



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Οικονομία -Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ
ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΛΑΜΠΡΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. Σουλιώτης, Επιβλέπων Καθηγητής

Αικ. Τόσκα, Συνεργαζόμενο Επιστημονικό Προσωπικό

Μ. Σαρίδη, Συνεργαζόμενο Επιστημονικό Προσωπικό

Κόρινθος, Ιούνιος 2020

Copyright © Αθηνά Λάμπρου, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει εκπονηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Οικονομία Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την καθοδήγησή του στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την κα Τόσκα Αικατερίνη για την προτροπή και την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθώ στην τέως Διευθύνουσα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου κα Σαρίδη Μαρία για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου, δίνοντάς μου την ευκαιρία να παρακολουθήσω το εν λόγω Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα.

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----------|
| Ευχαριστίες | 3 |
| Περιεχόμενα Πινάκων..... | 6 |
| Περιεχόμενα Διαγραμμάτων..... | 8 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 9 |
| ABSTRACT | 10 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 11 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ..... | 13 |
| 1.1. Σημαντικότητα ασφάλειας των ασθενών | 15 |
| 1.2. Νομοθετικό Πλαίσιο και Κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΕΕ) για την ασφάλεια των ασθενών..... | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ. 20 | |
| 2.1. Ασφάλεια των ασθενών - Η οπτική του ασθενούς εν συγκρίσει με την κλινική οπτική..... | 22 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ | 24 |
| 3.1. Εργαλεία εκτίμησης ασφάλειας χειρουργείου..... | 26 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ..... | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 32 |
| 5.1. Σκοπός διπλωματικής..... | 32 |
| 5.2. Μεθοδολογία Έρευνας..... | 32 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά | 34 |
| 6.2. Πληροφορίες για την επέμβαση | 35 |
| 6.3. Ασφάλεια στο χειρουργείο | 38 |
| 6.4. Συγκριτική ανάλυση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά | 51 |
| 6.5. Συσχετίσεις διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο..... | 62 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 63 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 66 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 70 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄..... | 81 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄..... | 82 |

Περιεχόμενα Πινάκων

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος..... | 34 |
| Πίνακας 2: Τι τύπο επέμβασης κάνατε; | 35 |
| Πίνακας 3: Ήταν η χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη πλευρά του σώματος; | 35 |
| Πίνακας 4: Επέλεξα να κάνω αυτή τη χειρουργική επέμβαση | 35 |
| Πίνακας 5: Αυτή ήταν η πρώτη μου επέμβαση | 36 |
| Πίνακας 6: Αν ΟΧΙ, πόσες έχετε κάνει στο παρελθόν;..... | 36 |
| Πίνακας 7: Αυτή η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιλοκών προηγούμενης επέμβασης..... | 37 |
| Πίνακας 8. Συμπλήρωσα αυτή τη φόρμα την ημέρα της επέμβασης..... | 37 |
| Πίνακας 9. Αν ΟΧΙ, πόσες ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση συμπληρώσατε αυτή τη φόρμα;..... | 37 |
| Πίνακας 10: Ένοιωσα ασφαλής την ημέρα του χειρουργείου..... | 38 |
| Πίνακας 11: Την ημέρα του χειρουργείου, όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μου συστήθηκαν και με ενημέρωσαν για τον ρόλο τους | 38 |
| Πίνακας 12: Την ημέρα του χειρουργείου , η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλειά μου | 39 |
| Πίνακας 13: Ένοιωσα ότι ο χειρουργός μου ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του χειρουργείου μου..... | 39 |
| Πίνακας 14: Ένοιωσα ότι ο αναισθησιολόγος μου ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου | 40 |
| Πίνακας 15: Ένοιωσα ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου..... | 40 |
| Πίνακας 16: Την ημέρα του χειρουργείου, μου εξηγήθηκαν από κάποιον όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την εξασφάλιση της ασφάλειάς μου | 41 |

| | |
|---|----|
| Πίνακας 17: Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αισθάνθηκα ασφαλής εξαιτίας των ερωτήσεων που μου έκανε η χειρουργική ομάδα | 41 |
| Πίνακας 18: Κατανόησα όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την ασφάλεια της χειρουργικής επέμβασης..... | 42 |
| Πίνακας 19: Η ασφάλεια ήταν το σημαντικότερο τμήμα – μέρος της χειρουργικής επέμβασης..... | 42 |
| Πίνακας 20: Η χειρουργική ομάδα επικοινωνούσε αποτελεσματικά καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης | 43 |
| Πίνακας 21: Την ημέρα του χειρουργείου ένιωσα ασφαλής λόγω όλων των ενεργειών που είδα να γίνονται από τη χειρουργική ομάδα..... | 43 |
| Πίνακας 22: Την ημέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ένιωθα σίγουρος για την ασφάλειά μου | 44 |
| Πίνακας 23: Κατά την ανάρρωση, η χειρουργική ομάδα ενδιαφερόταν για την ασφάλειά μου | 44 |
| Πίνακας 24: Κατανοούσα τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση | 45 |
| Πίνακας 25: Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από την χειρουργική ομάδα να επαναλάβω το όνομά μου..... | 45 |
| Πίνακας 26: Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από τη χειρουργική ομάδα να επαναλάβω τα γενέθλιά μου | 46 |
| Πίνακας 27: Ένιωσα ασφαλής όταν ρωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα για το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα έπρεπε να εκτελεστεί εκείνη την ημέρα.. | 46 |
| Πίνακας 28: Ένιωσα ασφαλής όταν ρωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα να αναφέρω τυχόν αλλεργίες μου..... | 47 |
| Πίνακας 29: Λάθη σπάνια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης..... | 47 |
| Πίνακας 30. Περιγραφική Ανάλυση των ερωτήσεων ασφάλεια στο χειρουργείο..... | 48 |
| Πίνακας 31. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με φύλο | 51 |
| Πίνακας 32. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με ηλικία | 52 |

| | |
|--|----|
| Πίνακας 33. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με μορφωτικό επίπεδο | 53 |
| Πίνακας 34. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με οικογενειακή κατάσταση | 54 |
| Πίνακας 35. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τύπο επέμβασης | 55 |
| Πίνακας 36. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με πλευρά χειρουργικής επέμβασης..... | 56 |
| Πίνακας 37. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με επιλογή χειρουργικής επέμβασης..... | 57 |
| Πίνακας 38. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με πρώτη ή όχι χειρουργική επέμβαση..... | 58 |
| Πίνακας 39. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με φορές χειρουργείων στο παρελθόν..... | 58 |
| Πίνακας 40. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με επέμβαση ως αποτέλεσμα επιλοκών προηγούμενης επέμβασης..... | 59 |
| Πίνακας 41. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με συμπλήρωση ερωτηματολογίου την ημέρα της επέμβασης..... | 60 |
| Πίνακας 42. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου..... | 61 |
| Πίνακας 43. Συσχετίσεις διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο | 62 |

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

| | |
|---|----|
| Διάγραμμα 1. Διαστάσεις Ασφάλειας στο Χειρουργείο | 48 |
| Διάγραμμα 2. Μέσες τιμές κάθε ερώτησης ανά διάσταση σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο | 50 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ασφάλεια στο χειρουργείο είναι ένα σημαντικό στοιχείο των υπηρεσιών υγείας, διότι είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνέστησε μεγαλύτερη προσοχή στην ασφάλεια των ασθενών, ιδίως όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούν να προληφθούν. **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο. **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε ουρολογικούς, ορθοπεδικούς και χειρουργικούς ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Η έρευνα διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2019 έως και τον Ιανουάριο του 2020. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 ασθενείς και η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία, ενώ η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης και όπου αυτή δεν ήταν δυνατή, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με τη μορφή συνέντευξης από την ερευνήτρια. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας έχει χρησιμοποιηθεί στην έρευνα των Dixon et al. (2015). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία του δείγματος (57%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 67 ετών. Το 39,5% του δείγματος δήλωσε ότι πραγματοποίησε γενική χειρουργική επέμβαση, το 36,5% ορθοπεδική επέμβαση και το 24% ουρολογική επέμβαση. Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι ένοιωσε ασφάλεια κατά την προεγχειριστική περίοδο (5,18), κατά την περίοδο της ανάρρωσης (5,26), τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις (5,39) και άλλα (4,97). Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια του χειρουργείου φαίνεται να επηρεάζονται από τον τύπο επέμβασης ($p = 0.030$), το σημείο της χειρουργικής επέμβασης ($p = 0.046$), την επιλογή της χειρουργικής επέμβασης ($p < 0.05$), και από το εάν η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης ($p = 0.027$). Επίσης, παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου όσον αφορά στην προεγχειριστική περίοδο, την ανάρρωση, και τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καλή χειρουργική φροντίδα σημαίνει ότι οι ασθενείς νιώθουν ασφαλείς και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αξιόπιστης φροντίδας, της καλής συμπεριφοράς και συμμετοχής των ασθενών μέσω της παροχής πληροφόρησης, εκπαίδευσης και της δυνατότητας να επηρεάσουν οι ίδιοι τη φροντίδα τους.

Λέξεις κλειδιά: Αντιλήψεις ασθενών, ασφάλεια χειρουργείου, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Surgery safety is an important component of health services because it is one of the determining factors in the quality of health services. The World Health Organization (WHO) has recommended greater attention to patient safety, especially with regard to the side effects that can be prevented. **PURPOSE:** The purpose of this study is to investigate patients' perceptions of safety in the operating room. **METHODOLOGY:** To achieve the goal of the study, research was performed on urological, orthopedic and surgical patients at the General Hospital of Corinth. The survey lasted from October 2019 to January 2020. The sample consisted of 200 patients and the sample was selected by random sampling, while the questionnaires were collected using the self-complement method and where that was not possible, the completion of the questionnaires were conducted in the form of an interview by the researcher. The research questionnaire was used in the Dixon et al study. (2015). The S.P.S.S. statistical program was used to analyze the data. 25. **RESULTS:** The majority of the sample (57%) were men. The average age of the sample was 67 years. 39.5% of the sample stated that they had undergone general surgery, 36.5% orthopedic surgery and 24% urological surgery. The majority of the sample stated that they agreed on the security they felt during the pre-operative period (5.18), during the recovery period (5.26), human interactions (5.39) and others (4.97). Patients' views on the safety of surgery appear to be affected by the type of surgery ($p = 0.030$), the side of the surgery ($p = 0.046$), the choice of surgery ($p < 0.05$), and whether the surgery was performed, as a result of complications of previous surgery ($p = 0.027$). It was also observed that all the dimensions of the questionnaire and specifically the preoperative period, recovery, human interactions and others are interrelated. **CONCLUSIONS:** Good surgical care means that patients feel safe and this is achieved through reliable care, good behavior and patient participation through information, education and the ability to influence their care.

Key words: Patients perceptions, surgical safety, WHO.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της ασφάλειας των ασθενών, η οποία είναι απαραίτητη συνιστώσα καλής ποιοτικής φροντίδας και αυτοτελούς πειθαρχίας, επιβεβαιώθηκε εκ νέου στην Τρίτη Παγκόσμια Υπουργική Διάσκεψη Κορυφής για την Ασφάλεια των Ασθενών, που πραγματοποιήθηκε στο Τόκιο τον Απρίλιο του 2018. Η ασφάλεια των ασθενών και η ανταπόκριση - ευαισθησία του ασθενούς φαίνεται να έχουν γίνει παγκοσμίως αποδεκτές ως βασικές διαστάσεις ποιότητας στην περίθαλψη (Busse και συν. 2019).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι η 'βλάβη των ασθενών' (patients harm) είναι η 14η κύρια αιτία της παγκόσμιας επιβάρυνσης λόγω ασθένειας. Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, το βάρος της βλάβης του ασθενούς είναι συγκρίσιμο και αντίστοιχο με αυτό των χρόνιων ασθενειών (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας και κάποιες μορφές καρκίνου) (OECD 2017). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) εκτιμά ότι περίπου το 15% των νοσοκομειακών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ μπορεί να αποδοθεί στην αντιμετώπιση προβλημάτων ασφάλειας καθώς η φροντίδα χωρίς ασφάλεια δεν έχει μόνο δραματικό αντίκτυπο στη ζωή του ασθενούς, αλλά και υψηλό οικονομικό κόστος για ολόκληρη την κοινωνία (OECD 2017).

Τα τελευταία χρόνια, οι ειδικοί της φροντίδας υγείας έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς, ως μία προσπάθεια πρόληψης ανεπιθύμητων συμβάντων (ως ανεπιθύμητα γεγονότα μέσα στο χειρουργείο θεωρούνται οι ακούσιες κακώσεις ή οι τραυματισμοί που προκαλούνται λόγω της υγειονομικής περίθαλψης και όχι από τη νόσο του ασθενούς, οδηγώντας στο θάνατο, στην αναπηρία ή στην παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο) με το 3-17% των ασθενών να βιώνουν μια τέτοια εμπειρία κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο (Baker και συν. 2004, Wilson και συν. 1995, Thomas και συν. 2000, Vincent και συν. 2001, Zegers και συν. 2009). Σε κάποιες έρευνες η παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο διήρκεσε εννέα ημέρες (Davis και συν. 2002) και σε άλλες επτά μήνες (Schioler και συν. 2001). Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός τραυματισμών ασθενών οι οποίοι οφείλονται στη μη σωστή ιατρική διαχείριση αλλά και στην παροχή υποβαθμισμένης φροντίδας (Brennan και συν. 1991). Οι τραυματισμοί των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους από κακή ιατρική

διαχείριση καταναλώνουν ένα σημαντικό μέρος των διαθέσιμων νοσοκομειακών πόρων (Soop και συν. 2009).

Τα σφάλματα στο χειρουργείο αποτελούν επίσης μια πραγματικότητα την οποία δεν μπορούμε να παραβλέπουμε και επηρεάζουν τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τα συστήματα υγείας στο σύνολό τους.

Η παρούσα διπλωματική αποτελείται από δυο κύριες ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στην δεύτερη ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ειδικότερα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται η ασφάλεια των ασθενών, οι έννοιες και ορισμοί, η σημασία της ασφάλειας των ασθενών, το νομοθετικό πλαίσιο και οι κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ασφάλεια των ασθενών.

Στο κεφάλαιο 2 περιγράφεται ο ρόλος των ασθενών στο θέμα της ασφάλειας και η οπτική του ασθενούς εν συγκρίσει με την κλινική οπτική.

Στο κεφάλαιο 3 αναφέρονται οι παρεμβάσεις και δράσεις για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στη διεθνή εμπειρία και τα εργαλεία εκτίμησης και αξιολόγησης της ασφάλειας στο χειρουργείο.

Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση από διάφορες διεθνείς έρευνες σχετικά με τις αντιλήψεις χειρουργημένων ασθενών για την ασφάλεια στο χειρουργείο.

Στο κεφάλαιο 5 παρατίθεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, η περιγραφική στατιστική των ερωτήσεων και οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ξένων ερευνών. Επίσης παρατίθενται κάποιες προτάσεις για την διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της ποιότητας της περίθαλψης όπως ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 2006). Ο ΠΟΥ ορίζει την ασφάλεια των ασθενών ως «ελευθερία για έναν ασθενή από περιττή βλάβη ή πιθανή βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη», σύμφωνα με την οποία «η βλάβη που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη είναι βλάβη που προκύπτει από ή σχετίζεται με σχέδια ή ενέργειες που λαμβάνονται κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αντί για υποκείμενη ασθένεια ή τραυματισμό» (WHO (2007). Στο πλαίσιο αυτό, ο όρος "συμβάν ασφαλείας των ασθενών" χρησιμοποιείται παραδοσιακά για να υποδηλώνει την ύπαρξη δυσμενών και σχεδόν άμεσων συμβάντων που επηρεάζουν αρνητικά τόσο τους ασθενείς (είτε αυξημένη νοσηρότητα ή θνησιμότητα) όσο και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (μέσω αυξημένων δαπανών για την αποκατάσταση των βλαβών αυτών, καθώς και τη μειωμένη αποτελεσματικότητα της περίθαλψης). Ορισμοί οι οποίοι είναι σημαντικό να αναφερθούν είναι οι κάτωθι:

- ❖ Η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται με τη μείωση του κινδύνου και ορίζεται ως "ελευθερία από τυχαίο τραυματισμό λόγω ιατρικής περίθαλψης ή ιατρικών σφαλμάτων" (Kohn και συν. 2000).
- ❖ Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένας κλάδος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που ισχύει με στόχο την επίτευξη ενός αξιόπιστου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ελαχιστοποιεί την επίπτωση και τον αντίκτυπο των ανεπιθύμητων ενεργειών και μεγιστοποιεί την αποκατάσταση από αυτά (Emanuel και συν. 2008).
- ❖ Η ασφάλεια των ασθενών είναι η μείωση του κινδύνου περιττής βλάβης που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη σε αποδεκτό ελάχιστο όριο (αυτό το ελάχιστο καθορίζεται με βάση τις συλλογικές αντιλήψεις της τρέχουσας γνώσης, των διαθέσιμων πόρων και το πλαίσιο εντός του οποίου παρέχεται η φροντίδα και 'ζυγίζεται' έναντι του κινδύνου μη θεραπείας ή εναλλακτική θεραπεία). Το 2017 ο ΟΟΣΑ δημοσίευσε μια έκθεση για τα οικονομικά της ασφαλείας των ασθενών, η οποία εντόπισε ένα ευρύ φάσμα πρωτοβουλιών και

παρεμβάσεων που προωθούν την ασφάλεια της περίθαλψης και ταξινομούνται με βάση το επίπεδο εφαρμογής τους (σύστημα, οργανωτικά και κλινικά επίπεδα) (Slawomirski και συν. 2017).

- ❖ Η ασφάλεια των ασθενών περιγράφεται επίσης ως πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών για τους ασθενείς (Aspden και συν. 2014).

Η πρόληψη των σφαλμάτων, η μάθηση από λάθη και η οικοδόμηση μιας νοοτροπίας ασφάλειας που εμπλέκει τους επαγγελματίες της υγείας και τους ασθενείς είναι σημαντικοί παράγοντες μίας φροντίδας υγείας που στόχο έχει τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών (Aspden και συν. 2014, Clancy και συν. 2005). Σε στάδιο πρώιμης έρευνας, η ασφαλής πρακτική των ασθενών περιγράφηκε ως "ένας τύπος διαδικασίας ή δομής της οποίας η εφαρμογή μειώνει την πιθανότητα ανεπιθύμητων συμβάντων που προκύπτουν από την έκθεση σε μια σειρά ασθενειών και διαδικασιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης" (Shojania και συν. 2001).

Η ασφάλεια των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί μέσω αλληλεπιδράσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιολόγηση της ασφάλειας του συστήματος μπορεί να γίνει χρησιμοποιώντας δραστικούς δείκτες (Reason και συν. 2009, Reiman και συν. 2012). Οι δείκτες ενεργητικής ασφάλειας είναι συμπεράσματα που αντλούμε από παρελθόντα γεγονότα, όπως για παράδειγμα ποσοστά λοίμωξης, χειρουργικές βλάβες, πτώσεις, έλκη πίεσης και υποσιτισμένοι ασθενείς. Η ασφάλεια αξιολογείται εκ των υστέρων και αυτό απαιτεί συστήματα διαχείρισης της ασφάλειας που είναι σε θέση να δώσουν ακριβείς εικόνες των αδυναμιών μέσα στον οργανισμό. Οι δείκτες προληπτικής ασφάλειας αποτελούνται από τον τακτικό έλεγχο και την ταυτοποίηση των οντοτήτων που είναι γνωστό ότι έχουν αντίκτυπο στις συνθήκες ασφάλειας των οργανισμών, όπως η επικοινωνία, η συνεργασία, η ρουτίνα, οι κατευθυντήριες γραμμές, ο προγραμματισμός, η τεκμηρίωση και οι συγκρούσεις μεταξύ παραγωγής και ασφάλειας (Reason και συν. 2009, Reiman και συν. 2012).

Η έννοια της ασφάλειας του ασθενούς δεν μπορεί να αποδοθεί με μια ενιαία στρατηγική, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Πρωτοβουλίες μπορούν να λάβουν χώρα και να θεωρηθούν ως γρανάζια τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνολικά στο σύστημα για την ασφαλέστερη περίθαλψη. Μια επισκόπηση των πρωτοβουλιών ασφάλειας καθώς και η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών αποτελούν καταλύτη για μια ασφαλέστερη, καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Ως "κουλτούρα" στο πλαίσιο αυτό νοούνται οι κοινές

αξίες, οι νοοτροπίες, οι κανόνες, οι πεποιθήσεις, οι πρακτικές, οι πολιτικές και οι συμπεριφορές σχετικά με θέματα ασφάλειας στην καθημερινή πρακτική (Busse και συν. 2019).

1.1. Σημαντικότητα ασφάλειας των ασθενών

Η ασφάλεια καλύπτει κάθε συμβάν που μπορεί να συμβεί σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα αλλά και σε οποιοσδήποτε άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των νοσοκομείων ή των σπιτιών των ασθενών. Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν τη βλάβη που προκαλείται από λάθος διάγνωση, λανθασμένη κλινική απόφαση ή παρέμβαση, λανθασμένη δόση φαρμάκου, παρενέργειες από φάρμακα ή άλλες θεραπείες, κίνδυνοι που προκαλούνται από υποβαθμισμένης ποιότητας προϊόντα, βλάβες του ανθρώπου και του συστήματος.

Τα δεδομένα σχετικά με τα ιατρικά λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα στην υγειονομική περίθαλψη δείχνουν ότι παρά την έντονη εστίαση σε αυτό το θέμα εδώ και περισσότερο από μια δεκαετία, τα επίπεδα των περιστατικών δεν έχουν μειωθεί όσο θα έπρεπε (Special Eurobarometer 2010, Conklin και συν. 2009). Ο ΠΟΥ υπολογίζει ότι τουλάχιστον 1 στους 10 ασθενείς βλάπτονται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ ο αριθμός είναι υψηλότερος στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από λοιμώξεις που έχουν αποκτηθεί στα νοσοκομεία.

Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και ο συνολικός αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, με τα μέτρα λιτότητας να έχουν ασκήσει μεγάλη πίεση στους προϋπολογισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Όπως επισημάνθηκε από μια πρόσφατη έκθεση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, από την περίοδο έναρξης της κρίσης, πολλές χώρες της ΕΕ αντί να αντιμετωπίσουν σωστά τα θέματα κόστους-αποτελεσματικότητας, έχουν ριζικά μειώσει τους προϋπολογισμούς και τους πόρους για το προσωπικό, γεγονός που συχνά οδηγεί σε κακή ασφάλεια των ασθενών (European Parliament 2014).

Το 50% των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης - ΕΕ πιστεύουν ότι υπάρχει κίνδυνος να υποστούν βλάβη από νοσοκομειακή περίθαλψη. Από αυτούς το 9% θεωρεί ότι αυτό είναι πολύ πιθανό, και το 41% είναι αρκετά πιθανό. Σχεδόν οι ίδιοι

ασθενείς θεωρούσαν ότι ήταν πολύ ή αρκετά πιθανό να υποστούν βλάβη σε μη νοσηλευτική περίθαλψη (Special Eurobarometer 2010).

Πράγματι, η πρώτη έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών (2012) προειδοποίησε ότι οι εθνικοί οικονομικοί περιορισμοί που απορρέουν από την οικονομική κρίση έχουν επιβραδύνει τη σύσταση του Συμβουλίου (European Commission 2012).

Εξετάζοντας το κόστος λόγω βλάβης του ασθενούς και της πίεσης στους προϋπολογισμούς για την υγειονομική περίθαλψη, η ανάπτυξη ισχυρών και υψηλής ποιότητας πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών δεν είναι μόνο ανθρώπινη επιταγή, αλλά και ζήτημα οικονομικής απόδοσης. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι η πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των εθνικών συστημάτων υγείας (European Commission 2016).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για να μπορέσει να αποτυπώσει και να κατανοήσει την αντίληψη και την εμπιστοσύνη των πολιτών της ΕΕ όσον αφορά στην ασφάλεια των ασθενών, διεξήγαγε το 2013 έρευνα, σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης στα 28 Κράτη Μέλη με στόχο να επανεξετάσει τις αλλαγές που επήλθαν μετά την έγκριση της σύστασης του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών και τις λοιμώξεις που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη το 2009. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι πολίτες της ΕΕ χάνουν την εμπιστοσύνη τους στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης καταδεικνύοντας ότι η σύσταση του Συμβουλίου δεν βελτίωσε την αντίληψη των πολιτών της ΕΕ για την ασφάλεια της περίθαλψης (Eurobarometer 2014).

Αξιοσημείωτο είναι ότι πάνω από το 50% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να υποστούν βλάβη από νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ το 25% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι οι ίδιοι ή οι συγγενείς τους αντιμετώπισαν ανεπιθύμητες ενέργειες (adverse events). Αξίζει να σημειωθεί ότι στην αναλογία των ερωτηθέντων που πιστεύουν ότι μπορεί να υποστούν βλάβη από το νοσοκομείο, το ποσοστό των απόψεων έχει αυξηθεί κατά 3% εν συγκρίσει με την προηγούμενη έρευνα που διεξήχθη το 2009 (Eurobarometer 2014).

Τα ευρήματα της δημόσιας διαβούλευσης του 2014 σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών εξακολουθούν να είναι αρνητικά: πάνω από το 90% των πολιτών στην ΕΕ

εξακολουθεί να θεωρεί ως σημαντικό πρόβλημα την ασφάλεια των ασθενών. Οι κυριότερες ανησυχίες των ερωτηθέντων είναι:

- (1) ο αυστηρός προϋπολογισμός και οι περικοπές των πόρων που οφείλονται σε οικονομικούς περιορισμούς και η έλλειψη πολιτικής βούλησης,
- (2) οι ανεπαρκείς ενέργειες για την ενδυνάμωση των ασθενών,
- (3) τα χαμηλά επίπεδα συνειδητοποίησης της σημασίας της ασφάλειας των ασθενών,
- (4) η υπέρσχυση των "ευθυνών" οι οποίες εμποδίζουν τον εστιασμό στα αίτια των σφαλμάτων και τους τρόπους πρόληψης των ανεπιθύμητων συμβάντων και
- (5) οι ελλείψεις των μηχανισμών υποβολής εκθέσεων (European Commission 2014).

1.2. Νομοθετικό Πλαίσιο και Κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΕΕ) για την ασφάλεια των ασθενών.

Η συνεργασία της ΕΕ βασίζεται στη σύσταση του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη του 2009.

Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (άρθρο 35) της ΕΕ δεσμεύει νομικά τα θεσμικά της όργανα και τις εθνικές κυβερνήσεις από την 1η Δεκεμβρίου 2009 καθώς και τα κράτη μέλη ώστε να διασφαλίσουν ότι:

«Ο καθένας έχει δικαίωμα πρόσβασης στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη και το δικαίωμα να επωφεληθεί από ιατρική περίθαλψη υπό τους όρους που καθορίζονται από τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δραστηριοτήτων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας».

Εκτός από το προαναφερθέν άρθρο 35, ο Χάρτης περιλαμβάνει και άλλες διατάξεις που μπορούν να αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στα δικαιώματα των ασθενών, όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα στην ακεραιότητα του ατόμου, το δικαίωμα στην ασφάλεια, το δικαίωμα στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων καθώς και το δικαίωμα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής πρόνοιας.

Σύμφωνα με τις αρχές της αναλογικότητας και της επικουρικότητας, οι πολιτικές της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας στοχεύουν μόνο στην υποστήριξη των προσπαθειών των κρατών μελών της για την προστασία της υγείας των πολιτών τους και για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλοντας στις προτεραιότητες της Επιτροπής 2014-2019 για την ανάπτυξη και την απασχόληση. Κατά συνέπεια, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί πρωταρχική ευθύνη των κρατών μελών της ΕΕ η οποία μπορεί να ενθαρρύνει τη συνεργασία και να υποστηρίξει τις εθνικές ενέργειες.

Στο πλαίσιο αυτό, η ΕΕ είναι ένας κρίσιμος χώρος για τη συγκέντρωση αντιπροσώπων από όλα τα κράτη μέλη της προκειμένου να αναπτυχθεί η ατζέντα για την ασφάλεια και την ποιότητα των ασθενών, την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και την τελική διαμόρφωση κοινών προτύπων και κατευθυντήριων γραμμών.

Η σύσταση του Συμβουλίου σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών αποτελεί το ορόσημο των δράσεων της ΕΕ για την ασφάλεια των ασθενών. Με την έγκρισή του το 2009, τα κράτη μέλη δεσμεύτηκαν να θεσπίσουν μια σειρά μέτρων με στόχο την ελαχιστοποίηση της βλάβης σε ασθενείς που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη (Council of the European 2009). Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν:

- την ανάπτυξη εθνικών πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών, την ενδυνάμωση και την ενημέρωση των ασθενών,
- την καθιέρωση συστημάτων αναφοράς και μάθησης σχετικά με ανεπιθύμητες ενέργειες και
- την προώθηση της κατάρτισης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, την ανταλλαγή γνώσεων, εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών.

Όσον αφορά στην υγεία, οι χώρες της ΕΕ αντιμετωπίζουν συχνά κοινές προκλήσεις και προβλήματα, καθώς πρέπει να προσαρμοστούν στις συνεχείς εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη. Η δράση της ΕΕ ορίζεται στο άρθρο 6 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ) ως εξής:

"Η Ένωση έχει την αρμοδιότητα να αναλαμβάνει δράσεις υποστήριξης, συντονισμού ή συμπλήρωσης των δράσεων των κρατών μελών".

Η σύσταση του Συμβουλίου (Recommendation of the Council) εκπονήθηκε με βάση την ανακοίνωση της Επιτροπής του 2008 για την ασφάλεια των ασθενών (COM

2008), η οποία στοχεύει στην υποστήριξη των κρατών μελών ώστε "να θεσπίσουν κατάλληλες στρατηγικές για την πρόληψη και τον έλεγχο των ανεπιθύμητων συμβάντων στην υγειονομική περίθαλψη, να βελτιώσουν την εμπιστοσύνη των πολιτών της ΕΕ ως προς τη διάθεση και παροχή επαρκών, πλήρως και κατανοητών πληροφοριών σχετικά με την ασφάλεια και την αποκατάσταση των συστημάτων υγείας της ΕΕ".

Η σύσταση του Συμβουλίου περιλαμβάνει μια σειρά συγκεκριμένων μέτρων τα οποία οφείλουν να εφαρμόσουν τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Το πρώτο μέρος της σύστασης καλύπτει τα γενικά θέματα ασφάλειας των ασθενών και το δεύτερο μέρος αφορά ειδικά στην πρόληψη και στον έλεγχο των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Το νομικό πλαίσιο για την ασφάλεια των ασθενών απορρέει από τη Συνθήκη για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ), του οποίου το άρθρο 168 ορίζει ότι πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας σε όλες τις δραστηριότητες της ΕΕ. Διαφορετικά είδη νομοθετικών πράξεων απορρέουν από τις αρμοδιότητες της ΕΕ όπως ορίζονται στις Συνθήκες: σε τομείς στους οποίους η ΕΕ δεν διαθέτει σαφείς αρμοδιότητες για τη θέσπιση δεσμευτικής νομοθεσίας, αλλά βασίζεται στην επονομαζόμενη «απαλή νομοθεσία» (συστάσεις και ανακοινώσεις) και στην αμοιβαία συνεργασία / ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα τέτοιο πεδίο, καθώς η ευθύνη για την οργάνωση των συστημάτων υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης παραμένει στα κράτη μέλη. Ως εκ τούτου, η σύσταση του Συμβουλίου δεν είναι νομικά δεσμευτική, αλλά έχει πολύ μεγάλο πολιτικό βάρος κυρίως επειδή η εφαρμογή της παρακολουθείται από την ΕΕ. Η ΕΕ μπορεί να μεταβιβάσει οδηγίες ή κανονισμούς για την εναρμόνιση των νόμων των κρατών μελών μόνο σε συγκεκριμένους τομείς που ορίζονται στο άρθρο 168 παράγραφος 4 της ΣΛΕΕ, στους οποίους περιλαμβάνεται η ασφάλεια και η ποιότητα των φαρμάκων, των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, του αίματος, των ιστών και των κυττάρων ανθρώπινης προέλευσης. Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη είναι μια οδηγία διότι έχει διπλή νομική βάση, η οποία απορρέει τόσο από την Art. 168 και από τη νομοθεσία για την εσωτερική αγορά (άρθρο 114).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Οι ασθενείς διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας που τους αφορούν. Ζουν καθημερινά με την κατάστασή τους και γίνονται εμπειρογνώμονες μέσω της εμπειρίας της νόσου, του αντίκτυπου στη ζωή τους της ασθένειας, καθώς και των θετικών και αρνητικών πτυχών και αποτυχιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η υποστήριξη και προώθηση της ουσιαστικής συμμετοχής των ασθενών, ατομικά και συλλογικά, στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διότι η γνώση του ασθενούς δε προέρχεται μόνο από την καθημερινότητα τους αλλά και από την συχνή επαφή με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Διάφοροι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του ενδιαφέροντος, του κινήτρου, της προθυμίας, της ικανότητας, έχουν αντίκτυπο στην εμπλοκή των ασθενών στην ασφάλεια (Howe 2006). Η συμμετοχή ενός ασθενούς στην ασφάλεια προϋποθέτει ότι είναι έτοιμος να διαδραματίσει ρόλο στην πρόληψη των σφαλμάτων (Longtin και συν. 2010). Οι ασθενείς έχουν πολλά κίνητρα για να βοηθήσουν να μειωθεί ο κίνδυνος και να βελτιωθούν τα αποτελέσματα (Barber 2002, Lyons 2007, Holme 2009) και είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές ασφάλειας (Davis και συν. 2011).

Η δεύτερη έκθεση εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών (2014) αναγνώρισε ότι οι βιωματικές γνώσεις των ασθενών και των οικογένειών τους αποτελούν πολύτιμο πόρο για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας και ότι αυτή η εμπειρία πρέπει να ενσωματωθεί ως στοιχείο των συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας. Η συμμετοχή των ασθενών είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την ενδυνάμωση της νοοτροπίας ασφάλειας των ασθενών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η συμμετοχή των ασθενών έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετικές επιδράσεις στις διεργασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας (Longtin και συν. 2010, McDonald και συν. 2013), με στοιχεία για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και την αύξηση της πιθανότητας θετικής οργανωτικής αλλαγής (Crawford και συν. 2002).

Η συμμετοχή των ασθενών στην ασφάλεια μπορεί να αποτρέψει τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τις βλάβες (Institute of Medicine 2001, Awe και Lin 2003, Shaw και

συν. 2004, Bergeson και Dean 2006, Coulter και Ellins 2006, Howe 2006, Rainey και συν. 2015). Ενίσχυση του παραπάνω συμπεράσματος προκύπτει και από τις 3 παραμέτρους που περιγράφονται από πολλές έρευνες:

1. οι ασθενείς παρακινούνται να συμμετάσχουν προκειμένου να επιτύχουν καλά αποτελέσματα και να αποφύγουν την πρόκληση βλάβης (Barber 2002, Lyons 2007, Holme 2009).
2. οι ασθενείς έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη φροντίδα του εαυτού τους και είναι ο μόνος μάρτυρας ολόκληρης της περίθαλψης, παρέχοντας έτσι μια πλήρη εικόνα του "ταξιδιού τους" (Barber και συν. 2002, Vincent και Coulter 2002, Lyons 2007, Schwappach 2010, Rathert και συν. 2011).
3. οι ασθενείς παρέχουν μια διαφορετική οπτική για την ασφάλεια από αυτή των επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Weissman και συν. 2008) .

Άλλη μελέτη εξέτασε τη συμμετοχή των ασθενών στην ασφάλεια των ασθενών και τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμετοχή και εμπλοκή τους στο θέμα της ασφάλειας. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν τέσσερις κατηγορίες παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την συμμετοχή των ασθενών στο θέμα της ασφάλειας. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται:

1. με τον ασθενή (π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών),
2. την ασθένεια (π.χ. σοβαρότητα της νόσου),
3. τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και τις γνώσεις και πεποιθήσεις αυτών,
4. τη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. εάν η απαιτούμενη συμπεριφορά ασφάλειας των ασθενών προκαλεί κλινικές ικανότητες για τους κλινικούς ιατρούς) (Davis και συν. 2007).

Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε και τις προκλήσεις και τα εμπόδια που υπάρχουν ως προς τη συμμετοχή του ασθενούς και στον ρόλο τον οποίο αυτός θα πρέπει να διαδραματίζει σε θέματα ασφάλειας. Κάποια από αυτά αφορούν σε:

- παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τον ίδιο τον ασθενή (Vincent και Coulter 2002, Longtin και συν. 2010, Doherty και συν. 2012),
- παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το προσωπικό (Ocloo 2010, Hrisos και Thomson 2013),

- παράγοντες ασθενούς-επαγγελματικής σχέσης (Howe 2006, DeBrun και συν. 2016), καθώς και
- οργανωτικοί παράγοντες (Ocloo 2010, Doherty και Stavropoulou 2012) και άλλοι παράγοντες (Berger και συν. 2014).

Επίσης, υπάρχουν διαφορές μεταξύ του ασθενούς και της κλινικής κατανόησης της ασφάλειας, γεγονός που περιορίζει τη συμμετοχή του ασθενούς στην απλή εφαρμογή κανόνων και κλινικών κανόνων (O'Hara και Isden, 2013).

2.1. Ασφάλεια των ασθενών - Η οπτική του ασθενούς εν συγκρίσει με την κλινική οπτική

Οι ασθενείς φαίνεται να ορίζουν διαφορετικά το θέμα της ασφάλειας συσχετίζοντάς την με την ποιότητα της περίθαλψης, πράγμα που σημαίνει ότι οι αποτυχίες επίτευξης της ποιότητας μιας υπηρεσίας ενδέχεται να προκαλούν στους ασθενείς την αίσθηση διαμόρφωσης ενός επικίνδυνου περιβάλλοντος. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα θέματα που ανέφεραν οι ασθενείς σχετικά με την ασφάλεια ή την ανασφαλή περίθαλψη περιλάμβαναν προβλήματα στάθμευσης, της αναμονής, τις καθυστερήσεις, τις διαδικασίες φροντίδας και τη διαπροσωπική δυναμική, όπως η κακή επικοινωνία ή οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών (Weingart και συν. 2007, Rathert και συν. 2011, Hor και συν. 2013).

Μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς διακρίνουν δυσκολίες στην αποτύπωση της έννοιας της ασφάλειας εν συγκρίσει με άλλες πτυχές της περίθαλψης (DeBrun και συν. 2016) και μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με την έννοια αυτή και συνεπώς, να διερευνήσουν την έννοια της ασφάλειας, αντί να ζητηθεί από τον ασθενή να περιγράψει τις ανησυχίες του όσον αφορά στη φροντίδα του. Με δεδομένο αυτό, συνολικά φαίνεται ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι ένας όρος που μπορεί να είναι άγνωστος ή συγκεχυμένος στους ασθενείς (O'Hara και συν. 2017).

Η ικανότητα των ασθενών να συμμετάσχουν και ειδικότερα να αναφέρουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, παρουσιάστηκε σε μια δομημένη μελέτη συνέντευξης σχετικά με μη ασφαλή επεισόδια περίθαλψης, που έδειξαν ότι περισσότεροι από έναν στους πέντε ασθενείς ανέφεραν μια μη ασφαλή εμπειρία φροντίδας. Ωστόσο, οι κλινικοί γιατροί βαθμολόγησαν μόνο το 1% αυτών για να αντιπροσωπεύσουν τραύματα που σχετίζονται με τη φροντίδα (Weingart και συν. 2007). Αυτό

διαπιστώθηκε παρομοίως σε άλλη έρευνα (O'Hara και συν. 2018), με το 65% των ανησυχιών που εξέφρασαν οι ασθενείς σε μια μελέτη να μην μπορεί να ταξινομηθεί παραδοσιακά ως περιστατικό το οποίο εμπεριέχει την ασφάλεια ασθενών. Η κλινική προοπτική χρησιμοποιείται συχνά για τον προσδιορισμό της εγκυρότητας των αναφορών ασθενών (Weingart και συν. 2007, Weissman και συν. 2008, Hor και συν. 2013, DeBrun και συν. 2016). Ωστόσο, παρατηρείται ότι η ασφάλεια των ασθενών, όπως ορίζεται στο κλινικό παράδειγμα, είναι ένας ανεπαρκής όρος που δεν καταγράφει την πλήρη εμπειρία των ασθενών (DeBrun και συν. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ο τομέας της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί μείζον πρόβλημα στην υγειονομική περίθαλψη. Η βελτίωση της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη απαιτεί γνωστικό υπόβαθρο από πολλούς κλάδους και η καθιέρωση συστημάτων για τον εντοπισμό και την εξάλειψη των παραμέτρων που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών είναι απαραίτητη (Batalden και συν. 2011). Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης έχουν 3 πτυχές:

1. να μειωθεί το "βάρος" της ασθένειας των ατόμων που υποφέρουν,
2. να βελτιωθεί η ασφάλεια του συστήματος και
3. να αναπτυχθεί η επαγγελματική δεξιότητα (Batalden και συν. 2011).

Πρέπει να αναφερθεί ότι υπήρξαν επιτυχείς παρεμβάσεις στην υγειονομική περίθαλψη με στόχο την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε νοσοκομειακό επίπεδο (Parand και συν. 2013) καθώς και σε κλινικό επίπεδο όπως η εντατική φροντίδα (Pronovost και συν. 2004, Pronovost και συν. 2008, Ballard και συν. 2008, Lipitz-Snyderman και συν. 2011), η μαιευτική (Pettker και συν. 2009, Iverson και συν. 2011) και η παιδιατρική εντατική φροντίδα (Bigham και συν. 2009, Miller και συν. 2010, Muething και συν. 2012).

Από έρευνες έχει φανεί ότι οι παρεμβάσεις για βελτιώσεις της ασφάλειας των ασθενών σχετίζονταν με σημαντικά μειωμένες πτώσεις ασθενών (Kalisch και συν. 2007), τη θνησιμότητα (Lipitz-Snyderman και συν. 2011), λοιμώξεις από καθετήρα (Miller και συν. 2010), μαιευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες (Pettker και συν. 2009, Iverson και συν. 2011) και σοβαρά συμβάντα ασφάλειας που προκαλούν βλάβη σε παιδιατρικούς ασθενείς (Muething και συν. 2012). Τα θετικά αποτελέσματα της ασφάλειας των ασθενών από τις παρεμβάσεις ήταν η σημαντικά βελτιωμένη ομαδική εργασία (Kalisch και συν. 2007, Pettker και συν. 2009), η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών (Pronovost και συν. 2004, Pettker και συν. 2009, Pettker και συν. 2011, Muething και συν. 2012) και ο μειωμένος κύκλος εργασιών προσωπικού (Kalisch και συν. 2007).

Η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών είναι πολύπλοκη και χρειάζεται υποστήριξη από πολλούς κλάδους για να επιτύχει. Αντίστοιχες παρεμβάσεις βελτίωσης έχουν διεξαχθεί σε πολλές περιοχές και έχουν οδηγήσει σε σημαντική μείωση της βλάβης αλλά και σε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ασθενών (Batalden και συν. 2011).

Το αίσθημα ασφαλείας των ασθενών είναι αυτό που καθοδηγεί τους διοικούντες και τους εργαζόμενους στην υγεία και καθορίζει τη συμπεριφορά τους (Nieva και Sorra 2003). Οι επιτυχείς παρεμβάσεις είναι πολύπλευρες με καίριο ρόλο να διαδραματίζει η αφοσίωση του προσωπικού σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένων των διευθυντικών στελεχών, των σαφών διαδικασιών και του προσωπικού που εκπαιδεύτηκε στην ασφάλεια και την ομαδική εργασία. Επιπλέον, η δημιουργία συστημάτων αναφοράς γεγονότων, ανατροφοδότησης και μάθησης (Johnston και συν. 2019).

Η ΕΕ έχει χρηματοδοτήσει την κοινή δράση European Union Network on Patient Safety and Quality of Care -PASQ που έχει ως στόχο να εντοπίσει τις βέλτιστες πρακτικές οι οποίες θα αποτελέσουν τη βάση για την εφαρμογή πολιτικών υγείας των Κρατών Μελών. Σύμφωνα με την κοινή δράση PASQ, ο ακόλουθος ορισμός της συμμετοχής του ασθενούς αναπτύχθηκε με βάση την Value +:

Η συμμετοχή των ασθενών αναφέρεται στον «βαθμό στον οποίο οι ασθενείς, οι οικογένειές τους ή οι φροντιστές, όποτε ενδείκνυται, συμμετέχουν στις αποφάσεις που σχετίζονται με την κατάστασή τους (π.χ. μέσω κοινής λήψης αποφάσεων και αυτοδιαχείρισης) και συμβάλλουν στην οργανωτική μάθηση μέσω της ειδικής εμπειρίας τους ως ασθενείς (π.χ. αναφορά ασθενών για ανεπιθύμητες ενέργειες ή συμμετοχή σε ανάλυση βασικών αιτιών που σχετίζονται με τη φροντίδα τους). Η συλλογική συμμετοχή ασθενών / κοινού είναι ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς και οι πολίτες, μέσω των αντιπροσωπευτικών οργανώσεών τους, συμβάλλουν στη διαμόρφωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω της συμμετοχής τους στην χάραξη πολιτικής, την οργάνωση και την παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης».

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η επιθυμία των ασθενών να έχουν έναν ενεργό ρόλο ποικίλλει, όπως για παράδειγμα τα άτομα που βρίσκονται σε οξεία κατάσταση ή αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρή ασθένεια, είναι λιγότερο πρόθυμα και ικανά να

συμμετάσχουν στη λήψη αποφάσεων, ενώ οι ασθενείς που διαχειρίζονται χρόνιες παθήσεις είναι πιο πρόθυμοι και ικανοί να το πράξουν ακόμη και σε νοσοκομειακό περιβάλλον, το οποίο συχνά μπορεί να αποδυναμώσει τον ασθενή. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη στάση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Lawton 2012, Davis και συν. 2007). Η επικοινωνία είναι μια ευκαιρία αλλά παράλληλα και ένας παράγοντας κινδύνου για την ασφάλεια των ασθενών: οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία καθώς και οι γλωσσικοί φραγμοί είναι περισσότερο εμφανείς σε θέματα ασφάλειας (Kingston-Riechers και συν. 2010).

Είναι επίσης ζωτικής σημασίας να δοθεί έμφαση στην οικοδόμηση της υγειονομικής παιδείας μέσω της υψηλής ποιότητας πληροφόρησης ώστε να έχουν τη δυνατότητα οι ασθενείς να κατανοούν όλες τις πτυχές της περίθαλψής τους. Η υγειονομική παιδεία αποτελεί βασική διάσταση της ενδυνάμωσης των ασθενών και έχει μεγάλη σημασία για την ασφάλειά τους. Η χαμηλή παιδεία όσον αφορά στην υγεία συνδέεται με τη μειωμένη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών και τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων αλλά και την υψηλότερη θνησιμότητα (Berkman και συν. 2004). Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε προβλήματα όπως τα σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, λανθασμένη διάγνωση λόγω κακής επικοινωνίας μεταξύ παροχών και ασθενών, χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στη θεραπεία, επανεισαγωγές στα νοσοκομεία και άλλες σχετικές επιπλοκές (Nielsen-Bohlman και συν. 2004).

3.1. Εργαλεία εκτίμησης ασφάλειας χειρουργείου

Ένας δείκτης διεργασίας της ασφάλειας στη χειρουργική μπορεί να εκτιμήσει εάν χρησιμοποιείται κατάλογος ελέγχου ασφαλείας κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και εάν οι δείκτες διεργασίας με επίκεντρο την θεραπεία των ασθενών μπορούν να αναλύσουν τα μέτρα εμπειρίας που αναφέρονται από τον ασθενή (patient-reported experience measures - PREMs). Τα μέτρα διαδικασίας αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των περισσότερων πλαισίων μέτρησης της ποιότητας (Cheng και συν.2014, Fujita και συν. 2018).

Ο ΠΟΥ με την Παγκόσμια Ένωση Ασφάλειας ασθενών δημοσίευσαν το εγχειρίδιο εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις (WHOSurgicalSafetyChecklist) με σκοπό τη μείωση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με τις χειρουργικές επεμβάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο. Το

εγχειρίδιο αυτό έχει υιοθετηθεί από την Ελλάδα και έχει εκδοθεί από τον Σύλλογο Νοσηλευτών Χειρουργείου που έχει έναν πρωταγωνιστικό ρόλο στην ασφαλή χειρουργική. Η Λίστα Ελέγχου είναι η κάτωθι:

|  Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ) | | |
|--|--|--|
| <p>Πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία</p> <p>ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ <ul style="list-style-type: none"> • ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ • ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ <input type="checkbox"/> ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ / ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΔΟΚΑΘΑΡΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΑΜΚΟΥ ΟΞΥΜΕΤΡΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ <p>ΕΧΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΓΝΩΣΤΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΑΓΓΙΟΥ / ΕΙΡΟΦΗΝΣΗΣ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΚΑΙ ΕΣΟΠΛΙΣΜΟΣ / ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΕ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/> ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ > 500ML (7ML/KG ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΓΡΑΦΗΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΥΓΡΑ | <p>Πριν από την χειρουργική τομή στο δέρμα</p> <p>TIME OUT*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΑΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΟΥΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ <ul style="list-style-type: none"> • ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ • ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ <p>ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΕΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ Ή ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ, Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ, Η ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ Ή ΟΧΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ; <input type="checkbox"/> Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ; <input type="checkbox"/> Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΤΕΡΕΩΣΗ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΣΙΩΠΕΣ ΟΙ ΑΝΤΕΤΟΜΕΣ ΕΝΔΕΞΕΙΣ; ΜΗΠΩΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΣΟΠΛΙΣΜΟΥ Ή ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΝ; <p>ΕΧΕΙ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 60 ΛΕΠΤΑ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ <p>ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΡΤΗΘΕΙ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΑΠΕΚΟΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ | <p>Πριν από την έξοδο του ασθενή από τη χειρουργική αίθουσα</p> <p>ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΕΙ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΙ <input type="checkbox"/> ΟΤΙ ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ, ΤΩΝ ΓΑΖΩΝ / ΚΟΜΠΡΕΣΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΒΕΛΩΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΕΣ (Ή ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ) <input type="checkbox"/> ΠΩΣ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΝΘΕΙ ΤΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ (ΜΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ) <input type="checkbox"/> ΑΝ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΣΟΠΛΙΣΜΟ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΟΥΝ <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΥΝΟΨΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΚΥΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΟ ΛΟΓΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ. |

Η Λίστα Ελέγχου ασφάλειας έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει κυρίως τις διεργασίες και τα τελικά αποτελέσματα της περίθαλψης, στοχεύοντας πρωτίστως στους επαγγελματίες και στην αντιμετώπιση της αποτελεσματικότητας στο χειρουργείο, της ασφάλειας και της εστίασης σε ένα ασθενοκεντρικό μοντέλο.

Άλλα συστήματα υγείας έχουν εφαρμόσει και άλλες πρακτικές όπως το Εθνικό Σύστημα της Αγγλίας (NHS) το οποίο έχει εφαρμόσει τα επτά βήματα για την ασφάλεια των ασθενών:

1. Πολιτισμός ασφάλειας.
2. Προϊστάμενος και προσωπικό υποστήριξης.
3. Ολοκληρωμένη διαχείριση κινδύνων.
4. Προώθηση αναφοράς περιστατικών.
5. Συμμετοχή ασθενών και κοινού.
6. Μάθηση και ανταλλαγή μαθημάτων.
7. Εφαρμογή λύσεων (NHS2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO Patient Safety Group, 2009) έχουν αναπτυχθεί διάφορα μέσα για τη μέτρηση της στάσης του υγειονομικού προσωπικού σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Τα παρακάτω εργαλεία μέτρησης εστιάζουν στη στάση του υγειονομικού προσωπικού ως προς την ασφάλεια του ασθενούς. Έχει αναπτυχθεί το ερωτηματολόγιο για τα Θέματα Ασφάλειας (Sexton και συν. 2006) για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών με τους παράγοντες «Κλίμα Ομαδικής Εργασίας», «Κλίμα Ασφάλειας», «Αντιλήψεις Διαχείρισης», «Ίκανοποίηση Εργασίας», και «Αναγνώριση άγχους». Το Κλίμα Ασφάλειας Ασθενούς στην Έρευνα των Οργανισμών Υγείας (PSCS) (Singer και συν. 2007) που αναπτύχθηκε από τις Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations (PSCHO) αποτελείται από τα παρακάτω επίπεδα: Επίπεδο οργάνωσης «Εμπιστευτικότητα ανώτερων διευθυντικών στελεχών», «Οργανωτικοί πόροι» και «Συνολική έμφαση στην ασφάλεια», επίπεδο μονάδας «Κανόνες ασφαλείας μονάδας» και «αναγνώριση μονάδων και υποστήριξη για την ασφάλεια», «Φόβος ντροπής», και "Μάθηση και πρόσθετη παροχή ασφαλούς φροντίδας".

Ένα άλλο εργαλείο είναι το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας των Ασθενών του Μάντσεστερ - Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) το οποίο αναπτύσσεται ως εργαλείο για τις οργανώσεις να εργαστούν ποιοτικά με εννέα διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε πέντε οργανωτικά επίπεδα ασφάλειας. 'Παθολογική', 'Αντιδραστική', 'Υπολογιστική', 'Προληπτική' και 'Γενετική' (Parker και συν. 2009).

Ένα εργαλείο που στοχεύει την μέτρηση της 'κουλτούρας' της ασφάλειας των ασθενών είναι η Νοσοκομειακή Έρευνα στο Αίσθημα Ασφαλείας των ασθενών - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), το οποίο κατασκευάστηκε στην Αμερική από την Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Colla και συν. 2005, Flin και συν. 2006, Singla και συν. 2006, Halligan και συν. 2011). Η HSOPSC μετρά το αίσθημα ασφαλείας των ασθενών σε επίπεδο μονάδας και νοσοκομείου, καθώς επίσης και το αίσθημα ασφάλειας γύρω από το αποτέλεσμα. Η HSOPSC έχει επίσης αναπτυχθεί για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε μεταφορά κρίσιμης περίθαλψης (Erler και συν. 2013), σε κατοίκον νοσηλεία (Handler και συν. 2006) και στη γενική πρακτική (Zwart και συν. 2011).

Επιπλέον, ως ένα από τα πλέον εφαρμοσμένα εργαλεία, η HSOPSC μετρά την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών από την άποψη του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης. Η HSOPSC αναπτύχθηκε διεξοδικά (Sorra και Nieva 2004) με:

- 1) την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ασφάλεια, τα ατυχήματα, το ιατρικό σφάλμα, την αναφορά σφαλμάτων, το κλίμα ασφάλειας, την νοοτροπία-κουλτούρα και το οργανωτικό κλίμα
- 2) τις μη δημοσιευμένες έρευνες σχετικά με την ασφάλεια και
- 3) τις προσωπικές και τηλεφωνικές συνεντεύξεις με το νοσοκομειακό προσωπικό.

Επίσης, αναπτύχθηκε κατόπιν προκαταρκτικού ελέγχου από το προσωπικό του νοσοκομείου για να διασφαλιστεί ότι τα αντικείμενα ήταν εύκολα κατανοητά και σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η έρευνα δοκιμάστηκε πιλοτικά σε περισσότερους από 1.400 υπαλλήλους νοσοκομείων από 21 νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η HSOPSC παρουσίασε υγιείς ψυχομετρικές ιδιότητες μέσω ανάλυσης διερευνητικών παραγόντων (EFA) και ανάλυσης επιβεβαιωτικού παράγοντα (CFA) (Sorra και Nieva 2004).

Η αρχική HSOPSC (12 διαστάσεις, 44 στοιχεία) αποτελείται από πτυχές της ασφάλειας των ασθενών που έχουν συγκεντρωθεί σε επτά διαστάσεις (24 στοιχεία): "Διαχειριστής προάγοντας την ασφάλεια", "Οργανωτική μάθηση", "Ομαδική εργασία εντός μονάδων νοσοκομείων", «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία», «Μη ποινική απάντηση στο σφάλμα» και «Προσωπικό». Οι πτυχές του νοσοκομειακού επιπέδου συλλέγονται σε τρεις διαστάσεις (11 στοιχεία): «Υποστήριξη διαχείρισης νοσοκομείων», «Ομαδική εργασία σε νοσοκομειακές μονάδες» και «Χειρουργικές επεμβάσεις και μεταβάσεις νοσοκομείων». Δύο μέτρα έκβασης (7 στοιχεία): «Συχνότητα εκθέσεων εκδήλωσης» και «Γενικές αντιλήψεις για την ασφάλεια» και δύο μέτρα ενιαίου στοιχείου συνιστούν επίσης το HSOPSC: «βαθμός ασφάλειας ασθενών» και «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων». Εκτός από δύο στοιχεία που χρησιμοποιούν μια κλίμακα συχνότητας έξι σημείων, τα περισσότερα αντικείμενα καλλιέργειας ασφάλειας ασθενών απαντώνται χρησιμοποιώντας μία κλίμακα συμφωνίας πενταπλών σημείων συμφωνίας, όπου υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μια πιο θετική στάση απέναντι στην ασφάλεια των ασθενών, δηλαδή τις δυνάμεις στην ασφάλεια των ασθενών (Sorra και Nieva 2004). Σε μεταγενέστερη

έρευνα, υποστηρίχθηκε η αρχική δομή της HSOPSC, αλλά η διάσταση «Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων» συνιστάται να χρησιμοποιηθεί καλύτερα ως περιγραφικό μέτρο (Sorra και Dyer 2010) αντί ως αποτέλεσμα, όπως είχε αρχικά. Το HSOPSC είναι ένα από τα επικρατέστερα εργαλεία έρευνας (Halligan και Zecevic 2011) με σωστά και αναλυτικά αναφερόμενα ψυχομετρικά τεστ (Collakai συν. 2005).

Κατά την διεξαγωγή μελετών σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, εμφανίστηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων προσωπικού. Οι προϊστάμενοι σημείωσαν μεγαλύτερη διαβάθμιση ασφάλειας των ασθενών από άλλες ομάδες προσωπικού σε διάφορες μελέτες (Kim και συν. 2007, Singer και συν. 2008, Wagner και συν. 2009, de Wet και συν. 2012). Οι μελέτες έχουν αναδείξει και διαφορές στην αντίληψη περί ασφάλειας μεταξύ των ομάδων του προσωπικού, με τους μάνατζερ να συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς οι οποίοι δεν κατείχαν διοικητικές θέσεις (Wagner και συν. 2009, Kim και συν. 2007). Υψηλή βαθμολογία σημειώθηκε επίσης στους νοσηλευτές με μακροχρόνια εμπειρία σε μονάδες σε σχέση με εκείνους οι οποίοι είχαν μικρότερη εμπειρία (Wagner και συν. 2009), ενώ υψηλότερη ήταν και η βαθμολογία μεταξύ των νοσηλευτών ηλικίας 40 - 49 σε σχέση με τους νεότερους (Kim και συν. 2007).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν χρησιμοποιήθηκαν μεμονωμένες ημι-δομημένες συνεντεύξεις για να ερευνηθούν τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα των ασθενών για την αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε νοσοκομείο. Χρησιμοποιήθηκε ένας ποιοτικός σχεδιασμός χρησιμοποιώντας μια θεματική προσέγγιση ανάλυσης για τη συγκέντρωση και ανάλυση της κατανόησης 19 ασθενών (11 άνδρες και 8 γυναίκες) που νοσηλεύτηκαν σε παθολογικές και χειρουργικές πτέρυγες ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου σε μια αστική περιοχή του Ιράν. Μετά τη χρήση σκοπιμότητας δειγματοληψίας για την επιλογή των συμμετεχόντων, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις για τη συλλογή δεδομένων. Οι υποστηρικτικοί μηχανισμοί που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση του αισθήματος ασφάλειας σε νοσοκομειακούς ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τον ασθενή στο σύνολό του και να τονίζουν την ανθρωπιστική πτυχή της περίθαλψης των ασθενών. Επιπλέον, συμπεραίνεται ότι οι νοσηλευτές πρέπει να μάθουν να αναλαμβάνουν ηγετικό ρόλο στην ασφάλεια των ασθενών (Vaismoradi και συν. 2011).

Άλλη έρευνα επιχείρησε να διερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασφάλεια στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μετά τη λήψη βασικών κοινωνικο-δημογραφικών πληροφοριών των συμμετεχόντων τα θέματα εισήχθησαν σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους τους ερωτηθέντες. Τα αντίγραφα κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το NVivo10 (λογισμικό ποιοτικών δεδομένων), ακολουθώντας μια διαδικασία συνεχούς σύγκρισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα 38 άτομα (14 άνδρες, 24 γυναίκες) είχαν πολλές ανησυχίες (σχετικά με την πρόσβαση, τη διάρκεια της διαβούλευσης, τη συνέχεια της σχέσης) και οι ανησυχίες τους αυτές είχαν συζητηθεί από άποψη ποιότητας, αλλά, στις συνεντεύξεις, τέθηκαν ως θέματα ασφάλειας. Προσδιορίστηκαν τρία ευρύτατα θέματα:

1. εμπιστοσύνη και ψυχοκοινωνικές πτυχές των επαγγελματιών-ασθενών σχέσεων,
2. επιλογή, συνέχεια, πρόσβαση και τα χρονικά θεμέλια της ασφάλειας και
3. εντάσεις σε επίπεδο οργανισμού και συστήματος που περιορίζουν την ασφάλεια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έννοιες της ασφάλειας περιλάμβαναν την κοινή εμπιστοσύνη σε ένα γραφειοκρατικό πλαίσιο διαπίστευσης, λογοδοσίας, διαδικαστικών κανόνων και κανονισμών, αλλά ήταν επίσης ατομικά και εξαρτώμενα από το περιβάλλον. Για τους ασθενείς, η ασφάλεια έχει δοθεί με ερμηνείες όπως η "ιδιοκτησία συστημάτων" και "προσωπική αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού και ασθενούς" (Rhodes και συν. 2016).

Στη μελέτη των Dixon και συν. (2015) οι ασθενείς ένιωθαν ασφαλείς, όπως αποδείχθηκε από τη βαθμολογία στις ερωτήσεις «ένιωθα ασφαλής τη μέρα του χειρουργείου» και «σπανίως συμβαίνουν λάθη κατά τη διάρκεια του χειρουργείου». Στη συγκεκριμένη έρευνα τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε 345 ασθενείς ενώ 102 εξ'αυτών (29,5%) απάντησαν. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ήταν παρόμοια με τη δημογραφική πληθυσμιακή συνολική πληθυσμιακή αναλογία ασθενών όσον αφορά τη φυλή, το επίπεδο εισοδήματος και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν ήταν γυναίκες (62,7%), λευκής φυλής (77,5%) και είχαν ετήσιο εισόδημα <\$75.000 (72,6%). 66% των ασθενών εμφάνιζαν πλευρικότητα στη χειρουργική τους διαδικασία, και μόνο για το 11,8% η παρούσα επέμβαση αποτελούσε την πρώτη χειρουργική επέμβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός διπλωματικής

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο σε ένα Γενικό νοσοκομείο της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Ερευνητικά ερωτήματα

- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο κατά την φάση της προετοιμασίας και την μετέπειτα φροντίδα εντός της χειρουργικής αίθουσας;
- ❖ Παρατηρούνται συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των χειρουργικών ασθενών και του αισθήματος ασφάλειας που νιώθουν στο χειρουργείο;

5.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε ουρολογικούς, ορθοπεδικούς και χειρουργικούς ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Αρχικά ζητήθηκε σχετική άδεια από τη Διοίκηση του νοσοκομείου, προκειμένου να εγκριθεί το πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης. Η έρευνα διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2019 έως και τον Ιανουάριο του 2020 (4 μήνες). Το δείγμα αποτέλεσαν 200 ασθενείς της γενικής χειρουργικής, ορθοπεδικοί και ουρολογικοί ασθενείς. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία, ενώ η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης και όπου αυτή δεν ήταν δυνατή, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με τη μορφή συνέντευξης από την ερευνήτρια.

Ερωτηματολόγιο έρευνας

Το ερωτηματολόγιο το οποίο επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη προέρχεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στην έρευνα των Dixon et al. (2015) με τίτλο «*Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do*

They Feel Safe? ». Για την χρήση του ερωτηματολογίου, έχει ήδη ζητηθεί και χορηγηθεί άδεια από τους δημιουργούς. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει επικαιροποιηθεί σύμφωνα με τις τρέχουσες συνθήκες των ελληνικών νοσοκομείων. Το εργαλείο της μελέτης περιλαμβάνει επίσης ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Η επεξεργασία βασίστηκε στην περιγραφική στατιστική με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων και η επαγωγική στατιστική στα τεστ Student's t-Test και Analysis of variances, ανάλογα τα δεδομένα. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα τεθεί σε 0,05.

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική. Τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων στη μελέτη, οι οποίοι είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν σε οποιαδήποτε φάση της έρευνας. Δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η πλειοψηφία του δείγματος (57%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 67 ετών. Το 52% των ασθενών ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 20,5% είχε ολοκληρώσει το Λύκειο. Το 67,5% ήταν έγγαμοι (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|--------------------------------------|---------|---------|
| Φύλο | | |
| Άνδρας | 114 | 57,0 |
| Γυναίκα | 86 | 43,0 |
| Ηλικιακές ομάδες | | |
| <70 ετών | 97 | 48,5 |
| >71 ετών | 103 | 51,5 |
| Ηλικία: μέση τιμή: 67 (±18,6) | | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | |
| Δημοτικό | 104 | 52,0 |
| Γυμνάσιο | 25 | 12,5 |
| Λύκειο | 41 | 20,5 |
| ΙΕΚ | 8 | 4,0 |
| ΤΕΙ / ΑΕΙ | 20 | 10,0 |
| Μεταπτυχιακός τίτλος | 2 | 1,0 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Έγγαμος | 135 | 67,5 |
| Άγαμος | 24 | 12,0 |
| Διαζευγμένος | 12 | 6,0 |
| Σε χηρεία | 29 | 14,5 |

6.2. Πληροφορίες για την επέμβαση

Το 39,5% του δείγματος δήλωσε ότι πραγματοποίησε χειρουργική επέμβαση, το 36,5% ορθοπεδική επέμβαση και το 24% ουρολογική επέμβαση (πίνακας 2).

Πίνακας 2: Τι τύπο επέμβασης κάνατε;

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-------------|----------------|----------------|
| Ορθοπεδική | 73 | 36,5 |
| Χειρουργική | 79 | 39,5 |
| Ουρολογική | 48 | 24,0 |

Η πλειοψηφία των ασθενών (57%) δήλωσαν ότι πραγματοποίησαν χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη πλευρά του σώματος, ενώ το 43% όχι (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Ήταν η χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη πλευρά του σώματος;

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----|----------------|----------------|
| OXI | 86 | 43,0 |
| NAI | 114 | 57,0 |

Υψηλό ποσοστό ασθενών απάντησε ότι δεν επέλεξε να κάνει αυτή την επέμβαση (97%), ενώ μόνο το 3% απάντησε ότι την επέλεξε (πίνακας 4).

Πίνακας 4: Επέλεξα να κάνω αυτή τη χειρουργική επέμβαση

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----|----------------|----------------|
| OXI | 194 | 97,0 |
| NAI | 6 | 3,0 |

Για το 75% των ασθενών δεν ήταν η πρώτη τους επέμβαση ενώ το 25% απάντησε ότι ήταν η πρώτη επέμβαση (πίνακας 5).

Πίνακας 5: Αυτή ήταν η πρώτη μου επέμβαση

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----|----------------|----------------|
| OXI | 150 | 75,0 |
| NAI | 50 | 25,0 |

Από αυτούς που ερωτήθηκαν αν και στο παρελθόν έχουν πραγματοποιήσει χειρουργική επέμβαση, το 28% δήλωσε ότι έχει χειρουργηθεί ακόμη 1 φορά, 25% καμία φορά, 15% 2 φορές και 11% 3 φορές. Χαμηλότερα ήταν τα αποτελέσματα στις υπόλοιπες απαντήσεις (πίνακας 6).

Πίνακας 6: Αν OXI, πόσες έχετε κάνει στο παρελθόν;

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-------|----------------|----------------|
| Καμία | 50 | 25,0 |
| 1,00 | 56 | 28,0 |
| 2,00 | 30 | 15,0 |
| 3,00 | 22 | 11,0 |
| 4,00 | 15 | 7,5 |
| 5,00 | 8 | 4,0 |
| 6,00 | 5 | 2,5 |
| 7,00 | 6 | 3,0 |
| 8,00 | 5 | 2,5 |
| 9,00 | 1 | 0,5 |
| 15,00 | 1 | 0,5 |
| 20,00 | 1 | 0,5 |

Η πλειοψηφία των ασθενών (93,5%) δήλωσε ότι η επέμβαση δεν έγινε ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης, ενώ μόνο το 6,5% απάντησε θετικά (πίνακας 7).

Πίνακας 7: Αυτή η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιλοκών προηγούμενης επέμβασης.

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----|----------------|----------------|
| OXI | 187 | 93,5 |
| NAI | 13 | 6,5 |

Το 63% των ασθενών δήλωσε ότι δεν συμπλήρωσαν την φόρμα την ημέρα της επέμβασης, ενώ το 37% απάντησε ότι την συμπλήρωσε (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Συμπλήρωσα αυτή τη φόρμα την ημέρα της επέμβασης.

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----|----------------|----------------|
| OXI | 126 | 63,0 |
| NAI | 74 | 37,0 |

Το 35% των ασθενών δήλωσε ότι συμπλήρωσε τη φόρμα 1 ημέρα μετά τη χειρουργική επέμβαση και το 15,5% ότι την συμπλήρωσε 2 ημέρες μετά την επέμβαση (πίνακας 9).

Πίνακας 9. Αν OXI, πόσες ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση συμπληρώσατε αυτή τη φόρμα;

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Την ίδια μέρα της επέμβασης | 74 | 37,0 |
| 1,00 | 70 | 35,0 |
| 2,00 | 31 | 15,5 |
| 3,00 | 9 | 4,5 |
| 4,00 | 6 | 3,0 |
| 5,00 | 2 | 1,0 |
| 6,00 | 4 | 2,0 |
| 7,00 | 1 | 0,5 |
| 8,00 | 2 | 1,0 |
| 10,00 | 1 | 0,5 |

6.3. Ασφάλεια στο χειρουργείο

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι αντιλήψεις των χειρουργημένων ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο.

Οι απαντήσεις «συμφωνώ απόλυτα και συμφωνώ» δόθηκε από υψηλά ποσοστά (45% και 35%) του δείγματος σχετικά με το ότι ένοιωσε ασφαλής την ημέρα του χειρουργείου (πίνακας 10).

Πίνακας 10: Ένοιωσα ασφαλής την ημέρα του χειρουργείου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 2 | 1,0 |
| Διαφωνώ | 3 | 1,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 7 | 3,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 4 | 2,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 24 | 12,0 |
| Συμφωνώ | 90 | 45,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 70 | 35,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (35%) δήλωσε «κάπως συμφωνώ» σχετικά με το ότι την ημέρα του χειρουργείου, όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας συστήθηκαν και ενημέρωσαν για τον ρόλο τους τον ασθενή. Επίσης το 30% απάντησε «συμφωνώ» (πίνακας 11).

Πίνακας 11: Την ημέρα του χειρουργείου, όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μου συστήθηκαν και με ενημέρωσαν για τον ρόλο τους

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ | 3 | 1,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 25 | 12,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 38 | 19,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 70 | 35,0 |
| Συμφωνώ | 60 | 30,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 4 | 2,0 |

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (65%) που δήλωσε «*συμφωνώ*» σχετικά με το ότι την ημέρα του χειρουργείου, η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλεια του ασθενή. Επίσης, το 11% του δείγματος απάντησε «*συμφωνώ απόλυτα*» ως προς την ανωτέρω δήλωση (πίνακας 12).

Πίνακας 12: Την ημέρα του χειρουργείου , η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλειά μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Κάπως Διαφωνώ | 2 | 1,0 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 11 | 5,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 35 | 17,5 |
| Συμφωνώ | 130 | 65,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 22 | 11,0 |

Το 61% και το 10,5% του δείγματος *συμφωνεί* και *συμφωνεί απόλυτα* σχετικά με το ότι ένοιωσε ότι ο χειρουργός του ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου του ασθενή (πίνακας 13).

Πίνακας 13: Ένοιωσα ότι ο χειρουργός μου ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του χειρουργείου μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ | 1 | 0,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 10 | 5,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 46 | 23,0 |
| Συμφωνώ | 122 | 61,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 21 | 10,5 |

Η πλειοψηφία του δείγματος (58%) απάντησε ότι *συμφωνεί* σχετικά με το ότι ένοιωσε ότι ο αναισθησιολόγος του ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου του ασθενή. Ακόμη το 26% απάντησε ότι *κάπως συμφωνεί* με το παραπάνω (πίνακας 14).

Πίνακας 14: Ένοιωσα ότι ο αναισθησιολόγος μου ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Κάπως Διαφωνώ | 3 | 1,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 12 | 6,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 52 | 26,0 |
| Συμφωνώ | 116 | 58,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 17 | 8,5 |

Οι απαντήσεις «κάπως συμφωνώ και συμφωνώ» σχετικά με την αντίληψη ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονταν για την ασφάλεια του χειρουργείου του ασθενή δόθηκαν από υψηλά ποσοστά (30% και 59%) του δείγματος (πίνακας 15).

Πίνακας 15: Ένοιωσα ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Κάπως Διαφωνώ | 1 | 0,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 10 | 5,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 60 | 30,0 |
| Συμφωνώ | 118 | 59,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 11 | 5,5 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40% και 24%) *κάπως συμφωνεί* και *συμφωνεί* σχετικά με το ότι την ημέρα του χειρουργείου, εξηγήθηκαν όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την εξασφάλιση της ασφάλειας του ασθενή (πίνακας 16).

Πίνακας 16: Την ημέρα του χειρουργείου, μου εξηγήθηκαν από κάποιον όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την εξασφάλιση της ασφάλειάς μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 1 | 0,5 |
| Διαφωνώ | 5 | 2,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 23 | 11,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 39 | 19,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 80 | 40,0 |
| Συμφωνώ | 48 | 24,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 4 | 2,0 |

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (45% και 29,5%) που δήλωσε *κάπως συμφωνώ και συμφωνώ* σχετικά με το ότι την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αισθάνθηκαν ασφαλείς εξαιτίας των ερωτήσεων που τους έκανε η χειρουργική ομάδα (πίνακας 17).

Πίνακας 17: Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αισθάνθηκα ασφαλής εξαιτίας των ερωτήσεων που μου έκανε η χειρουργική ομάδα

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ | 1 | 0,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 15 | 7,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 33 | 16,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 90 | 45,0 |
| Συμφωνώ | 59 | 29,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 2 | 1,0 |

Το 39% και το 23,5% του δείγματος *κάπως συμφωνεί και συμφωνεί* σχετικά με το ότι κατανόησε όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την ασφάλεια της χειρουργικής επέμβασης (πίνακας 18).

Πίνακας 18: Κατανόησα όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την ασφάλεια της χειρουργικής επέμβασης

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ | 2 | 1,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 29 | 14,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 41 | 20,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 78 | 39,0 |
| Συμφωνώ | 47 | 23,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 3 | 1,5 |

Η πλειοψηφία του δείγματος (89%) απάντησε ότι *συμφωνεί απόλυτα και συμφωνεί σχετικά* με το ότι η ασφάλεια ήταν το σημαντικότερο τμήμα – μέρος της χειρουργικής επέμβασης (πίνακας 19).

Πίνακας 19: Η ασφάλεια ήταν το σημαντικότερο τμήμα – μέρος της χειρουργικής επέμβασης

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 4 | 2,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 18 | 9,0 |
| Συμφωνώ | 146 | 73,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 32 | 16,0 |

Οι απαντήσεις «*κάπως συμφωνώ και συμφωνώ*» δόθηκε από υψηλά ποσοστά (31,5% και 39%) του δείγματος σχετικά με το ότι η χειρουργική ομάδα επικοινωνούσε αποτελεσματικά καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (πίνακας 20).

Πίνακας 20: Η χειρουργική ομάδα επικοινωνούσε αποτελεσματικά καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Κάπως Διαφωνώ | 20 | 10,0 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 34 | 17,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 63 | 31,5 |
| Συμφωνώ | 78 | 39,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 5 | 2,5 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (32,5%) *κάπως συμφωνεί* σχετικά με το ότι την ημέρα του χειρουργείου ένοιωσε ασφαλής λόγω όλων των ενεργειών που είδε να γίνονται από τη χειρουργική ομάδα (πίνακας 21).

Πίνακας 21: Την ημέρα του χειρουργείου ένοιωσα ασφαλής λόγω όλων των ενεργειών που είδα να γίνονται από τη χειρουργική ομάδα

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ | 1 | 0,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 6 | 3,0 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 21 | 10,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 65 | 32,5 |
| Συμφωνώ | 102 | 51,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 5 | 2,5 |

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (52,5%) που δήλωσε ότι *συμφωνεί απόλυτα* σχετικά με το ότι την ημέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ένιωσαν σίγουροι για την ασφάλειά τους. Επίσης, το 30% απάντησε ότι *κάπως συμφωνεί* στην παραπάνω δήλωση (πίνακας 22).

Πίνακας 22: Την ημέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ένιωθα σίγουρος για την ασφάλειά μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ | 2 | 1,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 5 | 2,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 20 | 10,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 60 | 30,0 |
| Συμφωνώ | 105 | 52,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 8 | 4,0 |

Το 62,5% του δείγματος *συμφωνεί* σχετικά με το ότι κατά την ανάρρωση, η χειρουργική ομάδα ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του (πίνακας 23).

Πίνακας 23: Κατά την ανάρρωση, η χειρουργική ομάδα ενδιαφερόταν για την ασφάλειά μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ | 17 | 8,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 15 | 7,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 16 | 8,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 15 | 7,5 |
| Συμφωνώ | 125 | 62,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 12 | 6,0 |

Η πλειοψηφία του δείγματος (40%) απάντησε ότι *διαφωνεί* σχετικά με το ότι κατανοούσε τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση (πίνακας 24).

Πίνακας 24: Κατανοούσα τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 1 | 0,5 |
| Διαφωνώ | 80 | 40,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 33 | 16,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 24 | 12,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 16 | 8,0 |
| Συμφωνώ | 34 | 17,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 12 | 6,0 |

Η απάντηση «*συμφωνώ*» δόθηκε από υψηλό ποσοστό (54%) του δείγματος σχετικά με το ότι την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκε ασφάλεια όταν του ζητήθηκε αρκετές φορές από την χειρουργική ομάδα να επαναλάβει το όνομά του (πίνακας 25).

Πίνακας 25: Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από την χειρουργική ομάδα να επαναλάβει το όνομά μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 1 | 0,5 |
| Διαφωνώ | 27 | 13,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 16 | 8,0 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 21 | 10,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 17 | 8,5 |
| Συμφωνώ | 108 | 54,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 10 | 5,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (56%) *συμφωνεί* σχετικά με το ότι την ημέρα της επέμβασης αισθάνθηκε ασφάλεια όταν ζητήθηκε αρκετές φορές από τη χειρουργική ομάδα να επαναλάβει τα γενέθλιά του (πίνακας 26).

Πίνακας 26: Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από τη χειρουργική ομάδα να επαναλάβω τα γενέθλιά μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 3 | 1,5 |
| Διαφωνώ | 24 | 12,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 25 | 12,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 20 | 10,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 12 | 6,0 |
| Συμφωνώ | 112 | 56,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 4 | 2,0 |

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (51,5%) που δήλωσε *συμφωνώ* σχετικά με το ότι ένιωσαν ασφαλείς όταν ερωτήθηκαν από την χειρουργική ομάδα για το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα έπρεπε να εκτελεστεί εκείνη την ημέρα (πίνακας 27).

Πίνακας 27: Ένιωσα ασφαλής όταν ερωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα για το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα έπρεπε να εκτελεστεί εκείνη την ημέρα

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Διαφωνώ | 4 | 2,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 9 | 4,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 27 | 13,5 |
| Κάπως Συμφωνώ | 54 | 27,0 |
| Συμφωνώ | 103 | 51,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 3 | 1,5 |

Το 73,5% του δείγματος *συμφωνεί* σχετικά με το ότι ένιωσε ασφαλής όταν ζητήθηκε από την χειρουργική ομάδα να αναφέρει τυχόν αλλεργίες του (πίνακας 28).

Πίνακας 28: Ένωσα ασφαλής όταν ρωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα να αναφέρω τυχόν αλλεργίες μου

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ | 10 | 5,0 |
| Κάπως Διαφωνώ | 6 | 3,0 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 10 | 5,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 8 | 4,0 |
| Συμφωνώ | 147 | 73,5 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 19 | 9,5 |

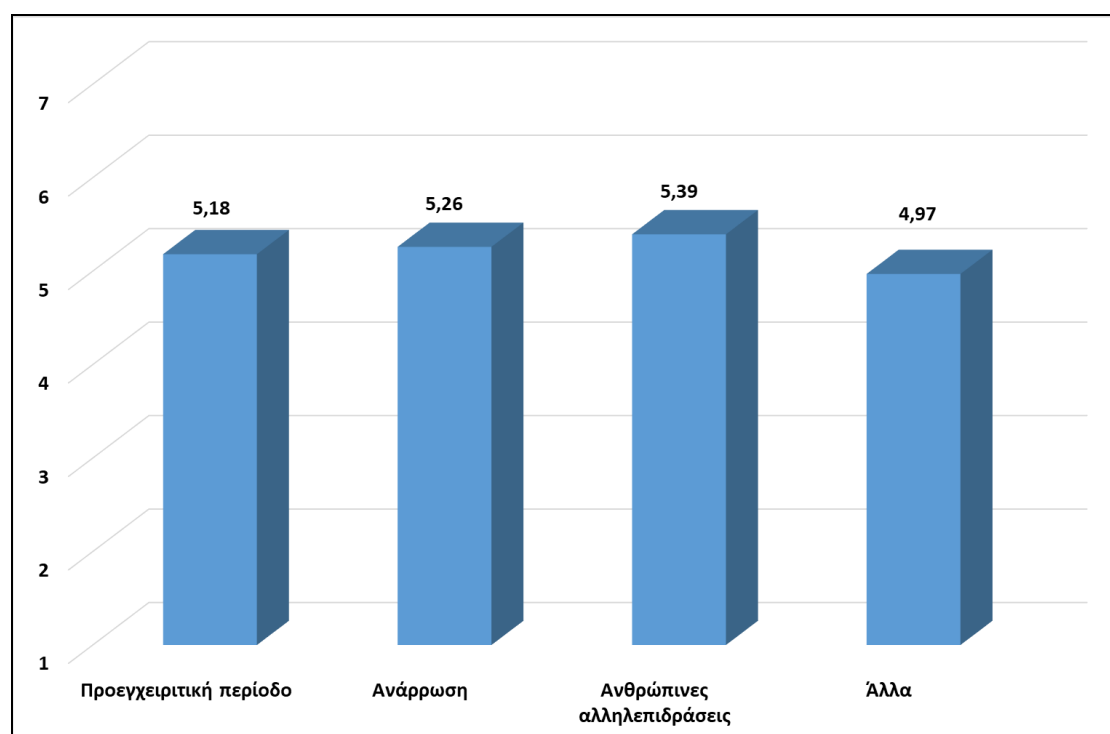
Το 29% του δείγματος απάντησε ότι *ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί* σχετικά με το ότι τα λάθη σπάνια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης, ενώ το 23,5% απάντησε ότι *κάπως συμφωνεί* (πίνακας 29).

Πίνακας 29: Λάθη σπάνια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης

| | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Απόλυτα | 3 | 1,5 |
| Διαφωνώ | 15 | 7,5 |
| Κάπως Διαφωνώ | 27 | 13,5 |
| Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | 58 | 29,0 |
| Κάπως Συμφωνώ | 47 | 23,5 |
| Συμφωνώ | 34 | 17,0 |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 16 | 8,0 |

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι *κάπως συμφωνεί* σχετικά με την ασφάλεια που ένοιωσε κατά την προεγχειρητική περίοδο (5,18), κατά την περίοδο της ανάρρωσης (5,26), τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις (5,39) και άλλα (4,97).

Διάγραμμα 1. Διαστάσεις Ασφάλειας στο Χειρουργείο



Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο (πίνακας 30).

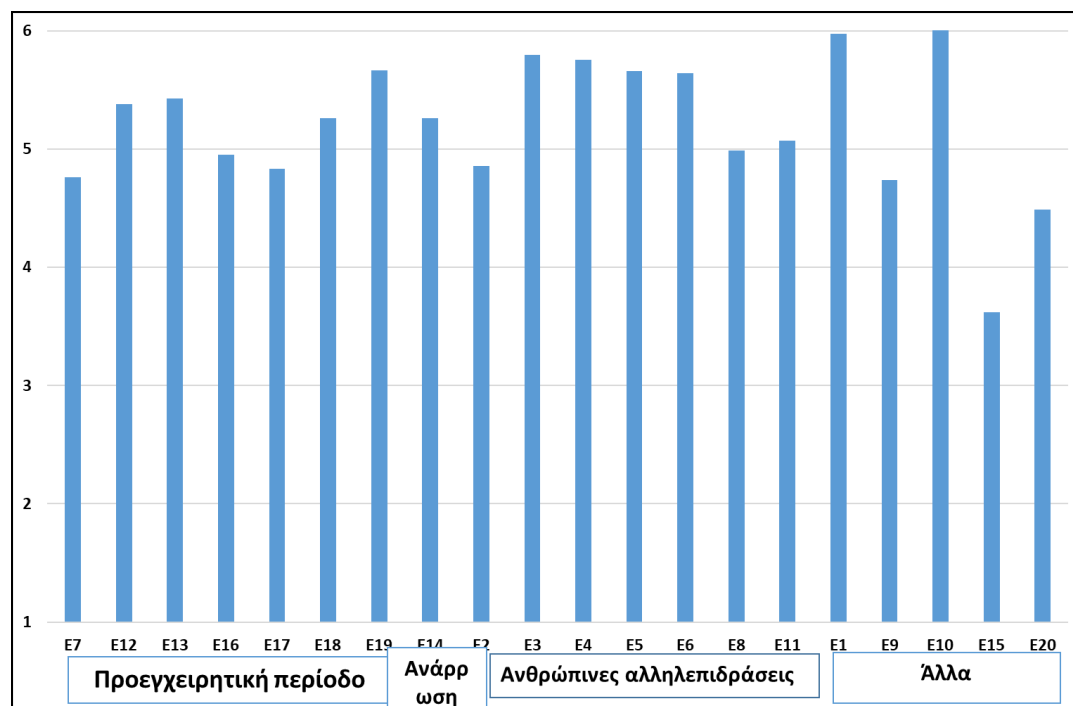
Πίνακας 30. Περιγραφική Ανάλυση των ερωτήσεων ασφάλεια στο χειρουργείο

| | N | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|---|-----|---------------|--------------|-----------|-----------------|
| 1. Ένοιωσα ασφαλής την ημέρα του χειρουργείου | 200 | 1,00 | 7,00 | 5,98 | 1,17 |
| 2. Την ημέρα του χειρουργείου, όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μου συστήθηκαν και με ενημέρωσαν για τον ρόλο τους | 200 | 2,00 | 7,00 | 4,86 | 1,09 |
| 3. Την ημέρα του χειρουργείου, η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλειά μου | 200 | 3,00 | 7,00 | 5,80 | 0,75 |
| 4. Ένοιωσα ότι ο χειρουργός μου ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του χειρουργείου μου | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,76 | 0,75 |
| 5. Ένοιωσα ότι ο αναισθησιολόγος μου ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του χειρουργείου μου | 200 | 3,00 | 7,00 | 5,66 | 0,78 |
| 6. Ένοιωσα ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονταν για την ασφάλειά του χειρουργείου μου | 200 | 3,00 | 7,00 | 5,64 | 0,69 |

| | | | | | |
|---|-----|------|------|------|------|
| 7. Την ημέρα του χειρουργείου, μου εξηγήθηκαν από κάποιον όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την εξασφάλιση της ασφάλειάς μου | 200 | 1,00 | 7,00 | 4,76 | 1,11 |
| 8. Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αισθάνθηκα ασφαλής εξαιτίας των ερωτήσεων που μου έκανε η χειρουργική ομάδα | 200 | 2,00 | 7,00 | 4,99 | 0,92 |
| 9. Κατανόησα όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την ασφάλειά της χειρουργικής επέμβασης | 200 | 2,00 | 7,00 | 4,74 | 1,05 |
| 10. Η ασφάλεια ήταν το σημαντικότερο τμήμα – μέρος της χειρουργικής επέμβασης | 200 | 4,00 | 7,00 | 6,03 | 0,58 |
| 11. Η χειρουργική ομάδα επικοινωνούσε αποτελεσματικά καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης | 200 | 3,00 | 7,00 | 5,07 | 1,03 |
| 12. Την ημέρα του χειρουργείου ένιωσα ασφαλής λόγω όλων των ενεργειών που είδα να γίνονται από τη χειρουργική ομάδα | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,38 | 0,86 |
| 13. Την ημέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ένιωθα σίγουρος για την ασφάλειά μου | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,43 | 0,89 |
| 14. Κατά την ανάρρωση, η χειρουργική ομάδα ενδιαφερόταν για την ασφάλειά μου | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,26 | 1,40 |
| 15. Κατανοούσα τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση | 200 | 1,00 | 7,00 | 3,62 | 1,73 |
| 16. Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από την χειρουργική ομάδα να επαναλάβει το όνομά μου | 200 | 1,00 | 7,00 | 4,95 | 1,57 |
| 17. Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ρωτήθηκε αρκετές φορές από τη χειρουργική ομάδα να επαναλάβω τα γενέθλιά μου | 200 | 1,00 | 7,00 | 4,83 | 1,59 |
| 18. Ένιωσα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε από την χειρουργική ομάδα | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,26 | 1,00 |
| 19. Ένιωσα ασφαλής όταν ρωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα να αναφέρω τυχόν αλλεργίες μου | 200 | 2,00 | 7,00 | 5,67 | 1,14 |
| 20. Λάθη σπάνια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης | 200 | 1,00 | 7,00 | 4,49 | 1,41 |

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει τις μέσες τιμές κάθε ερώτησης ανά διάσταση σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους βαθμολόγησαν τις ερωτήσεις με 5 και άνω που σημαίνει ότι κάπως συμφωνούν.

Διάγραμμα 2. Μέσες τιμές κάθε ερώτησης ανά διάσταση σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο



6.4. Συγκριτική ανάλυση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρακάτω ενότητα πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με το φύλο των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες ένοιωσαν την ίδια ασφάλεια στο χειρουργείο (πίνακας 31).

Πίνακας 31. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με φύλο

| | Φύλο | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|---------|-----|-----------|-----------------|---------|
| Προεγχειρητική περίοδο | Άνδρας | 114 | 5,17 | 0,68 | 0,792 |
| | Γυναίκα | 86 | 5,20 | 0,68 | |
| Ανάρρωση | Άνδρας | 114 | 5,34 | 1,27 | 0,340 |
| | Γυναίκα | 86 | 5,15 | 1,55 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Άνδρας | 114 | 5,39 | 0,61 | 0,930 |
| | Γυναίκα | 86 | 5,40 | 0,62 | |
| Άλλα | Άνδρας | 114 | 4,96 | 0,71 | 0,836 |
| | Γυναίκα | 86 | 4,98 | 0,62 | |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με την ηλικία των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα <70 ετών και τα άτομα >70 ετών ένοιωσαν την ίδια ασφάλεια στο χειρουργείο (πίνακας 32).

Πίνακας 32. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με ηλικία

| | Ηλικία | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|---------------|----------|------------------|------------------------|----------------|
| Προεγχειρητική περίοδο | <70 ετών | 97 | 5,2960 | ,65441 | 0,020 |
| | >70 ετών | 103 | 5,0735 | ,68127 | |
| Ανάρρωση | <70 ετών | 97 | 5,4639 | 1,26707 | 0,045 |
| | >70 ετών | 103 | 5,0680 | 1,49024 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | <70 ετών | 97 | 5,4448 | ,58207 | 0,258 |
| | >70 ετών | 103 | 5,3467 | ,63718 | |
| Άλλα | <70 ετών | 97 | 5,0577 | ,71178 | 0,073 |
| | >70 ετών | 103 | 4,8874 | ,62476 | |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου, οι ασθενείς ένοιωσαν την ίδια ασφάλεια στο χειρουργείο (πίνακας 33).

Πίνακας 33. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με μορφωτικό επίπεδο

| Μορφωτικό επίπεδο | | Προεγχειρητική περίοδο | Ανάρρωση | Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Άλλα |
|----------------------|-----------------|------------------------|----------|----------------------------|--------|
| Δημοτικό | Μέση τιμή | 5,16 | 5,13 | 5,38 | 4,89 |
| | N | 104,00 | 104,00 | 104,00 | 104,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,60 | 1,46 | 0,62 | 0,63 |
| Γυμνάσιο | Μέση τιμή | 5,11 | 5,48 | 5,31 | 5,05 |
| | N | 25,00 | 25,00 | 25,00 | 25,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,71 | 1,08 | 0,68 | 0,68 |
| Λύκειο | Μέση τιμή | 5,22 | 5,49 | 5,39 | 5,01 |
| | N | 41,00 | 41,00 | 41,00 | 41,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,86 | 1,34 | 0,59 | 0,60 |
| ΙΕΚ | Μέση τιμή | 5,52 | 4,88 | 5,41 | 5,18 |
| | N | 8,00 | 8,00 | 8,00 | 8,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,38 | 1,81 | 0,47 | 0,42 |
| ΤΕΙ / ΑΕΙ | Μέση τιμή | 5,16 | 5,25 | 5,53 | 5,01 |
| | N | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,69 | 1,41 | 0,60 | 1,00 |
| Μεταπτυχιακός τίτλος | Μέση τιμή | 5,50 | 6,00 | 5,86 | 6,00 |
| | N | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,10 | 0,00 | 0,40 | 0,28 |
| P value | | 0,707 | 0,595 | 0,757 | 0,186 |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης, οι ασθενείς ένοιωσαν την ίδια ασφάλεια στο χειρουργείο (πίνακας 34).

Πίνακας 34. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με οικογενειακή κατάσταση

| Οικογενειακή κατάσταση | | Προεγχειρητική περίοδο | Ανάρρωση | Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Άλλα |
|------------------------|-----------------|------------------------|----------|----------------------------|--------|
| Έγγαμος | Μέση τιμή | 5,23 | 5,36 | 5,43 | 5,00 |
| | N | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,64 | 1,33 | 0,59 | 0,60 |
| Άγαμος | Μέση τιμή | 5,03 | 5,13 | 5,27 | 4,82 |
| | N | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,95 | 1,42 | 0,72 | 0,91 |
| Διαζευγμένος | Μέση τιμή | 5,40 | 4,83 | 5,36 | 5,23 |
| | N | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,40 | 1,80 | 0,40 | 0,78 |
| Σε χηρεία | Μέση τιμή | 4,97 | 5,10 | 5,36 | 4,87 |
| | N | 29,00 | 29,00 | 29,00 | 29,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,61 | 1,52 | 0,68 | 0,70 |
| P value | | 0,096 | 0,508 | 0,699 | 0,269 |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τον τύπο επέμβασης. Εξαίρεση αποτέλεσε η διάσταση ανάρρωση, όπου οι ασθενείς που έκαναν χειρουργική και ουρολογική επέμβαση ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια ως προς την ανάρρωση, σε σύγκριση με τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν στην ορθοπεδική ($p = 0.030$). (πίνακας 35).

Πίνακας 35. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τύπο επέμβασης

| Τι τύπο επέμβασης κάνατε; | | Προεχειριστική περίοδο | Ανάρρωση | Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Άλλα |
|---------------------------|-----------------|------------------------|--------------|----------------------------|-------|
| Ορθοπεδική | Μέση τιμή | 5,07 | 4,92 | 5,36 | 4,89 |
| | N | 73,00 | 73,00 | 73,00 | 73,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,68 | 1,59 | 0,60 | 0,60 |
| Χειρουργική | Μέση τιμή | 5,26 | 5,43 | 5,33 | 4,97 |
| | N | 79,00 | 79,00 | 79,00 | 79,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,67 | 1,24 | 0,62 | 0,75 |
| Ουρολογική | Μέση τιμή | 5,22 | 5,50 | 5,57 | 5,09 |
| | N | 48,00 | 48,00 | 48,00 | 48,00 |
| | Τυπική απόκλιση | 0,67 | 1,25 | 0,59 | 0,64 |
| P value | | 0,199 | 0,030 | 0,080 | 0,299 |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με την πλευρά της χειρουργικής επέμβασης. Εξαίρεση αποτέλεσε η διάσταση ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, όπου οι ασθενείς που δεν χειρουργήθηκαν σε συγκεκριμένη πλευρά ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια ως προς τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, σε σύγκριση με τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν σε μια συγκεκριμένη πλευρά ($p = 0.046$). (πίνακας 36).

Πίνακας 36. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με πλευρά χειρουργικής επέμβασης

| | Ήταν η χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη πλευρά του σώματος; | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|---|-----|-----------|-----------------|--------------|
| Προεγχειρητική περίοδο | OXI | 86 | 5,28 | 0,61 | 0.076 |
| | NAI | 114 | 5,11 | 0,72 | |
| Ανάρρωση | OXI | 86 | 5,47 | 1,26 | 0.071 |
| | NAI | 114 | 5,11 | 1,48 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | OXI | 86 | 5,49 | 0,58 | 0.046 |
| | NAI | 114 | 5,32 | 0,63 | |
| Άλλα | OXI | 86 | 5,05 | 0,63 | 0.163 |
| | NAI | 114 | 4,91 | 0,70 | |

Τα άτομα που επέλεξαν να πραγματοποιήσουν την χειρουργική επέμβαση ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια στο χειρουργείο ως προς τις διαστάσεις ανάρρωση ($p = 0.001$), ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις ($p = 0.010$) και άλλα ($p = 0.015$), σε σύγκριση με τα άτομα που δεν επέλεξαν να πραγματοποιήσουν την χειρουργική επέμβαση (πίνακας 37).

Πίνακας 37. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με επιλογή χειρουργικής επέμβασης

| | Επέλεξα να κάνω αυτή τη χειρουργική επέμβαση | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|--|-----|-----------|-----------------|--------------|
| Προεγχειρητική περίοδο | OXI | 194 | 5,17 | 0,68 | 0.320 |
| | NAI | 6 | 5,45 | 0,67 | |
| Ανάρρωση | OXI | 194 | 5,23 | 1,41 | 0.001 |
| | NAI | 6 | 6,17 | 0,41 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | OXI | 194 | 5,37 | 0,60 | 0.010 |
| | NAI | 6 | 6,02 | 0,60 | |
| Άλλα | OXI | 194 | 4,96 | 0,68 | 0.015 |
| | NAI | 6 | 5,13 | 0,10 | |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με το εάν ήταν η πρώτη επέμβαση του ασθενή. Εξάιρεση αποτέλεσε η διάσταση ανάρρωση, όπου οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν για πρώτη φορά ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια ως προς την ανάρρωση, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν ($p=0.047$). (πίνακας 38).

Πίνακας 38. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με πρώτη ή όχι χειρουργική επέμβαση

| | Αυτή ήταν η πρώτη μου επέμβαση | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|--------------------------------|-----|-----------|-----------------|--------------|
| Προεγχειρητική περίοδο | OXI | 150 | 5,18 | 0,68 | 0.986 |
| | NAI | 50 | 5,18 | 0,66 | |
| Ανάρρωση | OXI | 150 | 5,15 | 1,46 | 0.047 |
| | NAI | 50 | 5,60 | 1,12 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | OXI | 150 | 5,38 | 0,63 | 0.676 |
| | NAI | 50 | 5,43 | 0,56 | |
| Άλλα | OXI | 150 | 4,96 | 0,71 | 0.646 |
| | NAI | 50 | 5,01 | 0,55 | |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τις φορές χειρουργείων στο παρελθόν. Αυτό σημαίνει ότι οι φορές που έχουν χειρουργηθεί οι ασθενείς δεν επηρεάζουν την ασφάλεια που νιώθουν στο χειρουργείο (πίνακας 39).

Πίνακας 39. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με φορές χειρουργείων στο παρελθόν

| | | Αν OXI, πόσες έχετε κάνει στο παρελθόν; |
|------------------------|---------------------|---|
| Προεγχειρητική περίοδο | Pearson Correlation | 0,028 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,690 |
| | N | 200 |
| Ανάρρωση | Pearson Correlation | -0,016 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,818 |

| | | |
|-------------------------------|---------------------|--------|
| | N | 200 |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Pearson Correlation | 0,004 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,959 |
| | N | 200 |
| Άλλα | Pearson Correlation | -0,061 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,387 |
| | N | 200 |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με το εάν η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης. Εξαίρεση αποτέλεσε η διάσταση προεγχειριστική περίοδο, όπου οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν λόγω επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης ένοιωσαν χαμηλότερη ασφάλεια ως προς την προεγχειριστική περίοδο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν χειρουργήθηκαν λόγω επιπλοκών ($p = 0.027$). (πίνακας 40).

Πίνακας 40. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με επέμβαση ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης

| | Αυτή η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης επέμβασης. | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|-------------------------|---|-----|-----------|-----------------|--------------|
| Προεγχειριστική περίοδο | OXI | 187 | 5,58 | 0,68 | 0.027 |
| | NAI | 13 | 5,15 | 0,51 | |
| Ανάρρωση | OXI | 187 | 5,27 | 1,41 | 0.778 |
| | NAI | 13 | 5,15 | 1,28 | |
| Ανθρώπινες | OXI | 187 | 5,38 | 0,62 | 0.252 |

| | | | | | |
|-----------------|-----|-----|------|------|-------|
| αλληλεπιδράσεις | NAI | 13 | 5,58 | 0,50 | |
| Άλλα | OXI | 187 | 4,96 | 0,68 | 0.235 |
| | NAI | 13 | 5,18 | 0,61 | |

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με το εάν συμπλήρωσαν οι ασθενείς τη φόρμα την ημέρα της επέμβασης. Εξαίρεση αποτέλεσε η διάσταση ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, όπου οι ασθενείς που την συμπλήρωσαν την ημέρα της επέμβασης ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια ως προς τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις ($p = 0.003$). Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην διάσταση *άλλα* όπου οι ασθενείς που την συμπλήρωσαν την ημέρα της επέμβασης ένοιωσαν υψηλότερη ασφάλεια ως προς την διάσταση *άλλα* ($p = 0.003$). (πίνακας 41).

Πίνακας 41. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με συμπλήρωση ερωτηματολογίου την ημέρα της επέμβασης

| | Συμπλήρωσα αυτή τη φόρμα την ημέρα της επέμβασης. | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|----------------------------|---|-----|-----------|-----------------|--------------|
| Προεγχειρητική περίοδο | OXI | 126 | 5,13 | 0,71 | 0.130 |
| | NAI | 74 | 5,28 | 0,61 | |
| Ανάρρωση | OXI | 126 | 5,13 | 1,41 | 0.099 |
| | NAI | 74 | 5,47 | 1,36 | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | OXI | 126 | 5,30 | 0,66 | 0.003 |
| | NAI | 74 | 5,56 | 0,48 | |
| Άλλα | OXI | 126 | 4,86 | 0,70 | 0.003 |
| | NAI | 74 | 5,15 | 0,59 | |

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με τις ημέρες μετά το χειρουργείο που συμπλήρωσαν οι ασθενείς τη φόρμα. Ειδικότερα, όσο αυξάνουν οι ημέρες μετά το χειρουργείο που συμπλήρωσαν οι ασθενείς τη φόρμα, μειώνεται το αίσθημα ασφάλειας ως προς τις διαστάσεις προεγχειρητική περίοδο ($p=0.037$), ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις ($p=0.008$) και άλλα ($p=0.003$). (πίνακας 42).

Πίνακας 42. Σύγκριση διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο με ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

| | | Αν ΟΧΙ, πόσες ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση συμπληρώσατε αυτή τη φόρμα; |
|----------------------------|---------------------|--|
| Προεγχειρητική περίοδο | Pearson Correlation | -0,147* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,037 |
| | N | 200 |
| Ανάρρωση | Pearson Correlation | -0,079 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,264 |
| | N | 200 |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Pearson Correlation | -,0188** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,008 |
| | N | 200 |
| Άλλα | Pearson Correlation | -0,209** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,003 |
| | N | 200 |

6.5. Συσχετίσεις διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο

- Όσο αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν οι ασθενείς κατά την Προεγχειριστική περίοδο, αυξάνει και το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν κατά την ανάρρωσή ($r=0.286$), από τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις($r=0.495$) και από τα άλλα ($r=0.502$).
- Όσο αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν οι ασθενείς κατά την ανάρρωση, αυξάνει και το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν από τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις ($r=0.284$), από τα άλλα ($r=0.294$).
- Όσο αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν οι ασθενείς από τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, αυξάνει και το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν από τα άλλα ($r=0.534$). (πίνακας 43).

Πίνακας 43. Συσχετίσεις διαστάσεων ασφάλειας στο χειρουργείο

| | | Προεγχειριστική περίοδο | Ανάρρωση | Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Άλλα |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|----------|----------------------------|------|
| Προεγχειριστική περίοδο | Pearson Correlation | 1 | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | | |
| | N | 200 | | | |
| Ανάρρωση | Pearson Correlation | 0,286** | 1 | | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | | | |
| | N | 200 | 200 | | |
| Ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις | Pearson Correlation | 0,495** | 0,284** | 1 | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | | |
| | N | 200 | 200 | 200 | |
| Άλλα | Pearson Correlation | 0,502** | 0,294** | 0,534** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| | N | 200 | 200 | 200 | 200 |

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς κατά πλειοψηφία δήλωσαν ότι ένιωσαν ασφάλεια κατά την προεγχειρητική περίοδο, κατά την περίοδο της ανάρρωσης και από τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, έδειξαν ότι η καλή φροντίδα προκαλεί αισθήματα ασφάλειας και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στους ασθενείς. Οι ασθενείς κατανοούν ότι προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας είναι η ασφάλειά τους και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της σωστής επικοινωνίας των μελών της.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Lantz και συν. (2005) συμφώνησαν με τα ευρήματα της μελέτης μας, αποδεικνύοντας ότι η καλή φροντίδα στους ασθενείς προκαλεί αισθήματα ασφάλειας. Η επίτευξη συνθηκών ασφάλειας σχετίζεται με τις βασικές αρχές ποιοτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της καλής σχέσης ασθενούς-ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Kitson και συν. 2010). Η ύπαρξη μιας ικανοποιητικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ικανότητα αυτο-φροντίδας (Zrínyi και συν. 2007).

Η έρευνα έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών συμφωνούσαν ότι η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλειά τους. Ειδικότερα ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια όταν την ημέρα του χειρουργείου όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας του συστήνονται και τον ενημερώνουν για το ρόλο τους. Η μελέτη των Yngman-Uhlin και συν. (2015) αναφέρει ότι όταν ο χρόνος των ιατρών με τους ασθενείς είναι μειωμένος εξαιτίας τηλεφωνημάτων ή διοικητικών εργασιών δημιουργούνται εμπόδια στην επίτευξη καλής φροντίδας στους ασθενείς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συναισθήματα άγχους. Παρόλο που κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής τους αποκατάστασης οι ασθενείς παρουσιάζουν φόβο και ανησυχία για την πορεία της υγείας τους, όταν το προσωπικό τους ενθαρρύνει να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις ανάγκες τους, νιώθουν περισσότερο ασφαλείς (Jonsson και συν. 2011). Οι ασθενείς αισθάνονται πιο ασφαλείς όταν το προσωπικό τους ελέγχει συχνά και η εμπιστοσύνη που δείχνουν προς το προσωπικό αυξάνεται λόγω της υποστήριξης, της τακτικής αξιολόγησης, και της σωστής φροντίδας την οποία λαμβάνουν.

Η πλειοψηφία των ασθενών στη μελέτη δήλωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου ενδιαφερόταν για την ασφάλειά του. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ουσιαστικός στην φροντίδα των ασθενών. Τους μεταφέρει αισιόδοξα μηνύματα για τη ζωή και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία ανάρρωσή τους και την επανένταξή τους στην καθημερινότητα την οποία είχαν πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (Vaismoradi και συν. 2011).

Οι ασθενείς κατά πλειοψηφία δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ασφαλείς όταν τους ζητήθηκε από την χειρουργική ομάδα να αναφέρουν το όνομά τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με παρόμοια μελέτη των Weingart και συν. (2007). Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των ασθενών αισθάνθηκε ασφαλείς όταν τους ζητήθηκε να αναφέρουν προσωπικές πληροφορίες, όπως η ημερομηνία γενεθλίων τους και η ύπαρξη αλλεργιών. Η συμπλήρωση αυτών των πληροφοριών δεν πρέπει να θεωρούνται από τους ασθενείς και τη χειρουργική ομάδα χάσιμο χρόνου ή γραφειοκρατική διαδικασία καθώς αποτελούν μέρος της Λίστας Ελέγχου του χειρουργείου η οποία έχει ως βασικό στόχο την ασφάλεια των ασθενών.

Η έρευνα έδειξε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ασθενών εισήχθει στο νοσοκομείο λόγω επιπλοκών από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση. Παρόμοια έρευνα των Evans και συν. (2006) κατέληξε στα ίδια αποτελέσματα. Η εμπειρία των επιπλοκών επηρεάζει αρνητικά το αίσθημα ασφάλειας και την εμπιστοσύνη των ασθενών όχι μόνο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι Cronenwett και συν. (2007) υπογραμμίζουν τη σημασία της εκμάθησης του τρόπου ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης μέσω τεκμηριωμένης πρακτικής για τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης.

Η μελέτη μας έδειξε ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ασφάλεια δεν επηρεάζονται από κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία ή η οικογενειακή κατάσταση. Αντίστοιχη μελέτη των Dixon και συν. (2015) κατέληξε στα ίδια ευρήματα. Παράλληλα, διαπιστώσαμε ότι δεν υπήρχε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων ασφαλείας στο χειρουργείο με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού και ένοιωσαν την ίδια ασφάλεια με ασθενείς που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αυτό το εύρημα σχετίζεται με την απάντηση που

έδωσε ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών ότι δεν είχε κατανοήσει τους κινδύνους από τη χειρουργική επέμβαση.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου αντιλαμβάνεται ότι οι δυσκολίες στη δημιουργία εμπιστοσύνης στη φροντίδα αποτελούν απειλή για την καλή φροντίδα των ασθενών (Frilund και συν. 2014). Σε αυτή τη μελέτη, η εμπιστοσύνη και η αξιόπιστη φροντίδα ήταν απαραίτητα μέρη της καλής φροντίδας. Η αξιόπιστη φροντίδα κοινοποιήθηκε από το προσωπικό μέσω ικανότητας, γνώσης και εμπλοκής στη φροντίδα. Σύμφωνα με τους Vaismoradi και συν. (2011) τα αισθήματα ασφάλειας των ασθενών απειλούνται όταν οι νοσηλευτές δεν έχουν τη γνώση να παρέχουν σωστή φροντίδα όσον αφορά τις ανάγκες των ασθενών και όταν κάνουν λάθη νοσηλευτικά. Αυτό συμπίπτει με τη φροντίδα που βασίζεται με τη γνώση ως δείκτης καλής φροντίδας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή ως σημαντικό συστατικό της καλής ποιότητας φροντίδας. Το άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ισότιμο και ενεργό μέλος στη δική του φροντίδα και ως άτομο με θέληση, ανάγκες και συναισθήματα (Ekman και συν. 2011). Για να μπορέσουν να συμμετάσχουν στη δική τους φροντίδα, οι ασθενείς χρειάζονται λεπτομερείς πληροφορίες και εκπαίδευση. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση των ασθενών προεγχειρητικά σχετικά με την αναμενόμενη ανάρρωση μειώνουν το άγχος και οδηγούν τους ασθενείς να είναι πιο υπεύθυνοι για τη δική τους διαδικασία ανάρρωσης και να αισθάνονται ασφαλείς μετά τη χειρουργική επέμβαση (Aasa και συν. 2013 Mi-Ling και συν. 2014 Ng και συν. 2004). Το να περιμένουν πληροφορίες μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς να αισθάνονται λιγότερο ασφαλείς και να έχουν σοβαρό άγχος και φόβο για τη ζωή τους (Schultz και συν. 2013).

Περιορισμοί μελέτης

Ένας σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο της Περιφέρειας Πελοποννήσου και έτσι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό των χειρουργημένων ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι η χρήση ερωτηματολογίου αυτο-αναφοράς, το οποίο μπορεί να επιφέρει απαντήσεις κοινωνικά επιθυμητές και αποδεκτές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της σωστής φροντίδας του ασθενή από όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, εντός της χειρουργικής αίθουσας. Με επίκεντρο τον άνθρωπο-ασθενή, οι ασθενείς νιώθουν ασφαλείς και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αξιόπιστης φροντίδας που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας. Το κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας της χειρουργικής ομάδας δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας στους ασθενείς. Η φροντίδα που βασίζεται στις γνώσεις και στις ορθές πρακτικές επηρεάζει θετικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ασφάλεια.

Η συνεχής υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας στους ασθενείς με παρεμβάσεις, συμβουλές και κίνητρα έχει ως αποτέλεσμα να είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην ασφάλειά τους.

Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, προτείνονται τα ακόλουθα:

- Υποστήριξη των προσδοκιών και ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, όχι μόνο κατά τη διάρκεια του χειρουργείου τους αλλά και στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική τους πορεία.
- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι οι πρώτοι που θα σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών, όπως το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και την ενημέρωση. Οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι εάν γίνονται σεβαστά τα δικαιώματά τους.
- Η Διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να φροντίζει για την επαρκή στελέχωση επαγγελματιών υγείας, όχι μόνο στο χειρουργείο αλλά σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.
- Ανάπτυξη ενδυνάμωσης των χειρουργημένων ασθενών με σκοπό την ενεργό συμμετοχή τους στην ασφάλειά τους.
- Ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν τυχόν λάθη τα οποία μπορεί να γίνουν κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης, έτσι ώστε να καταγράφονται και να αναλύονται με απώτερο σκοπό τη μάθηση από τα λάθη. Αυτό προϋποθέτει τη μη ύπαρξη φόβου της αναφοράς των σφαλμάτων.

- Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου θα πρέπει να μεριμνήσει για τη συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μέσω οργανωμένων σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Συνεχής προσπάθεια υποστήριξης και ανάπτυξης προγραμμάτων με σκοπό την αύξηση ευαισθητοποίησης σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.
- Υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και ανταλλαγή γνώσεων, εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών προς όφελος της ασφάλειας των ασθενών.
- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης εντός της χειρουργικής αίθουσας προκειμένου να δημιουργηθούν στον ασθενή αισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων, επικοινωνίας και ομαδικής συνεργασίας στο χώρο του χειρουργείου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας τα οποία θα συμβάλουν στη πρόληψη και μείωση των λαθών. Ως αποτέλεσμα θα έχουμε τη μείωση των δαπανών για την υγεία, καθώς και την εξοικονόμηση πόρων.
- Πιστή τήρηση και εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό, θα επιτευχθεί με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, σύμφωνα με το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2009) το οποίο αναφέρει:
 - ✓ Προκειμένου να εφαρμοστεί η Λίστα Ελέγχου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ένα άτομο πρέπει να είναι υπεύθυνο για τη διενέργεια των ελέγχων ασφαλείας στη λίστα. Αυτός ο καθορισμένος συντονιστής Λίστας Ελέγχου μπορεί να είναι ένας νοσηλευτής, αλλά μπορεί να είναι οποιοσδήποτε κλινικός γιατρός που συμμετέχει στην επέμβαση.
 - ✓ Η Λίστα Ελέγχου χωρίζεται τη λειτουργία σε τρεις φάσεις, καθεμία από αυτές αντιστοιχεί σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο στην κανονική ροή μιας διαδικασίας - την περίοδο πριν από την εισαγωγή της αναισθησίας, την περίοδο μετά την εισαγωγή και πριν από τη χειρουργική τομή, και την περίοδο κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το κλείσιμο του τραύματος, αλλά πριν αποχωρήσει ο ασθενής από το χειρουργείο. Σε κάθε φάση, ο συντονιστής της Λίστας Ελέγχου πρέπει να επιβεβαιώνει ότι η ομάδα έχει ολοκληρώσει τα καθήκοντά της πριν προχωρήσει στην επόμενη φάση. Καθώς οι ομάδες εξοικειώνονται με τα βήματα της Λίστας Ελέγχου, μπορούν να

ενσωματωθούν στα πρότυπα εργασίας και να ολοκληρώνονται λεκτικά χωρίς τη ρητή παρέμβαση του συντονιστή της Λίστας Ελέγχου. Κάθε ομάδα πρέπει να επιδιώξει να ενσωματώσει τη χρήση της Λίστας Ελέγχου στη δουλειά της με μέγιστη αποτελεσματικότητα και ελάχιστη διακοπή.

- ✓ Όλα τα βήματα πρέπει να ελέγχονται προφορικά από το κατάλληλο μέλος της ομάδας για να διασφαλιστεί ότι έχουν πραγματοποιηθεί οι βασικές ενέργειες. Επομένως, πριν από την αναισθησία, το άτομο που συντονίζει τη Λίστα Ελέγχου θα εξετάσει προφορικά με τον αναισθησιολόγο και τον ασθενή (όταν είναι δυνατόν) ότι η ταυτότητα του ασθενούς έχει επιβεβαιωθεί και επίσης ότι έχει δοθεί συγκατάθεση για χειρουργική επέμβαση. Ο συντονιστής θα οπτικοποιήσει και θα επιβεβαιώσει προφορικά ότι έχει επισημανθεί ο τύπος επέμβασης (εάν είναι απαραίτητο) και θα επανεξετάσει με τον αναισθησιολόγο τον κίνδυνο απώλειας αίματος, δυσκολίας στον αεραγωγό και αλλεργικής αντίδρασης του ασθενούς και εάν έχει ολοκληρωθεί ένας έλεγχος ασφάλειας μηχανήματος αναισθησίας και φαρμάκων. Στην ιδανική περίπτωση, ο χειρουργός θα είναι παρών κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, καθώς ο χειρουργός μπορεί να έχει μια σαφέστερη ιδέα για την αναμενόμενη απώλεια αίματος, αλλεργίες ή άλλες επιπλοκές του ασθενούς. Ωστόσο, η παρουσία του χειρουργού δεν είναι απαραίτητη για τη συμπλήρωση αυτού του μέρους της Λίστας Ελέγχου.
- ✓ Πριν από την τομή του δέρματος, κάθε μέλος της ομάδας θα τον γνωρίσει με το όνομα και τον ρόλο του. Η ομάδα μπορεί να επιβεβαιώσει ότι όλοι στο δωμάτιο είναι γνωστοί ο ένας στον άλλο. Η ομάδα θα επιβεβαιώσει δυνατά ότι εκτελούν τη σωστή λειτουργία στον σωστό ασθενή και στη συνέχεια θα ελέγχουν προφορικά ο ένας τον άλλον, με τη σειρά τους, τα κρίσιμα στοιχεία των σχεδίων τους για την επέμβαση, χρησιμοποιώντας τη Λίστα Ελέγχου για καθοδήγηση. Θα επιβεβαιώσουν επίσης ότι τα προφυλακτικά αντιβιοτικά έχουν χορηγηθεί εντός των προηγούμενων 60 λεπτών και ότι εμφανίζεται απαραίτητη απεικόνιση, ανάλογα με την περίπτωση.
- ✓ Πριν φύγει από το χειρουργείο, η ομάδα θα εξετάσει την επέμβαση που πραγματοποιήθηκε. Θα εξετάσει επίσης τυχόν δυσλειτουργίες του εξοπλισμού ή ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Τέλος, η ομάδα θα συζητήσει

βασικά σχέδια και ανησυχίες σχετικά με τη μετεγχειρητική διαχείριση και ανάρρωση πριν μετακινήθει ο ασθενής από το χειρουργείο.

- ✓ Το να έχεις ένα άτομο να ηγηθεί της διαδικασίας Λίστα Ελέγχου είναι απαραίτητο για την επιτυχία του. Στο περίπλοκο περιβάλλον ενός χειρουργείου, οποιοδήποτε από τα βήματα μπορεί να παραβλεφθεί κατά τη γρήγορη προετοιμασία, ενδοεγχειρητική ή μετεγχειρητική προετοιμασία. Ο ορισμός ενός ατόμου για επιβεβαίωση ολοκλήρωσης κάθε βήματος της Λίστας Ελέγχου μπορεί να διασφαλίσει ότι τα βήματα ασφαλείας δεν παραλείπονται βιαστικά για να προχωρήσουν προς την επόμενη φάση. Μέχρι τα μέλη της ομάδας να εξοικειωθούν με τα βήματα, ο συντονιστής της Λίστας Ελέγχου πιθανότατα θα πρέπει να καθοδηγήσει την ομάδα σε αυτήν τη διαδικασία της Λίστας Ελέγχου.
- ✓ Ένα πιθανό μειονέκτημα του να έχεις ένα άτομο να ηγείται της Λίστα Ελέγχου είναι ότι μπορεί να δημιουργηθεί μια ανταγωνιστική σχέση με άλλα μέλη της ομάδας λειτουργίας. Ο συντονιστής της Λίστας Ελέγχου μπορεί και πρέπει να εμποδίσει την ομάδα να προχωρήσει στην επόμενη φάση της λειτουργίας έως ότου κάθε βήμα αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά, αλλά με αυτόν τον τρόπο μπορεί να ενοχλήσει άλλα μέλη της ομάδας. Επομένως, τα νοσοκομεία πρέπει να εξετάσουν προσεκτικά ποιο μέλος του προσωπικού είναι πιο κατάλληλο για αυτόν τον ρόλο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aasa, A., Hovbäck, M. & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *J Clin Nurs*, 22(11-12), pp.1604–12.
- Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J. & Erickson, S. M. (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington: National Academies Press.
- Awe, C. & Lin, S. J. (2003). A patient empowerment model to prevent medication errors. *J Med Syst*, 27(6), pp.503-17.
- Baker, R., Norton, P., Flintoft, V. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), pp.1678-1686.
- Ballard, N., McCombs, A., DeBoor, S., Strachan, J., Johnson, M., Smith, M. et al. (2008). How Our ICU Decreased the Rate of Hospital Acquired Pressure Ulcers. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(1), pp.92-96.
- Barber, N. (2002). Should we consider non-compliance a medical error? *Quality & Safety in Health Care*, 11, pp. 81-4.
- Batalden, P., Bate, P., Webb, D. & McLoughlin, V. (2011). Planning and Leading a Multidisciplinary Colloquium to Explore the Epistemology of Improvement. *BMJ Quality & Safety*, 20(Suppl 1) i1-i4.
- Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A. & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 23, pp.548-55.
- Bergeson, S. C. & Dean, J. D. (2006). A systems approach to patient-centered care. *JAMA*, 296(23), pp.2848-51.
- Berkman, N., DeWalt, D., Pignone, M. et al. (2004). *Literacy and Health Outcomes* AHRQ Evidence Report Summaries.
- Bigham, M., Amato, R., Bondurant, P., Fridriksson, J., Krawczeski, C., Raake, J. et al. (2009). Ventilator-Associated Pneumonia in the Pediatric Intensive Care Unit: Characterizing the Problem and Implementing a Sustainable Solution. *The Journal of Pediatrics* 154(4), pp.582-587.

- Brennan, T., Leape, L., Laird, N. et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324(6), pp.370-6.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. & Quentin, W. (2019). Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. The European Observatory on Health Systems, World Health Organization.
- Cheng, E., Sanders, A., Cohen, A. & Bever, C. (2014). Quality measurement: here to stay. *Neurology Clinical Practice*, 4(5), pp.441–6.
- Clancy, C., Farquhar, M., Beth, M. & Collins Sharp, B. (2005). Patient Safety in Nursing Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3) pp.193-197.
- Colla, J., Bracken, A., Kinney, L. & Weeks, W. (2005). Measuring Patient Safety Climate: a Review of Surveys. *Quality & Safety in Health Care*, 14, pp. 364-366.
- Conklin, A. (2009). Room for improvement. Strong patient safety systems could limit health, social and economic harms from medical error. RAND Europe.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2006). Patient-focused interventions: A review of the evidence. London: The Health Foundation and Picker Institute Europe.
- Council of the European, Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, 2009/C 151/01, June 2009.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(7375) 1263.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J. et al. (2007). Quality and safety education for nurses, 55(3), pp.122–31.
- Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R. et al. (2002). Adverse Events in New Zealand Public Hospitals I. *The New Zealand medical journal* 115(1167):U271.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*.
- Davis, R. E., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2011). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf*, 20, pp.108-14.

- De Brun, A., Heavey, E., Waring, J., Dawson, P. & Scott, J. (2016). PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. *Health Expectations*, 20, pp.771-778.
- de Wet, C., Johnson, P., Mash, R., McConnachie, A. & Bowie, P. (2012). Measuring Perceptions of Safety Climate in Primary Care: A Cross-sectional Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), pp.135-142.
- Dixon, J., Tillman, M., Wehbe-Janek, H., Song, J. & Papaconstantinou, H. (2015). Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do They Feel Safe? *The Ochsner Journal*, 15, pp.143–148.
- Doherty, C. & Stavropoulou, C. (2012). Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 75,(2), pp.257-63.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C. et al. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), pp.248–51.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, et al. (2008). What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K et al. (eds.). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Erler, C., Edwards, N., Ritchey, S., Pesut, D., Sands, L. & Wu, J. (2013). Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. *Air Medical Journal*, 32(4), pp.208-215.
- Eurobarometer, Report of the Special Eurobarometer survey on patient safety and quality of care, n. 411, June 2014.
- European Commission (2016). Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes, written by Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH and SOGETI.
- European Commission. (2012). Report on the implementation of the Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, COM (2012) 658, p. 12.
- European Commission (2014). Report on the Public Consultation on patient safety and quality care.

- European Parliament (2014). Report on safer healthcare in Europe: improving patient safety and fighting antimicrobial resistance, 2014/2207(INI).
- European Patients Forum for PaSQ project, adapted from the Value+ project.
- Evans, S., Berry, J., Smith, B. & Esterman, A. (2006). Consumer perception of safety in hospitals. *BMC Public Health*, 6, p.41.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. & Robertson, E. (2006). Measuring Safety Climate in Health Care. *Quality and Safety in Health Care*, 15, pp.109-115.
- Frilund, M., Eriksson, K. & Fagerström, L. (2014). The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people—a study on caregivers' ethical approach. *Scand J Caring Sci*, 28(2), pp.245–54.
- Fujita, K., Moles, R. & Chen, T. (2018). Quality indicators for responsible use of medicines: a systematic review. *BMJ Open*, 8(7),e020437.
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety Culture in Healthcare: a Review of Concepts, Dimensions, Measures and Progress. *Quality and Safety*, 20(4), pp.338-343.
- Handler, S., Castle, N., Studenski, S., Perera, S., Fridsma, D., Nace, D. & Hanlon, J. (2006). Patient Safety Culture Assessment in the Nursing Home. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), pp.400-404.
- Holme, A. (2009). Exploring the role of patients in promoting safety: policy to practice. *Br J Nurs*, 18(22), 1392-5.
- Hor, S. Y., Godbold, N., Collier, A. & Iedema, R. (2013). Finding the patient in patient safety. *Health (London)*, 17(6), pp.567-83.
- Howe, A. (2006). Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. *J Interprof Care*, 20(5), pp.527-34.
- Hrisos, S. & Thomson, R. (2013). Seeing it from both sides: do approaches to involving patients in improving their safety risk damaging the trust between patients and healthcare professionals? An interview study. *PLoS One*, 8(11), e80759.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.

- Iverson, R. & Heffner, L. (2011). Patient safety series: Obstetric Safety Improvement and its Reflection in Reserved Claims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(5), pp.398-401.
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J. & Cleary, P. (2003). What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics*, 29, pp.103–108.
- Johnston, B., Lou-Meda, R., Mendez, S. et.al. (2019). Teaching patient safety in global health: Lessons from the Duke Global Health Patient Safety Fellowship. *British Medical Journal Global Health*, 4(1), e001220.
- Jonsson, C., Stenberg, A. & Frisman, G. (2011). The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. *Eur J Cancer Care*, 20(2), pp.248–256.
- Kalisch, B., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork and Engagement. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), pp.77-84.
- Kim, J., An, K., Kim, M. & Yoon, S. (2007). Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 29(7), pp.827-844.
- Kingston-Riechers, J., Ospina, M., Jonsson, E., Childs, P., McLeod, L. & Maxted, J. (2010). *Patient Safety in Primary Care*. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute & BC Patient Safety and Quality Council.
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y. et al. (2010). Scholarly paper: Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract*, 16, pp.423–34.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.
- Lawton, R. & Armitage, Gerry. (2012). *The role of the patient in clinical safety*. The Health Foundation.
- Lantz, P., Janz, N., Fagerlin, A. et al. (2005). Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Serv Res*, 40(3), pp.745-768.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M. et al. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil*, 29(20-21), pp.1555–65.

- Lipitz-Snyderman, A., Steinwachs, D., Needham, D., Colantuoni, E., Morlock, L. & Pronovost, P. (2011). Impact of a Statewide Intensive Care Unit Quality Improvement Initiative on Hospital Mortality and Length of Stay: Retrospective Comparative Analysis. *BMJ* 342:d219.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*, 85(1), pp.53-62.
- Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality & Safety in Health Care*, 16(2), pp.140-2.
- McDonald, K. M., Bryce, C. L. & Graber, M. L. (2013). The patient is in: patient involvement strategies for diagnostic error mitigation. *BMJ Qual Saf*, 22(Suppl 2), ii33-ii39.
- Mi-Ling Wong, E., Chair, S-Y., Leung, D. & Wai-Chi Chan, S. (2014). Can a brief educational intervention improve sleep and anxiety outcomes for emergency orthopaedic surgical patients? *Contemp Nurse*, 47(1-2), pp.132–43.
- Miller, M., Grisvold, M., Harris, M., Yenokan, G., Huskins, C., Moss, M. et al. (2010). Decreasing PICU Catheter-Associated Bloodstream Infections: NACHRI's Quality Transformation Efforts. *Pediatrics*, 125(2), pp.206-13.
- Moser, A., Houtepen, R. & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Jan Leading Global Nursing Research*, 57(4), pp.357–65.
- Muething, S., Goudie, A., Schoettker, P., Donnelly, L., Goodfriend, M., Bracke, T. et al. (2012). Quality Improvement Initiative to Reduce Serious Safety Events and Improve Patient Safety Culture. *Pediatrics*, 130(2), pp.423-31.
- Ng, S., Chau, A. & Leung, K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32(3), pp.227–35.
- NHS (2004). (UK) National patient safety agency. Seven steps to patients safety. The full reference guide.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. & Kindig, D. (2004), A Prescription to End Confusion. Project brief: Vernon, J., Trujillo, A., Rosenbaum, S. & DeBuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national policy.

- Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Quality & Safety in Health Care*, 12(2), pp.17-23.
- Ocloo, J. E. (2010). Harmed patients gaining voice: challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Social Science & Medicine*, 71(3), pp.510-16.
- OECD, (2017). *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*.
- O'Hara, J. & Isden, R. (2013). *Identifying risks and monitoring safety: the role of patients and citizens*. London: The Health Foundation.
- O'Hara, J. K., Armitage, G., Reynolds, C., Coulson, C., Thorp, L., Din, I., Watt, I. & Wright, J. (2017). How might health services capture patient-reported safety concerns in a hospital setting? An exploratory pilot study of three mechanisms. *BMJ Qual Saf*, 26(1), pp.42-53.
- O'Hara, J. K., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., Watt, I., Wright, J. & Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality & Safety Online First*, pp.1-10.
- Parand, A., Dopson, S. & Vincent, C. (2012). The Role of Chief Executive Officers in a Quality Improvement Initiative: A Qualitative Study. *BMJ Open*, 3(1),e001731.
- Parker, D. (2009). Managing Risk in Healthcare: Understanding your Safety Culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Journal of Nursing Management* , 17, pp.218–222.
- Pettker, C., Thung, S., Raab, C., Donohue, K., Copel, J., Lockwood, C. et al. (2011). Comprehensive Obstetrics Patient Safety Program Improves Safety Climate and Culture. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(3), p.216e1-6.
- Pronovost, P. (2008). Interventions to Decrease Catheter-related Bloodstream Infections in the ICU: The Keystone Intensive Care Unit Project. *American Journal of Infection Control*, 36(10), pp.171.
- Pronovost, P., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith, R., Rosenstein, B. et al. (2004). Senior Executive Adopt-a-Work Unit: A Model for Safety Improvement. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(2), pp.59-68.

- Rainey, H., Ehrich, K., Mackintosh, N. & Sandall, J. (2015). The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety - a qualitative study of acute illness. *Health Expect*, 18(3), pp.392-40.
- Rather, C., Brandt, J. & Williams, E. S. (2011). Putting the patient in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations*, 15(3), pp.327-336.
- Reason, J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate, 2009.
- Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2012). Leading Indicators of System Safety: Monitoring and Driving the Organizational Safety Potential. *Safety Science*, 50(10), pp.1993-2000.
- Reports of the reporting and learning subgroups of the European Commission PSQC WG, May 2014.
- Rhodes, P., Campbell, S. & Sanders, C. (2016). Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expect*, 19,(2), pp.253-63.
- Schioler, T., Lipezak, H., Pedersen, B. L. et al. (2001). Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*, 163(39), pp.5370-8.
- Schultz, H., Qvist, N., Mogensen, C. & Pedersen, B. (2013). Experiences of patients with acute abdominal pain in the ED or acute surgical ward—A qualitative comparative study. *Int Emerg Nurs*, 21(4), pp.228–35.
- Schwappach, D. L. (2010). Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Medical Care Research & Review*, 67(2), pp.119-149.
- Sexton, B., Makary, M., Tersigni, A., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. et al. (2006). Teamwork in the Operating Room: Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *Anesthesiology*, 105, pp.877–84.
- Shaw, J. M., Letts, M. & Dickinson, D. (2004). Adverse events reporting in English hospital statistics: patients should be involved as partners. *BMJ*, pp.329, 857.
- Shojania, K., Duncan, B., McDonald, K. et al. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 i-x,1-668.

- Singer, S., Falwell, A., Gaba, D. & Baker, L. (2008). Patient Safety Climate in US Hospitals: Variation by Management Level. *Medical Care*, 46(11), pp.1149-1156.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A. & Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Services Research*, 42(5), pp.1999-2021.
- Singla, A., Kitch, B., Wissman, J. & Campbell, E. (2006). Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *Journal of Patient Safety*, 2(3), pp.105-115.
- Slawomirski, L., Aaraaen, A. & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety*. OECD Publishing.
- Solomons, N. & Spross, J. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*, 19(1), pp.109–20.
- Soop, M., Fryksmark, U., Koster, M. & Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*, 21(4), pp.285–291.
- Sorra, J. & Dyer, N. (2010). Multilevel Psychometric Properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 10, pp.199.
- Sorra, J. & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004).
- Special Eurobarometer 327. Patient safety and quality of healthcare, April 2010. European Commission.
- Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Thomas, E., Studdert, D., Burstin, H. et al. (2000). Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38,(3), pp.261-271.
- Thorpe, G., McArthur, M. & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *Int J Nurs Stud*, 51(3), pp.379–89.

- Vaismoradi, M., Salsali, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2011). Patients' understandings and feelings of safety during hospitalization in Iran: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*.
- Vincent, C. & Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care*, 11, pp.76-80.
- Vincent, C., Neale, G. & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322(7285), pp.517-519.
- Wagner, L., Capezuti, E. & Rice, J. (2009). Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), pp.184-192.
- Wang, X., Liu, K., You, L-m., Xiang, J-g., Hu, H-g., Zhang, L-f., Zheng, J. & Zhu, X-w. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 51(8), pp.1114–22.
- Weingart, S. N., Price, J., Duncombe, D., Connor, M., Sommer, K., Conley, K. A., Bierer, B. E. & Ponte, P. R. (2007). Patient-reported safety and quality of care in outpatient oncology. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 33(2), pp.83-94.
- Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelmann, S., Annas, C. L., Ridley, N., Kirle, L. & Gatsonis, C. (2008). Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Annals of Internal Medicine*, 149(2), pp.100-8.
- WHO (2009). Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. Safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). Care that is effective, efficient, accessible, acceptable/patient-centred, equitable and safe. See *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization, pp. 9-10.
- WHO (2007). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.0 for Use in Field Testing in 2007-2008 (ICPS).
- WHO Patient Safety Group (2009). *Human Factors in Patient Safety—Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures*. WHO/IER/PSP/2009.05.
- WHO (2009). *Surgical Safety Checklist. Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις*. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

- Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W. et al (1995). The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163(9), pp.458-471.
- Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2009).
- Yngman-Uhlin, P., Klingvall, E., Wilhelmsson, M. & Jangland, E. (2015). Obstacles and opportunities for achieving good care on the surgical ward: nurse and surgeon perspective. *J Nurs Manag*, 24(4), pp.492–9.
- Zegers, M., de Bruijne, M.C., Wagner, C. et al (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: Results of a retrospective patient record review study. *Quality & Safety in Health Care*, 18(4), pp.297-302.
- Zrínyi, M. & Zékányiné, R. (2007). Does self-care agency change between hospital admission and discharge? An Orem-based investigation. *Int Nurs Rev*, 54(3), pp.256–62.
- Zwart, D., Langelaan, M., van de Vooren, R., Kuyvenhoven, M., Kalkman C., Verheij, T. & Wagner, C. (2011). Patient Safety Culture Measurement in General Practice. Clinimetric Properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice* 12, pp. 117.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Απόσπασμα πρακτικού
της 15ης Συνεδρίασης του Ε.Σ. στις 31/10/2019

ΠΡΟΣ: Τη Διοίκηση του Γ.Ν. Κορίνθου

ΘΕΜΑ 6^ο : «Σχετικά με χορήγηση άδειας για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας »

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπ' όψιν του την αρ. Πρωτ. 24351/1-10-2019 αίτηση της Λάμπρου Αθηνάς σχετικά με τη χορήγηση άδειας για πραγματοποίηση έρευνας στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας

Ομόφωνα εγκρίνει

Την αίτηση άδειας για πραγματοποίηση έρευνας στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της Λάμπρου Αθηνάς με θέμα «Αντιλήψεις χειρουργημένων ασθενών σχετικά με την ασφάλεια στο χειρουργείο».

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Για την ακρίβεια

Η Αναπληρώτρια Γραμματέας

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΑΔΡΑΚΤΑΣ


ΑΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΤΗΣ ΔΙΟΧΟΥ-ΟΙΚΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Ημερομηνία: _____

| Δημογραφικά Χαρακτηριστικά | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------------|----------------------|---------------------|-------|
| Φύλο | Άνδρας | | Γυναίκα | | |
| Ηλικία | _____ έτη | | | | |
| Μορφωτικό επίπεδο | Δημοτικό | Γυμνάσιο | Λύκειο | ΙΕΚ | |
| | ΤΕΙ / ΑΕΙ | | Μεταπτυχιακός τίτλος | Διδακτορικός τίτλος | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Παντρεμένος | Συζώ με σύντροφο | Ανύπαντρος | Διαζευγμένος | Χήρος |

| Πληροφορίες για την επέμβαση | | | |
|---|-----|-----|--|
| Σε τι είδους χειρουργική επέμβαση υποβλήθήκατε; | | | |
| Ήταν η χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη πλευρά του σώματος; | NAI | OXI | |
| Ήταν επιλογή μου να κάνω αυτή τη χειρουργική επέμβαση | NAI | OXI | |
| Αυτή ήταν η πρώτη μου επέμβαση. | NAI | OXI | Αν OXI, πόσες έχετε κάνει στο παρελθόν; |
| Αυτή η επέμβαση έγινε ως αποτέλεσμα επιπλοκών προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης. | NAI | OXI | |
| Συμπλήρωσα αυτή τη φόρμα την ημέρα της επέμβασης. | NAI | OXI | Αν OXI, πόσες ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση συμπληρώσατε αυτή τη φόρμα; |

**Παρακαλώ συμπληρώστε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο σχετικά με τη χειρουργική σας επέμβαση.
 Η «χειρουργική ομάδα» περιλαμβάνει τον χειρουργό σας, τον αναισθησιολόγο και τους νοσηλευτές οι οποίοι ενεπλάκησαν στη φροντίδα σας την ημέρα του χειρουργείου**

| <p align="center">Σε τι βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις;</p> <p align="center">Κυκλώστε μία δήλωση κάθε φορά</p> | | | | | | | |
|--|--------------------|---------|------------------|------------------------------|------------------|---------|--------------------|
| 1. Ένοιωσα ασφαλής την ημέρα του χειρουργείου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 2. Την ημέρα του χειρουργείου, όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μου συστήθηκαν και με ενημέρωσαν για τον ρόλο τους | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 3. Την ημέρα του χειρουργείου, η κύρια προτεραιότητα της χειρουργικής ομάδας ήταν η ασφάλειά μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 4. Ένοιωσα ότι ο χειρουργός μου ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 5. Ένοιωσα ότι ο αναισθησιολόγος μου ενδιαφερόταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|---------|------------------|------------------------------|------------------|---------|--------------------|
| 6. Ένοιωσα ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονταν για την ασφάλεια του χειρουργείου μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 7. Την ημέρα του χειρουργείου, μου εξηγήθηκαν από κάποιον όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την εξασφάλιση της ασφάλειάς μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 8. Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αισθάνθηκα ασφαλής εξαιτίας των ερωτήσεων που μου έκανε η χειρουργική ομάδα | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 9. Κατανόησα όλα τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν από τα μέλη της χειρουργικής ομάδας για την ασφάλεια του χειρουργείου μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 10. Η ασφάλειά μου ήταν το σημαντικότερο τμήμα της χειρουργικής επέμβασης | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 11. Η χειρουργική ομάδα επικοινωνούσε αποτελεσματικά καθ' όλη τη διάρκεια του χειρουργείου μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|---------|------------------|------------------------------|------------------|---------|--------------------|
| 12. Την ημέρα του χειρουργείου ένοιωσα ασφαλής λόγω όλων των ενεργειών που είδα να γίνονται από τη χειρουργική ομάδα | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 13. Την ημέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ένιωθα σίγουρος για την ασφάλειά μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 14. Κατά την ανάνηψη, η χειρουργική ομάδα συνέχισε να ενδιαφέρεται για την ασφάλειά μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 15. Κατανοούσα πλήρως τους κινδύνους που σχετίζονταν με το χειρουργείο μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 16. Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από την χειρουργική ομάδα να επαναλάβω το όνομά μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 17. Την ημέρα της εγχείρησης αισθάνθηκα ασφαλής όταν μου ζητήθηκε αρκετές φορές από τη χειρουργική ομάδα να επαναλάβω την ημερομηνία των γενέθλιών μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|---------|------------------|------------------------------|------------------|---------|--------------------|
| 18. Ένωσα ασφαλώς όταν ερωτήθηκα από την χειρουργική ομάδα για το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα έκανα, πριν την έναρξη του χειρουργείου. | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 19. Ένωσα ασφαλώς όταν μου ζητήθηκε από την χειρουργική ομάδα να αναφέρω τυχόν αλλεργίες μου | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |
| 20. Λάθη σπάνια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης | Διαφωνώ Απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως Διαφωνώ | Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ | Κάπως Συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ!!!