



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΤΟΥ TeamSTEPPS ΣΤΟ Δ.Θ.Κ.Α.
«ΥΓΕΙΑ»

ΤΣΑΤΣΑΡΑΓΚΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2018

© Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2018

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε



«Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗ
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»

Κατερίνα Τσατσαράγκου

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ιωάννης Υφαντόπουλος

Διευθυντής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»,

με κατεύθυνση τις «Μονάδες Υγείας»

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2018

Στον Θοδωρή, τον Γιώργο και την Σοφία

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της μεταπτυχιακής εργασίας χρειάστηκε την συνδρομή πολλών ανθρώπων με διαφορετική ιδιότητα, σχέση και διάθεση απέναντι στη γράφουσα. Ωστόσο η απουσία κάποιου από όλους αυτούς θα στοίχιζε στο τελικό αποτέλεσμα της έρευνας. Θα ήθελα λοιπόν να απευθύνω τις ευχαριστίες μου ξεχωριστά, αρχής γενομένης από τον επιβλέποντα καθηγητή και διευθυντή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ. Ι. Υφαντόπουλο, ο οποίος με συνέδραμε είτε με οδηγίες, είτε –κυρίως- θέτοντάς μου προκλήσεις στο πεδίο της έρευνας, και τον κ. Χαντζάρα Α., που μου υπέδειξε το δρόμο για να αξιοποιηθεί το υλικό μου με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Στη συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στη Νοσηλευτική Διεύθυνση του Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», το Επιστημονικό Συμβούλιο, τη Διεύθυνση Ανθρωπίνου Δυναμικού, το Γραφείο Ποιότητας (και ξεχωριστά στην κ. Πουλέα Χ.), τη Διοίκηση, αλλά περισσότερο στους ανθρώπους που έγιναν το δείγμα μου, που μου αφιέρωσαν χρόνο, που μου έθεσαν ερωτήσεις για το αντικείμενο μελέτης, που έκαναν debate κάποια από τα θέματα του ερωτηματολογίου μου!

Αυτό το τελευταίο κομμάτι ανήκει στους πιο κοντινούς μου ανθρώπους: τους γονείς μου που με στήριξαν και με στηρίζουν με κάθε τρόπο, το Γιώργο και τη Σοφία που αποδέχθηκαν σαν ενήλικες τον λίγο χρόνο που τους αφιέρωνα, και περισσότερο από όλους τον σύντροφό μου Κανδηλιώτη Θεόδωρο, που πλην της στήριξης που μου παρείχε, ήταν πάντα πρόθυμος να εκφράσει την άποψή του, να με συνδράμει σε διατυπώσεις και να μου προσφέρει εναλλακτικές στο κείμενο.

Περίληψη

Εισαγωγή

Η μελέτη αφορά στο θεμελιώδες ζήτημα της επικοινωνίας στον υγειονομικό τομέα. Τα κύρια πορίσματα της έρευνας συμπεριλαμβάνουν την σπουδαιότητα της κατανόησης της σχέσης μεταξύ ανταλλαγής πληροφορίας και επικοινωνίας, και πώς αυτές επιδρούν και επηρεάζουν τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και εν τέλει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα.

Μέθοδος

Διενέργεια βιβλιογραφικής επισκόπησης και δευτερογενούς ανάλυσης θεωριών από έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Google Scholar, Pubmed, Researchgate, Cochrane Library) που αφορούν στα μοντέλα και πρότυπα επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας και πώς αυτά συναντούν τις ανάγκες μιας διεπιστημονικής προσέγγισης της υγείας, όπως απαιτεί το κίνημα για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Στο δεύτερο μέρος της μελέτης διενεργήθηκε έρευνα πεδίου σε μεγάλο ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας, κατά την οποία εφαρμόστηκε το εργαλείο TeamST EPPS, με εστίαση στην αμοιβαία υποστήριξη και την επικοινωνία των παρόχων υγείας, επιλέγοντας ενδεικτικά τον ιατρικό, το νοσηλευτικό και τον διοικητικό κλάδο. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου, εκ των οποίων αξιοποιήθηκαν τα 265 από τα 300 (100 ανά κλάδο). Ο βαθμός ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 88,33%, με τους νοσηλευτές στο 93%, τους γιατρούς στο 88% και τους διοικητικούς στο 84%.

Αποτελέσματα

Η θεωρητική προσέγγιση του θέματος καταδεικνύει ότι η υλοποίηση και ορθή λειτουργία ενός συστήματος κλινικής πρακτικής επιτυγχάνονται μόνο όταν σύνολο και επιμέρους τμήματα ενεργούν από κοινού. Ενδεικτικά στοιχεία από τα αποτελέσματα της διερεύνησης: (i) η μέση βαθμολογία των υποκλιμάκων ήταν υψηλή (επικοινωνία = $3,88 \pm 0,72$ και αμοιβαία υποστήριξη = $4,06 \pm 0,79$), ενώ κατά τη μελέτη

συσχέτισης μεταξύ των δύο υποκλιμάκων, βρέθηκε μέτρια ισχύς μεταξύ τους, (ii) στο ζήτημα της ανά κλάδο επικοινωνίας, η πλειοψηφία των ιατρών (97.7%) δηλώνει καλύτερη επικοινωνία με τους νοσηλευτές, το 88.2% των νοσηλευτών επιλέγει το ιατρικό προσωπικό, ενώ 48.1% των διοικητικών επιλέγει τους ιατρούς και το 51.9% τους νοσηλευτές, (iii) οι προτεραιότητες που διαφοροποιούνται ανά κλάδο, διαμόρφωσαν και ανάλογα αποτελέσματα, με τους διοικητικούς να δίνουν την υψηλότερη στατιστικά βαθμολογία στην επικοινωνία, τους γιατρούς στη διάσταση της αμοιβαίας υποστήριξης και τους νοσηλευτές στις υποκλίμακες της εσωτερικής επικοινωνίας και αυτής με τον ασθενή και (iv) η γραμμική συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον με την επικοινωνία βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική.

Συμπεράσματα

Η ασφαλής περίθαλψη, σύμφωνη με την τρέχουσα τεχνολογία υγείας και εστίαση στον ασθενή-καταναλωτή, και η βελτίωση της ποιότητας που αγγίζει και τους τομείς της οικονομίας και της νομικής εθθνης απαιτούν την εφαρμογή ομαδικής εργασίας και στρατηγικών επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Λαμβάνοντας ως μεγαλύτερη πρόκληση τη διάχυση της γνώσης από το πεδίο της έρευνας στην καθημερινότητα της κλινικής πρακτική, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της κλινικής αποτελεσματικότητας, προϋποτίθενται η ιεραρχούμενη δομή, η σαφής διάκριση των ρόλων και των ορίων ευθύνων τους, οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρωτόκολλα εργασίας. Εν κατακλείδι, επειδή η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας συμβάλλει στη βλάβη των ασθενών και των ανεπιθύμητων συμβάντων, οι παρεμβάσεις κατάρτισης καθίστανται αναγκαίες για την πρόληψη αρνητικών αποτελεσμάτων.

Λέξεις- κλειδιά

Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας, επικοινωνία υγείας και θεραπευτικά αποτελέσματα, ομαδική εργασία στον υγειονομικό τομέα, TeamST EPPS

Abstract

Introduction

The study addresses the fundamental issue of communication between health providers. The main findings include the importance of understanding of the relationship between information exchange and communication, how they influence and affect the co-operation between health professionals and, finally, the quality of healthcare service.

Method

A procedure of bibliographic overview and secondary analysis of theories from valid electronic databases had been done (Google Scholar, Pubmed, Researchgate, Cochrane Library) on models and standards of communication, information exchange, organizational change and how they meet the needs of an interdisciplinary approach to health, and quality improvement as well. In the second part of the study, a research was conducted at a large private hospital in Athens. The applied tool in the research field has to do with TeamSTEPPS that focuses on mutual support and communication between health care providers –specifically the ones from the medical, nursing and administrative disciplines. Data collection was conducted through a questionnaire, of which 265 out of 300 (100 per discipline) were used. The response rate was 88.33%, having the nurses at 93%, physicians at 88%, and administrators at 84%.

Results

The theoretical approach of the subject demonstrates that the implementation and proper functioning of a clinical practice system is only achieved when a set and individual parts act together. Indicative data from the results of the investigation: (i) the subscales' mean scores were high (communication =

3.88 ± 0.72 and mutual support = 4.06 ± 0.79), while the correlation analysis found a moderate significance level, (ii) the majority of medical staff (97.7%) reported better communication with nurses, 88.2% of nurses prefers the medical staff, while 48.1% of administrators favors physicians instead of 51.9% that prefers to communicate with nurses, (iii) the disciplines' differentiated priorities have shaped similar results; the administrative staff gave the highest statistical score to communication, doctors to the mutual support dimension and nurses to the subscales of internal-and with the patient communication, and (iv) the linear correlation of job satisfaction and communication was statistically significant.

Conclusions

Safe medical care, according to the current health technical knowledge and focusing to the patient-consumer's needs, and the quality improvement that also affects the areas of the economic and legal responsibility, requires the implementation of teamwork and communication strategies among team members. The greatest challenge is the diffusion of knowledge from the field of research into the routine of clinical practice, in order to improve the provision of health services through clinical effectiveness. That also requires a hierarchical structure, a clear distinction of roles and limits of responsibility, guidelines and work protocols. In conclusion, ineffective communication between healthcare team members contributes to patient harm and adverse events, so training interventions are necessary to prevent negative health outcomes.

Keywords

Health providers' communication, communication and health outcomes, health team collaboration, teamSTEPPS

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract.....	vi
Περιεχόμενα.....	viii
Κατάλογος Εικόνων/Σχημάτων.....	x
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
Συντομογραφίες και ακρωνύμια.....	xvi

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.0 Εισαγωγή.....	17
1.1 Ιστορικό της Μελέτης.....	18
1.2 Στόχος της μελέτης και σύνοψη κεφαλαίων	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ

2.1 Επικοινωνία υγείας και ομαδική εργασία	24
2.1.1 Ορισμός της επικοινωνίας υγείας.....	24
2.1.2 Επικοινωνία στο χώρο του νοσοκομείου-βασικές έννοιες	38
2.1.3 Ομαδική εργασία	31
2.2 Επικοινωνία και θεραπευτικά αποτελέσματα.....	33
2.2.1 Μέτρηση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης.....	33
2.2.2 Επίδραση της επικοινωνίας στα θεραπευτικά αποτελέσματα.....	34
2.2.3 Ανεπιθύμητα συμβάντα κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας	38
2.2.4 Κόστος των ανεπιθύμητων συμβάντων που προέρχονται από πλημμελή επικοινωνία.....	39
2.3 Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας στο περιβάλλον του νοσοκομείου	54
2.3.1 Επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας	54
2.3.2 Σχέση συνεργασίας νοσηλευτών και γιατρών	60
2.3.3 Σχέση συνεργασίας νοσηλευτών και γιατρών με τη διοικητική υπηρεσία.....	65
2.3.4 Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ποιότητα παροχής υπηρεσιών	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

3.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση της μεθόδου TeamSTEPS	76
3.1.2 Σύνοψη αποτελεσμάτων	76
3.2 Προσέγγιση των μελετών	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
4.1 Δείγμα – Χώρος διεξαγωγής μελέτης – Ερωτηματολόγιο	72
4.1.1 Βαθμός ανταπόκρισης στη μελέτη	95
4.1.2 Ανάλυση Δημογραφικών και Επαγγελματικών Δεδομένων του Δείγματος	96
4.3.3 Επικοινωνία	103
4.3.4 Αμοιβαία Υποστήριξη	116
4.3.5 Συσχέτιση Υποκλιμάκων	130
4.2 Συζήτηση-Ερμηνεία αποτελεσμάτων	133
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	140
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ)	157

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων / Γραφημάτων

Εικόνα 1 - 1: Λόγοι που οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάντα	17
Εικόνα 2 - 1: Επικοινωνιακό σύστημα	24

Εικόνα 2 - 2: Το περιβάλλον της επικοινωνίας υγείας.....	26
Εικόνα 2 - 3: Ο αριθμός των πιθανών συζητήσεων αυξάνεται συνδυαστικά με τον αριθμό των ατόμων που πρέπει να επικοινωνούν.	28
Εικόνα 2 - 4: Μέση κατανομή των δραστηριοτήτων του κλινικού ιατρού κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης,.....	29
Εικόνα 2-5: Το μοντέλο μετασχηματισμού της επικοινωνίας σε θεραπευτικό αποτέλεσμα.	35
Εικόνα 2 - 6: Διαδοχικοί ατελείς αμυντικοί φραγμοί ενάντια στους κινδύνους.....	37
Εικόνα 2 - 7: Πυραμιδικός σχηματισμός οργανισμού υγείας.....	45
Εικόνα 2- 8: Τυπικό οργανόγραμμα νοσοκομείου βάσει του νομοθετικού πλαισίου του ΕΣΥ, 2001	46
Εικόνα 2 - 9: Κατευθύνσεις της επίσημης (τυπικής) επικοινωνίας	47
Εικόνα 2-10: Εκπαιδευτικός προσανατολισμός οργανισμού, σταθερή ικανότητα καινοτομίας και σταθερή απόδοση.	54
Εικόνα 2 - 11: Ποσοστό πτωχής επικοινωνίας μεταξύ παρόχων υγείας και επαγγελματιών υγείας – ασθενών.....	55
Εικόνα 2 -12: Διαρθρωτικές διαρρέσεις ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.....	66
Εικόνα 3-1: Πλαίσιο και αρχές κατά TeamSTEPPS.....	72
Εικόνα 3- 2: Βασικές αρχές κατά TeamSTEPPS	74
Εικόνα 3- 3: Διάγραμμα ροής.	76
Γράφημα 2 - 1 DALYS που οφείλονται σε βλάβες ασθενών εντός του συστήματος υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	41
Γράφημα 2-2: Αντίληψη για την πιθανότητα εμφάνισης ιατρικού λάθους.....	70
Γράφημα 4- 1 Κατανομή των συμμετεχόντων ανά κλάδο εργασίας.....	95
Γράφημα 4- 2: Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων.....	96
Γράφημα 4- 3: Κατανομή των νοσηλευτών ανάλογα με το τμήμα εργασίας.....	101

Γράφημα 4- 4: Κατανομή των νοσηλευτών ανάλογα με τη θέση εργασίας τους.....	101
Γράφημα 4- 5: Στικτόγραμμα από τη μελέτη συσχέτισης των τιμών της υποκλίμακας «Αμοιβαίας Υποστήριξης» και της υποκλίμακας «Επικοινωνία».....	130
Γράφημα 4-6: Θηκόγραμμα των υποκλιμάκων «Επικοινωνία» και «Αμοιβαία Υποστήριξη».....	131
Γράφημα 4- 7: Θηκόγραμμα των υποκλιμάκων «Επικοινωνία» και «Αμοιβαία Υποστήριξη» ανά κλάδο εργασίας.....	132
Πίνακας 2 - 1: Βασικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας υγείας.	25
Πίνακας 2- 2: Χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας.....	32
Πίνακας 2 - 3: Ετήσια επιβάρυνση 6 τύπων ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με χρόνιες παθήσεις στο Η.Βασίλειο.	42
Πίνακας 2 - 4: Ρόλοι και ευθύνες γιατρών και νοσηλευτών	62
Πίνακας 2 - 5: Τύποι σχέσεων γιατρών και νοσηλευτών.....	64
Πίνακας 3- 1 Μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	78
Πίνακας 4 - 1 Περιγραφικά στοιχεία δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	
Πίνακας 4-2: Περιγραφικά στοιχεία των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας.....	99
Πίνακας 4-3: Περιγραφικά στοιχεία ποσοτικών μεταβλητών των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας.....	100
Πίνακας 4 - 4: Βαθμός Ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον ανά κλάδο εργασίας.....	102
Πίνακας 4- 5: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον.....	102
Πίνακας 4 - 6: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας της επικοινωνίας ανά κλάδο εργασίας.....	103
Πίνακας 4-7: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επικοινωνίας.....	103
Πίνακας 4-8: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου.....	103

Πίνακας 4 - 9: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης.....	104
Πίνακας 4 - 10: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των ετών εργασίας.....	105
Πίνακας 4 - 11: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού.....	105
Πίνακας 4 - 12: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών.....	106
Πίνακας 4-13: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα των διοικητικών.....	106
Πίνακας 4-14: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, των ετών εργασία και της οικογενειακής κατάστασης στην ομάδα των διοικητικών.....	107
Πίνακας 4 -15: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών.....	108
Πίνακας 4-16: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών.....	109
Πίνακας 4 - 17: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα των ιατρών.....	109
Πίνακας 4-18: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας στην ομάδα των γιατρών.....	110

Πίνακας 4-19: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και της οικογενειακής κατάστασης στην ομάδα των ιατρών.....	111
Πίνακας 4 -20: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των ιατρών.....	112
Πίνακας 4 -21: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	112
Πίνακας 4 -22: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	113
Πίνακας 4–23: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας στην ομάδα των νοσηλευτών.....	113
Πίνακας 4 -24: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	114
Πίνακας 4 -25: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του είδους του τμήματος εργασίας των νοσηλευτών.....	115.
Πίνακας 4 -26: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	115
Πίνακας 4 - 27: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης στο συνολικό δείγμα	116
Πίνακας 4-28: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης στο ανά κλάδο εργασίας.....	116

Πίνακας 4 -29: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και της βαθμολογίας της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης.....	117
Πίνακας 4 -30: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου.....	117
Πίνακας 4 -31: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης, ετών εργασίας και του μηνιαίου μισθού.....	118
Πίνακας 4 -32: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον.....	119
Πίνακας 4 -33 1: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα των διοικητικών.....	120
Πίνακας 4 -34: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των διοικητικών	120
Πίνακας 4 -35: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών.....	122
Πίνακας 4 - 36: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών.....	123
Πίνακας 4- 2: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα των ιατρών.....	123
Πίνακας 4 -38: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των γιατρών.....	124
Πίνακας 4 - 39: Συσχετίσεις μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και της ηλικίας, των ετών εργασίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των γιατρών.....	125

Πίνακας 4 – 40: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	126
Πίνακας 4 -41: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των νοσηλευτών.....	126
Πίνακας 4-42: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	128
Πίνακας 4- 43: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του είδους του τμήματος εργασίας των νοσηλευτών.....	128
Πίνακας 4- 44: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού.....	129
Πίνακας 4 - 45: Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της μελέτης.....	129
Πίνακας 4 - 46: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου.....	133

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

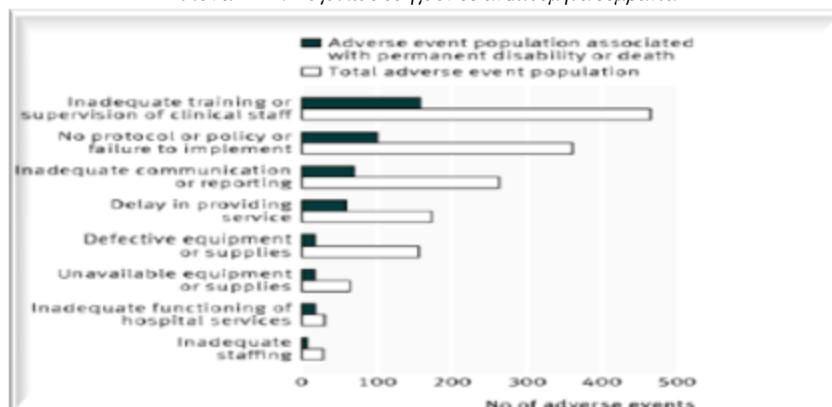
WHO	World Health Organization
IOM	Institute of Medicine
BMJ	British Medical Journal
NCA	National Communication Association
JCI	Joint Commission International
CDC	Center for Disease Control and Prevention
LOS	Length Of Stay
HIC	High Income Countries
LMIC	Low- and Middle-Income Countries
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
CRICO	Controlled Risk Insurance Company
CRM	Crew Resource Management
AMA	Australian Medical Association
ANF	Australian Nursing Federation
NHS	<i>National Health Service</i>
QA	Quality Assurance
QI	Quality Improvement
JCHAO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
JCR	Joint Commission Resources

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.0 Εισαγωγή

Η αύξηση του προσδόκιμου και ο μεταβαλλόμενος τρόπος ζωής ασκούν πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο. Τα νοσοκομεία πρέπει να διαχειριστούν γρήγορα έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν όλο και πιο πολύπλοκες διαταραχές, διασταυρούμενες παθήσεις και χρόνιες νόσους. Δείκτης αυτών των πιέσεων είναι το υψηλό ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων (adverse events), που ανέρχεται σε 10% στις ανεπτυγμένες χώρες και είναι σημαντικά υψηλότερο στις αναπτυσσόμενες (World Health Organization, 2014)[1]. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα αφορούν σε επιπλοκές ή και θάνατο ως αποτέλεσμα κακής διαχείρισης των επαγγελματιών υγείας, και όχι του αιτίου προσφυγής στο νοσοκομείο. Όπως φαίνεται στην εικόνα 1-1, στους τρεις συνηθέστερους παράγοντες που οδηγούν σε ανεπιθύμητο συμβάν ανήκουν η πλημμελής επικοινωνία, η ανεπαρκής εκπαίδευση, και η έλλειψη σαφούς πολιτικής διαχείρισης. Σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες οι ασθενείς έχουν 40 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν ως αποτέλεσμα της εισαγωγής τους για επείγουσα περίθαλψη, από ό, τι σε ένα τροχαίο ατύχημα - όπως αναφέρεται στο IOM Report το 2004 (Runciman & Moller, 2001)[2].

Εικόνα 1 - 1: Λόγοι που οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάντα



Πηγή: RM Wilson at al, "Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital", BMJ, 2012 (Wilson at al, 2012) [3]

Ο υγειονομικός τομέας όντας σε διαρκή αναμέτρηση με οργανωτικές αλλαγές και έλευση καινοτόμων μοντέλων στην παροχή υγείας εμφανίζεται κατακερματισμένος και ασυντόνιστος. Φαινόμενα που εκπορεύονται από την προσπάθεια αντιμετώπισης της πολυπλοκότητας στην ενσωμάτωση διεπιστημονικών υπηρεσιών, ή της εφαρμογής οργανωτικών στρατηγικών στην κλινική πρακτική, με ταυτόχρονη προώθηση της χρήσης της τεχνολογίας επικοινωνίας και πληροφοριών.

Οι κύριοι παράγοντες που έχουν επισημανθεί πρόσφατα δεν καταδεικνύουν μόνο την αναγκαιότητα αλλαγής, αλλά και τον προβληματισμό για τον τρόπο υλοποίησής της ώστε να πραγματοποιηθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα. Το κλειδί για την κατανόηση των διαδικασιών και την πραγματοποίηση αλλαγών στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης σχετίζεται με την επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ- και εκ- των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, και εντός και μεταξύ των οργανισμών. Τα μείζονα θέματα που εγείρονται, αφορούν στην ομαδική εργασία, τη σύμπραξη και τη συνεργασία που αναπτύσσονται μέσα σε ένα σαφώς καθορισμένο πλαίσιο προώθησης δραστηριοτήτων αναβάθμισης, οι οποίες με τη σειρά τους υποστηρίζονται από την τεχνολογία.

Ο μεγαλύτερος όγκος της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη διαπροσωπική επικοινωνία στον υγειονομικό τομέα επικεντρώνεται στην ανάλυση των σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και κοινού. Η συγκεκριμένη μελέτη ασχολείται με τη διερεύνηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ως προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας με στόχο την ασφάλεια του ασθενούς και τα βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα. Σκοπός της είναι η μεθοδολογική συμβολή στην έρευνα επικοινωνίας και η συμβολή στην επανασχεδίαση των συστημάτων υιοθετώντας μια ολιστική προσέγγιση που εναρμονίζεται με τη βελτίωση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

1.1 Ιστορικό της Μελέτης

Η τελευταία δεκαετία του 20ού αιώνα έφερε επανάσταση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, μια «φρενίτιδα επανασχεδιασμού της εργασίας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης» σύμφωνα με την Seago J.A. (Seago J.A., 1999)[4], κυρίως

στο επίπεδο του τρόπου οργάνωσης και παροχής φροντίδας, ώστε να συμπορευθεί ο υγειονομικός τομέας με τις αλλαγές που έλαβαν χώρα:

- μετεξέλιξη της φροντίδας της ασθένειας σε φροντίδα της ευεξίας,
- αύξηση της επιρροής του καταναλωτή, που ακόμη και σήμερα ακολουθεί ανοδική πορεία,
- κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των βιοϊατρικών τεχνολογιών και των πληροφοριακών συστημάτων, που επηρέασαν την εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης.

Πρόκειται για έναν κατάλογο ενδεικτικό «των δυσκολιών συνεργασίας» σύμφωνα με την Loxley A. (Loxley, 1997) [5], ειδικά αν σημειωθεί ότι η εμφάνιση πλάνων διαχείρισης φροντίδας κατά τη νοσηλεία συνέπεσε με την αύξηση των μεθοδολογιών βελτίωσης της ποιότητας και την προσπάθεια για αναβάθμιση διαδικασιών και θεραπευτικών αποτελεσμάτων, ενταγμένων στο πλήθος των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα. Αυτές οι αλλαγές απαιτούν «*μια παράλληλη επαγγελματική εξέλιξη [των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης] και έμφαση στην προσέγγιση της ομαδικής εργασίας με επίκεντρο τον ασθενή*» (Babiker, 2014)[6] Η εφαρμογή μοντέλων παροχής υγειονομικής περίθαλψης προέκυψε ως συνέπεια των αλλαγών στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, στα δημογραφικά στοιχεία, στις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες και στο φαινόμενο της συννοσηρότητας. Κατά συνέπεια, η διεπιστημονική ομαδική εργασία και συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικά συστήματα επικοινωνίας, να βελτιωθεί ο συντονισμός, να προκύψουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και να διασφαλιστεί η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (provider/job satisfaction) σύμφωνα με τις Fewster-Thuente L.& Velsor-Friedrich B. (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008) [7]. Όσον αφορά στη λειτουργική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, προαπαιτούνται οι κατάλληλα σχεδιασμένες οργανωτικές δομές, ώστε οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης «... να συνεργάζονται αποτελεσματικά στην παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς», υποδηλώνοντας ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα εξειδικευμένων παρόχων που συμπράττουν επιτυχάνοντας το βέλτιστο στην έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης (Mickan & Rodger, 2000) [8]. Συνεπώς επιβάλλεται η συνεχής βελτίωση

της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σε ένα μονίμως μεταβαλλόμενο περιβάλλον, όπου οι αλλαγές δεν είναι πάντα ευπρόσδεκτες και συχνά «θεωρούνται απειλή του *Status Quo*» (Mickan & Rodgers, 2000) [8]. Σύμφωνα με την έρευνα των ιδίων, η βιβλιογραφία που αφορά στο περιβάλλον των επιχειρήσεων και της βιομηχανίας, γενικεύεται και στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ιδιαιτερότητα του υγειονομικού τομέα.

Ενώ οι οργανισμοί υγείας έχουν επηρεαστεί και από τα συστήματα επικοινωνίας που υποστηρίζουν την αλληλεξαρτώμενη λήψη αποφάσεων, η ταχεία τεχνολογική πρόοδος έχει οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στη διαχείριση ασθενών / πελατών και σε αύξηση της εξειδίκευσης μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης. Άμεση συνέπεια η διάσπαση των υπηρεσιών και η ανάγκη για αναδιοργάνωση βασισμένης στην ομαδική εργασία των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορούν να μεγιστοποιηθούν οι συλλογικές γνώσεις και δεξιότητές τους (Mickan & Rodger, , 2000)[8]. Η συνεισφορά και εμπειρογνωμοσύνη πολλών ειδικών είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών και των κλινικών αποτελεσμάτων. Ο σύγχρονος υγειονομικός τομέας επιτάσσει την υλοποίηση των σκοπών αυτών μέσα από ένα διεπιστημονικό πρίσμα, και εγκατάλειψη της παλαιότερης πρακτικής κατά την οποία ο κάθε κλάδος λειτουργούσε μεμονωμένα. Η βελτίωση της στάσης και της αντίληψης για την ομαδική εργασία και η προώθηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας αποτελούν ένα πρώτο βήμα για τη αναβάθμιση της ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου που απευθύνεται σε ένα ευρύ κοινό, αυξάνοντας έτσι τη συνολική ποιότητα της περίθαλψης και διευκολύνοντας την κοινωνική αλλαγή (Umebayashi, 2015)[9] .

1.2 Στόχος της μελέτης και σύνοψη κεφαλαίων

Οι οργανισμοί δεν μπορούν να υπάρξουν χωρίς επικοινωνία. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι στην πραγματικότητα, η επικοινωνία είναι η γενεσιουργός δύναμη ενός οργανισμού (Cooren & Taylor, 1997) [10]. Στη μελέτη τους «*Organization as an Effect of Mediation: Redefining the Link between Organization and Communication*» οι Cooren και Taylor, αντιμετωπίζουν την επικοινωνία ως δραστηριότητα διαμεσολάβησης, η οποία συνίσταται στην εκλεκτική διανομή και την εξουσιαστική

προσαρμογή δυνατοτήτων και περιορισμών που αποτελούν τη βάση για το σύνολο της οργανωτικής δομής μιας μονάδας υγείας. Όλη η οργανωτική δραστηριότητα περιλαμβάνει επικοινωνία: η καθοδήγηση, η διαπραγμάτευση κεφαλαίου, η λήψη αποφάσεων, η επίλυση προβλημάτων και η ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών, βασίζονται στην ικανότητα των στελεχών και των εργαζομένων να επικοινωνούν επιτυχώς με τους συναδέλφους, τους πελάτες/ασθενείς και τους προμηθευτές (Clausen L, 2006, p.43)[11].

Το ερευνητικό θέμα είναι αυτό της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ροής πληροφοριών μέσα σε μια οργανωτική μονάδα. Τα ερευνητικά ζητήματα σχετίζονται με την κατανόηση προβληματικών καταστάσεων, την υποστήριξη της διαδικασίας καινοτόμων αλλαγών, την πρόβλεψη της μελλοντικής χρήσης της τεχνολογίας των πληροφοριών, υπό το πρίσμα της κίνησης για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία πλαισίου της μελέτης:

- Η ιδιαιτερότητα του περιβάλλοντος του νοσοκομείου, που χαρακτηρίζεται από ιεραρχούμενα και με ισχύ σώματα (ιατρικές, διοικητικές και νοσηλευτικές διευθύνσεις) των οποίων οι συνθήκες εργασίας και η κατάταξή τους στην ιεραρχία έχουν αντίκτυπο στις συμπεριφορές επικοινωνίας και συνεργασίας,
- Η βελτίωση της ποιότητας ως κινητήριο μοχλό για την επικοινωνία στην κλινική πρακτική.

Σύνοψη των ερευνητικών ερωτημάτων:

- Ποιος ο αντίκτυπος της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα και πως επιδρά στον οικονομικό και διοικητικό τομέα του νοσοκομείου,
- Ποιες διαδικασίες επικοινωνίας και συνεργασίας (συμπεριφορές και πρότυπα) επιδεικνύουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στον χώρο εργασίας,

- Σε ποιο βαθμό επηρεάζει μια διεθνής διαπίστευση τις διαδικασίες επικοινωνίας.

Αντικείμενο:

- Προσδιορισμός των επικοινωνιακών πρότυπων και των συμπεριφορών μεταξύ του ιατρικού, νοσηλευτικού, και διοικητικού προσωπικού σε ένα 250 κλινών, μικτό ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Ανάπτυξη πλαισίου για τις διαδικασίες επικοινωνίας.

Η μελέτη φιλοδοξεί να αποδείξει ότι η υλοποίηση και ορθή λειτουργία ενός συστήματος κλινικής πρακτικής επιτυγχάνεται μόνο όταν σύνολο και επιμέρους τμήματα ενεργούν από κοινού. Οι διαδικασίες των λειτουργικών δομών ενός οργανισμού και τα ποιοτικά αποτελέσματα προϋποθέτουν σαφή διάρθρωση και ορισμό. Ο προσδιορισμός της συνάφειας και της εφαρμογής μοντέλων κλινικής πρακτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η διερεύνηση των κοινωνικών, πολιτιστικών, επαγγελματικών παραγόντων και η κοινωνική προδιάθεση προβλημάτων και λύσεων, και τέλος, η εξέλιξη και ενσωμάτωση των θεωριών επικοινωνίας και πληροφοριών, αποτελούν τους κυρίως στόχους της μελέτης. Τη μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η διάχυση της γνώσης από το πεδίο της έρευνας στη ρουτίνα της κλινικής πρακτικής, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Το πλαίσιο στο οποίο κινείται η έρευνα περιλαμβάνει την εισαγωγή, την ανάλυση θεωριών, τη μελέτη περιπτώσεως, ερευνητική μεθοδολογία και ερευνητικά αποτελέσματα.

Αναλυτικότερα, το 1^ο κεφάλαιο αναφέρεται στο πλαίσιο της μελέτης, προσεγγίζοντας τον υγειονομικό τομέα υπό το πρίσμα του μεταρρυθμιστικού κύματος που έλαβε χώρα τα τελευταία έτη. Η αναγκαιότητα αλλαγής προκειμένου να καταστεί βιώσιμος συνοδεύτηκε από φαινόμενα έλλειψης συντονισμού, και συνεπώς στην πλημμελή επικοινωνία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων μερών.

Στο κεφάλαιο 2 αναπτύσσονται θεωρίες για την επικοινωνία και την ομαδική εργασία και για το πώς αυτές εκδηλώνονται στο χώρο του νοσοκομείου επηρεάζοντας την

κλινική αποτελεσματικότητα. Γίνεται εκτενής αναφορά στα θεραπευτικά αποτελέσματα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, με εστίαση στο κόστος των ανεπιθύμητων συμβάντων που προέρχονται από πλημμελή κλινική επικοινωνία και τις μορφές που αυτό λαμβάνει. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, διερευνάται η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, όπως αυτή διαμορφώνεται αναλόγως της τυπικής και άτυπης δομής και των διαύλων μέσω των οποίων διοχετεύεται, και ο τρόπος επίδρασής της στη λειτουργία ενός οργανισμού. Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, όπως αυτή αναλύεται σε δημοσιευμένες διεθνείς έρευνες και μελέτες παρατίθεται σε ξεχωριστή ενότητα, εστιάζοντας στις σχέσεις και τον τρόπο που αυτές εκφράζονται μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων.

Στο 3^ο κεφάλαιο μελετάται το εργαλείο teamSTEPPS. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή και εν συνεχεία βιβλιογραφική ανασκόπηση και προσέγγιση των ερευνών που εντάχθηκαν στη μελέτη.

Το 4^ο κεφάλαιο αφορά στη μελέτη περιπτώσεως, κατά την οποία εφαρμόζεται το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης της επικοινωνίας και της αμοιβαίας υποστήριξης των εργαζομένων στον ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό κλάδο σε ιδιωτική μονάδα υγείας. Αναλύονται τα αποτελέσματα και παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας.

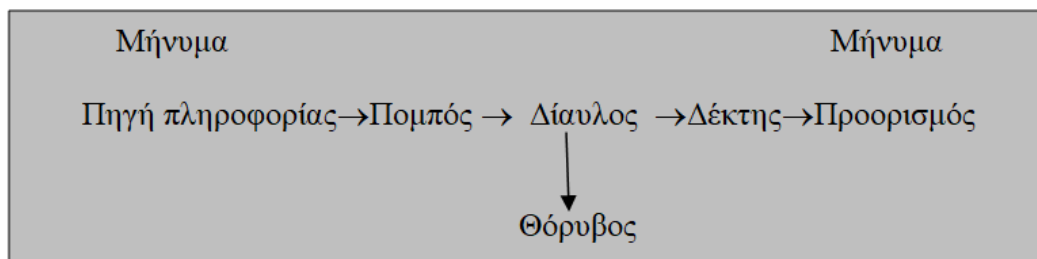
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ–ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ

2.1 Επικοινωνία υγείας και ομαδική εργασία

2.1.1 Ορισμός της επικοινωνίας υγείας

Ο ορισμός της επικοινωνίας παρουσιάζει παρόμοιες προκλήσεις με αυτές του αγαθού «υγεία». Οι περισσότεροι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί, συμπίπτουν με την εικόνα μιας διαδικασίας που περιλαμβάνει έναν αποστολέα, έναν δέκτη, ένα μήνυμα και ένα κανάλι (βλ. εικόνα 1-2). Η αρχική πρόταση που διατυπώνεται το 1948 από τους Claude E. Shannon και Warren Weaver (Shannon & Weaver , 1948) [12], θεωρείται από πολλούς ερευνητές, μήτρα όλων των μοντέλων (Schiavo, 2013) [13]

Εικόνα 2-1: Επικοινωνιακό σύστημα.



Πηγή: Claude E. Shannon και Warren Weaver ,Η Μαθηματική Θεωρία της Επικοινωνίας, Urbana, Πανεπιστήμιο του Illinois Press p.7 και p.34.

Στην πραγματικότητα ο οποιοσδήποτε ορισμός εκπορεύεται από την οπτική γωνία που εξετάζεται το φαινόμενο (Wright et al , 2013) [14]: κάποιιοι ερευνητές της επικοινωνίας υγείας τείνουν να επικεντρώνονται στις στάσεις, τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα συναισθήματα των ανθρώπων σχετικά με τις έννοιες και τα σχετικά με την υγεία μηνύματα. Κάποιοι άλλοι εστιάζουν σε σχέσεις, όπως αυτές μεταξύ παρόχων και ασθενών, ή στη μελέτη του τρόπου επίδρασης των καθημερινών σχέσεων (πχ. των συνεργατών) στην υγεία. Μια μερίδα ερευνητών εξετάζει την υγεία από οργανωτική άποψη και δίνει έμφαση στα χαρακτηριστικά των οργανισμών υγείας όπως οι ιεραρχικές δομές, η ροή πληροφορίας και οι σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και

διοίκησης. Τέλος, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών μελετά τις νέες τεχνολογίες σε σχέση με τη διάδοση πληροφορίας για την υγεία, στη διευκόλυνση των σχέσεων μεταξύ ατόμων που μοιράζονται παρόμοιες υγειονομικές συνθήκες και στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ παρόχων και ασθενών, και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Η R. Schiavo (Schiavo, 2013) [13] καταγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας στην υγεία (πίνακας 1-1) και την ορίζει ως «έναν πολύπλευρο και πολύ-επιστημονικό τομέα έρευνας, θεωρίας και πρακτικής που αφορά στην προσέγγιση διαφόρων πληθυσμών και ομάδων για την ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και μεθόδων σχετικών με την υγεία, προκειμένου να επηρεάσει, να εμπλακεί, να εξουσιοδοτήσει και να υποστηρίξει άτομα, κοινότητες, επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, φορείς χάραξης πολιτικής, οργανώσεις, ειδικές ομάδες και κοινό, ώστε να υποστηρίξουν, να εισαγάγουν, να υιοθετήσουν ή να διατηρήσουν συμπεριφορά υγείας ή κοινωνική συμπεριφορά, πρακτική ή πολιτική που τελικά θα βελτιώσει τα αποτελέσματα της ατομικής, κοινοτικής και δημόσιας υγείας».

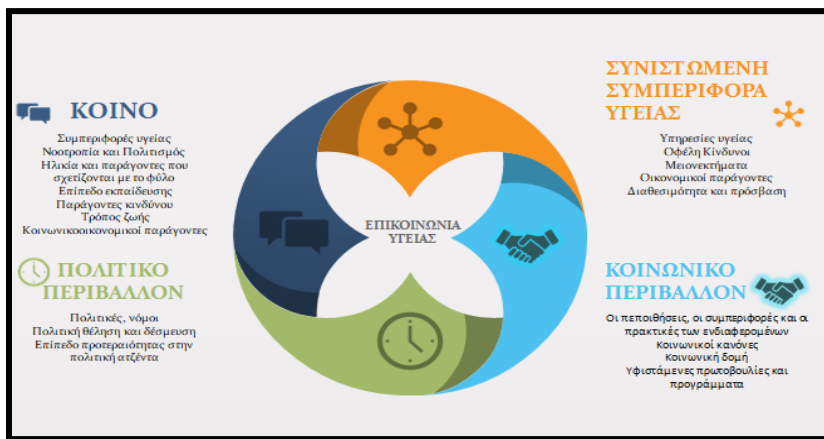
Πίνακας 2- 1: Βασικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας υγείας

Ανθρωποκεντρική
Βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία
Πολυδιάστατη
Στρατηγική
Προσανατολισμένη στη διαδικασία
Cost- effective (αποδοτική)
Δημιουργική για τη στήριξη στρατηγικής
Διασφάλιση σαφήνειας για το κοινό, τους επαγγελματίες υγείας και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
Στόχος η ορθή οικοδόμηση σχέσεων
Επίδραση σε συμπεριφορικά και κοινωνικά αποτελέσματα
Συμπεριλαμβάνει ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες

Πηγή: R. Schiavo «Health Communication: From Theory to Practice», 2013

Η εικόνα που ακολουθεί (εικόνα 2-2), αντικατοπτρίζει βασικές αρχές του marketing που χρησιμοποιούνται στη δημόσια κυρίως υγεία, ώστε να προσδιοριστεί η σύνδεση και επιρροή διαφόρων παραγόντων (ατομικών και διαπροσωπικών, και κοινοτική, οργανωτική και δημόσια πολιτική) σε ατομικό επίπεδο, στην ομάδα και στη συμπεριφορά της κοινότητας καθώς και την κατανόηση του ευρύτερου περιβάλλοντος της επικοινωνίας υγείας (Schiavo, 2013) [13]

Εικόνα2-2: Το περιβάλλον της επικοινωνίας υγείας



Πηγή: R. Schiavo «Health Communication: From Theory to Practice», 2013

Ωστόσο, η πρακτική της αποτελεσματικής επικοινωνίας σε πολλούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, δεν εφαρμόζεται με βάση κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ώστε να υπάρχει ενιαία γραμμή μεταξύ των επαγγελματιών στην υγεία. Η διεθνής επιτροπή συνδέσμων υγείας (JCI) εκτιμά, ότι τα περισσότερα γεγονότα με υψηλό δείκτη επαγρύπνησης προκαλούνται από κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης (JCI, 2012)[15]. Το πρόβλημα που εντοπίστηκε στην εν λόγω έρευνα, ήταν η πτωχή και αναποτελεσματική δεξιοότητα για ομαδική εργασία και γενική επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγείας και η έλλειψη επίσημων μοντέλων για την καθοδήγηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας υγείας (Umebayashi, 2015)[9]. Μια αναδρομική έρευνα επί 14.000 ενδονοσοκομειακών θανάτων στην Αυστραλία εντόπισε ως κύρια αιτία, παρερμηνείες οδηγιών και χάσματα στην πληροφόρηση (Wilson et al, 1995) [16].

Η επικοινωνία μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσωπεύει πάνω από το 50% (60-90%) όλων των συναλλαγών πληροφόρησης στο σύστημα υγείας (Coiera

& Tomps, 1998) [17], (Spencer & Logan, 2002) [18]). Η συλλογική και συνεργατική ικανότητα, και η τεχνογνωσία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης καθορίζουν την ποιότητα περίθαλψης των ασθενών / πελατών, αλλά ουσιαστική για την παροχή εμπειρογνωμοσύνης είναι η ορθή ανταλλαγή πληροφορίας και η πληρότητα της ενημέρωσης.

2.1.2 Επικοινωνία στο χώρο του νοσοκομείου: Βασικές έννοιες

Το μεγαλύτερο δίκτυο πληροφόρησης στην υγεία είναι ο σύνθετος ιστός των συνομιλιών που συνδέουν τις ενέργειες των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτήν, οι οποίοι ταυτόχρονα αποτελούν το μεγαλύτερο αρχείο αποθήκευσης πληροφορίας στην υγειονομική περίθαλψη. Παρόλα αυτά, παραμένουν ακόμη τεράστια κενά στην ευρεία κατανόηση του ρόλου της επικοινωνίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα οι καιροί επιτάσσουν την εστίαση των επενδύσεων του τομέα υγείας στις τεχνολογίες της πληροφορίας. Δημιουργούνται έτσι τα οξύμωρα φαινόμενα της προηγμένης έρευνας πχ. στην τηλεϊατρική –χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θεωρείται ελάσσονος σημασίας- ή της βελτίωσης του χρόνου των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, ενώ η κλινική υιοθέτηση ακόμη και των απλούστερων υπηρεσιών, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, δεν αποτελεί απαραίτητως μια συνήθη πρακτική σε πολλές υπηρεσίες υγείας. Ο αναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων θα ήταν εφικτός μόνο αν γινόταν κοινή αφετηρία η ευρύτερη διαπίστωση ότι το ανθρώπινο δυναμικό είναι η κινητήριος δύναμη του υγειονομικού συστήματος σε όλα τα πεδία δράσης του.

Ως αποτελεσματική επικοινωνία ορίζεται η ικανότητα ανοικτής, ακριβούς και έγκαιρης μεταφοράς πληροφορίας (MacKinnon, 1984)[19]. Η επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από την ανταλλαγή πληροφοριών. Περιλαμβάνει συνεργασία, αμοιβαία συμφωνία και συναλλαγή (Lettau, 1997)[20]. Ουσιαστικά αφορά στη σύμπραξη και συνεργασία από/ μεταξύ των μερών για την κατασκευή ενός μηνύματος ή ενός νοήματος. Ένα τέτοιο μήνυμα βασίζεται σε κοινά και συμφωνημένα σημεία και σύμβολα που χρησιμοποιούνται από τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία επικοινωνίας. Το επιθυμητό αποτέλεσμα της διαδικασίας είναι εν τέλει η αμοιβαία κατανόηση του μηνύματος (Hardy, Lawrence & Phillips, 1999)[21]. Το CDC (Center for Disease Control and Prevention, 2001) [22] ορίζει την επικοινωνία για την υγεία

ως «τη μελέτη και χρήση στρατηγικών επικοινωνίας για την ενημέρωση και την επιρροή ατομικών και κοινοτικών αποφάσεων που προάγουν την υγεία».

Το σύνολο των πληροφοριών που ανταλλάσσονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν ένα διάστημα- έναν «χώρο», όπως ορίζει ο Coiera (Coiera, 2000) [23]. Ο χώρος επικοινωνίας είναι εκείνο το τμήμα όλων των συναλλαγών και πληροφοριών μεταξύ ανθρώπων που περιλαμβάνει άμεσες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Coiera, 2000) συνομιλίες πρόσωπο με πρόσωπο, τηλεφωνικές κλήσεις, επιστολές, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, δημιουργούν όλες τις συναλλαγές που εμπίπτουν στον χώρο επικοινωνίας.

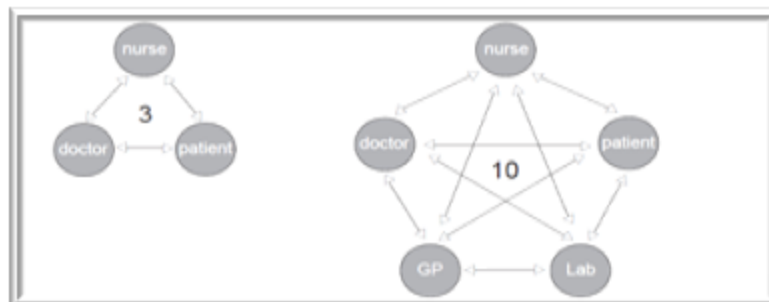
Ακόμη και μικρές κλινικές ομάδες παράγουν μεγάλους και σύνθετους χώρους επικοινωνίας. Θεωρητικά, ο αριθμός των διαφορετικών συζητήσεων που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν ανά πάσα στιγμή καθορίζεται από τον αριθμό των ατόμων που μπορεί να έχουν ανάγκη επικοινωνίας.

Με τρία μέλη σε μια κλινική ομάδα, θα μπορούσαν να γίνουν τρεις ξεχωριστές συνομιλίες μεταξύ οποιωνδήποτε δύο ατόμων. Αν αυξήσουμε το μέγεθος της ομάδας σε πέντε άτομα, ο αριθμός των πιθανών συζητήσεων αυξάνεται σε 10, και για μια ομάδα 10 ο αριθμός των πιθανών συνομιλιών εξαντλείται στα 45 (Εικόνα 3-1). Αυτό συμβαίνει επειδή ο αριθμός των πιθανών συζητήσεων καθορίζεται από έναν συνδυαστικό τύπο:

$$\text{αριθμός συνομιλιών} = n! / (r! (n - r)!)$$

όπου **n**: ο αριθμός των ατόμων, και **r**: ο αριθμός των ατόμων που μετέχουν σε μία συνομιλία.

Εικόνα 2-3 : Ο αριθμός των πιθανών συζητήσεων αυξάνεται συνδυαστικά με τον αριθμό των ατόμων που πρέπει να επικοινωνούν

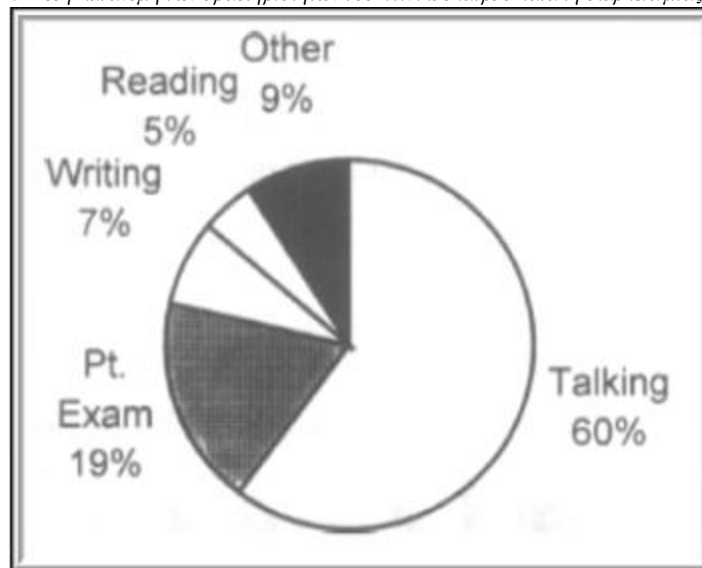


Πηγή: Lang & Dickie (1978)- cited by Coiera, 2006 [24]

Οι μελέτες που αποπειρώνται να ποσοτικοποιήσουν άμεσα το πραγματικό μέγεθος του χώρου επικοινωνίας στο σύστημα υγείας, είναι ελάχιστες και η πλειοψηφία τους

απεικονίζουν μια παρόμοια εικόνα. Η διαπροσωπική επικοινωνία -όντας κυρίαρχη μορφή ανταλλαγής πληροφοριών- που μορφοποιείται από τα πορίσματά τους είναι πανομοιότυπη, ενώ απαντάται ποικιλομορφία του βαθμού αλληλεπίδρασης αναλόγως του κλινικού πλαισίου ή /και του κλινικού ρόλου (Coiera E., 2006)[24]. Οι γιατροί πχ των κλινικών, όπως καταγράφεται σε διάφορες μελέτες, δαπανούν το 40 με 50% του χρόνου τους είτε σε επαγγελματική, είτε σε κοινωνική επικοινωνία (Weigl et al , 2009)[25]. Τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να επενδύουν παρόμοια μεγέθη χρόνου επικοινωνίας, αλλά ο τρόπος κατανομής του χρόνου μεταξύ της επικοινωνίας με τους ασθενείς, της ομαδικής εργασίας και της επαγγελματικής επικοινωνίας είναι αρκετά διαφορετικός από εκείνον των γιατρών (Westbrook et al, 2011)[26]. Ο Tang (Tang, 1996) [27] διαπιστώνει ότι περίπου το 60% του κλινικού χρόνου είναι αφιερωμένο στις συνομιλίες (Εικόνα 2-4).

Εικόνα 1-4: Μέση κατανομή των δραστηριοτήτων του κλινικού ιατρού κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης,



Πηγή: «Clinician information activities in diverse ambulatory care practices», Tang et al., 1996

Τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας αποτελούν επίσης έναν παράγοντα που επιδρά στους χρόνους επικοινωνίας. Σε τμήμα επειγόντων περιστατικών που μελετήθηκε από την Spencer και την ομάδα της, τα μέλη του πιο έμπειρου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά επικοινωνίας από ό, τι το νεότερο ιατρικό προσωπικό και τους νοσηλευτές, ενώ τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν τον σημαντικό ρόλο των παλαιότερων στο συντονισμό και την παροχή συμβουλών (Spencer et al, 2004)[28].

Η ευρεία κλίμακα και πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων εντός του πλαισίου του υγειονομικού συστήματος, επιβαρύνει τη διαδικασία της επικοινωνίας, ενώ η αδυναμία ορθής ανταλλαγής πληροφορίας μπορεί να επιφέρει τρομερές συνέπειες. Ο χώρος επικοινωνίας όσον αφορά τη συνολική διακίνηση πληροφορίας και τον κλινικό χρόνο, είναι τεράστιος και όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί πηγή σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μια ματιά πέραν των ποσοστιαίων ή των ακατέργαστων αριθμών καταδεικνύει έναν αποσπασματικό χώρο κατά την κλινική επικοινωνία, ανεπάρκεια του επικοινωνιακού συστήματος και ανορθόδοξες πρακτικές. Ας σημειωθεί δε, ότι, η πτωχή επικοινωνία πληροφορίας σε διοικητικό επίπεδο δύναται να επιφέρει και σημαντικές οικονομικές συνέπειες.

Πρόσφατες έρευνες ενοχοποιούν τη δυσχέρεια ορθής επικοινωνίας στο υγειονομικό σύστημα, ως καθοριστικό παράγοντα κλινικής αναποτελεσματικότητας (Backman et al, 2017)[29] και έναν από τους σημαντικότερους φραγμούς στην επίτευξη ποιοτικής φροντίδας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Wagner et al., 2016)[30]. Εντός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης έχουν εντοπιστεί σε πολλαπλά επίπεδα παράγοντες που συμβάλλουν σε αναποτελεσματική και μη αποδοτική επικοινωνία . Κάποιες μελέτες αναφέρονται στη χρήση αναποτελεσματικών συμπεριφορών επικοινωνίας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με αποτέλεσμα τη συνεχή διακοπή εργασιακών πρακτικών (Coiera et al, 2006) [24], (Coiera & Tombs, 1998) [17], (Kabat-Zinn et al., 1995) [31]). Σε μελέτη πχ. του Coiera (Coiera , 2006)[24], που έλαβε χώρα σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, σχεδόν το ένα τρίτο των συμβάντων επικοινωνίας ταξινομήθηκε ως διακοπή. Το παρατηρούμενο θέμα δεν ήταν το εναρκτήριο γεγονός επικοινωνίας, ενώ γινόταν κατά κόρον η χρήση σύγχρονου καναλιού (πρόσωπο με πρόσωπο συνομιλία). Αυτό έδωσε ρυθμό 11,15 διακοπών/ώρα για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη υψηλότερα ποσοστά διακοπής εντοπίστηκαν για μεμονωμένους κλινικούς ρόλους. Οι συντονιστές των νοσηλευτών αντιμετώπισαν ποσοστά διακοπών 24,9 /ώρα, ενώ οι νοσηλευτές είχαν ποσοστά 8,3 διακοπών/ώρα.

Συνέπεια των συχνών διακοπών είναι η αναστολή των ενεργών καθηκόντων των εργαζόμενων επανειλημμένα, για να αντιμετωπίσουν τη διακοπή και στη συνέχεια να επιστρέψουν στην εργασία που εκτελούσαν. Η επιστροφή σε αυτά μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις ή ημιτελή εκτέλεση καθηκόντων. Επομένως υπάρχει ένα

κόστος χρόνου και αποτελεσματικότητας, που απορρέει από τη φύση του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσοκομείου.

2.1.3 Ομαδική εργασία

Η διαδικασία παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι εγγενώς διεπιστημονική, απαιτώντας την εργασία σε ομάδες στελεχωμένες από γιατρούς, νοσηλευτές και συναφείς επαγγελματίες υγείας. Στη βιβλιογραφία για την ασφάλεια των ασθενών, αναγνωρίζεται ευρέως ότι η απόδοση ομάδας είναι ζωτικής σημασίας. Ως εκ τούτου, η ομαδική εργασία έχει γίνει στόχος και ζητούμενο των παρεμβάσεων για τη βελτίωση ασφάλειας του ασθενούς και τα πρότυπα εκπαίδευσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Πρώτοι οι νοσηλευτές αναγνώρισαν ότι η αναποτελεσματική επικοινωνία είναι ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ασφάλεια των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας (The Joint Commission , 2012)[15]. Η βελτίωση της στάσης και της αντίληψης για την ομαδική εργασία και η δημιουργία περιβάλλοντος που ενθαρρύνει τις συνομιλίες μεταξύ των κλάδων, αυξάνει τις πιθανότητες να τεθούν επί τάπητος ζωτικά θέματα, ώστε να δοθεί η ευκαιρία για επίλυσή τους.

Η διεθνής βιβλιογραφία για την ομαδική εργασία προσφέρει περισσότερο υλικό για τα εμπόδια στη συνεργατική πρακτική, παρά για την άσκησή της, αλλά παρόλα αυτά χαρακτηρίζεται από σύμπτωση απόψεων. Ένας αρκετά σαφής ορισμός έχει δοθεί από τον Brill (Brill , 1976, σελ.22) [32]: «... μια ομάδα ανθρώπων που διαθέτουν ιδιαίτερη τεχνογνωσία. Έκαστος είναι υπεύθυνος για τη λήψη ατομικών αποφάσεων, όλοι υπηρετούν από κοινού τον ίδιο σκοπό, συναντώνται (προγραμματισμένα) για να επικοινωνήσουν, να συνεργαστούν και να εδραιώσουν γνώση, βάσει της οποίας δημιουργούνται τα πλάνα, καθορίζονται οι δράσεις και επηρεάζονται οι μελλοντικές αποφάσεις».

Το 1993 οι Katzenbach και Smith (Katzenbach & Smith , 1993) [33] αναβαθμίζουν τον ορισμό: «... μια ομάδα είναι ένας μικρός αριθμός ατόμων με συμπληρωματικές δεξιότητες που έχουν δεσμευτεί σε κοινό στόχο, επίπεδο επιδόσεων και μια μορφή προσέγγισης, για την οποία είναι αμοιβαία υπεύθυνοι» (σελ. 45). Επιπροσθέτως, η τακτική επικοινωνία, η αμοιβαία υποστήριξη, ο συντονισμός, οι διακριτοί ρόλοι, τα

αλληλένδετα καθήκοντα και οι κοινές προδιαγραφές είναι σημαντικά στοιχεία και προϋποθέσεις για την αποδοτικότητα της ομάδας.

Συναντάται συχνά η θεώρηση που αντιμετωπίζει την ομάδα ως ένα σύστημα τριών σταδίων, όπου χρησιμοποιούνται πόροι (εισροές), διενεργείται στο εσωτερικό του διεκπεραιωτική διαδικασία και παράγεται συγκεκριμένο προϊόν (παραγωγή). Οι συνθήκες (εισροές) και οι διαδικασίες (απόδοση) των ομάδων καθορίζουν τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματά τους.

Οι Mickan & Rodger (Mickan & Rodger , 2000) [34] επισημαίνουν μια σειρά από κοινά στοιχεία ή προαπαιτούμενα μιας ομάδας:

- «μικρός, εύχρηστος αριθμός μελών,
- σωστός συνδυασμός δεξιοτήτων και εμπειρογνωμοσύνης,
- αφοσίωση σε έναν ουσιαστικό κοινό σκοπό,
- συγκεκριμένοι και εφικτοί στόχοι απόδοσης, για τους οποίους είναι συλλογικά υπεύθυνοι».

Ο πίνακας 1-2, προέρχεται από την ίδια μελέτη των Mickan & Rodger (Mickan & Rodger, 2000)[34] και αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας.

Πίνακας 2 - 2: Χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας

Οργανωτική δομή	Ατομική συνεισφορά	Ομαδικές διαδικασίες
Σαφής σκοπός	Αυτογνωσία	Συντονισμός
Κατάλληλη κουλτούρα	Εμπιστοσύνη	Επικοινωνία
Καθορισμένη εργασία	Δέσμευση	Συνοχή
Διακριτοί ρόλοι	Ευελιξία	Λήψη αποφάσεων
Κατάλληλη ηγεσία		Διαχείριση συγκρούσεων
Επαρκείς πόροι		Ανατροφοδότηση απόδοσης
Συνάφεια μεταξύ των μελών		Κοινωνικές σχέσεις

Πηγή: Mickan S. & Rodger S., «Characteristics of effective teams: a literature review», Australian Health Review, Vol 23, No 3, 2000

Η Mohrman [35] και οι συνεργάτες της (Mohrman et al, 1997) θέτουν την οργανωτική δομική υποστήριξη ως βασική προϋπόθεση για την επίτευξη συνεργασίας. Σημαντικό παράγοντα αποτελεί επίσης η γνώση και τήρηση των ορίων, πχ. διαφορετικά επίπεδα εξουσίας, επαγγελματική ιεραρχία, ρόλοι, αποτελεσματική ηγεσία και θέση (Payne, 1982)[36]. Η διαδικασία δημιουργίας ομάδων μπορεί να παρεμποδιστεί όταν οι αρμοδιότητες λήψης αποφάσεων και ο τελικός τους στόχος δεν χαρακτηρίζονται από πλήρη σαφήνεια (West, 2012)[37]. Εμπειρικά αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι παρεμβάσεις κατάρτισης και η εφαρμογή επίσημων πρακτικών ενίσχυσης της επικοινωνίας και των σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, έχουν τη δυνατότητα αύξησης της ευαισθητοποίησης στα συγκεκριμένα ζητήματα και υποστήριξη της αποτελεσματικής συμπεριφοράς ομάδας.

2.2 Επικοινωνία και θεραπευτικά αποτελέσματα

2.2.1 Μέτρηση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης

Στόχος της μέτρησης, αναφοράς και σύγκρισης των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης είναι η βελτίωση τεσσάρων επιμέρους παραμέτρων:

- ✓ της εμπειρίας φροντίδας του ασθενούς,
- ✓ της υγείας των πληθυσμών,
- ✓ του κατά κεφαλήν κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ και της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2016)) [38] ορίζει ως μετρήσιμη έκβαση μια «αλλαγή στην υγεία ενός ατόμου, μιας ομάδας ανθρώπων ή ενός πληθυσμού που μπορεί να αποδοθεί σε μια παρέμβαση ή μια σειρά παρεμβάσεων». Πρόκειται για τους στόχους ποιότητας και κόστους που επιδιώκουν να βελτιώσουν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνοντας στην αύξηση της διαφάνειας μεταξύ των παρόχων υγείας. Ο ορισμός είναι αρκετά βοηθητικός διότι καθιστά σαφές ότι ο προσδιορισμός των αποτελεσμάτων υγείας, πρώτα απ' όλα, περιλαμβάνει τη μέτρηση μιας αλλαγής. Δεύτερον, μπορούν να αφορούν σε μεμονωμένους ασθενείς ή ολόκληρους πληθυσμούς και, τέλος, τα αποτελέσματα σχετίζονται με ειδικές παρεμβάσεις. Ο Οργανισμός για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της

Υγείας (AHRQ) των ΗΠΑ σημειώνει ότι η μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας αποσκοπούν σε τρεις γενικούς σκοπούς, που περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, την ανάληψη ευθύνης και την πλαισίωση της έρευνας.

Η μέτρηση των αποτελεσμάτων είναι ένα αναπτυσσόμενο πεδίο έρευνας, υπάρχουν ελάχιστες βέλτιστες πρακτικές, και έχουν προταθεί πολλά διαφορετικά είδη αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτά που εκπορεύονται από την κατάσταση υγείας, τα αποτελέσματα με βάση την παρέμβαση, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ασθενών και αυτά με βάση τον πληθυσμό (WHO, 2016) [38]. Τα μέτρα για τα αποτελέσματα καθορίζονται και τίθενται κατά προτεραιότητα από εθνικούς οργανισμούς, όπως το CMS, τη Joint Commission, και την National Association for Healthcare Quality (NAHQ). Τα συστήματα υγείας στοχεύουν σε μετρήσεις αποτελεσμάτων με βάση τις κρατικές οδηγίες, τις απαιτήσεις διαπίστευσης ποιότητας και τα οικονομικά κίνητρα. Οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στη μέτρηση των εξής παραμέτρων:

- ✓ Θνησιμότητα (22%)
- ✓ Ασφάλεια της φροντίδας (22%)
- ✓ Επανεισαγωγές στο νοσοκομείο (22%)
- ✓ Η εμπειρία των ασθενών (22%)
- ✓ Αποτελεσματικότητα της φροντίδας (4%- πχ συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές περί βέλτιστης πρακτικής και επιτεύγματα όπως χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια).
- ✓ Η έγκαιρη φροντίδα- πρόσβαση του ασθενούς στη φροντίδα(4%)
- ✓ Αποτελεσματική χρήση της ιατρικής απεικόνισης (4%)

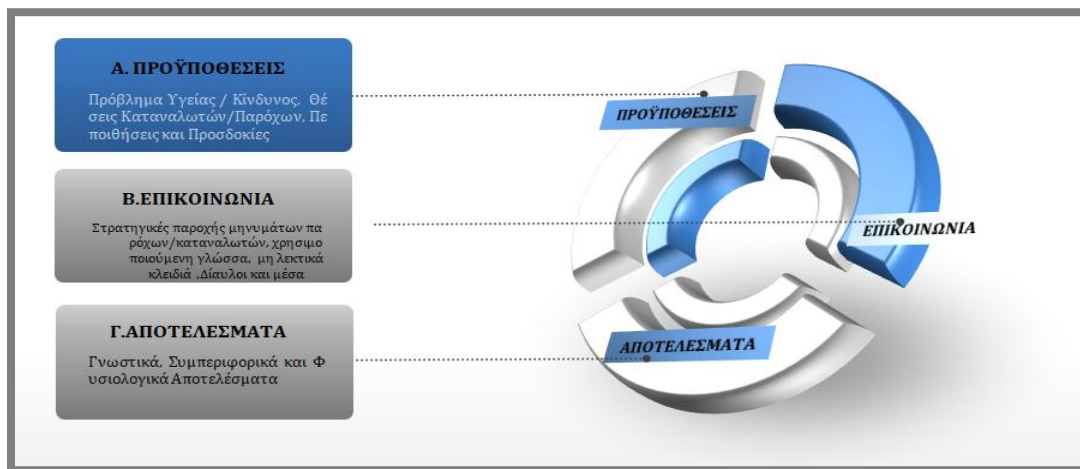
Η διαδικασία με την οποία τα συστήματα υγείας επιτυγχάνουν τα αποτελέσματα είναι εξίσου σημαντική με την επίτευξή τους. Η μέτρηση των εφαρμοζόμενων διαδικασιών αφορούν στην παραγωγικότητα του παρόχου υγείας και την τήρηση των προτύπων συνιστώμενης φροντίδας.

2.2.2 Επίδραση της επικοινωνίας στα θεραπευτικά αποτελέσματα

Η επικοινωνία επηρεάζει ποικιλοτρόπως τα αποτελέσματα της υγειονομικής

περίθαλψης και πολλοί ισχυρισμοί έχουν διατυπωθεί σχετικά με τη σημασία της (Kreps, O'Hair, & Hart, 1994) [39]. Ο Kreps (1994) υποστηρίζει ότι πολλές επικοινωνιακές συμπεριφορές λειτουργούν ως πρωταρχική διαδικασία για τη συγκέντρωση και τη διάδοση πληροφοριών και έχουν ουσιαστική σημασία για την αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη και την προαγωγή της υγείας (Εικόνα 3-3).

Εικόνα 2- 5: Το μοντέλο μετασχηματισμού της επικοινωνίας σε θεραπευτικό αποτέλεσμα.



Πηγή: Kreps, G. L., O'Hair D., Clowers Hart M., 1994 (Ιδία διαμόρφωση)

Παράλληλα όμως δηλώνει επιφυλακτικός απέναντι στη δυνατότητα απόδειξης αυτών των ισχυρισμών. Τα στατιστικά στοιχεία θνησιμότητας και νοσηρότητας πχ που στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τη χάραξη πολιτικής, αδυνατούν να δώσουν μια πλήρη εικόνα, και δεν αποτελούν πραγματική εκτίμηση του επιπέδου παροχής υγειονομικής περίθαλψης, αν πρόκειται για μεμονωμένες μετρήσεις. Μια στρατηγική επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης - όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων- και των καταναλωτών θα μπορούσε ίσως να συμβάλλει σημαντικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγείας.

Ο Donabedian (Donabedian, 1987)[40] παραθέτει στο έργο του σχετικά με τον καθορισμό της ποιότητας των αποτελεσμάτων υγείας τρεις προσεγγίσεις: αυτή των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων, με ιδιαίτερη εστίαση στη σχέση μεταξύ διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Εξέλιξη της θεωρίας του αποτελεί η μέτρηση των αποτελεσμάτων που εφαρμόζονται πλέον και αφορούν στη διάρκεια του χρόνου παραμονής (length of stay/LOS), την ικανοποίηση των ασθενών, τη

θνησιμότητα και νοσηρότητα (Brook et al. , 2000) [41], (Υφαντόπουλος Γ., 2006) [42]. Ο Kreps και οι συνεργάτες του (Kreps G., Query J., 1990) [39] αντιπροτείνουν την καταγραφή των αποτελεσμάτων ανάλογα με τον αντίκτυπό τους στο κάθε άτομο.

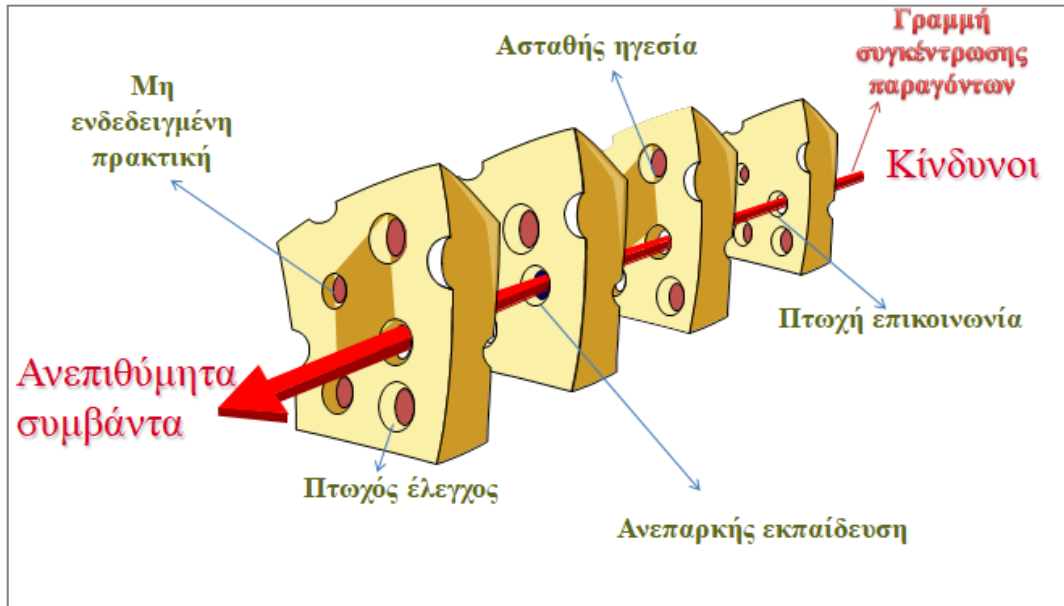
Ωστόσο, η έρευνα σχετικά με τη σχέση μεταξύ επικοινωνίας και αποτελεσμάτων υγείας σε έναν οργανισμό και μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, παραμένει χωρίς κυρίαρχη εικόνα, κυρίως επειδή είναι αδύνατη η διαφύλαξη της αντικειμενικότητας, αφού υπεισέρχεται ένα πλήθος αστάθμητων παραγόντων (πχ. ιστορικό νόσου, ηλικία ασθενούς, κλπ). Παρόλα αυτά, αναφέρθηκαν ορισμένες προοπτικές ως τομέα-στόχου της επικοινωνίας υγείας.

Παραδοσιακά για την απόδοση των νοσοκομείων υπήρχαν μετρήσεις με τη χρήση των καθημερινά αναφερόμενων θεραπευτικών αποτελεσμάτων ή δεδομένων υγείας. Οι συγκεκριμένοι δείκτες απέτυχαν να δώσουν ολοκληρωμένη εικόνα για τον ασθενή, αφού εκτός της κλινικής του πορείας, δεν εντόπιζαν την ανησυχία του σχετικά με την ασφάλεια και τις ελλείψεις στην περίθαλψη. Η έρευνα του Sir Robert Francis (Francis R., 2010)[43] σχετικά με την εμπιστοσύνη του κοινού απέναντι στο υγειονομικό σύστημα κατέδειξε ότι, όταν η στρατηγική του νοσοκομείου εστιάζει μόνο σε οικονομικούς στόχους, οι οποίοι διαμοιράζονται εν είδει αναφορών σε πολλαπλούς κλάδους, αποβαίνει εν τέλει εις βάρος της φροντίδας των ασθενών και της ευημερίας του προσωπικού. Η πλέον όμως ενδιαφέρουσα πτυχή της διερεύνησής του αφορά στα ανεπιθύμητα συμβάντα. Η έκθεση του WHO αναφέρει ως κυριότερες αιτίες των κρουσμάτων ανεπιθύμητων συμβάντων τις διακοπές της ροής εργασίας, την κόπωση του προσωπικού, τις κακές συνθήκες εργασίας, την υποστελέχωση, που επηρεάζουν τις πρακτικές συνταγογράφησης, χορήγησης φαρμάκων, διαχείρισης και παρακολούθησης.

Η Angheluta C. σημειώνει στη μελέτη της περί των ανεπιθύμητων συμβάντων, ότι θεωρία των ατυχημάτων σε σύνθετα συστήματα βασίζεται στο συμπέρασμα ότι σε θέσεις εργασίας με δυνητικούς κινδύνους η παραγωγή ατυχημάτων αποτελεί τυπικό μοτίβο (Angheluta C, 2010)[44]. Τα συστήματα ρωγμών και η οργανωτική κουλτούρα καθορίζουν μια τυπική έλλειψη στον τρόπο ασφαλείας της δράσης των ατόμων. Εντός του υγειονομικού συστήματος μπορεί να ελλοχεύει μια αλυσίδα ελαττωμάτων μη εμφανών, που δυνητικά βλάπτουν τον ασθενή. Αν και τα ελαττώματα είναι

«κρυμμένα», και εντοπίζονται σε οποιοδήποτε επίπεδο του συστήματος, καθορίζουν τα σφάλματα «ενεργά» στο αιχμηρό άκρο (Εικόνα 2-6).

Εικόνα 2 - 6: Διαδοχικοί ατελείς αμυντικοί φραγμοί ενάντια στους κινδύνους (The Swiss Cheese Model of Accident Causation)



Πηγή: Angheluta C., «Adverse events dangerous but preventable», 2010 (Ιδία διαμόρφωση)

Η έρευνα του Sir Robert Francis (Francis R., 2010) [43] περιλαμβάνει συνεντεύξεις με μέλη του προσωπικού που τον συνεπικουρούσαν, όπου διαπιστώθηκε ότι πλην των παραγόντων της υποστελέχωσης ή της ανεπαρκούς κατάρτισης των εμπλεκόμενων με ανεπιθύμητα συμβάντα επαγγελματιών υγείας, υπήρχαν επαναλαμβανόμενες παράμετροι, όπως τα διαρθρωτικά εμπόδια στη διατύπωση ανησυχιών για την ασφάλεια του ασθενούς (ατομικά και συλλογικά) ή έλλειψη ικανοποιητικών απαντήσεων σε αυτές, η ακατάλληλη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, η τάση του ιατρικού προσωπικού να θέτει εαυτόν εκτός της κουλτούρας διαχείρισης του νοσοκομείου, διαρκείς αλλαγές στη δομή διαχείρισης χωρίς να επικοινωνούνται στο προσωπικό (αναποτελεσματική και αναξιόπιστη ηγεσία), αδυναμία σαφούς επικοινωνίας με το Διοικητικό Συμβούλιο (συνέπειες στην κλινική αποδοτικότητα και ποιότητα), έλλειψη σαφήνειας των ρόλων (αποδυνάμωση της αλυσίδας επικοινωνίας/ ο άμεσος αγωγός πληροφορίας παρουσιάζει προβλήματα φιλτραρισμένα και αποδυναμωμένα), απόσταση μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού. Όπως

χαρακτηριστικά αναφέρει ένας διευθυντής κλινικής «η εποχή που οι νοσηλευτές γνώριζαν τους ασθενείς μου, έχει εξαφανισθεί».

2.2.3 Ανεπιθύμητα συμβάντα κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας

Βασική ευθύνη των παρόχων, υποδομών και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι να μην «βλάψουν» τον ασθενή και να διασφαλίσουν ότι τα οφέλη μιας θεραπευτικής παρέμβασης υπερτερούν των κινδύνων και των επιβλαβών συνεπειών της. Ωστόσο, τα ανεπιθύμητα συμβάντα μοιάζουν συνυφασμένα με την πορεία των νοσοκομείων μέσα στα χρόνια, με τον Starr (Starr, 1982) [45] να αναφέρει, ότι κατά τον 19ο αιώνα θεωρούνταν επικίνδυνοι χώροι και οι ασθενείς ήταν ασφαλέστεροι στο σπίτι.

Η τεχνολογική πρόοδος στη ιατρική ανέτρεψε την εικόνα, αυξάνοντας την εξουσία της ιατρικής και δημιουργώντας αίσθημα ασφάλειας για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Berwick D.M., 2016) [46]. Η όποια καταγεγραμμένη ανεπιθύμητη κλινική έκβαση θεωρήθηκε σπάνια περίπτωση, που προκλήθηκε λόγω συννοσηρότητας ή ιδιαιτερότητας της κατάστασης του ασθενούς. Κατά τη δεκαετία '80 - '90 η ασφάλεια του ασθενούς στην υγειονομική περίθαλψη τέθηκε υπό αμφισβήτηση και διερευνήθηκε επισταμένως. Η δημόσια αντίδραση στα προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, έφθασε σε κρίσιμη καμπή με τη δημοσίευση της έκθεσης «To Err is Human» (Kohn L.T., Donaldson M.S., Corrigan J.M., 1999)[47], η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ιατρικά σφάλματα προκαλούν έως και 98.000 θανάτους ετησίως. Η επισφαλής φροντίδα υγείας ήταν κατά κύριο λόγο το αποτέλεσμα της αποτυχίας οργάνωσης και συντονισμού ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος.

Ως **ανεπιθύμητο συμβάν** (adverse event) ορίζεται κάθε δυσμενές και ακούσιο γεγονός (συμπεριλαμβανομένης μιας μη φυσιολογικής τιμής σε εργαστηριακό εύρημα), σύμπτωμα ή ασθένεια που χρονικά συμπίπτει με την παροχή φροντίδας και μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζεται με την ιατρική θεραπεία ή διαδικασία (World Health Organization , 2018) [48]. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στον ασθενή που μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη,

και περιλαμβάνει: (1) θάνατο, (2) απώλεια μέρους του σώματος, (3) αναπηρία, (4) απώλεια της πλήρους σωματικής λειτουργίας (που διαρκεί περισσότερο από 7 ημέρες ή εξακολουθεί να υπάρχει κατά τη στιγμή της εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο), ή (5) η πραγματική ή ενδεχόμενη ανάγκη για σημαντική παρέμβαση και διόρθωση της βλάβης. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του WHO: «*συντηρητικές εκτιμήσεις φέρνουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα στη 14^η θέση της λίστας για τη θνητότητα και τη θνησιμότητα σε παγκόσμιο επίπεδο*» (World Health Organization, 2018)[48], με ποσοστά συγκρινόμενα αυτών της φυματίωσης και της ελονοσίας (OECD, 2017) [49]. Η ίδια έκθεση του WHO αναφέρει ότι σε χώρες υψηλού εισοδήματος (HIC/high income countries) έως και 1 στους 10 ασθενείς βλάπτονται ενώ λαμβάνουν νοσοκομειακή περίθαλψη. Σχετικά με τη συχνότητα και την πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (LMIC/ low-and middle-income countries), το ποσοστό των ανεπιθύμητων ενεργειών υπολογίζεται στο 8%, εκ των οποίων το 83% θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί και το 30% να οδηγήσει σε θάνατο.

Η έκθεση του OECD «*The economics of patient safety*» (OECD, 2017) [49] καταγράφει ως έναν από τους συνηθέστερους παράγοντες στους οποίους οφείλονται τα ανεπιθύμητα συμβάντα την κακή επικοινωνία - την αδυναμία μετάδοσης και λήψης σημαντικών κλινικών πληροφοριών. Μία ιδιαίτερος επικίνδυνη πτυχή θεωρούνται οι μεταβάσεις του ασθενούς που περιθάλπεται μεταξύ νοσοκομείων ή μεταξύ τμημάτων του νοσοκομείου. Προτάθηκε μια σειρά παρεμβάσεων βασισμένων σε τεκμήρια που στοχεύουν στις ασφαλείς μεταβάσεις περίθαλψης, πλαίσιο που εκπονήθηκε από εμπειρογνώμονες αφού εξετάστηκαν κάθε είδους πρωτόκολλα ή παρεμβάσεις κατάρτισης που στοχεύουν στη βελτίωση της κλινικής επικοινωνίας. Η επικοινωνία μπορεί επίσης να περιλαμβάνει θεμελιώδη ανάπτυξη «ήπιων δεξιοτήτων», όπως η ενεργός ακρόαση και η ομαδική εργασία.

2.2.4 Κόστος των ανεπιθύμητων συμβάντων που προέρχονται από πλημμελή κλινική επικοινωνία

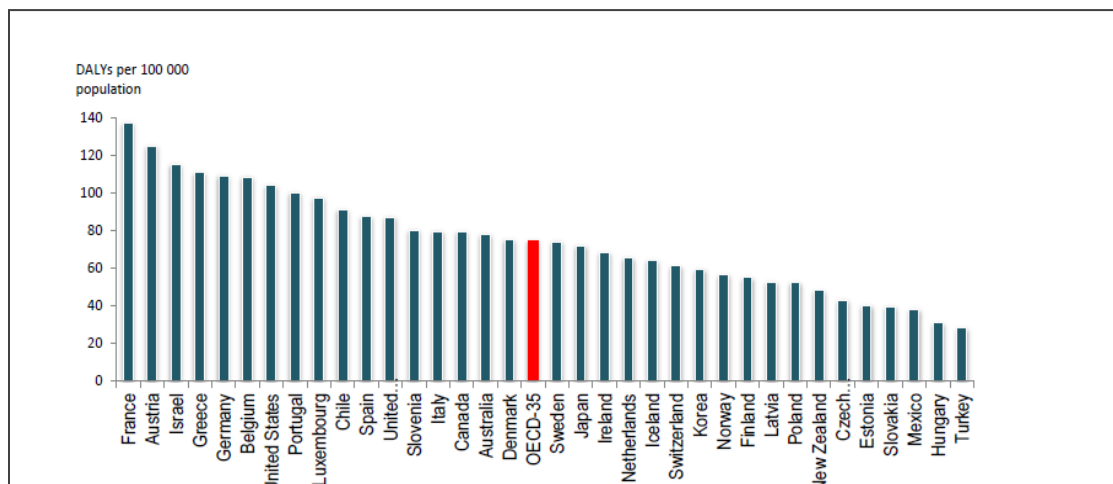
Η πτωχή επικοινωνία των επαγγελματιών του τομέα της υγείας κοστίζει (Pressman H. and Dickinson R., 2016) [50]. Οι βιβλιογραφικές αναφορές παγκοσμίως παρέχουν μερικές από τις ισχυρές ενδείξεις για τις άσκοπες δαπάνες στον υγειονομικό τομέα, λόγω των φραγμών στην επικοινωνία, που από κοινού χτίζουν μια εικόνα για ένα πολύ μεγαλύτερο οικονομικό πρόβλημα από ό, τι τα περισσότερα ιδρύματα υγείας γνωρίζουν. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορούν να μειωθούν ή να αποφευχθούν αυτές οι περιττές δαπάνες, αλλά για να πραγματοποιηθούν σοβαρές ενέργειες για τη μείωσή τους, θα πρέπει οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων να αναγνωρίσουν το εύρος και την έκταση του οικονομικού κόστους της αδράνειας. Χωρίς να εξετάζεται το κόστος των σφαλμάτων με σοβαρή έκβαση ή δυνητικά θανατηφόρα, ένα τεράστιο ποσοστό δεν καταγράφεται, οδηγώντας σε υποεκτίμηση της συνολικής τους βαρύτητας. Σε σύγκριση με το κόστος της πραγματικής βλάβης του ασθενούς, υπάρχουν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με το εκτιμώμενο κόστος των ιατρικών σφαλμάτων που αντικατοπτρίζουν αναποτελεσματικότητα και σπατάλη στο νοσοκομειακό σύστημα. Μία μέθοδος που χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής είναι μια επισκόπηση σε αναφορές συμβάντων που τείνουν να αντανakλούν γεγονότα χωρίς οξεία βλάβη του ασθενούς. Συνήθως αφορούν σε μη ασφαλείς πρακτικές που είχαν τη δυνατότητα πρόκλησης βλάβης στον ασθενή, αλλά εντοπίστηκαν πριν πραγματοποιηθεί. και τις επιπρόσθετες εργαστηριακές μετρήσεις.

A. Άμεσο κόστος

Πρώτη άμεση εκδήλωση δαπάνης είναι η ανάγκη για πρόσθετη θεραπεία του ασθενούς, περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος για προσδιορισμό του προβλήματος, παράταση της νοσηλείας του ασθενούς (επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας/ Length of Stay) ή επανεισαγωγή και άλλη πρόσθετη χρήση σπάνιων πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Το κόστος στους νοσοκομειακούς πόρους περιλαμβάνει επίσης τις χαμένες εργατοώρες που δαπανώνται για τον καθορισμό του προβλήματος (Choi et al, 2015)[51]. Η Kohn και οι συνεργάτες της στη μελέτη τους «*To Err Is Human: Building a Safer Health System*» (Kohn L.T., Corrigan J. M., Donaldson M. S, 1999) [47] αναφέρεται στο κόστος των ανεπιθύμητων συμβάντων και από την πλευρά του κόστους ευκαιρίας. Το κεφάλαιο που επενδύθηκε σε επανάληψη διαγνωστικών

εξετάσεων ή στην εξουδετέρωση ανεπιθύμητων ενεργειών, πέραν του βάρους της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του ασθενούς, ασκεί οικονομικό κόστος στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, εκτρέποντας πόρους από άλλους τομείς με πιθανό όφελος εντός της υγειονομικής περίθαλψης και πέραν αυτής. Οι ασθενείς πληρώνουν για υπηρεσίες που δεν θα ήταν αναγκαίες, εάν είχαν παρασχεθεί ορθά. Το 2008, το οικονομικό κόστος των ιατρικών σφαλμάτων στις ΗΠΑ εκτιμήθηκε στο 1 τρισεκατομμύριο δολάρια (OECD, 2017). Στο γράφημα 2-1 καταγράφονται τα DALYS που προέρχονται από βλάβες που υπέστησαν ασθενείς εντός του υγειονομικού συστήματος στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 2015.

Γράφημα 2-1: DALYS που οφείλονται σε βλάβη ασθενών εντός του συστήματος υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2015)



Πηγή: IHME 2015

Η Hauck και οι συνεργάτες της (Hauck, 2017)[52] εκτίμησαν τη βαρύτητα της νόσου που προκλήθηκε από έξι τύπους ανεπιθύμητων ενεργειών στα αγγλικά νοσοκομεία (σηψαιμία, κατακλίσεις, κατάγματα ισχίου λόγω πτώσεων, θρομβοεμβολικά επεισόδια, μολύνσεις κεντρικής γραμμής, θανάτους σε συνθήκες χαμηλής θνησιμότητας) στην Αγγλία για τέσσερα χρόνια (2006-10). Κάθε χρόνο περίπου 36.000 έτη υγιούς ζωής χάθηκαν σε αυτούς τους έξι τύπους ανεπιθύμητων συμβάντων σε όλη την Αγγλία, ή 68 ανά 100.000 κατοίκους. Αυτό μπορεί να συγκριθεί με την ετήσια βαρύτητα ασθενειών όπως το HIV / AIDS, η φυματίωση και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Οι εκτιμήσεις του IHME υποδηλώνουν ότι το συνολικό βάρος της βλάβης του ασθενούς στην Αγγλία είναι μεγαλύτερο από τη

σκλήρυνση κατά πλάκας (Πίνακας 2-1). Για παράδειγμα, το οικονομικό κόστος από έξι τύπους ανεπιθύμητων ενεργειών στα αγγλικά νοσοκομεία ισοδυναμεί με πάνω από 2.000 μισθωτούς ιατρούς ή πάνω από 3.500 νοσηλευτές νοσοκόμων κάθε χρόνο.

Πίνακας 2-3: Ετήσια επιβάρυνση 6 τύπων ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με χρόνιες καταστάσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο

Ασθένεια	Ετήσια επιβάρυνση ανά 100.000 κατοίκους/η	Συνολική ετήσια επιβάρυνση στο Η.Βασίλειο
Όλα τα ανεπιθύμητα συμβάντα	86 DALYs	46,491 DALYs
Πολλαπλή σκλήρυνση	80 DALYs	42,400 DALYs
6 τύποι ανεπιθύμητων ενεργειών	68 DALYs	36, 000 DALYs
HIV / AIDS και φυματίωση	63 DALYs	33,400 DALYs
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	58 DALYs	30,740 DALYs
Διαπροσωπική βία	57 DALYs	30,200 DALYs

Πηγή: Hauck et al (2017), IHME (2015)

B. Έμμεσο κόστος

Το κόστος των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζονται στην έκθεση του OECD (2017) δεν υπολογίζει την πραγματική οικονομική επιβάρυνση που προκαλεί η βλάβη στους ασθενείς. Το πραγματικό κοινωνικό κόστος της βλάβης του ασθενούς περιλαμβάνει τον αντίκτυπο στους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και τις χαμένες εργατοώρες του ασθενούς που υπέστη τραυματισμό, απώλεια της παραγωγικότητας, διαφυγόν εισόδημα, και άλλες συνέπειες της βλάβης σε άτομα,

τους αγαπημένους τους και τις κοινότητες στις οποίες ζουν.

Μια έκθεση στην Αυστραλία εκτιμά ότι το 2008 το συνολικό οικονομικό κόστος των θρομβοεμβολικών επεισοδίων ήταν 1,72 δισ. Δολάρια (0,15% του ΑΕΠ το 2008). Αυτό περιελάμβανε την παραγωγικότητα που χάθηκε κυρίως λόγω πρόωρου θανάτου, απώλειας φορολογίας, κρατικών δαπανών για την υγεία και άμεσων δαπανών για το σύστημα υγείας. Το βάρος της νόσου (αναπηρία και πρόωρος θάνατος) υπολογίστηκε σε άλλα 19,99 δισεκατομμύρια δολάρια (1,74% ΑΕΠ), με βάση την αξία μιας στατιστικής ζωής (Access Economics 2008). Τα σφάλματα είναι δαπανηρά και σε όρους απώλειας εμπιστοσύνης στο σύστημα από τους ασθενείς, και μειωμένη ικανοποίηση από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Ασθενείς που βιώνουν παράταση του χρόνου νοσηλείας ή αναπηρία ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητου συμβάντος, πληρώνουν με φυσική και ψυχολογική δυσφορία. Οι επαγγελματίες υγείας πληρώνουν με απώλεια ηθικής και με την απογοήτευση ότι δεν είναι σε θέση να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Εργοδότες και κοινωνία, σε γενικές γραμμές, πληρώνουν από την άποψη της απώλειας της παραγωγικότητας των εργαζομένων, μειωμένη σχολική φοίτηση των παιδιών και με χαμηλότερα επίπεδα της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Περιλαμβάνει επίσης το πολιτικό κόστος για τους ηγέτες, τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων και άλλους κοινωνικούς θεσμούς. Τα επίπεδα δημόσιας εμπιστοσύνης σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες είναι ήδη χαμηλά (ΟΟΣΑ 2017α). Δεδομένης της σημασίας της εμπιστοσύνης στην αποτελεσματική παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Gilles, 2015)[53] καθώς και στην υιοθέτηση της δημόσιας υγείας και των προληπτικών παρεμβάσεων και άλλων κυβερνητικών υπηρεσιών, αυτός ο τύπος αποτυχίας, αν και ανεξερεύνητος στη βιβλιογραφία, αγνοείται ως πραγματική ανησυχία και λόγος δράσης. *«Μπορεί να είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης να σφάλει, αλλά είναι επίσης μέρος της ανθρώπινης φύσης να δημιουργεί λύσεις, να βρίσκει εναλλακτικές και να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει»* (Kohn L.T., Corrigan J. M., Donaldson M. S, 1999) [47].

Σύμφωνα με την έκθεση του OECD το 2017, η επένδυση στην πρόληψη της βλάβης (κόστος πρόληψης) μπορεί μακροπρόθεσμα να δημιουργήσει κέρδος μέσω της μείωσης του κόστους που πρέπει να καταβληθεί για την αντιμετώπιση των

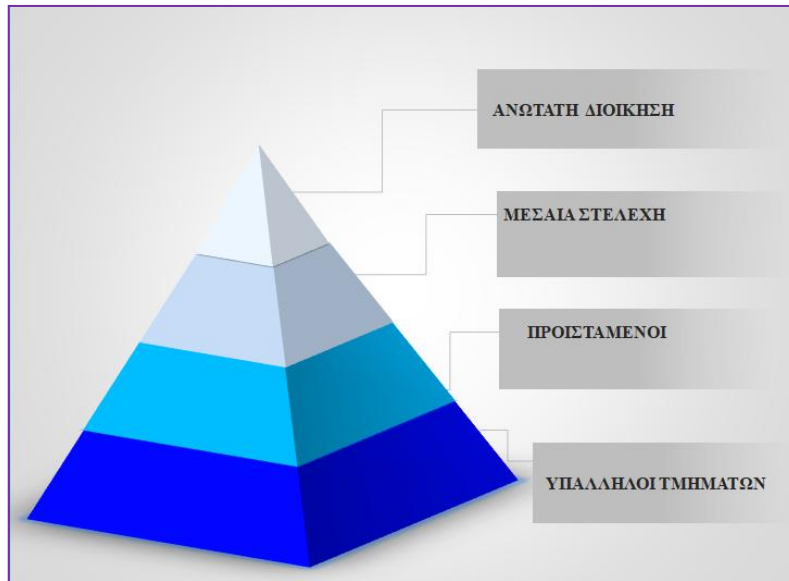
ανεπιθύμητων ενεργειών, την απώλεια παραγωγής και τα νομικά έξοδα, αλλά και τις βλάβες της φήμης και την υπονόμευση της εμπιστοσύνης του κοινού (κόστος αποτυχίας). Τα αποτελέσματα των ερευνών υποδηλώνουν ότι μια εθνική στρατηγική για την ασφάλεια των ασθενών πρέπει να υιοθετήσει μια συστηματική προοπτική και ότι μπορεί να εντοπιστεί μια ιεράρχηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Απαιτείται επένδυση σε θεμελιώδη μακροπρόθεσμα προγράμματα, όπως η επαγγελματική εκπαίδευση, τα πρότυπα ασφάλειας που συνδέονται με τη διαπίστευση και μια ορθή υποδομή διάχυσης πληροφοριών. Οργανωτικές πρωτοβουλίες όπως η κλινική διακυβέρνηση, ή η δέσμευση των ασθενών θεωρήθηκαν επίσης σημαντικές πτυχές μιας στρατηγικής συστημικής ασφάλειας. Εν κατακλείδι η σημασία της οικοδόμησης μιας πρωταρχικής κουλτούρας ασφάλειας κρίνεται καίρια.

2.3 Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας στο περιβάλλον του νοσοκομείου

Το περιβάλλον των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από ιδιομορφίες, που προέρχονται από τη λειτουργική τους πολυπλοκότητα, την ένταση εργασίας και οργάνωσης, την ποικιλομορφία στο εργατικό δυναμικό, την ανάγκη συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας, την αδιάλειπτη ροή πληροφορίας, τον τρόπο κατανομής εξουσίας και ευθύνης, ενώ παράλληλα αποτελεί έδαφος αναταραχών, πόσο μάλλον σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, τόσο εσωτερικής προέλευσης, όσο και εξωτερικής. Όπως αναφέρει ο Drucker (Drucker P. F., 1974) [54], μια οικονομική κρίση, είναι ταυτόχρονα μια κρίση της θεωρίας της οργάνωσης και της οργανωτικής πρακτικής και κύριες αιτίες της αστάθειας είναι οι αλλαγές στο έργο και στις οργανωτικές δομές που το πλαισιώνουν. Αν και πρόκειται για οργανισμό, το νοσοκομείο «δεν ταυτίζεται πλήρως με τα γνωστά πρότυπα οργάνωσης των περισσότερων οικονομικών και διοικητικών μονάδων» (Χρυσάκης Μ., Υφαντόπουλος Γ., 2007) [55], γεγονός που καθιστά άκρως δελεαστικές τις ιδιαιτερότητές του προς διερεύνηση, σε διάφορες επιστημονικές κατευθύνσεις.

Οι οργανισμοί υγείας λαμβάνουν ως προς την τυπική τους διαστρωμάτωση πυραμιδικό σχηματισμό, με τα ανώτερα διοικητικά στελέχη τους στην κορυφή και αναλόγως της βαθμίδας, διαμοιράζονται ως τη βάση (εικόνα 2-7).

Εικόνα 2 - 7: Πυραμιδικός σχηματισμός οργανισμού υγείας (Ιδία διαμόρφωση)



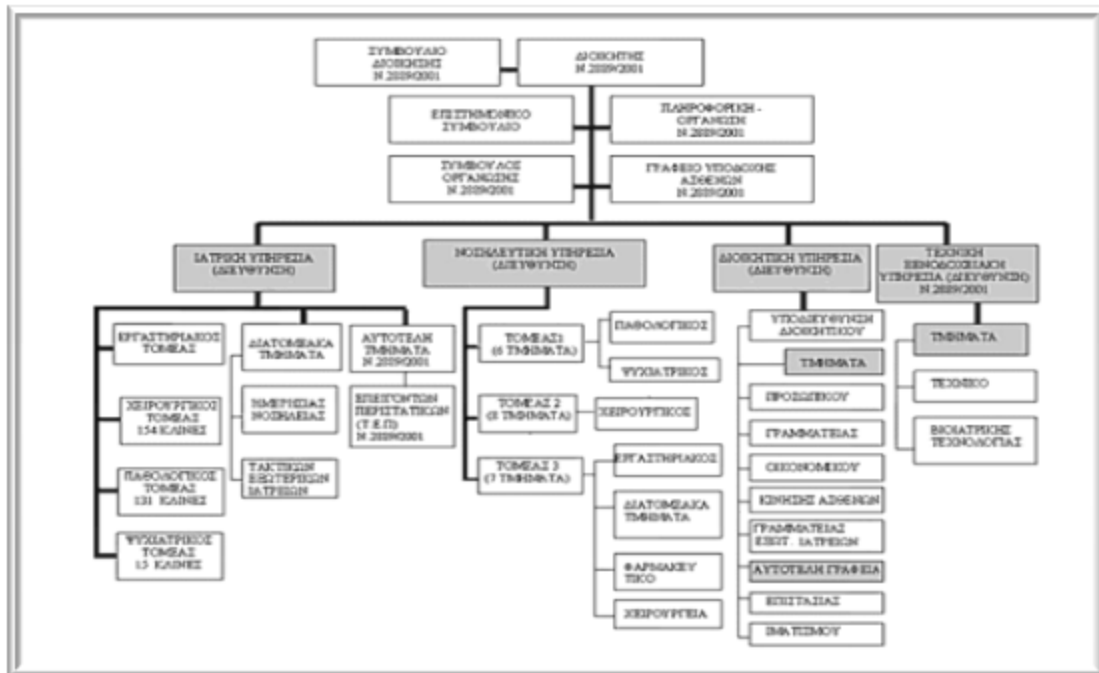
Το νοσοκομείο ακολουθεί την τυπική γραφειοκρατική δομή στα εξής σημεία:

- Διαθέτει ένα κεντρικό σύστημα συντονισμού (διευκόλυνση της επικοινωνίας των επιστημονικών κλάδων μεταξύ τους, των επιμέρους τμημάτων, και αυτή του οργανισμού στο κοινό),
- Διέπεται από ιεραρχικό σύστημα ταξινόμησης των θέσεων εργασίας,
- Ελέγχει τη δραστηριότητα των στελεχών του,
- Τηρεί την «τυποποίηση εργασίας» κατά την οποία τα όρια, τα μέσα και ο τρόπος των πράξεων του ανθρώπινου δυναμικού, καθορίζονται με συγκεκριμένους κανονισμούς, διαδικασίες ή κατευθυντήριες γραμμές του οργανισμού,
- Εφαρμόζει καταμερισμό εργασίας,
- Λειτουργεί με αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων, με την πλειοψηφία τους να λαμβάνεται από τα κατώτερα διοικητικά στελέχη.

Η πλήρης απεικόνιση της διάρθρωσης των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης και λειτουργικότητας, αποδίδεται με τα οργανογράμματα, που εικονοποιούν εκτός των άλλων τους τυπικούς διαύλους

επικοινωνίας του οργανισμού και τον τρόπο αλληλεπίδρασης των επιμέρους μονάδων (βλ. παράδειγμα εικόνας 2-8).

Εικόνα 2 - 8: Τυπικό οργανόγραμμα νοσοκομείου βάσει του νομοθετικού πλαισίου του ΕΣΥ, 2001

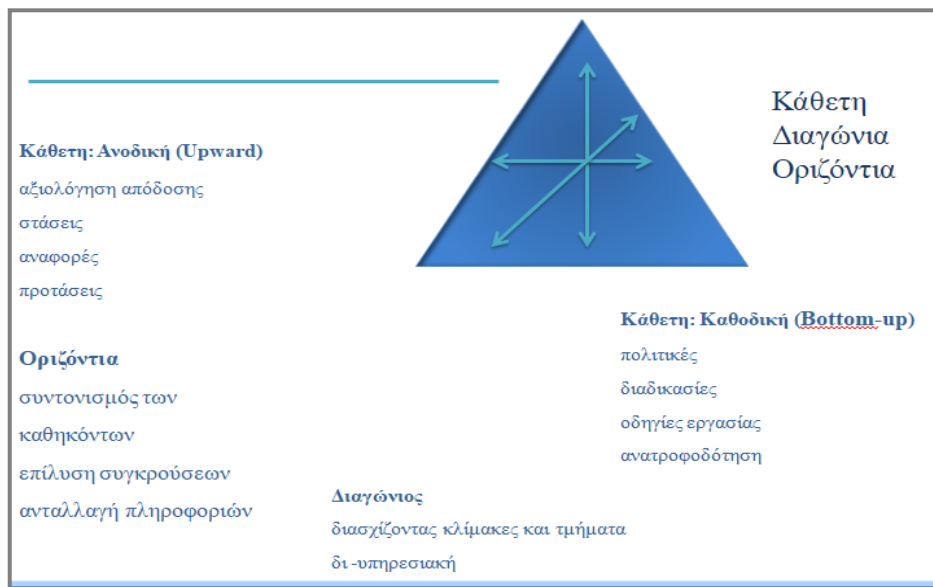


Παράλληλα με την τυπική αναπτύσσεται μια άτυπη οργανωτική δομή, η οποία λειτουργεί με τους δικούς της όρους και κανόνες, και εκπορεύεται από την καθημερινή συνύπαρξη των μονάδων του ανθρωπίνου δυναμικού και την συνεργασία τους στην κλινική πρακτική. Η κουλτούρα του οργανισμού επηρεάζει την ενδο-οργανωτική επικοινωνία και επηρεάζεται από αυτήν (Kiefer T., 2015) [56], (Georganta et al., 2014) [57], (Yaman , 2010) [58], ενώ παράλληλα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό και την επίτευξη στόχων, αποφάσεων, στρατηγικών, σχεδίων και πολιτικών εντός του νοσοκομείου. Αναλόγως της δομής –τυπικής και άτυπης- διαμορφώνεται και η επικοινωνία και διαφοροποιείται ως προς τη μορφή. Η τυπική (επίσημη) επικοινωνία διοχετεύεται μέσω προκαθορισμένων διαύλων σε ολόκληρο τον οργανισμό. Αντίθετα, η άτυπη επικοινωνία αναφέρεται σε μια μορφή επικοινωνίας που ρέει προς κάθε κατεύθυνση και κινείται ελεύθερα. Αναλυτικότερα:

Η **τυπική επικοινωνία** ακολουθεί μια ιεραρχική διοικητική αλυσίδα, που οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Απαντάται στους εξής τύπους κατευθύνσεων (εικόνα 2-9):

- **Κάθετη επικοινωνία:** Μεταβίβαση μηνυμάτων και πληροφοριών μεταξύ του ανθρωπίνου δυναμικού ενταγμένου σε διαφορετικά ιεραρχικά κλιμάκια. Εδώ ανήκουν η καθοδική επικοινωνία (η ροή της πληροφόρησης ακολουθεί πορεία από τις ανώτερες διοικητικές βαθμίδες προς τις κατώτερες) και η ανοδική – ή «Upward», ή «Bottom-up» (όπου τα κατώτερα στελέχη τροφοδοτούν με μηνύματα τους ανωτέρους τους).
- **Οριζόντια ή πλάγια επικοινωνία:** Η επικοινωνία μεταξύ δύο εργαζομένων της ίδιας ιεραρχικά κλίμακας, αλλά διαφορετικών τμημάτων. Πρόκειται κυρίως για ανταλλαγή γνώσεων και πληροφοριών με στόχο το συντονισμό των εργασιών, επίλυση προβλημάτων, γνωστοποίηση αλλαγών στη ροή εργασίας κλπ. Ενίοτε λαμβάνει τη μορφή άτυπης επικοινωνίας.
- **Διαγώνιος επικοινωνία:** Η επικοινωνία μεταξύ των υπαλλήλων δύο διαφορετικών τμημάτων που ανήκουν σε διαφορετική βαθμίδα.

Εικόνα 2 - 9: Κατευθύνσεις της επίσημης (τυπικής) επικοινωνίας (Ιδία διαμόρφωση)



Ως πλεονεκτήματα της τυπικής επικοινωνίας θα μπορούσαμε να ορίσουμε τα εξής:

- Αύξηση της συνολικής αποτελεσματικότητας (οι προκαθορισμένοι κανόνες χρήσης της τυπικής επικοινωνίας, έχουν ακριβώς αυτόν τον στόχο),
- Εύκολο σύστημα επικοινωνίας,
- Αρχαιοθέτηση των εντύπων της επίσημης επικοινωνίας (εφόσον πρόκειται για έγγραφο),
- Γρήγορη ολοκλήρωση της εργασίας όταν απαιτείται ταχεία επικοινωνία με τους εργαζομένους,
- Διατήρηση της πειθαρχίας,
- Διευκόλυνση συνεργασίας και συντονισμού,
- Χρήση των εγγράφων ως αναφορά και ιστορικό,
- Ευκολία μεταβίβασης εξουσίας (ανατίθεται από τους ανωτέρους στους υφισταμένους τους),
- Χωρίς λάθη (δεδομένου ότι η επίσημη επικοινωνία έχει σαφώς καθορισμένους κανόνες και κανονισμούς),
- Αύξηση της προσοχής, της αξιοπιστίας, της ακρίβειας, της ομαλής επικοινωνίας, ελεύθερη από παραμόρφωση, εύκολα κατανοητό μήνυμα.

Στα μειονεκτήματά της θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής:

- Σπατάλη χρόνου (επιπλέον φόρτος στις διαδικασίες εργασίας με την επιβολή άκαμπτων κανόνων για τις δραστηριότητες καταγραφής και τις αλληλεπιδράσεις των χρηστών),
- Κόστος,
- Αδυναμία υποστήριξης αυθόρμητων και δυναμικών συνθηκών και προσωρινής ανταλλαγής πληροφοριών,
- Εμπόδιο για την ανάπτυξη της δημιουργικότητας του εργαζομένου (ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο σύστημα δεν ευνοεί την ατομική πρωτοβουλία και δεν παρέχει κίνητρο),
- Δημιουργία αυταρχικής κουλτούρας στον οργανισμό («authoritarian attitude»),

- Έλλειψη ευελιξίας,
- Έλλειψη προσωπικής σχέσης,
- Καθυστερήση λήψης αποφάσεων.

Η επικοινωνία που δεν ακολουθεί κανένα προκαθορισμένο κανάλι για τη μετάδοση πληροφοριών είναι γνωστή ως **άτυπη**, κινείται απρόσκοπτα προς όλες τις κατευθύνσεις και με ταχείς ρυθμούς. Πρόκειται για αυθόρμητη επικοινωνία που συμβαίνει ως αποτέλεσμα των διαπροσωπικών σχέσεων και δεν έχει συγκεκριμένη ατζέντα ή σκοπό. Η άτυπη επικοινωνία δεν υπόκειται στην οργανωτική ιεραρχία και το καθεστώς αρχής, αλλά συνυπάρχει με το οργανωτικό επίπεδο (Bulduk et al, 2016) [59]. Λαμβάνει διάφορες μορφές, όπως αυτήν της ενιαίας αλυσίδας (Single Strand Chain), της αλυσίδας συμπλέγματος (Cluster Chain), της αλυσίδας πιθανοτήτων (Probability Chain), ή της αλυσίδας κουτσομπολιού (Gossip Chain).

Η ανεπίσημη επικοινωνία έχει μελετηθεί εκτεταμένα στη βιβλιογραφία. Εκτός από την παραδοχή του σημαντικού ρόλου της στην εργασία στο περιβάλλον του νοσοκομείου, ένα μεγάλο μέρος έρευνας απέδειξε επίσης ότι η ανεπίσημη επικοινωνία - που ορίζεται ως αυτοσχέδια, σύντομη και πλούσια σε αλληλεπίδραση - αποτελεί ζωτικό συστατικό της αποτελεσματικής συνεργασίας (Chen Y. et al, 2013) [60]. Αυτές οι άτυπες συνομιλίες, με θέματα που ποικίλλουν μεταξύ στόχων και κοινωνικά προσδιορισμένων πλαισίων, συχνά εμπλέκουν μικρές ομάδες ανθρώπων και προκαλούνται από την καθημερινή τους συνύπαρξη. Η μελέτη του Elmitt (Elmitt et al, 2018) [61] αποκάλυψε ότι η άτυπη επικοινωνία είναι πιο διαδεδομένη και προτιμάται από την επίσημη επικοινωνία επιτρέποντας στις ομάδες να ανταποκρίνονται πιο γρήγορα στις ανάγκες των ασθενών. Ο Meija και οι συνεργάτες του (Meija A. D., Favela J., Moran A.L., Castro L.A., Tentori M., Markarian A., , 2007)[62] αναφέρουν ότι η ανεπίσημη επικοινωνία διεξάγεται συνήθως μέσω λεκτικών καναλιών, γεγονός που συμβαδίζει με τα ευρήματα του Coiera (Coiera, 2000) [23] ότι ο «ιστός των συνομιλιών» αποτελεί το μεγαλύτερο πληροφοριακό σύστημα στη δομή της υγειονομικής περίθαλψης. Η ανεπίσημη επικοινωνία διαμεσολαβείται επίσης με αντικείμενα, όπως οι πίνακες ή οι σημειώσεις για καταγραφή πληροφοριών. Οι πληροφορίες που αναγράφονται ή παρουσιάζονται μέσω αυτών των αντικειμένων συχνά δεν καταγράφονται επίσημα για

μακροπρόθεσμο αρχείο, παρέχουν ωστόσο έναν αποτελεσματικό δίαυλο για συντονισμό της εργασίας των επαγγελματιών υγείας πχ. αυτοσχέδιες ανεπίσημες σημειώσεις που διευκολύνουν την μετακίνηση των ασθενών.

Άλλες φόρμες της άτυπης επικοινωνίας είναι οι φήμες, οι διαδόσεις και το κουτσομπολιό, που αποτελούν φυσικό μέρος κάθε κοινωνικού περιβάλλοντος και έχουν βαθιές επιπτώσεις, γιατί τα κανάλια επικοινωνίας της άτυπης δομής -όντας μη τυπικά- είναι υπερβολικά ευέλικτα και αντιστέκονται στην εξάλειψή τους. Αντιπροσωπεύουν το περιβάλλον στο οποίο τα μέλη του οργανισμού μπορούν να επικοινωνούν χωρίς κανόνες και έχουν τόσο θετικό, όσο και αρνητικό αντίκτυπο. Εξυπηρετούν τις λειτουργίες της πληροφόρησης, της επιρροής ή του κοινωνικού ελέγχου και την ψυχαγωγία.

Θετικά αποτελέσματα:

- Κοινωνική ικανοποίηση (π.χ. προσωπικές φιλίες, άτυπες ομάδες κλπ.),
- Συμπλήρωση άγνωστων ή ελλιπών πληροφοριών (Novac A., McEwan S., Bota, R.G., 2014) [63]
- Τρόπος συναισθηματικής υποστήριξης και εργαλείο εκτόνωσης του άγχους,
- Ταχύτερη διάδοση πληροφοριών (Elmitt et al, 2018)[61],
- Μεταφορά εμπειριών σε νεότερους εργαζόμενους, που δεν είναι δυνατή κατά την άσκηση των καθηκόντων (Baumeister et al., 2004-as cited at Bulduk's et al research 2016) [59],
- Εξοικείωση με την οργανωτική κουλτούρα και αξιολόγηση των γεγονότων στον οργανισμό (Solmaz M. & Subramaniam I. D., 2013) [64],
- Ισχυρό εργαλείο για τον άτυπο έλεγχο της ενδο-νοσοκομειακής κοινωνίας, της οποίας οι κανόνες διατηρούνται με αυτόν τον τρόπο (Georganta et al., 2014) [57],
- Εκτίμηση των αντιδράσεων των εργαζομένων σε νέες διοικητικές πρωτοβουλίες,
- Σημαντικό μέσο συλλογής πληροφοριών και προτάσεων των εργαζομένων σχετικά με το νοσοκομείο, μεταφορά καταγγελιών ή δυσαρέσκειας, σε χρόνο ικανό ώστε να ληφθούν από τη διοίκηση τα απαραίτητα μέτρα και να αποτραπούν οργανωτικές απώλειες (Iosim et al., 2010) [65].

Αρνητικές επιπτώσεις:

- Οργανωτικές συγκρούσεις,
- Μείωση της αίσθησης εμπιστοσύνης εντός της ομάδας λόγω τεταμένων σχέσεων,
- Εκφοβισμός (το μεγαλύτερο μέρος του εκφοβισμού που απαντάται στον ενήλικο πληθυσμό λαμβάνει χώρα ως επίθεση και παίρνει το σχήμα φήμης και κουτσομπολιού),
- Πτώση της φήμης του οργανισμού σε περίπτωση αρνητικών διαδόσεων (δυσχέρεια στη διατήρηση εχεμύθειας),
- Συναισθηματική ανασφάλεια των ασθενών (ο ασθενής αισθάνεται την ένταση μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης κατά τους Waddington & Fletcher, (Waddington & Fletcher, 2005- as cited at Bulduk's et al research, 2016) [66],
- Κίνδυνος στην κλινική πρακτική λόγω αποσυγκέντρωσης.

Οι Wittek και Wilers (Wittek R. & Wielers R., 1998) σε μια μελέτη [67] που συγκρίνει διαφορετικές διοικητικές μονάδες διαπίστωσαν ότι φήμες, διαδόσεις και κουτσομπολιό παρατηρήθηκαν συχνότερα στην υγειονομική περίθαλψη. Τα αποτελέσματα της μελέτης της Georganta και των συνεργατών της [57] οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει άμεση σύνδεσή τους με την επαγγελματική εξουθένωση, τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Αναφέρεται επίσης σε μεγαλύτερη εμπλοκή των γυναικών, με μια επιφύλαξη για τη χρήση διαφορετικής μεθοδολογίας μελλοντικά για αυτή των ανδρών που λαμβάνει ίσως διαφορετικές μορφές. Η αναφερθείσα συσχέτιση με το εργασιακό burnout συνεπάγεται την πιθανότητα να εκπορεύεται από την οργανωτική νοοτροπία, ή από έλλειψη σαφήνειας στον καθορισμό των οργανωτικών καθηκόντων ή στην ύπαρξη δομικού προβλήματος. Ο Aslan (Aslan I., 2017) [68] θεωρεί ότι η έλλειψη σαφών περιγραφών θέσεων εργασίας και η αναντιστοιχία μεταξύ εξουσίας και ευθύνης, αποτελεί αιτία σύγκρουσης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα νοσοκομεία είναι ιδρύματα που διέπονται από ιεραρχικές κουλτούρες, ο συντονισμός εντός των ιδρυμάτων, η δημιουργία ενιαίων στόχων και η οργανωτική διαφάνεια (Ekici A., 2013) [69], μπορούν να μορφοποιήσουν το πλαίσιο της άτυπης επικοινωνίας, ώστε να καταστεί διαχειριστικό εργαλείο. Παράγοντας που δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί είναι επίσης

η ανομοιογένεια στο εκπαιδευτικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας, ακόμη και για εργαζόμενους του ίδιου κλάδου (πχ. νοσηλεύτές).

Η προσέγγιση αυτή υποδηλώνει ένα μοντέλο που είναι γνωστό ως «ανοιχτό» ή «κλειστό» σύστημα και αφορά και στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Ως ανοικτά συστήματα ορίζονται εκείνα στα οποία τα καθήκοντα και οι ευθύνες περιγράφονται σαφώς, αλληλεπιδρούν συνεχώς με το περιβάλλον τους, λαμβάνουν εισροές από αυτό και τροποποιούν αυτές τις εισόδους κατά το δοκούν. Τα όρια τους είναι ευέλικτα και σε οργανισμούς που διαθέτουν δυναμική, περιγράφονται δύσκολα. Τα αποτελέσματα της συνεχούς ανατροφοδότησης από το περιβάλλον είναι κυρίως αποκομιδή γνώσης, μορφοποίηση συμπεριφορών –κυρίως εκείνων που αφορούν σε τεχνικές δεξιότητες-, προσανατολισμός θέσεων, αξιών και συνθηκών. Τα κλειστά συστήματα, από την άλλη πλευρά, τείνουν να συντηρούν αναλλοίωτο τον εαυτό τους, να μην αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους και να παρουσιάζουν μια στατική δομή. Διαθέτουν άκαμπτα όρια με συνέπεια να είναι λιγότερο ευαίσθητα στις περιβαλλοντικές αλλαγές (Yafinkaya O., 2002) [70] - πχ η γραφειοκρατία, ή το μονοπώλιο.

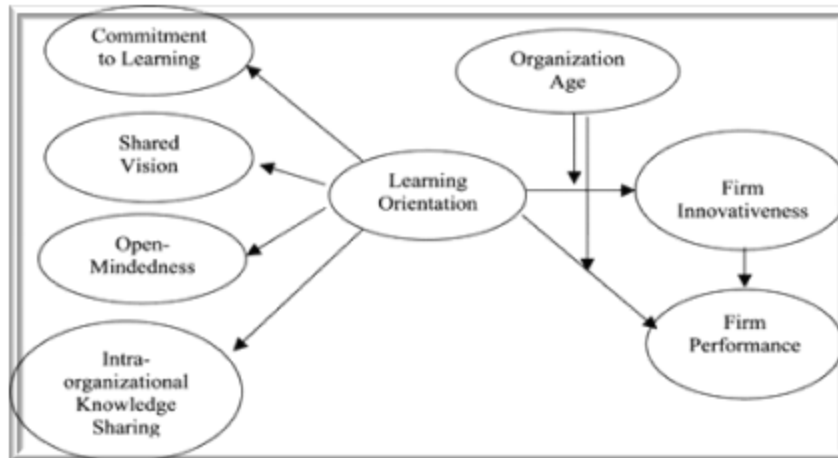
Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των μονάδων υγείας έχει επικεντρωθεί σε οργανωτικά μοντέλα όπως οι ομάδες εργασίας υψηλών επιδόσεων (Lawler E., 1986) [71] τα κοινωνικο-τεχνικά συστήματα εργασίας (Shafritz J. M. & Ott J. S., 1992) [72], και η ολική διαχείριση της ποιότητας (Schmidt W. H. & Finnigan J. P., 1992) [73]. Το 2000 ο Cherin (Cherin D.A., 2000) [74] καταθέτει την άποψη ότι «τα τρέχοντα μοντέλα, δεν λαμβάνουν υπόψη τη διάρθρωση του συστήματος που προέρχεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών συστημάτων (ανθρώπων), τεχνικών συστημάτων (παροχή υπηρεσιών) και συστημάτων επικοινωνίας (λήψη αποφάσεων και ανταλλαγή πληροφοριών)». Περιγράφει δε την διάρθρωση αυτών των συστημάτων, ως διαδικασία εμπλοκής. Το θεωρητικό υπόβαθρο εν προκειμένω είναι η προσέγγιση των «οικοσυστημάτων», μια επέκταση της θεωρίας των ανοιχτών συστημάτων. Σε αυτή την περίπτωση, η θεωρία των ανοιχτών συστημάτων επικεντρώνεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ομάδων και του περιβάλλοντος (οργάνωση), η δε επιτυχία μετράται από την ικανότητα αλλαγής και εκμάθησης (Cherin, 2000). Ο όρος «learning organization» χρησιμοποιείται όταν περιγράφεται η μάθηση που έχει πραγματοποιηθεί ως μέρος της διαδικασίας αλλαγής. Το όραμα αφορά έναν

οργανισμό αποτελούμενο από εργαζόμενους με δεξιότητες στη δημιουργία, την απόκτηση και τη μεταφορά γνώσεων. Οι σύγχρονες οργανώσεις απαιτούν ισχυρό προσανατολισμό μάθησης για να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Η έρευνα εντόπισε τρεις απαραίτητους παράγοντες: ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για μάθηση, συγκεκριμένες πρακτικές στο πεδίο της μαθησιακής διεργασίας και συμπεριφορά ηγεσίας που ενισχύει την όλη διαδικασία.

Προσεγγίζοντας τον κάθε τομέα ξεχωριστά διαπιστώνουμε τα εξής:

- Ένα υποστηρικτικό μαθησιακό περιβάλλον θα πρέπει να έχει τα διακριτά χαρακτηριστικά της ψυχολογικής ασφάλειας, το σεβασμό στη διαφορετικότητα, άνοιγμα σε νέες ιδέες (η μάθηση δεν είναι απλά διόρθωση λαθών και επίλυση προβλημάτων, αλλά δημιουργία νέων προσεγγίσεων), προσεκτική αναθεώρηση των διαδικασιών της διοικητικής μονάδας.
- Οι σαφείς μαθησιακές διαδικασίες και πρακτικές αποτελούν τα θεμέλια για έναν οργανισμό που εκπαιδεύεται -μια τέτοια κουλτούρα δεν καλλιεργείται αβίαστα. Απαιτείται μια αλυσίδα δομικών ενεργειών που δεν διαφέρουν από αυτές των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων. Οι διαδικασίες μάθησης περιλαμβάνουν τη δημιουργία, συλλογή, ερμηνεία και διάδοση πληροφορίας, πειραματισμούς, ανάπτυξη και δοκιμή νέων υπηρεσιών και τεχνολογίας, παρακολούθηση των τάσεων στο πελατειακό κοινό και το ανταγωνιστικό περιβάλλον, πειθαρχημένη ανάλυση και ερμηνεία για τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων. Η διανομή γνώσης προϋποθέτει συνεκτικότητα, ορθούς επικοινωνιακούς δρόμους και δυνατότητα διασποράς πλευρικά ή κάθετα μέσα στον οργανισμό.
- Η μάθηση επηρεάζεται έντονα από τη συμπεριφορά των ηγετών. Μια ενεργός αμφισβήτηση και συνδιαλλαγή με το υφιστάμενο εργατικό δυναμικό προωθεί το διάλογο και τη συζήτηση και οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ενθαρρύνονται να μάθουν. Όταν οι διοικητικά ανώτεροι επιδεικνύουν μέσω της δικής τους συμπεριφοράς μια προθυμία επεξεργασίας εναλλακτικών απόψεων, οι εργαζόμενοι αισθάνονται ελεύθεροι να προσφέρουν νέες ιδέες και επιλογές.

Εικόνα 2 - 10: Εκπαιδευτικός προσανατολισμός οργανισμού, σταθερή ικανότητα καινοτομίας και σταθερή απόδοση



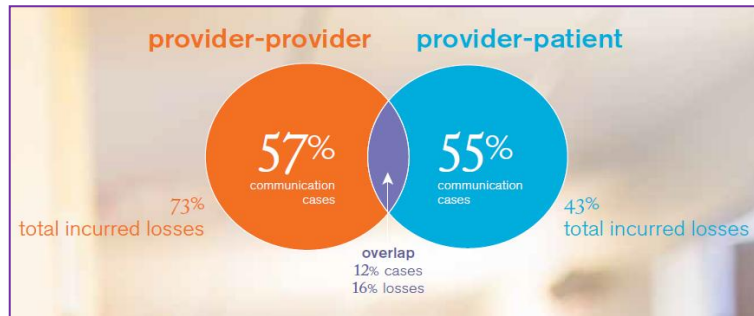
Πηγή: Caladone et al, "Learning orientation, firm innovation capability and firm performance", *Industrial Marketing Management*, 2002 [75]

2.3.1 Επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στρέφονται στη μελέτη για ενίσχυση του συστήματος και των δομών, και την πραγματοποίηση μετρήσεων ώστε να αναπροσαρμόσουν ανάλογα τη δράση τους. Όπως αποδεικνύει η έκθεση της CRICO (CRICO Strategies, «Malpractice Risks in Communication Failures», 2015) [76], όλοι οι πάροχοι υγείας είναι ευάλωτοι στην κακής ποιότητας επικοινωνία με άλλους παρόχους ή με ασθενείς (Reynolds M.E., CRICO, 2015) [77]. «Οι δυσχέρειες στην επικοινωνία υγείας δεν απομονώνονται στους παρόχους που δεν διαθέτουν τις ανάλογες δεξιότητες προσέγγισης των ασθενών ή των συνεργατών τους, ούτε περιορίζεται στην εσφαλμένη επικοινωνία. Τα σφάλματα συμβαίνουν συχνά επειδή οι πληροφορίες δεν είναι καταγεγραμμένες, έχουν ασαφή κατεύθυνση, δεν έχουν ληφθεί, δεν έχουν ανακτηθεί ποτέ ή έχουν αγνοηθεί», προσθέτει η Riah H (Riah H., CRICO, 2015) [78]. Σύμφωνα με την ίδια έκθεση, το ποσοστό πτωχής επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Εικόνα 3-4). Απαραίτητη προϋπόθεση για να ευδοκιμήσουν οι όποιες προσπάθειες είναι οι θετικές εργασιακές σχέσεις μεταξύ των ομάδων όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι διοικητικές υπηρεσίες, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η μελέτη εστιάζεται σε αυτές τις τρεις ομάδες, με σκοπό την αντιμετώπιση κρίσιμων ζητημάτων σχετικά με τις συγκεκριμένες σχέσεις και την

πρόταση μέσων για την ενθάρρυνσή τους στο πλαίσιο της βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Εικόνα 2 - 11: Ποσοστό πτωχής επικοινωνίας μεταξύ παρόχων υγείας και επαγγελματιών υγείας – ασθενών



Πηγή: CRICO Strategies Annual Benchmarking Report, U.S.A., 2015

Το ιδεατό για τις σχέσεις μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικής υπηρεσίας είναι να λειτουργούν στο πλαίσιο αλληλοσεβασμού, κοινών στόχων, και στην συνεργασία τους για την υλοποίησή τους. Η πραγματικότητα αποδεικνύει ότι η ομαλότητα των σχέσεων μεταξύ των ομάδων δεν είναι εύκολα εφικτή, αφού στόχοι, ανάγκες, εκπαίδευση, νοοτροπία, ρόλοι δεν βρίσκουν πάντα κοινό τόπο για να εκφραστούν. Οι γιατροί πχ δεν εμπιστεύονται ιδιαίτερα τους διοικητικούς στο ζήτημα της κατανόησης των αναγκών τους. Οι ίδιοι επίσης είναι πιο πιθανό να πιστεύουν ότι το επίπεδο συνεργασίας τους με τους νοσηλευτές είναι καλό, ίσως επειδή το υψηλό τους status δεν τους επιτρέπει να αναγνωρίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική υπηρεσία σε αυτή τη σχέση. Η διαφορά στο βαθμό γνώσης του αντικείμενου γιατρών και νοσηλευτών, ο φόβος των νοσηλευτών για αγνόηση των ανησυχιών τους στην αναφορά σφάλματος από τους διοικητικούς, η θέση των γιατρών ότι τίθενται προτεραιότητες από τη διοικητική υπηρεσία που δεν έχει γνώση των κλινικών πρακτικών, είναι συχνά θέματα συγκρούσεων στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ο Cohn (Cohn K. H., 2009) [79] αναφέρει ότι συνομιλώντας με έναν καρδιοχειρουργό σε κάποια από τις παρουσιάσεις του για την επικοινωνία, εκείνος του ανέφερε ότι «θα προτιμούσε να είναι όλη τη νύχτα για επτά συνεχείς ημέρες στη χειρουργική αίθουσα, παρά να παγιδευτεί σε ένα δωμάτιο με συνομηλίκους του μιλώντας για το πώς μπορούν να κάνουν κάτι για την καλύτερη επικοινωνία στην εργασία». Το συμπέρασμά του ήταν ότι όταν αντιμετωπίζονται καταστάσεις

σύγκρουσης, οι άνθρωποι έχουν την επιλογή να συζητήσουν ή να πράξουν. Οι περισσότεροι γιατροί δεν τις διαχειρίζονται με επιτυχία. Και προσθέτει ότι ειδικά στο θέμα των σχέσεων γιατρών και διοικητικών, υπάρχει χάσμα ακόμη και στη χρήση των λέξεων. «*Το "τώρα" για έναν γιατρό σημαίνει χωρίς καθυστέρηση, ενώ για έναν διοικητικό μπορεί να σημαίνει τον επόμενο κύκλο εργασιών*».

Ωστόσο, οι δυσκολίες επικοινωνίας είναι συχνά συμπτωματικές και προέρχονται από τα λεπτά αλλά διάχυτα προβλήματα των δυναμικών μέσα στην ομάδα. Είναι σημαντικό να καθοριστεί ο τρόπος εντοπισμού αυτών των βαθύτερων ζητημάτων, ώστε να ενθαρρυνθεί η μεταξύ τους συνεργασία, που συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι δυναμικές των ομάδων συνίστανται στα επιμέρους θέματα της κοινωνικής ταυτότητας, των κλινικών ομάδων εργασίας και της κοινωνικοποίησης της επαγγελματικής ταυτότητας (Bartunek J. M., 2011) [80]. Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας του Tajfel (Tajfel H., 1974) [81] επικεντρώνεται στο πώς ένα μεγάλο μέρος της ανθρώπινης αυτοεκτίμησης προέρχεται από την ταύτιση με κοινωνικές ομάδες. Τα οφέλη που προκύπτουν, συμπεριλαμβάνουν την προσωπική ασφάλεια, τη συντροφικότητα και την ευημερία. Ο επαγγελματικός κλάδος είναι μια μορφή κοινωνικής ομάδας και μελέτες καταγράφουν, ότι η αναγνώριση του εαυτού μέσω της θέσης εργασίας, διαμορφώνει ένα είδος κοινωνικής ταυτότητας, που συνεκδοχικά υπαγορεύει συμπεριφορά συμβατή με αυτή. Για παράδειγμα, η μελέτη της Bartunek J. M. [80], αναφέρει ότι όσο περισσότερο οι νοσηλευτές έχουν ταυτιστεί με το νοσηλευτικό επάγγελμα, τόσο πιο πιθανό είναι να εμβολιαστούν (Bartunek J. M., 2011).

Οι άνθρωποι επιτυγχάνουν μια θετική κοινωνική ταυτότητα από την υποκειμενικά ευνοϊκή σύγκριση της δικής τους ομάδας ως προς τις άλλες, κάτι που συμβαίνει σχεδόν ενστικτωδώς (Tajfel H., 1974) [81]. Συχνά θεωρούν ότι η δική τους ομάδα είναι πολύπλοκη και διαφορετική, ενώ τα μέλη άλλων ομάδων είναι σχετικά παρόμοια και ομοιογενή. Οι αντιλήψεις αυτές αυξάνουν περαιτέρω την αυτοεκτίμησή τους και συμβάλλουν στην αποκομιδή και άλλων θετικών συνεπειών της κοινωνικής ταυτότητας. Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας υποδηλώνει ότι είναι πολύ φυσιολογικό για τους γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς των νοσοκομείων να θεωρούν τη δική τους ομάδα πολύ πιο πολύπλοκη από άλλες ομάδες και την αξία της συνεισφοράς της ως ιδιαίτερα πολύτιμη.

Για την επιτυχή συνεργασία, είναι απαραίτητη η επέκταση της κοινωνικής ταυτότητας των συμμετεχόντων πέραν των επαγγελματικών ιδιοτήτων. Ένα υποσχόμενο βήμα είναι η ταύτιση των επαγγελματιών υγείας με το ίδιο το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Όταν τα μέλη της ομάδας κατορθώσουν να αφομοιώσουν την κοινή τους ταυτότητα, η μεροληψία μεταξύ των ομάδων θα σημειώσει τάση μείωσης. Αυτό αφορά δραστηριοποίηση κυρίως της ηγεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με τη δημιουργία κοινών στόχων και την κινητοποίηση για την επίτευξή τους.

Οι κλινικές ομάδες εργασίας λειτουργούν ως κοινότητες αλληλεξαρτώμενων μελών, που παρέχουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο κατασκευάζεται μια κοινή ταυτότητα και αναπτύσσουν μια συλλογική προοπτική για την εργασία. Οι κοινότητες αυτές αναπτύσσουν μια σιωπηρή μορφή γνώσης, που γίνεται κτήμα μόνο των συμμετεχόντων. Η εκμάθηση αυτή λαμβάνει διαφορετικούς τύπους και μορφές, συμπεριλαμβανομένων των συμβόλων, των αφηγήσεων για συμβάντα στο χώρο εργασίας και της «μαθητείας» κοινωνικοποίησης. Σε μια τέτοια διαδικασία οι μαθητευόμενοι εκπαιδεύονται στους ρόλους τους στην ομάδα, συμμετέχοντας στις δραστηριότητές της μαζί με πιο έμπειρα μέλη, δημιουργώντας εν τέλει τις προδιαγραφές της ομάδας αυτής.

Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές των ειδικών τμημάτων προσλαμβάνονται μετά από την τυπική τους εκπαίδευση και, ως εκ τούτου, οι ομάδες εργασίας που τους υποδέχονται, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκμάθηση του τρόπου νοσηλείας. Η δραστηριοποίηση στα τμήματα συμβάλλει επίσης στον εντοπισμό των διαφορών του βασικού γνωστικού επιπέδου μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Η γνώση διαχέεται μέσα στις ομάδες εργασίας, δεδομένου ότι τα μέλη μοιράζονται συνεχώς πληροφορίες και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, αλλά δεν ισχύει το ίδιο μεταξύ των ομάδων κλινικής πρακτικής. Οι έρευνες για παράδειγμα, έχουν ισχυρή σχέση με την αντικειμενική αντιμετώπιση της συμπεριφοράς στις υπηρεσίες υγείας, εν μέρει λόγω του γεγονότος ότι η γνώση θα πρέπει να διασχίσει τα όρια μεταξύ ερευνητών επιστημόνων και κλινικών ιατρών. Η έλλειψη μέσων ανταλλαγής σιωπηρής γνώσης μεταξύ των ομάδων εργασίας ήταν καθοριστικός παράγοντας δημιουργίας φραγμών σε επαναστατικές συνεργασίες για την ολοκλήρωση του στόχου βελτίωσης της ποιότητας στην Υγεία. Οι Bate, Mendel και Robert (Bate P., Mendel P., Robert G.,

2008) [82] σημειώνουν ότι για την επίτευξη των στόχων βελτίωσης της ποιότητας είναι ζωτικής σημασίας να μοιράζονται οι γνώσεις που αφορούν στην εφαρμογή στρατηγικής για την ποιότητα. Ένα μέσο για την προώθηση των διεπιστημονικών κοινοτήτων στην υγειονομική

Η ανάπτυξη επαγγελματικής ταυτότητας στο πλαίσιο εργασίας ιατρών, νοσηλευτών ή διοικητικών είναι περίπλοκη και περιλαμβάνει διαδικασίες που εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι νεοφερμένοι κερδίζουν σταδιακά τη γνώση του πραγματικού ρόλου τους στην ομάδα. Η επαφή των γιατρών με το αντικείμενό τους γίνεται μέσα από μια χρονοβόρα διαδικασία μέχρι να αναγνωρίσουν τους εαυτούς τους ως πραγματικά ασκούντες το επάγγελμά τους. Οι νοσηλευτές και το διοικητικό προσωπικό κοινωνικοποιούνται με συναφή τρόπο στον εργασιακό τους χώρο. Έτσι, δεν προκαλεί κατάπληξη η δυσκολία στην σύμπραξη των διαφορετικών ομάδων, όταν αυτές αλληλεπιδρούν (Bartunek J. M., 2011) [80].

Η ευθυγράμμιση της κοινωνικής ταυτότητας με τις ομάδες εργασίας, όπου κοινωνικοποιούνται οι επαγγελματίες υγείας οδηγούν σε συγκρούσεις, που μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την παροχή ποιοτικά αναβαθμισμένων υγειονομικών υπηρεσιών. Τα όρια πχ μεταξύ των ομάδων επαγγελματιών υγείας καθυστέρησαν την εξάπλωση δυνητικά πολύτιμων καινοτομιών, όπως η χορήγηση ενδοφλέβιου αντιπηκτικού με ηλεκτρονικό σύστημα υποστήριξης ή την λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση στην αποκατάσταση κήλης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Αυτό το αρνητικό αποτέλεσμα αποδόθηκε εν μέρει στο γεγονός ότι «σημαντικά όρια ταυτότητας καθώς και κοινωνικά όρια ανέστειλαν τη διάχυση γνώσης. Τα επιστημονικά στοιχεία ή οι γνώσεις που στηρίζουν τις καινοτομίες δεν ρέουν εύκολα». Ο Ferlie και οι συνεργάτες του (Ferlie EB, Shortell SM., 2001) [83] θεωρούν την επαγγελματική κοινωνικοποίηση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης ως αιτία δυσκολιών στη διάδοση γνώσης εκτός ορίων: «Οι επαγγελματίες κοινότητες δίνουν ερεθίσματα για εξέλιξη της γνώσης και εσωτερική αλλαγή, αλλά παρεμποδίζουν τέτοιες διαδικασίες εξωτερικά, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά όρια μεταξύ συναφών επαγγελμάτων».

Οι πρωτοβουλίες των διοικήσεων των νοσοκομείων θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στη δημιουργία μιας διπλής ταυτότητας προωθώντας υπερέχοντες στόχους που να

καλύπτουν τις ανησυχίες τόσο των μεμονωμένων επαγγελματιών κλάδων, όσο και του συστήματος υγείας γενικότερα:

- Κοινοί στόχοι για τον εργασιακό χώρο που προωθούν σύγκριση με άλλους ανάλογους χώρους εργασίας.
- Στρατηγικές για την ενθάρρυνση λειτουργίας πέραν των ορίων του εκάστοτε κλάδου, ώστε πλην των ισχυρών δεσμών με το επάγγελμα, να δημιουργηθούν ανάλογοι για τον οργανισμό.
- Εξέταση των συγκρούσεων μεταξύ των ομάδων ως δυνητικά θετικών, ως τρόπων για να αναδυθούν νέες πληροφορίες στην επιφάνεια και όχι ως ένα σημάδι για προβλήματα μεταξύ των ομάδων.
- Ο Richter [84] και οι συνεργάτες του (Richter AW, West MA, Van Dick R, Dawson J.F, 2006) προτείνουν επίσης να μην υποσκελίζεται η αξία των συναντήσεων των διεπιστημονικών ομάδων, στις οποίες θα πρέπει να παρέχεται η ψυχολογική ασφάλεια να διατυπώνονται οι εμπειρίες των συμμετεχόντων. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τα μέλη των διαφόρων ομάδων να είναι πιο ανοικτά στο να δοκιμάσουν νέους τύπους σχέσεων, ακόμη και αν συναντούν αρχικά δυσκολίες.

Ένας καθόλου αμελητέος παράγοντας για την αλληλεπίδραση των ομάδων είναι οι φιλίες μεταξύ μελών (από διαφορετικές κοινότητες) και έχουν έντονο αντίκτυπο στην ικανότητα των μελών τους να αναπτύσσουν ταυτότητα μεγαλύτερης εμβέλειας. Ο Tropp (Wagner U., Tropp, L. R., Finchilescu, G., & Tredoux, 2008) θεωρεί ότι η φιλία είναι ζωτικής σημασίας για επιτυχημένες σχέσεις μεταξύ ομάδων [85]. Τέτοιες φιλίες «μας υποχρεώνουν να είμαστε πιο γενναιόδωροι στην ερμηνεία των προθέσεων και των συμπεριφορών των μελών της "άλλης" ομάδας, ώστε να αρχίσουμε να τους παραχωρούμε έδαφος για θετικές συνεργασίες, το οποίο συνήθως διατηρούμε για τα μέλη της δικής μας ομάδας». Η σημασία της δημιουργίας συνθηκών που ενθαρρύνει τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων και η σημασία της φιλίας δεν λαμβάνεται υπόψη συνήθως από αυτούς που εστιάζουν σε προβλήματα επικοινωνίας. Ωστόσο, είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότερη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και συμβάλλει στην πραγμάτωση κοινής στοχοθεσίας για όλους τους επαγγελματικούς κλάδους υγείας, που μετατρέπει τον κάθε εργαζόμενο, σε μέρος του οργανισμού.

2.3.2 Σχέση συνεργασίας νοσηλευτών και γιατρών

Η επικοινωνία νοσηλευτών και γιατρών έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών λαμβάνοντας ως κύριους δείκτες την ικανοποίηση από την εργασία (job satisfaction) και τις μετρήσεις βελτίωσης στην έκβαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Άλλες μελέτες εστιάζουν στα κύρια αίτια συγκρούσεων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών και συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων παρανοήσεις σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζει ο κάθε κλάδος, αλλαγές στη δύναμη και την εξουσία που έφερε το μεταρρυθμιστικό κύμα στον υγειονομικό τομέα, ιεραρχική θέση- σχέση -και σεβασμός (Parsons M. L., & Cornett P. A., 2011) [86], διαφωνία ως προς τις προτεραιότητες προμήθειας τεχνολογικού εξοπλισμού, τρόπος συνεργασίας, επαγγελματική ταυτότητα σε άμεση συνάφεια με την εκπαιδευτική βαθμίδα (Schmalenberg C., Kramer M., 2008) [87]. Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της κοινωνικής επικοινωνίας ως «κοινωνικό σύστημα» ορίζεται μια ομάδα, κοινότητα ή θεσμός. Υπό αυτό το πρίσμα, οι συζητήσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, ή νοσηλευτών μεταξύ τους, μπορούν να αποτελέσουν ιδανικό υπόδειγμα μελέτης των προτύπων επικοινωνίας.

Παρά το ότι οι δύο κλάδοι αποτελούν τον κορμό του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας-με τους νοσηλευτές να ανήκουν στον πολυπληθέστερο στο περιβάλλον του νοσοκομείου- η γενική τους θεώρηση και το αντικείμενο εργασίας διαφοροποιείται. Η ιατρική εστιάζει στη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, ενώ η νοσηλευτική εμπλέκεται σε μια πιο ολιστική αντιμετώπιση της φροντίδας του ασθενούς, όπου *«εξετάζονται όλες οι πτυχές των ασθενών και οι επιπτώσεις τους στη θεραπευτική διαδικασία, και οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι πολιτισμικές καταβολές, οι απόψεις και οι στάσεις τους συμπεριλαμβάνονται ως συμβάλλουσες παράμετροι στην ανάρρωση και την ικανοποίησή τους»* (Zamanzadeh V., Jasemi M., Valizadeh L., Keogh B., Taleghani F., 2015) [88]. Στη μελέτη της Tjia (Tjia J., Mazor K., Field T., Meterko V., Spenard A., Gurwitz J. H, 2009) οι νοσηλευτές προσέφεραν πολυάριθμα παραδείγματα δύσκολης επικοινωνίας με τους γιατρούς κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων [89]. Η θεματική ανάλυση των σχολίων τους αναφέρεται σε έλλειψη σεβασμού, σε βιασύνη, έλλειψη της απόκρισης των ιατρών, σε καχυποψία απέναντι στις τοποθετήσεις τους σχετικά με την κατάσταση των ασθενών και σε γλωσσικά εμπόδια. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη οι συνομιλίες περιστρέφονται γύρω από την παροχή πληροφοριών, αυτοί που καθορίζουν τον προσανατολισμό της συνομιλίας

είναι συνήθως οι νοσηλευτές, ενώ ως αίτιο της πτωχή επικοινωνίας ορίζεται η διαφορά μεταξύ της πρόθεσης των μηνυμάτων και της τελικής επίδρασής τους. Οι γιατροί μοιάζουν να διχάζονται στις συνομιλίες τους μεταξύ «της ιατρικής γλώσσας» και αυτής της καθημερινότητας, οπότε εάν το μήνυμα δεν είναι αυστηρά ιατρικής φύσης, απορρίπτεται. Οι νοσηλευτές όμως πιστεύουν ότι η ευθύνη τους έναντι του ασθενούς εκτείνεται πέραν του ιατρικού προγραμματισμού και των βιοϊατρικών πληροφοριών. Η τεκμηρίωση της υγειονομικής περίθαλψης παρόλα αυτά στηρίζεται κυρίως σε ιατρικές πληροφορίες και αρχεία, και δεν αναγνωρίζει την ορολογία της νοσηλευτικής.

Η γνώση του κάθε κλάδου για τον ασθενή δε διαχέεται προς όλους τους εμπλεκόμενους στη φροντίδα του. Οι επισκέψεις των γιατρών στους νοσηλευτικούς θαλάμους αφορούν μόνο το ιατρικό προσωπικό το οποίο δρα ως αγωγός για τη συλλογική κατανομή πληροφορίας στην ιατρική ομάδα και την εκπαίδευση. Η ενημέρωση των νοσηλευτών αναφέρεται σε μεγαλύτερο εύρος της εικόνας του ασθενούς, καταγράφοντας πέραν της οποιασδήποτε παρέμβασης, και τις ανησυχίες ή τις ιδιαιτερότητες που έγιναν αντιληπτές και στοιχεία περί του περιβάλλοντος της οικογένειας ή των φίλων που συμμετέχουν στη νοσηλεία του. Νοσηλευτές και γιατροί είναι γενικά άκαμπτοι ως προς τις αντιλήψεις των δικών τους και των άλλων ρόλων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η κλασική απόδοση του Stein «του παιχνιδιού γιατρού-νοσηλευτή» (Stein L., 1967) [90] απεικόνισε κυρίαρχους γιατρούς στους οποίους οι νοσηλευτές κάνουν διαγνωστικές και θεραπευτικές συστάσεις με τρόπο που να υπονοείται ότι η σύσταση έχει ξεκινήσει από τον ιατρό. Αυτό ήταν το επικρατόν πρότυπο που χρησίμευσε για την ενίσχυση της υπάρχουσας ιεραρχίας και ήθελε τους νοσηλευτές «χειροτέχνες» των γιατρών. Το γεγονός ότι η νοσηλευτική υπηρεσία είναι κατά συντριπτική πλειοψηφία γυναικοκρατούμενη και η ιατρική ήταν επί μακρόν σχεδόν αποκλειστικά αρσενικό φέουδο, ενίσχυσε αυτή τη δυναμική. Με την πάροδο του χρόνου, οι ρόλοι της νοσηλευτικής έχουν επεκταθεί, επισημοποιηθεί και θεωρούνται αυτόνομοι στους τομείς εμπειρογνωμοσύνης τους. Πολλοί νοσηλευτές βεβαιώνουν την ισότητα τους και εργάζονται για να βελτιώσουν τη συνεργατική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες, ιδιαίτερα με τους γιατρούς, αν και οι γιατροί συχνά αντιλαμβάνονται τις απόπειρες συνεργασίας των νοσηλευτών ως εισβολή στην ορθή σφαίρα της πρακτικής τους (Wairath et al., 2010)[91].

Η συνεργασία χαρακτηρίζεται από συνδυασμό συλλογικότητας, δυναμισμού, δραστηριοποίηση για την επίτευξη ενός κοινού στόχου, ανταλλαγής πληροφορίας και συντονισμού. Η έρευνα των Nestel και Kidd (Nestel D., Kidd J., 2006) [92], που επικεντρώθηκε στην επικοινωνία στο χειρουργείο καταγράφει ως αξιοσημείωτο θέμα -που επηρεάζει άμεσα την επικοινωνία- «τις συγκεχυμένες και αντιφατικές αντιλήψεις». Ενδεικτικά σημειώνουν ότι οι γιατροί του 1980 κατείχαν το μονοπώλιο στη γνώση, αλλά ανησυχούσαν για τα επίπεδα επάρκειας των νοσοκόμων. Θεωρούσαν ότι οι νοσηλευτές ήθελαν την εξουσία, αλλά δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ή ότι «οι άριστοι των νοσηλευτών παραιτούνται από την μάχη στην αρένα της κλινικής πρακτικής, για να καταλήξουν πίσω από γραφεία ως διαχειριστές (διοικητικοί)». Οι νοσηλευτές επίσης θεωρούν ότι ο γιατρός θα έπρεπε να είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή, για να απαντήσει σε ερωτήματα και απαιτήσεις είτε των ιδίων, είτε των ασθενών. Οι τακτικές αυτού του είδους, μόνο σε διεύρυνση του χάσματος μεταξύ των δύο κλάδων θα μπορούσε να οδηγήσει, ή στη δημιουργία και συντήρηση αρνητικών στερεοτύπων, και σύγχυση ρόλων και ευθυνών (McKay K. A., Narasimhan S., 2012)[93] . Οι απόψεις σχετικά με τις διαφορετικές αντιλήψεις περί των ρόλων τους στη διαδικασία επικοινωνίας, συμπίπτουν στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι McKay K.A., και Narasimhan S. (2012) [93] επισυνάπτουν στη μελέτη τους πίνακα (πίνακας 3-2) για τους ρόλους και τις ευθύνες των δύο κλάδων, για τον οποίο μελέτησαν τις κατευθυντήριες της Australian Medical Association (2011) [94] και της Australian Nursing Federation (2006) [95] . Οι δύο κλάδοι εξελίσσονται συνεχώς, οι αλληλεπιδράσεις παραμένουν μη στατικές, ενώ οι μεταβαλλόμενοι ρόλοι θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σαφέστερες γραμμές ευθύνης και επικοινωνίας μεταξύ των δύο ομάδων, με αποτέλεσμα να βελτιωθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Πίνακας 2-4):

Πίνακας 2 - 4: Ρόλοι και ευθύνες γιατρών και νοσηλευτών,

Ο ρόλος του γιατρού	Ο ρόλος του νοσηλευτή
1. Παροχή και διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους	1. Άσκηση εργασίας σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο που επηρεάζει τη νοσηλευτική πρακτική και την υγειονομική περίθαλψη

- | | |
|--|---|
| 2. Ανταπόκριση στην αρχική εκδήλωση της ασθένειας και παροχή διάγνωσης και πρόγνωσης | 2. Άσκηση εργασίας σύμφωνα με τα επαγγελματικά και δεοντολογικά πρότυπα της νοσηλευτικής επιστήμης |
| 3. Σύνθετη λήψη αποφάσεων | 3. Κλινική πρακτική εντός πλαισίου βασισμένου σε αποδεικτικά στοιχεία |
| 4. Χρήση διεπιστημονικής προσέγγισης, αναλαμβάνοντας την καθοδήγηση και την τελική ευθύνη για τη φροντίδα του ασθενούς | 4. Συμμετοχή σε συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη του ίδιου και της ομάδας |
| 5. Επαγγελματική ταυτότητα και διατήρηση υψηλών ηθικών προτύπων στο προσωπικό επίπεδο | 5. Διεξαγωγή ολοκληρωμένης και συστηματικής αξιολόγησης της νοσηλείας |
| 6. Παροχή ηγεσίας και διαχείρισης υπηρεσιών και οργανισμών στην υγεία | 6. Σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας υγείας |
| 7. Κατάρτιση και εκπαίδευση των σημερινών και των μελλοντικών γενεών | 7. Παροχή ολοκληρωμένης, ασφαλούς και αποτελεσματικής τεκμηριωμένης νοσηλευτικής φροντίδας για την επίτευξη προσδιορισμένων αποτελεσμάτων υγείας για τα άτομα ή την ομάδα |
| | 8. Αξιολόγηση της προόδου για τα αναμενόμενα αποτελέσματα υγείας των ασθενών σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας υγείας |

9. Καθιέρωση, διατήρηση και ολοκλήρωση της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή

10. Συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή περιεκτικής νοσηλευτικής φροντίδας

Πηγή: McKay K. A., Narasimhan S., « Bridging the gap between doctors and nurses», 2012

Η έρευνα που εκπονήθηκε από τις Schmalenberg C., και Kramer M., το 2009 για τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών στο νοσοκομείο [87], χρησιμοποιεί κλίμακα καθορισμού και μέτρησης πέντε τύπων που διαμορφώνονται στην κλινική πρακτική (Πίνακας 2-5) και μπορούν να συνυπάρχουν ταυτόχρονα:

Πίνακας 2 - 5: Τύποι σχέσεων γιατρών και νοσηλευτών

- **Συλλογικές σχέσεις:** χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη, δυναμική και σεβασμό. Νοσηλευτές και γιατροί χρησιμοποιούν συχνά τις λέξεις "ομότιμοι" ή "ίσοι" περιγράφοντας αυτές τις σχέσεις.
- **Συνεργατικές σχέσεις:** με αμοιβαία εμπιστοσύνη, δυναμική, σεβασμό και συνεργασία με βάση την αμοιβαιότητα και όχι την ισότητα. Οι δύο κλάδοι συνδιαλέγονται ελεύθερα, σχεδιάζουν τα πλάνα φροντίδας από κοινού, αλλά ο γιατρός είναι ακόμα στην κορυφή της πυραμίδας.
- **Σχέση εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου:** εκπαιδευτής δεν είναι απαραίτητως ο γιατρός, κυρίως όταν αυτός ασχολείται με ασθένειες εκτός της ειδικότητάς του. Οι γιατροί που διδάσκουν αναγνωρίζονται ως έχοντες υψηλό επίπεδο γνώσης.
- **Φιλική σχέση:** χαρακτηρίζεται από μια επίσημη ανταλλαγή πληροφοριών και μια αίσθηση ουδετερότητας.
- **Εχθρικές / αντιφατικές σχέσεις:** χαρακτηρίζονται από θυμό, λεκτική κατάχρηση, πραγματική ή σιωπηρή απειλή.

Πηγή: Schmalenberg C., Kramer M., « Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story », 2009

Παρά την εξέλιξη και επιστημονική καταξίωση των νοσηλευτών, οι διαφορές μεταξύ ισχύος και οικονομικής κατάστασης τους κατευθύνουν να προσαρμόζονται και να υποτάσσονται σύμφωνα με τη γραμμή πλεύσης των γιατρών. Η βελτίωση της επικοινωνίας σε ένα τόσο κρίσιμο πεδίο, μπορεί να αυξήσει την ικανοποίηση από την εργασία και να δημιουργήσει ένα θετικό περιβάλλον για τον ασθενή, την ασφάλειά του και την έκβαση της νοσηλείας του.

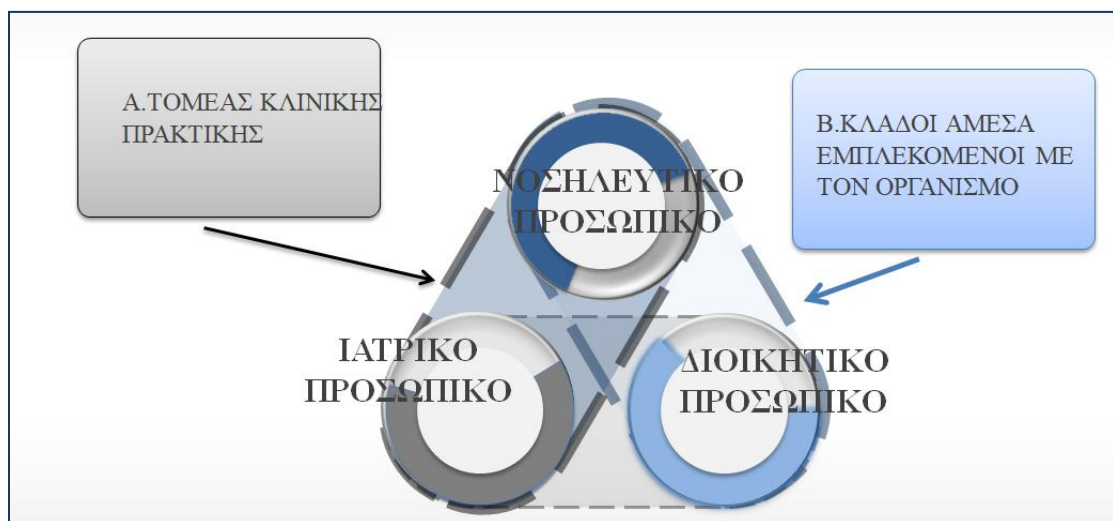
2.3.3 Σχέση συνεργασίας νοσηλευτών και γιατρών με τη διοικητική υπηρεσία

Η ικανότητα απόκτησης και κατοχής πόρων είναι σημαντικές τόσο ως θέση και εξουσία, όσο και ως επιδίωξη. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων είναι οι άμεσοι διαχειριστές των πόρων στην υγειονομική περίθαλψη και περιλαμβάνουν φυσικό (υποδομή κτιρίων, χώρο και εξοπλισμό), οικονομικό (μισθοδοσία, χρηματοδότηση μέσω εσόδων από υπηρεσίες, επιχορηγήσεις, συμβάσεις, αποθέματα, λογιστήριο) ή ανθρώπινο κεφάλαιο (προσωπικό, συμβασιούχοι, προμηθευτές). Η γραμματειακή υποστήριξη που ασχολείται με την κίνηση των ασθενών στο νοσοκομείο (εισαγωγές, εξιτήρια, πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία, παραπεμπτικά για εξετάσεις) και η διεύθυνση ποιότητας που συνεχίζει να εδραιώνει τη θέση της ως ξεχωριστός κλάδος, ανήκουν επίσης στο διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Μεταξύ των κλάδων που μελετώνται διακρίνουμε «διαρθρωτικές διαιρέσεις» (εικόνα 3-6) : ένα οριζόντιο σχίσμα διαχωρίζει τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας (γιατρούς και νοσηλευτές) και στους διοικητικούς οι οποίοι έχουν την ευθύνη ανταπόκρισης σε εξωτερικές σχέσεις του νοσοκομείου, σε εταιρικές συναλλαγές και την ευθύνη του κεφαλαίου. Ένα δεύτερο κάθετο σχίσμα διαμορφώνεται ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό που συνδέεται άμεσα με τον οργανισμό (νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) και στους έμμεσα εμπλεκόμενους (ιατρικό προσωπικό). Ενίοτε οι δύο κόσμοι μοιάζουν εντελώς ασυμβίβαστοι. Η έλλειψη κατανόησης μεταξύ διοικητικών και γιατρών δεν είναι ακριβώς νέα. Υπάρχουν πολλές αναφορές για τις διαφορετικές κοσμοθεωρίες, την κατάρτιση, τους ρόλους, τις ευθύνες, τον διαφορετικό τους προσανατολισμό. Η δυσλειτουργία αυτής της σχέσης και οι συνέπειές της έχουν προκαλέσει το

ενδιαφέρον ακαδημαϊκών και επαγγελματιών υγείας (Davies H. T., 2003) [96]. Ο Amer Kaissi καθηγητής της διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης, εξέτασε τους βασικούς παράγοντες αυτής της σχέσης από αρκετές διαφορετικές προοπτικές και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι διοικητικοί και γιατροί είναι απλά εκπρόσωποι διαφορετικών φυλών που δημιουργούνται από πολιτισμικές διαφορές (Kaissi A. A., 2005) [97]. Ο Edwards και οι συνεργάτες του σε εισήγησή τους στη θεματική της British Medical Journal για τους γιατρούς και τους διοικητικούς (Edwards et al., 2003)[98] έκανε την τοποθέτησή του ως εξής: «Το θεμελιώδες πρόβλημα είναι το παράδοξο μεταξύ των επικλήσεων για ένα κοινό σύνολο αξιών και την ανάγκη αναγνώρισης ότι γιατροί και διοικητικοί σκέπτονται και πρέπει να σκέπτονται διαφορετικά.»

Εικόνα 2 -12: Διαρθρωτικές διακρίσεις ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού (Ιδία διαμόρφωση)



Δεν υπάρχει η ανάγκη για εμπειρική έρευνα και θεωρητικά μοντέλα για να τεκμηριωθεί ότι η αυξανόμενη πίεση και η αβεβαιότητα για το μέλλον συνήθως απομακρύνουν την εμπιστοσύνη από την εταιρική σχέση, ενώ αντιθέτως θα μπορούσαν να διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο για ορθές επαγγελματικές σχέσεις και αμοιβαία υποστήριξη. Ένας σημαντικός λόγος για την ένταση μεταξύ ιατρών και διοικητικών είναι μια σιωπηρή συμφωνία ή ψυχολογική σύμβαση, που δεσμεύει και τα δύο μέρη - που δεν έχει αμφισβητηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν οι γιατροί καλούνται να κάνουν μια αλλαγή (πχ νέο θεραπευτικό πρωτόκολλο ή

ηλεκτρονική συνταγογράφηση) και να τροποποιήσουν τις προτιμώμενες ρουτίνες τους, είναι για εκείνους παραβίαση αυτής της σιωπηρής συμφωνίας.

Κατά παράδοση οι γιατροί μπορούσαν να απέχουν από τα οικονομικά, τη στρατηγική και τη διαχείριση του προσωπικού χωρίς να απειλείται η επιτυχία ή η βιωσιμότητα των οργανισμών. Σήμερα, μια τέτοια τακτική υπονομεύει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα του οργανισμού για αλλαγή: ο τρόπος δράσης τους επηρεάζει τις οικονομικές επιδόσεις και την ικανοποίηση των ασθενών και έχει αντίκτυπο στην κίνηση για τη βελτίωση ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών.

Η εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας και της συνολικής της διαχείρισης συνδυάζει την εφαρμογή στατιστικών εργαλείων και επιστημονικών ερευνών παράλληλα με τη γνώση του οργανισμού σχετικά με τις διαδικασίες εργασίας και τις απαιτήσεις των πελατών (Shortell et al., 1995)[99]. Η παροχή υπηρεσιών υγείας υπόκειται επανεξέταση από ομότιμους αν διαπιστωθεί πτώση της ικανοποίησης των ασθενών, και αν κριθεί απαραίτητο λαμβάνεται διορθωτική ή πειθαρχική δράση.

Οι γιατροί είναι συνήθως οικονομικά και οργανωτικά ανεξάρτητοι του νοσοκομείου. Η μοναδικότητα του γνωστικού αντικείμενου προσδίδει εκ φύσεως ένα επίπεδο αυτονομίας κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Παρόλα αυτά, όταν τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη καταδεικνύουν με λόγια και πράξεις ότι το νοσοκομείο δεσμεύεται να παρέχει υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη, ακολουθούν τις γραμμές που κοινοποιούνται και εφαρμόζονται στον οργανισμό. Το πρώτο σώμα που ακολουθεί είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί μεγαλύτερη κλινική συμμετοχή στην κίνηση για τη βελτίωση της ποιότητας. Ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αφομοιώσουν την εταιρική κουλτούρα για την ποιότητα είναι η συμμετοχή τους στο στρατηγικό σχεδιασμό, τη χάραξη πολιτικής και σε σχετικές δραστηριότητες διακυβέρνησης. Η διαδικασία συμμετοχής όλων των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ τους, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης και διασφαλίζει στο κλινικό προσωπικό ότι στις αποφάσεις πολιτικής, εκπροσωπούνται οι επαγγελματικές τους αξίες και στόχοι (Shortell et al, 1995)[99]. Υπό αυτό το πρίσμα οι νοσηλευτές μοιάζουν να διαδραματίζουν το ρόλο της γέφυρας μεταξύ των δύο ασύμβατων κόσμων, γιατί είναι

ο κλάδος που κατανοεί τη θέση και τις ανάγκες των άλλων δύο σε ρεαλιστικό επίπεδο.

2.3.4 Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ποιότητα παροχής υπηρεσιών

Ανακύπτει το ερώτημα: Μπορεί η αποτελεσματικότερη επικοινωνία να βελτιώσει τα αποτελέσματα και τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης; Τα θεραπευτικά αποτελέσματα θεωρούνται ως ένας από τους μηχανισμούς για την αξιολόγηση της ποιότητας, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη σύνδεση της κλινικής πρακτικής με την επαγγελματική υπευθυνότητα (Jennings & Staggers, 1999) [100]. Ωστόσο, όπως προτείνεται από τους O'Daniel και Rosenstein (2008) [101], προκειμένου να επιτευχθεί σαφήνεια στην επικοινωνία, οι χρήστες των όρων πρέπει να κατανοήσουν ότι η σχέση μεταξύ διαδικασίας και αποτελεσμάτων είναι αναπόσπαστη. Η φιλοσοφία της διαχείρισης των αποτελεσμάτων είναι η διόρθωση προβλημάτων, η μείωση της αναποτελεσματικότητας και ο περιορισμός των ακούσιων αποκλίσεων στο σύνολο των παραμέτρων της διαδικασίας βελτίωσης των αποτελεσμάτων. Διευκρινιστικά, η διαδικασία αναφέρεται στον τρόπο παροχής φροντίδας, ενώ τα αποτελέσματα αναφέρονται στην έκβαση της περίθαλψης. Δεδομένου ότι αν σύμφωνα με τον Donabedian [102] η ακριβής εκτίμηση των αποτελεσμάτων επιτυγχάνεται όταν συνεξετάζεται και η δομή (άρα φυσικοί πόροι, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού και της ικανότητας του προσωπικού), η μη ικανοποιητική επικοινωνία επηρεάζει την παροχή και την ποιότητα της περίθαλψης. Κύρια εκδήλωσή της σύμφωνα με την Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHAO, 2005)[103], είναι οι εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων, καθυστερήσεις στη θεραπεία και λάθη σε χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και η δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη αιτία για χειρουργικά και μετεγχειρητικά επεισόδια και θανατηφόρες πτώσεις.

Η ομαδική εργασία δεν προκύπτει όταν απλά οι άνθρωποι βρίσκονται στον ίδιο χώρο. Οι ομάδες παροχής υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τα κοινώς παραδεκτά αξιώματα της Ποιότητας στην Υγεία, πρέπει να μοιράζονται την κατανόηση των κοινών στόχων τους, να επιδεικνύουν υψηλή παραγωγικότητα και να παρέχουν τη βέλτιστη και αφελέστερη φροντίδα. Καθήκον των οργανισμών είναι η ανάπτυξη μιας νοοτροπίας

εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού, ενθαρρύνοντας τους παρόχους υπηρεσιών υγείας να αναφέρουν σφάλματα ή αδυναμίες χωρίς να αισθάνονται ότι απειλούνται από τις οποιαδήποτε κυρώσεις. Εντός αυτού του πλαισίου δημιουργήθηκαν ένα πλήθος οργανισμών και εργαλείων για την ενίσχυση των παραμέτρων που διασφαλίζουν την ποιότητα στον υγειονομικό τομέα.

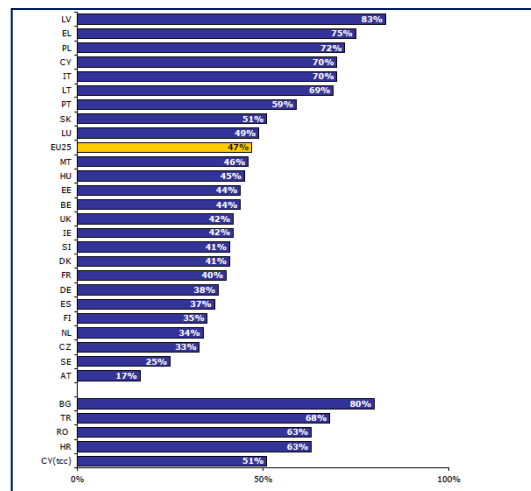
Οι προσπάθειες βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης συχνά τίθενται σε κίνδυνο από τα εμπόδια επικοινωνίας και συνεργασίας που υπάρχουν μεταξύ των παρόχων υγείας. Αν και κάθε οργανισμός είναι μοναδικός, τα εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί έχουν ορισμένα κοινές συνιστώσες (Rosenstein et al., 2008) [101]:

- Ιεραρχία
- Εκπαιδευτικό επίπεδο (Διαφορές στις απαιτήσεις, τους κανονισμούς και τους κανόνες της επαγγελματικής εκπαίδευσης)
- Διαφορές στον στόχο της παροχής φροντίδας (θεραπευτική παρέμβαση, ολιστική προσέγγιση, πελατειακή σχέση με τον ασθενή)
- Πολιτισμικές καταβολές
- Φύλο
- Ιστορικές διεπαγγελματικές και ενδο-επαγγελματικές αντιπαλότητες
- Διαφορές στη γλώσσα και την ορολογία
- Διαφορές στα χρονοδιαγράμματα και τις επαγγελματικές ρουτίνες
- Διαφορετικά επίπεδα προετοιμασίας, προσόντων και καθεστώτος
- Ο φόβος της απώλειας ή της φθοράς επαγγελματικής ταυτότητας
- Διαφορές στο βαθμό ευθύνης και τις αμοιβές
- Συγκεχυμένες απόψεις σχετικά με τους ρόλους και την κλινική ευθύνη
- Πολυπλοκότητα της περίθαλψης
- Έμφαση στην ταχεία λήψη αποφάσεων
- Προσωπικές αξίες και προσδοκίες
- Διαταραχή συμπεριφοράς
- Διαφορές προσωπικότητας

Οι επιπτώσεις της πτωχής επικοινωνίας στην ποιότητα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών μπορούν να λάβουν κι άλλες μορφές, πλην των ανεπιθύμητων συμβάντων ή των ιατρικών λαθών, και κυρίως στο επίπεδο εμπιστοσύνης του κοινού απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, ή την ανασφάλεια των καταναλωτών απέναντι σε ένα περιβάλλον που εμπεριέχει εγγενώς τον κίνδυνο έκθεσης σε αστάθμιστο παράγοντα βλάβης.

Η ειδική έκδοση του Ευρωβαρομέτρου (εικόνα 4-1) το 2006 (Special Eurobarometer, 2006) [104], που εξετάζει αυτές τις παραμέτρους καταγράφει τα εξής:

Γράφημα 2-2: Αντίληψη για την πιθανότητα εμφάνισης ιατρικού λάθους



Πηγή: Special Eurobarometer, 2006

Αν και εν γένει οι Ευρωπαίοι πολίτες εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας, σε επίπεδο χωρών διαπιστώνονται αρκετές διαφορές. Οι ερωτηθέντες που έχουν την ελάχιστη εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας διαμένουν στην Ελλάδα και την Κύπρο (Μέση τιμή στην Ελλάδα, 25%). Όσον αφορά στην πιθανότητα εμφάνισης ιατρικού σφάλματος, στη Λετονία το 83% των πολιτών δηλώνει ότι είναι σοβαρή η πιθανότητα ιατρικών λαθών στα νοσοκομεία τους, με την Ελλάδα (75%), την Πολωνία (72%), την Κύπρο και την Ιταλία (70%) να ακολουθούν.

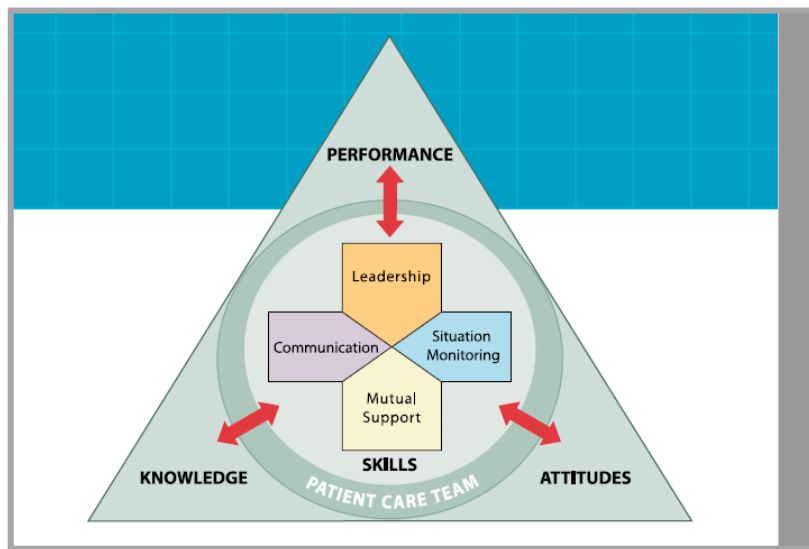
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ TeamSTEPs

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, βασίζεται στο πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. από το AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) στο πλαίσιο των προσπαθειών για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, που είναι γνωστό ως TeamSTEPs (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety- Στρατηγικές Ομάδας και Εργαλεία για την ενίσχυση της απόδοσης και της ασφάλειας των ασθενών). Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί για να προάγει την ομαδική εργασία και τις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών του τομέα υγείας, με σαφή στόχο ένα υγειονομικό περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής διατρέχει τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο, και η αξιολόγηση των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert όπου ως βαθμίδες υφίστανται τα: «Συμφωνώ απόλυτα», «Συμφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Διαφωνώ», και «Διαφωνώ απόλυτα».

Το TeamSTEPs διαρθρώνεται από πέντε βασικές αρχές που παρουσιάζει εύγλωττα η εικόνα 3-1: δομή ομάδας και ικανότητες που μπορούν να εξελιχθούν μέσω εκπαίδευσης, επικοινωνία, ηγεσία, έλεγχος καταστάσεων και αμοιβαία υποστήριξη των μελών της ομάδας. Τα βέλη δείχνουν μια αμφίδρομη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων δεξιοτήτων και των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την ομάδα.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των αποτελεσμάτων και των δεξιοτήτων αποτελεί τη βάση μιας ομάδας που προσπαθεί να προσφέρει ασφαλή φροντίδα και υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας. Η δομή της ομάδας φροντίδας ασθενών, η οποία αντιπροσωπεύει όχι μόνο τον ασθενή και τους άμεσους παρόχους υγείας, αλλά και εκείνους που διαδραματίζουν υποστηρικτικό ρόλο (περιβάλλον του ασθενούς), διέπεται και από τις τέσσερις δεξιότητες.

Εικόνα 3-1: Πλαίσιο και αρχές κατά TeamSTEPPS



Πηγή: TeamSTEPPS Pocket Guide

Το πλεονέκτημα της παρατήρησης ως ερευνητικού εργαλείου είναι ότι οι δραστηριότητες και η συμπεριφορά των επαγγελματιών του τομέα της υγείας μπορούν να γίνουν αντιληπτές στο δικό τους περιβάλλον, χωρίς να εκβιάζεται η προθυμία τους ή η ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις.

Το TeamSTEPPS παραδόθηκε στους υγειονομικούς οργανισμούς το Νοέμβριο του 2006 από το AHRQ στις ΗΠΑ, σε συνεργασία και συγχρηματοδότηση με το Department of Defense (DoD), ως εργαλείο αξιολόγησης και εθνικό πρότυπο για την ομαδική εκπαίδευση στην υγειονομική περίθαλψη. Πρόκειται για το αποτέλεσμα ενός πολυετούς ερευνητικού και αναπτυξιακού έργου, με τη συμβολή πολλών οργανώσεων και ιδιωτών ανά τον κόσμο από το 2005 για τη βελτίωσή του.

Το 2005, ο Baker και οι συνεργάτες του διεξήγαγαν επισκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία και συγκέντρωσαν πλήθος πληροφοριών σε μια προσπάθεια να καθορίσουν τα σημαντικά στοιχεία της ομαδικής εργασίας στην επαγγελματική εκπαίδευση των γιατρών (Baker et al, 2005). Ο Baker υποστηρίζει ότι οι αρμοδιότητες των μεμονωμένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τα πολυάριθμα καθήκοντά τους, εκτελούνται σε διάφορες ομάδες με τις οποίες

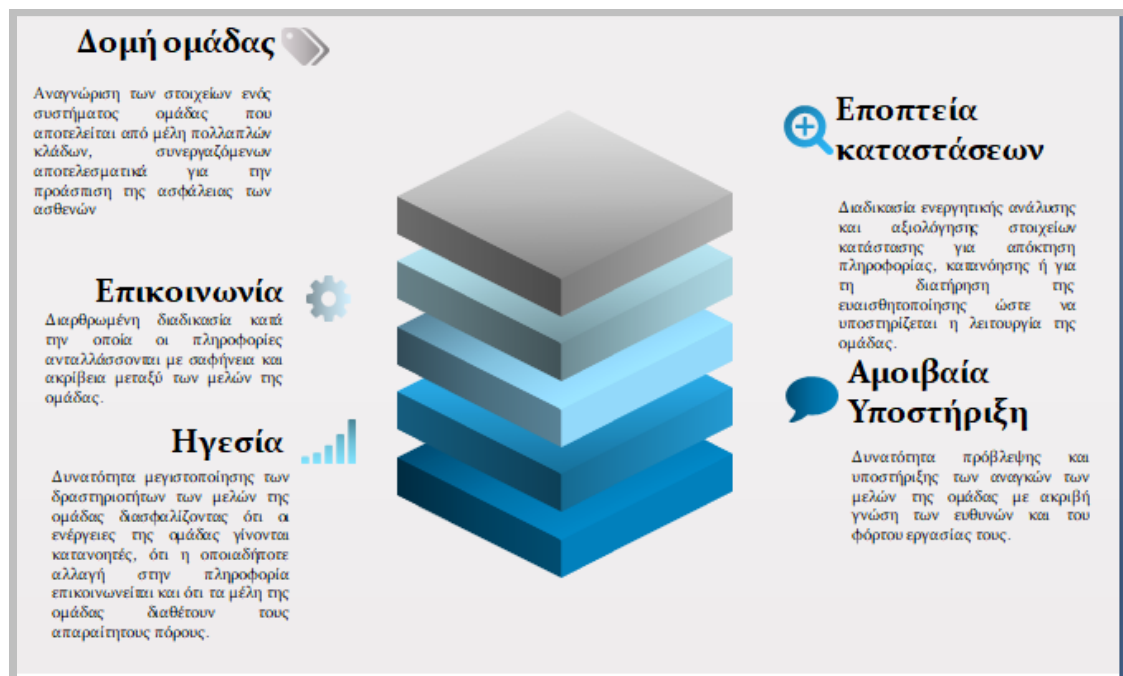
αλληλεπιδρούν σε καθημερινή βάση, και απαιτούν πλήρη έλεγχο και συντονισμό από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Το TeamSTEPPS παρέχει μια κοινή γλώσσα για την προώθηση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την εξέλιξη των δεξιοτήτων αποτελεσματικότητας ομάδας. Ο στόχος είναι η εφαρμογή και αξιολόγηση νέων πρωτοβουλιών για την ασφάλεια των ασθενών, η «διάγνωση» του επιπέδου απόδοσης και επικοινωνίας της ομάδας, ή η αλλαγή, αξιολόγηση ή ενίσχυση των υφιστάμενων πρωτοβουλιών. Μέσω του προγράμματος αυτού παρέχονται επίσης εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και μέτρηση των αλλαγών που έχουν ήδη εφαρμοστεί, καθώς και για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας αυτών των αλλαγών.

Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η συνύπαρξη γνώσης, δεξιότητας και συμπεριφοράς, που ο Baker και οι συνεργάτες του κατέγραψαν και χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για τη δημιουργία του TeamSTEPPS (εικόνα 4-2): *ηγεσία της ομάδας* (η ικανότητα κατεύθυνσης και συντονισμού των δραστηριοτήτων των μελών της ομάδας, αξιολόγηση απόδοσης της ομάδας, ανάθεση εργασιών, παρακίνηση, σχεδιασμός και δημιουργία θετικής ατμόσφαιρας πχ. αποσαφήνιση των ρόλων των μελών της ομάδας), *από κοινού παρακολούθηση επιδόσεων* (η ικανότητα ανάπτυξης κοινού κώδικα για την κατανόηση του περιβάλλοντος της ομάδας και εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής εργασιών, προκειμένου να παρακολουθείται με ακρίβεια η απόδοση συνεργασίας, πχ. προσδιορισμός των λαθών στις ενέργειες των άλλων μελών της ομάδας), *η υποστηριζόμενη συμπεριφορά* (δυνατότητα πρόβλεψης των αναγκών των άλλων μελών της ομάδας, με ακριβή γνώση των ευθυνών τους και η μετατόπιση του φόρτου εργασίας μεταξύ των μελών για την επίτευξη ισορροπίας σε περιόδους πίεσης, *ικανότητα προσαρμογής* (η δυνατότητα προσαρμογής των στρατηγικών ως ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες συνθήκες - εσωτερικές ή εξωτερικές), *προσανατολισμός ομάδας* (η τάση να λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορά των άλλων κατά την αλληλεπίδραση της ομάδας και η πίστη στη σημασία των στόχων της ομάδας σε σχέση με τους στόχους ενός μεμονωμένου μέλους), *η κοινή πνευματική κατεύθυνση* (μια οργανωτική διάρθρωση γνώσης των σχέσεων μεταξύ της εργασίας με την οποία ασχολείται η ομάδα και του τρόπου αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας, πχ. πρόβλεψη των αναγκών του άλλου),

αμοιβαία εμπιστοσύνη (η κοινή πεποίθηση ότι τα μέλη της ομάδας θα εκτελέσουν τα καθήκοντα του ρόλου τους και θα προστατεύσουν τα συμφέροντα των συναδέλφων τους, επικοινωνία (η ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ ενός αποστολέα και ενός παραλήπτη, ανεξάρτητα από το μέσο, πχ. συνοχή με τα μέλη της ομάδας για να διασφαλιστεί η λήψη του μηνύματος, αναγνώριση ότι έχει ληφθεί ένα μήνυμα, διευκρίνιση με τον αποστολέα του μηνύματος ότι το μήνυμα που λαμβάνεται είναι το ίδιο με το απεσταλμένο).

Εικόνα 3-2: Βασικές αρχές κατά TeamSTEPPS



Πηγή: TeamSTEPPS Pocket Guide

Υπάρχουν τρία στάδια εφαρμογής του TeamSTEPPS, συμπεριλαμβανομένων του υγειονομικού χώρου που αξιολογείται, η υλοποίηση του σχεδίου και η διατήρηση του οφέλους. Η αξιολόγηση ενός χώρου συνεπάγεται τη δημιουργία ομάδας αλλαγών που απαρτίζεται από εκπαιδευτές, ορίζοντας μια ευκαιρία βελτίωσης και καθορισμού μετρήσιμων στόχων.

Το TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire Manual συνιστά σε κάθε οργανισμό να αναπτύξει τις δικές του ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, και παρέχει την ευελιξία χρήσης των παραμέτρων και ανεξάρτητα,

αναλόγως του κέντρου ενδιαφέροντος. Η τρέχουσα έρευνα εστιάζει στις κλίμακες επικοινωνίας και αμοιβαίας υποστήριξης.

3.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση της μεθόδου TeamSTEPPS

Στόχος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της δυναμικής κατά την επιτυχή εφαρμογή του TeamSTEPPS, της επίδρασης της μεθόδου στο νοσοκομείο, η παράθεση μιας αφηγηματικής σύνθεσης των αποτελεσμάτων και ο κατ'αντιστοιχίαν σχολιασμός των ευρημάτων της έρευνας που έχει διενεργηθεί στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας.

Η αξιολόγηση ομάδας επαγγελματιών υγείας μελετάται σε διεθνή κλίμακα (με πρωτόπορο τις ΗΠΑ), ενώ το πρόγραμμα TeamSTEPPS προσφέρεται ως εργαλείο για διάγνωση συμπεριφορών, τη βελτίωση της ποιότητας, προ- και μετα- από εκπαίδευση στην ομαδική εργασία. Στα αποτελέσματα της τρέχουσας διερεύνησης, η μέση βαθμολογία τόσο στην συνιστώσα της επικοινωνίας, όσο και σε αυτήν της αμοιβαίας υποστήριξης, ήταν υψηλή. Ωστόσο ενδιαφέροντα και ενδεικτικά για τη διεπιστημονική συνεργασία είναι τα ευρήματα των υποκλιμάκων.

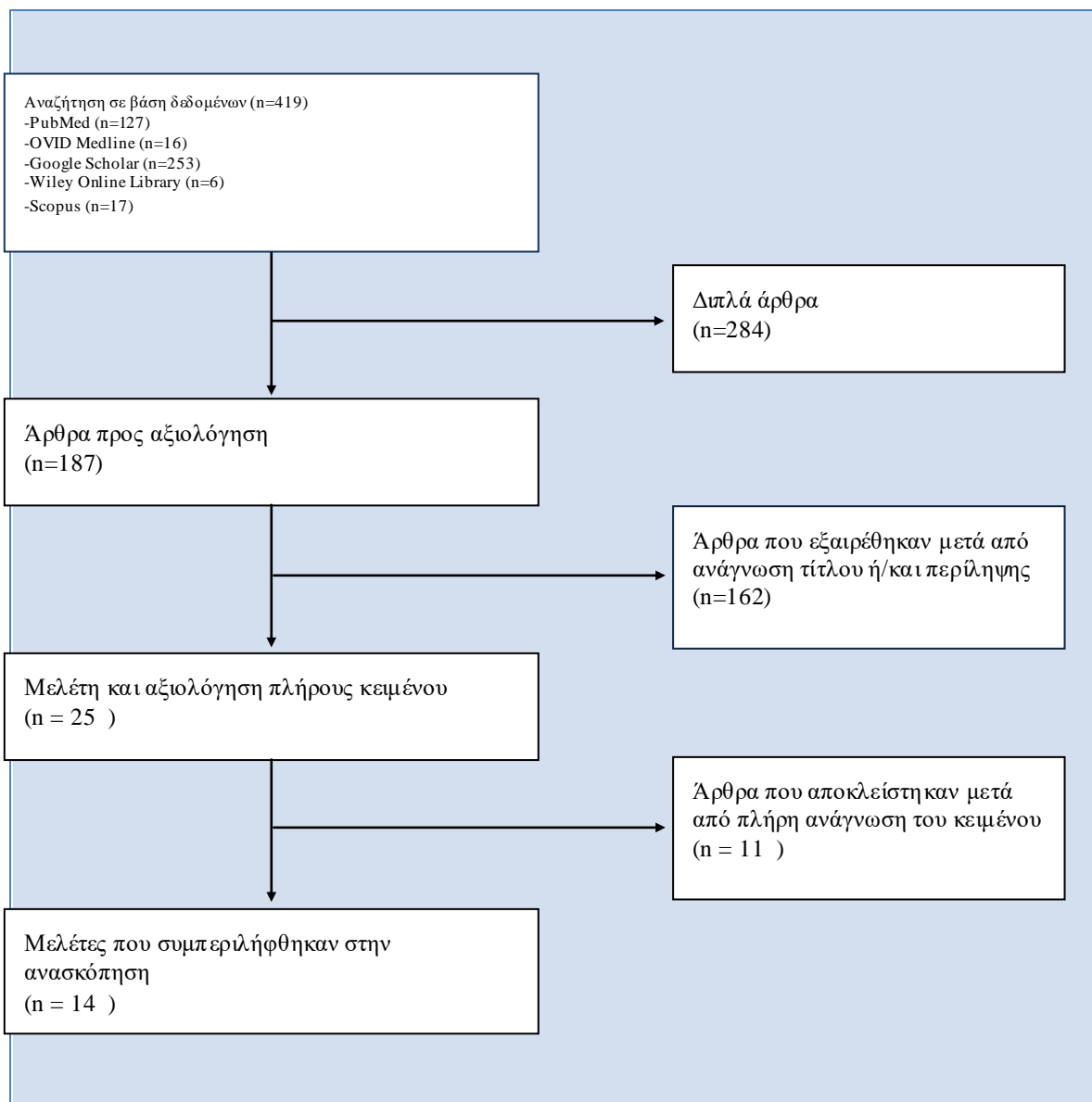
3.1.2 Σύνθεση των αποτελεσμάτων

Τα ευρήματα των δημοσιεύσεων καταδεικνύουν ότι προϋπόθεση για μια αντικειμενική καταγραφή των κλινικών αποτελεσμάτων -συμπεριλαμβανομένων κλινικών ποσοστών σφάλματος-είναι η αξιολόγηση βάσει μεθοδολογίας και τεκμηρίων για την ανάπτυξη συνεχών προγραμμάτων και εργαλείων. Ακόμη και οι ειδικευμένοι επαγγελματίες με υψηλά προσόντα είναι ευάλωτοι σε σφάλματα λόγω ανθρώπινων περιορισμών. Η κατανομή επικοινωνίας και η έλλειψη ομαδικής εργασίας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

Οι στρατηγικές του TeamSTEPPS μπορούν να ενσωματωθούν στις διαδικασίες του οργανισμού υγείας, στον προσανατολισμό του νέου προσωπικού, στις ετήσιες αξιολογήσεις απόδοσης και στην οργανωτική πολιτική. Η εφαρμογή του απαιτεί

δέσμευση για την τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών του και από την πλευρά της διοίκησης της υγειονομικής μονάδας, και από αυτήν των επαγγελματιών υγείας, ώστε οι μετρήσεις να αποδώσουν αξιόπιστα αποτελέσματα.

Εικόνα 3-3: Διάγραμμα ροής



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Πίνακας 3-1: Μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΣΥΓΓΡΑ ΦΕΑΣ/ΕΤ ΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΣΤΟΧΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Clapper T. C. et al, 2018	«A Saturated Approach to the Four-Phase, Brain-Based Simulation Framework for TeamSTEP PS in a Pediatric Medicine Unit»	ΗΠΑ	547 επαγγελματίες υγείας απασχολούμενοι σε τμήμα Παιδιατρικής σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης	Αξιολόγηση απόδοσης των ομάδων πρωινής και βραδινής βάρδιας (είχαν παρατηρηθεί διαφορές σε επιδόσεις και κλινικές συμπεριφορές μεταξύ των δύο βαρδιών)/ Παρέμβαση με εκπαίδευση/ Μέτρηση αποτελεσμάτων παρέμβασης	Βελτιωμένες όλες οι παράμετροι/ μεγαλύτερη αύξηση στη διάσταση της αμοφθαίας υποστήριξης/ μεγαλύτερη βελτίωση στην πρωινή βάρδια (10-21,2 μονάδες έναντι 12,5-15,6 μονάδων της νυχτερινής).
Dodge et al., 2018	«Impact of teamwork improvement training on communication and teamwork climate in ambulatory reproductive health care»	ΗΠΑ	12 μονάδες υγείας των ΗΠΑ αποτελούν την 1 ^η κοόρτη (2014) και 8 τη 2 ^η (2015).	Αξιολόγηση της συμπεριφοράς επικοινωνίας των παρόχων υγείας, εντοπισμός προβλημάτων, παρεμβάσεις βελτίωσης, επαναξιολόγηση σε 6 μήνες και σε 1 έτος	Οι οργανισμοί υγείας διαφοροποιήθηκαν στο χρόνο παράδοσης των ερωτηματολογίων. Μέρος αυτών εντάχθηκε σε προγράμματα κατάρτισης. Στις επαναξιολογήσεις παρατηρήθηκε βελτίωση όλων των διαστάσεων, εκτός από τον τομέα της ηγεσίας.

<p>Weaver et al, 2017</p>	<p>«<i>Clinician Perceptions of Team work in the Emergency Department : Does Nurse and Medical Provider Workspace Placement Make a Difference?</i>»</p>	<p>ΗΠΑ</p>	<p>46 μέλη του προσωπικού του τμήματος επεγόντων σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Dallas στο Texas των ΗΠΑ, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο πριν και μετά την μετεγκατάστασή τους σε νέο κτήριο</p>	<p>Προσδιορισμός της επίδρασης του εργασιακού περιβάλλοντος στην επικοινωνία και ομαδική εργασία γιατρών και νοσηλευτών.</p>	<p>Στατιστικά σημαντική βελτίωση της συνολικής βαθμολογίας TPQ (P = .0009) στις 4 από τις 5 συνιστώσες του TPQ: δομή ομάδας (P = .0283), παρακολούθηση της κατάστασης (P = .0006), αμοφβία υποστήριξη (PG .0001), και επικοινωνία (P G .0001). Δεν υπήρξε καμία αλλαγή στο στοιχείο ηγεσίας (P = .4519).</p>
<p>Kulig, A.W., Blanchard R. D., 2016</p>	<p>«<i>Use of Cognitive Simulation During Anesthesiology Resident Applicant Interviews to Assess Higher-Order Thinking</i>»</p>	<p>ΗΠΑ</p>	<p>90 υποψήφιοι αναισθησιολόγοι σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη Μασαχουσέτη των ΗΠΑ, με πρώτο στάδιο μια προσομοίωση κατά teamSG EPPS (2-Challenge Rule), και δεύτερο την αξιολόγηση των αιτούντων με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου 20 θεμάτων που αφορά στο τμήμα του teamSG EPPS περί επικοινωνίας, δομής και αμοφβίας υποστήριξης ομάδας.</p>	<p>Test των δεξιοτήτων κριτικής σκέψης ενός υποψηφίου και απάντηση στο άγχος</p>	<p>Το 50% έλαβε εξαιρετικά αποτελέσματα προσομοίωσης, το 36% ικανοποιητικά αποτελέσματα και το 14% έλαβε μη ικανοποιητική βαθμολογία. Μέση βαθμολογία: 14,2</p>

<p>Francis- Johnson P., Decker S., Whitcomb K., Caballero S., Leal M.S., 2016</p>	<p>«<i>Integrating Simulation into TeamSTEP PS: A Tool to Promote Collaborative Practice in a Clinical Setting</i>»</p>	<p>ΗΠΑ</p>	<p>Τα μέλη του προσωπικού σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Texas των ΗΠΑ</p>	<p>Μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, ενίσχυση της ποιότητας της περίθαλψης στους ευπαθείς πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο, διεπαγγελματική διδασκαλία και μαθησιακές εμπειρίες</p>	<p>Η έρευνα αποτελείται από τρία στάδια: συμπλήρωση του ερωτηματολογίου του TeamSTEPPS, αξιολόγηση μετά από εκπαίδευση δύο μηνών, επαναξιολόγηση μετά την πάροδο έξι μηνών. Βελτίωση των διατάσεων, με σημαντικότερη όλων, αυτήν της επικοινωνίας.</p>
<p>Shaw B., 2015</p>	<p>«<i>Evaluation of the Impact of TeamSTEP PS Training on Perceptions of Teamwork and Resilience in the Intensive Care and Perioperative Units in a Tertiary Care Hospital</i>»</p>	<p>ΗΠΑ</p>	<p>144 νοσηλεύτές ΜΕΘ και περιεγχειρητικών τμημάτων σε μονάδα τριτοβάθμιας φροντίδας στο Denver (Colorado) των ΗΠΑ</p>	<p>Αξιολόγηση και βελτίωση της απόδοσης της ομάδας</p>	<p>Μετά την εφαρμογή του ερωτηματολογίου TeamSTEPPS, εκπαιδευτικό πρόγραμμα (κατεύθυνση TeamSTEPPS) και το Wagnild Resilience Questionnaire (ψυχομετρικές αποδόσεις), η ανάλυση T-TPQ έδειξε αύξηση των πέντε δομών ομαδικής εργασίας με την αμοιβαία υποστήριξη να έχει στατιστικά σημαντική αύξηση σε μέσο όρο από 3,98 σε 4,00, $\rho = 0,04$. $t = 2.067$, CI: -178 έως -.003.</p>

<p>Amaya-Arias et al, 2015</p>	<p>«<i>Effectiveness of a program for improving teamwork in Operating Rooms</i>»</p>	<p>Κολομβία</p>	<p>Το προσωπικό που εργάζεται στον τομέα της χειρουργικής και της μαιευτικής σε νοσοκομείο της Bogotά (μετράται η απόδοση 4 υπο-ομάδων: αναισθησίας χειρουργικής επέμβασης, νοσηλείας και εργαλειοδοσίας)</p>	<p>Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός εκπαιδευτικού προγράμματος με βάση το μοντέλο TeamSTEPPS για τη βελτίωση της ομαδικής εργασίας</p>	<p>Μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ηγεσία και την επίγνωση της κατάστασης. Συνολικά, η νοσηλευτική ομάδα επέδειξε τα καλύτερα αποτελέσματα ομαδικής εργασίας και απόδοσης στην προεγχειρητική φάση.</p>
<p>Eppich et al., 2015</p>	<p>«<i>A Rater Training Protocol to Assess Team Performance</i>»</p>	<p>ΗΠΑ</p>	<p>5 νοσοκομεία με ολοκληρωμένες παιδιατρικές υπηρεσίες στο Chicago (Illinois) των ΗΠΑ, με εστίαση στις επείγουσες μεταφορές παιδιατρικών ασθενών σε Τμήματα Επειγόντων ή Παιδιατρικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICU).</p>	<p>Η επιλογή και κατάρτιση εσωτερικών επιθεωρητών για την συνεχή αξιολόγηση των επιδόσεων ομάδας στα νοσοκομεία. Λειτουργία ως σημείου αναφοράς για την μεταξύ των επιτηρητών συμφωνία κατά τα χρονικά στάδια μεταξύ των εκπαιδύσεων.</p>	<p>Η γενική συμφωνία αυξήθηκε από τη δεύτερη εκπαίδευση (83,6%) έως την τρίτη εκπαίδευση (85,6%) κατά την αξιολόγηση των ίδιων πιλοτικών τμημάτων. Η συνοχή συμφωνίας για την αξιολόγηση της συνολικής απόδοσης της ομάδας ήταν 78,3% ποσοστό το οποίο προστέθηκε στην τρίτη συνεδρία εκπαίδευσης.</p>
<p>Hekmat N. S, Dehnavieh R., Rahimisade gh R, Kohpeima V, Kohpeima J., 2015</p>	<p>«<i>Team attitude evaluation: an evaluation in hospital committees</i>»</p>	<p>Ιράν</p>	<p>171 μέλη κλινικών ομάδων 4 πανεπιστημιακών νοσοκομείων, που ανήκαν είτε στην υγειονομική διοίκηση, είτε στην κλινική πρακτική, στο Kerman του Iran.</p>	<p>Σύγκριση της απόδοσης ομάδας μεταξύ των νοσοκομείων και καταγραφή των συμπεριφορών</p>	<p>Συνολικό μέσο score των νοσοκομείων όσον αφορά στη στάση της ομάδας ήταν 3,9 στα 5 (SD = 0,31). Υψηλά ποσοστά στον τομέα ηγεσία, χαμηλά στην αμοιβαία υποστήριξη</p>

Vertino K. A., 2014	« <i>Evaluation of a TeamSTEP PS Initiative on Staff Attitudes Toward Team work</i> »	ΗΠΑ	26 νοσηλευτές πλήρους και μερικής απασχόλησης σε τμήμα νοσοκομείου Veterans Affairs Health (VAH) στο Buffalo των ΗΠΑ	Επίλυση διαπροσωπικών συγκρούσεων μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, δυσανεξία για τη μονάδα, έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των συναδέλφων και υψηλός κύκλος εργασιών	Αύξηση στη συνολική βαθμολογία αλλαγής (0,44).
Brodsky D et al, 2013	« <i>Building collaborative teams in neonatal intensive care</i> »	ΗΠΑ	Όλο το προσωπικό που προσέφερε απευθείας κλινική περίθαλψη σε NICU, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, των φυσιοθεραπευτών και των γιατρών	Διερεύνηση της στάσης του προσωπικού για την ομαδική εργασία στο επίπεδο στο Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC), και ταυτοποίηση των επιμέρους τμημάτων της ομαδικής εργασίας που λειτουργούσαν αποτελεσματικά και τομέων που απαιτούσαν βελτίωση	Μεγαλύτερη ενθάρρυνση της ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας και καλύτερη ενημέρωση
Figuroa M.I., Sepanski R., Goldberg S.P., 2012	« <i>Improving Teamwork, Confidence, and Collaboration Among Members of a Pediatric Cardiovascular Intensive Care Unit Multidisciplinary Team Using Simulation-Based Team Training</i> »	ΗΠΑ	37 άτομα (23 νοσηλευτές, 5 ειδικευόμενοι στην Καρδιολογία / Κρίσιμη περίθαλψη, 5 αναπνευστικούς φυσιοθεραπευτές), σε παιδιατρική καρδιοχειρουργική μονάδα πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Tennessee των ΗΠΑ	Καθορισμός εάν η βελτίωση της ομαδικής εργασίας, αυξάνει την εμπιστοσύνη και την επικοινωνία κατά την αντιμετώπιση εκδήλωσης εκτάκτων καταστάσεων (πχ ανακοπή).	Στατιστικά σημαντική αύξηση ($p < 0.05$) σε closed-loop επικοινωνία, αντίληψη του αμοιβαίου σεβασμού και αίσθηση της ενδυνάμωσης.

Baker et al, 2010	«Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEP PS teamwork attitudes questionnaire»	ΗΠΑ	495 επαγγελματίες υγείας (346 απασχολούμενοι σε στρατιωτικά νοσοκομεία και 149 συμμετέχοντες στο Mid-Atlantic Critical Care Conference) στη Virginia	Η ανάπτυξη και επικύρωση του Ερωτηματολογίου TeamSTEPPS για την συμπεριφορά στην ομαδική εργασία στην υγειονομική περίθαλψη	Οι συντελεστές κυμαίνονταν από 0,36 (Αμοιβαία Υποστήριξη και Δομή Ομάδας) σε 0,63 (Παρακολούθηση καταστάσεων και Επικοινωνία)
Stead K. et al, 2009	«Teams communicating through STEPPS»	N. Αυστραλία	Οι επαγγελματίες υγείας σε πέντε νοσοκομεία της N. Αυστραλίας	Μελέτη του ενός-με κατεύθυνση την ψυχική υγεία- σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία και αξιολόγηση του επιπέδου της διεπιστημονικής συνεργασίας πριν και μετά από εκπαίδευση διάρκειας 8 μηνών	Πριν την υλοποίηση του προγράμματος η μονάδα ψυχικής υγείας βρισκόταν σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σε όλους τους τομείς, ενώ μετά παρουσιάστηκε σημαντική βελτίωση.

3. 2 Προσέγγιση των μελετών

Από τις 14 μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, οι 2 δημοσιεύθηκαν το 2018, 1 το 2017, 2 το 2016, 4 το 2015, και 1 κατ' έτος το 2014, 2013, 2012, 2010 και 2009. Επίσης, 11 επί του συνόλου έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ, και 3 προέρχονται από την Κολομβία, το Ιράν και την Αυστραλία. Στην Ευρώπη η εφαρμογή της μεθόδου βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο όπως αποδεικνύουν μελέτες που δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, και προέρχονται από την Αγγλία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τη Νορβηγία και την Σουηδία. Κοινός στόχος των ερευνών που έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη, είναι η μέτρηση των παραμέτρων της επικοινωνίας και της ομαδικής εργασίας, με άλλες μελέτες να εστιάζουν σε όλες τις διαστάσεις της μεθόδου teamSTEPPS, άλλες να απομονώνουν εκείνες που αφορούσαν άμεσα το έργο τους και άλλες να αξιολογούν την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς την ομαδική εργασία. Παρακάτω παρατίθενται οι μελέτες αναλυτικά:

Η μελέτη των Clapper et al. (2018) είχε ως στόχο να καταγράψει και να μελετήσει τις διαφορές σε επιδόσεις και κλινικές συμπεριφορές που είχαν παρατηρηθεί, μεταξύ της πρωινής και της νυχτερινής βάρδιας. Πρόκειται για ποσοτική έρευνα στα πλαίσια πιλοτικού προγράμματος με συνδυασμό διδασκαλίας βασισμένης στην προσομοίωση εκτός εργασιακού χώρου και επιτόπιας προσομοίωσης σε ένα τμήμα Παιδιατρικής σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης. Το δείγμα του πρωτοκόλλου έρευνας συμπεριελάμβανε νοσηλευτές, γιατρούς, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς υπαλλήλους της μονάδας και υπαλλήλους της επιμέλειας στο τμήμα της παιδιατρικής. Δύο μήνες μετά την εκπαίδευση διεξήχθησαν δύο επιπλέον συνεδρίες, για να μετρηθεί η απόδοση των ομάδων την ημέρα και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Όλες οι παράμετροι είχαν βελτιωθεί, με την αμοιβαία υποστήριξη να αποτελεί το μεγαλύτερο κέρδος του προγράμματος και για τις δύο υπό εξέταση βάρδιες. Στα συνολικά σημεία σχετικά με την Παρατήρηση Επιδόσεων Ομάδας, καταγράφεται μεγαλύτερη βελτίωση στην πρωινή βάρδια (10-21,2 μονάδες έναντι 12,5-15,6 μονάδων της νυχτερινής). Οι ερευνητές μελέτησαν επίσης το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου σαφούς ηγέτη, που να αναθέτει ρόλους και ευθύνες στα μέλη της ομάδας. Αν και υπήρχε σε όλες τις περιπτώσεις, ο ρόλος τους δεν ανακοινώθηκε στην ομάδα. Επίσης, τα μέλη της ομάδας συχνά επέλεξαν τους ρόλους τους χωρίς να τους ανατεθεί κάτι από τον αρχηγό.

Στην υλοποίηση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την Dodge και τους συνεργάτες της (2018) συμμετείχε ένα μεγάλο δίκτυο υγειονομικών οργανισμών στις ΗΠΑ. Η ανάλυση περιέγραψε τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο πρώτων ομάδων, οι οποίες έλαβαν μέρος οικειοθελώς σε ετήσια βάση. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 20 μονάδες υγείας, δώδεκα για το 2014 (κούρτη 1) και οκτώ για το 2015 (κούρτη 2). Το ερευνητικό πρωτόκολλο περιελάμβανε τη δημιουργία μιας ομάδας αλλαγών ανά οργανισμό, παρακολούθηση ενημερωτικών σεμιναρίων και συμπλήρωση ερωτηματολογίου TeamSTEPPS. Αποτελέσματα: Δεκατέσσερις από τους 20 (70,0%) συμμετέχοντες οργανισμούς υλοποίησαν το TeamSTEPPS. Από αυτούς, 11 (78,6%) ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς επικοινωνίας και / ή το ερωτηματολόγιο σε 6 μήνες. Δέκα από τα 13 (76,9%) που είχαν φθάσει την προθεσμία των 18 μηνών υλοποίησαν την αξιολόγηση συμπεριφοράς και το

ερωτηματολόγιο σε 1 έτος. Οι βελτιώσεις που καταγράφηκαν ήταν κυρίως αλλαγές στον τομέα της επικοινωνίας και των συμπεριφορών κυρίως σε 6 μήνες - ίσως επειδή τα υγειονομικά κέντρα στην τελευταία ανάλυση (1 έτος) είχαν πιο ευνοϊκή αφετηρία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ελάχιστη βελτίωση στον τομέα της ηγεσίας, γεγονός που μπορεί να αντικατοπτρίζει ότι οι αλλαγές στην ηγεσία είναι μια αργή διαδικασία εκτός του προσωπικού ελέγχου των μελών της ομάδας. Σε 1 χρόνο, οι έρευνες παρακολούθησης κατέδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στις παρατηρήσεις των ασθενών επί της ομαδικής εργασίας και η ικανοποίηση του ασθενούς ήταν σημαντικά υψηλότερη.

Η μελέτη της Weaver και της ομάδας της (2017) είχε σκοπό να προσδιορίσει την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στην επικοινωνία και ομαδική εργασία γιατρών και νοσηλευτών. Διεξήχθη σε 2 ιατρικά κέντρα με δείγμα πληθυσμού το ίδιο προσωπικό του τμήματος επειγόντων σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Dallas στο Texas των ΗΠΑ, και πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου αντιλήψεων (TPQ) του TeamSTEPPS σε δύο φάσεις: η αρχική έλαβε χώρα ενώ το προσωπικό βρισκόταν σε παλαιά εγκατάσταση με διαφορετικούς χώρους για γιατρούς και νοσηλευτές, ενώ στη δεύτερη, υπήρξε μετεγκατάσταση σε ένα νέο νοσοκομείο με σχέδιο και κοινόχρηστους σταθμούς εργασίας. Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση της συνολικής βαθμολογίας TPQ ($P = .0009$). Αναλυτικότερα, οι 4 από τις 5 συνιστώσες του TPQ που αφορούσαν στη δομή ομάδας, την παρακολούθηση της κατάστασης, την αμοιβαία υποστήριξη και την επικοινωνία σημείωσαν άνοδο. Δεν υπήρξε καμία αλλαγή στη συνιστώσα της ηγεσίας, η οποία εξηγείται ίσως από την έλλειψη αλλαγής στη δομή της. Ως συμπέρασμα λαμβάνουμε ότι η υποδομή είναι παράγοντας που μπορεί να αυξήσει την αντίληψη της επικοινωνίας και της ομαδικής εργασίας βελτιώνοντας έτσι τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η έρευνα που διεξήχθη από τους Kulig και Blanchard (2016) πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Baystate Health, στη Μασαχουσέτη. Ο πληθυσμός που αποτέλεσε το δείγμα της έρευνας ήταν υποψήφιοι αναισθησιολόγοι και εφαρμόστηκε σε δύο στάδια: το πρώτο αφορούσε μια προσαρμογή της προσομοίωσης κατά

teamSTEPPS (2-Challenge Rule), που αναφέρει ότι όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται να αμφισβητούν τη λήψη ιατρικών αποφάσεων επανειλημμένα, εάν γίνουν μάρτυρες πιθανής παραβίασης της ασφάλειας των ασθενών (test των δεξιοτήτων κριτικής σκέψης ενός υποψηφίου και απάντηση στο άγχος). Στο δεύτερο στάδιο οι αιτούντες αξιολογήθηκαν με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου 20 θεμάτων που αφορά στο τμήμα του teamSTEPPS περί επικοινωνίας, δομής και αμοιβαίας υποστήριξης ομάδας. Το σκεπτικό στηριζόταν στο αξίωμα ότι οι παραδοσιακού τύπου συνεντεύξεις δεν αξιολογούν την κριτική σκέψη, και στο ότι οι μελλοντικοί πάροχοι υγείας δεν λαμβάνουν εκπαίδευση κατά τη διάρκεια σπουδών τους για το ρόλο που θα κληθούν να διαδραματίσουν εντός μιας ομάδας υγείας και στον τρόπο που θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τα μέλη της. Αποτελέσματα: Για τους 90 συμμετέχοντες στην διαδικασία προσομοίωσης, η μέση βαθμολογία ήταν 14,2. Το 50% έλαβε εξαιρετικά αποτελέσματα προσομοίωσης, το 36% ικανοποιητικά αποτελέσματα και το 14% έλαβε μη ικανοποιητική βαθμολογία.

Η έρευνα των Francis-Johnson , Whitcomb, Caballero και Leal (2016) στόχευε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου TeamSTEPPS, κάτω από το γενικότερο πρίσμα πρόληψης κινδύνου των καρδιαγγειακών επεισοδίων σε χρόνιους ασθενείς. Διεξήχθη σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Dallas στο Texas των ΗΠΑ και αποτελούνταν από τρία στάδια: συμπλήρωση του ερωτηματολογίου TeamSTEPPS, αξιολόγηση μετά από εκπαίδευση δύο μηνών, επαναξιολόγηση μετά την πάροδο έξι μηνών. Αποτελέσματα: η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας ήταν αρκετά υψηλή καθ' όλα τα στάδια του προγράμματος, αλλά το κυριότερο επίτευγμα ήταν η εστίαση στην επικοινωνία , και η γενικότερη προαγωγή της αίσθησης ομάδας στους επαγγελματίες υγείας.

Η έρευνα της Shaw (2015) διενεργήθηκε σε μονάδα τριτοβάθμιας φροντίδας στο Denver (Colorado) των ΗΠΑ. Το νοσοκομείο έχει εξειδίκευση σε αρθροπλαστικές, χειρουργική σπονδυλικής στήλης, μεταμόσχευση οργάνων, ψυχική υγεία, καρκίνο και καρδιολογία. Ο οργανισμός έχει λάβει πολλά βραβεία που αναγνωρίζουν την αριστεία των θεραπευτικών του παρεμβάσεων και κατατάσσεται στα κορυφαία 100

ορθοπαιδικά νοσοκομεία στις Η.Π.Α. Το στατιστικό δείγμα περιελάμβανε 144 νοσηλευτές ΜΕΘ και περιεγχειρητικών τμημάτων. Στα πλαίσια της διερεύνησης εκτός της εφαρμογής του ερωτηματολογίου TeamSTEPPS, έλαβε χώρα και εκπαιδευτικό πρόγραμμα (κατεύθυνση TeamSTEPPS) σε συνδυασμό με το Wagnild Resilience Questionnaire (ψυχομετρικές αποδόσεις). Αποτελέσματα: Η ανάλυση T-TPQ έδειξε αύξηση των πέντε δομών ομαδικής εργασίας. Όσον αφορά στην αμοιβαία υποστήριξη, πρόκειται για τον τομέα που επέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την προ- έως μετα- την έρευνα χρονική περίοδο. Σημειωτέον ότι από τους πέντε τομείς η αμοιβαία υποστήριξη είναι ο μόνος που συνεπάγεται σχεσιακή δραστηριότητα ή σχέση, και αποδεικνύει την σημασία της αμοιβαίας υποστήριξης στην ομαδική εργασία. Κατά την ερευνήτρια *«τα εργαλεία TeamSTEPPS εκτός από την παρέμβαση στις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών, μπορεί να οδηγήσουν μια υγειονομική μονάδα στην υιοθέτηση κουλτούρας που θα βοηθήσει στην ευημερία του»*.

Η μελέτη της Amaya-Agias και της ομάδας της (2015) είχε στόχο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός εκπαιδευτικού προγράμματος με βάση το μοντέλο TeamSTEPPS για τη βελτίωση της ομαδικής εργασίας των μελών του προσωπικού που εργάζονταν στον τομέα της χειρουργικής και της μαιευτικής σε νοσοκομείο της Bogotά, στην Κολομβία. Προηγήθηκε Workshop όπου χρησιμοποιήθηκε οπτικοακουστικό υλικό σχετικό με το συστηματικό μοντέλο Patient Safety, την ομαδική εργασία, μη τεχνικές δεξιότητες (επικοινωνία, συνεργασία, συντονισμός, ηγεσία και κατάσταση), Time-out και αποτελεσματική χρήση της λίστας ελέγχου του WHO. Με τη συναίνεση των χειρουργών, μαιών, και της διεύθυνσης ποιότητας, έγινε εκπαίδευση στην εφαρμογή του checklist του WHO. Το μέγεθος του δείγματος για τα ανά ζεύγη δεδομένα υπολογίστηκε, με αποτέλεσμα ένα ελάχιστο μέγεθος δείγματος 16 ζευγών, για μια ελάχιστη ανιχνεύσιμη διαφορά 1,5 μονάδας στα στάδια πριν και μετά την παρέμβαση, με τυπική απόκλιση 1,2, 95% διάστημα εμπιστοσύνης και 80% ισχύος. Χρησιμοποιήθηκαν και οι πέντε διαστάσεις ομαδικής εργασίας (επικοινωνία, συντονισμός, συνεργασία / υποστήριξη, ηγεσία και εποπτεία κατάστασης). Αξιολογήθηκε με την κλίμακα Kinkert 7 σημείων και μετρήθηκε η απόδοση τεσσάρων υπο-ομάδων: αναισθησίας, χειρουργικής επέμβασης, νοσηλείας και εργαλειοδοσίας- σε μία από τις τρεις χειρουργικές φάσεις (προεγχειρητικά,

διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά). Κάθε στάδιο βαθμολογήθηκε σε κλίμακα Likert 5 σημείων (1 = εντελώς διαφωνώ, 5 = τελικά συμφωνώ). Αποτελέσματα: Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 6, όπου το 0 υποδεικνύει προβληματική συμπεριφορά και σοβαρό εμπόδιο για την απόδοση της ομάδας και το 6 υποδεικνύει υποδειγματική συμπεριφορά, εξαιρετικά αποτελεσματική για βελτίωση της απόδοσης στην ομαδική εργασία, ενώ το 3 σημαίνει ότι η απόδοση της ομάδας δεν βελτιώνεται ή δεν επιδεινώνεται από μια ιδιαίτερη συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ομάδες είχαν ουδέτερη συμπεριφορά αναφοράς. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις μονάδες (MW U-test, $z = -1.781$, $P = .075$). Οι συμπεριφορές με τις μεγαλύτερες δυνατότητες βελτίωσης ήταν η ηγεσία και η επίγνωση της κατάστασης. Ωστόσο, όλες οι συμπεριφορές θα μπορούσαν να βελτιωθούν με πιο συντονισμένη ομαδική εργασία. Συνολικά, η νοσηλευτική ομάδα επέδειξε τα καλύτερα αποτελέσματα ομαδικής εργασίας και απόδοσης στην προεγχειρητική φάση. Η ανάλυση της επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη επέτρεψε τον εντοπισμό επαναλαμβανόμενων προβλημάτων λόγω πολιτιστικών εμποδίων και μιας άκαμπτης ιεραρχικής δομής. Μερικοί από τους περιορισμούς αυτής της δοκιμής ήταν η οιονεί πειραματική μέθοδος με ένα μόνο εμπλεκόμενο ίδρυμα και η έλλειψη ομάδας ελέγχου.

Η μελέτη του Errich και των συνεργατών του (2015) διεξήχθη σε πέντε νοσοκομεία με ολοκληρωμένες παιδιατρικές υπηρεσίες στην ευρύτερη περιοχή του Chicago (Illinois) των ΗΠΑ και επικεντρώθηκε στις επείγουσες μεταφορές παιδιατρικών ασθενών σε Τμήματα Επειγόντων ή Παιδιατρικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICU). Στόχος τους, η επιλογή και κατάρτιση εσωτερικών επιθεωρητών για την συνεχή αξιολόγηση των επιδόσεων ομάδας στα νοσοκομεία, με την υποστήριξη του Agency for Healthcare Research and Quality των Η.Π.Α. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της ομαδικής εργασίας και των δεξιοτήτων επικοινωνίας και την παροχή ομαδικής κατάρτισης με βάση την προσομοίωση. Για την επίτευξη υψηλής αξιοπιστίας κατά την αξιολόγηση των δεξιοτήτων ομαδικής εργασίας, απαιτήθηκαν δύο βασικά στοιχεία: (1) επιλογή εργαλείου που να επιτρέπει μια ψυχομετρικά ορθή βαθμολογία και (2) ισχυρή εκπαίδευση κατάρτισης για τη χρήση του εργαλείου. Το Team- STEPPS χρησιμοποιήθηκε από την πολυεπιστημονική ομάδα κλινικών από τα

συμμετέχοντα νοσοκομεία ως πλαίσιο μοντέλου κατάρτισης, ως βάση για την ανάπτυξη σεναρίων προσομοίωσης και για την καθοδήγηση διαμόρφωσης διαλόγου. Το TeamSTEPPS ενσωματώθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης υπό μορφή (1) διδακτικής επισκόπησης των βασικών εννοιών της ομάδας και της ομαδικής εργασίας για κοινή κατανόηση των όρων (2) επισκόπησης και επίδειξης των συνήθων παγίδων διαβάθμισης που πρέπει να αποφεύγονται (3) ανασκόπησης των βασικών χαρακτηριστικών της απόδοσης ομάδας και σχέση κάθε στοιχείου με τις αρχές του TeamSTEPPS και (4) εργαλείο βαθμολόγησης της ομάδας κατά την πρακτική άσκηση. Αποτελούσε δε σημείο αναφοράς για την μεταξύ των επιτηρητών συμφωνία κατά τα χρονικά στάδια μεταξύ των εκπαιδύσεων. Αποτελέσματα: η γενική συμφωνία αυξήθηκε από τη δεύτερη εκπαίδευση (83,6%) έως την τρίτη εκπαίδευση (85,6%) κατά την αξιολόγηση των ίδιων πιλοτικών τμημάτων. Η συνοχή συμφωνίας για την αξιολόγηση της συνολικής απόδοσης της ομάδας ήταν 78,3%, ποσοστό το οποίο προστέθηκε στην τρίτη συνεδρία εκπαίδευσης. Παρά το ότι το δείγμα ήταν πολύ μικρό και το εξειδικευμένο υπόβαθρο πολύ διαφορετικό για να επιτρέψει την ύπαρξη ανάλυσης υποομάδων, ένα μοντέλο παλινδρόμησης που συμπεριλαμβάνεται, αποδεικνύει ότι μεταβλητές όπως πχ το επαγγελματικό υπόβαθρο, έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τις αξιολογήσεις.

Η έρευνα των Hekmat N. S, Dehnavieh R., Rahimisadegh R., Kohreima V, Kohreima J., πραγματοποιήθηκε το 2015 στο Kerman του Iran. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από μέλη κλινικών ομάδων 4 πανεπιστημιακών νοσοκομείων, που ανήκαν είτε στην υγειονομική διοίκηση, είτε στον τομέα της κλινικής πρακτικής. Χρησιμοποιήθηκε αυτούσιο το ερωτηματολόγιο teamSTEPPS (Δομή ομάδας, Ηγεσία, Παρακολούθηση κατάστασης, Αμοιβαία υποστήριξη, Επικοινωνία). Αποτελέσματα: Η συνολική μέση βαθμολογία των νοσοκομείων που αφορούσε στη στάση της ομάδας ήταν 3,9 στα 5 (SD = 0,31). Η υψηλότερη βαθμολογία συμπεριφοράς ομάδας σημειώθηκε στο νοσοκομείο Afzalipour, ενώ το χαμηλότερο αποτέλεσμα δόθηκε στο νοσοκομείο Shahid Beheshti και το νοσοκομείο Shafa. Από όλα τα επιμέρους κριτήρια της ομαδικότητας, αυτά της ηγεσίας και της αμοιβαίας υποστήριξης, έλαβαν την υψηλότερη και χαμηλότερη βαθμολογία αντίστοιχα (4,9 και 3,7). Η ανάλυση παλινδρόμησης με μεταβλητές και υποκλίμακες (πχ. απασχόληση, η

εργασία, η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και η ευθύνη) ανέδειξε την ευθύνη ως σημαντικότερο παράγοντα. Συσχετισμοί επίσης προκύπτουν με την οικογενειακή κατάσταση και τον τομέα της ηγεσίας, της ευθύνης με την παρακολούθηση κατάστασης και της εργασιακής εμπειρίας στους τομείς επικοινωνίας και αμοιβαίας υποστήριξης.

Η μελέτη της Vertino (2014) διεξήχθη στο Buffalo των ΗΠΑ, σε τμήμα νοσοκομείου Veterans Affairs Health (VAH) υπό την πρωτοβουλία της διεύθυνσης ποιότητας που εντόπισε σε συγκεκριμένη μονάδα προβλήματα με διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, δυσαρέσκεια για τη μονάδα, έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των συναδέλφων και υψηλό κύκλο εργασιών, συμπεριλαμβανομένου του κύκλου εργασιών στην ηγετική θέση της μονάδας. Το δείγμα αποτελούταν από νοσηλευτές πλήρους και μερικής απασχόλησης. Όλο το προσωπικό κλήθηκε να παρακολουθήσει το πρόγραμμα TeamSTEPPS και να απαντήσει 30 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετικά με την αντίληψη συμπεριφορών (Teamwork Attitude Questionnaire/T-TAQ), που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση πριν / μετά την εκπαίδευση. Αποτελέσματα: Συνολικές μη προσαρμοσμένες μέσες βαθμολογίες T-TAQ σε χρόνο 0 (προ εκπαίδευσης) και χρόνο 1 (μετά την εκπαίδευση) ήταν 4,20 και 4,64, αντίστοιχα, με συνολική βαθμολογία αλλαγής 0,44. Τα αποτελέσματα για τις 5 διαστάσεις ομάδας (στη μεταβλητή του χρόνου) με μετασχηματισμένα στοιχεία κατέδειξαν όπως ήταν αναμενόμενο, ότι οι τομείς που υπολείπονται είναι αυτοί της επικοινωνίας και της δομής ομάδας. Η επαγγελματική ομάδα ή τα χρόνια εμπειρίας δεν επηρέασαν τα αποτελέσματα, ώστε να πραγματοποιηθούν περαιτέρω αλλαγές στο σύνολο T-TAQ σε οποιαδήποτε από τις υποκλίμακες υποδεικνύοντας ότι δεν υπήρξε καμία επίδραση στις βαθμολογίες.

Στη μελέτη της Brodsky και της ομάδας της (2013) επιδιώχθηκε η διερεύνηση της στάσης του προσωπικού για την ομαδική εργασία στην ΜΕΘ νεογνών του νοσοκομείου Beth Israel Deaconess Medical Center (Boston, Massachusetts, ΗΠΑ), της ταυτοποίησης των επιμέρους τμημάτων της ομαδικής εργασίας που λειτουργούσαν αποτελεσματικά και τους τομείς που απαιτούσαν βελτίωση. Στο πρώτο στάδιο το ερωτηματολόγιο teamSTEPPS απαντήθηκε από νοσηλευτές,

φυσιοθεραπευτές και γιατρούς. Στο δεύτερο έλαβε χώρα εκπαίδευση για την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας και επαναξιολόγηση βάσει των ερωτημάτων του teamSTEPPS, ώστε να καταγραφούν αποκλίσεις συγκρίνοντας τις αντιλήψεις της προπαρασκευής ομαδικής εργασίας και της μετα την εκπαίδευση περιόδου. Αποτελέσματα: Τα δεδομένα σύγκρισης έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις δεν έχουν καμία επίδραση στην αντίληψη του προσωπικού, εάν το σύνολο του προσωπικού δεν συμμερίζεται τον ίδιο σκοπό και όραμα. Επιπλέον, η εκτίμηση του προσωπικού για την ικανότητα αναγνώρισης και ανταπόκρισης σε συγκρούσεις, δεν άλλαξε, όπως επίσης και η στάση του προσωπικού απέναντι στους ηγέτες. Μετά την κατάρτιση υπήρξε μεγαλύτερη ενθάρρυνση της ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας και καλύτερη ενημέρωση. Επίσης οι συμμετέχοντες διαπίστωσαν ότι έδιναν πλέον πολύ μεγαλύτερη σημασία στους ασθενείς των συναδέλφων τους και των συμβάντων εντός της μονάδας, ενώ παράλληλα ήταν περισσότερο πρόθυμοι να ακούσουν εποικοδομητική ανατροφοδότηση.

Η μελέτη της Figueroa και των συνεργατών της (2012) είχε στόχο το να καθοριστεί εάν η βελτίωση της ομαδικής εργασίας, αυξάνει την εμπιστοσύνη και την επικοινωνία κατά την αντιμετώπιση εκδήλωσης κρίσιμων για τη ζωή καταστάσεων (πχ καρδιοπνευμονική ανακοπή). Διεξήχθη σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Tennessee των ΗΠΑ, με την έγκριση και στήριξη του Institutional Review Board, σε παιδιατρική καρδιοχειρουργική μονάδα. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις αρχές του teamSTEPPS και περιελάμβανε το ερωτηματολόγιό του ώστε να διερευνηθεί η κλίμακα απόδοσης των κριτηρίων για κάθε διάσταση. Στη συνέχεια ακολουθήθηκε εκπαίδευση με σενάρια προσομοίωσης, τεχνική για την οποία τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι είναι αποτελεσματική στην αύξηση των δεξιοτήτων για την ομαδική εργασία. Οι έρευνες που διενεργήθηκαν πριν, αμέσως μετά, και 3 μήνες μετά τη συμμετοχή αξιολόγησε την δεξιότητα αντίληψης, τη γνώση και την εμπιστοσύνη στην ομάδα. Το δείγμα πληθυσμού περιελάμβανε νοσηλευτές, γιατρούς ειδικευόμενους στην Καρδιολογία / Εντατικολογία και φυσιοθεραπευτές. Αποτελέσματα: οι συνιστώσες που αφορούν στην επικοινωνία και την αντίληψη αμοιβαίου σεβασμού, έλαβαν αρχικά τιμές μέτριες. Η εφαρμογή των αρχών του teamSTEPPS οδήγησε σε σημαντική αύξηση συνολικά με εντοπισμό κυρίως στην

closed-loop επικοινωνία, τη χρήση συστοιχιών, και την αίσθηση ενδυνάμωσης της ομάδας.

Σκοπός της μελέτης του Baker και της ομάδας του (2010) ήταν η ανάπτυξη και επικύρωση του Ερωτηματολογίου TeamSTEPPS για την συμπεριφορά στην ομαδική εργασία στην υγειονομική περίθαλψη. Ο πληθυσμός που αποτέλεσε το δείγμα της έρευνας ήταν επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε στρατιωτικά νοσοκομεία και οι συμμετέχοντες σε μια συνδιάσκεψη στη Virginia των ΗΠΑ με την αρωγή του Department of Defense. Τα ληφθέντα δεδομένα από τα δύο δείγματα περιλαμβάνουν διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία και ως εκ τούτου η δυνατότητα της σύγκρισης των δειγμάτων ήταν περιορισμένη. Στα πλαίσια της μελέτης εξετάστηκε επίσης η ανεξαρτησία του κάθε δομικού στοιχείου που ερευνάται (ηγεσία, αμοιβαία υποστήριξη, δομή ομάδας, επικοινωνία, παρακολούθηση κατάστασης).

Αποτελέσματα: Οι συντελεστές κυμαίνονταν από 0,36 (Αμοιβαία Υποστήριξη και Δομή Ομάδας) σε 0,63 (Παρακολούθηση καταστάσεων και Επικοινωνία). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι ενώ τα μετρήσιμα στοιχεία αλληλεπικαλύπτονται σε κάποιο βαθμό, η μέτρηση και η σημασία τους διαφοροποιούνται. Στο δείγμα συμπεριλαμβάνονταν γιατροί, νοσηλευτές και οδοντίατροι. Μελετήθηκαν και υποκλίμακες - αν και λίγες σημαντικές διαφορές προέκυψαν αφού όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι έχουν γενικά θετική στάση απέναντι στην ομαδική εργασία- ωστόσο υπήρξαν και ενδιαφέροντα ευρήματα. Όσον αφορά το συνολικό ερωτηματολόγιο, οι γιατροί και οι οδοντίατροι σε συνδυασμό είχαν σημαντικά χαμηλότερη μέση συνολική κλίμακα (4,07) από ό, τι οι νοσηλευτές (4.11). Η ηγεσία ήταν η μόνη δομή για την οποία προσδιορίστηκε μια διαφορά υποομάδας, έτσι ώστε οι νοσηλευτές είχαν μια πολύ πιο θετική άποψη (4,35) για την ηγεσία από ό, τι οι γιατροί (4.23). Ωστόσο, παρά τη διαφορά, και οι δύο υποομάδες αντιμετώπιζαν πολύ θετικά τη τις πτυχές της ομαδικής εργασίας που σχετίζονται με την ηγεσία. Τέλος, δεν εντοπίστηκαν διαφορές στη γενική στάση απέναντι στην ομαδική εργασία μεταξύ των στρατιωτικών και πολιτικών δειγμάτων.

Η εφαρμογή του προγράμματος TeamSTEPPS ήταν μέρος μιας μεγαλύτερης μελέτης της Stead και των συνεργατών της (2009) που αφορούσε πέντε νοσοκομεία της Ν.

Αυστραλίας, εκ των οποίων το ένα –με κατεύθυνση την ψυχική υγεία- μελετήθηκε και σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία. Στόχος η αξιολόγηση του επιπέδου της διεπιστημονικής συνεργασίας πριν και μετά από εκπαίδευση διάρκειας 8 μηνών. Μετά την εκπαίδευση, το προσωπικό σχημάτισε μια «ομάδα αλλαγών» για να καθοδηγήσει την εφαρμογή του προγράμματος. Η τρίτη φάση υλοποίησης ήταν υποστηρικτική (αξιολόγηση της ενσωμάτωσης των αλλαγών). Πριν την εφαρμογή του προγράμματος TeamSTEPPS, η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών για σχεδόν όλους τους τομείς, έτεινε να είναι χαμηλότερη στην υπό διερεύνηση μονάδα ψυχικής υγείας από ό, τι στα υπόλοιπα αντικείμενα μελέτης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους τομείς επικοινωνίας σχετικά με ιατρικό σφάλμα, τη συχνότητα αναφοράς γεγονότων την οργανωτική μάθηση και την ομαδική εργασία εντός νοσοκομειακών μονάδων. Μετά την εφαρμογή του προγράμματος οι τομείς επικοινωνίας και ομαδικής εργασίας παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ τα ποσοστά της μονάδας ψυχικής υγείας εξομοιώθηκε με τα υπόλοιπα νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η διεξαγωγή της έρευνας βασίζεται στην επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγείας, που ανήκει στο γενικότερο πλαίσιο προσέγγισης των ανθρωπίνων παραγόντων (human factors) στην παροχή φροντίδας στο νοσοκομείο. Παρά τη διεθνή αναγνώριση της αναγκαιότητας για τη σχεδίαση αποτελεσματικών, ανθρωποκεντρικών διαδικασιών με στόχο τη βελτίωση των παραγόντων που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς, στη χώρα μας δεν έχουν ολοκληρωθεί δοκιμές που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη βελτίωση των μη τεχνικών δεξιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Η εργασία στο χώρο του νοσοκομείου περιλαμβάνει τεχνικές δεξιότητες, όπως χειρισμό εργαλείων, χορήγηση φαρμάκων και χρήση βιοϊατρικού εξοπλισμού και μη τεχνικών γνώσεων, όπως η επικοινωνία, η λήψη αποφάσεων και η αμοιβαία υποστήριξη που εν τέλει ορίζει τόσο την ίδια την ομάδα υγείας, όσο και την αποτελεσματικότητά της. Αυτοί είναι οι λόγοι που η έρευνα εστίασε στις δύο διαστάσεις από τις πέντε που προσφέρει το εργαλείο teamSTEPS.

4.1 Δείγμα – Χώρος διεξαγωγής μελέτης – Ερωτηματολόγιο

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Αθήνας, που αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές Νοσοκομειακές Μονάδες της χώρας. Το νοσοκομείο διαθέτει άδεια 315 κλινών, ωστόσο ενεργές είναι οι 274. Δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και από το 2010 έχει λάβει διαπίστευση από τον οργανισμό **Joint Commission International**, που αποδεικνύει την υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας, την οποία ανανεώνει ανά τριετία. Επίσης, στο υπό μελέτη νοσοκομείο χρησιμοποιούνται κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα εργασίας.

Όσον αφορά στον οργανισμό Joint Commission International (JCI) ιδρύθηκε το 1997 ως τμήμα του Joint Commission Resources, Inc. (JCR), μιας μη κερδοσκοπικής εταιρείας 100% θυγατρικής του The Joint Commission. Ο JCI, μέσω των διεθνών προγραμμάτων διαπιστεύσεων, συμβουλευτικών υπηρεσιών, εκδόσεων και εκπαίδευσης επεκτείνει την αποστολή του The Joint Commission και βοηθά στη

βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο. Ο JCI υποστηρίζει οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, φορείς δημόσιας υγείας, υπουργεία υγείας και άλλους οργανισμούς σε περισσότερες από 100 χώρες.

Τα πρότυπα του οργανισμού Joint Commision International αναπτύσσονται σε διαβούλευση με διεθνείς εμπειρογνώμονες, με παρόχους υπηρεσιών υγείας, και με ασθενείς, ενσωματώνοντας την τρέχουσα επιστημονική βιβλιογραφία για να βοηθούν τους οργανισμούς να μετρούν, να αξιολογούν και να βελτιώνουν την επίδοσή τους.

Στο υπό διερεύνηση νοσοκομείο, δραστηριοποιούνται σύμφωνα με στοιχεία του HR, 295 άτομα στον διοικητικό κλάδο, 560 στο νοσηλευτικό και 228 ως έμμισθοι ιατροί. Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολεί το νοσοκομείο, αναγνωρίζουν ότι η βελτίωση ποιότητας ανήκει στο πεδίο των δικών τους πρακτικών, και έχουν εκπαιδευτεί και χρησιμοποιούν τεχνικές και εργαλεία που έχουν προκύψει από το πρόγραμμα TeamSTEPPS (SBAR, EWS, 2-Challenge Rule, surgical check-list) στην καθημερινότητά τους και δραστηριοποιούνται στο χώρο εργασίας βάσει πρωτοκόλλων, κατευθυντηρίων γραμμών από διεθνείς οργανισμούς (πχ WHO, CDC) και οδηγιών εργασίας του ίδιου του οργανισμού. Περιορισμοί αυτής της δοκιμής ήταν η εφαρμογή της μεθόδου με ένα μόνο εμπλεκόμενο θεσμικό όργανο και η έλλειψη ομάδας ελέγχου. Μελλοντικά θα είχε ενδιαφέρον μια σύγκριση με νοσοκομείο που δεν έχει ακόμη διαπιστευτεί. Στα πλεονεκτήματα της δοκιμής ανήκουν ότι οι συμμετέχοντες ικανοποιούσαν την απαίτηση του ελάχιστου μεγέθους δείγματος ανά μονάδα, η αρωγή της διοίκησης του νοσοκομείου, η χρήση παρατηρητικών εργαλείων προσαρμοσμένων και επικυρωμένων στο περιβάλλον του νοσοκομείου και η υλοποίηση ενός προγράμματος βασισμένου σε αποδεικτικά στοιχεία.

Αρχικά εξασφαλίστηκε η έγκριση από την επιστημονική επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου που συμμετείχε στη μελέτη. Εν συνεχεία, διασφαλίστηκε η πληροφορημένη συγκατάθεση των συμμετεχόντων ατόμων με την ενημέρωσή τους ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελούσε αυτόματα συγκατάθεση συμμετοχής τους στην μελέτη. Η προσέγγισή τους έγινε με τρόπο θετικό, χωρίς πίεση και καθοδήγηση από την ερευνήτρια. Επειδή υπήρξε η υπόνοια ότι πιθανόν η παρουσία της ερευνήτριας επηρέαζε τον τρόπο απάντησης στις ερωτήσεις κατά τη συμπλήρωση, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα

ερωτηματολόγια μόνοι τους. Τα ερωτηματολόγια επέστρεφαν ανώνυμα σε κλειστό φάκελο και τοποθετούνταν σε κάλη. Τα στοιχεία που ελήφθησαν, από τους συμμετέχοντες στην μελέτη, ήταν εμπιστευτικά και κρατήθηκαν απόρρητα σε όλες τις φάσεις της έρευνας, της συλλογής της επεξεργασίας και της ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων.

Η προτεινόμενη μελέτη ήταν μια μη πειραματική μελέτη. Κατά την διεξαγωγή της δεν απαιτήθηκε ασφαλιστική κάλυψη διότι δεν χορηγήθηκε κανένα υπό δοκιμή φάρμακο και δεν πραγματοποιήθηκε καμία παρεμβατική διαδικασία στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Από τη διενέργεια της μελέτης αυτής δεν υπήρξε οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

4.1.1 Βαθμός Ανταπόκρισης στη Μελέτη

Διανεμήθηκαν από την ερευνήτρια 300 ερωτηματολόγια σε εργαζομένους του υπό μελέτη νοσοκομείου (100 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού, 100 ιατρούς και 100 διοικητικούς υπάλληλους). Στην παρούσα μελέτη αξιοποιήθηκαν 265 ερωτηματολόγια (93 νοσηλευτικού προσωπικού, 84 διοικητικών, 88 ιατρών), καθώς 35 ερωτηματολόγια δεν επεστράφησαν ή ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα. Ο βαθμός ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 88,33%. Πιο αναλυτικά, ο βαθμός ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 93%, των ιατρών 88% και των διοικητικών 84% (Γράφημα 4-1).

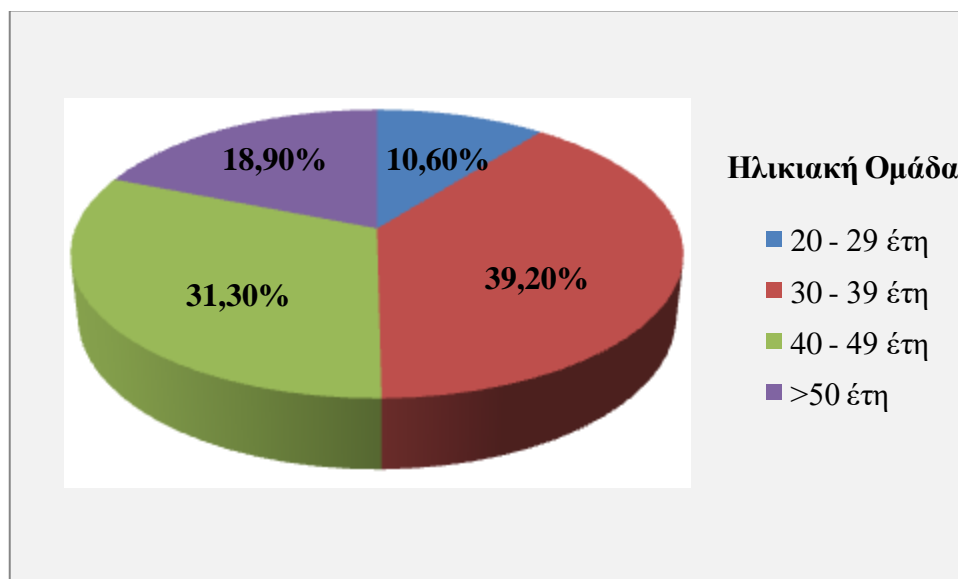
Γράφημα 4-5 Κατανομή των συμμετεχόντων ανά κλάδο εργασίας



4.1.2 Ανάλυση Δημογραφικών και Επαγγελματικών Δεδομένων του Δείγματος

Στο σύνολο του δείγματος, όσον αφορά στο φύλο, 107 (40,4%) ήταν άνδρες και 158 (59,6%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία όλων των συμμετεχόντων ήταν 40,48(±9,33) έτη, με ελάχιστη ηλικία τα 22 έτη και μέγιστη ηλικία τα 65. Το 10,6% (n=28) των συμμετεχόντων άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 20 – 29 έτη, το 39,2% (n=104) στην ηλικιακή ομάδα 30 – 39 έτη, το 31,3% (n=83) στην ηλικιακή ομάδα 40 – 49 έτη, ενώ το 18,9% (n=50) των συμμετεχόντων είχαν ηλικία μεγαλύτερη ή ίση από τα 50 έτη (Γράφημα 4-2).

Γράφημα 4-6: Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων



Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, 79 άτομα ήταν άγαμοι (29,8%), 167 έγγαμοι (63%), 16 διαζευγμένοι (6%) και 3 χήροι (1,1%).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, 68 (25,7%) είχαν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 69 (26%) είχαν πτυχίο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης ΤΕΙ, 49 (18,5%) είχαν πτυχίο Ανώτατης Εκπαίδευσης ΑΕΙ, 65 (24,5%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και 14 (5,3%) είχαν Διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Όσον αφορά τα έτη εργασίας, 15 άτομα (5,7%) είχαν λιγότερο από 1 χρόνο εργασίας στο υπό μελέτη νοσοκομείο, 57 (21,5%) ένα έως πέντε έτη εργασίας, 75 (28,3%) έξι έως δέκα έτη εργασίας, 48 (18,1%) έντεκα με δεκαπέντε χρόνια εργασίας, 26 (9,8%) δεκαέξι με είκοσι χρόνια εργασίας και 44 (16,6%) πάνω από 20 χρόνια εργασίας.

Αναφορικά με το μηνιαίο μισθό, 130 άτομα (49,1%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν έως και 1000 €, 55 (20,8%) από 1001 έως και 2000 και 47 (17,7%) πάνω από 2000€. Ωστόσο, 33 άτομα (12,5%) δε δήλωσαν ποιος είναι ο μηνιαίος τους μισθός.

Στον πίνακα (4-1) που ακολουθεί παρατίθενται τα περιγραφικά στοιχεία δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των 265 ατόμων της μελέτης:

Πίνακας 4- 1: Περιγραφικά στοιχεία δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων των 265 ατόμων της μελέτης

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	107	40,4
Γυναίκα	158	59,6
Τομέας Εργασίας		
Διοικητικός	84	31,7
Ιατρικός	88	33,2
Νοσηλευτικός	93	35,1
Ηλικιακή Ομάδα		
20 – 29 έτη	28	10,6
30 – 39 έτη	104	39,2
40 – 49 έτη	83	31,3
≥50 έτη	18,9	50
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος-η	79	29,8
Έγγαμος-η	167	63,0
Διαζευγμένος-η	16	6,0
Χήρος-α	3	1,1
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πτυχίο Μ.Ε (Δ.Ε)	68	25,7

	Πτυχίο Τ.Ε.Ι	69	26,0		
	Πτυχίο Α.Ε.Ι	49	18,5		
	Μεταπτυχιακό	65	24,5		
	Διδακτορικό	14	5,3		
Έτη προϋπηρεσίας					
	< 1 χρόνο	15	5,7		
	1 – 5 έτη	57	21,5		
	6 – 10 έτη	75	28,3		
	11 – 15 έτη	48	18,1		
	16 – 20 έτη	26	9,8		
	≥ 21 έτη	44	16,6		
Μηνιαίος Μισθός					
	≤1000 €	130	49,1		
	1001 – 2000 €	55	20,8		
	> 2000 €	47	17,7		
	missing	33	12,5		
	Mean	SD	Median	Min-Max	IQR
Ηλικία (έτη)	40.48	9.33	40	22 - 65	13
Έτη εργασίας (≥1 χρόνο)	12,12	8,11	10,00	1 - 31	12

Όσον αφορά στο φύλο, το ποσοστό των ανδρών στους διοικητικούς ήταν 17,9%, στους ιατρούς 70,5% και στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού 32,3%. Ο έλεγχος χ^2 , έδειξε ότι οι τρεις ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που τις απαρτίζουν. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ανδρών στους ιατρούς ήταν σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες.

Σχετικά με την ηλικία, η πλειοψηφία των διοικητικών και του νοσηλευτικού άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 30 – 39 έτη (51,2% και 52,7% αντίστοιχα), ενώ η πλειοψηφία των ιατρών άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 40 – 49 έτη, σε ποσοστό 48,9%. Οι τρεις ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς την κατανομή των ατόμων τους ανά ηλικιακή ομάδα. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία των ατόμων σε κάθε κλάδο εργασίας ήταν έγγαμοι (διοικητικοί 54,8%, ιατροί 87,5% και

νοσηλευτικό προσωπικό 47,3%). Οι τρεις ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς ποσοστό των έγγαμων και άγαμων.

Στον πίνακα 4-2, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας:

Πίνακας 4-2: Περιγραφικά στοιχεία των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας

	Κλάδος Εργασίας						Στατιστικός Έλεγχος
	Διοικητικός		Ιατρικός		Νοσηλευτικός		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Φύλο							
Ανδρας	15	17,9	62	70,5	30	32,3	$\chi^2=53,311$ $p \leq 0,001$
Γυναίκα	69	82,1	26	29,5	63	67,7	
Ηλικιακή Ομάδα							
20 – 29 έτη	13	15,5	0	0,0	15	16,1	$\chi^2=74,484$ $p \leq 0,001$
30 – 39 έτη	43	51,2	12	13,6	49	52,7	
40 – 49 έτη	17	20,2	43	48,9	23	24,7	
≥50 έτη	11	13,1	33	37,5	6	6,5	
Οικογενειακή κατάσταση							
Άγαμος-η	33	39,3	1	8,0	39	41,9	$\chi^2=40,208$ $p \leq 0,001$
Έγγαμος-η	46	54,8	77	87,5	44	47,3	
Διαζευγμένος-η	5	6,0	2	2,3	9	9,7	
Χήρος-α	0	0,0	2	2,3	1	1,1	
Επίπεδο εκπαίδευσης							
Πτυχίο Μ.Ε (Λ.Ε.Υ.)	29	34,5	0	0,0	39	41,9	$\chi^2=40,208$ $p \leq 0,001$
Πτυχίο Τ.Ε.Ι	35	41,7	0	0,0	34	36,6	
Πτυχίο Α.Ε.Ι	3	3,6	42	47,7	4	4,3	
Μεταπτυχιακό	17	20,2	32	36,4	16	17,2	
Διδακτορικό	0	0,0	14	15,9	0	0,0	
Έτη							
< 1 χρόνο	4	4,8	2	2,3	9	9,7	$\chi^2=22,537$ $p=0,013$
1 – 5 έτη	13	15,5	29	33,0	15	16,1	

6 – 10 έτη	31	36,9	19	21,6	25	26,9	
11 – 15 έτη	15	17,9	12	13,6	21	22,6	
16 – 20 έτη	9	10,7	6	6,8	11	11,8	
≥ 21 έτη	12	14,3	20	22,7	12	12,9	
Μηνιαίος Μισθός							
≤1000 €	65	77,4	4	4,5	61	65,6	$\chi^2=157,756$ $p<0,001$
1001 – 2000 €	16	19	21	23,9	18	19,4	
> 2000 €	0	0,0	47	53,4	0	0,0	
missing	3	3,6	16	18,2	14	15,2	

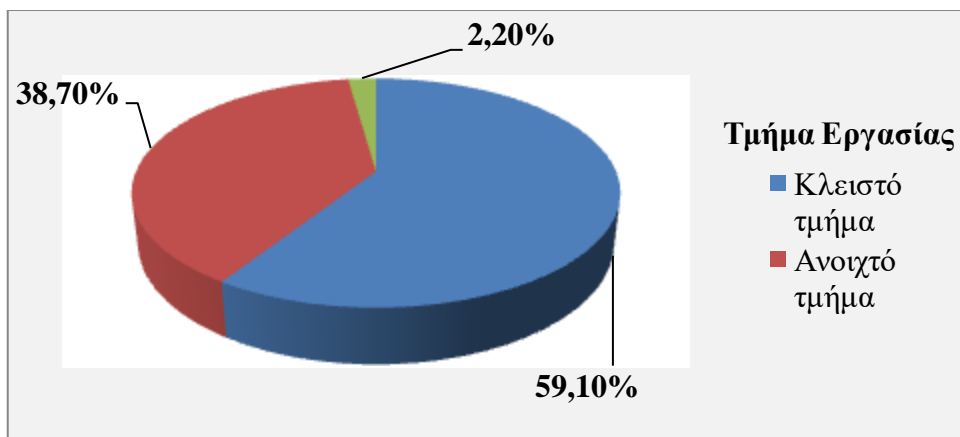
Στον πίνακα 4-3 παρουσιάζονται η μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (SD), η διάμεσος (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) των ποσοτικών μεταβλητών των δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας. Παρατηρούμε ότι η μέση τιμή ηλικίας στο νοσηλευτικό και τον διοικητικό κλάδο προσομοιάζουν (διοικητικό προσωπικό 38,12, νοσηλευτικό προσωπικό 36, 29), ενώ αυτή του ιατρικού ανήκει κατά πλειοψηφία σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (47,17). Όσον αφορά στα έτη εργασίας, και κατά τον έλεγχο Kruskal Wallis καταδεικνύεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων προσωπικού.

Πίνακας 4-3: Περιγραφικά στοιχεία ποσοτικών μεταβλητών δημογραφικών και επαγγελματικών δεδομένων ανά κλάδο εργασίας

	Mean	SD	Median	IQR
Ηλικία (έτη)				
Διοικητικό	38,12	8,972	36	12
Ιατρικό	47,17	7,410	47	10
Νοσηλευτικό	36,29	7,726	35	10
Έτη εργασίας				
Διοικητικό	11,63	8,608	10	10
Ιατρικό	11,50	8,238	10	16
Νοσηλευτικό	11,20	8,323	10	11

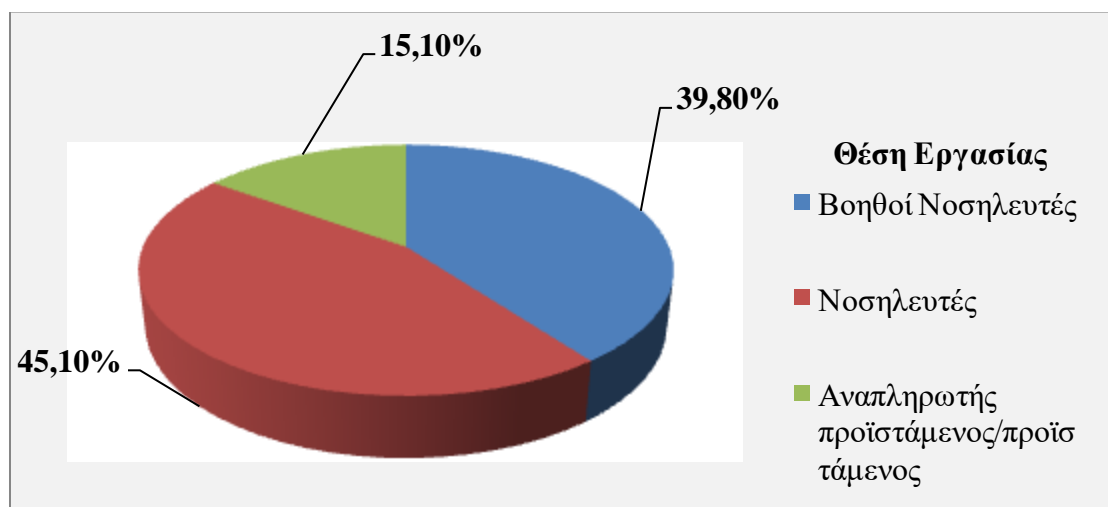
Αναφορικά με τον τμήμα εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (σύμφωνα με το Γράφημα 4-3), 36 άτομα (38,7%) εργάζονταν σε ανοιχτό τμήμα (νοσηλευτικοί όροφοι, ΤΕΠ), 55 (59,1%) σε κλειστό τμήμα (χειρουργείο, ΜΕΘ/ΜΑΦ), ενώ 2 (0,8%) είχαν θέση στο γραφείο εκπαίδευσης/νοσηλευτική διεύθυνση.

Γράφημα 4- 7: Κατανομή των νοσηλευτών ανάλογα με το τμήμα εργασίας



Επίσης, όσον αφορά στη βαθμίδα απασχόλησης και απεικονίζεται στο γράφημα 4-4, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στους νοσηλευτές ΤΕΙ/ΑΕΙ (45,2%), το 15,1% έχει θέση αναπληρωτή προϊσταμένου/προϊσταμένου, ενώ το 39,8% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν βοηθοί νοσηλευτές.

Γράφημα 4- 8: Κατανομή των νοσηλευτών ανάλογα με τη θέση εργασίας τους



Τέλος, η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον για την ομάδα των διοικητικών ήταν $7,43 \pm 1,710$, για τους ιατρούς $7,68 \pm 2,142$ και για το νοσηλευτικό προσωπικό $7,51 \pm 1,419$. Οι μέσες διατάξεις (mean rank) των αποστάσεων στην ενιαία διάταξη διαφοροποιούνται μεταξύ τους, κυμαινόμενες από 123,92 στην ομάδα των διοικητικών έως 148,51 στην ομάδα των ιατρών. Ο έλεγχος Kruskal Wallis έδειξε σημαντική διαφορά στον βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον μεταξύ των τριών ομάδων προσωπικού (Πίνακας 4-5), που επιβεβαιώνεται και κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον (Πίνακας 4-4):

Πίνακας 4 - 4: Βαθμός Ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον ανά κλάδο εργασίας

	Mean	SD	Median	IQR	Min - Max
Βαθμός Ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον					
Διοικητικό	7,43	1,710	8	1	2 – 10
Ιατρικό	7,68	2,142	8	1	1 – 10
Νοσηλευτικό	7,51	1,419	8	1	3 – 10

Πίνακας 4- 5: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον

	Mean Rank	Στατιστικός Έλεγχος
Βαθμός Ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον		
Διοικητικό	123,92	Kruskal Wallis $\chi^2(2)=6,265$ p=0,044
Ιατρικό	148,51	
Νοσηλευτικό	126,53	

4.1.3 Επικοινωνία

Όσον αφορά στο συνολικό δείγμα, η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «Επικοινωνία» για την ομάδα των διοικητικών ήταν $3,98 \pm 0,614$, για τους ιατρούς

3,85±0,804 και για το νοσηλευτικό προσωπικό 3,83±0,729. Οι μέσες διατάξεις (mean rank) των αποστάσεων στην ενιαία διάταξη διαφοροποιούνται μεταξύ τους, κυμαινόμενες από 124,59 στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού έως 140,19 στην ομάδα των διοικητικών. Ο έλεγχος Kruskal Wallis έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της υποκλίμακας «Επικοινωνία» μεταξύ των τριών ομάδων προσωπικού (Πίνακες 4-6 και 4-7):

Πίνακας 4 - 6: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας της επικοινωνίας ανά κλάδο εργασίας

	Mean	SD	Median	IQR	Min - Max
Επικοινωνία					
Διοικητικό	3,98	0,614	4,00	0,50	1,50 – 5,00
Ιατρικό	3,85	0,804	4,00	0,67	1,00 – 5,00
Νοσηλευτικό	3,83	0,729	3,83	0,73	1,67 – 5,00

Πίνακας 4-7: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επικοινωνίας

Επικοινωνία	Mean Rank	Στατιστικός Έλεγχος
Διοικητικό	140,19	Kruskal Wallis $\chi^2(2)=1,943$ $p=0,379$
Ιατρικό	135,03	
Νοσηλευτικό	124,59	

Στις παραμέτρους του φύλου (Πίνακας 4-8), της ηλικιακής ομάδας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης, και του μηνιαίου μισθού (Πίνακας 4-9) οι όποιες διαφοροποιήσεις είναι μικρής στατιστικής ισχύος:

Πίνακας 4-8: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου

Δοκιμασία Mann – Whitney U		
Φύλο		p-value
Άνδρες	Γυναίκες	

	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Επικοινωνία	4,00	126,97	4,00	137,08	0,289

Πίνακας 4 - 9: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης

		Δοκιμασία Kruskal Wallis		
		Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία				
Ηλικιακή Ομάδα				
	20 – 29 έτη	3,83	124,95	0,738
	30 – 39 έτη	4,00	132,77	
	40 – 49 έτη	4,00	139,65	
	≥50 έτη	3,83	126,94	
Οικογενειακή Κατάσταση				
	Άγαμος-η	3,83	121,70	0,068
	Έγγαμος-η	4,00	133,75	
	Διαζευγμένος-η	4,17	171,88	
	Χήρος-α	4,50	181,17	
Επίπεδο Εκπαίδευσης				
	Πτυχίο Μ.Ε (Δ.Ε)	4,00	128,74	0,194
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι	3,83	123,78	
	Πτυχίο Α.Ε.Ι	4,00	126,33	
	Μεταπτυχιακό	4,17	152,95	

Στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της υποκλίμακας «Επικοινωνία» και τα έτη προϋπηρεσίας (Πίνακας 4-10). Συγκεκριμένα, τα άτομα με έτη εργασίας 1 έως 5 έτη είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία (mean rank=146,76) της υποκλίμακας «Επικοινωνίας» από τα άτομα που είχαν προϋπηρεσία πάνω από 21 έτη (mean rank=143,15), από αυτά που είχαν έτη εργασίας 6 – 10 έτη (mean rank=138,87), λιγότερο από ένα έτος προϋπηρεσίας (mean rank=135,57), 16 – 20 έτη (mean rank=134,00) και 11 – 15 έτη (mean rank=96,84).

Πίνακας 4 - 10: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των ετών εργασίας

		Δοκιμασία Kruskal Wallis		p-value
		Median	Mean rank	
Επικοινωνία				
Έτη προϋπηρεσίας				
	< 1 χρόνο	3,83	135,57	0,016
	1 – 5 έτη	4,17	146,76	
	6 – 10 έτη	4,00	138,87	
	11 – 15 έτη	3,67	96,84	
	16 – 20 έτη	3,87	134,00	
	≥ 21 έτη	4,00	143,15	

Το ίδιο ισχύει και μεταξύ της υποκλίμακας «Επικοινωνία» και του μηνιαίου μισθού, όπου τα άτομα που λαμβάνουν > 2000 € δίνουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην επικοινωνία (mean rank=123,59), τα άτομα με μηνιαίο μισθό 1001 – 2000 € ακολουθούν (mean rank=116,65), ενώ εκείνοι που λαμβάνουν ≤1000 € δίνουν τη μικρότερη βαθμολογία (mean rank=113,88), (Πίνακας 4-11):

Πίνακας 4 - 11: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού

		Δοκιμασία Kruskal Wallis		p-value
		Median	Mean rank	
Επικοινωνία				
Μηνιαίος Μισθός				

≤1000 €	4,00	113,88	
1001 – 2000 €	4,00	116,65	0,694
> 2000 €	4,17	123,59	

Στον ακόλουθο πίνακα (4-12) γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μικρής ισχύος σε επίπεδο σημαντικότητας στο 0,05 βρέθηκε μεταξύ της υποκλίμακας «Επικοινωνία» και στο βαθμό ικανοποίησης των ατόμων από το εργασιακό περιβάλλον ($\rho=0,173$, $p\leq 0,05$).

Πίνακας 4 - 12: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία	Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον	
Spearman rho	Επικοινωνία	-0,003	-0,058	0,173*

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Στην ομάδα των διοικητικών στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ του φύλου και της υποκλίμακας «Επικοινωνία» ($p=0,035$), όπου οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=54,40) της υποκλίμακας «Επικοινωνίας» σε σχέση με τις γυναίκες (mean rank=39,31) (Πίνακας 4- 13):

Πίνακας 4-13: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία Mann – Whitney U	Φύλο
----------------------------	------

	Άνδρες		Γυναίκες		p-value
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Επικοινωνία	4,17	54,40	3,83	39,31	0,035

Στον Πίνακα 4-14 παρατηρούμε ότι κατά τη διερεύνηση συσχέτισης της επικοινωνίας με την ηλικιακή ομάδα των διοικητικών, τα άτομα ηλικίας 20- 29 βαθμολογούν χαμηλότερα την υποκλίμακα της επικοινωνίας (mean rank=40,00), ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 30-39 (mean rank=42,56), εν συνεχεία τα άτομα ≥ 50 (mean rank=42,56), ενώ την υψηλότερη βαθμολογία δίνουν οι διοικητικοί των 40-49. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, η υψηλότερη βαθμολογία δόθηκε από τους κατόχους πτυχίου ΑΕΙ (mean rank=63,50) και η χαμηλότερη από τους κατόχους πτυχίου ΤΕΙ (mean rank=35,40). Στη διερεύνηση μεταξύ των ετών εργασίας και της υποκλίμακας επικοινωνίας ($p=0,001$), βρέθηκε ότι οι διοικητικοί με έτη εργασίας από έναν χρόνο έως και πέντε χρόνια είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=55,15), ενώ τη μικρότερη αυτοί που εργάζονται λιγότερο από ένα έτος (mean rank=20,50). Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση την υψηλότερη βαθμολογία έδωσαν οι διαζευγμένοι (mean rank=49,60) και τη χαμηλότερη οι άγαμοι (mean rank=41,91):

Πίνακας 4-14: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, των ετών εργασίας και της οικογενειακής κατάστασης στην ομάδα των διοικητικών

	Δοκιμασία Kruskal Wallis		
	Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία			
	Ηλικιακή Ομάδα		
	20 – 29 έτη	3,83	40,00
	30 – 39 έτη	4,00	42,56
	40 – 49 έτη	4,00	44,06
			0,976

≥50 έτη	3,83	42,82	
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Πτυχίο Μ.Ε (Δ.Ε)	4,17	46,76	
Πτυχίο Τ.Ε.Ι	3,96	35,40	0,086
Πτυχίο Α.Ε.Ι	-	63,50	
Μεταπτυχιακό	4,33	46,15	
Έτη προϋπηρεσίας			
< 1 χρόνο	3,75	20,50	
1 – 5 έτη	4,33	55,15	
6 – 10 έτη	4,17	50,73	0,001
11 – 15 έτη	3,67	25,83	
16 – 20 έτη	3,83	27,83	
≥ 21 έτη	4,00	46,71	
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος-η	3,83	41,91	
Έγγαμος-η	4,00	42,15	0,794
Διαζευγμένος-η	4,17	49,60	

Όσον αφορά στη διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών (Πίνακας 4-15), διαπιστώνεται ότι δεν υπήρξε συμμετέχων ο οποίος δηλώνει ότι λαμβάνει > 2000 € μηνιαίως. Η βαθμολογία της επικοινωνίας είναι υψηλότερη από τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 1001 – 2000 € (mean rank=43,72), και πιο χαμηλή για τα άτομα που λαμβάνουν μηνιαίως ≤1000 € (mean rank=40,33):

Πίνακας 4 -15: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία Mann – Whitney U			
	Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία			
Μηνιαίος			

Μισθός				
	≤1000 €	4,00	40,33	0,602
	1001 – 2000 €	4,08	43,72	

Στον ακόλουθο πίνακα (4-16) γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται μεταξύ της επικοινωνίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον που εμφανίζουν στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση ($r_{ho}=0,222$, $p \leq 0,05$),

Πίνακας 4-16: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία		Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον
Spearman rho	Επικοινωνία	-0,143	-0,173	0,222*

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Στον ιατρικό κλάδο στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ του φύλου και της υποκλίμακας «Επικοινωνία» ($p=0,028$), όπου οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης ($mean\ rank=53,67$) της υποκλίμακας «Επικοινωνίας» σε σχέση με τους άνδρες ($mean\ rank=40,65$) (Πίνακας 4-17):

Πίνακας 4 - 17: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα των ιατρών

Δοκιμασία Mann – Whitney U	
Φύλο	

	Άνδρες		Γυναίκες		p-value
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Επικοινωνία	4,00	40,65	4,17	53,67	0,028

Στον Πίνακα 4-18 παρατηρούμε ότι κατά τη διερεύνηση συσχέτισης της επικοινωνίας με την ηλικιακή ομάδα των ιατρών, την υψηλότερη βαθμολογία δίνουν οι γιατροί των 40-49 (mean rank=47,23), ενώ τα άτομα ηλικίας 30-39 και ≥ 50 δίνουν παρόμοιες τιμές στην υποκλίμακα της επικοινωνίας (mean rank=41,75 και 41,94 αντίστοιχα). Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, η υψηλότερη βαθμολογία δόθηκε από τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (mean rank=50,64) και η χαμηλότερη από τους κατόχους πτυχίου ΑΕΙ (mean rank=40,70). Ο μηνιαίος μισθός διαμορφώνει μια βαθμολογία ευθέως ανάλογη προς το εισόδημα, με υψηλότερη από τους έχοντες μηνιαίο εισόδημα $\geq 2001\text{€}$ (mean rank=39,04) και χαμηλότερη από τα άτομα που δηλώνουν απολαβές $\leq 1000\text{€}$ (mean rank=23,75). Σημαντική στατιστικά σχέση προκύπτει από τη διερεύνηση των ετών εργασίας και της υποκλίμακας της επικοινωνίας ($p=0,005$), όπου οι γιατροί με 16 έως 20 έτη εργασίας είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=65,83) και τη χαμηλότερη εκείνοι με 11 – 15 έτη προϋπηρεσίας (mean rank=22,63).

Πίνακας 4-18: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας στην ομάδα των γιατρών

	Δοκιμασία Kruskal Wallis		
	Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία			
	Ηλικιακή Ομάδα		
	30 – 39 έτη	4,08	41,75
	40 – 49 έτη	4,17	47,23
	≥ 50 έτη	4,00	41,94
			0,614

Επίπεδο			
Εκπαίδευσης			
Πτυχίο Α.Ε.Ι	3,83	40,70	
Μεταπτυχιακό	4,17	50,64	0,227
Διδακτορικό	3,92	41,86	
Μηνιαίος Μισθός			
≤1000 €	3,33	23,75	
1001 – 2000 €	4,00	33,24	0,255
≥2001€	4,17	39,04	
Έτη προϋπηρεσίας			
1 – 5 έτη	4,00	41,93	
6 – 10 έτη	4,17	46,29	
11 – 15 έτη	3,5	22,63	0,005
16 – 20 έτη	4,5	65,83	
≥ 21 έτη	4,17	48,95	

Στον πίνακα 4-19 παρατηρούμε σημαντική στατιστική απόκλιση κατά τη διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ της επικοινωνίας και της οικογενειακής κατάστασης, με τους έγγαμους να εμφανίζουν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=43,86) σε σχέση με τους άγαμους (mean rank=27,57):

Πίνακας 4-19: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και της οικογενειακής κατάστασης στην ομάδα των ιατρών

		Δοκιμασία Mann – Whitney U		
		Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία				
Οικογενειακή Κατάσταση				
	Άγαμος-η	3,83	27,57	0,089
	Έγγαμος-η	4,00	43,86	

Στον ακόλουθο πίνακα 4-20 γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της επικοινωνίας και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Πίνακας 4 -20: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των ιατρών

Δοκιμασία	Επικοινωνία	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον		
		Ηλικία	Έτη εργασίας	
Spearman rho		0,068	0,034	0,143

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Στην ομάδα των νοσηλευτών δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη συσχέτιση της επικοινωνίας και του φύλου (Πίνακας 4-21):

Πίνακας 4 -21: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

	T - test				p-value
	Φύλο				
	Άνδρες		Γυναίκες		
	Mean	SD	Mean	SD	
Επικοινωνία	3,69	0,79	3,89	0,70	0,219

Στον Πίνακα 4-22 παρατηρούμε ότι κατά τη διερεύνηση συσχέτισης της επικοινωνίας με την ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών, την υψηλότερη βαθμολογία δίνουν οι νοσηλευτές των 40-49 (mean rank=49,22), ενώ τη μικρότερη οι νοσηλευτές ηλικίας ≥ 50 (mean rank=42,58).

Πίνακας 4 -22: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

		Δοκιμασία Kruskal Wallis		p-value
		Median	Mean rank	
Επικοινωνία				
Ηλικιακή Ομάδα				
	20 – 29 έτη	3,67	44,47	0,928
	30 – 39 έτη	4,00	47,28	
	40 – 49 έτη	4,23	49,22	
	≥50 έτη	3,83	42,58	

Κατά τη διερεύνηση συσχέτισης της επικοινωνίας με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών, την υψηλότερη βαθμολογία δίνουν οι νοσηλευτές που δηλώνουν διαζευγμένοι (mean rank=4,22). Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, η υψηλότερη βαθμολογία δόθηκε από τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (mean rank=4,03) και η χαμηλότερη από τους κατόχους πτυχίου ΑΕΙ (mean rank=3,33). Στη διερεύνηση των ετών εργασίας και της υποκλίμακας της επικοινωνίας βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές με 1 έως 5 έτη εργασίας έδωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=4,12) και τη χαμηλότερη εκείνοι με 6 – 10 έτη προϋπηρεσίας (mean rank=3,59) (Πίνακας 4-23):

Πίνακας 4-23: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας στην ομάδα των νοσηλευτών

		Δοκιμασία Anova		p-value
		Mean	SD	
Επικοινωνία				
Οικογενειακή Κατάσταση				
	Άγαμος-η	3,68	0,83	0,214
	Έγγαμος-η	3,88	0,63	
	Διαζευγμένος-η	4,22	0,63	
Επίπεδο Εκπαίδευσης				

Πτυχίο ΔΕ	3,81	0,53	
Πτυχίο ΤΕ	3,81	0,78	0,379
Πτυχίο Α.Ε.Ι	3,33	1,54	
Μεταπτυχιακό	4,03	0,78	
Έτη προϋπηρεσίας			
< 1 έτος	4,04	0,64	
1 – 5 έτη	4,12	0,60	
6 – 10 έτη	3,59	0,87	0,162
11 – 15 έτη	3,67	0,84	
16 – 20 έτη	4,00	0,59	
≥ 21 έτη	3,94	0,26	

Όσον αφορά στη συσχέτιση μηνιαίων απολαβών και επικοινωνίας, οι νοσηλευτές που δηλώνουν εισόδημα ≤ 1000 € το μήνα, έδωσαν υψηλότερη βαθμολογία (mean rank=40,22) σε σύγκριση με εκείνους που δηλώνουν μηνιαίο εισόδημα 1001 – 2000 € (mean rank=39,25) (Πίνακας 4-24):

Πίνακας 4 -24: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

		Δοκιμασία Mann – Whitney U		
		Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία				
Μηνιαίος Μισθός				
	≤ 1000 €	4,00	40,22	0,874
	1001 – 2000 €	3,92	39,25	

Στον πίνακα 4-25 παρατηρούμε τη διαμόρφωση της βαθμολογίας στην επικοινωνία σε σχέση με το τμήμα εργασίας των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστό τμήμα (Χειρουργείο, ΜΕΘ/ΜΑΦ), έδωσαν υψηλότερη βαθμολογία (mean

rank=47,85) σε σύγκριση με εκείνους των νοσηλευτικών ορόφων (mean rank=43,17):

Πίνακας 4 -25: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και του είδους του τμήματος εργασίας των νοσηλευτών

		Δοκιμασία Mann – Whitney U		
		Median	Mean rank	p-value
Επικοινωνία	Τμήμα Εργασίας			
	Ανοικτό	3,83	43,17	0,405
	Κλειστό	3,83	47,85	

Στον ακόλουθο πίνακα 4-26 γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας της επικοινωνίας και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Ωστόσο δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 4 -26: Συσχετίσεις της υποκλίμακας της επικοινωνίας με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

Δοκιμασία	Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον	
Spearman rho	Επικοινωνία	0,051	-0,035	0,158

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

4.1.4 Αμοιβαία Υποστήριξη

Στο συνολικό δείγμα η υποκλίμακα «Αμοιβαία Υποστήριξη» βρέθηκε να έχει μέση τιμή $4,06 \pm 0,79$. Στον πίνακα 4-27 καταγράφονται η μέση τιμή (mean), η διάμεση τιμή (median), η τυπική απόκλιση (SD), το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) και η ελάχιστη – μέγιστη τιμή (min – max).

Πίνακας 4 - 27: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης στο συνολικό δείγμα

	Mean	SD	Median	Min-Max	IQR
Αμοιβαία Υποστήριξη	4,06	0,79	4,25	1,33-5,00	0,83

Για την ομάδα των διοικητικών η βαθμολογία ήταν $4,018 \pm 0,694$, για τους ιατρούς $4,19 \pm 0,836$ και για το νοσηλευτικό προσωπικό $3,98 \pm 0,830$. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας «Αμοιβαία Υποστήριξη» βρέθηκε ότι δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή σε καμία από τις τρεις ομάδες μετά από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov ($p \leq 0,001$). Οι μέσες διατάξεις (mean rank) των αποστάσεων στην ενιαία διάταξη διαφοροποιούνται μεταξύ τους, κυμαινόμενες από 121,30 στην ομάδα των διοικητικών έως 154,17 στην ομάδα των ιατρών (Πίνακας 4-28). Ο έλεγχος Kruskal Wallis έδειξε σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της υποκλίμακας «Αμοιβαία Υποστήριξη» μεταξύ των τριών ομάδων προσωπικού (Πίνακας 4-29):

Πίνακας 4-28: Περιγραφικά στοιχεία της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης στο ανά κλάδο εργασίας

	Mean	SD	Median	IQR	Min - Max
Αμοιβαία Υποστήριξη					
Διοικητικό	4,018	0,694	4,17	0,83	1,83 – 4,83
Ιατρικό	4,19	0,836	4,5	0,50	1,50 – 5,00
Νοσηλευτικό	3,98	0,830	4,17	0,67	1,33 – 5,00

Πίνακας 4 -29: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του κλάδου εργασίας και της βαθμολογίας της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης

	Mean Rank	Στατιστικός Έλεγχος
Αμοιβαία Υποστήριξη		
Διοικητικό	121,30	Kruskal Wallis $\chi^2(2)=10,577$ p=0,005
Ιατρικό	154,17	
Νοσηλευτικό	122,34	

Όσον αφορά στο φύλο, οι άνδρες στο συνολικό δείγμα βαθμολόγησαν υψηλότερα την υποκλίμακα της αμοιβαίας υποστήριξης (mean rank 133,97) από τις γυναίκες (mean rank 131,51) (Πίνακας 4-30):

Πίνακας 4 -30: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου

	Δοκιμασία Mann – Whitney U				p-value
	Φύλο				
	Άνδρες		Γυναίκες		
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Αμοιβαία Υποστήριξη	4,33	133,97	4,17	131,51	0,796

Στον Πίνακα 4-31 παρατηρούμε ότι κατά τη διερεύνηση συσχέτισης της αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικιακή ομάδα επί του συνόλου του δείγματος, τα άτομα ηλικίας 40-49 δίνουν την υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της αμοιβαίας υποστήριξης (mean rank=146,28), ενώ η χαμηλότερη καταγράφεται στην ομάδα των ≥ 50 . Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση την υψηλότερη βαθμολογία έδωσαν οι άγαμοι (mean rank=143,04) και τη χαμηλότερη οι χήροι (mean rank=113,50). Στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του επιπέδου εκπαίδευσης ($p \leq 0,001$), με τους κατόχους

διδασκαρικού να δίνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=194,43), ακολουθούν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού (mean rank=149,48), οι απόφοιτοι ΤΕΙ (mean rank=138,95), οι απόφοιτοι ΑΕΙ (mean rank=114,96) και τη μικρότερη βαθμολογία δίνουν οι απόφοιτοι ΔΕ (mean rank=109,35). Στη διερεύνηση μεταξύ των ετών εργασίας και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης, βρέθηκε ότι τα άτομα με έτη εργασίας 1–5 χρόνια είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=151.94), ενώ τη μικρότερη αυτοί που εργάζονται 11–15 έτη (mean rank=120.56). Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ των μηνιαίων απολαβών και της αμοιβαίας υποστήριξης, η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφεται στα άτομα που δηλώνουν μηνιαίο μισθό > 2000 € (mean rank=129.28), ενώ η χαμηλότερη δίνεται από την ομάδα που δηλώνει 1001 – 2000 € μηνιαίως (mean rank=108.33).

Πίνακας 4 -31: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης, ετών εργασίας και του μηνιαίου μισθού

		Δοκιμασία Kruskal Wallis		
		Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία Υποστήριξη				
Ηλικιακή Ομάδα				
	20 – 29 έτη	4,083	132,30	0,067
	30 – 39 έτη	4,33	132,31	
	40 – 49 έτη	4,33	146,28	
	≥50 έτη	4,17	109,66	
Οικογενειακή Κατάσταση				
	Άγαμος-η	4,33	143,04	0,439
	Έγγαμος-η	4,17	127,13	
	Διαζευγμένος-η	4,17	140,69	
	Χήρος-α	4,08	113,50	
Επίπεδο Εκπαίδευσης				
	Πτυχίο Μ.Ε (Δ.Ε)	4,083	109,35	≤0,001
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι	4,33	138,95	

Πτυχίο Α.Ε.Ι	4,17	114,96	
Μεταπτυχιακό	4,33	149,48	
Διδακτορικό	4,67	194,43	
Έτη προϋπηρεσίας			
< 1 χρόνο	4,17	124.23	
1 – 5 έτη	4,50	151.94	
6 – 10 έτη	4,33	136.36	0,256
11 – 15 έτη	4,25	120.56	
16 – 20 έτη	4,17	124.40	
≥ 21 έτη	4,17	121.10	
Μηνιαίος Μισθός			
≤1000 €	4,25	114.55	
1001 – 2000 €	4,17	108.33	0,268
> 2000 €	4,33	129.28	

Στον ακόλουθο πίνακα (4-32) γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας της αμοιβαίας υποστήριξης, και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Η συσχέτιση αποδεικνύεται μικρής στατιστικής ισχύος σε επίπεδο σημαντικότητας στο 0,11 μεταξύ της υποκλίμακας της αμοιβαίας υποστήριξης και στο βαθμό ικανοποίησης των ατόμων από το εργασιακό περιβάλλον ($\rho=0,034$, $p \leq 0,11$):

Πίνακας 4 -32: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον

Δοκιμασία	Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον
-----------	--------	--------------	---

Spearman rho	Αμοιβαία Υποστήριξη	-0,054	-0,112	0,034
---------------------	----------------------------	--------	--------	-------

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Στην ομάδα των διοικητικών στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της υποκλίμακας του φύλου και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης ($p=0,001$), όπου οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=62,20) σε σχέση με τις γυναίκες (mean rank=38,22) (Πίνακας 4-33):

Πίνακας 4 -33 3: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα των διοικητικών

	Δοκιμασία Mann – Whitney U				p-value
	Φύλο				
	Άνδρες		Γυναίκες		
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Αμοιβαία Υποστήριξη	4,49	62,20	4,00	38,22	0,001

Στον Πίνακα 4-34 καταγράφονται συγκεντρωτικά τα στατιστικά αποτελέσματα στην ομάδα των διοικητικών, που αφορούν στη συσχέτιση της αμοιβαίας υποστήριξης με τις μεταβλητές της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών προϋπηρεσίας:

Πίνακας 4 -34: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των διοικητικών

	Δοκιμασία Kruskal Wallis		
	Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία Υποστήριξη			
Ηλικιακή Ομάδα			
20 – 29 έτη	4,50	53,08	0,088

30 – 39 έτη	4,33	44,43	
40 – 49 έτη	4,00	37,97	
≥50 έτη	3,67	29,45	
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος-η	4,33	51.14	
Έγγαμος-η	4,00	34.53	0,003
Διαζευγμένος-η	4,83	58.80	
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Πτυχίο Μ.Ε (Δ.Ε)	4,00	38.67	
Πτυχίο Τ.Ε.Ι	4,33	47.39	0,053
Πτυχίο Α.Ε.Ι	-	10.00	
Μεταπτυχιακό	4,17	44.71	
Έτη προϋπηρεσίας			
< 1 χρόνο	4,33	53,00	
1 – 5 έτη	3,83	41,85	
6 – 10 έτη	4,33	49,44	
11 – 15 έτη	4,33	45,93	0,028
16 – 20 έτη	3,67	20,50	
≥ 21 έτη	4,00	34,00	

Όπως παρατηρούμε, στη διερεύνηση στατιστικής συσχέτισης της αμοιβαίας υποστήριξης στην ομάδα των διοικητικών και την ηλικία, τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=53,08) εμφανίζουν τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 20-29 ετών και τη χαμηλότερη, τα άτομα ≥50 (mean rank=29,45). Όσον αφορά στη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης, οι διαζευγμένοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=58,80) σε σχέση με τους άγαμους (mean rank=51,14) και τους έγγαμους (mean rank=34,53). Στον τομέα συσχέτισης της αμοιβαίας υποστήριξης και του επιπέδου εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=47.39), ενώ η μικρότερη καταγράφεται από τους κατόχους πτυχίου ΑΕΙ

(mean rank=10,00). Κατά τη διερεύνηση των ετών εργασίας και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης ($p=0,028$), οι διοικητικοί με έτη λιγότερο από ένα έτος εργασίας είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (mean rank=53,00) και τη μικρότερη τα άτομα με 16 – 20 έτη προϋπηρεσίας (mean rank=20,50).

Κατά τη διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών, τα άτομα με μηνιαίο μισθό μικρότερο ή ίσο τα 1000 € εμφάνισαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=44,95), σε σχέση με τους διοικητικούς με μηνιαίο μισθό μεγαλύτερο από 1000€ (mean rank=24,94), $p=0,02$ (Πίνακας 4-35):

Πίνακας 4 -35: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία Mann – Whitney			
U			
	Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία			
Υποστήριξη			
	Μηνιαίος		
	Μισθός		
	≤1000 €	4,33	44,95
	1001 – 2000 €	3,67	24,94
			0,02

Στον ακόλουθο πίνακα (4-36) γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν, είναι η μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση της αμοιβαίας υποστήριξης και της ηλικίας ($rho=-0,316$, $p\leq 0,05$), η μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική γραμμική

συσχέτιση με τα έτη εργασίας ($\rho = -0,226$, $p \leq 0,05$) και η μικρή αλλά στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση με το βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον ($\rho = 0,247$, $p \leq 0,05$).

Πίνακας 4 - 36: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των διοικητικών

Δοκιμασία		Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον
Spearman rho	Αμοιβαία Υποστήριξη	-0,316*	-0,226*	0,247*

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Στην ομάδα των ιατρών στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ του φύλου και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης (Πίνακας 4-37), όπου οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=58,02) σε σχέση με τους άνδρες (mean rank=38,02) ($p=0,001$):

Πίνακας 4- 37: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα των ιατρών

	Δοκιμασία Mann – Whitney U				p-value
	Φύλο				
	Άνδρες		Γυναίκες		
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Αμοιβαία Υποστήριξη	4,33	38,02	4,67	58,02	0,001

Στον Πίνακα 4-38 καταγράφονται συγκεντρωτικά τα στατιστικά αποτελέσματα στην ομάδα των γιατρών, που αφορούν στη συσχέτιση της αμοιβαίας υποστήριξης με τις

μεταβλητές της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών προϋπηρεσίας :

Πίνακας 4 -38: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των γιατρών

	Δοκιμασία Kruskal Wallis		
	Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία Υποστήριξη			
Ηλικιακή Ομάδα			
30 – 39 έτη	4,58	54,00	0,002
40 – 49 έτη	4,50	50,49	
≥50 έτη	4,17	31,53	
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος-η	4,67	61,33	0,040
Έγγαμος-η	4,33	40,49	
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Πτυχίο Α.Ε.Ι	4,17	37,41	0,037
Μεταπτυχιακό	4,33	47,19	
Διδακτορικό	4,67	56,00	
Έτη προϋπηρεσίας			
1 – 5 έτη	4,67	55,83	0,001
6 – 10 έτη	4,33	38,24	
11 – 15 έτη	4,08	26,67	
16 – 20 έτη	4,67	55,00	
≥ 21 έτη	4,17	34,71	
Μηνιαίος Μισθός			
≤1000 €	4,58	47,75	0,457
1001 – 2000 €	4,50	36,79	
≥2001€	4,33	34,62	

Στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης ($p=0,002$), όπου οι γιατροί που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 30–39 έτη είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=54) σε σχέση με τους γιατρούς που ανήκαν στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Όσον αφορά τη συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,040$), οι άγαμοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=61,33) σε σχέση με τους έγγαμους (mean rank=40,49). Κατά τη διερεύνηση του επιπέδου εκπαίδευσης και της αμοιβαίας υποστήριξης ($p=0,037$), οι γιατροί που ήταν κάτοχοι διδακτορικού είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=56,00) σε σχέση με τους γιατρούς που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού (mean rank=47,19) και απόφοιτοι ΑΕΙ (mean rank=37,41). Όσον αφορά τη συσχέτιση με τα έτη εργασίας ($p=0,001$), οι γιατροί με ένα έως πέντε έτη εργασίας είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=55,83). Η στατιστική διερεύνηση των μηνιαίων εσόδων σε σχέση με την αμοιβαία υποστήριξη, καταγράφει τη μεγαλύτερη βαθμολογία από τους γιατρούς που δηλώνουν μηνιαίες απολαβές ≤ 1000 € (mean rank=47,75).

Στον ακόλουθο πίνακα (4-39) γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Πίνακας 4 - 39: Συσχετίσεις μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και της ηλικίας, των ετών εργασίας και του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα των γιατρών

Δοκιμασία		Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον
Spearman rho	Αμοιβαία Υποστήριξη	-0,318*	-0,282*	-0,117

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν, είναι η μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της αμοιβαίας υποστήριξης και της ηλικίας ($r_{ho}=-0,318$, $p\leq 0,05$) και η μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση ($r_{ho}=-0,282$, $p\leq 0,05$) με τα έτη εργασίας.

Στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού στη διερεύνηση σχέσης μεταξύ του φύλου και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης (Πίνακας 4-40), οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης ($mean\ rank=49,17$) σε σχέση με τους άνδρες ($mean\ rank=42,43$):

Πίνακας 4 – 40: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του φύλου στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

	Δοκιμασία Mann – Whitney U				p-value
	Φύλο				
	Άνδρες		Γυναίκες		
	Median	Mean Rank	Median	Mean Rank	
Αμοιβαία Υποστήριξη	4,17	42,43	4,17	49,17	0,258

Στον Πίνακα 4-41 καταγράφονται συγκεντρωτικά τα στατιστικά αποτελέσματα στην ομάδα των νοσηλευτών, που αφορούν στη συσχέτιση της αμοιβαίας υποστήριξης με τις μεταβλητές της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών προϋπηρεσίας:

Πίνακας 4 -41: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και ηλικιακής ομάδας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών εργασίας των νοσηλευτών

	Δοκιμασία Kruskal Wallis		p-value
	Median	Mean rank	
Αμοιβαία Υποστήριξη			
Ηλικιακή Ομάδα			
	20 – 29 έτη	4,00	43,00
	30 – 39 έτη	4,17	48,33
			0,927

40 – 49 έτη	4,17	46,61	
≥50 έτη	4,17	47,67	
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος-η	4,17	48,69	
Έγγαμος-η	4,17	43,91	0,666
Διαζευγμένος-η	4,17	49,67	
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Πτυχίο ΔΕ	4,17	42,10	
Πτυχίο ΤΕ	4,33	54,47	0,003
Πτυχίο Α.Ε.Ι	1,67	6,38	
Μεταπτυχιακό	4,33	53,22	
Έτη προϋπηρεσίας			
< 1 έτος	4,17	44,89	
1 – 5 έτη	3,83	37,03	
6 – 10 έτη	4,17	48,56	0,465
11 – 15 έτη	4,17	46,95	
16 – 20 έτη	4,17	54,86	
≥ 21 έτη	4,17	50,67	

Κατά τη διερεύνηση στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 30–39 έτη είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=48,33). Όσον αφορά τη συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση οι διαζευγμένοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=49,67). Όσον αφορά στον τομέα του επιπέδου εκπαίδευσης ($p=0,003$), οι νοσηλευτές που ήταν κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=54,47) σε σχέση με τους νοσηλευτές που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού (mean rank= 53,22), τους διετούς εκπαίδευσης (mean rank= 42,10) και τους απόφοιτους ΑΕΙ (mean rank=6,38). Κατά τη διερεύνηση των ετών εργασίας και της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης, οι νοσηλευτές με 16–20 έτη προϋπηρεσίας είχαν τη

μεγαλύτερη βαθμολογία (mean rank=54,86) και τη μικρότερη τα άτομα με 1 – 5 έτη προϋπηρεσίας (mean rank=37,03).

Στον πίνακα που ακολουθεί (4-42) παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές που δηλώνουν μηνιαίο εισόδημα 1001 – 2000 € είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μέσης διάταξης (mean rank=41,78):

Πίνακας 4-42: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του μηνιαίου μισθού στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

		Δοκιμασία Mann – Whitney U		
		Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία Υποστήριξη	Μηνιαίος Μισθός			
	≤1000 €	4,04	39,48	0,708
	1001 – 2000 €	4,25	41,78	

Στον πίνακα 4-43 παρατηρούμε τη διαμόρφωση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα αμοιβαίας υποστήριξης, σε σχέση με το τμήμα εργασίας των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστό τμήμα (Χειρουργείο, ΜΕΘ/ΜΑΦ), έδωσαν χαμηλότερη βαθμολογία (mean rank=45,26) σε σύγκριση με εκείνους των νοσηλευτικών ορόφων (mean rank=47,13):

Πίνακας 4- 43: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης και του είδους του τμήματος εργασίας των νοσηλευτών

		Δοκιμασία Mann – Whitney U		
		Median	Mean rank	p-value
Αμοιβαία Υποστήριξη	Τμήμα Εργασίας			
	Ανοικτό	4,08	47,13	0,742

Κλειστό 4,17 45,26

Στον ακόλουθο πίνακα 4-44 γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ αμοιβαίας υποστήριξης και των μεταβλητών: ηλικία, έτη εργασίας και βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον. Σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Ωστόσο δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 4- 44: Συσχετίσεις της υποκλίμακας αμοιβαίας υποστήριξης με την ηλικία, τα έτη εργασίας και το βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού

Δοκιμασία	Ηλικία	Έτη εργασίας	Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον
Spearman rho	Αμοιβαία Υποστήριξη	0,791	0,114
			-0,11

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

4.1.5 Συσχέτιση υποκλιμάκων

Για την αξιοπιστία της μελέτης οι δύο υποκλίμακες συσχετίστηκαν μεταξύ τους. Επειδή οι δύο υποκλίμακες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπως βρέθηκε μετά από έλεγχο του Kolmogorov-Smirnov Test, έγινε χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman (rho) (Πίνακας 4-45):

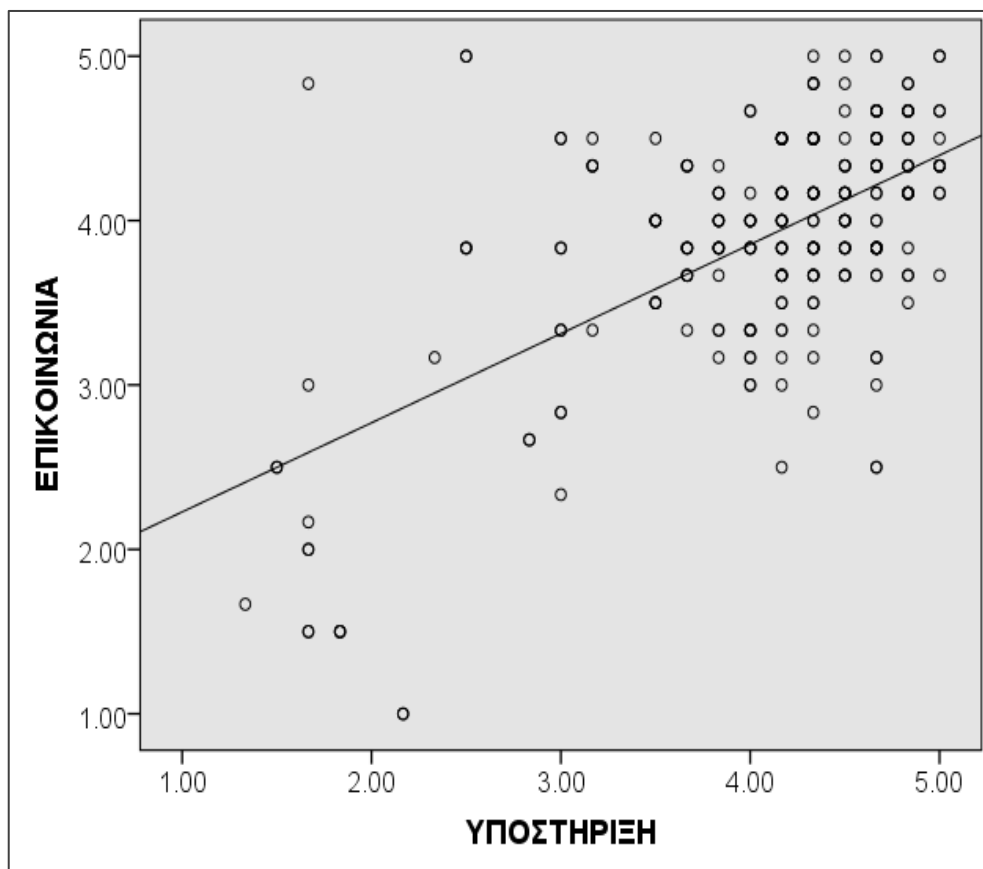
Πίνακας 4 - 45: Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της μελέτης

Υποκλίμακα	Αμοιβαία Υποστήριξη	Επικοινωνία
Αμοιβαία Υποστήριξη	Spearman rho	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,422*
		<0,001
Επικοινωνία	Spearman rho	1,00
	Sig. (2-tailed)	

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (two-tailed).

Μεταξύ της υποκλίμακας «Αμοιβαία Υποστήριξη» και της υποκλίμακας «Επικοινωνία» υπάρχει θετική γραμμική συσχέτιση μέτρια ισχύος ($\rho=0,422$, $p<0,001$). Συνεπώς η αύξηση της βαθμολογίας της μίας υποκλίμακας οδηγεί σε αύξηση και της άλλης, όπως καταγράφεται και στο Στικτόγραμμα από τη μελέτη συσχέτισης των τιμών της υποκλίμακας «Αμοιβαίας Υποστήριξης» και της υποκλίμακας «Επικοινωνία» (Γράφημα 4-5):

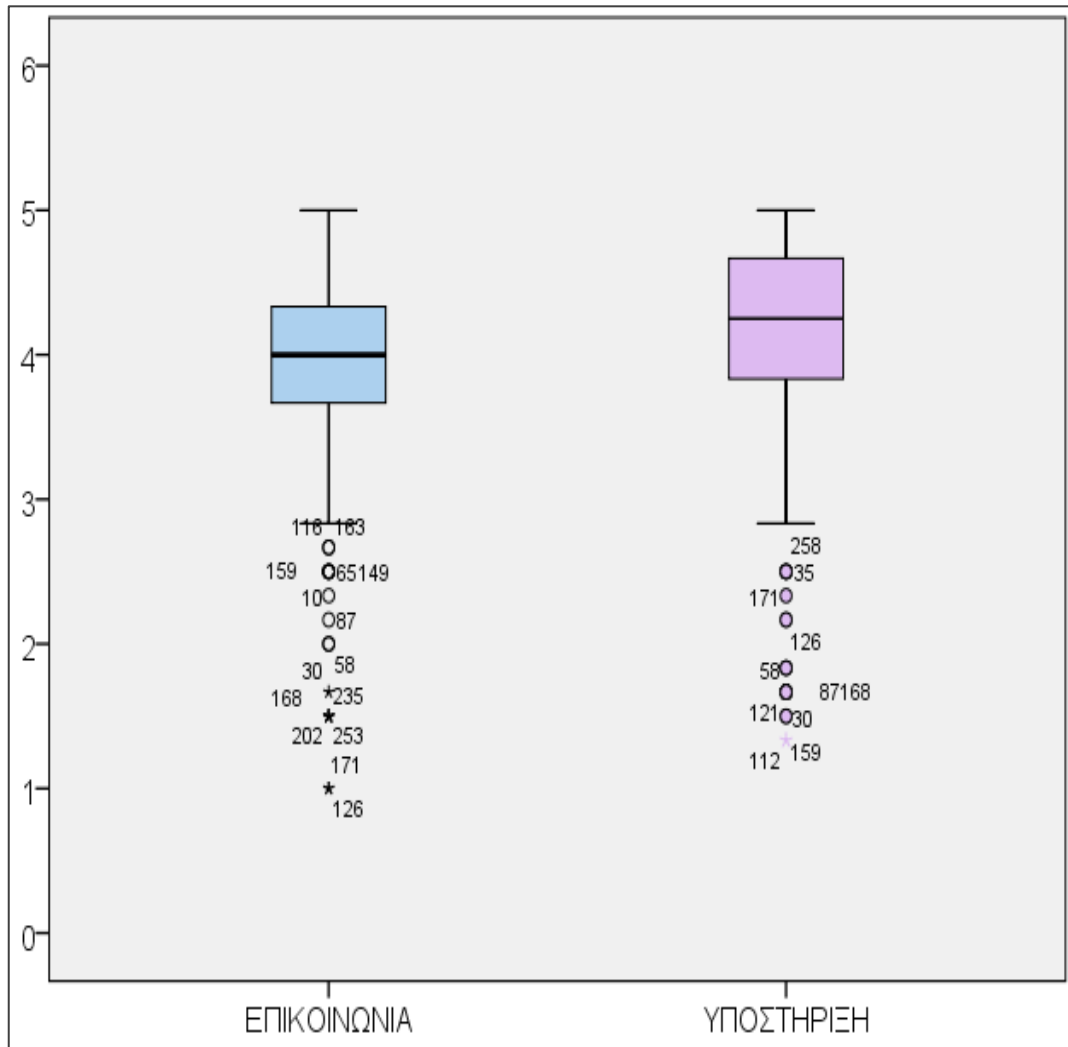
Γράφημα 4- 5: Στικτόγραμμα από τη μελέτη συσχέτισης των τιμών της υποκλίμακας «Αμοιβαίας Υποστήριξης» και της υποκλίμακας «Επικοινωνία»



Αναφορικά με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων και όπως απεικονίζεται στο θηκόγραμμα που ακολουθεί (Γράφημα 4-6), τόσο στην υποκλίμακα επικοινωνία, όσο

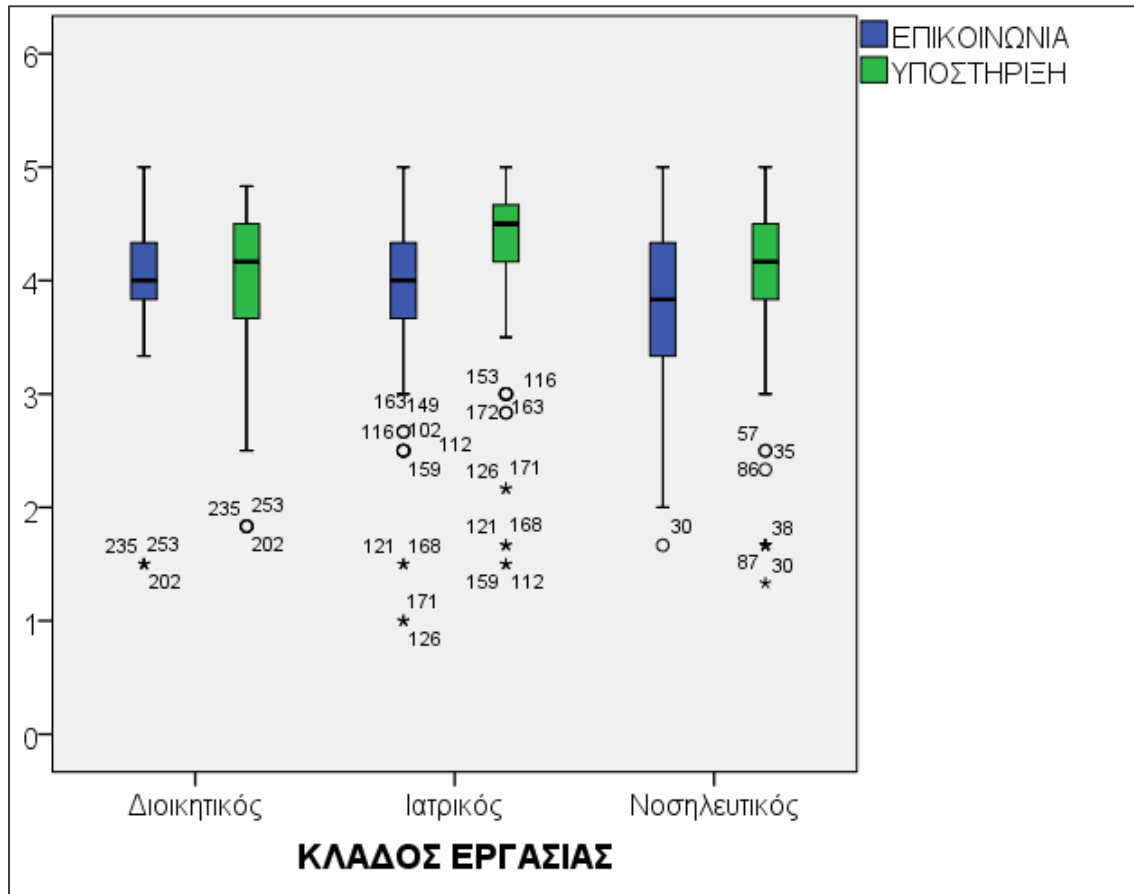
και στην υποκλίμακα αμοιβαία υποστήριξη, η μέση βαθμολογία ήταν υψηλή: η υποκλίμακα «Αμοιβαία Υποστήριξη» βρέθηκε να έχει μέση τιμή $4,06 \pm 0,79$, ενώ η υποκλίμακα «Επικοινωνία» $3,88 \pm 0,72$.

Γράφημα 4-6: Θηκόγραμμα των υποκλίμακων «Επικοινωνία» και «Αμοιβαία Υποστήριξη»



Ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov έδειξε ότι οι δύο υποκλίμακες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p \leq 0,001$). Ωστόσο, το διοικητικό προσωπικό είχε υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα επικοινωνία. Από την άλλη, το ιατρικό προσωπικό είχε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα αμοιβαία υποστήριξη από το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Γράφημα 4-7):

Γράφημα 4-9: Θηκόγραμμα των υποκλίμακων «Επικοινωνία» και «Αμοιβαία Υποστήριξη» ανά κλάδο εργασίας



4.2 Συζήτηση – Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της επικοινωνίας και της αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των εργαζομένων του Νοσοκομείου που ανήκουν στον ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό τομέα μέσω του ερωτηματολογίου TeamSTEPPS. Το κατά πόσο δηλαδή εφαρμόζεται μια διαρθρωμένη διαδικασία, η οποία επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφορίας μεταξύ των μελών της ομάδας με σαφήνεια και ακρίβεια, και κατά πόσο υπάρχει η δυνατότητα πρόβλεψης και υποστήριξης των αναγκών των μελών μιας ομάδας με ακριβή γνώση των ευθυνών και του φόρτου εργασίας. Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο από τις υποκλίμακες του TeamSTEPPS, η επικοινωνία και η αμοιβαία υποστήριξη. Πρόκειται για μια μελέτη που πρώτη φορά διεξάγεται στην Ελλάδα.

Αρχικά, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, έγινε μέτρηση της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής για κάθε υποκλίμακά του. Η εσωτερική συνοχή αφορά στον βαθμό που όλα τα επιμέρους τμήματα του ερωτηματολογίου μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής διενεργήθηκε μέσω της μέτρησης του δείκτη Cronbach's alpha των κλιμάκων. Όπως φαίνεται από τον κάτωθι πίνακα (4-46), βρέθηκε υψηλή αξιοπιστία για όλες τις εξεταζόμενες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, με τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha $> 0,78$, γεγονός που αποδεικνύει την εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχέτισης μεταξύ των δύο υποκλιμάκων, όπου βρέθηκε μέτρια ισχύς μεταξύ των δύο υποκλιμάκων. Ωστόσο, το παρόν εύρημα αναφέρεται και από τους Baker et al. (2008). Αναφορικά, με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων, τόσο στην υποκλίμακα επικοινωνία, όσο και στην υποκλίμακα αμοιβαία υποστήριξη, η μέση βαθμολογία ήταν υψηλή («Επικοινωνία» $3,88 \pm 0,72$ και «Αμοιβαία Υποστήριξη» $4,06 \pm 0,79$ αντίστοιχα).

Πίνακας 4 - 46: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου

Υποκλίμακα	Cronbach's alpha
Αμοιβαία Υποστήριξη	0,787
Επικοινωνία	0,790

Όσον αφορά στον τομέα της επικοινωνίας, το διοικητικό προσωπικό έδωσε την υψηλότερη στατιστικά βαθμολογία, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είχε την τάση της χαμηλότερης βαθμολόγησης σε όλες σχεδόν τις αξιολογούμενες υποκλίμακες (mean rank= 140,19 και 124,59 αντίστοιχα). Στη διάσταση της επικοινωνίας συγκεκριμένα, οι απαντήσεις των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, εμφανίζουν χαμηλές μεν- επαναλαμβανόμενες δε αποκλίσεις, με αποτέλεσμα να καθορίζουν τα άκρα. Οι απλουστευμένες προσεγγίσεις στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζουν πως το διοικητικό προσωπικό βαθμολογεί υψηλότερα σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ερωτηθέντες πιθανόν λόγω της θέσης εργασίας του που βρίσκεται πιο κοντά στην ανώτερη διοίκηση, ή ότι οι νοσηλευτές έχουν μια πιο απαισιόδοξη άποψη για την

κουλτούρα ασφάλειας στον οργανισμό (Geist et al., 2011). Ωστόσο, όταν εξετάζεται βιβλιογραφικά, εντοπίζονται σχολιασμοί υπό τη μορφή εικασιών περισσότερο, παρά επιστημονικά τεκμηριωμένη ερμηνεία. Στη μελέτη της Kho και της ομάδας της (Kho et al., 2005) σε τέσσερις ΜΕΘ νοσοκομείων του Καναδά, οι διοικητικοί εκφράζουν πιο θετικό κλίμα από το προσωπικό πρώτης γραμμής. Οι ερευνητές εικάζουν ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών είναι πιο προσιτές στη διοίκηση. Η μελέτη των Singer, Gaba, Geppert (2003) που διεξήχθη σε 15 νοσοκομεία της Καλιφόρνια εντόπισε μια ορισμένη απόκλιση μεταξύ των στάσεων και των εμπειριών ανώτερων στελεχών (κυρίως μη κλινικών) και νοσηλευτών. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι αυτό θα μπορούσε να συνεπάγεται την τάση των εργαζομένων στον κλινικό τομέα να σκιαγραφούν με έντονα χρώματα τα προβλήματα φροντίδας των ασθενών όταν ενημερώνουν τα ανώτερα στελέχη, ώστε να ληφθούν άμεσα τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, αλλά αυτό με τη σειρά του θα μπορούσε να καταστήσει δύσκολη για τα στελέχη της μη κλινικής μερίδας εργαζομένων, να κατανοήσουν την πραγματική κατάσταση του οργανισμού.

Κατά τη διαδικασία των συσχετίσεων των δημογραφικών μεταβλητών, προέκυψε σημαντικά χαμηλότερη τιμή στη διάσταση της επικοινωνίας στα άτομα με 11 έως και 15 έτη προϋπηρεσίας, που προέρχεται πιθανότατα από επαγγελματική κόπωση. Παράλληλα διαπιστώνεται το φαινόμενο της υψηλότερης εκτίμησης και σημασίας στη γνώμη για την εσωτερική επικοινωνία (εντός ενός μεμονωμένου κλάδου) και τις σχέσεις επαγγελματία υγείας –ασθενή, από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε μελέτη που διεξήχθη το 2004 (Spencer et al.) καταδεικνύεται, ότι πράγματι η προϋπηρεσία αποτελεί παράγοντα που επιδρά στους χρόνους και τον τρόπο επικοινωνίας. Σε τμήμα επειγόντων περιστατικών όπου διενεργήθηκε η μελέτη, τα μέλη του πιο έμπειρου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά επικοινωνίας από ό, τι το νεότερο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν τον σημαντικό ρόλο των παλαιότερων στο συντονισμό και την παροχή συμβουλών (Spencer et al, 2004).

Οι υποκλίμακες της εσωτερικής επικοινωνίας και αυτής με τον ασθενή είναι οι μόνες που βαθμολογήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά από το νοσηλευτικό προσωπικό. Μια πρόωμη μελέτη του Eastburg (1994) υπογραμμίζει την σημασία της στήριξης και συνοχής μεταξύ των νοσηλευτών και την άμεση σύνδεσή τους με χαμηλότερα επίπεδα όλων των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Hunsaker (2014) θεωρεί ότι η θετική πτυχή της φροντίδας των ασθενών και η παροχή υποστήριξης σε όσους έχουν ανάγκη μπορεί να αντισταθμίσει την δυσκολία της εργασίας και να οδηγήσει σε ισχυρούς δεσμούς του νοσηλευτικού σώματος. Η μελέτη της DiMeglio και των συνεργατών της (2005) κατέδειξε τη σημασία της συνεκτικής λειτουργίας της ομάδας του νοσηλευτικού προσωπικού, τονίζοντας ότι είναι ζωτικής σημασίας για τα θεραπευτικά αποτελέσματα, και ότι πρόκειται για έναν ανομοιογενή κλάδο με διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού, γενεαλογικές διαφορές, διαφοροποίηση στην ευθύνη αναλόγως κλίμακας, εξειδίκευση και ιδιαιτερότητα στην μεταξύ του επικοινωνία. Εδώ ευθυγραμμίζεται με την άποψη της Hunsaker (2014), επισημαίνοντας ότι η συνοχή των νοσηλευτών προέρχεται κυρίως από την αίσθηση της κοινής τους αποστολής. Τα ευρήματα στην παρούσα μελέτη συγκλίνουν με τις προαναφερόμενες: το νοσηλευτικό προσωπικό εστιάζει στη διάσταση της επικοινωνίας με τον ασθενή δίνοντας ευθέως ανάλογα αποτελέσματα στην εσωτερική του επικοινωνία.

Παράμετρος με αναμενόμενο αποτέλεσμα ήταν η στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον με την επικοινωνία. Πράγματι, οι συμμετέχοντες στην έρευνα που εκτίμησαν την επικοινωνία ως αποτελεσματική, σημείωσαν και υψηλό βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον και αντίστροφα. Η διεθνής βιβλιογραφία διαθέτει πληθώρα δημοσιεύσεων και διερεύνησης στον συγκεκριμένο τομέα (Evans G. (2017), Umabayashi T. (2015), Batch (2012), Amos, Hu and Henrick (2005), Chu, Hsu, Price, & Lee, (2003), Brooks (2002), Davidson et al., (1997)). Κοινή συνιστώσα ότι, η συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας, μαζί με τη μάθηση, την από κοινού λήψη αποφάσεων και ένα θετικό κλίμα, είναι στοιχεία εδραίωσης καλών σχέσεων επαγγελματία υγείας-ασθενή και διασφαλίζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Ενδιαφέρουσα παράμετρος υπήρξε η στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της αμοιβαίας υποστήριξης από το ιατρικό προσωπικό, σε σύγκριση με το διοικητικό και το νοσηλευτικό. Πιθανόν επηρεάζεται από το ότι η πλειοψηφία των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, ανήκει σε ειδικότητες που απασχολούνται σε χειρουργικές ομάδες, όπου η ομαδική εργασία και ο αμοιβαίος σεβασμός είναι καθοριστικοί παράγοντες για την έκβαση των κλινικών αποτελεσμάτων. Η έρευνα των Wakeman και Langham (2018) για την ασφάλεια στο χειρουργείο, αναφέρεται στη πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος, περιγράφοντας το μέγεθος ευθύνης απέναντι στον ασθενή, την συνύπαρξη πολλών κλάδων παρόχων υγείας, υψηλές ταχύτητες, περιορισμένο χρόνο και απεριόριστες ευκαιρίες για σύγκρουση και παρανόηση. Η αμοιβαία υποστήριξη και ο συντονισμός είναι θεμελιώδη συστατικά για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της χειρουργικής ομάδας. Η μελέτη καταλήγει στην ανάγκη εστίασης στη δυναμική της ομάδας στο χειρουργείο, προτείνοντας εκπαίδευση στις μη τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους. Η συνιστώσα της αμοιβαίας υποστήριξης στο ιατρικό προσωπικό διαφοροποιείται και αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης, με τους κατόχους διδακτορικού να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους υπόλοιπους. Αντιθέτως στην ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της αμοιβαίας υποστήριξης και του επιπέδου εκπαίδευσης εμφανίζουν οι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ. Κατά την εφαρμογή δε μονοπαραγοντικής παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκε ότι όταν η εκπαίδευση αυξάνεται κατά ένα επίπεδο, η βαθμολογία της συνιστώσας της αμοιβαίας υποστήριξης αυξάνεται κατά 3,835 βαθμούς.

Παράδοξο αποτέλεσε η έλλειψη συσχετίσεων των μεταβλητών που αφορούσαν στο φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, με μόνες εξαιρέσεις, από την πλευρά των διοικητικών υπαλλήλων να δίνουν υψηλότερες βαθμολογίες στις υπό διερεύνηση διαστάσεις οι άνδρες, ενώ στο ιατρικό προσωπικό, οι γυναίκες. Στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν σημειώθηκαν αποκλίσεις. Η οικογενειακή κατάσταση δεν έδωσε αποτελέσματα στατιστικώς σημαντικά. Όσον αφορά στη μεταβλητή των αποδοχών,

αν και υπάρχει ομοιογένεια μεταξύ διοικητικών και νοσηλευτών, και διαφοροποίηση με το ιατρικό προσωπικό, δεν επηρεάζουν σημαντικά τα στατιστικά αποτελέσματα. Ενδιαφέρον αποτελεί αφ'εαυτού ότι περίπου το 12% των γιατρών δεν δήλωσε εισόδημα, αφού το ερώτημα ήταν προαιρετικό.

Στο ζήτημα της ανά κλάδο επικοινωνίας, το 97.7% των ιατρών δηλώνουν καλύτερη επικοινωνία με τους νοσηλευτές, ενώ το 2.3% με το διοικητικό προσωπικό. Το 88.2% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι επικοινωνούν καλύτερα με τους ιατρούς και το 11.8% με το διοικητικό προσωπικό. Οι διοικητικοί υπάλληλοι μοιράζονται, με το 48.1% των διοικητικών να επιλέγει τους ιατρούς και το 51.9% τους νοσηλευτές. Οι διαρθρωτικές διαιρέσεις που αφορούν στους υπό μελέτη κλάδους, γίνονται εμφανείς και εδώ: ένα οριζόντιο σχίσμα διαχωρίζει τους επαγγελματίες της κλινικής πρακτικής (γιατρούς και νοσηλευτές) και τους διοικητικούς, και ένα δεύτερο κάθετο διαμορφώνεται ανάμεσα στο άμεσα εμπλεκόμενο με τον οργανισμό ανθρώπινο δυναμικό (νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) και στους έμμεσα εμπλεκόμενους (ιατρικό προσωπικό).

Οι μελέτες που αναλύθηκαν, έχουν αναφερθεί με συνέπεια στη σημαντική βελτίωση της στάσης που σχετίζεται με την επικοινωνία, τις δεξιότητες ομαδικής εργασίας και την αμοιβαία υποστήριξη με την εφαρμογή του TeamSTEPPS. Τα πιο κοινά εργαλεία αξιολόγησης που συζητήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο Στόχου Ομάδας TeamSTEPPS και το ερωτηματολόγιο αντίληψης ομαδικής εργασίας. Και τα δύο εργαλεία αποδείχθηκαν έγκυρα, αξιόπιστα και αποτελεσματικά προσδιορίζοντας την ετοιμότητα για την υλοποίηση του TeamSTEPPS καθώς και την επιτυχία της εφαρμογής του. Στην πλειοψηφία τους οι έρευνες έχουν αξιολογήσει διαφορετικές μεθόδους διδασκαλίας και εφαρμογής του TeamSTEPPS, που περιλαμβάνουν κατάρτιση με βάση την προσομοίωση, εικονικό περιβάλλον μάθησης, προσωπικές διδακτικές συναντήσεις και μελέτη περιπτώσεως. Ενδιαφέρουσα υπήρξε μια μεμονωμένη μελέτη -η οποία δεν συγκαταλέγεται αφού δεν πληρούσε όλα τα κριτήρια, αξίζει όμως μνείας- η οποία χρησιμοποίησε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δευτεροβάθμιο τελικό σημείο. Παρά τους όποιους περιορισμούς, η αξιολόγηση του TeamSTEPPS εξακολουθεί να υπόκειται στις ίδιες προκλήσεις που

αντιμετωπίζουν όλες οι έρευνες που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, την επικοινωνία και την ικανοποίηση των ασθενών.

Η τρέχουσα έρευνα ανήκει σε αυτές που ασχολούνται με τη μελέτη περιπτώσεως , και δύναται να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό εργαλείο, ώστε η οποιαδήποτε μελλοντική παρέμβαση για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας να είναι στοχευμένη. Η εφαρμογή δομημένης ομαδικής εργασίας, η εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας και η βελτίωση της ευαισθητοποίησης των παρόχων υγείας στο κλινικό περιβάλλον έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαντικό θετικό αντίκτυπο και προσφέρει φροντίδα υγείας ασφαλέστερη για όλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το γενικό πλαίσιο της μελέτης είναι η διερεύνηση της επικοινωνίας των παρόχων υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, η οποία πραγματοποιείται με την ανάλυση και προσέγγιση των κάτωθι ερευνητικών ερωτημάτων: αντίκτυπος της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα και επίδραση στον οικονομικό και διοικητικό τομέα του νοσοκομείου. Εν συνεχεία μελετώνται οι συμπεριφορές και τα πρότυπα που επιδεικνύουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο εξετάζοντας τις σχέσεις μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού κλάδου. Το τελευταίο τμήμα της μελέτης αφορά στο ερευνητικό πεδίο που εκπονείται στο χώρο ιδιωτικού νοσοκομείου, εστιάζοντας στις παραμέτρους της επικοινωνίας και της αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για τον τρόπο επίδρασης μιας διεθνούς διαπίστευσης ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις διαδικασίες επικοινωνίας, με στόχο πιθανές προοπτικές και πρόταση στρατηγικής για βελτίωσή τους και εφαρμογή τους στο χώρο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όσον αφορά στο πρώτο ερώτημα, μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης και δευτερογενούς ανάλυσης θεωριών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ένα γενικό μοντέλο της επίδρασης του περιβάλλοντος στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, περιέχει δύο κύριες διαστάσεις. Η πρώτη αφορά στο εσωτερικό ενός οργανισμού και περιλαμβάνει ασφαλή περίθαλψη, πρακτική που είναι σύμφωνη με την τρέχουσα τεχνογνωσία υγείας και εστίαση στον ασθενή-καταναλωτή. Η δεύτερη διάσταση προσδιορίζει τις δυνάμεις του εξωτερικού περιβάλλοντος που μπορούν να οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας και αφορά τους τομείς της οικονομίας και της νομικής ευθύνης. Όπως αναφέρεται στο 2^ο κεφάλαιο, η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι τόσο ασφαλής όσο θα έπρεπε. Η ασφάλεια του ασθενούς δεν ανήκει σε μεμονωμένο άτομο, συσκευή ή τμήμα, αλλά προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις των στοιχείων ενός ολόκληρου συστήματος, αναγορεύοντας την πλημμελή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ως μια από τις κύριες αιτίες εκδήλωσης ανεπιθύμητων συμβάντων.

Πέραν των οικονομικών κινήτρων, η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας προέρχεται και από άλλες κατευθύνσεις, συμπεριλαμβανομένων των κανόνων, αξιών και προτύπων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα διαπιστώνεται ότι ο κάθε επαγγελματικός κλάδος υγείας εισέρχεται στην πράξη με διαφορετικό σύνολο δεξιοτήτων, γνώσης, προσδοκιών, ρόλου και επαγγελματικής ταυτότητας, ενώ καλείται να ενταχθεί σε ένα ομαδικό σύστημα με κοινό στόχο την φροντίδα του ασθενούς. Δεδομένου του πλούτου των στοιχείων που συνδέουν την αναποτελεσματική επικοινωνία με ανεπαρκή αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών, η αναγκαιότητα αντιμετώπισης των ελλείψεων επικοινωνιακής δεξιοτεχνίας είναι υψίστης σημασίας.

Το ερευνητικό πεδίο προσθέτει ένα ακόμη στοιχείο στην άσκηση της κλινικής πρακτικής: τη δραστηριοποίηση στο χώρο εργασίας βάσει πρωτοκόλλων, κατευθυντηρίων γραμμών από διεθνείς οργανισμούς και σαφών οδηγιών εργασίας. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η οποία θα πρέπει να τεκμηριώνεται με στοιχεία, τα οποία είναι διαθέσιμα σε οποιοδήποτε ενδιαφερόμενο μέρος, ανήκει στα κύρια πρότυπα που απαιτούνται από τους διεθνείς οργανισμούς πιστοποίησης ποιότητας παροχής υπηρεσιών και αποτελεί δείκτη αποδοτικότητας ενός υγειονομικού οργανισμού. Η αξία της χρήσης της ομαδικής εργασίας και των στρατηγικών επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην περίθαλψη των ασθενών είναι καθοριστικής σημασίας.

Εν κατακλείδι, επειδή η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας συμβάλλει στη βλάβη των ασθενών και των ανεπιθύμητων συμβάντων, οι παρεμβάσεις κατάρτισης καθίστανται αναγκαίες για την πρόληψη αρνητικών αποτελεσμάτων. Οι συστάσεις για μελλοντική έρευνα περιλαμβάνουν την εφαρμογή στρατηγικής για την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ. μη ακαδημαϊκές εγκαταστάσεις, δημόσια νοσοκομεία, ή και το ίδιο νοσοκομείο μετά από το πέρας ενός εκπαιδευτικού προγράμματος), ενσωμάτωση της στρατηγικής σε προγράμματα προσομοίωσης, διαχρονικές μελέτες για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας της στρατηγικής με την πάροδο του χρόνου και με τη χρήση ειδικών μέτρων για τα αποτελέσματα των ασθενών και των μέτρων που σχετίζονται με το προσωπικό, όπως η ικανοποίηση από την εργασία και η διατήρησή της.

Όπως αναφέρεται στην έκθεση του IOM «*To Err Is Human*», τα σφάλματα μπορούν να προληφθούν με το σχεδιασμό συστημάτων υγείας που δυσκολεύουν τους ανθρώπους να κάνουν λάθος και εύκολο για τους ανθρώπους να κάνουν το σωστό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 World Health Organization, «*10 Facts on patient safety*», 2014. Available from: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- 2 Runciman, W. B., and J. Moller, «*Iatrogenic Injury in Australia*», 2001, Adelaide, Australia: Australian Patient Safety Foundation, Inc. Available from: http://www.apsf.net.au/dbfiles/Iatrogenic_Injury.pdf.
- 3 Wilson R.M., Michel P., Olsen S., Gibberd R. W., Vincent C., El-Assady R., Rasslan O., Qsous S., Macharia W. M., Sahel A., Whittaker S., Abdo-Ali M., Letaief M., Ahmed N. A., Abdellatif A., Larizgoitia I., «*Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital*», 2012, for the WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group., *BMJ*;344:e832 doi: 10.1136/bmj.e832, New York.
- 4 Seago J. A., «*Evaluation of a hospital work redesign: patient-focused care*», *The Journal of Nursing Administration* 29, p. 31-38, Issue 11, 1999 (Abstract only).
- 5 Loxley A., «*Collaboration in Health and Welfare: Working with Difference*», Jessica Kingsley Publishers, 1997, ISBN 1853023949, 9781853023941.
- 6 Babiker A., El Hussein M., Al Nemri A., Al Frayh A., Al Juryyan N., Faki M. O. , Assiri A., Al Saadi M., Shaikh F., Al Zamil F., «*Health care professional development: Working as a team to improve patient care*», *Sudanese Journal Of Paediatrics*, Vol 14, Issue No. 2, 2014, available from: <http://www.sudanjp.org>
- 7 Fewster-Thuente L.& Velsor-Friedrich B., «*Interdisciplinary Collaboration For Healthcare Professionals*», *Nurs Admin Q*, Vol. 32, No. 1, pp. 40–48 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, Chicago, 2008 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18160862>
- 8 Mickan S. & Rodger S., «*The organizational context for teamwork: Comparing health care and business literature*», *Australian Health Review* [Vol 23, No 1] 2000 [PMC free article] [PubMed]
- 9 Umebayashi T., «*Improving Attitudes and Perceptions About Teamwork Among Health Care Professionals with a TeamSTEPPS Approach*», Walden University, Minneapolis, 2015 <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations>
- 10 Cooren F., Taylor J. R. , «*Organization as an Effect of Mediation: Redefining the Link between Organization and Communication*», *Communication Theory*, Volume 7, Issue

- 3, 1 August 1997, Pages 219–259, 2006 <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1997.tb00151.x>
- 11 Clausen L., «*Intercultural Organizational Communication: Five Corporate Cases in Japan*», Copenhagen Business School Press, Printed in Denmark by Narayanna Press, Gylling, 1st edition, 2006
- 12 Shannon C. E. & Weaver W., «*The Mathematical Theory of Communication*», University of Illinois Press, Urbana, Library of Congress Catalog Card No. 49-11922, manufactured in the United States of America, 1964
- 13 Schiavo R., «*Health Communication: From Theory to Practice*», 2nd edition, published by Jossey-Bass, A Wiley Imprint 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741, 2013 <https://www.wiley.com/.../Health+Communication%>
- 14 Wright K. B., Sparks L., O'Hair H. D., «*Health Communication in the 21st Century*», 2nd edition, published by John Wiley & Sons, ISBN 978-0-470-67272-3, Oxford, U.K., 2013
- 15 Joint Commission Perspectives, Volume 32, Issue 8 Copyright 2012 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2012 <https://www.jointcommissioninternational.org/>
- 16 Wilson R., Runciman W., Gibberd R., Harrison B., Newby L., Hamilton J., «*The quality in Australian healthcare study*», Medical Journal of Australia, Vol 163:458-471, 1995
- 17 Coiera E., Tombs V., «*Communication behaviours in a hospital setting: an observational study*», BMJ Volume 316, «Information in practice», Hewlett-Packard Laboratories, Bristol BS12 6QZ, 1998 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9522794> [PMC free article] [PubMed]
- 18 Spencer R., Logan P., «*Role-based Communication Patterns Within an Emergency Department Setting*», Centre for Health Informatics, University of New South Wales, 2012 [PMC free article] [PubMed]
- 19 MacKinnon J. R., «*Health professionals' patterns of communication: cross-purpose or problem solving?*», [Journal of Allied Health](#), 13(1):3-12, 1984 (abstract only)
- 20 Letau L.A., «*Intramural and extramural communication*», Infection Control and Hospital Epidemiology 18, 364-368 (abstract only)
- 21 Hardy C., Lawrence T.B., Phillips N., «*Talk and Action: Conversations and narrative in interorganisational collaboration*», Discourse and Organization, 64-83, 1999
- 22 CDC (Center for Disease Control and Prevention), [Gateway to Health Communication & Social Marketing Practice](#), page last updated: May 10, 2011,

- content source: [Centers for Disease Control and Prevention](#), Page maintained by: Division of Public Affairs (DPA), Office of the Associate Director for Communication (OADC)
<https://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/WhatIsHC.html>
- 23 Coiera E., «*When Conversation Is Better Than Computation*», Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 7, Number 3 (7:277–286)., 2000
<https://academic.oup.com/jamia/article-abstract/7/3/277/857083> [PMC free article] [PubMed]
- 24 Coiera E., «*Communication Systems in Healthcare*», Centre for Health Informatics, University of New South Wales, NSW 2052, Australia, 2006 [PMC free article] [PubMed]
- 25 Weigl M., Müller A., Zupanc A., and Angerer P., «*Participant observation of time allocation, direct patient contact and simultaneous activities in hospital physicians*», Institute and Outpatient Clinic for Occupational, Social, and Environmental Medicine, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany, 2009 [PMC free article] [PubMed]
- 26 Westbrook J., Duffield C., Li L., Creswick N. J. , «*How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals*», Centre for Health Systems and Safety Research, Australian Institute of Health Innovation, Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney, 2052, Australia, 2011 [PMC free article] [PubMed] <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319>
- 27 Tang P. C., Jaworski M.A., Fellencer C. A., Kreider N., LaRosa M. P., Marquardt, W. C. , «*Clinician Information Activities in Diverse Ambulatory Care Practices*», Northwestern Memorial Hospital, Chicago, Illinois, Northwestern University Medical School, AMIA, Inc., 1996 [PMC free article] [PubMed]
- 28 Spencer R., Coiera E., Logan P., «*Variation in Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department*», Annals Of Emergency Medicine 44 : 3, Centre for Health Informatics, University of New South Wales, Sydney, Australia, 2004
- 29 Backman C., Chartrand J., Dingwall O., Shea B., «*Effectiveness of person- and family centered care transition interventions: a systematic review protocol*», DOI 10.1186/s13643-017-0554-z, BioMed Central, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Canada, 2017 [PMC free article] [PubMed]

- 30 Wagner C, Merten H, Zwaan L, «Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types», *BMJ Open* 6:e011277, doi:10.1136/bmj open, 0112772016;2016 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 31 Kabat-Zinn J., Miller J. J., Fletcher K., «*Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders*», *General Hospital Psychiatry* 17, 192-200, Elsevier Science Inc., New York, NY 10010, 1995
- 32 Brill N. I. , «*Teamwork: working together in the human services*», Publisher Philadelphia: Lippincott, donor [bostonpubliclibrary](#), 3rd edition, Openlibrary-edition, publication date 1976
- 33 Katzenbach J.R. & Smith D.K., «*The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*», Harvard Business Review Press, McKinsey & Company, Inc., New York. 1993
- 34 Mickan S. & Rodger S., «*Characteristics of effective teams: a literature review*», *Australian Health Review*, Vol 23, No 3, 2000 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 35 Mohran S, Mohran A, «*Designing and learning team-based organizations: a workbook for organizational self-design*», San Francisco, Jossey-Bass, ISBN-13: 978-0787908645, ISBN-10: 0787908649 , 1997
- 36 Payne M., «*Working in Teams: Practical social work*», Publisher: Macmillan, ISBN 0333308875, 9780333308875, 1982
- 37 West P., Sculli G., Fore A., Okam, N., Dunlap C., Neily J., Mills P., «*Improving Patient Safety and Optimizing Nursing Teamwork Using Crew Resource Management Techniques*», *Journal of Nursing Administration*, Volume 42, Issue 1, p 15–20, doi: 10.1097/NNA.0b013e31823c17c7, 2012
- 38 WHO, «*Introduction to health outcomes*», Healthcare Costing for Value Institute, 2016
- 39 Kreps, G. L., O'Hair D., Clowers Hart M., «*A Conceptual Model of Communication and Health Outcomes*», Paper presented at the Annual Meeting of the International Communication Association in Australia, reproduced by the Educational Resources Information Center(ERIC), U.S.A., 1994
- 40 Donabedian A., «*Commentary on some studies of the quality of care*», *Health Care Financing Review/ Annual Supplement*, Michigan, 1987
- 41 Brook R.,H., McGlynn E. A., Shekelle P. G., «*Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers*», *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, N4, pp.281-295, Oxford University Press, 2000

- 42 Υφαντόπουλος Γ. Ν., «*Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και πολιτική*», Εκδόσεις: Τυπωθήτω, ISBN: 9789604020935, 2^η έκδοση, 2006
- 43 Francis R. QC, «*Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009*», Volume I, The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Inquiry, Return to an Address of the Honourable the House of Commons , 2010
- 44 Angheluta C., «*Adverse events dangerous but preventable*», Management in Health, Vol 14, No4, 2010 <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/view/164/458>
- 45 Starr P., «*The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry* », 2nd Edition, ISBN-13: 978-0465093021 , Library of Congress, Designed by Vincent Torre
- 46 Berwick D.M., Gandhi T.K., Shojania K. G., « *Patient Safety at the Crossroads*», JAMA, Volume 315, Number 17, 2016
- 47 Kohn L.T., Donaldson M.S., Corrigan J.M., « *To Err Is Human Building a Safer Health System*», Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. 1999
- 48 Bulletin of the World Health Organization 2018 «*Classification of patient-safety incidents in primary care*», by Cooper J., Williams H., Hibbert P., Edwards A., Butt A., Wood F., Parry G., Smith P., Sheikh A., Donaldson L. & Carson-Stevens A., doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.199802>
- 49 Slawomirski L., Aaraen A., Klazinga N., « *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*», OECD, 2017
- 50 Pressman H. and Dickinson R., «*The Cost Consequences of Unsuccessful Patient Communication*», 2016
www.patientprovidercommunication.org
- 51 Choi I., Lee S.-M., Flynn L., Chul-min Kim, Saerom Lee, Na-Kyung Kim, Dong-Churl Suh, «*Incidence and treatment costs attributable to medication errors in hospitalized patients*», Chung-Ang University, College of Pharmacy, South Korea & University of Colorado College of Nursing, Aurora, CO, USA, Research in Social and Administrative Pharmacy, Science Direct, Elsevier, 2015
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.08.006>
- 52 Hauck K. D., Wang S., PhD, Vincent C., Smith P. C., « *Healthy Life-Years Lost and Excess Bed-Days Due to 6 Patient Safety Incidents*», Empirical Evidence from English Hospitals, Medical Care, Volume 55, Number 2, 2017

- 53 Gille F., Smith S., Mays N., « *Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention*», *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol 20, Issue 1, 2015
<https://doi.org/10.1177/1355819614543161>
- 54 Drucker P. F., «*New Templates for Today's Organizations*», *Harvard Business Review*, Leading teams , Issue from the January 1974. Available in:
<https://hbr.org/1974/01/new-templates-for-todays-organizations#>
- 55 Χρυσάκης Μ., Υφαντόπουλος Γ., «*Κοινωνιομετρία και υπηρεσίες υγείας: Ανάλυση των υγειονομικών και διοικητικών δικτύων*», Ερευνητική εργασία, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Συμπλ 1):93-112, Copyright © Athens Medical Society
www.mednet.gr/archives
- 56 Kiefer T., «*Creating a Customer Centric Organization*», Thesis, MA Program in Communication and Leadership Studies, Gonzaga University, 2015
- 57 Georganta K., Panagopoulou E., Montgomery A., « *Talking behind their backs: Negative gossip and burnout in Hospitals* », *Burnout Research*, published by Elsevier GmbH Open access article under the CC BY-NC-ND license.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.003> 2213-0586/2014
- 58 Yaman E., «*Perception of Faculty Members Exposed to Mobbing about the Organizational Culture and Climate*», *Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları İletişim Hizmetleri Tic. Ltd. Şti. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, Educational Sciences: Theory & Practice, 10 (1) 567-578, Hendek , Sakarya, Turkey, 2010 [PMC free article] [PubMed] <https://eric.ed.gov/?id=EJ882735>
- 59 Bulduk S., Özel İ., Dinçer Y., « *Informal Communication in Healthcare (Gossip and Rumour): Nurses' Attitudes*», *Athens Journal of Health*, Vol. 3, No. 4, 2016 [PMC free article] [PubMed]
- 60 Chen Y., Tang C., Zhou X., Sarcevic A., Lee S., « *Beyond Formality: Informal Communication in Health Practices*», ACM 978-1-4503-1332-2/13/02, CSCW '13 Companion, 23–27, USA, 2013
- 61 Elmitt N., Douglas K., Phillips C., Hall S., Bookallil M., « *Informal communication in integrated primary health clinics*», *British Journal of General Practice*, 68 (suppl 1): bjgp18X696785. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X696785>
- 62 Mejia A. D., Favela J., Moran A.L., Castro L.A., Tentori M., Markarian A., « *On The Move Collaborative Environments: Augmenting Face To Face Informal Collaboration in Hospitals*», Article in *e-Service Journal*, DOI: 10.2979/ESJ.2007.6.1.98, U.S.A.,

- uploaded by Luis A. Castro (2014), first published 2007
<https://www.researchgate.net/publication/235723988>
- 63 Novac A., McEwan S., Bota, R.G., « *Negative Rumor: Contagion of a Psychiatric Department*», Prim Care Companion CNS Disorders, 16(2): PCC.13br01614, 2014. DOI: [10.4088/PCC.13br01614](https://doi.org/10.4088/PCC.13br01614)
- 64 Solmaz M. & Subramaniam I. D., « *Employees' Creative Behavior: The Role of Organizational Climate in Malaysian SMEs*», International Journal of Business and Management; Vol. 8, No. 5; ISSN 1833-3850 E-ISSN 1833-8119, published by Canadian Center of Science and Education, 2013
- 65 Iosim I., Iancu T., Popescu G., Orboi M. D., « *The Impact of Informal Communications in Organizations*», Banat's University of Agricultural Sciences and Veterinary Medicine Timisoara, Romania, Print ISSN 1843-5254; Electronic ISSN 1843-5394, Bulletin UASVM Horticulture, 67(2), 2010
- 66 Waddington K, Fletcher C., « *Gossip and emotion in nursing and healthcare organizations*», Journal of Health Organization and Management, (abstract only) 19: 378-394, emeraldinsight, 2005
<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777260510615404>
- 67 Wittek R., Wielers R., « *Gossip in Organizations*», Computational & Mathematical Organization Theory 4:2: 189–204, Kluwer Academic Publishers, uploaded by Rafael Wittek on 2015, DOI: 10.1023/A: 1009636325582 , Source: dx.doi.org, University of Groningen, Netherlands, 1998
- 68 Aslan I., « *Measuring Job Satisfaction, Performance Criteria and Job Life Quality: Bingöl City Banking Case*», Journal of Business & Management (COES&RJ-JBM) Vol.5, No.4, ISSN (E): 2306-7179 ISSN (P): 2306-8043, publisher: Centre of Excellence for Scientific & Research Journalism, COES&RJ LLC, DOI: 10.25255/jbm.2017.5.4.167.187, Bingöl, Turkey, 2017 <https://doi.org/10.25255/jbm.2017.5.4.167.187>
- 69 Ekici A., « *Temporal dynamics of trust in ongoing inter-organizational relationships*», [Industrial Marketing Management](https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.03.008), (Abstract only), [Volume 42, Issue 6](https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.03.008), Pages 932-949, Elsevier, 2013 <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.03.008>
- 70 Yalçınkaya O., « *Open system theory and implementation of the school*», Gaza University Faculty of Education Degrees 22(2):103-116, 2002
- 71 Lawler E., « *High-involvement management*», Jossey-Bass management series, Jossey-Bass social and behavioral science series, 1st ed., ISBN0875896863, San Francisco, 1986

- 72 Shafritz J. M., Ott J. S., «*Classics on Organization Theory*», Brooks & Cole book series in Public Administration, U.S.A., 1992
- 73 Schmidt W. H., Finnigan J. P., «*The Race without a Finish Line: America's Quest for Total Quality*», published by Jossey-Bass, from: [Better World Books: West](#), Reno, U.S.A., ISBN 10: [1555424627](#), 1992
- 74 Cherin D.A., «*Organizational engagement and managing moments of maximum leverage: new roles for social workers in organizations*», Administration in Social Work, Vol23, (3/4):29-47, 2000
- 75 Calantone R.J., Cavusgil T. S. ZhaoY., «*Learning orientation, firm innovation capability, and firm performance*», [Industrial Marketing Management](#), [Volume 31, Issue 6](#), Pages 515-524, Elsevier, 2002 [https://doi.org/10.1016/S0019-8501\(01\)00203-6](https://doi.org/10.1016/S0019-8501(01)00203-6)
- 76 CRICO Strategies, «*Malpractice Risks in Communication Failures*», A division of The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated (Annual benchmarking report), 2015
- 77 Reynolds M.E., «*Malpractice Risks in Communication Failures*», A division of The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated, Annual Benchmarking Report, U.S.A., 2015
- 78 Riah H., «*Malpractice Risks in Communication Failures*», A division of The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated, Annual Benchmarking Report, U.S.A., 2015
- 79 Cohn K. H., «*A Practicing Surgeon Dissects Issues in Physician–Hospital Relations*», Journal of Healthcare Management 54:1, Massachusetts, U.S.A., 2009
- 80 Bartunek J.M., «*Intergroup relationships and quality improvement in healthcare*», BMJ Qual Saf 2011;20(Suppl 1):i62e-i66, doi:10.1136/bmjqs.2010.046169, 2011 [[PMC free article](#)] [[Google Scholar](#)] <http://qualitysafety.bmj.com/site/about/unlocked.xhtml>
- 81 Tajfel H., «*The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*», Social science information, Volume: 13 issue: 2, page(s): 65-93, 1974
- 82 Bate P., Mendel P., Robert G., «*Organizing for Quality: The Improvement Journeys of Leading Hospitals in Europe and the United States*», CRC Press, ISBN 9781846191510 - CAT# K27832, 2008
- 83 Ferlie EB, Shortell SM., «*Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change*», Milbank Q 2001;79:281e315

- 84 Richter AW, West MA, Van Dick R, Dawson J.F., « *Boundary spanners' identification, intergroup contact and effective intergroup relations*», *Academy of Management Journal*, Vol. 49, No. 6, 1252–1269, 2006 [[PMC free article](#)] [[Google Scholar](#)]
- 85 Wagner U., Tropp, L. R., Finchilescu, G., & Tredoux, «*Improving intergroup relations: Building on the legacy of Thomas F. Pettigrew*», *Social issues and interventions*, Malden: Blackwell Publishing, 2008
<http://dx.doi.org/10.1002/9781444303117>
- 86 Parsons M. L., & Cornett P. A., «*Leading change for sustainability*», *Nurse Leader*, 9(4), 36–40. doi:10.1016/j.mnl.2011.05.005,2011
- 87 Schmalenberg C., Kramer M., «*Essentials of a Productive Nurse Work Environment*», *Nursing Research*, Vol 57, No 1, 2–13, 2008
https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=760905&Journal_ID=54027&Issue_ID=760902
- 88 [Zamanzadeh V.](#), [Jasemi M.](#), [Valizadeh L.](#), [Keogh B.](#), Taleghani [F.](#), «*Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study*», [Indian Journal of Palliative Care](#), v.21(2) : 214–224, doi: [10.4103/0973-1075.156506](https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506), 2015 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 89 Tjia J., Mazor K., Field T., Meterko V., Spenard A., Gurwitz J. H., « *Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety*», *Journal of Patient Safety*, 5(3): 145–152. doi:10.1097/PTS.0b013e3181b53f9b, 2009 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 90 Stein L., «*The Doctor-Nurse Game*», *Arch Gen Psychiatry*, Vol 16(6):699-703, doi:10.1001/arcpsyc., 1967
- 91 Wairath J.M., Dang D., Nyberg D., «Hospital RN's experiences with disruptive behavior: a qualitative study», *Journal of Nursing Care Quality*, Vol 25, Issue 2:105-116, doi:10.1097/NCQ.0b013e3181c7b58e, 2010
- 92 Nestel D., Kidd J., «*Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview*», *Research article, BMC Nursing*, 5:1 doi:10.1186/1472-6955-5-1, 2006 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)], available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/5/1>
- 93 McKay K. A., Narasimhan S., «*Bridging the gap between doctors and nurses*», *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 2, No. 4 DOI: 10.5430/jnep.v2n4p52 URL: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v2n4p52>, 2012

- 94 Australian Medical Association, «*Role of the doctor*», 2011, available from:
<http://ama.com.au/node/6569>
- 95 Australian Nursing Federation, «*Competency Standards for nurses in general practice*»,
2006 available from: http://www.anf.org.au/nurses_gp/resource_03.pdf
- 96 Davies H.T., «*Trends in doctor-manager relationships*», BMJ, (abstract only), 326,
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.646>, 2003
- 97 Kaissi A. A., «*Manager-Physician Relationships: An Organizational Theory
Perspective*», *The Health Care Manager*, Vol. 24, Issue 2, 2005
Available at: http://works.bepress.com/amer_kaissi/22/
- 98 Edwards N., Marshall M., McLellan A., Abbasi K., «*Doctors and managers: a problem
without a solution?*», BMJ Editorials, 326 doi:
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.609>, 2003
- 99 Shortell S.M., O'Brien J. L., Carman J. M., Foster R. W., Hughes E.F.X., Boerstir H.,
O'Connor E. J., «*Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality
Management: Concept versus Implementation*», *Health Services Research* 30:2, 1995
- 100 Jennings Mowinski B., Staggers N., Brosch L.R., «*A Classification Scheme for Outcome
Indicators*», *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 31, Issue 4, Pages 381-388, 1999 (as
cited By Smith M.C. & Parker M.E., in «*Nursing Theories and Practice*», 4th edition,
F.A.Davis Company, Library of Congress Catalogin-in-Publication Data, ISBN: 978-0-
8036-3312-4, 2015)
- 101 O'Daniel M., Rosenstein A., H., «*Professional Communication and Team
Collaboration*», Chapter 33 from «*Patient Safety and Quality*», An Evidence-Based
Handbook for Nurses, Editor: Ronda G Hughes, Rockville (MD): [Agency for
Healthcare Research and Quality \(US\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/); Publication No.: 08-0043, 2008
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- 102 Donabedian A., «*The definition of Quality and approaches to its Assessment*»,
Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. 1, Ann Arbor, MI: Health
Administration Press, 1980.
- 103 Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition, ISBN:
978-1-59940-989-4, Library of Congress Control Number: 20139486982017, U.S.A.,
2017
- 104 European Commission, Special Eurobarometer, «*241 – Medical errors*», European
Commission, 2006
- 105 Agency for Healthcare Research and Quality, «*About TeamSTEPPS[®]*», 2017

<https://www.ahrq.gov/teamstepps/>

- 106The Joint Commission., «Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communication», 2012
https://www.jointcommission.org/assets/1/6/tst_hoc_persp_08_12
- 107Baker D.P., Salas E., King H., Battles J., Barach P., M., «*The Role of Teamwork in the Professional Education of Physicians: Current Status and Assessment Recommendations*», Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 31 Number 4, 2005
- 108Clapper T. C., Ching K., Mauer E., Gerber L. M., Lee J. G., Sobin B., Ciralo K., Osorio S.N., DiPace J. I., «*A Saturated Approach to the Four-Phase, Brain-Based Simulation Framework for TeamSTEPPS® in a Pediatric Medicine Unit*», Pediatric Quality and Safety Journal, Issue 4, Volume 3, published by Wolters Kluwer Health, New York, 2018, DOI: 10.1097/pq9.0000000000000086
- 109Dodg L. E., Nippita S., Hacker M. R., Intondie E. M., Ozcelik G. , and Paul M. E., «*Impact of teamwork improvement training on communication and teamwork climate in ambulatory reproductive health care*», American Society for Health Care Risk Management of the American Hospital Association, published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) • DOI: 10.1002/jhrm.21353, 2018
- 110Weaver A. L., Hernandez S., Olson D. M., «*Clinician Perceptions of Teamwork in the Emergency Department: Does Nurse and Medical Provider Workspace Placement Make a Difference?*», JONA (Journal of Nursing Administration), Volume 47, Number 1, pp 50-55, Wolters Kluwer Health, Inc. 2017
- 111Kulig, A.W., Blanchard R. D., «*Use of Cognitive Simulation During Anesthesiology Resident Applicant Interviews to Assess Higher-Order Thinking*», [J Grad Med Educ](https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00367.1). 2016 Jul; 8(3): 417–421,doi: [10.4300/JGME-D-15-00367.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00367.1)
- 112Francis- Johnson P., Decker S., Whitcomb K., Caballero S., Leal M.S., «*Integrating Simulation into TeamSTEPPS: A Tool to Promote Collaborative Practice in a Clinical Setting*», Texas Tech University, School of Nursing, 2016
- 113Shaw B., «*Evaluation of the Impact of TeamSTEPPS Training on Perceptions of Teamwork and Resilience in the Intensive Care and Perioperative Units in a Tertiary Care Hospital*», Regis University, ePublications at Regis University, 2015

- 114 Amaya-Arias Idarragab D., Giraldo V., Gómez V.L., «*Effectiveness of a program for improving teamwork in Operating Rooms*», Colombian Journal of Anesthesiology; 4 3(1):68–75, Elsevier Doyma, 2015 www.revcolanest.com.co
- 115 Eppich W., Nannicelli A.P., Seivert N.P., Min-Woong S., Rozenfeld R., Woods D.M., Holl J., «*A Rater Training Protocol to Assess Team Performance*», Journal of Continuing Education in the Health Professions, 35(2):83–90, 2015
- 116 Hekmat N. S., Dehnavieh R., Rahimisadegh R., Kohpeima V, Kohpeima J., «*Team attitude evaluation: an evaluation in hospital committees*» Mater Sociomed. 27(6): 429–433. Dec. 2015 doi: [10.5455/msm.2015.27.429-433](https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.429-433)
- 117 Vertino K. A., «*Evaluation of a Team STEPPS Initiative on Staff Attitudes Toward Teamwork*», JONA, Volume 44, Number 2, pp 97-102, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2014
- 118 Brodsky D, Gupta M, Quinn M, Smallcomb J, Mao W, Koyama N, May V, Waldo K, Young S, Pursley DM., «*Building collaborative teams in neonatal intensive care*», BMJ Qual Saf. 2013 May; 22(5):374-82. Doi: 10.1136/bmjqs-2012-000909. Epub 2013 Feb 8.
- 119 Figueroa M.I., Sepanski R., Goldberg S.P., «*Improving Teamwork, Confidence, and Collaboration Among Members of a Pediatric Cardiovascular Intensive Care Unit Multidisciplinary Team Using Simulation-Based Team Training*», Samir Shah *Pediatr Cardiol* (2013) 34:612–619, Springer Science & Business Media, LLC, 2012 DOI 10.1007/s00246-012-0506-2
- 120 Baker DP, Amodeo AM, Krokos KJ, «*Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the Team STEPPS teamwork attitudes questionnaire*», Qual Saf Health Care doi:10.1136/qshc.2009.036129, 2010 <http://qualitysafety.bmj.com/>
- 121 Stead K. et al, «*Teams communicating through STEPPS*», Med J Aust 2009; 190 (11 Suppl): S128, Published online: 2009-06-01
- 122 Geist P., Hardesty M., «*Negotiating the Crisis: DRGs and the Transformation of Hospitals*», Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New York, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2011

- 123 Kho M E, Carbone J M, Lucas J, Cook D J, « *Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey*», *Qual Saf Health Care* 2005;14:273–278.
doi: 10.1136/qshc.2005.014316
- 124 Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, « *The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals*», *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 112-118.
- 125 Spencer R, Logan P., « *Role-based Communication Patterns Within an Emergency Department Setting*», Centre for Health Informatics, University of New south Wales, 2012 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 126 Eastburg C.M., Williamson M., Gorsuch R., Idley C., « *Social Support, Personality, and Burnout in Nurses*», *Journal of Applied Social Psychology*, 1994, 24, 14, pp. 1233-1250, by V. H. Winston 8 Son, Inc., 1994
- 127 Hunsaker S., Hsiu-Chin C., Maughan D., & Heaston S., « *Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses*», *Journal of Nursing Scholarship*; 47:2, 186–194. C, Sigma Theta Tau International, doi: 10.1111/jnu.12122, 2014
- 128 DiMeglio K., Padula C., Piatek C., Korber S., Barrett A., Ducharme M, Lucas S., Piermont N., Joyal E., DeNicola V., Corry K., « *Group Cohesion and Nurse Satisfaction Examination of a Team-Building Approach*», *JONA*, Volume 35, Number 3, pp 110-120 C, Lippincott Williams & Wilkins, Inc 2005.
- 129 Evans G., « *The impact of communication satisfaction on paediatric nurses' job satisfaction and intention to stay*», Edith Cowan University School of Nursing and Midwifery, Αυστραλία, 2017
<https://ro.ecu.edu.au/theses/2022>
- 130 Batch M., « *Communication and the casualisation of nursing: A critical ethnography*», (Doctor of Philosophy), Queensland University of Technology, Αυστραλία, 2012
- 131 Amos, M., Hu, J., & Henrick, C., « *The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff*», *Journal of Nurses in Staff Development*, 21(1), 10-16, 2005
- 132 Chu, C., Hsu, H., Price, L., & Lee, J., « *Job satisfaction of hospital nurses: An empirical test of a casual model in Taiwan. International Council of Nurses*», *International Nursing Review*, 50, 176-182, 2003

- 133 Brooks I., «*Nurse retention: Moderating the ill-effects of shiftwork*», *Human Resource Management Journal*, 10(4), 16-30, 2002
- 134 Davidson, H., Folcarelli, P., Crawford, S., Duprat, L., & Clifford, J., «*The effects of health reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital based nurses*», *Medical Care*, 35(6), 634-645, 1997
- 135 D. Wakeman, M.R. Langham Jr., «*Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles*», *Seminars in Pediatric Surgery* 27(2018)107–113, Elsevier Inc., USA, 2018

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ & Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο συλλογής δεδομένων που θα χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ποιός είναι ο κλάδος εργασίας σας; *

- Διοικητικός
 - Ιατρικός
 - Νοσηλευτικός
-

Φύλο *

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία (έτη) *

Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

Επίπεδο σπουδών *

- Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
- Απόφοιτος ΤΕΙ
- Απόφοιτος ΑΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών
- Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου Σπουδών

Έτη εργασίας στο Νοσοκομείο *

Τμήμα Εργασίας

Θέση στον οργανισμό (βαθμίδα κλάδου. Πχ. Νοσηλεύτης, Προϊστάμενος, Διευθυντής κλπ)

Κλίμακα ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Κατά προσέγγιση το μηνιαίο σας εισόδημα

ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ

Η κλίμακα αντιστοιχεί σε: 1-Συμφωνώ απόλυτα, 2-Συμφωνώ, 3-Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4-Διαφωνώ, 5-Διαφωνώ απόλυτα

1. Τα μέλη μιας ομάδας πρέπει να κατανοούν το έργο των συναδέλφων τους, προκειμένου η ομάδα τους να είναι αποδοτική *

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Όταν κάποιος ζητάει βοήθεια από ένα μέλος της ομάδας, είναι σημάδι ότι το άτομο αυτό δεν ξέρει πώς να κάνει την εργασία του αποτελεσματικά. *

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3. Όταν κάποιος παρέχει βοήθεια στα μέλη της ομάδας, αποδεικνύεται ότι το άτομο αυτό δεν έχει αρκετή δουλειά να κάνει. *

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. Η προσφορά βοήθειας σε κάποιον συνεργάτη να διεκπεραιώσει τα καθήκοντα εργασίας του, είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τη βελτίωση της απόδοσης της ομάδας. *

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

5. Είναι σκόπιμο να συνεχίσετε να εκφράζετε τις ανησυχίες σας για την ασφάλεια των ασθενών μέχρι να είστε βέβαιοι ότι έχουν εισακουστεί. *

1	2	3	4	5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

6. Οι προσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των μελών της ομάδας δεν επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών.

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

7. Οι ομάδες που δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο να διαπράξουν σφάλματα. *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

8. Η κακή επικοινωνία είναι η πιο συνηθισμένη αιτία των αναφερθέντων σφαλμάτων. *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

9. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να μειωθούν διατηρώντας την ανταλλαγή πληροφοριών με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

10. Προτιμώ να συνεργάζομαι με μέλη της ομάδας που υποβάλλουν ερωτήσεις σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχω. *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

11. Είναι σημαντικό να υπάρχει μια τυποποιημένη μέθοδος για την ανταλλαγή πληροφοριών κατά την παραλαβή/παράδοση των ασθενών. *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

12. Είναι σχεδόν αδύνατο να εκπαιδεύσουμε τα άτομα να γίνουν καλύτεροι επικοινωνιακά.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Ο κύριος όγκος επικοινωνίας μου με τους άλλους κλάδους γίνεται (παρακαλώ σημειώστε δύο από τα παρακάτω):

- Πρόσωπο-με-πρόσωπο
- Τηλεφωνικά
- Μέσω email
- Μέσω άλλων εντύπων

15. Εκτός του κλάδου στον οποίο ανήκω, επικοινωνώ πιο αποτελεσματικά με (επιλέξτε έναν από τους παρακάτω κλάδους): *

- Ιατρικό
- Νοσηλευτικό
- Διοικητικό

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας στην έρευνα

ΤΣΑΤΣΑΡΑΓΚΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

[http://www.ahrq.gov/qual/teamsteps/.](http://www.ahrq.gov/qual/teamsteps/)

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.