 2.77) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.71) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Επίσης ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου

Νάουσας (Μ.Ο. = 3.71) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο. = 2.48) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.71) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 2.91) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .023$.

Στον παράγοντα κλίμα ασφάλειας του νοσοκομείου ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 4.17) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 3.40) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο. = 4.14) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 3.40) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

Στον παράγοντα συνθήκες εργασίας ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο. = 3.45) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.98) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .013$. Αντίθετα ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο. = 3.45) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 2.86) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .013$. Επίσης ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο. = 3.17) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.98) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.98) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 2.86) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο. = 3.65) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 2.86) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .002$.

Στον παράγοντα αναγνώριση του άγχους ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο. = 3.41) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου

Παπανικολάου (Μ.Ο. = 4.34) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .002$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 3.52) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο. = 4.34) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .006$.

Στον παράγοντα ομαδικό κλίμα ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο. = 3.95) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 3.35) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .004$. Επίσης ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο. = 3.70) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 4.20) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .039$. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο. = 4.20) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 3.35) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο. = 4.19) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο. = 3.35) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$.

Διαφορές ανά κλινική. Στις αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν αφού ομαδοποιήθηκαν οι παρακάτω κλινικές/τμήματα: (α) παθολογικές – γαστρεντερολογικές - πνευμονολογικές, (β) χειρουργική - πλαστική χειρουργική – καρδιοχειρουργική – θωρακοχειρουργική -νευροχειρουργική, (γ) μικροβιολογικό εργαστήριο-ακτινολογικό εργαστήριο-αξονικός τομογράφος-παθολογοανατομικό εργαστήριο, (δ) μονάδα τεχνητού νεφρού, (ε) μονάδα εντατικής θεραπείας, (στ) χειρουργείο-αποστείρωση. Οι υπόλοιπες κλινικές δεν συμπεριλήφθηκαν γιατί ο αριθμός των συμμετεχόντων ανά κλινική δεν κρίθηκε ικανοποιητικός (μικρότερος των 40/50 ατόμων).

Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές μεταξύ των παραπάνω κλινικών στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(5,296)} = 3.17, p = .008$),

αντιλήψεις διοίκησης νοσοκομείου ($F_{(5,294)} = 2.33, p = .042$), ομαδικότητα ($F_{(5,296)} = 2.77, p = .018$).

Οι post-hoc αναλύσεις (Scheffe) έδειξαν ότι στον παράγοντα ομαδικό κλίμα ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων των παθολογικών-γαστρεντερολογικών-πνευμονολογικών κλινικών (Μ.Ο. = 3.37) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων των εργαστηριακών τμημάτων (микροβιολογικό-ακτινολογικό-παθολογοανατομικό-αξονικός τομογράφος (Μ.Ο. = 4.03) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .034$.

Διαφορές ανά ειδικότητα. Στις αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν οι ειδικότητες ιατρός και νοσηλεύτης/τρια. Οι υπόλοιπες ειδικότητες δεν συμπεριλήφθηκαν γιατί ο αριθμός των συμμετεχόντων ανά ειδικότητα δεν κρίθηκε ικανοποιητικός (μικρότερος των 40/50 ατόμων).

Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές μεταξύ των ειδικοτήτων (ιατρός-νοσηλεύτης/τρια) στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(1,420)} = 4.92, p = .027$), (ιατροί Μ.Ο.=4.01, νοσηλεύτες Μ.Ο.=3.75), αντιλήψεις για τη διοίκηση κλινικής ($F_{(1,412)} = 12.00, p = .001$) (ιατροί Μ.Ο.=3.80, νοσηλεύτες Μ.Ο.=3.33) και ομαδικότητα ($F_{(1,420)} = 7.08, p = .008$), (ιατροί Μ.Ο.=3.94, νοσηλεύτες Μ.Ο.=3.66).

Διαφορές μεταξύ αστικών-περιφερειακών νοσοκομείων. Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές μεταξύ αστικών και περιφερειακών νοσοκομείων στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(1,506)} = 25.25, p = .000$), (αστικά Μ.Ο. =3.56, περιφερειακά Μ.Ο.= 4.04), αντιλήψεις για τη διοίκηση κλινικής ($F_{(1,494)} = 21.91, p = .000$), (αστικά Μ.Ο. = 3.14, περιφερειακά Μ.Ο.= 3.67), αντιλήψεις διοίκησης νοσοκομείου ($F_{(1,504)} = 23.83, p = .000$), (αστικά Μ.Ο. = 2.58, περιφερειακά Μ.Ο.= 3.19), κλίμα ασφάλειας ($F_{(1,506)} = 7.17, p = .008$) (αστικά Μ.Ο. = 3.55, περιφερειακά Μ.Ο.= 3.80), συνθήκες εργασίας ($F_{(1,506)} = 9.03, p = .003$),

(αστικά M.O. = 3.11, περιφερειακά M.O.= 3.41), ομαδικότητα ($F_{(1,506)} = 5.18, p = .023$), (αστικά M.O. = 3.64, περιφερειακά M.O.= 3.85), αναγνώριση του άγχους ($F_{(1,506)} = 5.07, p = .025$) (αστικά M.O. = 3.89, περιφερειακά M.O.= 3.64).

Διαφορές ανά φύλο. Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές ανά φύλο σε όλες τις μεταβλητές καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές μόνο στον παράγοντα αντιλήψεις διοίκησης κλινικής ($F_{(1,494)} = 8.29, p = .004$), με τους άνδρες να δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τη διοίκηση της κλινικής (M.O. = 3.75) σε σχέση με τις γυναίκες (M.O. = 3.39).

Διαφορές ανά ηλικία. Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές ανά ηλικία στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(3,502)} = 7.53, p = .000$), αναγνώριση άγχους ($F_{(3,502)} = 3.02, p = .029$), αντιλήψεις διοίκησης νοσοκομείου ($F_{(3,501)} = 7.71, p = .001$), κλίμα ασφάλειας ($F_{(3,502)} = 6.73, p = .000$), συνθήκες εργασίας ($F_{(3,502)} = 4.38, p = .005$), ομαδικότητα ($F_{(3,502)} = 9.13, p = .000$) και συνολικός δείκτης άσκησης ($F_{(2,33)} = 4.04, p = .027$).

Οι post-hoc αναλύσεις (Scheffe) έδειξαν ότι στον παράγοντα εργασιακή ικανοποίηση ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 20-30 (M.O. = 4.21) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3.70) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .007$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3.70) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 50+ (M.O. = 4.39) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .003$.

Στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 50+ (M.O. = 3,66) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 2,75) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .004$.

Στον παράγοντα κλίμα ασφάλειας ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 50+ (M.O. = 4,18) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο

των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3,53) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .003$.

Στον παράγοντα συνθήκες εργασίας ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 50+ (M.O. = 3,85) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3,18) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .008$.

Στον παράγοντα ομαδικό κλίμα ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 40-50 (M.O. = 3,89) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3,56) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .009$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 50+ (M.O. = 4,32) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων ηλικίας 30-40 (M.O. = 3,56) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .000$

Διαφορές ανά έτη υπηρεσίας. Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές ανά ηλικία στους παράγοντες του ερωτηματολογίου (SAQ) καθώς και στις μεταβλητές στάσεις προς την άσκηση και συνολικός δείκτης άσκησης, έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση ($F_{(6,501)} = 5.82, p = .000$), αντιλήψεις για τη διοίκηση κλινικής ($F_{(6,489)} = 3.87, p = .001$), αντιλήψεις διοίκησης νοσοκομείου ($F_{(6,499)} = 2.68, p = .014$), κλίμα ασφάλειας ($F_{(6,501)} = 4.04, p = .001$), συνθήκες εργασίας ($F_{(6,502)} = 2.44, p = .024$), ομαδικότητα ($F_{(6,501)} = 4.12, p = .000$).

Οι post-hoc αναλύσεις (Scheffe) έδειξαν ότι στον παράγοντα εργασιακή ικανοποίηση ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας ως 6 μήνες (M.O. = 4.37) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 5-10 έτη (M.O. = 3.47) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .010$. Ομοίως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 5-10 έτη (M.O. = 3.47) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 20+ (M.O. = 4.11) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .003$.

Στον παράγοντα κλίμα ασφάλειας ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας ως 6 μήνες (M.O. = 4.17) υπερτερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 5-10 έτη (M.O. = 3.38) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .026$. Ομοίως ο μέσος όρος των

απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 5-10 έτη (Μ.Ο. = 3.38) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 20+ (Μ.Ο. = 3.90) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .021$.

Στον παράγοντα ομαδικό κλίμα ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 5-10 έτη (Μ.Ο. = 3.39) υστερούσε σημαντικά από τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων με έτη υπηρεσίας 20+ (Μ.Ο. = 3.99) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .004$.

Διαφορές μεταξύ ασκούμενων – μη ασκούμενων. Ο έλεγχος για σημαντικές διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων στους παράγοντες του ερωτηματολογίου (SAQ) «εργασιακή ικανοποίηση» και «αναγνώριση άγχους» έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν μη σημαντικές διαφορές στους παραπάνω παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

Προβλέψεις

Για να εξεταστεί αν κάποιες παράμετροι μπορούν να προβλέψουν τις μεταβλητές του SAQ διενεργήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης (linear – enter) με εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (ομαδικό κλίμα, κλίμα ασφάλειας, επαγγελματική ικανοποίηση, αναγνώριση του άγχους, αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση της κλινικής και τη διοίκηση του νοσοκομείου, συνθήκες εργασίας) και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας, το νοσοκομείο, την κλινική, την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) και την ειδικότητα του προσωπικού.

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη του νοσοκομείου έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την εργασιακή ικανοποίηση και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «εργασιακή ικανοποίηση» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .024$, $b = -.156$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 12.65$, $p = .000$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 2,4% της

διακύμανσης της εργασιακής ικανοποίησης «προβλεπόμενα» από το νοσοκομείο ($R^2 = .024$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .031$, $b = -.177$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,494)} = 15.90$, $p = .000$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 3,1% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση της κλινικής «προβλεπόμενα» από το νοσοκομείο ($R^2 = .031$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .013$, $b = -.144$, $p < .010$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,504)} = 6.64$, $p = .010$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 1,3% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση του νοσοκομείου «προβλεπόμενα» από το νοσοκομείο ($R^2 = .013$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το κλίμα ασφάλειας και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «κλίμα ασφάλειας» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .044$, $b = -.210$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 23.45$, $p = .000$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 4,4% της διακύμανσης του κλίματος ασφαλείας «προβλεπόμενα» από το νοσοκομείο ($R^2 = .044$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις συνθήκες εργασίας και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «συνθήκες εργασίας» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .052$, $b = -.228$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 27.70$, $p = .000$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 5,2% της διακύμανσης των συνθηκών εργασίας «προβλεπόμενα» από το νοσοκομείο ($R^2 = .052$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ομαδικό κλίμα και ανεξάρτητη μεταβλητή το νοσοκομείο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «ομαδικό κλίμα» μπορούσε να προβλεφθεί από το νοσοκομείο ($R^2 = .047$, $b = -.216$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν (F

($t_{(1,506)} = 24,72$ $p = .000$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 4,7% της διακύμανσης του ομαδικού κλίματος «προβλεπόταν» από το νοσοκομείο ($R^2 = .047$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη της κλινικής έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την κλινική και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την εργασιακή ικανοποίηση και ανεξάρτητη μεταβλητή την κλινική, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «εργασιακή ικανοποίηση» μπορούσε να προβλεφθεί από την κλινική ($R^2 = .018$, $b = .133$, $p < .003$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,500)} = 8.98$ $p = .003$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1,8% της διακύμανσης της εργασιακής ικανοποίησης «προβλεπόταν» από την κλινική ($R^2 = .018$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το κλίμα ασφάλειας και ανεξάρτητη μεταβλητή την κλινική, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «κλίμα ασφάλειας» μπορούσε να προβλεφθεί από την κλινική ($R^2 = .009$, $b = .096$, $p < .031$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,500)} = 4.69$ $p = .031$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 0,9% της διακύμανσης του κλίματος ασφαλείας «προβλεπόταν» από την κλινική ($R^2 = .009$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ομαδικό κλίμα και ανεξάρτητη μεταβλητή την κλινική, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «ομαδικό κλίμα» μπορούσε να προβλεφθεί από την κλινική ($R^2 = .020$, $b = .140$, $p < .002$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,500)} = 10.02$ $p = .002$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 2% της διακύμανσης του ομαδικού κλίματος «προβλεπόταν» από την κλινική ($R^2 = .020$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη της ειδικότητας του προσωπικού (ιατρός-νοσηλεύτης/τρια), έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ειδικότητα του προσωπικού και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις συνθήκες εργασίας και ανεξάρτητη μεταβλητή την ειδικότητα του προσωπικού (ιατρός-νοσηλεύτης/τρια), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «συνθήκες εργασίας» μπορούσε να προβλεφθεί από την ειδικότητα του προσωπικού (ιατρός-νοσηλεύτης/τρια), ($R^2 = .012$, $b = .109$, $p < .014$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 6.13$ $p = .014$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1,2% της

διακύμανσης των συνθηκών εργασίας «προβλεπόμενες» από την ειδικότητα του προσωπικού (ιατρός-νοσηλεύτριας), ($R^2 = .012$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη της κατηγορίας του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την εργασιακή ικανοποίηση και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «εργασιακή ικανοποίηση» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .048$, $b = .218$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 25.25$ $p = .000$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 4,8% της διακύμανσης της εργασιακής ικανοποίησης «προβλεπόμενες» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .048$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .042$, $b = .206$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,494)} = 21.91$ $p = .000$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 4,2% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση της κλινικής «προβλεπόμενες» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .042$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .045$, $b = .212$, $p < .000$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,504)} = 23.83$ $p = .000$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 4,5% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση του νοσοκομείου «προβλεπόμενες» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .045$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το κλίμα ασφάλειας και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «κλίμα ασφάλειας» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .014$, $b = .118$, $p < .008$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 7.17$ $p = .008$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1,4% της διακύμανσης του κλίματος ασφάλειας «προβλεπόταν» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .014$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις συνθήκες εργασίας και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «συνθήκες εργασίας» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .018$, $b = .132$, $p < .003$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 9.03$ $p = .003$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1,8% της διακύμανσης των συνθηκών εργασίας «προβλεπόταν» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .018$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αναγνώριση του άγχους και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αναγνώριση του άγχους» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .010$, $b = -.100$, $p < .025$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 5.07$ $p = .025$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1% της διακύμανσης της αναγνώρισης του άγχους «προβλεπόταν» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .010$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ομαδικό κλίμα και ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «ομαδικό κλίμα» μπορούσε να προβλεφθεί από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ($R^2 = .010$, $b = .101$, $p < .023$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,506)} = 5.18$ $p = .023$). Η τιμή « R square value» υποδηλώνει ότι το 1% της διακύμανσης του ομαδικού κλίματος «προβλεπόταν» από την κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) ($R^2 = .010$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη του φύλου έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής» μπορούσε να προβλεφθεί από το φύλο ($R^2 = .017$, $b = -.356$, $p < .004$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,494)} = 8.29$, $p = .004$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 1,7% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση της κλινικής «προβλεπόταν» από το φύλο ($R^2 = .017$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη της ηλικίας έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου» μπορούσε να προβλεφθεί από την ηλικία ($R^2 = .012$, $b = .110$, $p < .014$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,503)} = 6.12$, $p = .014$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 1,2% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση του νοσοκομείου «προβλεπόταν» από την ηλικία ($R^2 = .012$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας και ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας» μπορούσε να προβλεφθεί από την ηλικία ($R^2 = .010$, $b = .099$, $p < .027$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,504)} = 4.93$, $p = .027$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 1% της διακύμανσης των αντιλήψεων για το κλίμα ασφάλειας «προβλεπόταν» από την ηλικία ($R^2 = .010$).

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ομαδικό κλίμα και ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «ομαδικότητα» μπορούσε να προβλεφθεί από την ηλικία ($R^2 = .015$, $b = .124$, $p < .005$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,504)} = 7.81$, $p = .005$). Η τιμή «R square value» υποδηλώνει ότι το 1,5% της διακύμανσης των αντιλήψεων για την ομαδικότητα «προβλεπόταν» από την ηλικία ($R^2 = .015$).

Προκειμένου να εξεταστεί η πρόβλεψη των ετών υπηρεσίας έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη υπηρεσίας και εξαρτημένες μεταβλητές τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη υπηρεσίας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής» μπορούσε να προβλεφθεί από τα έτη υπηρεσίας ($R^2 = .018$, $b = -.135$, $p < .003$). Η σημαντικότητα της πρόβλεψης ήταν ($F_{(1,494)} = 9.22$, $p = .003$). Η τιμή «*R square value*» υποδηλώνει ότι το 1,8% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση της κλινικής «προβλεπόταν» από τα έτη υπηρεσίας ($R^2 = .018$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές εργασίας και Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, σε έξι διαφορετικούς τομείς οι οποίοι έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών (Sexton et.al., 2006).

Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι το SAQ είναι έγκυρο και αξιόπιστο στην ελληνική εφαρμογή του. Οι αναλύσεις που έγιναν επιβεβαίωσαν εν μέρει τις εναλλακτικές υποθέσεις διότι προκειμένου να καταστεί έγκυρο αφαιρέθηκαν κάποιες ερωτήσεις προκειμένου να ληφθούν ικανοποιητικοί δείκτες φόρτισης αλλά και ικανοποιητικοί δείκτες α του Cronbach, έτσι ώστε και οι περαιτέρω αναλύσεις να είναι έγκυρες για τον πληθυσμό της έρευνας. Οι μη σημαντικές συσχετίσεις των μετρήσεων με την κλίμακα «επιθυμία για κοινωνική αποδοχή», ενισχύουν την αξιοπιστία των συγκεκριμένων δεδομένων. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση για την ασφαλή χρήση του ερωτηματολογίου στο μέλλον με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων και προκειμένου να γίνει η εξέταση του μοντέλου να εφαρμοσθεί επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.

Η πρώτη μηδενική υπόθεση υποστήριξε ότι δεν θα υπήρχαν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της ομαδικότητας, της επαγγελματικής ικανοποίησης, στο κλίμα ασφάλειας, στις συνθήκες εργασίας, στην αναγνώριση του άγχους και στις αντιλήψεις για τη διοίκηση ανά νοσοκομείο, ανά κλινική νοσοκομείου και ανά ειδικότητα εργαζομένων, ανά κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό), ανά φύλο, ανά ηλικία και ανά έτη υπηρεσίας. Από τις αναλύσεις που διεξήχθησαν φάνηκε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παραπάνω τομείς, γεγονός που οδήγησε στην απόρριψή της και στην αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης.

Πιο αναλυτικά, από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν ανά νοσοκομείο φάνηκε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στους παράγοντες εργασιακή ικανοποίηση, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου, στο κλίμα ασφάλειας, στις συνθήκες εργασίας, στην ομαδικότητα και στην αναγνώριση του άγχους. Από τις περαιτέρω αναλύσεις (post-hoc Scheffe) φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Νάουσας δήλωσαν μεγαλύτερη

εργασιακή ικανοποίηση (M.O.=4.41) από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Κατερίνης (M.O.=3.69). Στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Έδεσσας (M.O.=2.77) δήλωσαν μικρότερη αποδοχή του τρόπου διοίκησης του νοσηλευτικού ιδρύματος τους από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Κατερίνης (M.O.=3.52), καθώς επίσης κι από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Νάουσας (M.O. = 3.71). Επίσης οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Νάουσας δήλωσαν μεγαλύτερη αποδοχή της διοίκησης του νοσοκομείου σε σχέση με τις απαντήσεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Παπανικολάου (M.O. = 2.48) αλλά και σε σχέση με τις απαντήσεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (M.O. = 2.91). Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Νάουσας δήλωσαν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον τρόπο διοίκησης του νοσοκομείου τους συγκριτικά με τις απαντήσεις των εργαζομένων των νοσοκομείων Έδεσσας, Κατερίνης, Παπανικολάου και Γιαννιτσών. Επιπλέον, οι λιγότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο διοίκησης του νοσοκομείου τους φάνηκε ότι είναι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Παπανικολάου. Πιθανόν η υψηλή ικανοποίηση των εργαζομένων του νοσοκομείου Νάουσας από τη διοίκηση του νοσοκομείου, να πηγάζει από το γεγονός ότι ένα νοσοκομείο μικρότερου μεγέθους (περιφερειακό) είναι ευκολότερο να διοικηθεί από ένα νοσοκομείο μεγάλου μεγέθους (αστικό) όπως είναι το Παπανικολάου.

Ένας άλλος παράγοντας που έχει χαρακτηριστεί σημαντικός για την ασφάλεια των ασθενών είναι το κλίμα ασφάλειας. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι το κλίμα ασφάλειας είναι υψηλότερο στο νοσοκομείο Νάουσας (M.O.=4.17) συγκριτικά με το κλίμα ασφάλειας του νοσοκομείου Γιαννιτσών (M.O.=3.40). Επίσης το κλίμα ασφάλειας έδειξε από τις απαντήσεις των εργαζομένων ότι είναι υψηλότερο στο νοσοκομείο Παπανικολάου (M.O.=4.14) σε σχέση με το νοσοκομείο Γιαννιτσών (M.O.=3.40). Το κλίμα ασφάλειας είναι υψηλότερο στα νοσοκομεία Νάουσας και Παπανικολάου ενδεχομένως γιατί η γενικότερη κουλτούρα και νοοτροπία των διοικήσεων τους παρέχει ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την ασφάλεια. Επιπλέον η παρακίνηση του προσωπικού για ενημέρωση και μετεκπαίδευση ίσως είναι ένας ακόμη λόγος που τα δύο νοσοκομεία παρουσιάζουν το υψηλότερο κλίμα ασφάλειας, συγκριτικά με τα άλλα νοσοκομεία της έρευνας.

Διαφορές στο κλίμα ασφάλειας παρατηρήθηκε και στην έρευνα των DeFontes και Surbida (2004). Σε άλλη έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SAQ για την αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας των Makary και συν. (2006),

διαπιστώθηκε ότι το κλίμα ασφάλειας ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας τόσο ανάμεσα στο προσωπικό του χειρουργείου ενός νοσοκομείου όσο και ανάμεσα στο προσωπικό χειρουργείου διαφορετικών νοσοκομείων. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Pringle, Weber, Rice, Kirisci και Sirio (2009) που πραγματοποιήθηκε σε 25 νοσοκομεία της Δυτικής Πενσυλβάνια. Οι ερευνητές διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας μεταξύ των νοσοκομείων, των ερωτηθέντων και των κλινικών.

Οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο.=3.98) σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο.=3.45). Αντίθετα οι συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου Έδεσσας είναι καλύτερες συγκριτικά με αυτές του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο.=2.86). Επίσης σύμφωνα με τις απαντήσεις των εργαζομένων των νοσοκομείων Νάουσας και Κατερίνης, φάνηκε ότι στο νοσοκομείο Νάουσας οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες συγκριτικά με αυτές του νοσοκομείου Κατερίνης. Σημαντικές διαφορές στις συνθήκες εργασίας φάνηκαν επίσης μεταξύ του νοσοκομείου Νάουσας και του νοσοκομείου Γιαννιτσών, με καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Νάουσας. Επιπροσθέτως οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο.=3.65) δήλωσαν καλύτερες συνθήκες εργασίας από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο.=2.86). Συνοψίζοντας το νοσοκομείο Νάουσας έδειξε να έχει τις καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους του σε σχέση με τα νοσοκομεία της Έδεσσας, της Κατερίνης και των Γιαννιτσών. Επιπλέον, το νοσοκομείο Παπανικολάου έδειξε ότι έχει καλύτερες συνθήκες εργασίας συγκριτικά με το νοσοκομείο Γιαννιτσών. Ο όγκος των περιστατικών που δέχεται το κάθε νοσοκομείο, η επάρκεια του προσωπικού, η κατάλληλη κτιριακή υποδομή και ο εξοπλισμός του κάθε νοσοκομείου, είναι παράγοντες που διαφοροποιούν τις συνθήκες εργασίας για το προσωπικό του εκάστοτε νοσοκομείου.

Ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται άμεσα με την απόδοση των εργαζομένων και έμμεσα με την ασφάλεια των ασθενών είναι το άγχος. Τα νούμερα από τις αναλύσεις έδειξαν ότι το επίπεδο άγχους που βιώνουν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Παπανικολάου (Μ.Ο.=4.34) είναι σημαντικά υψηλότερο από το επίπεδο άγχους που δήλωσαν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο.=3.41) αλλά και σε σχέση με τις δηλώσεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο.=3.52). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στον όγκο και τη βαρύτητα των

περιστατικών που δέχεται καθημερινά το νοσοκομείο Παπανικολάου καθότι εδρεύει σε μεγάλη πόλη, σε σχέση με τα νοσοκομεία Κατερίνης και Νάουσας που είναι επαρχιακά νοσοκομεία και τα οποία λόγω ελλιπούς στελέχωσης είναι σύνηθες φαινόμενο τα βαριά περιστατικά να διακομίζονται στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης.

Έντονο εργασιακό άγχος βιώνουν επτά στους δέκα εργαζόμενους στα δημόσια νοσοκομεία. Στις δύσκολες εργασιακές συνθήκες εντός των δημόσιων μονάδων υγείας έρχεται να προστεθεί και η λεκτική βία που συχνά πυροδοτείται από τις σοβαρές ελλείψεις προσωπικού. Ειδικότερα, έρευνα στην οποία συμμετείχαν 345 εργαζόμενοι -πλην γιατρών- από έξι ελληνικά νοσοκομεία, κατέδειξε ότι το 72,5% αναφέρει υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους. Εντονότερο άγχος βιώνουν οι νοσηλευτές σε ποσοστό 80,4%. Περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα δηλώνουν ότι αισθάνονται ψυχολογική καταπόνηση, το 37,2% ότι βρίσκεται υπό μεγάλη πίεση χρόνου και το 34,2% ότι παρουσιάζει σωματική κόπωση. Μεταξύ των «αρνητικών» εργασιακών παραγόντων είναι ο κακός εξαερισμός, ο περιορισμένος χώρος, ο θόρυβος και η ακατάλληλη θερμοκρασία (<http://news.kathimerini.gr>)

Παράλληλα, έρευνα που έγινε σε δείγμα 155 νοσηλευτών στο νοσοκομείο «Αγία Όλγα», κατέδειξε ότι η μεγάλη πλειονότητα των νοσηλευτών (73%) εκτίθεται σε κάποια μορφή βίαιης συμπεριφοράς, συνήθως λεκτικής, με αποτέλεσμα τα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους αλλά και τη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης (αναφέρεται από το 34% των νοσηλευτών/τριών). Η συντριπτική πλειονότητα των εργαζομένων (99%) συμφωνεί στο ότι η έλλειψη προσωπικού και ο φόρτος εργασίας είναι οι κύριοι παράγοντες πρόκλησης βίαιων συμπεριφορών (<http://news.kathimerini.gr>)

Υψηλότερο ομαδικό κλίμα δήλωσαν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Έδεσσας (Μ.Ο.=3.95) σε σχέση με τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο.=3.35). Το ομαδικό κλίμα έδειξε ότι είναι υψηλότερο για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Νάουσας (Μ.Ο.=4.20) συγκριτικά με το ομαδικό κλίμα που δήλωσαν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου Κατερίνης (Μ.Ο.=3.70) αλλά και σε σχέση με τις απαντήσεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Γιαννιτσών (Μ.Ο.=3.35). Επίσης το νοσοκομείο Παπανικολάου (Μ.Ο.=4.19) δήλωσε υψηλότερο ομαδικό κλίμα συγκριτικά με το νοσοκομείο Γιαννιτσών (Μ.Ο.=3.35). Η ομαδική εργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων εργαζομένων, οι οποίοι εμπλέκονται στην περίθαλψη του ασθενούς, έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των

ιατρικών λαθών και κατά συνέπεια στην αύξηση της ασφάλειας των ασθενών (Morey et al., 2002). Επίσης έρευνα που έγινε στο Kaiser Permanente Anaheim Medical Center έδειξε ότι η εφαρμογή του Safety Briefing Project σε συνδυασμό με το SAQ πριν και μετά την εφαρμογή του Safety Briefing Project, έδειξε σημαντική βελτίωση στην ομαδικότητα μεταξύ του προσωπικού το οποίο ήταν και το ζητούμενο της έρευνας (DeFontes & Surbida, 2004).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα ανά κλινική οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου και στην ομαδικότητα. Οι περαιτέρω αναλύσεις (post-hoc Scheffe) έδειξαν ότι το ομαδικό κλίμα είναι υψηλότερο μεταξύ των εργαζομένων στα εργαστηριακά τμήματα (микροβιολογικό, ακτινολογικό, παθολογοανατομικό, αξονικός τομογράφος) συγκριτικά με τους εργαζόμενους σε παθολογικές, γαστρεντερολογικές και πνευμονολογικές κλινικές. Ίσως η διαφορά αυτή να αποδίδεται στο διαφορετικό αντικείμενο εργασίας μεταξύ των εργαστηριακών τμημάτων και των κλινικών νοσηλείας των ασθενών.

Επίσης από τα αποτελέσματα ανά ειδικότητα εργαζομένων φάνηκε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στις μεταβλητές εργασιακή ικανοποίηση, αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και στην ομαδικότητα, με τους γιατρούς να δηλώνουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, θετικότερες αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής όπου εργάζονται και καλύτερο ομαδικό κλίμα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε σχέση με τους νοσηλευτές. Διαφορετικές αντιλήψεις όσον αφορά την ομαδικότητα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού διαπίστωσαν και οι Thomas, Sexton και Heilmreich (2003). Τα ευρήματα αυτά μπορεί να οφείλονται στο διαφορετικό κύρος του κάθε επαγγέλματος χωριστά, στις διαφορετικές ευθύνες, στο φύλο, στην εκπαίδευση αλλά και στην διαφορετική κουλτούρα που χαρακτηρίζει την κάθε ειδικότητα.

Επιπλέον, οι αναλύσεις που έγιναν ανάμεσα στις δύο κατηγορίες νοσοκομείων (αστικά-περιφερειακά) με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ έδειξαν σημαντικές διαφορές στον παράγοντα εργασιακή ικανοποίηση, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση κλινικής, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου, στο κλίμα ασφάλειας, στις συνθήκες εργασίας, στην ομαδικότητα και στην αναγνώριση του άγχους. Από τους μέσους όρους των παραπάνω αναλύσεων φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι των αστικών νοσοκομείων νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σχέση με τους εργαζόμενους των περιφερειακών νοσοκομείων.

Θετικότερες αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και του νοσοκομείου δήλωσαν οι εργαζόμενοι των περιφερειακών νοσοκομείων συγκριτικά με τις δηλώσεις των συναδέλφων τους από τα αστικά νοσοκομεία. Κατά τον ίδιο τρόπο οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες και η ομαδικότητα κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα για τους επαγγελματίες υγείας των περιφερειακών νοσοκομείων σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας των αστικών νοσοκομείων. Στο μόνο παράγοντα που οι εργαζόμενοι των αστικών νοσοκομείων σημείωσαν υψηλότερο σκορ έναντι των εργαζομένων στα περιφερειακά νοσοκομεία, είναι η αναγνώριση του άγχους. Ο φόρτος εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών στα αστικά νοσοκομεία δικαιολογούν όλες τις παραπάνω παρατηρήσεις.

Ο έλεγχος που έγινε για διαφορές ανά φύλο με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου και τις μεταβλητές στάσεις και συμπεριφορά άσκησης, έδειξαν σημαντικές διαφορές μόνο στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής. Τα αποτελέσματα επεσήμαναν το γεγονός ότι οι άνδρες δήλωσαν θετικότερη αντίληψη σχετικά με τη διοίκηση της κλινικής συγκριτικά με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Η διαφορά αυτή ίσως δικαιολογείται από την διαφορετική κουλτούρα και τον διαφορετικό τρόπο σκέψης που χαρακτηρίζει τα δύο φύλα.

Στον έλεγχο που έγινε ανά ηλικία βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε όλους τους παράγοντες εκτός από τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής και τις στάσεις άσκησης. Όσον αφορά τα αποτελέσματα σχετικά με τον παράγοντα εργασιακή ικανοποίηση οι συμμετέχοντες ηλικίας 20-30 ετών δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι σχετικά με τους συμμετέχοντες ηλικίας 30-40 ετών. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι εργαζόμενοι 20-30 χρονών δεν έχουν αρκετή προϋπηρεσία κι επομένως εργασιακή κόπωση ή ακόμα και στη διαφορετική κουλτούρα ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ηλικίας. Επίσης οι συμμετέχοντες 50 ετών και άνω δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους συγκριτικά με τους συναδέλφους τους ηλικίας 30-40 ετών.

Οι αποφάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου φάνηκε ότι είναι καλύτερα αποδεκτές από τους εργαζόμενους ηλικίας 50 ετών και άνω σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 30-40 ετών. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας, το κλίμα ασφάλειας, φάνηκε ότι είναι υψηλότερος για τους εργαζόμενους που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με ηλικία 50 ετών και άνω συγκριτικά με τους εργαζόμενους ηλικίας 30-40 ετών. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν επίσης ότι οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες για τους εργαζόμενους ηλικίας 50 ετών και άνω

σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 30-40 ετών. Τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι 50 ετών και άνω αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό τις πράξεις της διοίκησης του νοσοκομείου, δήλωσαν υψηλότερο κλίμα ασφάλειας και έδειξαν ότι αντιλαμβάνονται τις συνθήκες εργασίας ως καλύτερες. Η ωριμότητα, η εμπειρία αλλά και η συνήθεια ίσως να αποτελούν τους λόγους που οδήγησαν στα παραπάνω αποτελέσματα.

Το ομαδικό κλίμα που είναι πολύ σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ομάδας, έδειξε ότι είναι υψηλότερο για τους εργαζόμενους ηλικίας 40-50 ετών σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 30-40 ετών. Επίσης η ομαδικότητα φάνηκε να είναι υψηλότερη για τους εργαζόμενους ηλικίας 50 ετών και άνω σε σχέση με τους εργαζόμενους ηλικίας 30-40 ετών. Παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι ηλικίας 30-40 ετών υστερούν σημαντικά στην ομαδική συμπεριφορά σε σχέση με τους συναδέλφους τους ηλικίας 40-50 και 50 ετών και πάνω. Πιθανόν η ηλικία αυτή να χαρακτηρίζεται από υπερβολική αυτοπεποίθηση και αδυναμία αναγνώρισης των θετικών αποτελεσμάτων της ομαδικής εργασίας.

Όσον αφορά τις αναλύσεις που έγιναν ανάμεσα στους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ και τα χρόνια υπηρεσίας των εργαζομένων, τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση για τους συμμετέχοντες με υπηρεσία ως 6 μήνες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με 5-10 έτη υπηρεσίας. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι με 6 μήνες υπηρεσία να διατηρούν ακόμη υψηλό επίπεδο ενθουσιασμού όσον αφορά το αντικείμενο της εργασίας τους. Επιπροσθέτως και οι εργαζόμενοι που έχουν προϋπηρεσία περισσότερη από 20 έτη δήλωσαν μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση σε σχέση με τους εργαζόμενους που είχαν προϋπηρεσία 5-10 έτη. Πιθανόν ο προσδιορισμός της εργασιακής ικανοποίησης να διαφέρει για τους παραπάνω εργαζόμενους και επιπλέον διαφορετικές μπορεί να είναι οι απαιτήσεις από την εργασία των εργαζομένων με περισσότερα από 20 έτη υπηρεσίας από τους εργαζόμενους με 5-10 έτη υπηρεσίας.

Τα αποτελέσματα για το κλίμα ασφάλειας έδειξαν υψηλό σκορ για τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα με έτη υπηρεσίας ως 6 μήνες αλλά και για τους συμμετέχοντες που είχαν υπηρεσία πάνω από 20 έτη. Ίσως ο ενθουσιασμός και οι πρόσφατα αποκτημένες γνώσεις να δικαιολογούν το υψηλό κλίμα ασφάλειας για τους εργαζόμενους που έχουν υπηρεσία ως 6 μήνες, ενώ η εμπειρία και η ωριμότητα να είναι η δικαιολογία για τους εργαζόμενους με υπηρεσία πάνω από 20 έτη. Αντίθετα το χαμηλότερο σκορ στον παράγοντα κλίμα ασφάλειας σημείωσαν οι

εργαζόμενοι με 5-10 έτη υπηρεσίας. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται σε πιθανή απογοήτευση του προσωπικού από το χώρο και το αντικείμενο εργασίας και επομένως μείωση της προθυμίας του να διατηρήσει το κλίμα ασφάλειας σε υψηλά επίπεδα.

Η δεύτερη μηδενική υπόθεση που είκαζε ότι δεν θα υπήρχαν διαφορές στους εξεταζόμενους τομείς της επαγγελματικής ικανοποίησης και του άγχους σε σχέση με το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας και άσκησης των συμμετεχόντων γίνεται αποδεκτή. Αυτό μπορεί να οφείλεται ενδεχομένως στον μικρό αριθμό συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι γυμνάζονται συστηματικά ή ακόμη και στο εργαλείο μέτρησης της άσκησης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Proper, Staal, Hildebrandt, Van der Beek, και Van Mechelen (2002) στην ανασκοπική μελέτη που διεξήγαγαν. Αντίθετα από την παρούσα έρευνα και την έρευνα των Proper και συν. (2002), οι Peterson και Dynnagan (1998) επισήμαναν σημαντικές διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων σε σχέση με την τακτική άσκηση. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Ohta και συν. (2007) μετά από εφαρμογή προγράμματος αερόβιας άσκησης αλλά και διατροφικών συμβουλών σε εργαζόμενους διάρκειας 12 βδομάδων. Η άσκηση όμως έχει συσχετισθεί όχι μόνο με την εργασιακή ικανοποίηση αλλά και με τη μείωση του εργασιακού άγχους. Ερευνητές του πανεπιστημίου της Τεχεράνης μετά από έρευνα που διεξήγαγαν σε στρατιωτικούς πιλότους, συστήνουν για τη μείωση του άγχους και την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης την συστηματική γυμναστική και την ενασχόληση με τα σπορ (Khodabakhsh & Kolivand, 2007). Η συμμετοχή σε προγράμματα αερόβιας άσκησης συντέλεσε στη μείωση του εργασιακού άγχους σύμφωνα με την Imm (1990).

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου του Μπρίστολ που θέλησε να διερευνήσει την επίδραση της ύπαρξης γυμναστηρίων σε εργασιακούς χώρους οι υπάλληλοι που έχουν τη δυνατότητα να ασκηθούν στον εργασιακό τους χώρο είναι πιο παραγωγικοί, χαρούμενοι, αποδοτικοί και ήρεμοι. Όπως διαπιστώθηκε, η άσκηση αναζωογονούσε το προσωπικό, βελτίωνε τη συγκέντρωσή τους και τη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, ενώ τους έκανε να αισθάνονται περισσότερο ήρεμοι. Ο επικεφαλής της έρευνας Coulson J., τονίζει ότι ένα ενεργητικό διάλειμμα έχει ευεργετικές επιπτώσεις όχι μόνο στη φυσική μας κατάσταση αλλά και στην απόδοσή μας. Υποστηρίζει ότι τα ευρήματα πρέπει να ενθαρρύνουν τους εργοδότες να παρέχουν εγκαταστάσεις άθλησης στους υπαλλήλους τους (McKenna & Coulson, 2005).

Το σε ποιο νοσοκομείο εργαζόνταν οι συμμετέχοντες προέβλεπε με σειρά βαρύτητας τα σκορ των μεταβλητών: συνθήκες εργασίας (5.2%), ομαδικό κλίμα (4.7%), κλίμα ασφάλειας (4.4%), αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής (3.1%), εργασιακή ικανοποίηση (2.4%), και αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου (1.3%). Η κλινική στην οποία υπηρετούσαν οι συμμετέχοντες προέβλεπε με σειρά βαρύτητας τα σκορ των μεταβλητών: ομαδικό κλίμα (2%), εργασιακή ικανοποίηση (1,8%), κλίμα ασφάλειας (0,9%). Η ειδικότητα του προσωπικού προέβλεπε το 1,2% της διακύμανσης της μεταβλητής συνθήκες εργασίας.

Η κατηγορία του νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό) προέβλεπε με σειρά βαρύτητας τα σκορ των μεταβλητών: εργασιακή ικανοποίηση (4,8%), αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου (4,5%), αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής (4,2%), συνθήκες εργασίας (1,8%), κλίμα ασφάλειας (1,4%), αναγνώριση του άγχους (1%), ομαδικό κλίμα (1%). Το φύλο των συμμετεχόντων προέβλεπε το 1,7% της διακύμανσης της μεταβλητής αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής

Η ηλικία των εργαζομένων προέβλεπε με σειρά βαρύτητας τα σκορ των μεταβλητών: ομαδικό κλίμα (1,5%), αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου (1,2%), κλίμα ασφάλειας (1%). Τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων προέβλεπαν το 1,8% της διακύμανσης των αντιλήψεων για τη διοίκηση της κλινικής.

Η μεταβλητή του «νοσοκομείου» προέβλεπε πρώτα τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού ενώ η μεταβλητή «κατηγορία του νοσοκομείου» (αστικό-περιφερειακό) προέβλεπε τις συνθήκες εργασίας με τέταρτη σειρά βαρύτητας. Επιπλέον, η μεταβλητή «ειδικότητα του προσωπικού» προέβλεπε μόνο τις συνθήκες εργασίας. Οι μεταβλητές «κλινική» και «ηλικία» προέβλεπαν πρώτα το ομαδικό κλίμα, ενώ η μεταβλητή «νοσοκομείο» προέβλεπε δεύτερο το ομαδικό κλίμα και η μεταβλητή «κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)» προέβλεπε το ομαδικό κλίμα τελευταίο. Οι μεταβλητές «κλινική» και «ηλικία» προέβλεπαν το κλίμα ασφάλειας με τελευταία σειρά βαρύτητας, η μεταβλητή «νοσοκομείο» με τρίτη σειρά βαρύτητας και η μεταβλητή «κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)» με πέμπτη σειρά βαρύτητας. Οι μεταβλητές του «φύλου» και των «ετών υπηρεσίας» των εργαζομένων προέβλεπαν μόνο τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής. Επιπλέον, η μεταβλητή «κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)» προέβλεπε τις αντιλήψεις για τη διοίκηση της κλινικής με τρίτη σειρά βαρύτητας και η μεταβλητή «νοσοκομείο» με τέταρτη σειρά βαρύτητας. Οι μεταβλητές «ηλικία» και «κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)» προέβλεπαν τις αντιλήψεις για τη

διοίκηση του νοσοκομείου με δεύτερη σειρά βαρύτητας ενώ η μεταβλητή «νοσοκομείο» προέβλεπε τις αντιλήψεις για τη διοίκηση του νοσοκομείου με τελευταία σειρά βαρύτητας. Τέλος, η μεταβλητή «κατηγορία νοσοκομείου (αστικό-περιφερειακό)» προέβλεπε την εργασιακή ικανοποίηση με πρώτη σειρά βαρύτητας, η μεταβλητή «κλινική» με δεύτερη σειρά βαρύτητας και η μεταβλητή «νοσοκομείο» με πέμπτη σειρά βαρύτητας.

Επιπλέον παρατηρήσεις που προέκυψαν από τις αναλύσεις είναι ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι 30-40 χρόνων και με 11-20 χρόνια υπηρεσίας. Επίσης οι περισσότεροι που συμμετείχαν στην έρευνα είναι νοσηλευτές κι έπειτα ακολουθούν οι υπόλοιπες ειδικότητες όπως γιατροί, τεχνολόγοι, βοηθητικό προσωπικό κ.ά. Ακόμη παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι δύο τελευταίες παρατηρήσεις δικαιολογούνται από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό υπερτερεί αριθμητικά έναντι των άλλων κατηγοριών εργαζομένων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά κι επειδή η νοσηλευτική επιστήμη προσελκύει κυρίως γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας γυναικοκρατείται σε ποσοστό που αγγίζει το 98% (<http://www.pasonop.gr>).

VI. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα που σέβεται και νοιάζεται τους εργαζομένους του και τους ασθενείς που περιθάλπει, οφείλει να δημιουργήσει και να διατηρήσει υψηλό κλίμα ασφάλειας, διότι η ασφάλεια προέχει περισσότερο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και του κέρδους. Τραυματισμοί και λάθη όπως εγχειρήσεις σε λάθος σημείο, έχουν τραγικό κόστος και για τον ασθενή και για το προσωπικό. Επιπλέον οδηγεί και σε οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών φορέων (DeFontes & Surbida, 2004).

Ο Esmail (2001) θεωρεί ότι η προτεραιότητα των ερευνών που διεξάγονται πρέπει να είναι όχι η καλύτερη μέτρηση των λαθών που διενεργούνται αλλά η αύξηση της διεθνούς συνεργασίας στην εύρεση λύσεων στα υπάρχοντα προβλήματα. Για παράδειγμα, να μην επιδιώκεται η δημιουργία νέων βάσεων δεδομένων αλλά να αξιοποιούνται οι ήδη υπάρχουσες για την αναγνώριση και την επίλυση των προβλημάτων που εντοπίζονται. Στην ελληνική πραγματικότητα δεν υπάρχει ηλεκτρονική βάση δεδομένων αναφοράς των λαθών, παρά μόνο το σύστημα έγγραφης αναφοράς. Το γεγονός αυτό προσθέτει σημαντικό βαθμό δυσκολίας στην προσπάθεια συγκέντρωσης και ανάλυσης των δεδομένων. Γι' αυτό το λόγο, ουσιαστικό πρώτο βήμα θα ήταν η δημιουργία μιας ηλεκτρονικής και ανώνυμης βάσης δεδομένων, ώστε να διευκολύνεται η συγκέντρωση και ανάλυση των δεδομένων από τους ειδικούς.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας προέκυψαν κάποιες προτάσεις των οποίων η εφαρμογή είναι δυνατό να συμβάλλει στη μείωση των ιατρικών λαθών και την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών:

- 1) Η επάρκεια του προσωπικού θεωρείται αναγκαία συνθήκη για ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.
- 2) Επιπλέον η κατάλληλη στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δηλαδή τα κατάλληλα άτομα, με τα κατάλληλα προσόντα στις κατάλληλες θέσεις, αποτελεί μια ακόμη πρόταση που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των αρμόδιων υπουργείων.

- 3) Βελτίωση της υλικοτεχνικής και κτιριακής υποδομής.
- 4) Σεμινάρια των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.
- 5) Συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με τις εξελίξεις διαδικασιών, φαρμάκων, θεραπειών, τεχνολογίας.
- 6) Εκπαίδευση του προσωπικού στην ομαδική εργασία και σωστή επικοινωνία ώστε να βελτιωθεί η ομαδική συμπεριφορά του.
- 7) Σεμινάρια ελέγχου και διαχείρισης του άγχους των εργαζομένων.
- 8) Υποκίνηση του προσωπικού για Φυσική Δραστηριότητα.

Αν και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν έδειξαν κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στους εργαζόμενους που ασκούνται συστηματικά με τα επίπεδα άγχους που βίωναν και την εργασιακή τους ικανοποίηση, ωστόσο δεν είναι συνετό να αγνοηθούν τόσες άλλες έρευνες που έχουν προηγηθεί και έχουν συσχετίσει θετικά την άσκηση με τη μείωση του άγχους, την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και απόδοσης, όπως επίσης την ευεργετική επίδραση της στην ψυχική ισορροπία του ατόμου.

Για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται και να συμμετέχουν στην επιλογή και την ανάπτυξη των στρατηγικών μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας κι επιπλέον να λαμβάνουν συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με την εργασιακή τους συμπεριφορά και απόδοση.

VII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το SAQ μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας, της ομαδικότητας, της εργασιακής ικανοποίησης, των συνθηκών εργασίας, της αναγνώρισης του άγχους και των αντιλήψεων για τη διοίκηση, του προσωπικού των κλινικών/τμημάτων μεμονωμένα αλλά και ολόκληρου του νοσηλευτικού ιδρύματος. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει αξιολόγηση των παραπάνω παραγόντων πριν και μετά την εφαρμογή παρεμβατικού προγράμματος, να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των κλινικών ενός νοσοκομείου αλλά και μεταξύ περισσότερων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η παράλληλη χρήση του ερωτηματολογίου για τις στάσεις και τις συμπεριφορές άσκησης θα μπορούσε να συμβάλλει στην διερεύνηση της επίδρασης της άσκησης στην επαγγελματική ικανοποίηση και τη μείωση του άγχους του προσωπικού. Η αξιολόγηση των στάσεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας σε τομείς που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στο σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων για τη μείωση των ιατρικών λαθών και την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να αποτελέσουν την πλατφόρμα για την ανάπτυξη πρωτοβουλιών για το σχεδιασμό στρατηγικών με στόχο την παροχή πόρων και εργαλείων για τη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας κάθε νοσηλευτικού οργανισμού. Γι' αυτούς τους λόγους προτείνεται η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών σε μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων και συμμετεχόντων και σε μεγαλύτερο γεωγραφικό εύρος.

Τα λάθη μπορούν να προληφθούν, σχεδιάζοντας ένα σύστημα υγείας που να είναι ασφαλέστερο. Ένα σύστημα που να αποτρέπει τους ανθρώπους να κάνουν λάθος και να τους καθοδηγεί να κάνουν το σωστό. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο καθένας ατομικά μπορεί να είναι απρόσεκτος. Οι άνθρωποι πρέπει να επαγρυπνούν και να είναι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους. Όταν συμβαίνει ένα λάθος, η κατηγορία του ενός προσφέρει ελάχιστα στη δημιουργία ενός ασφαλέστερου συστήματος και στο να αποτρέψει κάποιον άλλο να διαπράξει το ίδιο λάθος (Kohn et al, 2000).

Η κατανόηση των λαθών σε κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη, όμως οι έρευνες δεν πρέπει να περιορίζονται στην μελέτη των λαθών της κλινικής πρακτικής. Γίνεται αντιληπτό ότι η αλλαγή της ιατρικής κουλτούρας είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Μια κυβερνητική πολιτική που δίνει έμφαση στην ποιότητα και την υπευθυνότητα μπορεί να είναι ο μηχανισμός που θα καλλιεργήσει την κουλτούρα μείωσης των λαθών και αύξησης της ασφάλειας των ασθενών.

Οι μεμονωμένες προσπάθειες δεν οδηγούν πουθενά. Χρειάζεται συνεργασία και επαγρύπνηση απ' όλους όσους εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας υγείας, ώστε να μειωθούν τα ιατρικά λάθη και να δημιουργηθεί ένα ασφαλέστερο περιβάλλον για τους ασθενείς.

VIII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, (32), 665-683.
- Antoniou, A.-S., Davidson, M.J. & Cooper, C.L. (2003). Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, (18), 592-621.
- Andrews, L.B., Stocking, C., Krizek, T., Gottlieb, L., Krizek C., Vargish, T., & Siegler, M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, (349), 309-313.
- Baker, D., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41 (4), 1576-1598.
- Barach, P. (2000). Patient safety curriculum. *Academic Medicine*, 75(5), 551-2.
- Bates ,D, O'Neil, AC, & Boyle, D. (1994). Potential identifiability and preventability of adverse events using information systems. *Journal of the American Medical Informatics Assosiation*, (1), 404-11.
- Berwick, D. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*, (320), 53–56.
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Bogner, MS. (1994). *Human error in medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, (24), 349-354.

- Cullen, D. & Bates, DW. (1995). The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, (21), 541–548.
- Δημητριάδου-Παντέκα Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., & Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2009). Οι συνθήκες εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 8, (3), 222-239. <http://www.vima-asklipiou.gr>
- DeFontes, J., & Surbida, S. (2004). Preoperative safety briefing project. *The Permanente Journal*, 8 (2), 21-27.
- Donchin, Y. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, (23), 294–300.
- Εργασιακό στρες στα δημόσια νοσοκομεία. Ημερομηνία ανάκτησης: 10/01/10
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_05/05/2009_313413
- Esmail, A. (2001). Better cooperation and less measurement. *Healthcare Papers*, 2(1), 33-37.
- EU Health Programme for 2008-2013 approved. Ημερομηνία ανάκτησης: 20/12/09
www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3287
- Gavin, JA. (2004). Thinking the dynamics between healthcare and place: therapeutic geographies in treatment and care practices. *Area*, (36), 307 - 318.
- Gurfman, G.D. (1993). The health benefits of exercise-a critical reappraisal. *New England Journal of Medicine*, 328 (8), 574-576.

- Halford, S., & Leonard, P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 201-212.
- Helmreich, RL., & Merritt, AC. (1998). *Culture at work in aviation and medicine: National, organizational, and professional influences*. U.K.: Aldershot-Ashgate
- Helmreich, RL, Merritt, AC, Sherman, PJ, Gregorich, SE, & Wiener, EL. (1993). The flight management attitudes questionnaire. *Technical Report 93-4*.
- Herzberg, F., & Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Άσκηση και κάπνισμα. Μέρος 1ο. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό, 3, 225-238. <http://www.hape.gr/emag/content.asp>
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Άσκηση και κάπνισμα. Μέρος 2ο. Έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό. Διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων. Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό, 3, 239-248. <http://www.hape.gr/emag/content.asp>
- Imm, P. S. (1990). Perceived benefits of participants in an employees' aerobic fitness program. *Perceptual and Motor Skills*, (71), 753-754.
- Itoh, K., Andersen, H. B., Seki, M. (2004). Track maintenance train operators' attitudes to job, organisation and management and their correlation with accident/incident rate. *Cognition, Technology & work*, 6, 63-78.
- Khodabakhsh, A., & Kolivand, A. (2007). Stress and job satisfaction among air force military pilots. *Journal of Social Sciences* 3 (3), 159-163.

- Kohn, LT, Corrigan, JM, & Donaldson, MS. (2000). *Error is human: building a safer health system. A report of the committee on quality of health care in America, institute of medicine*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kriska, A.M., & Caspersen, C.J. (1997). A collection of physical activity questionnaires for health-related research. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, (29), 36–38.
- Leape, LL. (1994). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, (272), 1851-1857.
- Leape, LL., Brennan, A.G., & Troyen, A. (1993). Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 19(5), 144–149.
- Locke, E. A. (1984). *Job satisfaction*. London, England: John Willey & Sons.
- Locke, E. A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*. Chicago: Rand McNally.
- Makary, M., Sexton, J., Freischlag, J., Millman, A., Pryor, D., Holzmueller, C., & Pronovost, P. (2006). Patient safety in surgery. *Annals of Surgery*, 243(5), 628–635.
- McKenna, J., & Coulson, J. (2005). How Does Exercising At Work Influence Work Productivity? A Randomised Cross-over Trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37 (5), 323-332.
- Mills, DH. & Bolschwing, G.E. (1995). Clinical risk management: experiences from the USA. *Quality and Safety in Health Care*, 4 (2), 90-96.
- Morey, J.C., Simon, R., Jay, G.D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K.A., & Berns S.D. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the med teams project. *Health Services Research* 37 (6), 1553-1581.

- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, (2), 23-33.
- Μπουλουτζιά, Π. Το εργασιακό stress στα δημόσια νοσοκομεία. Ημερομηνία ανάκτησης: 13-1-10. <http://news.kathimerini.gr>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse - staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, (346), 1715 - 1722.
- Nieva, VF., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care* (12), 17-23.
- O'Brien, PL., Baumann, A., & Villeneuve, M. (1994). *Nursing management in Canada*. Toronto: W.B. Saunders.
- Ohta, M., Tagikami, C., & Ikeda, M. (2007). Effect of lifestyle modification program implemented in the community on workers' job satisfaction. *Industrial Health* 45(1), 49-55.
- Πανελλήνια Συνδικαλιστική Ομοσπονδία Νοσηλευτικού Προσωπικού. Ημερομηνία ανάκτησης: 3-1-10. <http://www.pasonop.gr>
- Peterson, M., & Dynnagan, T. (1998). Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 40 (11), 973-979.
- Plante, T. G., & Robin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: research and reviews*, (9), 3-24.

- Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ. & Καϊτελίδου, Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 46(4), 537-544.
- Pringle, J., Weber, R.J., Rice, K., Kirisci, L., & Sirio C. (2009). Examination of how a survey can spur culture changes using a quality improvement approach: A region-wide approach to determining a patient safety culture. *American Journal of Medical Quality*, (24), 374-384.
- Pronovost, P., & Weast B. (2005). Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *Journal of Patient Safety*, (1), 33-40.
- Proper, K.I., Staal, B.J., Hildebrandt, V.H., Van der Beek, A.J., & Van Mechelen W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28 (2), 75-84.
- Reason, J. (1990). Human error. Cambridge: Cambridge University Press*
- Runkel, P. J. & McGrath, J. E. (1972). *Research on human behavior: A systematic guide to method.* New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. & Thomas, E. (2006). The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. Health Services Research. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>
- Stone, F. (2001). Medical team management: using teamwork to prevent medical errors. *Legal Medicine*, 56 (6), 26–30.
- Taylor, S. E. (1995). *Health Psychology.* New York: McGraw-Hill.

- Thomas, J., Sexton, J.b., & Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* 31(3), 956-9.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek students' attitudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports*, (92), 275-283.
- Travers, C. J. & Cooper, C. L. (1996). *Teachers under pressure-stress in the teaching profession*. London: Routledge.
- Trollip, S, & Jensen, RS. (1991). *Human factors for general aviation*. Englewood, CO: Jeppesen Sanderson, Inc.
- Tumulty, G., Jernigan, I.E., & Kohut, G.F. (1994). The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, (7), 84 - 90.
- Vincent,CA. (1997). Risk, safety and the dark side of quality. *British Medical Journal*, (314), 1775-1776.
- Vincent, CA.,Taylor-Adams, S. & Stanhope, N.(1998). Education and debate: Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, (316), 1154-1157
- Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley.
- WHO/(2006). Benefits of physical activity. Ημερομηνία ανάκτησης: 3-1-10
www.who.int/entity/moveforhealth/advocacy/information_sheets/benefits/en
- Woolever, D. R. (2005). The impact of a patient safety program on medical error reporting. *Advances in Patient Safety*, (1), 307–316.

VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: ερωτηματολόγιο SAQ

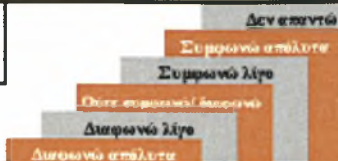
Αξιολόγηση στάσεων και συμπεριφορών εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Νοσοκομείο:

Τμήμα/κλινική:

Παρακαλώ ολοκληρώστε την έρευνα με σεβασμό στις εμπορίες σας σ'αυτή την κλινική.

- Αποφεύγετε διορθώσεις και λάθη.
- Εκπληξτε μόνο μία από τις ενδοερωτήσεις απαντήσεις.
- Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.



A	B	C	D	E	X									
Διφορών απάντηση	Διφορών λιγώ	Ότις σε συμφωνώ ότις διαφωνώ	Συμμενώ λιγώ	Συμμενώ απάντηση	Δεν απαντώ	Διφορών απάντηση	Διφορών λιγώ	Ότις σε συμφωνώ ότις διαφωνώ	Συμμενώ λιγώ	Συμμενώ απάντηση	Δεν απαντώ			
1. Η συνεισφορά των νοσηλευτών/ών τρώων αναγνωρίζεται καλά σ' αυτήν την κλινική.	A	B	C	D	E	X								
2. Σ' αυτή την κλινική είναι δύσκολο να μιλήσω ελεύθερα όταν αντιλαμβάνομαι αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα με την φροντίδα των ασθενών.	A	B	C	D	E	X								
3. Οι άσφαιρες σε αυτήν την κλινική επιλέγονται κατάλληλα (π.χ. όχι πως έχει δίκιο αλλά πιο είναι το καλύτερο για τον ασθενή).	A	B	C	D	E	X								
4. Σ' αυτήν την κλινική έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από τους άλλους, όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών.	A	B	C	D	E	X								
5. Είναι εύκολο για το προσωπικό εδώ να κάνει ερωτήσεις, όταν προκύπτει κάτι που δεν καταλαβαίνει.	A	B	C	D	E	X								
6. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτές/τριες εδώ δουλεύουν μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.	A	B	C	D	E	X								
7. Θα ένιωθα ασφαλείς να νοσηλευτώ εδώ σαν ασθενής.	A	B	C	D	E	X								
8. Τα ιατρικά λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτήν την κλινική.	A	B	C	D	E	X								
9. Γνωρίζω που πρέπει να απευθυνθώ για θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών σε αυτήν την κλινική.	A	B	C	D	E	X								
10. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση σχετικά με την απόδοσή μου.	A	B	C	D	E	X								
11. Σε αυτήν την κλινική είναι δύσκολο να συζητηθούν τα λάθη.	A	B	C	D	E	X								
12. Σ' αυτήν την κλινική ενθαρρύνονται από άλλους, να αναφέρω οποιαδήποτε ανησυχία μπορεί να έχω, όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών.	A	B	C	D	E	X								
13. Η νοσοπεία της κλινικής διευκολύνει το να μιλάμε για τα λάθη των άλλων.	A	B	C	D	E	X								
14. Οι προτάσεις μου για την ασφάλεια θα υιοθετούνταν εάν τις εξήρασα στη διακρίση.	A	B	C	D	E	X								
15. Μια κρέσει η δουλειά μου.	A	B	C	D	E	X								
16. Δουλεύοντας εδώ είναι σε να είσαι μέρος μιας μεγάλης οικογένειας.	A	B	C	D	E	X								
17. Αυτή η κλινική είναι ένας καλός χώρος για δουλειά.	A	B	C	D	E	X								
18. Είναι περιήφανη /ας που δουλεύω σ'αυτή την κλινική.	A	B	C	D	E	X								
19. Το ήθος σ'αυτή την κλινική είναι υψηλό.	A	B	C	D	E	X								
20. Όταν ο φόρτος εργασίας μου γίνεται υπερβολικός, η απόδοσή μου μειώνεται.	A	B	C	D	E	X								
21. Είναι λιγότερο αποδοτικός/ή στην εργασία όταν κουράζομαι.	A	B	C	D	E	X								
22. Είναι πιο επιρροής σε λάθη σε καταστάσεις έντασης ή εξορκικής αντιμετώπισης.	A	B	C	D	E	X								
23. Η κούραση μειώνει την απόδοσή μου σε επικίνδυνες καταστάσεις (καρδιασπαστική αμολία, κρίση, επείγουσες κρούσεις, σπασμούς κτλ.).	A	B	C	D	E	X								
24. Η Διεύθυνση υποστηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες:	Διεύθυνση κλινικής	A	B	C	D	E	X	Διεύθυνση Νοσ/ματ/ου	A	B	C	D	E	X
25. Η Διεύθυνση δεν κάνει υποχρήσεις όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών:	Διεύθυνση κλινικής	A	B	C	D	E	X	Διεύθυνση Νοσ/ματ/ου	A	B	C	D	E	X
26. Η Διεύθυνση κάνει καλή δουλειά:	Διεύθυνση κλινικής	A	B	C	D	E	X	Διεύθυνση Νοσ/ματ/ου	A	B	C	D	E	X
27. Τα προβλήματα του προσωπικού αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από:	Διεύθυνση κλινικής	A	B	C	D	E	X	Διεύθυνση Νοσ/ματ/ου	A	B	C	D	E	X
28. Λαμβάνω ικανοποιητική και έγκαιρη ενημέρωση για γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου από:	Διεύθυνση κλινικής	A	B	C	D	E	X	Διεύθυνση Νοσ/ματ/ου	A	B	C	D	E	X
29. Ο αριθμός προσωπικού της κλινικής είναι επαρκής για να φροντίζει σωστά τον αριθμό των ασθενών.	A	B	C	D	E	X								
30. Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά όσον αφορά στην εκπαίδευση του νέου προσωπικού.	A	B	C	D	E	X								
31. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για αποφασίζω σχετικά με τη διαγνώση και τη θεραπεία των ασθενών είναι συνεχώς στη διάθεσή μου.	A	B	C	D	E	X								
32. Οι εκπαιδευόμενοι στον τομέα μου επιτηρούνται επαρκώς.	A	B	C	D	E	X								
33. Τα γεγονότα στην κλινική επηρεάζουν την συναισθηματική μου ζωή με αρνητικό τρόπο.	A	B	C	D	E	X								
34. Οι άνθρωποι στην κλινική αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα στρεσογόνα γεγονότα στην εργασία.	A	B	C	D	E	X								
35. Η συνεισφορά μου σ'αυτή την κλινική αναγνωρίζεται.	A	B	C	D	E	X								
36. Οι άνθρωποι στην κλινική δουλεύουν μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.	A	B	C	D	E	X								
37. Σ' αυτή την κλινική, είναι δύσκολο να μιλήσω στους ανωτέρους, αν αντιληφθώ ένα πρόβλημα με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.	A	B	C	D	E	X								
38. Τα προβλήματα επικοινωνίας που οδηγούν σε καθυστέρηση της παροχής φροντίδας είναι συνηθισμένο φαινόμενο.	A	B	C	D	E	X								

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Έχετε ξανασυμμετάσχει σε αυτή την έρευνα πολλαπλά; Ναι Όχι Δεν ξέρω

Θέση που κατέχετε: (σημειώστε ένα μόνο από τα παρακάτω)

<input type="checkbox"/> Διευθυντής Ιατρός	<input type="checkbox"/> Νοσηλεύτής/τρια	<input type="checkbox"/> Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων
<input type="checkbox"/> Ειδικός Ιατρός	<input type="checkbox"/> Βοηθητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/> Φαρμακοποιός
<input type="checkbox"/> Ειδικευόμενος Ιατρός	<input type="checkbox"/> Φυσιοθεραπευτής	<input type="checkbox"/> Διακριτική υποστήριξη
<input type="checkbox"/> Διευθυντής/Υπερδιευθυντής Νοσηλεύτρια	<input type="checkbox"/> Κατανοικός Λειτουργός	<input type="checkbox"/> Άλλο: _____
<input type="checkbox"/> Πρόεδρος/Υπερδιευθυντής Νοσηλεύτρια	<input type="checkbox"/> Διευθυντής/Διευθυντής	

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία: 20-30 ετών 30-40 ετών 40-50 ετών άνω των 50

Ετη υπηρεσίας: έως 6 μήνες 6 έως 11 μήνες 1-2 έτη 3-4 έτη 5-10 έτη 11-20 έτη

περισσότερο από 20 έτη

Σημερινή Ημερομηνία(μήνας/έτος):

Ευχαριστώ για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς άσκησης

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σου με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνατε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας; (Γράψτε πόσες φορές την εβδομάδα ασκήστε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

ΦΟΡΕΣ /
ΕΒΔΟΜΑΔΑ

A) έντονη άσκηση – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)

B) μέτρια άσκηση –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)

Γ) ήπια άσκηση – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική).

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις.....

Πόσες φορές την εβδομάδα..... Πόσες ώρες κάθε φορά.....

Παράρτημα 4: Κλίμακα κοινωνικής αποδοχής

ΟΔΗΓΙΕΣ: Για να απαντήσεις διάβασε την κάθε πρόταση και βάλε ένα X στην αντίστοιχη στήλη ανάλογα με το αν ισχύει ή δεν ισχύει για σένα αυτή η πρόταση.		Ισχύει για μένα	Δεν ισχύει για μένα
1.	Ποτέ δε λέω άσχημα πράγματα για τους άλλους		
2.	Μερικές φορές ζηλεύω την τύχη των άλλων		
3.	Δεν εκνευρίζομαι ποτέ		
4.	Είμαι πάντα ευγενικός / ή		
5.	Μερικές φορές προσπαθώ να εκδικούμαι τους άλλους		
6.	Για να δουλέψω πρέπει να έχω ενθάρρυνση		
7.	Είμαι πάντα πρόθυμος / η να παραδεχτώ τα λάθη μου		
8.	Μερικές φορές εκμεταλλεύομαι τους άλλους		
9.	Ακούω πάντοτε όταν οι άλλοι μου μιλάνε		
10.	Θυμώνω όταν τα πράγματα δεν γίνονται όπως τα θέλω		