



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ  
ΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Κοτταρά Γεωργία

Τριμελής Επιτροπή

Μαίρη Γείτονα (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Σουλιώτης Κυριάκος (μέλος τριμελούς)

Σαρίδη Μαρία (μέλος τριμελούς)

Μάϊος 2019



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ειλικρινά την καθηγήτρια Μαίρη Γείτονα για τη συνεχή υποστήριξή της, την κατανόησή της και την πολύτιμη συμβολή και καθοδήγηση της.

Ευγνωμοσύνη επίσης οφείλω στον καθηγητή Κυριάκο Σουλιώτη για τη συμβολή του και για την επίβλεψη της ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας ως μέλος της τριμελούς επιτροπής. Ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην κ. Μαρία Σαρίδη για τη συνεχή υποστήριξη και ενθάρρυνση της.

Θερμές ευχαριστίες ανήκουν σε όλους του καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος που με βοήθησαν αυτά τα 2 έτη να διευρύνω τους ορίζοντες μου και την επαγγελματική μου σταδιοδρομία.

Τέλος, ευχαριστώ όλους τους συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη.

## Περιεχόμενα

|  |    |
|--|----|
| Ευχαριστίες .....  | 3  |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....  | 8  |
| ABSTRACT .....   | 10 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....  | 12 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ .....  | 15 |
| 1.1. Η ασφάλεια ασθενών στον σύγχρονο υγειονομικό κόσμο .....                                | 16 |
| 1.2. Η προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών προτεραιότητα του ΠΟΥ<br>18                       |    |
| 1.3. Σφάλματα σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας .....                                       | 19 |
| 1.4. Η Ευρωπαϊκή πολιτική για την ασφάλεια .....   | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....  | 32 |
| 2.1 Μέτρα Ασφάλειας στο Χειρουργείο .....  | 32 |
| 2.1.1. Πρωτόκολλο αντιμετώπισης τραυματισμού του προσωπικού από<br>αιχμηρό αντικείμενο ..... | 32 |
| 2.1.2. Καθαρισμός αιθουσών χειρουργείου .....  | 33 |
| 2.1.3. Σηπτική αίθουσα.....  | 34 |
| 2.1.4. Πρόληψη μετάδοσης φυματίωσης στο Χειρουργείο .....                                    | 34 |
| 2.1.5. Τεχνική Χειρουργικής Αντισηψίας.....  | 35 |
| 2.1.6. Αποστείρωση Εργαλείων .....   | 35 |
| 2.2. Η κουλτούρα ασφάλειας.....  | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....   | 42 |
| 3.1. Ιστορική αναδρομή χειρουργικής διαδικασίας .....  | 43 |
| 3.2. Χαρακτηριστικά και Ιδιαιτερότητες της Χειρουργικής Ομάδας .....                         | 46 |
| 3.3. Κανονισμός Λειτουργίας Χειρουργείου .....   | 52 |
| 3.4. Λειτουργία Χειρουργείου .....   | 54 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.5. Κανόνες Συμπεριφορές .....                        | 55  |
| 3.6. Επισκεψιμότητα Χειρουργείου .....                 | 56  |
| 3.7. Επιτροπή Χειρουργείου .....                       | 58  |
| 3.8. Κίνδυνοι προσωπικού στο χειρουργείο.....          | 60  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....       | 63  |
| 4.1. Σκοπός έρευνας.....                               | 63  |
| 4.2. Μεθοδολογία Έρευνας .....                         | 63  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....                 | 66  |
| 5.1. Αποτελέσματα Ιατρών .....                         | 66  |
| 5.2. Αποτελέσματα Νοσηλευτών .....                     | 79  |
| 5.3. Συγκριτικά Αποτελέσματα Ιατρών - Νοσηλευτών ..... | 92  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....                 | 93  |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....  | 97  |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....                                     | 100 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ .....                                     | 110 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄ .....                                     | 112 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄ .....                                     | 113 |

## Περιεχόμενα Πινάκων

|   |    |
|---|----|
| Πίνακας 1: Διεθνείς Οδηγίες Απολύμανσης και Αντισηψίας.....   | 33 |
| Πίνακας 2: Ζώνες Μολυσματικότητας χειρουργείου .....  | 53 |
| Πίνακας 3: Βασικές αρχές Κανόνων Συμπεριφοράς Χειρουργείου .....  | 56 |
| Πίνακας 4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά .....   | 66 |
| Πίνακας 5: Στάσεις των ιατρών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια .....                   | 67 |
| Πίνακας 6: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με φύλο .....                    | 72 |
| Πίνακας 7: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες.....         | 73 |
| Πίνακας 8: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με μεταπτυχιακό τίτλο .....      | 75 |
| Πίνακας 9: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με νοσοκομείο.....               | 76 |
| Πίνακας 10: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με έτη εμπειρίας .....          | 77 |
| Πίνακας 11: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών .....   | 79 |
| Πίνακας 12: Στάσεις των νοσηλευτών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια .....              | 80 |
| Πίνακας 13: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με φύλο .....               | 85 |
| Πίνακας 14: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ομάδες ηλικιών .....     | 86 |
| Πίνακας 15: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με βαθμίδα εκπαίδευσης..... | 88 |
| Πίνακας 16: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με νοσοκομείο .....         | 90 |

|   |    |
|---|----|
| Πίνακας 17: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με έτη..... | 91 |
| Πίνακας 18: Διαστάσεις σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ειδικότητα .....        | 92 |

### **Περιεχόμενα Διαγραμμάτων**

|   |    |
|---|----|
| Διάγραμμα 1: Έτη ζωής που χάθηκαν λόγω σφαλμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών σε νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας ..... | 17 |
| Διάγραμμα 2: Σφάλματα σε Χειρουργικές αίθουσες και Νοσοκομεία (1) ....  | 20 |
| Διάγραμμα 3: Σφάλματα σε Χειρουργικές αίθουσες και Νοσοκομεία (2) ....  | 21 |
| Διάγραμμα 4: Αναπηρία που συνδέεται με παροχή υπηρεσιών Υγείας.....   | 22 |
| Διάγραμμα 5: Σχέση εισοδήματος με νοσηρότητα και θνησιμότητα από ανεπιθύμητες ενέργειες .....                         | 23 |
| Διάγραμμα 6: Αξιολόγηση λαθών κατά τη χειρουργική διαδικασία από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας.....       | 24 |
| Διάγραμμα 7: Συνεργατικές δομές Χειρουργείου.....   | 46 |
| Διάγραμμα 8: Ενδεικτικό Οργανόγραμμα Χειρουργείου.....  | 48 |
| Διάγραμμα 9: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια.....                                 | 72 |
| Διάγραμμα 9: Διαστάσεις νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια.....                                 | 85 |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χειρουργική φροντίδα έχει αναγνωριστεί εδώ και πολύ καιρό ως αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης, και υπολογίζεται ότι 234 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται κάθε χρόνο παγκοσμίως. Ωστόσο, η χειρουργική φροντίδα συνδέεται επίσης με σημαντικό κίνδυνο επιπλοκών και θανάτου, η πλειοψηφία των οποίων μπορεί να αποφευχθεί.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της περιφέρειας Πελοποννήσου και ειδικότερα στη Νοσοκομειακή Μονάδα Άργος, στο Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης και στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν εργαζόμενοι στο χειρουργείο των ανωτέρω επιλεγμένων νοσοκομείων. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 120 επαγγελματίες υγείας, με βαθμό ανταπόκρισης 80%. Το ερωτηματολόγιο το οποίο επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι το Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις σχετικές με οκτώ διαστάσεις. Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων. Η περιγραφική και επαγωγική στατιστική των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το S.P.S.S. 25. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε σε 0,05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το δείγμα των ιατρών συμφωνεί ότι υπάρχει καλή διάχυση πληροφοριών, οργανωτικό κλίμα, εμπιστοσύνη και καλές εργασιακές αξίες μεταξύ της χειρουργικής ομάδας. Ωστόσο, θεωρούν υψηλό το άγχος και την κόπωση της χειρουργικής ομάδας, έχουν χαμηλή επίγνωση της δομής της ηγεσίας, πιστεύουν ότι μέτρια υπάρχει ομαδική εργασία και μέτρια γίνονται λάθη. Το φύλο και τα έτη εμπειρίας επηρέασαν τη διάσταση οργανωτικό κλίμα, ενώ η ηλικία τις διαστάσεις εμπιστοσύνη της ομάδας, διάχυση των



πληροφοριών μέσα στην ομάδα και εργασιακές σχέσεις. Οι ιατροί με διδακτορικό τίτλο αναγνωρίζουν περισσότερο ότι γίνονται λάθη αλλά αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο. Όσον αφορά τα αποτελέσματα των νοσηλευτών, η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρεί ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και ασφάλεια στο χειρουργείο. Η ηλικία, η βαθμίδα εκπαίδευσης και το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται φάνηκαν να επηρεάζουν τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι ιατροί και νοσηλευτές συμφωνούν απόλυτα σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια στο χειρουργείο, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη μιας ενωμένης και οργανωμένης χειρουργικής ομάδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αντικατοπτρίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα. Η αποτελεσματική ομαδική εργασία στο χειρουργείο είναι ανάγκη και όχι πολυτέλεια. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να επενδύσουν στην ομαδική κατάρτιση, μέσω της συντονισμένης δράσης και της συνεχιζόμενης προσπάθειας, με άμεσο αποτέλεσμα τον θετικό αντίκτυπο στην έκβαση της υγείας των ασθενών.

**Λέξεις Κλειδιά:** *στάσεις, χειρουργική ομάδα, ομαδικό πνεύμα, ασφάλεια*

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Surgical care has long been recognised to be an integral part of health care, with an estimated 234 million major surgical procedures are undertaken every year worldwide. However, surgical care is also associated with a considerable risk of complications and death, the majority of which are avoidable

**AIM:** Investigating the attitudes of the members of the surgical team on team spirit and safety in the Peloponnese Region.

**METHODOLOGY:** In order to achieve the aim of this study, research has been carried out on health professionals working in three General Hospitals in the Peloponnese region and in particular at Argous Hospital, the Panarcadian Hospital of Tripoli and the General Hospital of Corinth. The sample of the study was health professionals in surgery in the above selected hospitals. The final sample of the survey was 120 health professionals, with a response rate of 80%. The questionnaire chosen for this study is the Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). The questionnaire includes 60 questions related to eight dimensions. The questionnaire also included socio-demographic questions. Descriptive and inferential statistics were performed with S.P.S.S. 25. The significance level was 0.05.

**RESULTS:** The sample of surgeons agrees that there is a good dissemination of information, organizational climate, trust and good working values between the surgical team. However, they consider that the anxiety and fatigue of the surgical team are high, they are poorly aware of the leadership structure, they believe that there is moderate teamwork and modest mistakes. Gender and years of experience influenced the organizational climate dimension, while the age the dimensions of team confidence, dissemination of information within the team and working relationships. Surgeons with a PhD recognize that mistakes are made but are treated appropriately. As far as the results of the nurses are concerned, the majority of nurses consider that there is a moderate team spirit among the

surgical team members and safety in the surgery. The age, educational level and the hospital in which they worked seemed to affect the attitudes of the surgical team members on team spirit and safety. It is noteworthy that surgeons and nurses agree fully on team spirit and safety in the surgery, confirming the existence of a united and organized surgical team.

**CONCLUSIONS:** The results of this research reflect the organizational culture. Effective teamwork in the operating room is a necessity and not a luxury. Healthcare providers and curricula should invest in team training through coordinated action and ongoing efforts, with direct impact on the outcome of patients' health.

**Keywords:** *attitudes, surgical team, team spirit, safety*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρόνο εκτελούνται περίπου 234 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις παγκοσμίως και 3 - 16% των ασθενών υποφέρουν από μεγάλες επιπλοκές από τις επεμβάσεις (Weiseretal.,2008). Για να μειωθούν οι επιπλοκές και να βελτιωθούν τα αποτελέσματα μετά από μια χειρουργική επέμβαση απαιτούνται τόσο τεχνικές όσο και μη τεχνικές δεξιότητες (Flinetal., 2008). Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από πολλά επαγγέλματα, τα οποία περιπλέκονται στην ομαδική εργασία.

Η συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας από διαφορετικούς κλάδους και με διαφορετικές μορφές εκπαίδευσης απαιτεί εκτενή συντονισμό και συνεργασία. Η δομή, ο αμοιβαίος σεβασμός σε μια ομάδα και ένα κοινό ομαδικό πνεύμα επιτρέπει στα άτομα μιας ομάδας να κατανοήσουν και να εκτιμήσουν τον δικό τους ρόλο καθώς και των άλλων, με αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη επικοινωνία (Stout et al., 1999, Healey et al. 2006). Είναι σημαντικό ότι η βασική δομή της ομάδας είναι γνωστή από όλα τα μέλη της ομάδας τόσο έξω όσο και μέσα στο χειρουργείο. Οι Stout et al.(1999) αναφέρουν ότι είναι σημαντικό για το ομαδικό πνεύμα μιας ομάδας η κοινή κατανόηση του ομαδικού έργου και της γνώσης για το ποιος είναι υπεύθυνος για το τι. Αυτό επιτρέπει στην ομάδα να προβλέπει τις ανάγκες του άλλου ώστε να μπορούν να εργαστούν ως αποτελεσματική ομάδα και να πάρει επιτυχείς αποφάσεις.

Στο παρελθόν, όταν μια χειρουργική επέμβαση δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα, σχεδόν εκ των πραγμάτων οι τεχνικές δεξιότητες του χειρουργού αμφισβητούνταν και εξεταζόταν λεπτομερώς. Ωστόσο, παραβλέπονται εντελώς οι «μη-τεχνικές (κοινωνικές και γνωστικές) δεξιότητες των μελών και των υπηρεσιών της ομάδας. Τα τελευταία χρόνια, ο σχεδιασμός της χειρουργικής ασφάλειας έχει αλλάξει σημαντικά, αυξάνοντας την συνειδητοποίηση ότι οι δεξιότητες που απαιτούνται για τη συνεχή επίτευξη της ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης εκτείνεται πολύ πέρα από την τεχνική γνώση και τις δεξιότητες του χειρουργού (Stout et al., 1999). Η ομαδική εργασία ορίζεται ως το «σύνολο αλληλένδετων συμπεριφορών, δράσεων, γνωστικών γνώσεων και επιπέδων που

διευκολύνουν την απαιτούμενη εργασία που πρέπει να ολοκληρωθεί», (Healey et al. 2006) θεωρείται όλο και περισσότερο ως βασική συνιστώσα της ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης.

Οι ομάδες είναι απαραίτητες όταν «τα σφάλματα οδηγούν σε σοβαρές συνέπειες, όταν η πολυπλοκότητα των εργασιών υπερβαίνει την ικανότητα του ατόμου, όταν το περιβάλλον εργασιών είναι άρρωστο, ασαφές και αγχωτικό, όταν απαιτούνται πολλαπλές και γρήγορες αποφάσεις, και όταν εξαρτώνται οι ζωές των άλλων από την συλλογική αντίληψη των μελών της ομάδας» (Hayne et al., 2009). Η σημασία της ομαδικής εργασίας στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων έχει μακρά διάρκεια και έχει αναγνωριστεί και πρέπει να ενσωματωθεί στην εκπαίδευση, την κατάρτιση και την αξιολόγηση των εργαζομένων σε πολλές βιομηχανίες (Rydenfalt et al., 2014). Η έννοια του «η ομάδα δημιουργεί ασφάλεια» εμφανίζεται πλέον και στην υγειονομική περίθαλψη.

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία στο χειρουργείο είναι αναγκαιότητα και όχι μια πολυτέλεια - οι καλύτερες ομάδες έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Παρά την αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της ομαδικής εργασίας στο χειρουργείο και την ασφάλεια των ασθενών αλλά και τις σημαντικές προσπάθειες που καταβάλλονται σε παγκόσμιο επίπεδο για τη βελτίωση της ομαδικής λειτουργίας μέσω της ομαδικής κατάρτισης, εξακολουθεί να είναι μια κοινή προσδοκία των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Η ύπαρξη ομαδικού πνεύματος παραμένει περιορισμένη σε σχετικά μικρό αριθμό νοσοκομείων, που συνήθως οδηγούνται από ενθουσιώδη και αφοσιωμένα άτομα. Η ταλάντωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για να επενδύσουν στην ομαδική κατάρτιση, είναι πιθανό να απαιτήσει συντονισμένες συνεχείς προσπάθειες. Αυτό θα περιλαμβάνει πρόσθετα εμπειρικά στοιχεία που αποδεικνύουν θετικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα, αλλά και την κλινική ηγεσία, ενσωματώνοντας την ανάγκη για ομαδικό πνεύμα στα πρώτα στάδια των προγραμμάτων εκπαίδευσης και τις προσπάθειες υπεράσπισης από μέρους των ασθενών και της κοινωνίας γενικότερα (Hull&Sevdalis, 2015).

Η εργασία απαρτίζεται από δυο κύρια μέρη:

Το Γενικό Μέρος όπου περιγράφονται αναλυτικά η ασφάλεια και οι χειρουργικές δομές, η ασφάλεια των ασθενών στον σύγχρονο υγειονομικό κόσμο, η προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών ως προτεραιότητα του ΠΟΥ και η Ευρωπαϊκή πολιτική για την ασφάλεια. Επιπλέον, παρουσιάζεται η ασφάλεια στο χειρουργείο, τα μέτρα ασφάλειας σε αυτό, τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης διαφόρων περιπτώσεων και η κουλτούρα της ασφάλειας. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με τις χειρουργικές ομάδες, τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες αυτών και τους κανόνες συμπεριφοράς.

Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται η πρωτογενής μελέτη και συγκεκριμένα ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Τέλος, αναφέρεται η συζήτηση και τα συμπεράσματα της έρευνας και πραγματοποιείται σύγκριση με άλλες παρόμοιες μελέτες. Η έρευνα ολοκληρώνει με προτάσεις και δράσεις σχετικές με το θέμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Η συνεχής προσπάθεια των σύγχρονων συστημάτων υγείας για ασφαλή φροντίδα των ασθενών αποτελεί τη σημαντικότερη πρόκληση της φροντίδας υγείας τον 21ο αιώνα. Το θέμα της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί έναν σύγχρονο προβληματισμό των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και γενικότερα των βιομηχανικών χώρων και υποδηλώνει την πολιτισμική κουλτούρα. Ως σφάλμα ορίζεται η αποτυχημένη ολοκλήρωση μιας σχεδιασμένης πράξης ή η χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου για την πραγματοποίηση ενός στόχου (Balas et al., 2006).

Δυστυχώς διαπίστωση της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί το γεγονός ότι παρά τη γνωστή δύναμη της σύγχρονης ιατρικής να μπορεί να θεραπεύσει και να βελτιώσει την ασθένεια, τα νοσοκομεία δεν ήταν και δεν είναι απόλυτα ασφαλείς χώροι για τη θεραπεία των ασθενών, αλλά αντίθετα αποτελούν δομές που εγκυμονούν μεγάλους κινδύνους για τους φιλοξενούμενους ασθενείς τους (Leape, 1994). Τα νοσοκομεία δηλαδή σήμερα, αποτελούν ένα παράδοξο περιβάλλον που συνδυάζει υπερσύγχρονες τεχνολογίες οι οποίες σώζουν ζωές και, παράλληλα, απειλητικά για τη ζωή δυνητικά σφάλματα. Σημαντικές έρευνες σε διάφορες χώρες διαπίστωσαν ότι η φροντίδα υγείας δεν είναι ούτε όσο ασφαλής θα έπρεπε, αλλά ούτε και όσο θα μπορούσε (Moirasgentietal., 2018). Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών (Ραφτόπουλος, 2007).

Το 2004 ο ΠΟΥ, παρουσίασε ένα ενισχυμένο πρόγραμμα για την ασφάλεια των ασθενών, παροτρύνοντας τα κράτη - μέλη να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στο συγκεκριμένο θέμα αναγνωρίζοντάς το ως παγκόσμια προτεραιότητα υγείας. Ο ΠΟΥ ορίζει την ασφάλεια ασθενούς «ως την προστασία του από προβλέψιμες βλάβες που συμβαίνουν κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης» (WHO, 2014). Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των ασθενών (2002) αναφέρει με σαφήνεια ότι τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας οφείλουν

να διασφαλίζουν την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας για τους πολίτες και να τηρούν αυστηρά πρότυπα ασφαλούς περίθαλψης (Europra,2002).

### 1.1. Η ασφάλεια ασθενών στον σύγχρονο υγειονομικό κόσμο

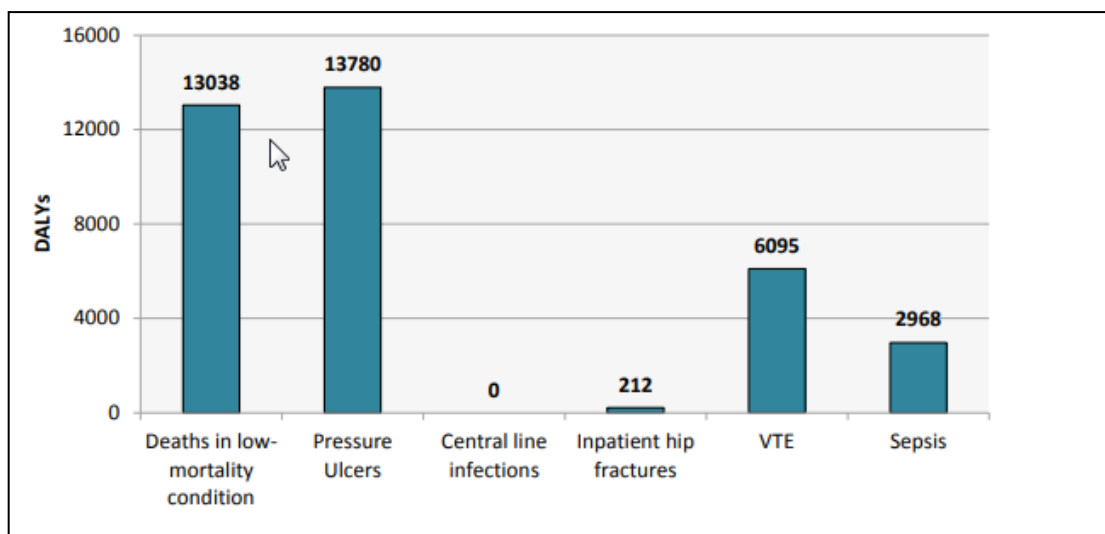
Τον Απρίλιο του 2015 ο ΠΟΥ ανακοινώνει πως μετά από διαβουλεύσεις, 140 χώρες μέλη του, αναγνωρίζοντας σαν παγκόσμια προτεραιότητα υγείας την ασφάλεια των ασθενών, έλαβαν και συνεχίζουν να λαμβάνουν μέτρα για τη διασφάλισή της. Έτσι 7/100 ασθενείς στις ανεπτυγμένες χώρες και 10/100 ασθενείς στις αναπτυσσόμενες παρουσιάζει κάποια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη κατά τη νοσηλεία του. Απλά μέτρα, όπως σωστοί κανόνες υγιεινής χεριών μπορούν να μειώσουν τη συχνότητα των λοιμώξεων αυτών κατά 50%.

Γίνεται φανερό ότι η πλειοψηφία του παγκόσμιου πληθυσμού στερείται πρόσβασης σε ασφαλές τεχνολογικό ιατρικό υλικό. Όσον αφορά στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε ποσοστό >50% φαίνεται ότι αυτές δεν διαθέτουν πολιτικές υγείας που να διασφαλίζουν την απόκτηση, συντήρηση και ασφαλή λειτουργία αυτού του υλικού. Σε σχετική μελέτη (2007), φαίνεται ότι η μέση συνολική επίπτωση των ιατρικών λαθών, μετά από ανασκόπηση 74.485 ιατρικών φακέλων ενδονοσοκομειακών ασθενών, ήταν 9,2%, με ένα μέσο ποσοστό προβλεψιμότητας 43,5%. Σε ένα ποσοστό που έφτασε το 7,4%, φαίνεται ότι τα λάθη αυτά οδήγησαν τους ασθενείς στο θάνατο. Η πλειοψηφία των λαθών αφορούσε χειρουργικές επεμβάσεις (39,6%) καθώς και αστοχίες στη χορήγηση φαρμάκων (15,6%) (De Vries et al.,2008). Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2009), εξέδωσε οδηγίες για την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών στα κράτη - μέλη. Μεταξύ άλλων αναφέρεται ότι ένα ποσοστό 8-12% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), υφίστανται κάποια βλάβη λόγω ιατρικού λάθους (Council Recommendation, Europe,2009).

Οι Hauck et al (2017) εκτίμησαν το βάρος της ασθένειας που ασκήθηκε από έξι τύπους δυσμενών συμβάντων σε νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας για τα έτη 2006-2010, ενώ πολλά από αυτά τα συμβάντα θεωρήθηκε ότι μπορούσαν να προληφθούν(διάγραμμα 1).



**Διάγραμμα 1: Έτη ζωής που χάθηκαν λόγω σφαλμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών σε νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας**



Πηγή: Hauck et al., 2017

Το European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) υπολογίζει ότι σε 41 εκατομμύρια ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα έτος, στην ΕΕ, 1 στους 20 υφίστανται κάποια λοίμωξη και 37.000 από αυτούς πεθαίνουν. Στις οδηγίες αυτές συστήνεται στα κράτη-μέλη η εγκαθίδρυση και ανάπτυξη εθνικής πολιτικής για την ασφάλεια των ασθενών. Σημαντική τάση η οποία προωθείται από όλους τους διεθνείς οργανισμούς πλέον είναι η ενθάρρυνση και η συμμετοχή των πολιτών για την αναφορά ιατρικών λαθών, την δημιουργία ειδικών προγραμμάτων αναφοράς και συνεχούς εκπαίδευσης για τα ιατρικά λάθη (Council Recommendation, Europe, 2009).

Τα στοιχεία από μελέτες σε αναπτυσσόμενες χώρες είναι περιορισμένα. Σε σχετική μελέτη από 26 νοσοκομεία στην Αφρική και την Ανατολική Μεσόγειο αναφέρεται ότι περίπου 10.000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο, λόγω κάποιου ιατρικού λάθους συμπεριλαμβανομένων και των λοιμώξεων. Επίσης, τονίζεται ότι το 75% των Αφρικανών επιστημόνων υγείας θεωρεί ότι το ιατρικό λάθος οφείλεται μόνο σε συγκεκριμένες ενέργειες συγκεκριμένων ιατρών. Σημειώνεται ότι στην Αφρική το 75% των νεογνικών θανάτων οφείλονται στις λοιμώξεις. Γίνεται ιδιαίτερη προσπάθεια από τον ΠΟΥ για την αναφορά και καταγραφή των ιατρικών λαθών, καθώς και την εφαρμογή

απλών κανόνων υγιεινής χειρών και χειρουργικής λίστας ασφάλειας ασθενούς στις συγκεκριμένες χώρες (WHO, 2015).

## 1.2. Η προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών προτεραιότητα του ΠΟΥ

Στις 3 Μαρτίου του 2019, προωθώντας την ασφάλεια των ασθενών στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, συγκεντρώθηκαν περίπου 30 υπουργοί υγείας και σχεδόν 50 εθνικές αντιπροσωπείες στη Τζέντα της Σαουδικής Αραβίας, για να παραστούν στην τέταρτη παγκόσμια υπουργική διάσκεψη κορυφής για την ασφάλεια των ασθενών. Η εκδήλωση, συνοδευόμενη από συνολικά περίπου 1500 συμμετέχοντες, διοργανώθηκε από το Κέντρο Ασφάλειας Ασθενών της Σαουδικής Αραβίας (SPSC) σε συνεργασία με τον ΠΟΥ και με συμβουλευτική εισήγηση από το Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Πρόνοιας της Ιαπωνίας, το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και την United Υπουργείο Υγείας του Βασιλείου. Στη διάσκεψη κορυφής συμμετείχαν διεθνείς εμπειρογνώμονες στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών, υπεύθυνοι για τη λήψη πολιτικών αποφάσεων και άλλοι ενδιαφερόμενοι φορείς που συμμετέχουν στο παγκόσμιο κίνημα για την ασφάλεια των ασθενών.

Οι βασικές θεματικές συζητήσεις οι οποίες και έλαβαν χώρα ήταν οι κάτωθι:

Παγκόσμια Κάλυψη Υγειονομικής Περίθαλψης και Οικονομικά της Ασφάλειας των Ασθενών

- ❖ Υψηλές αξιόπιστες οργανώσεις (HRO) και Ασφάλεια ασθενών
- ❖ Ενδυνάμωση των ασθενών και Ασφάλεια Ασθενών
- ❖ Κίνδυνοι ασφάλειας και επιβάρυνση των ασθενών στην υγεία
- ❖ Υγειονομικό προσωπικό και ασφάλεια των ασθενών
- ❖ Η χάραξη πολιτικής για την ασφάλεια των ασθενών
- ❖ Ψηφιακή Υγεία και Ασφάλεια Ασθενών
- ❖ Εφαρμογή της έρευνας για την επιστήμη και την ασφάλεια των ασθενών

Κάθε θεματικό κομμάτι ολοκληρώθηκε σε μια σχετική διαδραστική συνεδρίαση, παραδείγματα των οποίων είναι η συνάντηση του Salma-robot (πρεσβευτής ασφάλειας ασθενών) και η ενσωμάτωση της ασφάλειας των

ασθενών ως βασική προϋπόθεση για την επίτευξη παγκόσμιας κάλυψης υγείας σε διαφορετικά επίπεδα. Εκτός από τα θεματικά κομμάτια, το πρόγραμμα εργασίας περιελάμβανε δύο παράλληλες διαλέξεις: μία για τη διεθνή ταξινόμηση των ανεπιθύμητων ενεργειών (ICAE) - ICD 11 και η άλλη για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων.

### **1.3. Σφάλματα σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας**

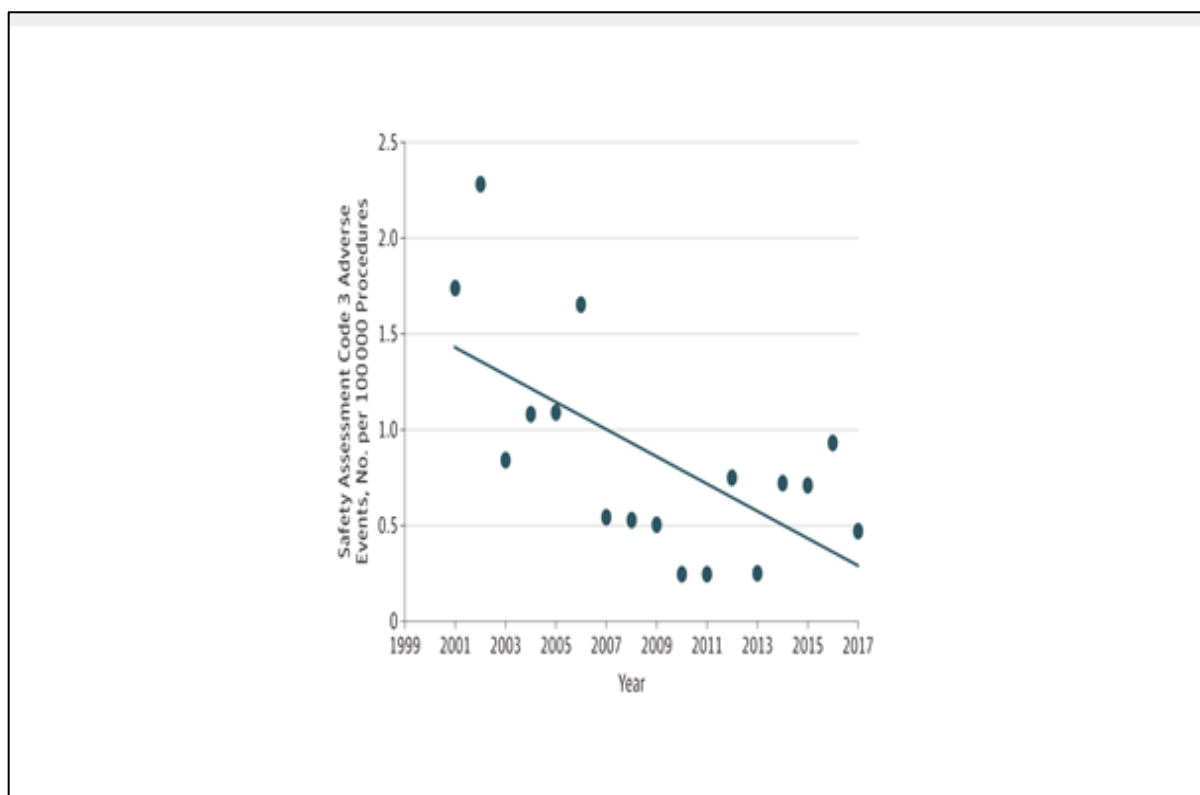
Σήμερα το πρόβλημα των σφαλμάτων στο χώρο της υγείας γιγαντώνεται καθημερινά. Η ενασχόληση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και της δικαιοσύνης με καταγγελίες για πιθανά ιατρικά σφάλματα αποτελεί πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στην Ελληνική πραγματικότητα. Οι Οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρχίσει να προσαρμόζονται στη νέα αυτή πραγματικότητα και αναγνωρίζουν την ανάγκη ενεργοποίησης προτύπων και διαδικασιών οι οποίες θα προστατεύουν τόσο του ίδιους και τους ασθενείς αλλά ταυτόχρονα θα προσδίδουν ποιοτικά χαρακτηριστικά στη φροντίδα υγείας (Λιαχοπούλου και συν., 2012). Βέβαια, η έλλειψη αντικειμενικών στατιστικών στοιχείων από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας δεν επιτρέπει να σχηματιστεί μία πραγματική εικόνα των σφαλμάτων στην Ελλάδα. Αντιθέτως στις ΗΠΑ, με βάση στοιχεία που δημοσιεύθηκαν σε μελέτη του 2000, υπολογίζεται ότι οι θάνατοι που πιθανώς σχετίζονται με ιατρικά σφάλματα ανέρχονται σε 44.000-98.000 ετησίως (Kohn, 1999) κατατάσσοντας τα στην 3η αιτία θνησιμότητας μετά τα τροχαία ατυχήματα και τον καρκίνο του μαστού ή το AIDS (Schlack, 2010).

Στα συστήματα υγείας ένα σημαντικό ποσοστό σφαλμάτων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία έχει αποδοθεί σε δυσχέρειες επικοινωνίας και στην έλλειψη αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας. Οι δυσχέρειες αυτές της επικοινωνίας θεωρήθηκαν ως η πρωταρχική αιτία σε περισσότερο από το 70% των σφαλμάτων από το 1995 έως το 2003 (Leonardetal.,2004). Ενώ οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας εργάζονται συνήθως σε ομάδες, με στόχο τη διαχείριση και την περίθαλψη των ασθενών, εν τούτοις διαπιστώνεται ότι δεν είναι γενικά καλά εκπαιδευμένοι σε μη τεχνικές δεξιότητες - όπως η επικοινωνία, η επίγνωση της κατάστασης, η λήψη αποφάσεων και η ομαδική εργασία (Morey et al., 2002), γεγονός που

αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων (Greenbergetal.,2007; Hoyert et al., 2005).Σε μελέτη από τον Καναδά φαίνεται ότι το ποσοστό επίπτωσης των περιστατικών ασφάλειας των ασθενών φθάνει το 7,5% , γεγονός το οποίο δείχνει τη σημαντικότητα της κατανόησης και αξιοποίησης εργαλείων βελτίωσης της επικοινωνίας και της ομαδικής εργασίας (Baker et al., 2004).

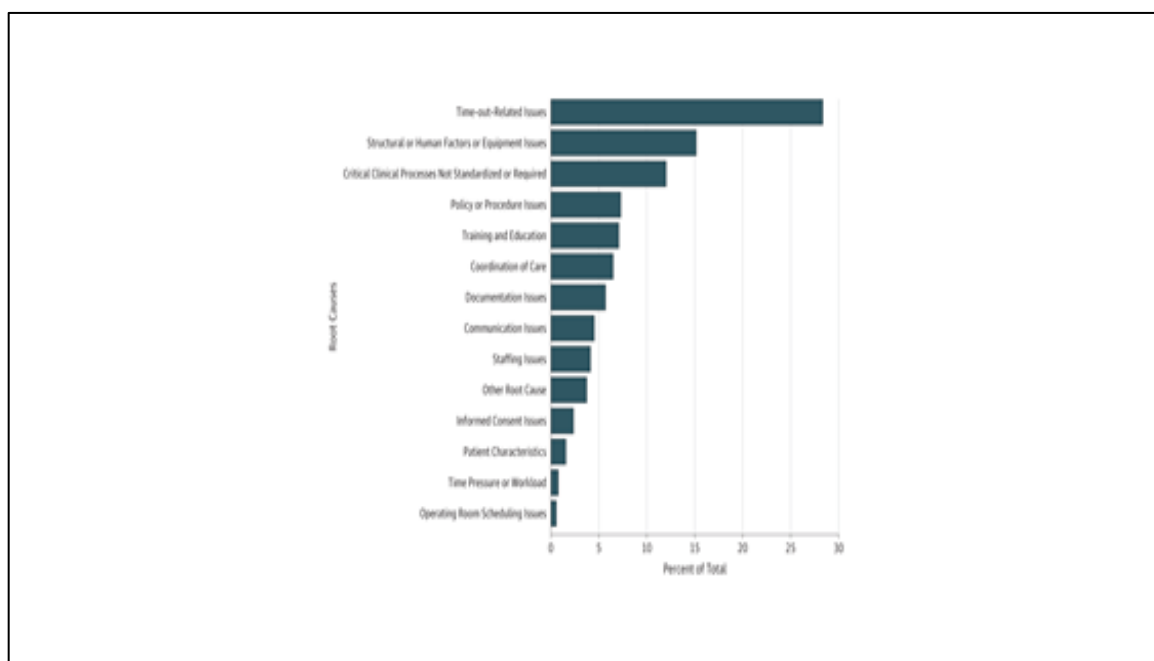
Στη Μεγάλη Βρετανία επίσης, έρευνες έδειξαν ότι 30.000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο από ιατρικά σφάλματα (Τούντας, 2008) ενώ στην Αυστραλία σε μία μελέτη 14.000 φακέλων παρατηρήθηκε ότι το 16,6% των εισαγωγών σε νοσοκομεία οφείλονταν σε πιθανά ιατρικά σφάλματα (Wilson, 2005). Πρόσφατη έρευνα ομάδας εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) σχετικά με τη συχνότητα και τις επιπτώσεις των ιατρογενών λαθών καταγράφει την επίπτωση των ανεπιθύμητων συμβάντων μεταξύ 2,5% και 18,4% για το έτος 2005 σε 8 αναπτυσσόμενες χώρες, (διάγραμμα 2 και 3) (Wilson et al., 2012; Neily et al., 2018).

**Διάγραμμα 2: Σφάλματα σε Χειρουργικές αίθουσες και Νοσοκομεία (1)**



Πηγή: Neily et al., 2018

### Διάγραμμα 3: Σφάλματα σε Χειρουργικές αίθουσες και Νοσοκομεία (2)

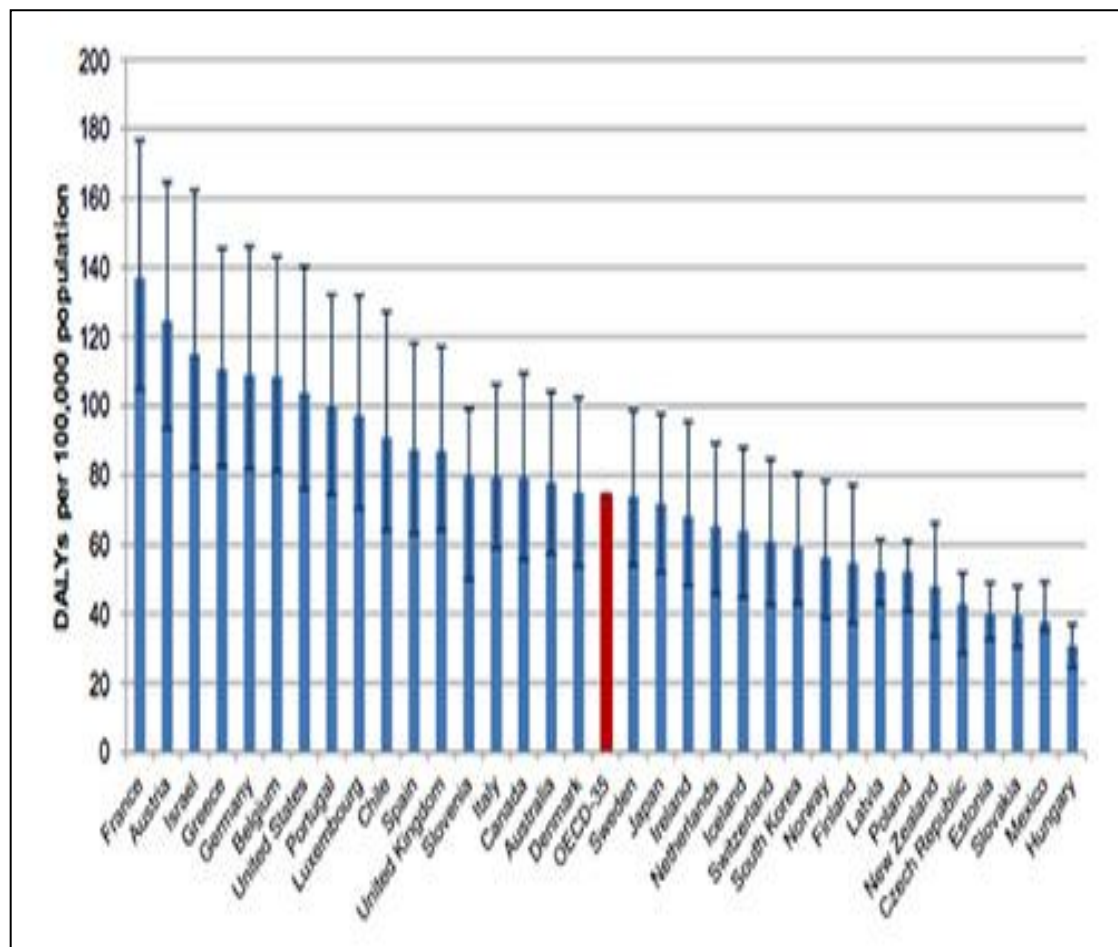


Πηγή: Neily et al., 2018

Οι βλάβες στην υγεία των ασθενών - εξηγούν - προκαλούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση, η οποία ανέρχεται διεθνώς σε τρισεκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο, από απώλεια παραγωγικότητας, εισοδήματος και κόστος αποκατάστασης. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κρίσιμο ζήτημα πολιτικής Υγείας. Η βλάβη του ασθενούς κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας αποτελεί παγκοσμίως την 14η αιτία επιβάρυνσης από ασθένειες, όπως η φυματίωση και η ελονοσία.

Σε ορισμένες χώρες του ΟΟΣΑ, η επίπτωση της βλάβης του ασθενούς είναι παρόμοια με εκείνη χρόνιων παθήσεων. Εκτιμάται πως κοστίζει στα συστήματα Υγείας περίπου το 15% των νοσοκομειακών δαπανών. Τα πιο σοβαρά αίτια πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς είναι οι λοιμώξεις, η φλεβική θρομβοεμβολή, τα έλκη υπό πίεση, τα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή και η λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση,(διάγραμμα 4), (Slawomirski et al., 2017).

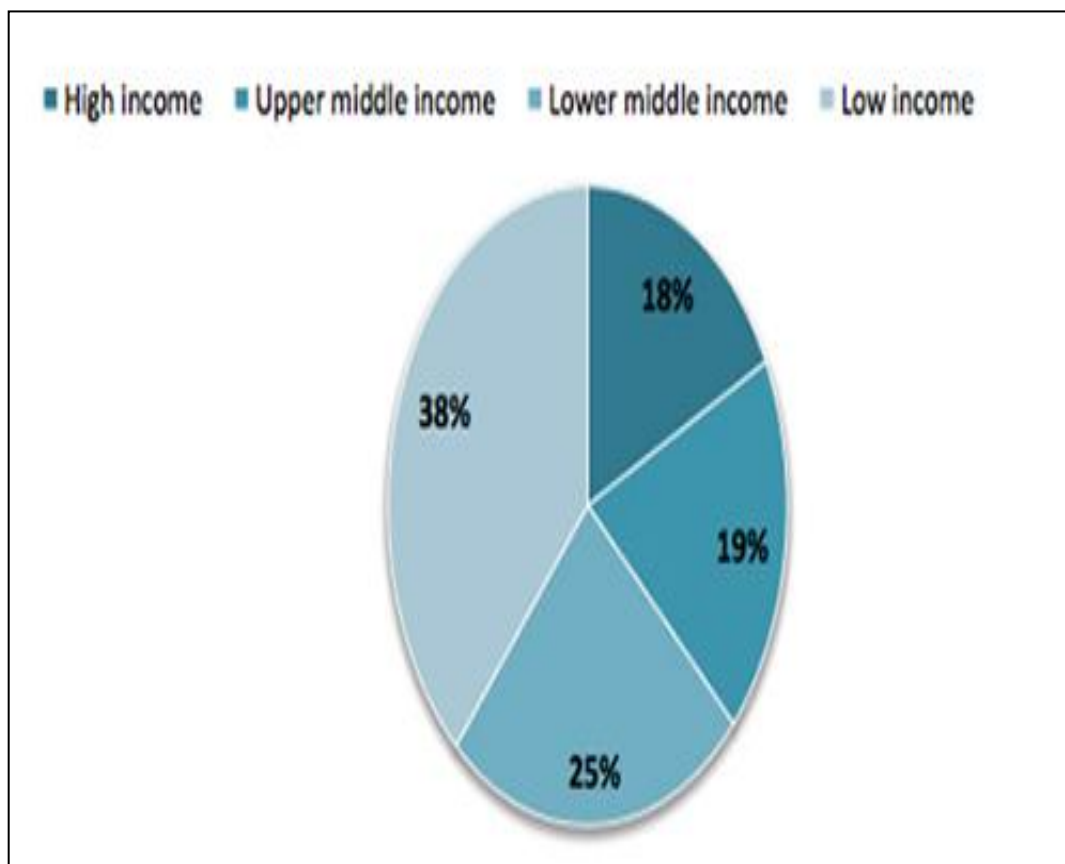
Διάγραμμα 4: Αναπηρία που συνδέεται με παροχή υπηρεσιών Υγείας



Πηγή: ΟΟΣΑ 2017

Σύμφωνα επίσης με τους ειδικούς, ο κίνδυνος θανάτου ασθενούς ως αποτέλεσμα ενός ανεπιθύμητου συμβάντος φαίνεται να είναι πολύ υψηλότερος στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις χώρες αυτές, έως και ένα στα τρία ανεπιθύμητα συμβάντα οδηγούν στον θάνατο των ασθενών, όταν μελέτες στην Αυστραλία, τον Καναδά, τις ΗΠΑ και την Ευρώπη δείχνουν ότι το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 2% και 16% (Slawomirski et al., 2017), (διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Σχέση εισοδήματος με νοσηρότητα και θνησιμότητα από ανεπιθύμητες ενέργειες



Πηγή: ΟΟΣΑ 2017

Η πλειοψηφία των ιατρικών σφαλμάτων εκτιμάται ότι οφείλεται σε χειρουργικές επεμβάσεις. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι το 48% των ιατρικών σφαλμάτων σχετίζεται με χειρουργική επέμβαση, στην Αυστραλία αναφέρεται ότι το 46,8% των ιατρικών σφαλμάτων συμβαίνουν μέσα στη χειρουργική αίθουσα και στο Ηνωμένο Βασίλειο το 39,5% των ασθενών με ιατρικό σφάλμα ήταν χειρουργικοί ασθενείς. Μεγάλη μερίδα (6-17%) των ιατρικών σφαλμάτων αποδίδεται επίσης σε διαγνωστικά λάθη (διάγραμμα 6), (Leape et al., 1991, Sexton et al., 2000, Committee on Diagnostic Error in Health Care, 2015, Wilson et al., 2005).

**Διάγραμμα 6: Αξιολόγηση λαθών κατά τη χειρουργική διαδικασία από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας**



Πηγή: Sexton et al., 2000

Η εμφάνιση συχνών ιατρικών λαθών σε νοσοκομεία έχει οδηγήσει την επιστημονική κοινότητα στην εφαρμογή προτύπων τα οποία διασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει πως ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης σφαλμάτων είναι ο ανθρώπινος παράγοντας και οι τεχνικές αστοχίες (Vincent et al., 2001; Kohn et al., 1999). Εν τούτοις συχνά οι ιατροί χειρουργικών ειδικοτήτων και μάλιστα εκείνοι που ανήκουν στην υψηλή βαθμίδα είναι εκείνοι οι οποίοι αναφέρονται ως κύριοι αίτιοι πρόκλησης προβλημάτων συνεργασίας και λαθών, μαζί με τους βασικούς χειριστές του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Οι αναισθησιολόγοι δε, φαίνεται από μελέτες ότι αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου πρόκλησης λαθών και αστοχιών. Είναι προφανές επίσης ότι μη τεχνικές δεξιότητες όπως η ηγεσία, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών που συμμετέχουν σε μια χειρουργική ομάδα, αλλά και ο συντονισμός των ομάδων αυτών



διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση σφαλμάτων στο χειρουργείο (Davies, 2001; Fletcher et al., 2002).

Οι χειρουργικές αίθουσες αποτελούν μια πολυδιάστατη δομή ενός νοσοκομείου μέσα στις οποίες υπάρχει υψηλή εργασιακή και ψυχική φόρτιση. Οι χειρουργικές επεμβάσεις που διενεργούνται σε παγκόσμιο επίπεδο ετησίως φθάνουν περίπου τα 234 εκατομμύρια. Οι επιπλοκές αυτών των επεμβάσεων θεωρούνται κατά 50% προβλέψιμες εφόσον παρέχεται υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί υπολογίζεται ότι το 20% - 40% των εξόδων για την υγεία μιας χώρας δαπανάται λόγω των συνεπειών μιας επισφαλούς υγειονομικής φροντίδας. Η πιθανότητα να υποστεί ένας πολίτης ιατρογενή βλάβη κατά την επαφή του γενικά με τις υπηρεσίες υγείας είναι 1:300, ενώ σε βιομηχανίες πολύ υψηλού κινδύνου, όπως η αεροπλοΐα 1:1.000.000.

Η εμφάνιση δυσκολιών κατά τη διάρκεια μια χειρουργικής διαδικασίας, μπορεί να αφορά στον ίδιο των ασθενή και στην κατάστασή του, στον εξειδικευμένο εξοπλισμό και σε τυχόν αστοχίες του, ή εμπλοκή στη χρήση του, σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ της χειρουργικής ομάδας, σε έλλειψη πνεύματος συνεργασίας αλλά και σε αγχογόνες διαδικασίες από επείγουσες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν. Σε όλα τα ανωτέρω αν προστεθούν ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση, η κόπωση των επαγγελματιών αλλά και η αυξημένη περιεγχειρητική ανάγκη φροντίδας, γίνεται κατανοητό πως αυτό το περιβάλλον έχει υψηλό στρεσογόνο επαγγελματικό δείκτη και αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σφαλμάτων (Wilson et al., 2015). Τα προβλήματα επικοινωνίας αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν στη Joint Commission's Sentinel Event Database (The Joint Commission, 2011).

Ο ΠΟΥ, στην προσπάθεια εφαρμογής προτύπων για την ασφάλεια των ασθενών, ενεργοποίησε τη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας, η οποία αναπτύχθηκε μετά από εκτεταμένες διαβουλεύσεις και έχει ως στόχο τη μείωση των σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών και την αύξηση της ομαδικής εργασίας και της επικοινωνίας στη χειρουργική επέμβαση. Η λίστα ελέγχου των 19 στοιχείων συνέχισε να δείχνει σημαντική μείωση τόσο

της νοσηρότητας όσο και της θνησιμότητας και τώρα χρησιμοποιείται από την πλειοψηφία των χειρουργικών προμηθευτών σε όλο τον κόσμο(WHO, 2009), (εικόνα 1).

Εικόνα 1: Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας(checklist)

**Surgical Safety Checklist**

World Health Organization | Patient Safety  
A World Alliance for Safer Health Care

**Before induction of anaesthesia** (with at least nurse and anaesthetist)

- Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?  Yes
- Is the site marked?  Yes  Not applicable
- Is the anaesthesia machine and medication check complete?  Yes
- Is the pulse oximeter on the patient and functioning?  Yes
- Does the patient have a:
  - Known allergy?  No  Yes
  - Difficult airway or aspiration risk?  No  Yes, and equipment/assistance available
  - Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?  No  Yes, and two IVs/central access and fluids planned

**Before skin incision** (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- Confirm all team members have introduced themselves by name and role.
- Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.
- Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?  Yes  Not applicable
- Anticipated Critical Events
  - To Surgeon:
    - What are the critical or non-routine steps?
    - How long will the case take?
    - What is the anticipated blood loss?
  - To Anaesthetist:
    - Are there any patient-specific concerns?
  - To Nursing Team:
    - Has sterility (including indicator results) been confirmed?
    - Are there equipment issues or any concerns?
- Is essential imaging displayed?  Yes  Not applicable

**Before patient leaves operating room** (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- Nurse Verbally Confirms:
  - The name of the procedure
  - Completion of instrument, sponge and needle counts
  - Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
  - Whether there are any equipment problems to be addressed
- To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
  - What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Σε σχετική μελέτη καταγραφής σφαλμάτων από την Ελλάδα, έδειξε πως σε 200 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, στο 20% κατεγράφη ένα τουλάχιστον ιατρικό σφάλμα, εκ των οποίων το 62,5% ήταν ασήμαντα, το 30% μέτριας σοβαρότητας και το 7,5% απειλητικά για τη ζωή του ασθενούς (Λιαχοπούλου και συν., 2012). Αν και το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ανησυχητικά υψηλό, εν τούτοις σε σχετικές μελέτες από το διεθνή χώρο φαίνεται ότι εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά. Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Wanzel et al.(2000), το ποσοστό των ασθενών που αντιμετώπισε ένα παρόμοιο σφάλμα στη χειρουργική αίθουσα έφτασε το 390%, εκ των οποίων το 1% ήταν μοιραίο για τη ζωή του και το 7% ήταν απειλητικό. Επίσης σε μελέτη των Gawande et al. (2003), παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά σφαλμάτων σε χειρουργικές αίθουσες πανεπιστημιακών νοσοκομείων εκ των οποίων το 33% των ασθενών οδηγήθηκαν σε μόνιμη αναπηρία εξ' αιτίας αυτών και το 13% στο θάνατο(εικόνα 2).

## Εικόνα 2: Χώρες εφαρμογής Surgical Safety Checklist



Πηγή: WHO (2009)

Μεταξύ Οκτωβρίου 2007 και Σεπτεμβρίου 2008, οκτώ νοσοκομεία σε οκτώ πόλεις (Τορόντο, Καναδάς, Νέο Δελχί, Ινδία, Αμμάν, Ιορδανία, Όκλαντ, Νέα Ζηλανδία, Μανίλα, Φιλιππίνες, Ifakara, Τανζανία, Λονδίνο, Αγγλία και Σιάτλ) αντιπροσωπεύοντας την ποικιλία των οικονομικών συνθηκών και των ποικίλων χαρακτηριστικών των ασθενών τους, συμμετείχαν στο πρόγραμμα Ασφαλούς Χειρουργικής του Οργανισμού Υγείας (World Health Organization's Safe Surgery Saves Lives program). Συγκεντρώθηκαν δεδομένα για τις κλινικές διεργασίες και τα αποτελέσματα από 3733 διαδοχικά εγγεγραμμένους ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω που υποβλήθηκαν σε καρδιακή χειρουργική επέμβαση, μετά την εισαγωγή της λίστας ελέγχου χειρουργικής επέμβασης. Το πρωταρχικό σημείο μελέτης ήταν το ποσοστό επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εντός των πρώτων 30 ημερών μετά την επέμβαση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι μετά την εφαρμογή της λίστας καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων ο ρυθμός θνησιμότητας από 1,5% μειώθηκε στο 0,8%, ( $P = 0,003$ ) και οι επιπλοκές των ασθενών επίσης μειώθηκαν από το 11,0% στο 7,0% ( $P < 0,001$ ), (Haynes et al., 2009).

#### 1.4. Η Ευρωπαϊκή πολιτική για την ασφάλεια

Οι πιο συνήθεις τύποι ανεπιθύμητων συμβαμάτων που περιγράφονται στην αναφορά της ΕΕ, όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη είναι οι εξής: λοιμώξεις που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη· εσφαλμένες ή καθυστερημένες διαγνώσεις, χειρουργικά σφάλματα καθώς και σφάλματα που συνδέονται με τη χορήγηση φαρμάκων. Οι περισσότερες προσπάθειες βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών σε επίπεδο κρατών μελών και σε επίπεδο ΕΕ ήταν έως τώρα επικεντρωμένες σε συγκεκριμένα θέματα, για παράδειγμα στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου από τα φάρμακα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα ή τη μικροβιακή αντοχή. Παρ' όλα αυτά, τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάματα οφείλονται σε συνδυασμό παραγόντων οι οποίοι έχουν συνολικά ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης στους ασθενείς (Eurogora,2008).

Στην ανακοίνωσή της η Επιτροπή συνιστά την εφαρμογή συνεκτικής προσέγγισης για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Τα κράτη μέλη ενθαρρύνονται να θέσουν σε εφαρμογή και να βελτιώσουν τις στρατηγικές για την πρόληψη και τον έλεγχο των ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η προσοχή εστιάζεται πρωτίστως στην αντιμετώπιση των συστημικών και οργανωτικών ελλείψεων που ευθύνονται για τις περισσότερες βλάβες που υφίστανται οι ασθενείς.

Σε μια δέσμη μέτρων για την ασφάλεια των ασθενών, που δημοσίευσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, επισημαίνεται ο τρόπος με τον οποίο η Επιτροπή και οι χώρες της ΕΕ αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ασφάλειας των ασθενών, καταγράφεται η πρόοδος που έχει σημειωθεί από το 2012 και προσδιορίζονται τα εμπόδια που πρέπει να εξαλειφθούν για να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών, όπως προβλέπεται σε μια σύσταση του Συμβουλίου του 2009. Παρόλο που υπήρξε σημαντική πρόοδος σε ό, τι αφορά τη διαμόρφωση εθνικών προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών και τη δημιουργία συστημάτων μέσω των οποίων οι ασθενείς μπορούν να καταγγέλλουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα, πρέπει να γίνουν ακόμη πολλά όσον αφορά την εφαρμογή των διατάξεων για την ισχυροποίηση της θέσης των ασθενών και ειδικότερα για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των

εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Τα έγγραφα που δημοσιεύονται σήμερα θα τροφοδοτήσουν τη διαδικασία προβληματισμού που βρίσκεται επί του παρόντος σε εξέλιξη σχετικά με τη μελλοντική δράση σε επίπεδο ΕΕ για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης.

Η συνολική στρατηγική σε επίπεδο ΕΕ έγκειται σε τέσσερις τομείς δράσης: 1) πολιτικές και προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών, 2) ισχυροποίηση της θέσης των ασθενών, 3) αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και άντληση διδαγμάτων από τα σφάλματα και 4) εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Μεταξύ των κύριων συστάσεων που απευθύνονται στα κράτη μέλη συγκαταλέγονται, για παράδειγμα: η θέσπιση ή ενδυνάμωση των συστημάτων υποβολής εκθέσεων και μάθησης, η ενσωμάτωση της διάστασης της ασφάλειας στην εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η προαγωγή της συμμετοχής των ασθενών στην ανάπτυξη των μέτρων ασφαλείας και η παροχή στους ασθενείς σχετικών πληροφοριών αναφορικά με τους κινδύνους για την υγεία και αναφορικά με θέματα ασφάλειας. Τα κράτη μέλη καλούνται επίσης να ανταλλάξουν τις βέλτιστες πρακτικές καθώς και εμπειρογνωμοσύνη στον τομέα αυτό. Η Επιτροπή θα συνεργαστεί με τα κράτη μέλη με στόχο την ανάπτυξη κοινών ορισμών και δεικτών για την ασφάλεια των ασθενών (Europa,2008).

Σε συνέχεια της έκθεσης του 2012 σχετικά με την εφαρμογή της σύστασης, η οποία κατέδειξε την πρόοδο των κρατών μελών και προσδιόρισε τους τομείς που απαιτούν περαιτέρω προσπάθειες, η σημερινή έκθεση επισημαίνει ότι έχει σημειωθεί περαιτέρω πρόοδος κατά την τελευταία διετία, ιδίως στους ακόλουθους τομείς:

- ❖ **Κατάρτιση πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών:** 26 χώρες έχουν αναπτύξει, ή ολοκληρώνουν, στρατηγικές ή προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών. Σε 20 χώρες οι προδιαγραφές για την ασφάλεια των ασθενών είναι υποχρεωτικές (11 το 2012), ενώ 19 χώρες χρησιμοποιούν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των ασθενών.

- ❖ **Συστήματα υποβολής καταγγελιών και μάθησης όσον αφορά τα ανεπιθύμητα συμβάντα:** τέτοια συστήματα υπάρχουν, σήμερα, σε 27 χώρες (15 το 2012), κυρίως σε εθνικό επίπεδο (21) και σε επίπεδο παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (13). Οι ασθενείς είναι πλέον πιθανότερο να καταγγείλουν τη βλάβη που υπέστησαν κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης - 46% των ασθενών κατήγγειλαν ανεπιθύμητα συμβάντα το 2013, σε σύγκριση με μόλις 28% το 2009.
- ❖ **Ισχυροποίηση της θέσης των ασθενών:** 18 χώρες πληροφορούν τους ασθενείς σχετικά με τις προδιαγραφές ασφάλειας των ασθενών, τα μέτρα ασφάλειας για τη μείωση ή την πρόληψη σφαλμάτων, το δικαίωμα τεκμηριωμένης συναίνεσης στη θεραπεία, τις διαδικασίες καταγγελίας και τα διαθέσιμα μέσα επανόρθωσης (το 2012 μόνο πέντε).

Σε ό,τι αφορά τον αντίκτυπο της σύστασης, οι 21 από τις 28 χώρες που υπέβαλαν έκθεση δήλωσαν ότι η σύσταση οδήγησε σε αύξηση της ευαισθητοποίησης σε πολιτικό επίπεδο, 20 δήλωσαν ότι αυξήθηκε η ευαισθητοποίηση στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης και 16 δήλωσαν ότι η σύσταση έδωσε το έναυσμα για την ανάληψη συγκεκριμένης δράσης. Ωστόσο, η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για συνεχείς προσπάθειες σε επίπεδο ΕΕ για την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης, και προτείνει ένα κατάλογο δράσεων που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για την ενημέρωση των ασθενών, για τις προδιαγραφές ασφάλειας των ασθενών, καθώς και έναν κοινό ορισμό της ποιότητας της περίθαλψης.

Όσον αφορά την πρόληψη των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, η έκθεση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες ιδίως για την εξασφάλιση εξειδικευμένου στον έλεγχο των λοιμώξεων προσωπικού στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης και της ικανότητας για απομόνωση των προσβεβλημένων ασθενών.

Η έρευνα του Ευρωβαρομέτρου σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Νοεμβρίου και Δεκεμβρίου 2013 και στις 28 χώρες της ΕΕ, δείχνει ότι:

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς πολίτες της ΕΕ (53%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι πιθανό να υποστούν βλάβη από τη νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα τους. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών - από 82% στην Κύπρο έως 21% στην Αυστρία. Όπως και το 2009 - την τελευταία φορά που πραγματοποιήθηκε η ίδια έρευνα - μόλις πάνω από το ένα τέταρτο (27%) των πολιτών δήλωσαν ότι οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχει υποστεί ανεπιθύμητο συμβάν κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα από αυτά τα άτομα προέρχονταν από τις βόρειες και δυτικές περιοχές της ΕΕ. Από τα άτομα που υπέστησαν ένα ανεπιθύμητο συμβάν, το 46% το κατήγγειλαν, σε σύγκριση με μόλις 28% το 2009, γεγονός που δείχνει ότι έχει εμφανώς ισχυροποιηθεί η θέση των ασθενών. Η αύξηση του ποσοστού ήταν ακόμη πιο σημαντική σε συγκεκριμένες χώρες, π.χ. στη Γαλλία (+61%), στην Ισπανία (+40%) και στο Λουξεμβούργο (+32%). Παρά ταύτα, στο 37% των περιπτώσεων καταγγελίας του ανεπιθύμητου συμβάντος «δεν έγινε τίποτα». Ωστόσο, σε ένα στα πέντε άτομα ζητήθηκε συγγνώμη από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια, ενώ το 17% έλαβε εξηγήσεις για το σφάλμα από το ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης.

Τα αποτελέσματα της δημόσιας διαβούλευσης που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Δεκεμβρίου 2013 και Φεβρουαρίου 2014 δείχνουν ότι η κοινωνία των πολιτών (< 90%) εξακολουθεί να θεωρεί ότι υπάρχει πρόβλημα όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών στην ΕΕ. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, τα πλέον αποτελεσματικά μέτρα είναι οι δεσμευτικοί εθνικοί νόμοι, η συμμετοχή οργανώσεων ασθενών και η συνεργασία της ΕΕ. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (72%) θεωρούν ότι η διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της δράσης της ΕΕ από την ασφάλεια των ασθενών στην ευρύτερη ποιότητα της περίθαλψης θα αποφέρει σημαντικά οφέλη. Η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται αποτέλεσμα της υψηλής ποιότητας της περίθαλψης που πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική και φιλική προς τις ανάγκες των ασθενών και την αξιοπρέπειά τους (Europa, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Η λήψη μέτρων ασφαλείας στο χώρο του χειρουργείου έχει ως στόχο τόσο την ασφάλεια του ασθενή όσο και του προσωπικού που εμπλέκεται σε αυτή τη δομή. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικός ο αυστηρός προσδιορισμός κανόνων οι οποίοι προκαθορίζουν αυτά τα μέτρα ασφαλείας, τα οποία αδρά περιγράφονται παρακάτω (JCAHO, 2003).

### 2.1 Μέτρα Ασφάλειας στο Χειρουργείο

#### 2.1.1. Πρωτόκολλο αντιμετώπισης τραυματισμού του προσωπικού από αιχμηρό αντικείμενο

Για την αντιμετώπιση ενός τραυματισμού από αιχμηρό αντικείμενο συνίσταται η άμεση παροχή φροντίδας, ακολουθώντας την εξής διαδικασία:

- ❖ Η πληγή πλένεται καλά με τρεχούμενο νερό για τριάντα δευτερόλεπτα (30sec).
- ❖ Στεγνώνεται η περιοχή και τοποθετείται αδιάβροχος επίδεσμος.
- ❖ Αν ο τραυματισμός προέρχεται από καθαρή πηγή, δεν τίθεται περαιτέρω διερεύνηση. Διαφορετικά, αν προέρχεται από μολυσμένη πηγή διενεργείται περαιτέρω διερεύνηση του εκτεθέντος.
- ❖ Πραγματοποιείται αναφορά του περιστατικού στον εφημερεύων Λοιμωξιολόγο.
- ❖ Συμπληρώνεται η φόρμα καταγραφής ατυχήματος από τον Λοιμωξιολόγο και το Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας. Σε περίπτωση που το ατύχημα σημειωθεί εκτός πρωινού ωραρίου, σε ημέρα αργίας ή Σαββατοκύριακο, ενημερώνεται σε πρώτη φάση ο εφημερεύων Νοσηλευτής.
- ❖ Συλλέγονται πληροφορίες προς διερεύνηση που αφορούν τον τραυματία και την μολυσμένη πηγή ενώ πραγματοποιούνται και ελέγχονται εξετάσεις βάσει των ιατρικών οδηγιών.



### 2.1.2. Καθαρισμός αιθουσών χειρουργείου

Αποσαφηνίζονται οι βασικές έννοιες καθαριότητας απολύμανσης, αντισηψίας, κ.λπ. Αναφέρονται ακόμα τα καθήκοντα του προσωπικού καθαριότητας και περιγράφονται οι βασικοί κανόνες καθαριότητας που διέπουν τον χώρο του χειρουργείου. Ιδιαίτερη σημασία δίδονται στα είδη των απολυμαντικών και αντισηπτικών που χρησιμοποιούνται τόσο λόγω της μολυσματικότητας των επεμβάσεων όσο και λόγω της πτητικότητας των διαφόρων σκευασμάτων (πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Διεθνείς Οδηγίες Απολύμανσης και Αντισηψίας**

| Κατάταξη αντικειμένων κατά Spraulding (1968)    | Χρήση  | Επίπεδο απαιτούμενης μικροβιοκτόνου δράσης                                | Μέθοδος  |
|---|--|---|--|
| <b>Κρίσιμα</b><br>(critical items)              | εισέρχονται σε στείρους ιστούς και το κυκλοφορικό (χειρουργικά εργαλεία, καρδιακοί καθετήρες, εμφυτεύματα)   | καταστροφή όλων των μικροοργανισμών, περιλαμβανομένων και των σπόρων τους | <b>Αποστείρωση:</b> Κλίβανος ατμού, αερίου, υπεροξειδίου του υδρογόνου, χημική αποστείρωση |
| <b>Ημι - κρίσιμα</b><br>(semi - critical items) | έρχονται σε επαφή με βλεννογόνους και δέρμα όχι ακέραιο (ενδοσκοπία, εξοπλισμός αναπνευστικής θεραπείας, εξοπλισμός αναισθησίας, τονόμετρα)  | καταστροφή όλων των μικροοργανισμών, εκτός των βακτηριακών σπόρων         | <b>Υψηλού βαθμού απολύμανση</b>  |
| <b>Μη - κρίσιμα</b><br>(non - critical items)   | δεν θα έρθουν σε επαφή με βλεννογόνο ή με μη ακέραιο δέρμα (άψυχο νοσοκομειακό περιβάλλον: κλίνες, τραπέζια, κουμπιά κλήσης, έπιπλα, πατώματα, εξοπλισμό: περιχειρίδες, στηθοσκόπια, σκωραμίδες, κομπιούτερ, πληκτρολόγια συσκευών monitoring) | καταστροφή των βλαστικών μορφών των βακτηρίων, μυκήτων, λιπιδιακών ιών    | <b>Χαμηλού βαθμού απολύμανση, καθαριότητα με απορρυπαντικό</b>                             |

Πηγή: CDC, 2017, Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities

Η τήρηση των κανόνων καθαριότητας και υγιεινής διασφαλίζει την δημόσια υγεία, προασπίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αποτελεί βασικό στοιχείο για την εύρυθμη λειτουργία και παραγωγή έργου του Νοσοκομείου. Πιο ειδικά στοχεύει στην:

- Πρόληψη διασποράς παθογόνων μικροοργανισμών στο νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Αποφυγή αποικισμού ή λοίμωξης ασθενών από νοσοκομειακά παθογόνα.
- Προάσπιση της υγείας και της ασφάλειας ασθενών - προσωπικού.
- Βελτίωση της εικόνας του Νοσοκομείου.

### *2.1.3. Σηπτική αίθουσα*

Μετά την ολοκλήρωση μιας σηπτικής χειρουργικής επέμβασης, η καθαριότητα της αίθουσας γίνεται άμεσα από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο φέρει ειδική προστατευτική στολή ενώ με ήπιες, προσεκτικές κινήσεις απομακρύνει τις σακούλες απορριμμάτων. Το προσωπικό καθαριότητας και ο Βοηθός θαλάμου ασχολούνται λεπτομερώς με την καθαριότητα της αίθουσας αλλά και του εξοπλισμού που έχει χρησιμοποιηθεί. Για τον σχολαστικό καθαρισμό τοίχων και πατώματος, χρησιμοποιείται διάλυμα χλωρίνης περιεκτικότητας 1:10 τόσο από το προσωπικό καθαριότητας όσο και από τον Βοηθό θαλάμου.

Γενικά, ακολουθούνται αυστηρά τα βήματα της τελικής καθαριότητας μιας χειρουργικής αίθουσας με τους καθαριστές αφού τελειώσουν, να απορρίπτουν κι αυτοί με τη σειρά τους τα προστατευτικά καλύμματα της ενδυμασίας τους προτού εξέλθουν από αυτήν.

### *2.1.4. Πρόληψη μετάδοσης φυματίωσης στο Χειρουργείο*

Σε περίπτωση που απαιτείται χειρουργική επέμβαση σε χρόνιο περιστατικό και αν ο ασθενής πάσχει από ενεργό MDR-TB (πολυανθεκτική φυματίωση), τότε αναβάλλεται έως ότου επιβεβαιωθεί η αποθεραπεία του. Εάν πρόκειται

για περιστατικό που χρήζει άμεσης επέμβασης, τότε χειρουργείται με κλειστό αερισμό της αίθουσας. Η κίνηση από και προς την αίθουσα μειώνεται στο ελάχιστο και αν είναι δυνατό, η επέμβαση πραγματοποιείται σε χρόνο χωρίς αυξημένη προσέλευση ασθενών ή προσωπικού.

Τοποθετείται απαραίτητα, ειδικό βακτηριακό φίλτρο σε σημείο του αναπνευστικού κυκλώματος ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης μικροβίων στην ατμόσφαιρα αλλά και να προστατευτεί ο εξοπλισμός που εξασφαλίζει την νάρκωση του ασθενούς. Η ανάνηψη του ασθενή γίνεται εντός της χειρουργικής αίθουσας.

#### *2.1.5. Τεχνική Χειρουργικής Αντισηψίας*

Η σωστή τεχνική πλυσίματος των χεριών πριν από την χειρουργική επέμβαση εξασφαλίζει τη μείωση ή την καταστροφή της παροδικής μικροβιακής χλωρίδας και των κινδύνων μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος του ασθενούς κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Neely, 2000). Χειρουργικό πλύσιμο ονομάζεται η διαδικασία υγιεινής των χεριών με υγρά αντισηπτικά διαλύματα αμιγών (π.χ. αλκοολούχα) ή με την προσθήκη και άλλων παραγόντων όπως ιωδιούχου ποβιδόνης, χλωρεξιδίνης κ.τ.λ. με την περιγραφόμενη τεχνική η οποία βασίζεται στα διεθνή πρότυπα τεχνικής CDC για τη μείωση των λοιμώξεων του χειρουργικού τραύματος (Brown et al., 2002). Σε κάθε κανονισμό χειρουργείου περιγράφονται αυστηρά οι τεχνικές πλυσίματος των χεριών , όπως αυτές καθορίζονται από τα διεθνή και ελληνικά πρότυπα (Ulatowski, 2004).

#### *2.1.6. Αποστείρωση Εργαλείων*

Ο επαρκής καθαρισμός με κατάλληλο απολυμαντικό είναι σημαντικός καθώς αφαιρεί όλη τη σκόνη, τη βακτηριακή χλωρίδα, την οργανική ύλη και άλλα και τους ρύπους. Το απολυμαντικό που χρησιμοποιείται δεν πρέπει να είναι καρκινογόνο, αλλά εύκολα διαθέσιμο και ασφαλή για χρήση από το προσωπικό του νοσοκομείου. Τα περισσότερα απολυμαντικά απομακρύνουν περίπου το 90% -95% των μολυσματικών μικροοργανισμών (Sharma et al., 1996, Fredrick et Kumaran 2018).

## Προετοιμασία των εργαλείων για τη διαδικασία καθαρισμού

Η διαδικασία ξεκινά ήδη από το χειρουργείο:

Η εμφανής μολυσματική ύλη πρέπει να αφαιρείται στο σημείο χρήσης. Η ορθή χρήση των εργαλείων βοηθάει στην λειτουργικότητα και την παράταση του χρόνου ζωής τους. Τα μολυσμένα εργαλεία πρέπει να μεταφέρονται αμέσως και με ασφάλεια στην περιοχή απολύμανσης. Ο προκαταρκτικός καθαρισμός και η επεξεργασία με υπερήχους μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά προς τη διαδικασία καθαρισμού. Μην φορτώνετε υπερβολικά τους δίσκους εργαλείων. Όλα τα εργαλεία πρέπει να ξεπλένονται διεξοδικά. Οι ασφάλειες και οι αρθρώσεις πρέπει να είναι ανοικτές σε γωνία 90°. Τα εργαλεία που αποτελούνται από αποσπώμενα εξαρτήματα πρέπει να αποσυναρμολογούνται.

### 1. Χειροκίνητος καθαρισμός και απολύμανση

Ο χειροκίνητος καθαρισμός πρέπει να πραγματοποιείται μόνο εάν η μηχανική επανεπεξεργασία δεν επιτρέπεται λόγω της κατασκευής του εργαλείου. Να αλλάζεται τακτικά το διάλυμα καθαρισμού και απολύμανσης. Να χρησιμοποιείται απιονισμένο νερό για την τελική έκπλυση: Να γίνεται έλεγχος για την ποιότητα του νερού. Να χρησιμοποιούνται μόνο συνθετικές βούρτσες: η χρήση μεταλλικών βουρτσών ή σφουγγαριών πρέπει να αποφεύγεται, για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο φθοράς και διάβρωσης της επιφάνειας του εργαλείου. Τα εργαλεία πρέπει να στεγνώνονται πλήρως για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο διάβρωσης.

### 2. Στοιχεία ελέγχου, δοκιμή λειτουργίας και συντήρηση

Τα εργαλεία πρέπει να είναι μακροσκοπικώς καθαρά: α) Να γίνεται έλεγχος για τυχόν μεταβολές στην επιφάνεια, π.χ. οργανικά υπολείμματα, διαβρωτικές επικαθίσεις, αποχρωματισμός. β) Δευτερεύων / μεταγενέστερος καθαρισμός και απολύμανση ή αποστολή σε εξουσιοδοτημένη υπηρεσία επιδιόρθωσης (Medicon Repair Service). Έλεγχος εργαλείων για φθορές: μικρορωγμές, σπασμένα εξαρτήματα, λίπανση ασφαλειών και αρθρώσεων

με ειδικό λιπαντικό ή σπρέι εργαλείων. Εργαλεία που αποτελούνται από αποσπώμενα εξαρτήματα πρέπει να λιπαίνονται όλα τα κινούμενα μέρη πριν τη συναρμολόγηση.

### 3. Μηχανικός καθαρισμός και απολύμανση

Ο χειροκίνητος καθαρισμός δεν συνιστάται εάν υπάρχει διαθέσιμο αυτόματο πλυντήριο-απολυμαντήριο. Να χρησιμοποιούνται οι κατάλληλοι ειδικοί δίσκοι για ευαίσθητα εργαλεία και μικρά εξαρτήματα και να φροντίζονται για τον πλήρη καθαρισμό και την απολύμανση οπών και κοιλοτήτων. Να υπάρχει πλυντήριο-απολυμαντήριο που πληροί τα κριτήρια του προτύπου EN ISO 15883 (ή του παρόμοιου προτύπου που ισχύει στη χώρα σας). Να χρησιμοποιείται απιονισμένο νερό για την τελική έκπλυση: έλεγχος στη ποιότητα του νερού, θερμική απολύμανση με απιονισμένο νερό. Η θερμοκρασία και ο χρόνος διατήρησης πρέπει να ευθυγραμμίζονται π.χ. χρόνος διατήρησης 5 λεπτά στους 90°C.

### 4. Συσκευασία

Τα εργαλεία με κασάνιες και άγκιστρα κλεισίματος πρέπει να είναι κλειστά μόνο στην πρώτη κασάνια, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος παραμόρφωσης κατά τη διάρκεια της θέρμανσης και ψύξης των χειρουργικών εργαλείων στη διαδικασία αποστείρωσης.

Επιλογή ενός αξιόπιστου συστήματος φραγμού αποστείρωσης. Η συσκευασία πρέπει να πραγματοποιείται σύμφωνα με το EN ISO 11607 ή οποιονδήποτε αντίστοιχο κανονισμό στη χώρα σας.

### 5. Αποστείρωση

Αποστείρωση με κορεσμένο ατμό στους 134°C-137°C για 5 λεπτά, αποστειρωτής με ατμό που πληροί τα πρότυπα της κάθε χώρας και αποστείρωση σε χαμηλή θερμοκρασία 120°C ή σε σύγχρονους κλιβάνους πλάσματος, οξειδίου του αιθυλενίου και άλλους χημικούς αποστειρωτές.

### 6. Αποθήκευση σε αποστειρωμένες συνθήκες

Συνθήκες αποθήκευσης: χωρίς σκόνη, χωρίς υγρασία και σε σταθερή θερμοκρασία. Αποφυγή ακραίων διακυμάνσεων στις θερμοκρασίες.

Αποθήκευση με βάση τον κανόνα first-in-first-out, δηλαδή αποθηκεύονται με βάση την ημερομηνία λήξης και τα παλαιότερα τοποθετούνται μπροστά, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν άμεσα και να αποφευχθεί ο κίνδυνος λήξης τους.

### Χειρουργική εφαρμογή

Τα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για το σκοπό για τον οποίο προορίζονται και πρέπει να αφαιρείται αμέσως όλη η εμφανή μολυσματική ύλη. Τα εργαλεία μετριοούνται, καταγράφονται και τοποθετούνται με σειρά.

## **2.2. Η κουλτούρα ασφάλειας**

Ως κουλτούρα ασφάλειας αναφέρεται γενικά το σύνολο κοινών αξιών, πεποιθήσεων, κανόνων και συμπεριφορών που αλληλοεπιδρούν με τη δομή και τα συστήματα ελέγχου ενός οργανισμού για την παραγωγή κανόνων συμπεριφοράς. Αντιπροσωπεύει επίσης τους κοινούς ρόλους και τις κοινωνικές και τεχνικές πρακτικές που ελαχιστοποιούν την έκθεση των εργαζομένων σε επικίνδυνες συνθήκες (Perrow, 2004, Reason, 2002, Zhang, etal., 2002).

Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας εμφανίστηκε μετά από διάφορα γεγονότα όπως το Τσερνομπίλ, το Piper Alpha, το Kings Cross, το Three Mile Island και το Crash Train στο Calpham Junction. Αυτά τα ατυχήματα και τα σφάλματα ερμηνεύτηκαν ως αποδεικτικά στοιχεία για την ύπαρξη κακής ασφάλειας σε ολόκληρο τον κλάδο, που συνέβησαν επειδή τα συστήματα ασφαλείας είχαν υποβαθμιστεί η πολιτική ασφάλεια προτείνεται επί του παρόντος από τους ηγέτες για την ασφάλεια των ασθενών ως βασικό στοιχείο των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών(Reason, 2002, Perrow, 2004).

Η αναγνώριση του ρόλου της κουλτούρας ασφάλειας στην πρόληψη ατυχημάτων έχει οδηγήσει σε έναν αυξανόμενο αριθμό χαρακτηριστικών που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση και τον προσδιορισμό της κουλτούρας ασφάλειας σε μια ποικιλία πολύπλοκων βιομηχανιών. Οι οργανισμοί με θετική νοοτροπία ασφάλειας χαρακτηρίζονται από την επικοινωνία που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, τις κοινές αντιλήψεις για τη σημασία

της ασφάλειας και την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων. Βασικά στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού αποτελούν η δέσμευση, η ικανότητα και η γνώση, ενώ η διοίκηση του οργανισμού θεωρεί ότι ζωτικής σημασίας δράση για την αλλαγή κουλτούρας ενός οργανισμού σηματοδοτεί η αλλαγή νοοτροπίας των υπαλλήλων (Carnino, 1989, Lee, Mac Donald et Coote, 1993, Lucas, 1990).

Ο International Civil Aviation Organization [ICAO], (1992) σημείωσε ότι μια καλή νοοτροπία ασφάλειας προωθείται από τα ανώτερα στελέχη ενός οργανισμού, που δίνουν μεγάλη έμφαση στην ασφάλεια, και όταν εκείνα επίσης είναι διατεθειμένα να δέχονται κριτική, να είναι ανοικτά σε αντιτιθέμενες απόψεις, να ενθαρρύνουν ένα κλίμα που ενθαρρύνει την ανάδραση και υπογραμμίζοντας τη σημασία της κοινοποίησης σχετικών πληροφοριών ασφαλείας. Αυτή η ανατροφοδότηση περιλαμβάνει την εμφάνιση σφαλμάτων και τις λεπτομέρειες που περιβάλλουν το συμβάν σφάλματος. Η ανώτατη διοίκηση πρέπει επίσης να προωθήσει ρεαλιστικούς και εφαρμόσιμους κανόνες ασφάλειας και να διασφαλίσει ότι το προσωπικό είναι καλά μορφωμένο και εκπαιδευμένο σχετικά με τις συνέπειες των μη ασφαλών πράξεων.

Οι εργαζόμενοι γενικά έχουν παίξουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κουλτούρας ασφάλειας με την κατανόηση των κινδύνων στο χώρο εργασίας και την εργασία εντός των καθορισμένων παραμέτρων ασφάλειας των ρόλων εργασίας τους. Ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας, στο οποίο μπορούν να βασιστούν οι εργαζόμενοι, είναι ένα σημάδι ότι ο οργανισμός έχει μια καλή κουλτούρα ασφάλειας, ειδικά αν οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στη βελτίωση και την οικοδόμηση αυτού του συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας. Η εφαρμογή αυτού στην υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ότι η γνώση των αξιών, των πεποιθήσεων, των τελετουργιών, των συμβόλων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σχετικά με την ασφάλεια στους χώρους εργασίας τους θα πρέπει να βοηθά τη διοίκηση να αξιολογεί τα προγράμματά τους για την καλλιέργεια της ασφάλειας και να προβλέπει πόσο το προσωπικό θα

συμμετέχει στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης (Cooper, 2000, INEEL,2001).

Ο ρόλος της νοοτροπίας για την ασφάλεια και την κουλτούρα ασφάλειας του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι σημαντικός για μια νοσοκομειακή δομή, γιατί βοηθά τη δομή αυτή να εντοπίζει τους παράγοντες που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών, καθορίζουν την προθυμία των εργαζομένων να βελτιώσουν την ασφάλεια και να αναφέρουν λάθη. Μελέτες ανέφεραν ότι η μέτρηση και γενικότερα η αποτύπωση του επιπέδου κουλτούρας ασφάλειας ενός νοσοκομείου βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν τον αντίκτυπο της κουλτούρας ασφάλειας στην εμφάνιση σφαλμάτων και να προβούν σε διορθωτικές κινήσεις. Θα τους βοηθήσει επίσης να προσδιορίσουν τη σχετική συμβολή των αιτιωδών παραγόντων στα σφάλματα ποιο έγκαιρα. Όλα τα διευθυντικά στελέχη θα πρέπει να κατανοήσουν τη σημασία της ενθάρρυνσης και της υποστήριξης των εργαζομένων όσον αφορά την αναφορά σφαλμάτων (Zohar, 2002; Zohar & Luria,2003).

Για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας έχουν δοκιμαστεί συγκεκριμένα εργαλεία τα οποία αποτυπώνουν γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις των ερωτώμενων και ουσιαστικά προσδιορίζουν το επίπεδο της κουλτούρας τους για την ασφάλεια. Ο Zohar (2002) μέτρησε τους ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην κουλτούρα ασφάλειας, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο της έρευνας για την ασφάλεια του κλίματος. Πρότεινε ερωτήσεις για να μετρήσει τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις στάσεις και τις αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις της ασφάλειας που θεωρούνται σημαντικές για την ανάπτυξη της νοοτροπίας ασφάλειας όπως η δέσμευση της διοίκησης. Ο Cooper (2000) περιέγραψε την κλίμακα αυτή ως ένα μέσο για να αποτυπώσει τις απόψεις των εργαζομένων σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες των πρακτικών διαχείρισης της ασφάλειας με τις οποίες κατευθύνει τις κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Επιπλέον, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το μέτρο του Zohar για να εξετάσουν τις σχέσεις μεταξύ των διαστάσεων ασφάλειας και του τρόπου με τον οποίο το καθένα σχετίζεται με τα αποτελέσματα, όπως τα ποσοστά ατυχημάτων.



Τα μέτρα για την ασφάλεια του κλίματος έχουν διερευνηθεί ευρέως και τείνουν να χρησιμοποιηθούν ως υποκατάστατο μέτρο για την κουλτούρα ασφάλειας.

Ο Οδηγός μέτρησης κλιμάκωσης της ασφάλειας για την ασφάλεια και υγεία του Ηνωμένου Βασιλείου (UK Health and Safety Executive Safety Climate Measurement User Guide and Tool) σημειώνει ότι η παρατήρηση σχετικά με τις συμπεριφορές κουλτούρας μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Χρησιμοποιούνται έμμεσες παρατηρήσεις για τη συλλογή δεδομένων μέσω αναφορών και αρχείων οργανισμού, ενώ οι άμεσες παρατηρήσεις καθοδηγούνται από καταλόγους ελέγχου προσαρμοσμένους στη λειτουργία.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Το Χειρουργείο αποτελεί μια ειδική, πολυσύνθετη μονάδα σε ένα Νοσοκομείο του οποίου το έργο οροθετείται βάσει αυστηρών διεθνών, επιστημονικών οδηγιών και περιλαμβάνει εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων και λοιπών ιατρικών επεμβατικών ιατρικών πράξεων σε συνθήκες ασηψίας.

Προσπαθώντας να προσεγγιστεί εννοιολογικά ο όρος, χειρουργείο αποκαλούμε την ειδική μονάδα ενός Νοσοκομείου στην οποία εκτελούνται χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και λοιπές επεμβατικές ιατρικές πράξεις υπό συνθήκες αυστηρής ασηψίας, για τις οποίες απαιτείται ή όχι η χορήγηση γενικής αναισθησίας. Το Χειρουργείο λειτουργεί με πλήρη σύνθεση ειδικοτήτων σε προσωπικό για όλες τις βάρδιες λειτουργίας του επιδιώκοντας την διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του έργου του.

Ο όρος «χειρουργική ομάδα» περιλαμβάνει τους χειρουργούς, τους ασχολούμενους με την αναισθησία, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους τεχνικούς και το υπόλοιπο προσωπικό της χειρουργικής αίθουσας που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται σε μία επέμβαση. Η χειρουργική ομάδα, αποτελείται από όλο το προσωπικό που παίρνει μέρος στην εγχείρηση. Κάθε μέλος του προσωπικού αυτού παίζει ένα ρόλο στην εγγύηση της ασφάλειας και της επιτυχίας μιας χειρουργικής επέμβασης.

Η πολύπλευρη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας οι οποίοι απαρτίζουν την χειρουργική ομάδα δεν είναι τα ίδια πρόσωπα κάθε φορά. Εν τούτοις, το σύνολο των συμμετεχόντων σε χειρουργικές επεμβάσεις αποτελεί μια ομάδα με πολυάριθμους επαγγελματίες υγείας η οποία μπορεί να εναλλάσσεται, αλλά ο χρόνος και οι διεργασίες στις οποίες συμμετέχει την καθιστούν υπεύθυνη για την ποιότητα της φροντίδας υγείας προς τον ασθενή. Η διάδραση δε μεταξύ των μελών της και η οργανωσιακή κουλτούρα που τη διέπει, αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας αυτής, με άμεσα αποτελέσματα στον ασθενή.

Λόγω της ιδιαιτερότητας και της ποικιλομορφίας του Χειρουργείου και για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του, η θεσμοθέτηση κανόνων και πρωτοκόλλων θεωρείται επιβεβλημένη σε κάθε σύγχρονο νοσηλευτικό

ίδρυμα. Η εφαρμογή τους εξατομικεύεται και προσαρμόζεται αναλόγως αφού προσανατολίζεται στην περαιτέρω βελτιστοποίηση των διαδικασιών, την εύρυθμη λειτουργία του Χειρουργείου και κατ' επέκταση του Νοσοκομείου.

### 3.1. Ιστορική αναδρομή χειρουργικής διαδικασίας

Η χειρουργική επέμβαση από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα αποτελεί προτεινόμενη θεραπεία είτε ως εναλλακτική της συντηρητικής είτε λόγω των ενδείξεων. Στοιχεία από την αρχαία Αίγυπτο, όπου οι μάγοι-ιατροί προχωρούν σε τρυπανισμούς από το 8.000 π. Χ., ενώ η αναισθησία με μια μορφή κάνναβης εμφανίζεται το 190 π.Χ. στην Κίνα από τον Hua Tuo, δείχνουν τις βάσεις της χειρουργικής στο ιστορικό παρελθόν. Επίσης, είναι γνωστό ότι ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός με τις θεωρίες τους επηρεάζουν την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης μέχρι το τέλος του Μεσαίωνα.

Ενδιαφέρουσα είναι και η πορεία εξέλιξης του χειρουργείου, δηλαδή της αίθουσας, της αναισθησίας, της αποστείρωσης και των επεμβάσεων. Το σύγχρονο χειρουργείο έλκει την καταγωγή του από τη ρωμαϊκή στρατιωτική σκηνή, καθώς ο επαγγελματικός ρωμαϊκός στρατός στις εκστρατείες του έχει στρατιωτικό ιατρό («medicusvulnerarius»), ο οποίος θεραπεύει και τους μονομάχους στις αρένες.

«Η χρυσή ισλαμική περίοδος» (9<sup>ος</sup> και 10<sup>ος</sup> αιώνας μ. Χ.) προσθέτει τη γνώση της χρήσης του οπίου στην αναισθησία και το αλκοόλ για ιατρικούς σκοπούς (αντισηψία τραύματος). Ακολουθεί η περίοδος του Μεσαίωνα, όπου στην Ευρώπη εμφανίζεται ο χειρουργός-μπαρμπέρης, ο οποίος πραγματοποιεί πληθώρα επεμβάσεων (καρκίνο μαστού, αιμορροΐδες, γάγγραινα, καταρράκτη, αλλά κυρίως αφαιμάξεις) και μόλις το 1540 ο βασιλιάς Ερρίκος ο VIII υπογράφει διάταγμα συγχώνευσης της Κοινότητας των Χειρουργών με την Εταιρεία των Κουρέων στην Μεγάλη Βρετανία (μέχρι τότε ήταν χωριστά).

Οι Ναπολεόντιοι Πόλεμοι στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα και ο Αμερικανικός Εμφύλιος Πόλεμος στα μέσα του 19<sup>ου</sup> βελτιώνουν την παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη, καθώς στο ιατρικό προσωπικό προστίθεται το νοσηλευτικό, ενώ οι χειρουργικές τεχνικές και ο χώρος των χειρουργείων εξελίσσονται προσθέτοντας νέα γνώση.

Στη σύγχρονη ιστορία, η πρώτη αίθουσα χειρουργείου κατασκευάζεται στο Νοσοκομείο St. Thomas του Λονδίνου (1822) και το 1859 στο ίδιο νοσοκομείο η Florence Nightingale δημιουργεί την πρώτη Σχολή Νοσηλευτικής. Τα χειρουργικά γάντια πρωτοχρησιμοποιούνται από τον Halsted το 1889, η χειρουργική μάσκα το 1897 από τον Miculitz, η χειρουργική μπλούζα στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, το κάλυμμα κεφαλής το 1886 από τον Neuber, ενώ ο Lister από το 1860 αποδεικνύει ότι η αντισηψία μειώνει την εμφάνιση χειρουργικών λοιμώξεων. Τα χειρουργεία του 18ου αιώνα ουσιαστικά ήταν αίθουσες διαλέξεων, οι οποίες χρησιμοποιούνταν για την επίδειξη της τομής των πτωμάτων. Ζώντες ασθενείς πείθονταν ενίοτε να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις, πράγμα που αποτελούσε χρήσιμη εμπειρία για το κοινό. Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ήταν σύντομες, ήσσονος σημασίας και εκτελούνταν σε τόπους βολικούς για τον ίδιο τον ασθενή (π.χ. κατ' οίκον).

Η εισαγωγή της αναισθησίας περίπου το 1840 επηρέασε ελάχιστα τον τόπο διεξαγωγής των χειρουργικών επεμβάσεων. Περί τα τέλη του 19ου αιώνα, όταν ο Joseph Lister ανακάλυψε την αναγκαιότητα της αντισηψίας, κατέστη προφανής και η αναγκαιότητα για τον κατάλληλο σχεδιασμό του χώρου όπου θα στεγαζόταν το χειρουργείο. Στο τέλος του 19ου αιώνα, ο Gustav Neuber, στη Γερμανία, ήταν ο πρωτοπόρος στη χρήση ειδικών χώρων που προορίζονταν αποκλειστικά για την εκτέλεση των χειρουργικών επεμβάσεων. Στη Βαλτιμόρη, ο Halsted εισήγαγε παρόμοιες έννοιες ασηψίας - αντισηψίας στο νοσοκομείο Johns Hopkins, τη δεκαετία του 1890.

Στις αρχές του 20ου αιώνα τα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία είχαν τρία χειρουργεία ένα για γενικές, ένα για ορθοπεδικές και ένα για γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις. Αυτή η πρώιμη εξειδικευμένη χρήση του χώρου για τα χειρουργεία προέκυψε πιθανότατα για λόγους διευκόλυνσης των γιατρών και όχι για την εγκατάσταση ειδικού εξοπλισμού ή λόγω των διαφορετικών αναγκών σε στελέχωση.

Η χειρουργική επιστήμη αναπτύχθηκε ραγδαία κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Η εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών στο πεδίο της μάχης, σε συνδυασμό με την εμφάνιση των αντιβιοτικών,

δημιούργησε μια ατμόσφαιρα στην οποία οι εξελίξεις της χειρουργικής λάμβαναν χώρα σχεδόν σε καθημερινή βάση. Οι εξελίξεις στην αναισθησιολογία συμβάδισαν με τα παραπάνω, καθιστώντας δυνατή την επιβίωση εξαιρετικά βαριά ασθενών οι οποίοι υφίσταντο περίπλοκες επεμβάσεις. Αν και τα χειρουργεία των δεκαετιών του '50 και του '60 δε διέφεραν ουσιαστικά από τα αντίστοιχα των αρχών του 20ού αιώνα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας δημιούργησε την ανάγκη για χρήση περισσότερων τμημάτων ιατρικού εξοπλισμού στις πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις.

Η μεγάλη πρόοδος, όμως, στην κατασκευή των σύγχρονων χειρουργικών αιθουσών γίνεται στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα με αρχή τον Πόλεμο της Κορέας, καθώς δημιουργούνται τα κινητά χειρουργικά νοσοκομεία του αμερικάνικου στρατού (MASH, δηλαδή Mobile, Army, Surgical, Hospital). Ο Πόλεμος του Βιετνάμ, στη συνέχεια, δίνει ώθηση στην προνοσοκομειακή περίθαλψη με την ταχεία μεταφορά των τραυματιών, με ελικόπτερα, στο πλησιέστερο στρατιωτικό νοσοκομείο. Τέλος, το 1995 ο Ken Mattox εισαγάγει το δόγμα «Damage Control Surgery», δηλαδή την άμεση αντιμετώπιση της απειλητικής για τη ζωή βλάβης και σε δεύτερο χρόνο την πλήρη αποκατάσταση των υπόλοιπων βλαβών.

Οι επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας άρχισαν να λαμβάνουν χώρα στις αρχές του 20ού αιώνα. Ο J. H. Nicoll, από τη Γλασκώβη της Σκωτίας, ανέφερε το 1909 στο Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο τις εμπειρίες του από τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας σε 8.988 παιδιά. Το 1916 ο Ralph Waters ίδρυσε μια κλινική στην πόλη Σιoux της Iowa για οδοντιατρικές χειρουργικές επεμβάσεις ημέρας και λοιπές μικροεπεμβάσεις. Το χειρουργείο ημερήσιας νοσηλείας δεν έτυχε μεγάλης αποδοχής, μέχρι που ο Wallace Reed, αναισθησιολόγος, δημιούργησε ένα «Χειρουργικό Κέντρο» το 1970. Παρόμοια κέντρα, παρ' όλο που αρχικά είχαν αντιμετωπισθεί με αμφιβολία, αποδείχθηκαν εκ των υστέρων εξίσου ασφαλή και λιγότερο δαπανηρά σε σχέση με τα χειρουργεία των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία ανταποκρίθηκαν στην ανάγκη αυτή, αναπτύσσοντας είτε ξεχωριστά Χειρουργικά Κέντρα Ημερήσιας Νοσηλείας, είτε αφιερώνοντας τμήμα των χειρουργικών αιθουσών αποκλειστικά σε χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας (Gabeletal., 2001).

### 3.2. Χαρακτηριστικά και Ιδιαιτερότητες της Χειρουργικής Ομάδας

Η ομάδα αποτελεί μία ζωντανή αναπτυσσόμενη διεργασία, μοναδική στην κάθε της στιγμή και έκφραση, που εμπλέκει πολλές πλευρές της ανθρώπινης λειτουργίας και πολλά επίπεδα κοινωνικής οργάνωσης. Αποτελείται από άτομα μέλη (ή υποομάδες) που συσχετίζονται, αλληλεξαρτώνται και συναλλάσσονται. Βρίσκεται ενταγμένη, δηλαδή αποτελεί υποσύστημα, σε κάποιο ευρύτερο σύστημα, με το οποίο βρίσκεται σε συνεχή συναλλαγή και αλληλεξάρτηση.

Επίσης το χειρουργείο ως δομή ενός οργανισμού αποδεικνύει την ενεργητικότητά του και μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία του με άλλες δομές και τμήματα του ίδιου οργανισμού(διάγραμμα 7). Γίνεται έτσι κατανοητό πως όλες οι διαδικασίες που αφορούν τη λειτουργία του χειρουργείου απαιτείται να διενεργούνται και να ολοκληρώνονται μέσα από ένα πλαίσιο καλής συνεργασίας με όλους τους εμπλεκόμενους.

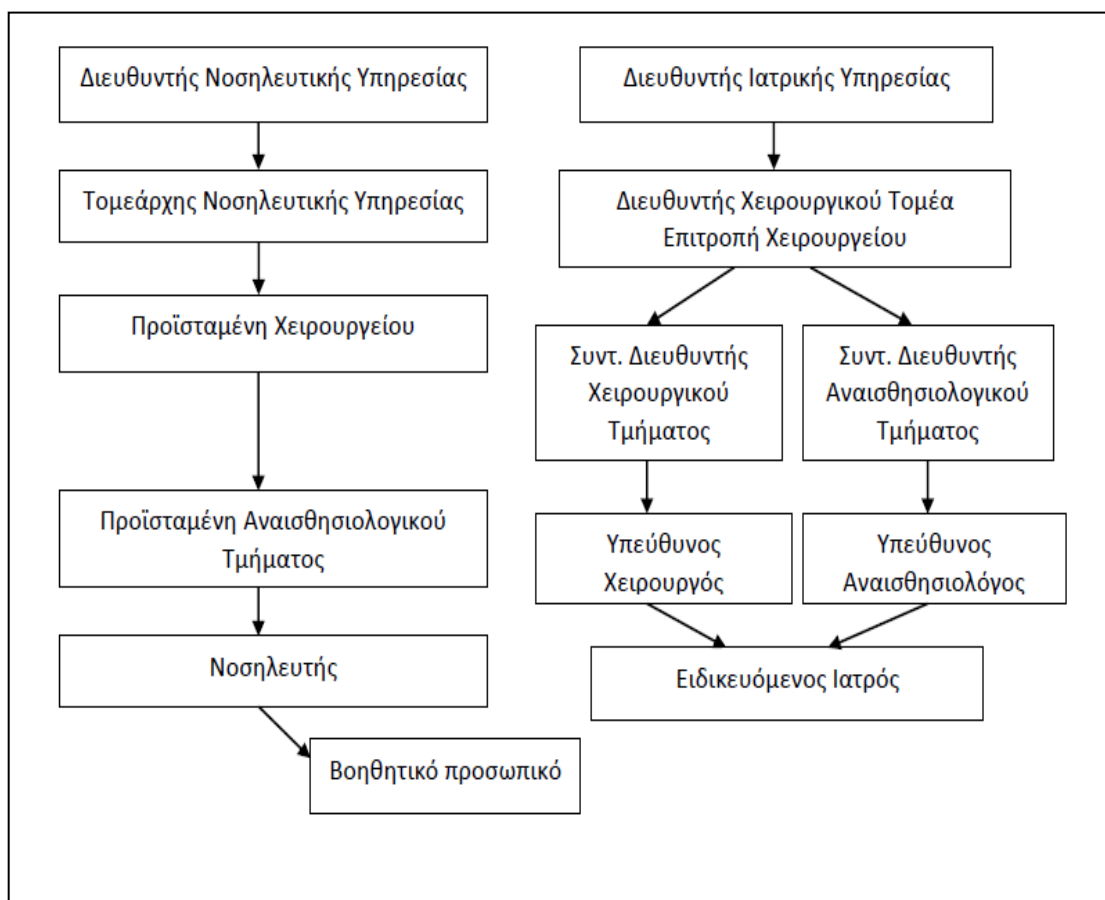
**Διάγραμμα 7: Συνεργατικές δομές Χειρουργείου**



Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν τη βασική χειρουργική ομάδα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, οι αναισθησιολόγοι και οι ιατροί ποικίλων χειρουργικών ειδικοτήτων. Οι ομάδες αυτές διαθέτουν κοινά στοιχεία, όπως η αγάπη και η πίστη στα επαγγέλματά τους και η αφοσίωσή τους στη φροντίδα του ασθενούς. Επιπλέον, το γεγονός ότι όλοι ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και διέπονται από το ίδιο εργασιακό καθεστώς προσδίδει σε όλους τους επαγγελματίες σιγουριά και ασφάλεια προσφέροντάς τους την δυνατότητα να επιτελούν την εργασία τους κατά τον δέοντα τρόπο χωρίς να έχουν ως μοναδικό τους κίνητρο τα οικονομικά οφέλη. Εκτός από τα κοινά τους στοιχεία οι ομάδες αυτές χαρακτηρίζονται και από διαφορές που εστιάζονται κατά κύριο λόγο στο εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, τις εργασιακές τους δραστηριότητες και την επαγγελματική προσέγγιση των θεμάτων που τους αφορούν.

Βασικές συνιστώσες μιας επαγγελματικής ομάδας αποτελούν οι έννοιες της αλληλεξάρτησης, της αλληλοσυσχέτισης και της συναλλαγής μεταξύ των μελών της, ενώ ο στόχος της ομάδας πρέπει να είναι σαφής, πραγματοποιήσιμος και αντικειμενικά παρατηρήσιμος (Βασιλείου, 1987; Meyer, 1987). Βασικά κριτήρια του σχηματισμού μιας ομάδας, τα οποία και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη στοχοθεσία της είναι οι επιδόσεις των συμμετεχόντων, οι κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις, καθώς και τα επαγγελματικά και προσωπικά ενδιαφέροντα (διάγραμμα 8). Η σύνθεση αυτή προσφέρει τη δυνατότητα εντατικότερης κοινωνικής επαφής μεταξύ προσώπων, που και από αυτή τη σκοπιά και θεώρηση, αποκτά ιδιαίτερη σημασία και αξία (Meyer, 1987).

**Διάγραμμα 8: Ενδεικτικό Οργανόγραμμα Χειρουργείου**



Οι χειρουργικές ομάδες αποτελούν ιδιαίτερα επαγγελματικά περιβάλλοντα, με ποικιλομορφία επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετέχουν σε αυτές αλλά και διαφοροποίηση ιατρικών ειδικοτήτων. Ανάλογα δε με το επείγον ή όχι της χειρουργικής επέμβασης προκαταβάλλεται και το περιβάλλον σε ότι αφορά τους στρεσογόνους παράγοντες που επιδρούν σε αυτό. Συχνά οι χειρουργικές επεμβάσεις διεξάγονται κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας και ταυτόχρονη πίεση χρόνου, με αποτέλεσμα αυτό να επιβαρύνει την ένταση στην ομάδα. Γίνεται σαφές ότι η ομαδική εργασία στο χειρουργείο δεν είναι τυποποιημένη, ούτε ως προς τη διάρθρωσή της, ούτε όμως και ως προς την απόδοσή της. Η απόδοση της ομάδας θα ποικίλει φυσικά αν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εξοικείωση με τα μέλη της ομάδας περισσότερο ακόμα και από μια καλά δομημένη εργασία με τεκμηρίωση και προτυποποίηση (Grote et al., 2004).



Η δυναμική αλληλεπίδραση της χειρουργικής ομάδας χαρακτηρίζει ουσιαστικά τόσο τη δυναμική της όσο και τη φήμη της. Η δυναμική της ομάδας αυτής περιγράφει μέσα από την εννοιολογική προσέγγισή της την πορεία της προς την επίτευξη των στόχων της και βασικοί παράγοντες που καθορίζουν αυτή τη δυναμική είναι η σύνθεσή της, το μέγεθος των συμμετεχόντων και η διάρθρωση της δομής της (Flin et al., 2003).

Ρυθμιστικοί κανόνες της χειρουργικής ομάδας, όπως και άλλων επαγγελματικών ομάδων, αποτελούν ο καθορισμός προτύπων/πρωτοκόλλων εργασίας, τα επαγγελματικά καθήκοντα, οι συμπεριφορές των μελών της, η καθοδήγηση και ο συντονισμός, το ηγετικό προφίλ του συντονιστή της ομάδας και του προϊστάμενου του χειρουργείου και τελικά το συνολικό πλαίσιο αναφοράς και το κλίμα ασφάλειας του χώρου και των διαδικασιών (Helmreich & Davies, 1996). Σημαντικό στοιχείο το οποίο υποδηλώνει πολιτισμική κουλτούρα αλλά και κουλτούρα ασφάλειας προκαθορίζουν οι στάσεις και οι αξίες που διέπουν το επαγγελματικό προφίλ των μελών της ομάδας. Η εθνική δε προσέγγιση και η κουλτούρα που απορρέει από το κοινωνικό status του κάθε επαγγέλματος συχνά δίνει τα βασικά χαρακτηριστικά της ομάδας εργασίας (Sexton et al., 2000).

Η δομή μιας ομάδας και ειδικά αυτή της χειρουργικής, οφείλει να έχει μια ξεκάθαρη ιεραρχική διαβάθμιση, συχνά όχι απόλυτα τυποποιημένη, δεδομένου του ότι οι έκτακτες συνθήκες που μπορεί να εμφανιστούν μπορεί να προκαλέσουν ιεραρχική αναπροσαρμογή αυτής της ομάδας. Η ασάφεια της ομαδικής δομής μπορεί να οδηγήσει σε διαφωνίες στις ομάδες, σχετικά με την εξουσία, την κατανομή καθηκόντων, τους ρόλους και τις ευθύνες κάτι που συχνά υπονομεύει την απόδοση της ομάδας (Leonard et al., 2004). Κύρια στοιχεία της δομής της χειρουργικής ομάδας αποτελούν οι κανόνες λειτουργίας αυτής οι οποίοι έχουν καθοριστεί τόσο από το νομικό πλαίσιο όσο και από ενεργοποιημένους κανονισμούς λειτουργίας, όπως είναι ο κανονισμός χειρουργείου κάθε νοσοκομείου και προτυποποιημένες διαδικασίες, επιστημονικά τεκμηριωμένες. Επίσης οι καθορισμένοι ρόλοι των επαγγελματικών ομάδων, το πρόγραμμα χειρουργείου, το χρονοδιάγραμμα της κάθε διαδικασίας, αλλά και η σύνθεση και διάταξη της ομάδας δίνουν σε

αυτή την δυναμική της λειτουργία και καθορίζουν το επίπεδο επικοινωνίας (Weber,2004).

Η επικοινωνία είναι ένα χαρακτηριστικό της ομάδας, ουσιαστικά αποτελεί την καρδιά της και εξασφαλίζει σ' αυτή τη ζωή και την επιβίωσή της, γιατί καμία ομάδα δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, αν τα μέλη της δεν έχουν την ευχέρεια να επικοινωνούν με ευκολία μεταξύ τους. Η ελεύθερη ροή πληροφοριών (κατανόηση του πράγματος, σκέψεις, συναισθήματα) μεταξύ των μελών μιας ομάδας προσδιορίζει έντονα την αποτελεσματικότητα της ομάδας και την ικανοποίηση και ευχαρίστηση των μελών της (Rosenstein&O'Daniel,2008). Η βασική δομή η οποία χαρακτηρίζει το επίπεδο επικοινωνία και ταυτόχρονα προασπίζει την ισοτιμία των μελών της (Haas&Mortensen,2019). Στο ένα τρίτο όλων των αναποτελεσματικών επικοινωνιών που καταγράφηκαν σε χειρουργικές ομάδες υπήρχαν ορατές επιδράσεις στις διαδικασίες της ομάδας, συμπεριλαμβανομένης της διάσπασης της συνοχής, της απώλειας πόρων, της καθυστέρησης και της διαδικαστικής απόκλισης αλλά και της απώλειας της ζωής (Undre et al.,2006).

Μια άλλη σημαντική πτυχή της ομαδικής εργασίας στο χειρουργείο είναι ότι κατά τη διάρκεια των περισσότερων χειρουργικών διαδικασιών, τα μέλη μοιράζονται ένα είδος κοινής ιστορίας και έχουν, σε διαφορετικό βέβαια βαθμό, ήδη υπάρχοντες λόγους σύνδεσης, όπως οι σχέσεις εμπιστοσύνης και τη γνώση των δεξιοτήτων του άλλου αλλά και στον προτεινόμενο τρόπο εργασίας. Αυτοί οι λόγοι σύνδεσης μαζί με την ανεπαρκή κατανόηση των διαφορετικών εξαρτήσεων, την ανεπαρκή κατανόηση της κατάστασης των υποστηρικτικών συστημάτων από τα οποία εξαρτάται η χειρουργική επέμβαση, καθώς και τις άγνωστες πτυχές της κατάστασης του ασθενούς, και των επιπλοκών και συμβαμάτων που μπορεί να προκύψουν, συμβάλλουν στην ομαδική εργασία. Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι για να είναι επιτυχής, μια επιχειρησιακή ομάδα όπως η χειρουργική, πρέπει να οικοδομήσει ικανότητες για να χειριστεί αυτή την πολυπλοκότητα προκειμένου να μπορέσει να προσαρμοστεί (Fraser et Greenhalgh, 2001).

Στις χειρουργικές ομάδες η επικοινωνία αποκτά μεγαλύτερη ίσως σημασία από άλλες επαγγελματικές ομάδες δεδομένου του ότι η καλή επικοινωνία εξασφαλίζει τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας για τον ασθενή (Cochran&Elder, 2014). Επίσης οι χειρουργικές ομάδες, δεδομένου του ότι φύση και θέση χαρακτηρίζονται ως ομάδες υψίστης απόδοσης διότι διαχειρίζονται τη ζωή του ασθενή άμεσα, είναι αυτονόητο πως τα μέλη τους πρέπει να χαρακτηρίζονται από ισορροπία δεξιοτήτων, πολυμορφία στη γνώση, στις απόψεις και στις προοπτικές, στη δημιουργία και στη συλλογική τεκμηρίωση, αλλά και επιστημονική εξειδίκευση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Healey et al., 2006).

Μια επιτυχής χειρουργική επέμβαση γενικά εξαρτάται από την ομαδική εργασία ευρύτερης χειρουργικής ομάδας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα στη χειρουργική επέμβαση ενδέχεται συχνά να προέρχονται από μια πτυχή που αφορά στο σχεδιασμό της ομαδικής εργασίας (Borrill et al., 2001, Reason,2000 ). Το ζητούμενο των σύγχρονων συστημάτων υγείας είναι η βέλτιστη απόδοση της χειρουργικής ομάδας και το απώτερο αποτέλεσμα αυτής της δράσης είναι η ασφαλής έξοδος του ασθενή από τη χειρουργική διαδικασία (Healey et al., 2004). Ενώ η ανάπτυξη της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης αλλά και του τεχνολογικού εξοπλισμού έχει καλυτερεύσει πολλούς τομείς, εν τούτοις έχει παρατηρηθεί ότι σε ότι αφορά στην χειρουργική ομάδα και στην αποτελεσματικότητά της, μπορεί να επιδράσει αρνητικά με την επίπτωση μεγαλύτερου ποσοστών ανεπιθύμητων συμβαμάτων, δεδομένου του ότι συχνά οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν και να εξειδικευτούν στη χρήση τους (Welty et al., 2002). Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως ο μη επαρκής προγραμματισμός και η μη λεπτομερής εκπαίδευση σε νέες τεχνολογίες και εξοπλισμό, μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην αξιοπιστία της χειρουργικής ομάδας και εν κατακλείδι στην ασφάλεια του ασθενή (Veelen et al., 2003).

### 3.3. Κανονισμός Λειτουργίας Χειρουργείου

Οι εσωτερικοί κανονισμοί λειτουργίας των χειρουργείων αποτελούν ένα υποτυπώδες κανονιστικό πλαίσιο το οποίο προτυποποιεί τις διαδικασίες των διαδικασιών του χειρουργείου και των επαγγελματιών και δομών του οργανισμού που εμπλέκονται σε αυτό.

Στόχος του Κανονισμού Χειρουργείου είναι η δημιουργία κλίμα συνεργασίας και ασφάλειας όλων των επιστημονικών ειδικοτήτων αλλά και των επαγγελματιών υγείας που δρουν στο χώρο του Χειρουργείου, η εύρυθμη λειτουργία αυτού, η ποιότητα των συνθηκών εργασίας ενώ πρωταρχικό μέλημα αποτελεί πάντα η διασφάλιση της υγείας του ασθενή. Λόγω της ιδιαιτερότητας και της ποικιλομορφίας του Χειρουργείου και για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του, η θεσμοθέτηση κανόνων και πρωτοκόλλων θεωρείται επιβεβλημένη σε κάθε σύγχρονο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η εφαρμογή τους εξασφαλίζεται και προσαρμόζεται αναλόγως αφού προσανατολίζεται στην περαιτέρω βελτιστοποίηση των διαδικασιών, την εύρυθμη λειτουργία του Χειρουργείου και κατ' επέκταση του Νοσοκομείου.

Η συγκρότηση της ομάδας εργασίας σύνταξης του κανονισμού αφορά σε διοικητική πράξη ή απόφαση Διοικητικού συμβουλίου και η έγκριση του κανονισμού γίνεται επίσης από το Διοικητικό Συμβούλιο μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού συμβουλίου. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η επιτροπή καταγράφει όλα τα δεδομένα και τις παρατηρήσεις που σχετίζονται με το χώρο, μελετά τις προτάσεις και τις εισηγήσεις των επαγγελματιών από κάθε Υπηρεσία και ο Κανονισμός διαμορφώνεται ακολουθώντας διεθνή πρότυπα, βιβλιογραφία και επιστημονικά δεδομένα που αφορούν τη γενικότερη λειτουργία του Χειρουργείου διεθνώς.

Αρχικά περιγράφεται η δομή του χειρουργείου σύμφωνα με τον ισχύοντα οργανισμό αλλά και τη χωροταξική του τοποθέτηση. Επίσης περιγράφεται το ωράριο λειτουργίας και δίνεται αναλυτικά η σύνθεση του προσωπικού (νοσηλευτικού). Οι χώροι του χειρουργείου περιγράφονται αναλυτικά και καταγράφονται οι λεπτομέρειες του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και η χρησιμότητά του ανά αίθουσα και ειδικότητα χρήσης.

Σημαντική καταγραφή και ορισμός για το χώρο του χειρουργείου αποτελούν οι ζώνες ανάλογα με το επίπεδο μολυσματικότητας(πίνακας 2).

### Πίνακας 2: Ζώνες Μολυσματικότητας χειρουργείου

|  |
|--|
| <b><u>Ζώνη 0</u></b> Αποτελεί την άσηπτη ζώνη, το εγχειρητικό πεδίο.   |
| <b><u>Ζώνη 1</u></b> Ορίζεται ο χώρος υψηλής επικινδυνότητας που περιλαμβάνει την χειρουργική αίθουσα, την αίθουσα προετοιμασίας των τραπεζιών, του αποστειρωμένου υλικού και των νιπτήρων (scrubs).   |
| <b><u>Ζώνη 2</u></b> Η «καθαρή» ζώνη που περιλαμβάνει την αίθουσα μετεγχειρητικής ανάνηψης, το χώρο των αναισθητικών μηχανημάτων, τις αποθήκες υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, τα γραφεία, το χώρο ακτινολογικού και όλους τους λοιπούς χώρους μεταξύ ζώνης 1 και 3.                    |
| <b><u>Ζώνη 3</u></b> Η «προφυλακτική» ζώνη που αποτελεί την υποδοχή των ασθενών, το χώρο της γραμματείας, τα αποδυτήρια του προσωπικού, την αίθουσα προεγχειρητικού ελέγχου, τον περιφερειακό ακάθαρτο διάδρομο που περιβάλλει τα χειρουργεία και το χώρο συλλογής και απομάκρυνσης ακαθάρτων. |

Στη βάση αυτή καθορίζονται και οι ομάδες χειρουργικών επεμβάσεων και η κατάταξή τους ανάλογα με τη μολυσματικότητα και περιγράφεται η διαδικασία, ο χρόνος και άλλες λεπτομέρειες σχετικά με το κάθε είδος.

Συγκεκριμένα η ταξινόμηση αυτή έχει ως εξής:

- ✓ *Καθαρές επεμβάσεις:* Είναι αυτές κατά τις οποίες δεν διαπιστώνεται η ύπαρξη φλεγμονής και δεν διεξάγεται η διαδικασία διάνοιξης πεπτικού, γυναικολογικού, ουροποιητικού ή αναπνευστικού συστήματος.
- ✓ *Δυνητικά μολυσμένες επεμβάσεις:* Είναι εκείνες που μπορεί να επιφέρουν μετεγχειρητική λοίμωξη από ενδογενή παράγοντα επειδή αν και οι ιστοί θεωρήθηκαν καθαροί, πραγματοποιήθηκε διάνοιξη πεπτικού, αναπνευστικού, γυναικολογικού ή ουροποιητικού συστήματος.

- ✓ Μολυσμένες επεμβάσεις: Χαρακτηρίζονται αυτές κατά τις οποίες παρατηρείται οξεία φλεγμονή χωρίς τη συλλογή πύου, οι επεμβάσεις κοίλων σπλάχνων που σημειώνεται σημαντική διασπορά μικροβίων από τη φυσιολογική χλωρίδα στους ιστούς. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα πρόσφατα τραύματα ωρών.
- ✓ Ρυπαρές (σηπτικές) επεμβάσεις: Είναι οι επεμβάσεις στις οποίες διαπιστώνεται η ύπαρξη πύου ή ανευρίσκεται διάτρηση κοίλου σπλάχνου. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα πρόσφατα τραύματα (>4 ωρών).

Σε ότι αφορά δε τις διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές ενέργειες περιγράφονται οι διαδικασίες συχνά τεκμηριωμένες μέσω διεθνών πρωτοκόλλων. Επίσης καθορίζονται οι χρόνοι και ο τρόπος διακίνησης των ασθενών, η μεταφορά και η υποδοχή του ασθενή στη χειρουργική αίθουσα, αλλά και η αποχώρησή του από αυτή.

Προσδιορίζεται επίσης ότι όλες οι τεχνολογικές εγκαταστάσεις του Χειρουργείου όπως η κεντρική παροχή αερίων, το σύστημα καθαρισμού αέρος, η κύρια και δευτερεύουσα παροχή ηλεκτρικού ρεύματος αλλά και το σύνολο των ηλεκτρολογικών και υδραυλικών εγκαταστάσεων βρίσκονται υπό την εποπτεία και την ευθύνη της Τεχνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, η οποία ασκεί τακτικό έλεγχο και επίβλεψη ενώ μεριμνά για την συντήρηση τους σύμφωνα με τις προδιαγραφές και συντάσσοντας τα σχετικά δελτία. Επίσης αποτυπώνεται σαφώς η αρμοδιότητα της φύλαξης και συντήρησης των διαφόρων οργάνων και εργαλείων του χειρουργικού και αναισθησιολογικού τμήματος.

### **3.4. Λειτουργία Χειρουργείου**

Η λειτουργία του Χειρουργείου προσδιορίζεται σαφώς από τον εσωτερικό κανονισμό του χειρουργείου και απαιτεί συστηματική και οργανωμένη προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων, τα αποτελέσματα της οποίας έχουν άμεση επίδραση τόσο στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και στη διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος εργασίας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Χειρουργείου επιβάλλουν τη θεσμοθέτηση και την πιστή εφαρμογή κανόνων και διατάξεων που αφορούν τη λειτουργία του. Το

Χειρουργείο δεδομένης της ευαισθησίας που το χαρακτηρίζει σαν Τμήμα, διαθέτει τους δικούς του σκοπούς και κανόνες για την εφαρμογή και επίτευξη των οποίων προάγει την απόλυτη αυστηρότητα, την πειθαρχία και τον επαγγελματισμό. Η αναγκαιότητα τήρησης των κανόνων αποκτά πιο επιτακτικό χαρακτήρα, λαμβάνοντας υπόψη την ραγδαία εξέλιξη της βιοτεχνολογίας και γενικότερα των επιστημών που εισχωρούν ολοένα και περισσότερο στις διαδικασίες του Χειρουργείου και τις επηρεάζουν σημαντικά (Feigal et al., 2003).

Η ευθύνη για την τήρηση των κανόνων είναι σημαντική έπειτα και από την υποχρεωτική εναρμόνιση της εθνικής νομοθεσίας για την Υγεία με εκείνες της ευρωπαϊκής κοινότητας και των ευρωπαϊκών ιατρικών και νοσηλευτικών εταιρειών, όπως ορίζεται και βάσει των διατάξεων των Ν. 2519/1997, Ν. 2071/1992. Μία σύγχρονη χειρουργική μονάδα πρέπει να αναδεικνύεται όχι μόνο από τον εξοπλισμό που διαθέτει ή τη βαρύτητα των επεμβάσεων που φέρει εις πέρας αλλά και από τη γνώση, την πειθαρχία και την συνέπεια του προσωπικού στην τήρηση των κανόνων.

### 3.5. Κανόνες Συμπεριφορές

Οι βασικές αρχές συμπεριφοράς απευθύνονται με την ίδια αυστηρότητα και σε επισκέπτες ή εκπαιδευόμενους αλλά και στο λοιπό προσωπικό του Νοσοκομείου. Σε κάθε περίπτωση, απαραίτητο είναι να φέρουν ειδική άδεια για την παρουσία του στο χώρο του Χειρουργείου.

- ✓ Σε αυτές τις κατηγορίες ανήκουν συγκεκριμένα οι:
- ✓ Επισκέπτες Ιατροί (ως παρατηρητές ή συμμετέχοντες στην εγχειρητική διαδικασία),
- ✓ Ιατρικό προσωπικό άλλων ειδικοτήτων,
- ✓ Επιστημονικοί συνεργάτες,
- ✓ Παράϊατρικό προσωπικό,
- ✓ Φοιτητές σχολών Ιατρικής,
- ✓ Φοιτητές σχολών Νοσηλευτικής & Μαιευτικής και
- ✓ Προσωπικό Τεχνικής Υπηρεσίας.

Η τήρηση των κανόνων στο χώρο του Χειρουργείου έχει ως στόχο να διατηρείται το περιβάλλον ασφαλές τόσο για τον χρήστη υπηρεσιών υγείας όσο και για τον επαγγελματία υγείας (πίνακας 3).

### **Πίνακας 3: Βασικές αρχές Κανόνων Συμπεριφοράς Χειρουργείου**

|   |
|---|
| 1. Οι επισκέπτες κατά την προσέλευση τους, απευθύνονται στην Προϊσταμένη Χειρουργείου, η οποία αφού επιβεβαιώσει την ταυτότητα τους, υποδεικνύει το άτομο που θα βοηθήσει για την ενδυμασία του, αλλά και για τις λοιπές λεπτομέρειες που αφορούν την παραμονή του στο χώρο του Χειρουργείου. |
| 2. Αφαιρούν κοσμήματα, αποφεύγουν να χρησιμοποιούν αρώματα και φυλάσσουν τα προσωπικά τους αντικείμενα με δική τους ευθύνη.   |
| 3. Δεν λαμβάνουν πρωτοβουλίες και για οτιδήποτε χρειαστούν, απευθύνονται στο προσωπικό του Χειρουργείου.  |
| 4. Δεν περιφέρονται σε χώρους που δε σχετίζονται με το σκοπό παραμονής τους.  |
| 5. Υποχρεούνται να σέβονται και να προφυλάσσουν το ιατρικό απόρρητο.  |
| 6. Σέβονται όλο το προσωπικό στο χώρο του Χειρουργείου, ανεξαρτήτως ιεραρχίας.  |
| 7. Δύναται να χρησιμοποιήσουν το χώρο ανάπαυσης του προσωπικού.   |
| 8. Συμμορφώνονται και ακολουθούν τους κανόνες του Χειρουργείου.   |
| 9. Λειτουργούν με πειθαρχία, διακριτικότητα και σεβασμό σε κάθε τους ενέργεια.  |

### **3.6. Επισκεψιμότητα Χειρουργείου**

Ο αριθμός των επισκεπτών στο Χειρουργείο πρέπει να ελέγχεται προκειμένου να μη δημιουργείται συμφόρηση στο χώρο αλλά και να εξασφαλίζεται η προαγωγή των μέτρων περιορισμού λοιμώξεων. Η πολιτική αυτή είναι σημαντικό να προωθείται με τη συμβολή όλου του προσωπικού που σχετίζεται με το Χειρουργείο. Όλοι οι επισκέπτες οφείλουν να προσκομίζουν τουλάχιστον μία (1) ημέρα πριν, ειδική έγγραφη άδεια για την είσοδο τους στο Χειρουργείο στην οποία θα αναφέρεται ξεκάθαρα ο λόγος και η διάρκεια παραμονής τους.



Οι Ιατροί με την ιδιότητα των παρατηρητών ή συμμετεχόντων σε χειρουργικές επεμβάσεις απαιτείται να φέρουν άδεια, υπογεγραμμένη από το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας. Ειδικότερα για τις περιπτώσεις συνεργατών των χειρουργικών κλινικών (π.χ. βιοτεχνολόγοι, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων κ.α.), των οποίων η παρουσία κρίνεται απαραίτητη για συγκεκριμένες επεμβάσεις, θα πρέπει να υπάρχει έγγραφη έγκριση της Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας με ετήσια διάρκεια κατόπιν εισήγησης του Συντονιστή Διευθυντή του εκάστοτε χειρουργικού Τμήματος. Η επίσκεψη στην αίθουσα πραγματοποιείται μετά από συνεννόηση του υπεύθυνου Χειρουργού, του υπεύθυνου Αναισθησιολόγου και της Προϊσταμένης Χειρουργείου.

Ο αριθμός των επισκεπτών περιορίζεται αυστηρά σε δύο (2) άτομα ανά χειρουργική αίθουσα. Η Προϊσταμένη Χειρουργείου έχει την πλήρη ευθύνη για την ομαλή λειτουργία του Χειρουργείου και την τήρηση των κανονισμών σε αυτό. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι ο επισκέπτης δεν τηρεί τους κανόνες, η Προϊσταμένη Χειρουργείου δικαιούται να προχωρήσει στην απομάκρυνση αυτού από το χώρο. Επίσης δεν επιτρέπεται να υπάρχουν τρόφιμα ή ποτά στην καθαρή ζώνη του Χειρουργείου. Ο ίδιος περιορισμός ισχύει και για το χώρο της ανάνηψης όπου η ύπαρξη τους μπορεί να θεωρηθεί επιζήμια για την ανάνηψη του ασθενή από την αναισθησία, ενισχύοντας την πιθανότητα μόλυνσης. Απαγορεύεται αυστηρά κάθε είδους τρόφιμο ή ποτό εντός των χειρουργικών αιθουσών. Η κατανάλωση αυτών μπορεί να επιτραπεί μόνο στα γραφεία ή το χώρο ανάπαυσης του προσωπικού. Σε διαφορετική περίπτωση, οι Προϊστάμενες Χειρουργείου και Αναισθησιολογικού έχουν το δικαίωμα να απορρίψουν αυτά, όταν τα αντιληφθούν.

Επιπρόσθετα, απαγορεύεται αυστηρά το κάπνισμα σε όλους του χώρους του Χειρουργείου αλλά και η χρήση κινητών τηλεφώνων αφού μπορεί να προκαλέσουν παρεμβολές σε αναισθησιολογικά μηχανήματα ή χειρουργικές συσκευές. Σκοπός όλων αυτών αποτελεί η προστασία και η μείωση των πηγών μόλυνσης.

### 3.7. Επιτροπή Χειρουργείου

Σύμφωνα με τον κανονισμό χειρουργείου ορίζεται η Επιτροπή Χειρουργείου, η οποία έχει ενεργό και υπεύθυνο ρόλο και δρα συνεργατικά και σαν γνωμοδοτικό όργανο στην άσκηση του διοικητικού και συντονιστικού έργου του Διευθυντή Χειρουργικού Τομέα. Βάσει της με αριθμ. Α3α/οικ.97136/2016 Υπουργικής Απόφασης που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 4316/τ.Β'/30-12-2016, η Επιτροπή Χειρουργείου αποτελείται από τρία (3) μέλη, με τα αναπληρωματικά τους ως εξής:

- Έναν (1) Ιατρό βαθμίδας Συντονιστή Διευθυντή ή Διευθυντή (ή Καθηγητή/Αν. Καθηγητή) ειδικότητας Αναισθησιολογίας.
- Έναν (1) Ιατρό βαθμίδας Συντονιστή Διευθυντή ή Διευθυντή (ή Καθηγητή/Αν. Καθηγητή) οποιασδήποτε ειδικότητας του Χειρουργικού Τομέα.
- Την ή τον υπάλληλο, που έχει οριστεί Προϊσταμένη/ος Χειρουργείου.

#### *Εκλογική Διαδικασία*

Το πρώτο και το δεύτερο μέλος επιλέγονται με μυστική ψηφοφορία από τη Συνέλευση του Χειρουργικού Τομέα, η οποία συγκαλείται με πρόσκληση του Διοικητή του Νοσοκομείου. Η συγκρότηση της Επιτροπής Χειρουργείου γίνεται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου, ο οποίος ορίζει ως Πρόεδρο της Επιτροπής έναν εκ των Ιατρών που την συγκροτούν. Η θητεία της Επιτροπής είναι διετής και συνεδριάζει τακτικά μία φορά την εβδομάδα ή εκτάκτως οποτεδήποτε τούτο καταστεί αναγκαίο. Στην Επιτροπή, διατίθεται υπάλληλος για τη γραμματειακή της υποστήριξη.

#### *Αρμοδιότητες- Έργο Επιτροπής Χειρουργείου:*

Το έργο της Επιτροπής Χειρουργείου έγκειται ενδεικτικά στα κάτωθι:

1. Στην τήρηση των αρχών που ορίζονται από τον κανονισμό λειτουργίας του Χειρουργείου, καθώς και στην υποβολή προτάσεων και γνωμοδοτήσεων για τη βελτίωση του.
2. Στην ευθύνη της τήρησης της Λίστας Χειρουργείου.
3. Στην κατάρτιση του προγράμματος Χειρουργείου.

4. Στην επίβλεψη των κανόνων ασηψίας στο Χειρουργείο.
5. Στην εποπτεία της τήρησης της Ιατρικής Δεοντολογίας στο Χειρουργείο.
6. Στην εποπτεία της αρχειοθέτησης και φύλαξης των αρχείων και βιβλίων του Χειρουργείου.
7. Στην αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων παρουσιάζονται με ανεύρεση των καλύτερων λύσεων για αυτά και αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών.
8. Στην εποπτεία του συντονισμού και της τήρησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των εργαζομένων στο Χειρουργείο.
9. Στο συντονισμό του όγκου εργασίας στο Χειρουργείο ανάλογα με τις ιδιαίτερες τυχόν επικρατούσες συνθήκες.
10. Στην εισήγηση προς το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών.
11. Στον έλεγχο των προβλεπόμενων τεχνικών απολύμανσης και αποστείρωσης στο χώρο του Χειρουργείου.
12. Στην πρόταση τρόπων διαρρύθμισης και βελτίωσης των χώρων του Χειρουργείου.
13. Στη συνδρομή της σύνταξης του καθημερινού προγράμματος των εργαζομένων στο Χειρουργείο.
14. Στην ενασχόληση της με γενικότερα θέματα λειτουργίας και στρατηγικού σχεδιασμού και καθορισμού διαδικασιών των χώρων του Χειρουργείου.
15. Στην τυχόν έκδοση οδηγιών προς τους εργαζόμενους στον χώρο του Χειρουργείου.
16. Στη μέριμνα για τη σύνταξη κανόνων γενικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων για το προσωπικό του Χειρουργείου.

Κάθε έξι μήνες η Επιτροπή Χειρουργείου υποβάλλει στη Διοίκηση του Νοσοκομείου και στο Επιστημονικό Συμβούλιο, έκθεση σχετικά με τη λειτουργία του Χειρουργείου καταγράφοντας τη διαχείριση της απόδοσης

του. Η Επιτροπή Χειρουργείου Βάσει της ανωτέρω σχετικής απόφασης, φέρει την ευθύνη τήρησης της Λίστας Χειρουργείου.

### **3.8. Κίνδυνοι προσωπικού στο χειρουργείο**

Η χειρουργική επέμβαση έχει τη δυνατότητα να σώζει ζωές, αλλά ταυτόχρονα «κρύβει» μια σειρά κινδύνων. Χειρουργοί, νοσηλευτές, αναισθησιολόγοι, βοηθοί και άλλοι επαγγελματίες που εργάζονται στο χειρουργείο τίθενται σε κίνδυνο κάθε μέρα στη σταδιοδρομία τους (Matern&Koneczny2007), vanden Berg - Dijkmeijer et al., 2011, Guo2015).

#### *Φυσικοί κίνδυνοι*

Οι σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων: κόψιμο, τσίμπημα, ηλεκτρικών κραδασμών, εγκαυμάτων και πτώσεων είναι μερικοί από τους πιο κοινούς κινδύνους στα χειρουργεία. Ένα χειρουργικό μέλος της ομάδας θα μπορούσε τυχαία να κοπεί με ένα νυστέρι κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης ή θα μπορούσε να καεί με ένα χειρουργικό εξοπλισμό. Ο εξοπλισμός λέιζερ μπορεί να προκαλέσει σοβαρά εγκαύματα εάν ένα μέλος της ομάδας εκθέσει τυχαία το δέρμα ή τα μάτια του στο λέιζερ. Τραυματισμοί στο κεφάλι μπορεί να εμφανιστούν στο χειρουργείο εάν ένας επαγγελματίας χτυπήσει το κεφάλι του στα φώτα πάνω από το τραπέζι χειρισμού. Πτώσεις μπορεί να προκληθούν εάν το πάτωμα είναι βρεγμένο ή εάν ένα μέλος της ομάδας δεν φορέσει υποδήματα ανθεκτικά στην ολίσθηση.

#### *Βιολογικοί κίνδυνοι*

Οι άνθρωποι που εργάζονται σε χειρουργικές αίθουσες έρχονται τακτικά σε επαφή με το αίμα και άλλα σωματικά υγρά. Μπορούν εύκολα να εκτεθούν σε μια σειρά από ασθένειες - συμπεριλαμβανομένου του HIV και της ηπατίτιδας. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής μπορεί να τρυπηθεί με τη βελόνη κατά την επανατοποθέτησή της στο προστατευτικό καπάκι, ή ένας χειρουργός μπορεί

να κοπεί με ένα χρησιμοποιούμενο νυστέρι ενώ το απορρίπτει. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν όλες τις καθιερωμένες οδηγίες ασφάλειας για να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο έκθεσης και μόλυνσης.

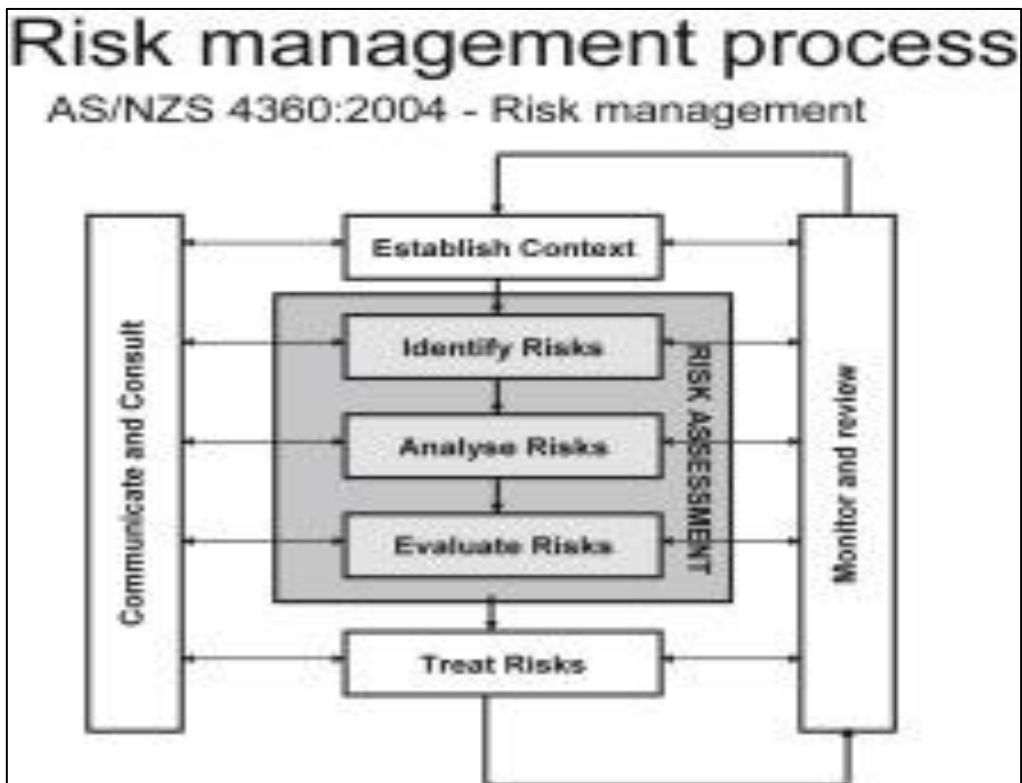
### *Χημικοί κίνδυνοι*

Ο αναισθησιολογικός εξοπλισμός μπορεί να παρουσιάσει δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Οι διαρροές στη συνδετική σωλήνωση επιτρέπουν στα αναισθητικά αέρια να διαρρεύσουν, εκθέτοντας τον καθένα στο χειρουργείο. Η έκθεση στα απόβλητα αναισθητικών αερίων μπορεί να βλάψει τις κινητικές δεξιότητες, τα αντανακλαστικά και την εγρήγορση του ατόμου. Ένας αναισθησιολόγος πρέπει να ελέγχει προσεκτικά τον εξοπλισμό και τις συνδέσεις πριν από κάθε πράξη για να εντοπίσει τυχόν διαρροές ή άλλα προβλήματα. Τα απόβλητα αναισθητικών αερίων δεν αποτελούν το μόνο χημικό κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι χειρουργικοί επαγγελματίες. Τα απολυμαντικά και άλλοι καθαριστικοί και απολυμαντικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν ασθένεια ή τραυματισμό εάν ένα άτομο εκτίθεται σε αυτά.

### *Κίνδυνοι υγείας*

Εκτός από τους κινδύνους που σχετίζονται με σωματικές βλάβες και άλλα ατυχήματα, τα άτομα που εργάζονται σε χειρουργεία μπορούν να αναπτύξουν διάφορα προβλήματα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται συνήθως όρθιοι προκαλώντας ορθοπεδικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της κακής ευθυγράμμισης της σπονδυλικής στήλης και του εκφυλισμού των δίσκων. Δεδομένου ότι η χειρουργική επέμβαση εκτελείται συχνά σε καταστάσεις ζωής ή θανάτου και το παραμικρό λάθος μπορεί να κοστίζει τη ζωή ενός ασθενούς, τα μέλη της ομάδας βρίσκονται συνήθως σε στρες. Με την πάροδο του χρόνου, αυτό το άγχος μπορεί να φθείρει την ψυχική υγεία ενός ατόμου, προκαλώντας άγχος, κατάθλιψη και εξάντληση.

Εικόνα3: Διαδικασία διαχείρισης κινδύνου AS/NZS 4360:2004



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της διπλωματικής είναι να διερευνήσει τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

#### *Ερευνητικά ερωτήματα*

- ❖ Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χειρουργείο διέπονται από ομαδικό πνεύμα;
- ❖ Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χειρουργείο θεωρούν ότι υπάρχει ασφάλεια σε αυτό;
- ❖ Επηρεάζουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια του χειρουργείου;
- ❖ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια του χειρουργείου;

### 4.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας (Ιατρούς και Νοσηλευτές) που εργάζονται στο χειρουργείο σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της περιφέρειας Πελοποννήσου. Ειδικότερα η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα εξής νοσοκομεία:

- Νοσηλευτική Μονάδα Άργους
- Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- Γενικό Νοσοκομείου Κορίνθου

Αρχικά ζητήθηκε και δόθηκε σχετική άδεια από τις Διοικήσεις των νοσοκομείων, προκειμένου να εγκριθεί το πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄).

### ***Δείγμα έρευνας***

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι στο χειρουργείο των ανωτέρω επιλεγμένων νοσοκομείων. Σύμφωνα με τα στοιχεία των τριών νοσοκομείων στα χειρουργεία αυτών εργάζονται συνολικά 150 ιατροί και νοσηλευτές. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 120 επαγγελματίες υγείας, με βαθμό ανταπόκρισης 80%.

### ***Ερωτηματολόγιο έρευνας***

Το ερωτηματολόγιο το οποία επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι το Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις σχετικές με τις ακόλουθες οκτώ διαστάσεις: Δομή ηγεσίας, Εμπιστοσύνη, Διάχυση πληροφοριών, Άγχος και κόπωση, Ομαδική εργασία, Εργασιακές αξίες, Λάθη/διαδικασίες συμμόρφωσης, Οργανωτικό Κλίμα. Οι ερωτηθέντες αναφέρουν τον βαθμό στον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν με βάση μια 5βαθμη κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί από τον Yule et Rhona et al.(2006), από τους οποίους ζητήθηκε άδεια για τη χρήση του (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄). Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους εργαζόμενους στο χειρουργείο.

Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, ειδικότητα, χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο.

### ***Στατιστική ανάλυση***

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε σε 0,05.

#### **A) Περιγραφική στατιστική**

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με ποσοστιαίες κατανομές, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά των επαγγελματιών υγείας και τις ερωτήσεις ως προς τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια.



## B) Επαγωγική Στατιστική

- Στοχεύοντας στη διαφορά μεταξύ των στάσεων με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας αλλά και με την ειδικότητα αυτών, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student'st-test, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1. Αποτελέσματα Ιατρών

Το 73,8% των ιατρών ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 44,5 ετών. Το 42,9% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο. Η πλειοψηφία του δείγματος προερχόταν από τη Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους (45,2%) ακολουθούσε το Νοσοκομείο Κορίνθου (28,6%) και το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης (26,2%). Η μέση τιμή των ετών εμπειρίας των ιατρών ήταν 15 έτη.

**Πίνακας 4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

|                                     | Αριθμός | Ποσοστό |
|-------------------------------------|---------|---------|
| <b>Φύλο</b>                         |         |         |
| Άνδρας                              | 31      | 73,8    |
| Γυναίκα                             | 11      | 26,2    |
| <b>Μέση ηλικία: 44,5 (±12)</b>      |         |         |
| <b>Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων</b> |         |         |
| Μεταπτυχιακό                        | 18      | 42,9    |
| Διδακτορικό                         | 5       | 11,9    |
| Καμία απάντηση                      | 19      | 45,2    |
| <b>Νοσοκομείο</b>                   |         |         |
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους          | 19      | 45,2    |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης     | 11      | 26,2    |
| Νοσοκομείο Κορίνθου                 | 12      | 28,6    |
| <b>Έτη εργασίας: 15, (±11,7)</b>    |         |         |

Η πλειοψηφία των ιατρών θεωρεί ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και ασφάλεια στο χειρουργείο. Η ερώτηση «Μου αρέσει η δουλειά μου.» βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (4,48), ενώ η ερώτηση «Οι γιατροί που ενθαρρύνουν τις προτάσεις των

μελών μιας χειρουργικής ομάδας είναι αδύναμοι ηγέτες.» με τη χαμηλότερη τιμή (1,93).

**Πίνακας 5: Στάσεις των ιατρών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια**

|   | Αριθμός | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|---|---------|---------------|--------------|-----------|-----------------|
| Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι έμπειροι χειρουργοί θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους νοσηλευτές, να κάνουν ερωτήσεις σχετικές με το χειρουργείο. | 41      | 1             | 5            | 4,27      | 0,87            |
| Οι γιατροί που ενθαρρύνουν τις προτάσεις των μελών μιας χειρουργικής ομάδας είναι αδύναμοι ηγέτες.  | 41      | 1             | 4            | 1,93      | 1,01            |
| Η επιτυχής έκβαση μίας χειρουργικής επέμβασης αποτελεί κατά κύριο λόγο συνάρτηση της ιατρικής και τεχνικής επάρκειας του γιατρού.   | 41      | 2             | 5            | 4,22      | 0,85            |
| Η ηγεσία της χειρουργικής ομάδας κατά τα διαλείμματα θα πρέπει να ξεκουράζεται με το ιατρικό προσωπικό.   | 41      | 1             | 5            | 3,83      | 1,09            |
| Δεν υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ένα εκπαιδευόμενο ή νέο μέλος της χειρουργικής ομάδας να πρέπει να αναλάβει τον έλεγχο της διαχείρισης του ασθενούς.                                     | 39      | 1             | 5            | 2,67      | 1,06            |
| Σε επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, το ανώτερο ή εμπειρότερο μέλος μίας ομάδας θα πρέπει να λαμβάνει όλες εκείνες τις αποφάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες ζωή.            | 41      | 1             | 5            | 4,29      | 0,78            |
| Τα νέα ή εκπαιδευόμενα μέλη μίας χειρουργικής ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις οι οποίες λαμβάνονται από τα παλαιότερα και εμπειρότερα μέλη                                     | 41      | 1             | 5            | 3,07      | 1,08            |
| Αν αντιληφθώ ένα πρόβλημα σχετικό με τη διαχείριση ενός ασθενούς, θα μιλήσω, ανεξάρτητα από το ποιος μπορεί να  | 41      | 3             | 5            | 4,32      | 0,61            |

|  |    |   |   |      |      |
|--|----|---|---|------|------|
| επηρεαστεί.  |    |   |   |      |      |
| Σε κρίσιμες καταστάσεις, βασίζομαι στους ανωτέρους μου για να με ενημερώσουν σχετικά με το τι πρέπει να κάνω.  | 41 | 1 | 5 | 3,66 | 0,96 |
| Μερικές φορές αισθάνομαι άβολα λέγοντας σε άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας ότι πρέπει να αναλάβουν κάποια δράση.   | 40 | 1 | 4 | 2,93 | 0,89 |
| Τα μέλη της ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανώτερων ή, εμπειροτέρων μελών, εκτός κι εάν αυτοί με τις πράξεις τους απειλούν την ασφάλεια του χειρουργείου.                    | 41 | 1 | 5 | 3,90 | 0,94 |
| Πάντα θέτω ερωτήσεις όταν αισθάνομαι ότι υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνω.   | 41 | 2 | 5 | 4,22 | 0,69 |
| Η τακτική ενημέρωση μετά τη χειρουργική επέμβαση, ή την βάρδια, σχετικά με διαδικασίες και αποφάσεις, αποτελεί σημαντικό μέρος της ανάπτυξης και της διατήρησης της αποτελεσματικής συνεργασίας της ομάδας.      | 41 | 3 | 5 | 4,32 | 0,57 |
| Τα υπεύθυνα μέλη της ομάδας θα πρέπει να διατυπώνουν προφορικά τα σχέδια για τις διαδικασίες ή τις ενέργειες και θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι αυτές οι πληροφορίες κατανοούνται και αναγνωρίζονται από άλλους. | 41 | 2 | 5 | 3,93 | 0,72 |
| Οι αρχηγοί της ομάδας και οι συνάδελφοί μου, με ενθαρρύνουν ώστε να αναφέρω ,οποιαδήποτε περιστατικά μπορεί να πέσουν στην αντίληψή μου.   | 40 | 2 | 5 | 3,95 | 0,68 |
| Η ενημέρωση της χειρουργικής ομάδας πριν από το χειρουργείο είναι σημαντική για την ασφάλεια του χειρουργείου και την αποτελεσματική διαχείριση της ομάδας.  | 41 | 3 | 5 | 4,37 | 0,58 |
| Ακόμη και όταν κουραστώ κατά τη διάρκεια κρίσιμων φάσεων των χειρουργικών επεμβάσεων, συνεχίζω να εκτελώ αποτελεσματικά την εργασία μου.   | 41 | 1 | 5 | 3,66 | 1,02 |
| Πρέπει να ενημερωνόμαστε και να είμαστε ευαίσθητοι με τα προσωπικά προβλήματα των άλλων μελών της ομάδας.  | 41 | 1 | 5 | 3,83 | 0,92 |
| Επιτρέπω στα άλλα μέλη της ομάδας να γνωρίζουν πότε ο φόρτος εργασίας μου  | 40 | 2 | 5 | 3,93 | 0,73 |

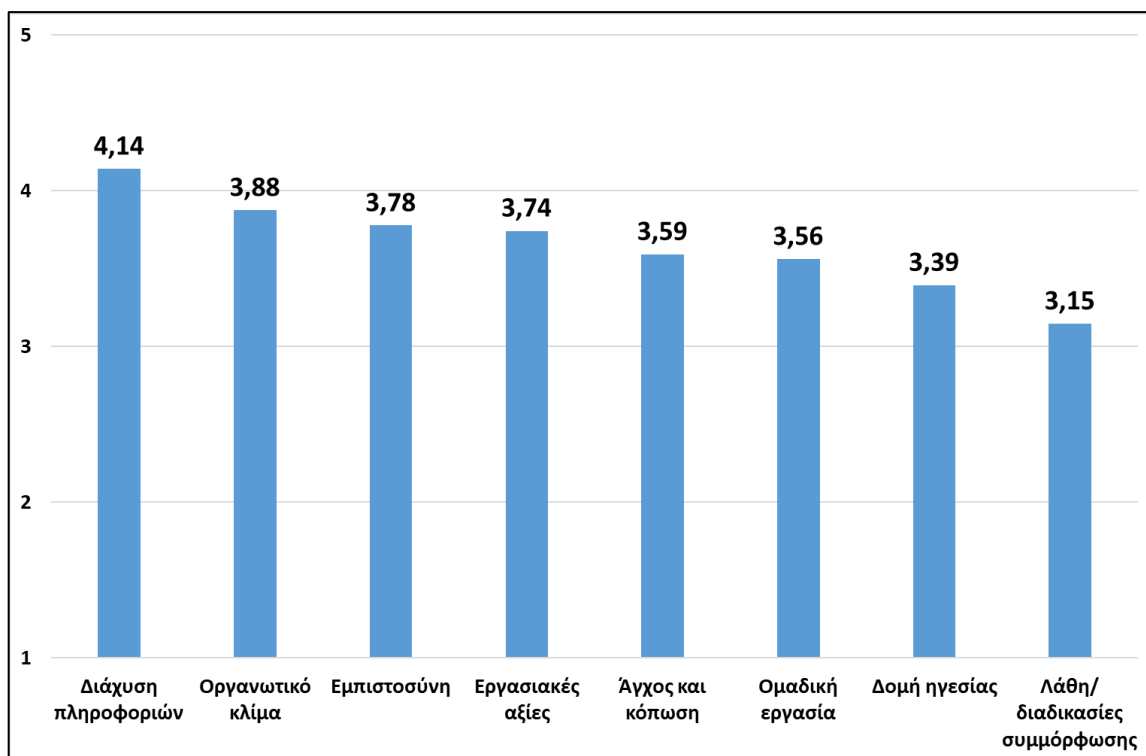
|  |    |   |   |      |      |
|--|----|---|---|------|------|
| είναι ή πρόκειται να γίνει υπερβολικός.  |    |   |   |      |      |
| Η δυνατότητα λήψεως αποφάσεων από την πλευρά μου, είναι εξίσου καλή σε συνήθεις καταστάσεις, αλλά και σε επείγουσες καταστάσεις.   | 41 | 2 | 5 | 3,95 | 0,74 |
| Είναι πιο πιθανό να κάνω λάθη σε τεταμένες ή εκθρικές καταστάσεις  | 40 | 2 | 5 | 3,83 | 0,90 |
| Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν αγχώνομαι ή κουράζομαι.  | 40 | 2 | 5 | 3,68 | 0,97 |
| Οι επιδόσεις μου δεν επηρεάζονται αρνητικά από τη συνεργασία με ένα άπειρο ή λιγότερο ικανό μέλος της ομάδας.  | 40 | 2 | 5 | 3,35 | 0,83 |
| Τα μέλη της ομάδας πρέπει να παρακολουθούνται μεταξύ τους για ενδείξεις άγχους ή κόπωσης.  | 40 | 3 | 5 | 4,05 | 0,60 |
| Εκνευρίζομαι όταν πρέπει να συνεργαστώ με άπειρο ιατρικό προσωπικό.  | 40 | 1 | 5 | 2,70 | 1,07 |
| Ένας πραγματικός επαγγελματίας, ως μέλος της ομάδας μπορεί να παραμερίσει τα προσωπικά του προβλήματα όταν εργάζεται στο χειρουργείο.  | 40 | 1 | 5 | 4,23 | 0,80 |
| Τα μέλη της ομάδας σε μία χειρουργική αίθουσα, πριν ή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας, πρέπει να αισθάνονται υποχρεωμένα να αναφέρουν το δικό τους ψυχολογικό άγχος ή οποιοδήποτε σωματικό πρόβλημα σε άλλα μέλη του προσωπικού. | 40 | 1 | 5 | 3,25 | 0,93 |
| Τα προσωπικά προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την απόδοση μου.  | 40 | 1 | 5 | 2,93 | 1,07 |
| Τα μόνα άτομα τα οποία είναι αρμόδια να μου κάνουν κριτική, είναι μόνο τα μέλη του δικού μου επαγγέλματος.   | 38 | 1 | 4 | 2,82 | 0,93 |
| Είναι προτιμότερο να συμφωνείτε με άλλα μέλη της ομάδας του χειρουργείου παρά να εκφράζετε διαφορετική άποψη.  | 38 | 1 | 5 | 2,32 | 0,90 |
| Οι ευθύνες του γιατρού περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των μελών της ομάδας του αλλά και των άλλων ομάδων υποστήριξης.  | 41 | 3 | 5 | 4,29 | 0,64 |
| Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μοιράζονται τις ευθύνες για την ιεράρχηση  | 41 | 2 | 5 | 4,12 | 0,60 |

|   |    |   |   |      |      |
|---|----|---|---|------|------|
| δραστηριοτήτων σε συνθήκες υψηλού φόρτου εργασίας.  |    |   |   |      |      |
| Μου αρέσει να εργάζομαι ως μέλος μιας ομάδας.   | 41 | 2 | 5 | 4,22 | 0,69 |
| Για την επίλυση συγκρούσεων, τα μέλη της ομάδας πρέπει να συζητούν ανοιχτά τις μεταξύ τους διαφορές.  | 41 | 1 | 5 | 4,12 | 0,87 |
| Όλα τα μέλη της ομάδας του χειρουργείου έχουν τα προσόντα ώστε να μου κάνουν σχόλια ανατροφοδότησης.  | 41 | 1 | 5 | 3,37 | 1,04 |
| Η αντίληψη της ομαδικής εργασίας όλου του προσωπικού του Χειρουργείου, δε λειτουργεί σε αυτό το νοσοκομείο.   | 40 | 1 | 5 | 2,78 | 1,21 |
| Ο αποτελεσματικός συντονισμός και η συνεργασία της χειρουργικής ομάδας, απαιτεί από τα μέλη της να λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικότητες των άλλων μελών της ομάδας. | 41 | 2 | 5 | 3,88 | 0,68 |
| Τα εμπειρότερα μέλη του προσωπικού, αξίζουν επιπλέον οφέλη και προνόμια.  | 41 | 1 | 5 | 3,61 | 0,86 |
| Δουλεύω καλύτερα όταν οι άνθρωποι με αφήνουν μόνο.  | 41 | 1 | 5 | 3,05 | 0,95 |
| Με ενοχλεί όταν άλλοι δεν σέβονται τις επαγγελματικές μου δυνατότητες.  | 41 | 2 | 5 | 4,02 | 0,76 |
| Προσπαθώ να είμαι ένα άτομο με το οποίο θα μπορούν να δουλεύουν και να συνεργάζονται όλοι μαζί του.   | 41 | 3 | 5 | 4,15 | 0,53 |
| Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η ικανότητά μου από τους άλλους.  | 41 | 2 | 5 | 3,78 | 0,65 |
| Εκτιμώ τα θετικά σχόλια για τη δουλειά μου.   | 41 | 3 | 5 | 3,95 | 0,50 |
| Όσο η εργασία διεκπεραιώνεται, δεν με νοιάζει τι σκέφτονται οι άλλοι.   | 41 | 2 | 5 | 3,61 | 0,86 |
| Η καλή φήμη στο Χειρουργείο είναι σημαντική για μένα.   | 41 | 2 | 5 | 3,68 | 0,82 |
| Εκτιμώ την καλή θέληση των συναδέλφων μου - Με νοιάζει να με θεωρούν οι άλλοι φιλικό και συνεργάσιμο.   | 41 | 3 | 5 | 4,02 | 0,57 |
| Είναι προσβλητικό για μένα να πιέζομαι για να περιμένω άσκοπα άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας.  | 41 | 2 | 5 | 3,46 | 1,00 |
| Στην χειρουργική αίθουσα, λαμβάνω τον   | 41 | 2 | 5 | 3,83 | 0,74 |

|   |    |   |   |      |      |
|---|----|---|---|------|------|
| απαραίτητο σεβασμό που αξίζει κάποιος ο οποίος ασκεί το επάγγελμά μου.  |    |   |   |      |      |
| Τα σφάλματα αποτελούν ένδειξη ανικανότητας.   | 41 | 1 | 5 | 2,41 | 0,84 |
| Ντρέπομαι όταν κάνω λάθος μπροστά σε άλλα μέλη της ομάδας.  | 41 | 2 | 4 | 3,07 | 0,85 |
| Οι διαδικασίες και οι πολιτικές ακολουθούνται αυστηρά στο Χειρουργείο.  | 41 | 1 | 5 | 3,34 | 0,94 |
| Τα λάθη αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο σε αυτό το νοσοκομείο.  | 41 | 1 | 5 | 3,27 | 0,92 |
| Το ανθρώπινο λάθος είναι αναπόφευκτο.   | 41 | 3 | 5 | 4,22 | 0,69 |
| Τα μέλη της ομάδας συχνά αγνοούν βασικούς κανόνες ή οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, κανόνες αποστειρωμένου πεδίου κτλ) τα οποία πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε Χειρουργείο. | 41 | 1 | 5 | 2,56 | 1,12 |
| Το Τμήμα παρέχει επαρκείς και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με συμβάντα τα οποία λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο και μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου.  | 40 | 2 | 5 | 3,68 | 0,66 |
| Το να εργάζεσαι σε αυτό το Νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας.  | 40 | 1 | 5 | 3,60 | 0,93 |
| Η ηγεσία του Τμήματος που εργάζομαι, ακούει το προσωπικό και φροντίζει τις ανησυχίες μας.   | 40 | 1 | 5 | 3,60 | 0,84 |
| Είμαι περήφανος που εργάζομαι για αυτό το νοσοκομείο.   | 40 | 3 | 5 | 3,73 | 0,68 |
| Μου αρέσει η δουλειά μου.   | 40 | 4 | 5 | 4,48 | 0,51 |
| Έχω λάβει επαρκή εκπαίδευση ώστε να μπορώ επιτυχώς να ολοκληρώσω τη δουλειά μου.  | 40 | 3 | 5 | 4,18 | 0,55 |

Συνολικά, οι ιατροί συμφωνούν ότι υπάρχει καλή διάχυση πληροφοριών, οργανωτικό κλίμα, εμπιστοσύνη και καλές εργασιακές αξίες μεταξύ της χειρουργικής ομάδας. Ωστόσο, θεωρούν υψηλό το άγχος και την κόπωση της χειρουργικής ομάδας, έχουν χαμηλή επίγνωση της δομής της ηγεσίας, πιστεύουν ότι μέτρια υπάρχει ομαδική εργασία και μέτρια γίνονται λάθη.

**Διάγραμμα 9: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια**



Διαφορά βρέθηκε μεταξύ του φύλου και της διάστασης οργανωτικό κλίμα. Οι άνδρες ιατροί πιστεύουν ότι υπάρχει περισσότερο οργανωτικό κλίμα στη χειρουργική ομάδα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

**Πίνακας 6: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με φύλο**

|                     | Φύλο    | N  | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|---------------------|---------|----|-----------|-----------------|---------|
|                     | Άνδρας  | 30 | 3,40      | 0,62            | 0,935   |
|                     | Γυναίκα | 11 | 3,38      | 0,42            |         |
| Εμπιστοσύνη         | Άνδρας  | 30 | 3,76      | 0,52            | 0,670   |
|                     | Γυναίκα | 11 | 3,83      | 0,39            |         |
| Διάχυση πληροφοριών | Άνδρας  | 30 | 4,09      | 0,43            | 0,285   |
|                     | Γυναίκα | 11 | 4,27      | 0,59            |         |



|                               |         |    |      |      |              |
|-------------------------------|---------|----|------|------|--------------|
| Δομή ηγεσίας                  | Άνδρας  | 30 | 3,53 | 0,38 | 0,111        |
|                               | Γυναίκα | 11 | 3,76 | 0,44 |              |
|                               | Άνδρας  | 30 | 3,50 | 0,32 | 0,061        |
|                               | Γυναίκα | 11 | 3,72 | 0,29 |              |
| Εργασιακές αξίες              | Άνδρας  | 30 | 3,75 | 0,26 | 0,672        |
|                               | Γυναίκα | 11 | 3,71 | 0,37 |              |
| Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Άνδρας  | 30 | 3,18 | 0,44 | 0,427        |
|                               | Γυναίκα | 11 | 3,06 | 0,34 |              |
| Οργανωτικό κλίμα              | Άνδρας  | 29 | 3,98 | 0,31 | <b>0,010</b> |
|                               | Γυναίκα | 11 | 3,61 | 0,54 |              |

Η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Ειδικότερα, όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η εμπιστοσύνη της ομάδας, η διάχυση των πληροφοριών μέσα στην ομάδα, ενώ μειώνονται οι εργασιακές σχέσεις.

**Πίνακας 7: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες**

| Ομάδες ηλικιών |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|----------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| 25-35          | Μέση τιμή       | 3,38         | 3,78        | 4,47                | 3,61             |
|                | N               | 9,00         | 9,00        | 9,00                | 9,00             |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,43         | 0,23        | 0,49                | 0,37             |
| 35-45          | Μέση τιμή       | 3,30         | 3,43        | 3,83                | 3,55             |
|                | N               | 12,00        | 12,00       | 12,00               | 12,00            |

|                |                 |       |              |              |       |
|----------------|-----------------|-------|--------------|--------------|-------|
|                | Τυπική απόκλιση | 0,73  | 0,58         | 0,36         | 0,36  |
| 45-55          | Μέση τιμή       | 2,97  | 3,82         | 3,93         | 3,50  |
|                | N               | 7,00  | 7,00         | 7,00         | 7,00  |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,42  | 0,37         | 0,28         | 0,66  |
| 55+            | Μέση τιμή       | 3,74  | 4,18         | 4,46         | 3,67  |
|                | N               | 7,00  | 7,00         | 7,00         | 7,00  |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,39  | 0,50         | 0,51         | 0,28  |
| <b>P value</b> |                 | 0,095 | <b>0,012</b> | <b>0,002</b> | 0,881 |

| Ομάδες ηλικιών |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| 25-35          | Μέση τιμή       | 3,46            | 3,84             | 3,11                          | 3,78             |
|                | N               | 9,00            | 9,00             | 9,00                          | 9,00             |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,38            | 0,30             | 0,32                          | 0,32             |
| 35-45          | Μέση τιμή       | 3,50            | 3,57             | 3,08                          | 3,74             |
|                | N               | 12,00           | 12,00            | 12,00                         | 12,00            |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,23            | 0,28             | 0,33                          | 0,39             |
| 45-55          | Μέση τιμή       | 3,56            | 3,73             | 2,86                          | 3,90             |
|                | N               | 7,00            | 7,00             | 7,00                          | 7,00             |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,38            | 0,19             | 0,34                          | 0,53             |
| 55+            | Μέση τιμή       | 3,64            | 3,90             | 3,24                          | 4,24             |
|                | N               | 7,00            | 7,00             | 7,00                          | 7,00             |
|                | Τυπική          | 0,40            | 0,14             | 0,27                          | 0,32             |

|                |          |       |              |       |       |
|----------------|----------|-------|--------------|-------|-------|
|                | απόκλιση |       |              |       |       |
| <b>P value</b> |          | 0,733 | <b>0,035</b> | 0,179 | 0,064 |

Επίσης, οι ιατροί με διδακτορικό τίτλο συμφωνούν περισσότερο ότι γίνονται λάθη αλλά αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο, σε σχέση με τους ιατρούς που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο.

**Πίνακας 8: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με μεταπτυχιακό τίτλο**

| Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|------------------------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| Μεταπτυχιακό                 | Μέση τιμή       | 3,40         | 3,76        | 4,14                | 3,40             |
|                              | N               | 18,00        | 18,00       | 18,00               | 18,00            |
|                              | Τυπική απόκλιση | 0,49         | 0,46        | 0,51                | 0,41             |
| Διδακτορικό                  | Μέση τιμή       | 3,28         | 3,66        | 4,20                | 3,62             |
|                              | N               | 5,00         | 5,00        | 5,00                | 5,00             |
|                              | Τυπική απόκλιση | 1,21         | 0,97        | 0,48                | 0,43             |
| <b>P value</b>               |                 | 0,740        | 0,731       | 0,813               | 0,324            |

| Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| Μεταπτυχιακό                 | Μέση τιμή       | 3,47            | 3,69             | 2,99                          | 4,00             |
|                              | N               | 18,00           | 18,00            | 18,00                         | 18,00            |
|                              | Τυπική απόκλιση | 0,36            | 0,26             | 0,32                          | 0,38             |
| Διδακτορικό                  | Μέση τιμή       | 3,71            | 3,75             | 3,37                          | 4,13             |

|                |                 |       |       |              |       |
|----------------|-----------------|-------|-------|--------------|-------|
|                | N               | 5,00  | 5,00  | 5,00         | 5,00  |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,40  | 0,28  | 0,48         | 0,52  |
| <b>P value</b> |                 | 0,199 | 0,662 | <b>0,047</b> | 0,527 |

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια και στα τρία νοσοκομεία όπου διεξήχθη η έρευνα. Αυτό σημαίνει ότι και τα τρία νοσοκομεία θεωρούν ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα στη χειρουργική ομάδα και μέτρια ασφάλεια.

**Πίνακας 9: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με νοσοκομείο**

| Νοσοκομείο                      |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|---------------------------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους      | Μέση τιμή       | 3,46         | 3,89        | 4,24                | 3,65             |
|                                 | N               | 19,00        | 19,00       | 19,00               | 19,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,47         | 0,45        | 0,47                | 0,47             |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης | Μέση τιμή       | 3,18         | 3,51        | 3,85                | 3,51             |
|                                 | N               | 10,00        | 10,00       | 10,00               | 10,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,78         | 0,66        | 0,38                | 0,30             |
| Νοσοκομείο Κορίνθου             | Μέση τιμή       | 3,47         | 3,82        | 4,23                | 3,56             |
|                                 | N               | 12,00        | 12,00       | 12,00               | 12,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,50         | 0,29        | 0,49                | 0,38             |
| <b>P value</b>                  |                 | 0,401        | 0,133       | 0,081               | 0,630            |

| Νοσοκομείο                      |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους      | Μέση τιμή       | 3,60            | 3,76             | 3,31                          | 4,00             |
|                                 | N               | 19,00           | 19,00            | 19,00                         | 18,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,28            | 0,27             | 0,42                          | 0,44             |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης | Μέση τιμή       | 3,46            | 3,65             | 3,03                          | 3,90             |
|                                 | N               | 10,00           | 10,00            | 10,00                         | 10,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,24            | 0,22             | 0,40                          | 0,27             |
| Νοσοκομείο Κορίνθου             | Μέση τιμή       | 3,59            | 3,79             | 2,99                          | 3,67             |
|                                 | N               | 12,00           | 12,00            | 12,00                         | 12,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,44            | 0,36             | 0,33                          | 0,43             |
| <b>P value</b>                  |                 | 0,507           | 0,532            | 0,062                         | 0,093            |

Τα έτη εμπειρίας των ιατρών αποδείχθηκαν να επηρεάζουν το οργανωτικό κλίμα της χειρουργικής ομάδας. Συγκεκριμένα, τα άτομα με εργασιακή εμπειρία άνω των 15 ετών συμφωνούν ότι υπάρχει περισσότερο οργανωτικό κλίμα μέσα στη χειρουργική ομάδα, σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται κάτω από 15 έτη και θεωρούν ότι υπάρχει λιγότερο.

**Πίνακας 10: Διαστάσεις των ιατρών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με έτη εμπειρίας**

|              | Έτη εμπειρίας | N     | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|--------------|---------------|-------|-----------|-----------------|---------|
| Δομή ηγεσίας | <15 έτη       | 22,00 | 3,42      | 0,42            | 0,526   |
|              | >15 έτη       | 16,00 | 3,30      | 0,74            |         |
| Εμπιστοσύνη  | <15 έτη       | 22,00 | 3,76      | 0,34            | 0,753   |

|                               |         |       |      |      |              |
|-------------------------------|---------|-------|------|------|--------------|
|                               | >15 έτη | 16,00 | 3,81 | 0,67 |              |
| Διάχυση πληροφοριών           | <15 έτη | 22,00 | 4,15 | 0,50 | 0,803        |
|                               | >15 έτη | 16,00 | 4,19 | 0,46 |              |
| Άγχος και κόπωση              | <15 έτη | 22,00 | 3,63 | 0,36 | 0,498        |
|                               | >15 έτη | 16,00 | 3,53 | 0,47 |              |
| Ομαδική εργασία               | <15 έτη | 22,00 | 3,55 | 0,33 | 0,727        |
|                               | >15 έτη | 16,00 | 3,59 | 0,36 |              |
| Εργασιακές αξίες              | <15 έτη | 22,00 | 3,73 | 0,33 | 0,601        |
|                               | >15 έτη | 16,00 | 3,78 | 0,24 |              |
| Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | <15 έτη | 22,00 | 3,17 | 0,40 | 0,770        |
|                               | >15 έτη | 16,00 | 3,13 | 0,48 |              |
| Οργανωτικό κλίμα              | <15 έτη | 22,00 | 3,73 | 0,43 | <b>0,013</b> |
|                               | >15 έτη | 15,00 | 4,07 | 0,29 |              |

## 5.2. Αποτελέσματα Νοσηλευτών

Το 85,4% των νοσηλευτών ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 46,2 ετών. Το 64,4% είχε ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση και 25,3% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο. Η πλειοψηφία του δείγματος προερχόταν από τη Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους (38,7%), το ίδιο ποσοστό από το Νοσοκομείο Κορίνθου και ακολουθούσε το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης (22,7%). Η μέση τιμή των ετών εμπειρίας των νοσηλευτών ήταν 20 έτη.

**Πίνακας 11: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών**

|                                     | Αριθμός | Ποσοστό |
|-------------------------------------|---------|---------|
| <b>Φύλο</b>                         |         |         |
| Άνδρας                              | 11      | 14,7    |
| Γυναίκα                             | 64      | 85,4    |
| <b>Μέση ηλικία: 46,2 (±6,9)</b>     |         |         |
| <b>Βαθμίδα εκπαίδευσης</b>          |         |         |
| ΠΕ                                  | 5       | 6,8     |
| ΤΕ                                  | 47      | 64,4    |
| ΔΕ                                  | 21      | 28,8    |
| <b>Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων</b> |         |         |
| Μεταπτυχιακό                        | 19      | 25,3    |
| Διδακτορικό                         | 1       | 1,3     |
| Καμία απάντηση                      | 55      | 73,3    |
| <b>Νοσοκομείο</b>                   |         |         |
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους          | 29      | 38,7    |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης     | 17      | 22,7    |
| Νοσοκομείο Κορίνθου                 | 29      | 38,7    |
| <b>Έτη εργασίας: 20 (±9)</b>        |         |         |

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρεί ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και ασφάλεια στο χειρουργείο. Η ερώτηση «*Η ενημέρωση της χειρουργική ομάδας πριν από το χειρουργείο είναι σημαντική για την ασφάλεια του χειρουργείου και την αποτελεσματική διαχείριση της ομάδας.*» βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (4,43), ενώ

η ερώτηση «Οι γιατροί που ενθαρρύνουν τις προτάσεις των μελών μιας χειρουργικής ομάδας είναι αδύναμοι ηγέτες.» με τη χαμηλότερη τιμή (1,88).

**Πίνακας 12: Στάσεις των νοσηλευτών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια**

|   | Αριθμός | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|---|---------|---------------|--------------|-----------|-----------------|
| Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι έμπειροι χειρουργοί θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους νοσηλευτές, να κάνουν ερωτήσεις σχετικές με το χειρουργείο. | 75      | 1             | 5            | 4,20      | 0,82            |
| Οι γιατροί που ενθαρρύνουν τις προτάσεις των μελών μιας χειρουργικής ομάδας είναι αδύναμοι ηγέτες.  | 75      | 1             | 5            | 1,88      | 0,88            |
| Η επιτυχής έκβαση μίας χειρουργικής επέμβασης αποτελεί κατά κύριο λόγο συνάρτηση της ιατρικής και τεχνικής επάρκειας του γιατρού.   | 75      | 1             | 5            | 3,84      | 1,07            |
| Η ηγεσία της χειρουργικής ομάδας κατά τα διαλείμματα θα πρέπει να ξεκουράζεται με το ιατρικό προσωπικό.   | 74      | 1             | 5            | 3,68      | 0,98            |
| Δεν υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ένα εκπαιδευόμενο ή νέο μέλος της χειρουργικής ομάδας να πρέπει να αναλάβει τον έλεγχο της διαχείρισης του ασθενούς.                                     | 71      | 2             | 5            | 2,97      | 0,88            |
| Σε επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, το ανώτερο ή εμπειρότερο μέλος μίας ομάδας θα πρέπει να λαμβάνει όλες εκείνες τις αποφάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες ζωής.           | 75      | 2             | 5            | 4,03      | 0,88            |
| Τα νέα ή εκπαιδευόμενα μέλη μίας χειρουργικής ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις οι οποίες λαμβάνονται από τα παλαιότερα και εμπειρότερα μέλη                                     | 75      | 2             | 5            | 3,28      | 0,86            |
| Αν αντιληφθώ ένα πρόβλημα σχετικό με τη διαχείριση ενός ασθενούς, θα μιλήσω, ανεξάρτητα από το ποιος μπορεί να  | 74      | 2             | 5            | 4,04      | 0,58            |



|  |    |   |    |      |      |
|--|----|---|----|------|------|
| επηρεαστεί.  |    |   |    |      |      |
| Σε κρίσιμες καταστάσεις, βασίζομαι στους ανωτέρους μου για να με ενημερώσουν σχετικά με το τι πρέπει να κάνω.  | 75 | 2 | 5  | 3,85 | 0,80 |
| Μερικές φορές αισθάνομαι άβολα λέγοντας σε άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας ότι πρέπει να αναλάβουν κάποια δράση.   | 75 | 1 | 5  | 2,93 | 1,04 |
| Τα μέλη της ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανώτερων ή, εμπειροτέρων μελών, εκτός κι εάν αυτοί με τις πράξεις τους απειλούν την ασφάλεια του χειρουργείου.                    | 75 | 1 | 5  | 3,87 | 0,83 |
| Πάντα θέτω ερωτήσεις όταν αισθάνομαι ότι υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνω.   | 75 | 1 | 5  | 4,24 | 0,73 |
| Η τακτική ενημέρωση μετά τη χειρουργική επέμβαση, ή την βάρδια, σχετικά με διαδικασίες και αποφάσεις, αποτελεί σημαντικό μέρος της ανάπτυξης και της διατήρησης της αποτελεσματικής συνεργασίας της ομάδας.      | 75 | 2 | 5  | 4,31 | 0,66 |
| Τα υπεύθυνα μέλη της ομάδας θα πρέπει να διατυπώνουν προφορικά τα σχέδια για τις διαδικασίες ή τις ενέργειες και θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι αυτές οι πληροφορίες κατανοούνται και αναγνωρίζονται από άλλους. | 75 | 1 | 5  | 4,00 | 0,93 |
| Οι αρχηγοί της ομάδας και οι συνάδελφοί μου, με ενθαρρύνουν ώστε να αναφέρω ,οποιαδήποτε περιστατικά μπορεί να πέσουν στην αντίληψή μου.   | 75 | 1 | 33 | 4,16 | 3,46 |
| Η ενημέρωση της χειρουργικής ομάδας πριν από το χειρουργείο είναι σημαντική για την ασφάλεια του χειρουργείου και την αποτελεσματική διαχείριση της ομάδας.  | 74 | 2 | 5  | 4,43 | 0,70 |
| Ακόμη και όταν κουραστώ κατά τη διάρκεια κρίσιμων φάσεων των χειρουργικών επεμβάσεων, συνεχίζω να εκτελώ αποτελεσματικά την εργασία μου.   | 75 | 2 | 5  | 3,77 | 1,02 |
| Πρέπει να ενημερωνόμαστε και να είμαστε ευαίσθητοι με τα προσωπικά προβλήματα των άλλων μελών της ομάδας.  | 75 | 2 | 5  | 3,76 | 0,79 |
| Επιτρέπω στα άλλα μέλη της ομάδας να γνωρίζουν πότε ο φόρτος εργασίας μου  | 75 | 1 | 5  | 3,85 | 0,71 |

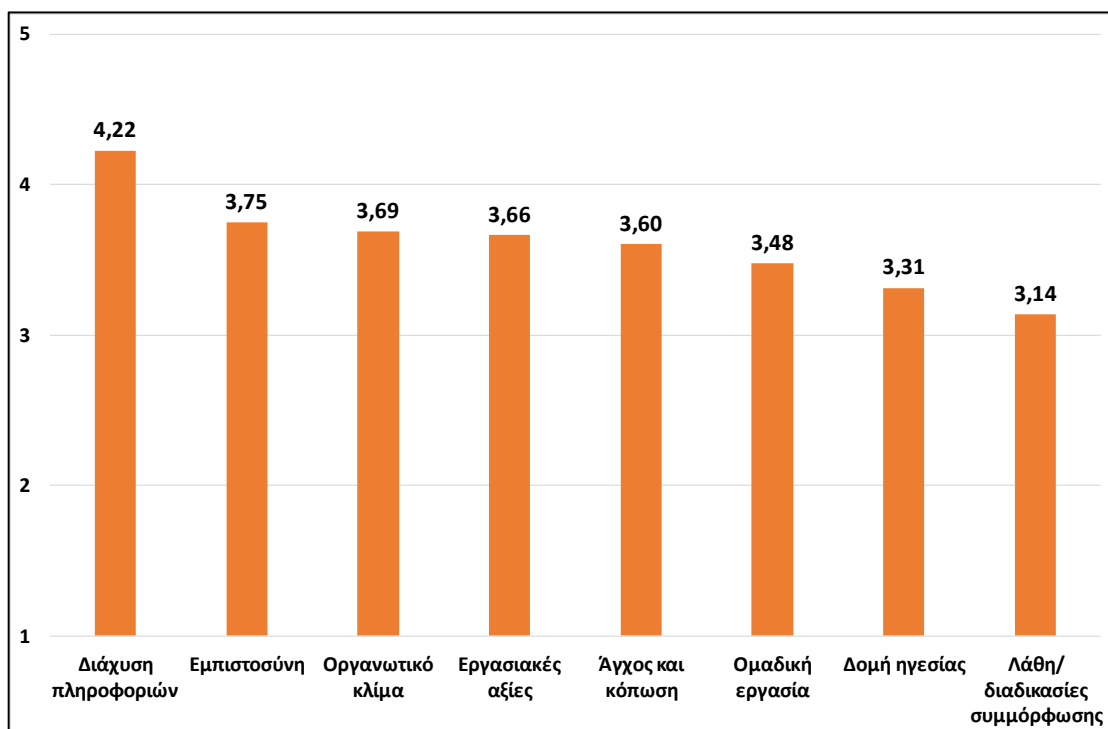
|  |    |   |   |      |      |
|--|----|---|---|------|------|
| είναι ή πρόκειται να γίνει υπερβολικός.  |    |   |   |      |      |
| Η δυνατότητα λήψεως αποφάσεων από την πλευρά μου, είναι εξίσου καλή σε συνήθεις καταστάσεις, αλλά και σε επείγουσες καταστάσεις.   | 75 | 1 | 5 | 3,87 | 0,72 |
| Είναι πιο πιθανό να κάνω λάθη σε τεταμένες ή εκθρικές καταστάσεις  | 75 | 1 | 5 | 3,79 | 1,00 |
| Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν αγχώνομαι ή κουράζομαι.  | 75 | 2 | 5 | 3,85 | 0,93 |
| Οι επιδόσεις μου δεν επηρεάζονται αρνητικά από τη συνεργασία με ένα άπειρο ή λιγότερο ικανό μέλος της ομάδας.  | 75 | 1 | 5 | 3,40 | 1,08 |
| Τα μέλη της ομάδας πρέπει να παρακολουθούνται μεταξύ τους για ενδείξεις άγχους ή κόπωσης.  | 74 | 2 | 5 | 4,05 | 0,64 |
| Εκνευρίζομαι όταν πρέπει να συνεργαστώ με άπειρο ιατρικό προσωπικό.  | 75 | 1 | 5 | 2,63 | 1,04 |
| Ένας πραγματικός επαγγελματίας, ως μέλος της ομάδας μπορεί να παραμερίσει τα προσωπικά του προβλήματα όταν εργάζεται στο χειρουργείο.  | 75 | 2 | 5 | 4,36 | 0,73 |
| Τα μέλη της ομάδας σε μία χειρουργική αίθουσα, πριν ή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας, πρέπει να αισθάνονται υποχρεωμένα να αναφέρουν το δικό τους ψυχολογικό άγχος ή οποιοδήποτε σωματικό πρόβλημα σε άλλα μέλη του προσωπικού. | 75 | 1 | 5 | 2,88 | 1,05 |
| Τα προσωπικά προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την απόδοση μου.  | 73 | 1 | 5 | 3,01 | 1,03 |
| Τα μόνα άτομα τα οποία είναι αρμόδια να μου κάνουν κριτική, είναι μόνο τα μέλη του δικού μου επαγγέλματος.   | 75 | 1 | 5 | 3,31 | 1,08 |
| Είναι προτιμότερο να συμφωνείτε με άλλα μέλη της ομάδας του χειρουργείου παρά να εκφράζετε διαφορετική άποψη.  | 75 | 1 | 4 | 2,44 | 0,89 |
| Οι ευθύνες του γιατρού περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των μελών της ομάδας του αλλά και των άλλων ομάδων υποστήριξης.  | 73 | 2 | 5 | 3,67 | 0,76 |
| Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μοιράζονται τις ευθύνες για την ιεράρχηση  | 74 | 3 | 5 | 3,96 | 0,51 |

|   |    |   |   |      |      |
|---|----|---|---|------|------|
| δραστηριοτήτων σε συνθήκες υψηλού φόρτου εργασίας.  |    |   |   |      |      |
| Μου αρέσει να εργάζομαι ως μέλος μιας ομάδας.   | 75 | 3 | 5 | 4,27 | 0,55 |
| Για την επίλυση συγκρούσεων, τα μέλη της ομάδας πρέπει να συζητούν ανοιχτά τις μεταξύ τους διαφορές.  | 73 | 2 | 5 | 4,15 | 0,72 |
| Όλα τα μέλη της ομάδας του χειρουργείου έχουν τα προσόντα ώστε να μου κάνουν σχόλια ανατροφοδότησης.  | 74 | 1 | 5 | 3,18 | 0,98 |
| Η αντίληψη της ομαδικής εργασίας όλου του προσωπικού του Χειρουργείου, δε λειτουργεί σε αυτό το νοσοκομείο.   | 74 | 1 | 5 | 2,68 | 0,98 |
| Ο αποτελεσματικός συντονισμός και η συνεργασία της χειρουργικής ομάδας, απαιτεί από τα μέλη της να λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικότητες των άλλων μελών της ομάδας. | 74 | 1 | 5 | 3,69 | 0,78 |
| Τα εμπειρότερα μέλη του προσωπικού, αξίζουν επιπλέον οφέλη και προνόμια.  | 74 | 1 | 5 | 3,01 | 1,03 |
| Δουλεύω καλύτερα όταν οι άνθρωποι με αφήνουν μόνο.  | 74 | 1 | 4 | 2,55 | 0,74 |
| Με ενοχλεί όταν άλλοι δεν σέβονται τις επαγγελματικές μου δυνατότητες.  | 74 | 1 | 5 | 4,05 | 0,79 |
| Προσπαθώ να είμαι ένα άτομο με το οποίο θα μπορούν να δουλεύουν και να συνεργάζονται όλοι μαζί του.   | 74 | 2 | 5 | 4,24 | 0,59 |
| Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η ικανότητά μου από τους άλλους.  | 74 | 1 | 5 | 3,92 | 0,74 |
| Εκτιμώ τα θετικά σχόλια για τη δουλειά μου.   | 74 | 2 | 5 | 4,11 | 0,67 |
| Όσο η εργασία διεκπεραιώνεται, δεν με νοιάζει τι σκέφτονται οι άλλοι.   | 74 | 1 | 5 | 3,49 | 1,10 |
| Η καλή φήμη στο Χειρουργείο είναι σημαντική για μένα.   | 74 | 1 | 5 | 3,97 | 0,79 |
| Εκτιμώ την καλή θέληση των συναδέλφων μου - Με νοιάζει να με θεωρούν οι άλλοι φιλικό και συνεργάσιμο.   | 74 | 3 | 5 | 4,18 | 0,53 |
| Είναι προσβλητικό για μένα να πιέζομαι για να περιμένω άσκοπα άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας.  | 74 | 1 | 5 | 3,31 | 0,95 |
| Στην χειρουργική αίθουσα, λαμβάνω τον   | 74 | 1 | 5 | 3,45 | 0,97 |

|   |    |   |    |      |      |
|---|----|---|----|------|------|
| απαραίτητο σεβασμό που αξίζει κάποιος ο οποίος ασκεί το επάγγελμά μου.  |    |   |    |      |      |
| Τα σφάλματα αποτελούν ένδειξη ανικανότητας.   | 74 | 1 | 4  | 2,54 | 0,80 |
| Ντρέπομαι όταν κάνω λάθος μπροστά σε άλλα μέλη της ομάδας.  | 73 | 2 | 5  | 3,19 | 0,88 |
| Οι διαδικασίες και οι πολιτικές ακολουθούνται αυστηρά στο Χειρουργείο.  | 74 | 1 | 5  | 3,14 | 0,91 |
| Τα λάθη αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο σε αυτό το νοσοκομείο.  | 74 | 2 | 22 | 3,50 | 2,29 |
| Το ανθρώπινο λάθος είναι αναπόφευκτο.   | 74 | 2 | 5  | 3,85 | 0,79 |
| Τα μέλη της ομάδας συχνά αγνοούν βασικούς κανόνες ή οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, κανόνες αποστειρωμένου πεδίου κτλ) τα οποία πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε Χειρουργείο. | 74 | 1 | 4  | 2,59 | 1,02 |
| Το Τμήμα παρέχει επαρκείς και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με συμβάντα τα οποία λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο και μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου.  | 74 | 2 | 5  | 3,34 | 0,69 |
| Το να εργάζεσαι σε αυτό το Νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας.  | 74 | 2 | 5  | 3,49 | 0,88 |
| Η ηγεσία του Τμήματος που εργάζομαι, ακούει το προσωπικό και φροντίζει τις ανησυχίες μας.   | 74 | 2 | 5  | 3,62 | 0,81 |
| Είμαι περήφανος που εργάζομαι για αυτό το νοσοκομείο.   | 74 | 2 | 5  | 3,69 | 0,86 |
| Μου αρέσει η δουλειά μου.   | 74 | 1 | 5  | 4,22 | 0,75 |
| Έχω λάβει επαρκή εκπαίδευση ώστε να μπορώ επιτυχώς να ολοκληρώσω τη δουλειά μου.  | 73 | 1 | 5  | 3,81 | 0,86 |

Συνολικά, οι νοσηλευτές συμφωνούν ότι υπάρχει καλή διάχυση πληροφοριών, εμπιστοσύνη, οργανωτικό κλίμα, καλές εργασιακές αξίες μεταξύ της χειρουργικής ομάδας. Ωστόσο, θεωρούν υψηλό το άγχος και την κόπωση της χειρουργικής ομάδας, πιστεύουν ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα μέσα στην ομάδα έχουν χαμηλή επίγνωση της δομής της ηγεσίας.

**Διάγραμμα 10: Διαστάσεις νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια**



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και του φύλου.

**Πίνακας 13: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με φύλο**

|              | Φύλο    | N     | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|--------------|---------|-------|-----------|-----------------|---------|
| Δομή ηγεσίας | Άνδρας  | 11,00 | 3,42      | 0,42            | 0,449   |
|              | Γυναίκα | 62,00 | 3,31      | 0,43            |         |
| Εμπιστοσύνη  | Άνδρας  | 11,00 | 3,82      | 0,58            | 0,606   |
|              | Γυναίκα | 62,00 | 3,74      | 0,47            |         |
| Διάχυση      | Άνδρας  | 11,00 | 4,05      | 0,67            | 0,500   |

|                               |         |       |      |      |       |
|-------------------------------|---------|-------|------|------|-------|
| πληροφοριών                   | Γυναίκα | 62,00 | 4,27 | 1,08 |       |
| Άγχος και κόπωση              | Άνδρας  | 11,00 | 3,48 | 0,41 | 0,275 |
|                               | Γυναίκα | 62,00 | 3,63 | 0,40 |       |
| Ομαδική εργασία               | Άνδρας  | 11,00 | 3,36 | 0,19 | 0,209 |
|                               | Γυναίκα | 62,00 | 3,50 | 0,35 |       |
| Εργασιακές αξίες              | Άνδρας  | 11,00 | 3,70 | 0,56 | 0,735 |
|                               | Γυναίκα | 61,00 | 3,66 | 0,32 |       |
| Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Άνδρας  | 11,00 | 3,12 | 0,49 | 0,887 |
|                               | Γυναίκα | 61,00 | 3,15 | 0,57 |       |
| Οργανωτικό κλίμα              | Άνδρας  | 11,00 | 3,61 | 0,56 | 0,535 |
|                               | Γυναίκα | 61,00 | 3,71 | 0,53 |       |

Η ηλικία φάνηκε να επηρεάζει τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Ειδικότερα, όσο αυξάνει η ηλικία μειώνεται η πεποίθηση για το οργανωτικό κλίμα μεταξύ της ομάδας.

**Πίνακας 14: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ομάδες ηλικιών**

| Ομάδες ηλικιών |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|----------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| 25-35          | Μέση τιμή       | 3,24         | 3,69        | 4,05                | 3,45             |
|                | N               | 5,00         | 5,00        | 5,00                | 5,00             |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,38         | 0,19        | 0,27                | 0,43             |

|                |                 |       |       |       |       |
|----------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| 35-45          | Μέση τιμή       | 3,26  | 3,69  | 4,46  | 3,57  |
|                | N               | 25,00 | 25,00 | 25,00 | 25,00 |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,50  | 0,51  | 1,60  | 0,38  |
| 45-55          | Μέση τιμή       | 3,33  | 3,78  | 4,13  | 3,67  |
|                | N               | 30,00 | 30,00 | 30,00 | 30,00 |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,37  | 0,51  | 0,56  | 0,42  |
| 55+            | Μέση τιμή       | 3,43  | 3,96  | 4,00  | 3,69  |
|                | N               | 4,00  | 4,00  | 4,00  | 4,00  |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,74  | 0,85  | 0,79  | 0,49  |
| <b>P value</b> |                 | 0,872 | 0,769 | 0,646 | 0,639 |

| Ομάδες ηλικιών |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| 25-35          | Μέση τιμή       | 3,51            | 3,53             | 3,17                          | 3,90             |
|                | N               | 5,00            | 5,00             | 5,00                          | 5,00             |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,19            | 0,37             | 0,51                          | 0,37             |
| 35-45          | Μέση τιμή       | 3,42            | 3,58             | 3,01                          | 3,58             |
|                | N               | 25,00           | 25,00            | 25,00                         | 25,00            |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,34            | 0,27             | 0,31                          | 0,45             |
| 45-55          | Μέση τιμή       | 3,54            | 3,70             | 3,12                          | 3,65             |
|                | N               | 30,00           | 30,00            | 30,00                         | 30,00            |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,37            | 0,45             | 0,39                          | 0,53             |

|                |                 |       |       |       |              |
|----------------|-----------------|-------|-------|-------|--------------|
| 55+            | Μέση τιμή       | 3,33  | 3,98  | 2,88  | 4,29         |
|                | N               | 4,00  | 4,00  | 4,00  | 4,00         |
|                | Τυπική απόκλιση | 0,31  | 0,20  | 0,48  | 0,48         |
| <b>P value</b> |                 | 0,511 | 0,185 | 0,475 | <b>0,050</b> |

Η βαθμίδα εκπαίδευσης των νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση συμφωνούν περισσότερο ότι γίνεται διάχυση πληροφοριών, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τεχνολογική ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

**Πίνακας 15: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με βαθμίδα εκπαίδευσης**

| Βαθμίδα εκπαίδευσης |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|---------------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| ΠΕ                  | Μέση τιμή       | 3,16         | 3,46        | 5,80                | 3,50             |
|                     | N               | 5,00         | 5,00        | 5,00                | 5,00             |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,48         | 0,89        | 3,37                | 0,62             |
| ΤΕ                  | Μέση τιμή       | 3,35         | 3,74        | 4,09                | 3,61             |
|                     | N               | 47,00        | 47,00       | 47,00               | 47,00            |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,37         | 0,40        | 0,48                | 0,35             |
| ΔΕ                  | Μέση τιμή       | 3,28         | 3,85        | 4,19                | 3,66             |
|                     | N               | 21,00        | 21,00       | 21,00               | 21,00            |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,51         | 0,54        | 0,52                | 0,45             |
| <b>P value</b>      |                 | 0,555        | 0,263       | <b>0,001</b>        | 0,729            |



| Βαθμίδα εκπαίδευσης |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| ΠΕ                  | Μέση τιμή       | 3,40            | 3,65             | 3,23                          | 3,63             |
|                     | N               | 5,00            | 5,00             | 5,00                          | 5,00             |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,48            | 0,47             | 0,30                          | 0,22             |
| ΤΕ                  | Μέση τιμή       | 3,49            | 3,70             | 3,16                          | 3,59             |
|                     | N               | 47,00           | 46,00            | 46,00                         | 46,00            |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,32            | 0,36             | 0,63                          | 0,56             |
| ΔΕ                  | Μέση τιμή       | 3,47            | 3,59             | 3,04                          | 3,90             |
|                     | N               | 21,00           | 21,00            | 21,00                         | 21,00            |
|                     | Τυπική απόκλιση | 0,35            | 0,37             | 0,43                          | 0,44             |
| <b>P value</b>      |                 | 0,858           | 0,547            | 0,672                         | 0,082            |

Δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση σχετικά με το τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών και τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια, καθώς μόνο 1 νοσηλεύτης/τρια έχει αποκτήσει διδακτορικό τίτλο οπότε η σύγκριση ήταν ανέφικτη.

Διαφορά βρέθηκε μεταξύ των στάσεων και των νοσοκομείων όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Η διαφορά εντοπίστηκε στη διάσταση οργανωτικό κλίμα, όπου οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης πιστεύουν περισσότερο ότι υπάρχει οργανωτικό κλίμα στη χειρουργική ομάδα, ακολουθούν οι νοσηλευτές από τη Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους και έπειτα οι νοσηλευτές από το Νοσοκομείο Κορίνθου με τη χαμηλότερη τιμή.

**Πίνακας 16: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με νοσοκομείο**

| Νοσοκομείο                      |                 | Δομή ηγεσίας | Εμπιστοσύνη | Διάχυση πληροφοριών | Άγχος και κόπωση |
|---------------------------------|-----------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους      | Μέση τιμή       | 3,30         | 3,85        | 4,26                | 3,58             |
|                                 | N               | 29,00        | 29,00       | 29,00               | 29,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,48         | 0,53        | 0,47                | 0,36             |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης | Μέση τιμή       | 3,32         | 3,68        | 4,16                | 3,49             |
|                                 | N               | 17,00        | 17,00       | 17,00               | 17,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,40         | 0,42        | 0,53                | 0,29             |
| Νοσοκομείο Κορίνθου             | Μέση τιμή       | 3,32         | 3,68        | 4,22                | 3,69             |
|                                 | N               | 29,00        | 29,00       | 29,00               | 29,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,42         | 0,45        | 1,54                | 0,47             |
| <b>P value</b>                  |                 | 0,983        | 0,312       | 0,954               | 0,225            |

| Νοσοκομείο                      |                 | Ομαδική εργασία | Εργασιακές αξίες | Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Οργανωτικό κλίμα |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους      | Μέση τιμή       | 3,49            | 3,67             | 2,99                          | 3,79             |
|                                 | N               | 29,00           | 29,00            | 29,00                         | 29,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,32            | 0,36             | 0,37                          | 0,51             |
| Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης | Μέση τιμή       | 3,48            | 3,81             | 3,11                          | 3,90             |
|                                 | N               | 17,00           | 16,00            | 16,00                         | 16,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,40            | 0,38             | 0,42                          | 0,45             |
| Νοσοκομείο Κορίνθου             | Μέση τιμή       | 3,47            | 3,58             | 3,29                          | 3,47             |
|                                 | N               | 29,00           | 29,00            | 29,00                         | 29,00            |
|                                 | Τυπική απόκλιση | 0,31            | 0,34             | 0,72                          | 0,52             |
| <b>P value</b>                  |                 | 0,973           | 0,123            | 0,110                         | <b>0,013</b>     |

Τα έτη εμπειρίας των νοσηλευτών δεν αποδείχθηκαν να επηρεάζουν τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια.

**Πίνακας 17: Διαστάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με έτη**

|                               | Έτη εμπειρίας | N     | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|-------------------------------|---------------|-------|-----------|-----------------|---------|
| Δομή ηγεσίας                  | <15 έτη       | 18,00 | 3,23      | 0,37            | 0,207   |
|                               | >15 έτη       | 48,00 | 3,37      | 0,43            |         |
| Εμπιστοσύνη                   | <15 έτη       | 18,00 | 3,71      | 0,38            | 0,372   |
|                               | >15 έτη       | 48,00 | 3,82      | 0,48            |         |
| Διάχυση πληροφοριών           | <15 έτη       | 18,00 | 4,08      | 0,36            | 0,324   |
|                               | >15 έτη       | 48,00 | 4,37      | 1,20            |         |
| Άγχος και κόπωση              | <15 έτη       | 18,00 | 3,52      | 0,35            | 0,125   |
|                               | >15 έτη       | 48,00 | 3,68      | 0,39            |         |
| Ομαδική εργασία               | <15 έτη       | 18,00 | 3,48      | 0,30            | 0,807   |
|                               | >15 έτη       | 48,00 | 3,50      | 0,34            |         |
| Εργασιακές αξίες              | <15 έτη       | 18,00 | 3,61      | 0,30            | 0,422   |
|                               | >15 έτη       | 47,00 | 3,69      | 0,37            |         |
| Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | <15 έτη       | 18,00 | 3,20      | 0,91            | 0,563   |
|                               | >15 έτη       | 47,00 | 3,11      | 0,40            |         |
| Οργανωτικό κλίμα              | <15 έτη       | 18,00 | 3,51      | 0,70            | 0,091   |
|                               | >15 έτη       | 47,00 | 3,77      | 0,45            |         |

### 5.3. Συγκριτικά Αποτελέσματα Ιατρών - Νοσηλευτών

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των στάσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Αυτό σημαίνει ότι οι ιατροί ή οι νοσηλευτές έχουν τις ίδιες απόψεις και στάσεις ως προς τη δομή της ηγεσίας, την εμπιστοσύνη και τη διάχυση των πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, το υψηλό άγχος και την κόπωση, την ομαδική εργασία και τις εργασιακές αξίες που διέπουν τη χειρουργική ομάδα, το οργανωτικό κλίμα μεταξύ των μελών και συμφωνούν για τη διαχείριση των λαθών στις διαδικασίες.

**Πίνακας 18: Διαστάσεις σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε σύγκριση με ειδικότητα**

| Ειδικότητα                    |            | N     | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | P value |
|-------------------------------|------------|-------|-----------|-----------------|---------|
| Δομή ηγεσίας                  | Ιατρός     | 41,00 | 3,39      | 0,57            | 0,393   |
|                               | Νοσηλευτής | 75,00 | 3,31      | 0,43            |         |
| Εμπιστοσύνη                   | Ιατρός     | 41,00 | 3,78      | 0,48            | 0,751   |
|                               | Νοσηλευτής | 75,00 | 3,75      | 0,48            |         |
| Διάχυση πληροφοριών           | Ιατρός     | 41,00 | 4,14      | 0,47            | 0,623   |
|                               | Νοσηλευτής | 75,00 | 4,22      | 1,02            |         |
| Άγχος και κόπωση              | Ιατρός     | 41,00 | 3,59      | 0,40            | 0,872   |
|                               | Νοσηλευτής | 75,00 | 3,60      | 0,40            |         |
| Ομαδική εργασία               | Ιατρός     | 41,00 | 3,56      | 0,32            | 0,191   |
|                               | Νοσηλευτής | 75,00 | 3,48      | 0,33            |         |
| Εργασιακές αξίες              | Ιατρός     | 41,00 | 3,74      | 0,29            | 0,222   |
|                               | Νοσηλευτής | 74,00 | 3,66      | 0,36            |         |
| Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης | Ιατρός     | 41,00 | 3,15      | 0,41            | 0,910   |
|                               | Νοσηλευτής | 74,00 | 3,14      | 0,55            |         |
| Οργανωτικό κλίμα              | Ιατρός     | 40,00 | 3,88      | 0,41            | 0,057   |
|                               | Νοσηλευτής | 74,00 | 3,69      | 0,53            |         |

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χειρουργική σκέψη γύρω από τα λάθη και την ασφάλεια των ασθενών έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία 15 χρόνια. Η συνάφεια της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας, τόσο στο χειρουργείο όσο και σε ολόκληρο το περιεγχειρητικό μονοπάτι, αναγνωρίζεται ως ένα κρίσιμο συστατικό της ασφαλούς και αποτελεσματικής χειρουργικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα τις καλές εκβάσεις και τη γρήγορη ανάκαμψη του ασθενή. Συνεπώς, έχουν καταβληθεί σημαντικές προσπάθειες να γίνει κατανοητό πώς οι χειρουργικές ομάδες εργάζονται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής φροντίδας και πώς μπορεί να βελτιωθεί αυτή η συνεργασία.

Σκοπός της διπλωματικής είναι να διερευνήσει τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια σε τρία νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα των ιατρών συμφωνούν ότι υπάρχει καλή διάχυση πληροφοριών, οργανωτικό κλίμα, εμπιστοσύνη και καλές εργασιακές αξίες μεταξύ της χειρουργικής ομάδας. Ωστόσο, θεωρούν υψηλό το άγχος και την κόπωση της χειρουργικής ομάδας, έχουν χαμηλή επίγνωση της δομής της ηγεσίας, πιστεύουν ότι υπάρχει μέτρια ομαδική εργασία και μέτρια γίνονται λάθη. Επίσης, το φύλο και τα έτη εμπειρίας επηρέασαν τη διάσταση οργανωτικό κλίμα, ενώ η ηλικία τις διαστάσεις εμπιστοσύνη της ομάδας, διάχυση των πληροφοριών μέσα στην ομάδα και εργασιακές σχέσεις. Οι ιατροί με διδακτορικό τίτλο αναγνωρίζουν περισσότερο ότι γίνονται λάθη αλλά αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των νοσηλευτών, η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρεί ότι υπάρχει μέτριο ομαδικό πνεύμα μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και ασφάλεια στο χειρουργείο. Η ηλικία, η βαθμίδα εκπαίδευσης και το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται φάνηκαν να επηρεάζουν τις στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια.

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι ιατροί και νοσηλευτές συμφωνούν απόλυτα σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια στο χειρουργείο, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη μιας ενωμένης και οργανωμένης χειρουργικής ομάδας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Σε σχέση με τη δομή της ηγεσίας, οι συμπεριφορές των μελών της χειρουργικής ομάδας ήταν, γενικά, λίγο ιεραρχικές. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι το ανώτερο προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τις ερωτήσεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό συμφωνεί και αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Γενικά Νοσοκομεία στην Ιταλία (Prati et Pietrantonì, 2014).

Σχετικά με τα θέματα εμπιστοσύνης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα μιλήσει όταν αντιληφθεί ένα πρόβλημα ή κάτι που δεν καταλαβαίνει, αν και κάποιοι ήταν λιγότερο άνετοι όταν αυτό αφορούσε μέλη από άλλο κλάδο. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες είχαν την τάση να συμφωνούν ότι τα μέλη της ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις των ανώτερων μελών, εκτός αν αυτά απειλούν την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό το αποτέλεσμα ρίχνει φως σε μια κρίσιμη στάση στο χειρουργείο, δεδομένης της σημασίας των δεξιοτήτων επίτευξης σε εργασιακά περιβάλλοντα υψηλής αξιοπιστίας (Jentsch et al., 2001).

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες υποστήριξαν τη σημασία της διατύπωσης των σχεδίων και διαδικασιών, της ενημέρωσης της ομάδας πριν από το χειρουργείο και γενικά της τακτικής ενημέρωσης. Τα ερωτήματα σχετικά με τη σημασία της αναφοράς περιστατικών, τα οποία θεωρούνται πολύ σημαντικές δραστηριότητες σε άλλους χώρους εργασίας υψηλού κινδύνου, παρήγαγαν μια πιο αντιφατική απάντηση.

Ως προς το άγχος και την κόπωση, τα μέλη της χειρουργικής ομάδας ανέφεραν ότι είναι αρκετά υψηλά σε σύγκριση με άλλους τομείς των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, στην έρευνα των Prati et Pietrantonì (2014) παρατηρήθηκε ότι τα μέλη δεν ανέφεραν υψηλό άγχος και κόπωση.

Έχουν βρεθεί θετικές στάσεις απέναντι στις συμπεριφορές που θεωρούνται ως υποστηρικτικές της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας, όπως η

απόλαυση της εργασίας ως μέλους μιας ομάδας και η επίλυση συγκρούσεων, καθώς και οι ευθύνες του ιατρού που επιτρέπουν τον συντονισμό μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες ανέφεραν κάποια προβλήματα στην ομαδική εργασία και στα τρία νοσοκομεία. Γενικά, οι θετικές συμπεριφορές αναφέρθηκαν σε σχέση με τις αξίες εργασίας, όπως η αντιληπτή σημασία της επαγγελματικής αναγνώρισης, η καλή φήμη και η φιλική και συνεταιριστική στάση. Αυτές οι συμπεριφορές δεν ήταν διαφορετικές μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών του χειρουργείου.

Όσον αφορά τη στάση απέναντι στο ανθρώπινο λάθος και τη συμμόρφωση με τη διαδικασία, οι συμμετέχοντες πρέπει να διευρύνουν τις γνώσεις τους σχετικά με αυτό το θέμα. Για παράδειγμα, οι ερωτηθέντες διαφώνησαν ελάχιστα ότι «Τα σφάλματα είναι ένα σημάδι ανικανότητας» και δεν υποστήριξαν σαφώς την δήλωση ότι «το ανθρώπινο λάθος είναι αναπόφευκτο». Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν αρκετά σημεία αδυναμίας στα συστήματα διαχείρισης της ασφάλειας των νοσοκομείων, επειδή οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν ότι δεν τηρήθηκαν αυστηρά οι διαδικασίες, οι κανόνες, οι κατευθυντήριες γραμμές και οι πολιτικές.

Όσον αφορά το οργανωτικό κλίμα, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σαφείς διαφορές στις απαντήσεις των νοσηλευτών και των ιατρών. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί και οι νοσηλευτές συμφώνησαν στις δηλώσεις σχετικά με την ποιότητα του οργανωτικού κλίματος. Σε αυτό το εύρημα καταλήγουν και παλαιότερες μελέτες των Flin et al., (2006), Makary et al., (2006), Sexton et al., (2006). Αυτό το εύρημα μπορεί να υποδεικνύει την επίδραση πολλών παραγόντων όπως η εισαγωγή της λίστας ελέγχου στα χειρουργεία (World Health Organization 2008), με έμφαση στη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και της επικοινωνίας (Lyonsetal., 2014) και στην αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών γενικά (Göras et al., 2017).

Σύμφωνα με μια προηγούμενη μελέτη σε ένα σκωτσέζικο δείγμα χειρουργών μελών μιας ομάδας (Flin et al, 2006), διαπιστώθηκαν κάποιες διαφορές μεταξύ των χειρουργών και των νοσηλευτών χειρουργείου. Οι νοσηλευτές του χειρουργείου ήταν λιγότερο πιθανό να συμφωνήσουν ότι η ηγεσία θα

πρέπει να βρίσκεται στο ιατρικό προσωπικό και ότι ο ηγέτης θα πρέπει να αναλάβει όλες τις αποφάσεις σε σχέση με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Είναι πιθανό ότι οι νοσηλευτές τείνουν να προτιμούν πιο επίπεδες δομές ομάδων με κοινές ευθύνες για την ηγεσία. Σε σύγκριση με τους χειρουργούς, οι νοσηλευτές ανέφεραν περισσότερα προβλήματα στην ομαδική εργασία και επισήμαναν ότι οι κανόνες ή οι κατευθυντήριες γραμμές για το χειρουργείο ήταν συχνότερα αδιάφορες σε σχέση με τους χειρουργούς. Οι νοσηλευτές των χειρουργικών κλινικών ήταν πιο πιθανό να υποστηρίξουν τη σημασία της τακτικής ενημέρωσης και της ορολογίας των σχεδίων ή διαδικασιών. Ωστόσο, αντίθετα με προηγούμενες μελέτες, τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι χειρουργοί σκέφτηκαν ότι η ενημέρωση πριν από το χειρουργείο και τα περιστατικά αναφοράς ήταν σημαντικά για την ασφάλεια του ασθενή και ότι τους παρέχεται η κατάλληλη κατάρτιση για να ολοκληρώσουν επιτυχώς τη δουλειά τους (Wauben et al., 2011).

Είναι σημαντικό να αναφερθούν μερικοί περιορισμοί στην παρούσα έρευνα. Παρόλο που η μελέτη έδωσε ενδιαφέροντα ευρήματα, τα αποτελέσματα είναι περιορισμένα επειδή βασίζονται στις απαντήσεις μόνο από τρία νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου και δεν μπορούν να γενικευθούν σε άλλα νοσοκομεία της χώρας. Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για την ανάπτυξη σαφέστερων παραγόντων επιρροής της στάσης των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια. Ένας ακόμη περιορισμός είναι το γεγονός ότι η ασφάλεια του χειρουργείου διερευνήθηκε μέσω υποκειμενικών ερωτήσεων και όχι αντικειμενικών κριτηρίων όπως η λίστα ελέγχου στα χειρουργεία που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization 2008).



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ❖ Στο παρελθόν, όταν το χειρουργείο δεν είχε την επιθυμητή έκβαση, σχεδόν οι εκούσιες τεχνικές δεξιότητες του χειρουργού αμφισβητούνταν. Παραμελημένες εντελώς ήταν οι μη τεχνικές (κοινωνικές και γνωστικές) δεξιότητες τόσο των υπηρεσιών όσο και της ευρύτερης ομάδας - συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών και αναισθησιολόγων. Τα τελευταία 15 χρόνια, ο σχεδιασμός της χειρουργικής ασφάλειας έχει αλλάξει σημαντικά. Αυξάνεται η συνειδητοποίηση ότι οι δεξιότητες που απαιτούνται για να επιτευχθεί με συνέπεια μια ασφαλή χειρουργική επέμβαση εκτείνονται πολύ πέρα από την τεχνική γνώση και τις δεξιότητες του χειρουργού. Η εργασία ορίζεται ως ένα «σύνολο αλληλοσυνδεδεμένων συμπεριφορών, δράσεων και γνώσεων που διευκολύνουν την απαιτούμενη εργασία που πρέπει να ολοκληρωθεί». Η καλή συνεργασία μεταξύ της χειρουργικής ομάδας θεωρείται όλο και περισσότερο ως βασική συνιστώσα ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης. Οι ομάδες είναι απαραίτητες όταν τα σφάλματα οδηγούν σε σοβαρές συνέπειες, όταν η πολυπλοκότητα των εργασιών υπερβαίνει την ικανότητα ενός ατόμου, όταν το περιβάλλον εργασιών είναι ασαφές και αγχωτικό, όταν απαιτούνται πολλαπλές και γρήγορες αποφάσεις, και όταν εξαρτώνται οι ζωές των άλλων από μια συλλογική αντίληψη των μελών της ομάδας».
- ❖ Η αξιολόγηση της ομάδας παρέχει ένα μέσο διαμόρφωσης της ανατροφοδότησης στα μέλη της ομάδας (συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευομένων), τον προσδιορισμό και την ιεράρχηση των εκπαιδευτικών αναγκών και τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων κατάρτισης. Είναι σημαντική η αναγνώριση των βασικών μη τεχνικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας στο περιεγχειρητικό περιβάλλον και την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης ειδικά σχεδιασμένων για την καταγραφή της ποιότητας αυτών των δεξιοτήτων.

- ❖ Η ανάπτυξη παρεμβάσεων ομαδικής κατάρτισης, για την παροχή φροντίδας στο χειρουργείο, που υποστηρίζουν την αποτελεσματική απόδοση της ομάδας, έχει γίνει όλο και πιο εμφανές χαρακτηριστικό στις βιβλιογραφίες σχετικές με το χειρουργείο, την αναισθησία και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Πράγματι, η αναισθησία έχει περιγραφθεί ως κορυφαία ιατρική ειδικότητα στην αντιμετώπιση θεμάτων γύρω από τα ανεπιθύμητα συμβάντα.
- ❖ Οι τρεις στρατηγικές κατάρτισης που πρέπει να χρησιμοποιούνται στο χειρουργείο πρέπει να βασίζονται σε πληροφορίες (βασισμένες σε διάλεξη / εργαστήρια), σε επιδείξεις (οι εκπαιδευόμενοι παρακολουθούν τις απαιτούμενες δεξιότητες, π.χ. βίντεο) και στην πρακτική (π.χ. η κατάρτιση με βάση την προσομοίωση έχει γίνει ολοένα και πιο δημοφιλής στο περιεγχειρητικό περιβάλλον για την κατάρτιση των δεξιοτήτων). Η προσομοίωση έχει προταθεί ως ένα ελκυστικό και συμπληρωματικό περιβάλλον εκπαίδευσης στην κλινική πρακτική, προσφέροντας το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει στις ομάδες να μαθαίνουν δεξιότητες ομαδικής εργασίας σε ένα δομημένο και προσαρμοσμένο μαθησιακό περιβάλλον. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πολυεπιστημονικές προσομοιώσεις προσφέρουν μια πολύτιμη στρατηγική για τη βελτίωση της ομαδικής εργασίας του χειρουργείου.
- ❖ Η αποτελεσματική ομαδική εργασία στο χειρουργείο είναι ανάγκη και όχι πολυτέλεια. Οι καλύτερες ομάδες έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Παρά την αύξηση της αναγνώρισης της σημασίας της ομαδικής εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και τις σημαντικές προσπάθειες που καταβάλλονται σε παγκόσμιο επίπεδο για τη βελτίωση της ομαδικής λειτουργίας μέσω της ομαδικής κατάρτισης, εξακολουθεί να είναι μια κοινή προσδοκία των επαγγελματιών υγείας.
- ❖ Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επενδύσουν στην ομαδική κατάρτιση, μέσω της συντονισμένης δράσης και της συνεχιζόμενης προσπάθειας. Επίσης τα προγράμματα σπουδών είναι σημαντικό να ενσωματώσουν μαθήματα σχετικά με το ομαδικό πνεύμα στο χειρουργείο και την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό θα έχει ως

αποτέλεσμα τον θετικό αντίκτυπο στην έκβαση της υγείας των ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξένη Βιβλιογραφία

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Patient Safety Incidents Study: the incidence of patient safety incidents among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 170(11):1678-86.

Balas MC, Scott LD, Rogers AE. Frequency and type of errors and near errors reported by critical care nurses. *Can J Nurs Res* 2006, 38:24-41

Borrill C, Carletta J C, Carter A. *et al* The effectiveness of health care teams in the National Health Service. Final Report to Department of Health. London: Department of Health, 2001.

Brown SA, Merritt K, Woods TO, McNamee SG, Hitchins VM. Effects of different disinfection and sterilization methods on tensile strength of materials used for single-use devices. *Biomed. Instrum. Technol* 2002;January/February:23-7

Carnino, A. (1989). Preventing human errors: Progress made in this field. In *Proceedings of a conference on Human Reliability in Nuclear Power*. IBC Technical Services, London.

CDC, 2017, Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines.pdf>

Cochran A, Elder WB. Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *Am J Surg*. 2014;209(1):65-70.

Committee on Diagnostic Error in Health Care; board on health care services; institute of medicine; the national academies of sciences, engineering, and medicine. *Improving diagnosis in health care*. National Academies Press, Washington, DC, 2015. Available at: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2015/Improving-Diagnosis-in-Healthcare.aspx>

- Cooper, M.D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Council Recommendation. Europe: Official Journal of the European Union; 2009 Jun 9.
- Davies J. Medical applications of crew resource management. In: Salas E, Bowers C, Edens E, eds. *Improving Teamwork in Organizations*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001:265-81.
- de Vries E N, Ramrattan M A, et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality et Safety Health Care*; 2008 Jun; 17(3):216-224.
- Europa (2002). Active Citizenship Network. European Charter of Patients' Rights; Rome 2002. Accessed Sep. 2016.
- Europa(2008). European Commission - PRESS RELEASES - Pressrelease - Η Επιτροπή λαμβάνει μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στην Ευρώπη  
Επιτροπή λαμβάνει μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στην Ευρώπη
- Europa. 2014. European Commission - PRESS RELEASES - Pressrelease - Ασφάλεια των ασθενών: έχει σημειωθεί πρόοδος, που πρέπει να συνεχιστεί
- Feigl DW, Gardner SN, McClellan M. Ensuring safe and effective medical devices. *N. Engl. J. Med.* 2003;348:191-2.
- Fletcher G, McGeorge P, Flin R, Glavin R, Maran N. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia* .88: 418-29.
- Flin R, Yule S, McKenzie L *et al.* Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006;4:145-51.
- Flin R., Fletcher G., McGeorge P., Sutherland A., et Patey R. (2003). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*; 58: 233-242.

- Flin RH, O'Connor P, Crichton MD. Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills. Burlington, VT; Aldershot, England: Ashgate, 2008.
- Fraser, S. W., & Greenhalgh, T. (2001). Coping with complexity: educating for capability. *British Medical Journal*, 323, 799-803.
- Fredrick, T. N., et Kumaran, M. (2018). Operation theaters and sterilization requirements—Design consideration and standards for infection control. *TNOA Journal of Ophthalmic Science and Research*, 56(2), 84.
- Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 133(6):614-621.
- Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., & Ehrenberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(9), e015607.
- Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ, et al.(2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg*.204(4):533-40.
- Grote G, Zala-Mezö E, Grommes P. (2004). The effects of different forms of co-ordination on coping with workload. In: Dietrich R, Childress TM, eds. *Group interaction in high-risk environments*. Germany: Ashgate 2004.39-55.
- Guo, L. (2015). Implementation of a risk management plan in a hospital operating room. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 348-354.
- Haas Martine, Mortensen Mark.(2019). The secrets of Great Team Work. Harvard Business Review.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., ... & Merry, A. F. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.

- Healey A N, Undre S, Vincent C A. Developing observational measures of performance in surgical teams. *Qual Saf Health Care* 2004. 13(Suppl I)i33-i40.
- Helmreich R et Davies J. (1996). Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. In A Aikenhead (Ed.) *Balliere's Clinical Anaesthesiology*, 10: 2, 277-295.
- Hoyert DL, Kung HC, Smith BL. Deaths: preliminary data for 2003. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2005.
- [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-694\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_el.htm)
- Hull,L.,et Sevdalis, N. (2015). Teamwork and safety in surgery. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 3-6.
- Idaho National Engineering and Environmental Laboratory INEEL (2001). Idaho National Engineering and Environmental Laboratory Voluntary Protection Program. Total Safety Culture.
- International Civil Aviation Organization. (1992). Human factors digest No. 10: Human factors, management and organization, Circ 241, 47. Montreal: Canada
- Jentsch F, Smith-Jentsch K. Assertiveness and team performance: more than 'just say no'. In: Salas E, Bowers C, Edens E, eds. *Improving Teamwork in Organizations*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001: 73-94.
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. (1999). eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*.324:377-384
- Leape LL. (1994). Error in medicine. *JAMA*. 272:1851-1857.
- Lee, T.R., MacDonald, S.M., et Coote, J. (1993). Perceptions of risk and attitudes to safety at a nuclear processing plant. Fourth Conference on European Technology et Experience in Safety Analysis and Risk Management. Society for Risk Assessment, Europe, Rome.

- Leonard M, Graham S, Bonacum D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 13(Suppl 1):i85-i90.
- Lucas, D.A. (1990). Wise men learn by others harms, fools by their own; Organisational barriers to learning the lessons from major accidents. In: M.H. Walter and R.F. Cox (Eds). *Proceedings of the Safety and Reliability Society Symposium*, Altrincham, Elsevier Applied Science Publishers: London.
- Lyons VE, Popejoy LL. Meta-analysis of surgical safety checklist effects on teamwork, communication, morbidity, mortality, and safety. *West J Nurs Res* 2014;36:245-61.10.1177/0193945913505782
- Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *JAmCollSurg* 2006;202:746-52.10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Matern, U., &Koneczny, S. (2007). Safety, hazards and ergonomics in the operating room. *Surgicalendoscopy*, 21(11), 1965-1969.
- MoirasgentiM., SmyrnakisE., PanagopoulouE, BenosA. (2018). Patient safety and the education of health care professionals “AHEPA” University General Hospital, Thessaloniki, 2Primary Health Care, General Practice and Health Services Research Laboratory, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece *Archives of Hellenic Medicine*. 35(5):665-670.
- Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al.(2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*. 37(6):1553-81.
- Neely AN. (2000). A survey of gram-negative bacteria survival on hospital fabrics and plastics. *J. Burn Care Rehabil*. 21:523-7.
- Perrow, C. (2004). *The normal accident; Living with high-risk technologies*. Basic Books: NY.



- Prati, G., et Pietrantonio, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49(4), 669-677.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000.320768-770.
- Reason, J. (2002). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate
- Rosenstein AH, O'Daniel M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 34(8):464-471.
- Rydenfalt C, Ek A, Larsson PA. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. *BMJ.* 2014;23(3):183-6.
- Schack WS, Boermeester MA. (2010). Patient safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. *Current opinion in Anesthesiology* 23(6):754-758.
- Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, et al. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology* 2006;105:877-84.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 745-749.
- Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017). "The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
- Stout RJ, Cannon-Bowers JA, Salas E, Milanovich DM. Planning, shared mental models, and coordinated performance: an empirical link is established. *Human Factors.* 1999;41(1):61-71.
- The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations. (2003). *Comprehensive accreditation manual for hospitals*, JCAHO, Chicago, IL.

- The Joint Commission. (2012). Sentinal event data: root causes by type. Διαθέσιμο από [at: www.jointcommission.org/assets/1/18/Root\\_Causes\\_Event\\_Type\\_2004-3Q2011.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-3Q2011.pdf)
- Ulatowski TA. FDA: Reuse of Single-Use Devices. In: Rutala WA. (2004). ed. Disinfection, sterilization and antisepsis: Principles, practices, challenges, and new research. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.15-23
- Undre S, Sevdalis N, Healey A N. *et al* Teamwork in the operating room: cohesion or confusion? *J Eval Clin Pract* 2006.12182-189.
- van den Berg-Dijkmeijer, M. L., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2011). Risks and health effects in operating room personnel. *Work*, 39(3), 331-344.
- Veelen M, Nederlof E, Goossens C. *et al.* (2003). Ergonomic problems encountered by the medical team related to products used for minimally invasive surgery. *Surg Endosc* 171077-1081.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*. 322: 517-19.
- Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. (2000). Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Canadian Journal of Surgery* 43(2):113-117.
- Wauben LS, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD *et al.* Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *Int J Qual Health Care* 2011; 23: 159-66.
- Weber DO.(2004). Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician Exec.* 30(5):6-14.
- Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9633):139-44.

Welty G, Schippers E, Grablowitz V. *et al.* (2002). Is laparoscopic cholecystectomy a mature technique? *Surg Endosc.* 16:820-827

WHO Surgical Safety Checklist. (2008).  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590\\_eng\\_Checklist.pdf;jsessionid=6A8F3EA05758BE49B0048E0579350163?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng_Checklist.pdf;jsessionid=6A8F3EA05758BE49B0048E0579350163?sequence=2)

WHO. (2009). World alliance for patient safety. safe surgery saves lives. the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives

Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, EL-Assady r *et al.* (2012). Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *Br Med J.*, 344:e832

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. (2005). The quality in the Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163 (9):458- 471.

World Health Organization (WHO)(2014).Patient Safety. Geneve; Διαθέσιμο από: [http://www.who.int/patient\\_safety/about/en/](http://www.who.int/patient_safety/about/en/)

World Health Organization. (WHO) (2016). Partnerships for safer health service delivery: Evaluation of WHO African Partnerships for Patient Safety 2009 - 2014. 2015; Geneve Switzerland. Διαθέσιμο από: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176272/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176272/1/WHO_HIS_SDS_2015.1).

World Health Organization. 2008.  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Checklist\\_finalJun08.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1)

Zhang, H., Wiegmann, D.A, . von Thaden, T.L., Sharma, G., & Mitchell, A.A. (2002). Safety culture: A concept in Chaos? University of Illinois at Urbana-Champaign .Proceedings of the 46 Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society. Santa Monica: IL.

Zohar D., & Luria, G . (2003). The use of supervisory practices as leverage to improve safety behaviour: a cross-level intervention model. *Journal of Safety Research*, 34, 567-577

Zohar, D. (2002). Modifying supervisory practices to improve sub-unit safety: A leadership-based intervention model. *Journal of Applied Psychology*, 43, 83-102

### *Ελληνική Βιβλιογραφία*

Βασιλείου, Γ. (1987). Ο Άνθρωπος ως Σύστημα. Στο: Τσιάντης, Μ., Μανωλόπουλος, Σ. (Επιμ.), Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Α'. Καστανιώτης, Αθήνα.

Λιαχοπούλου Α, Δεληγιαννίδη Π, Σαρίδη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Μπίρμπας Κ. (2012). Καταγραφή και συσχέτιση των σφαλμάτων που διαπράττονται στη χειρουργική αίθουσα με αιτιολογικούς παράγοντες. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 5(2):38-59.

Meyer, Ernst: Ομαδική διδασκαλία, Θεμελίωση και παραδείγματα, εκδοτικός οίκος, Αφοι Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 1987

Ραφτόπουλος Β. (2007). Ωφελείν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. Νοσηλευτική. 46 (2):167-8.

Τούντας ΓΚ. (2008). Ιατρογενής νοσηρότητα. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική. διεύθυνση: <http://panacea.med.uoa.gr/topic>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

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

ΠΑΤΡΑ 10 /01/2019

Αριθμ. Πρωτ. 1489.

ΠΡΟΣ  
κ. Κοτταρά Γεωργία,  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

**Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών Δεδομένων στο Γ.Ν. Τρίπολης και στο Γ.Ν. Άργους**

**Σχετ:** - Το από 03.12.2018 αίτημά σας

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
- Η υπ' αρ.Α3(γ)/οκ.23133/27.03.2017 (ΦΕΚ1305/Τεύχος Β'/13.04.2017) Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων Υποδιοικήτων της ΥΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας και λαμβάνοντας υπόψη, την υπ'αριθμ. 51/05.09.2018 απόφαση Ε.Σ. του Γ.Ν. Άργους και την υπ' αριθμ. 1233/03.10.2018 (θέμα 16<sup>ο</sup>) απόφαση Ε.Σ. του Παναρκαδικού Γ.Ν. Τρίπολης, εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το αμαρικό πνεύμα και την ασφάλεια», με την επισημάνση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ'αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθούν οικονομικά τα Νοσοκομεία, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία τους και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:  
-Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ  
-ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ Γ.Ν.  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
Α/Α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α. ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

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

ΠΑΤΡΑ 21 /11/2018

Αριθμ. Πρωτ. 43136

ΠΡΟΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ  
(με την παράκληση ενημέρωσης της  
κ. Κοτταρά Γεωργία)

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

**Σχετι** - Το υπ'αριθμ. 30234/30.10.2018 έγγραφο σας

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
- Η υπ' αρ.Α3(Υ)/οικ.23133/27.03.2017 (ΦΕΚ1305/Τεύχος Β'/13.04.2017) Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων Υποδιοικητών όης ΥΠΕ Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 16/09.10.2018 (θ.10<sup>ο</sup>) απόφαση Ε.Σ. του νοσοκομείου σας, εγκρίνουμε στην κ. *Κοτταρά Γεωργία*, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα: «*Στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το αμαρτικό πνεύμα και την ασφάλεια*», με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ'αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο σας, δεν θα παρακλυθεί η ομαλή λειτουργία του και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΡΑΦΕΥΜΑΤΕΙΑΣ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
Α/Α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α. ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

The screenshot shows the Adobe Acrobat Reader DC interface. The window title is "kottara.pdf - Adobe Acrobat Reader DC". The menu bar includes "File", "Edit", "View", "Window", and "Help". The toolbar shows various navigation and editing tools. The main content area displays a forwarded email message with the following details:

----- Forwarded message -----  
From: Γεωργία Κωττάρα <[gekottara10@gmail.com](mailto:gekottara10@gmail.com)>  
Date: Σάβ, 15 Δεκ 2018 στις 6:47 μ.μ.  
Subject: Re: PERMISSION FOR QUESTIONNAIRE  
To: Flin, Rhona <[r.flin@abdn.ac.uk](mailto:r.flin@abdn.ac.uk)>

That's great, thank you very much.

Στις Σάβ, 15 Δεκ 2018 στις 2:14 μ.μ., ο/η Flin, Rhona <[r.flin@abdn.ac.uk](mailto:r.flin@abdn.ac.uk)> έγραψε:  
Dear Kottara

The ORMAQ questionnaire was designed by Helmreich et al and we had permission to adapt it.

You have my permission to use our version in your study.

Thank you for making the request.

Best wishes

Rhona

Rhona Flin  
Emeritus Professor of Applied Psychology  
University of Aberdeen  
King's College, Old Aberdeen AB24 3UB  
(44) 01224 272341  
[www.abdn.ac.uk/jorg](http://www.abdn.ac.uk/jorg)

-----  
From: Γεωργία Κωττάρα <[gekottara10@gmail.com](mailto:gekottara10@gmail.com)>

The left sidebar shows a list of files and folders, including "Απεσταλμένα", "Αρχειοθέτηση", "Ενοχλ. αλληλ", "Κάδος απορ/των", "Λιγότερα", "Προβολές", "Απόκρυψη", "Φωτογραφίες", "Εγγραφα", "Φάκελοι", "Απόκρυψη", "+ Νέος φάκελος", "Γιορτες - Γενεθλια", "εκαπτη συμμετοχες", "ευρεση εργασιας", "ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ", "ομηρου", "bilma", "eikones", "ergasia", "geneθlia 2011", and "yika". The right sidebar contains various tool icons for navigation and editing.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιότιμοι συνάδελφοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα *«Στάσεις των μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με το ομαδικό πνεύμα και την ασφάλεια»*.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και απαιτεί 5- 10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,  
Κοτταρά Γεωργία

### Ατομικά Στοιχεία

|                                     |                                       |   |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Φύλο: <input type="checkbox"/>   | Άνδρας <input type="checkbox"/>       | Γυναίκα <input type="checkbox"/>                        |
| 2. Ηλικία.....                      |                                       |   |
| 3. Βαθμίδα εκπαίδευσης:             | ΠΕ <input type="checkbox"/>           | ΤΕ <input type="checkbox"/> ΔΕ <input type="checkbox"/> |
| 4. Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων:    | Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> | Διδακτορικό <input type="checkbox"/>                    |
| 5. Ειδικότητα:                      | Ιατρός <input type="checkbox"/>       | Νοσηλεύτης <input type="checkbox"/>                     |
| 6. Χειρουργείο που εργάζεστε:       |                                       |   |
| 7. Έτη εμπειρίας σε Νοσοκομείο..... |                                       |   |

**Παρακαλώ σημειώστε με ποιες από τις παρακάτω δηλώσεις διαφωνείτε ή συμφωνείτε.**

|   | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ -ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|-----------------|---------|----------------------------|---------|-----------------|
| <b>Δομή ηγεσίας</b>   |                 |         |                            |         |                 |
| Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι έμπειροι χειρουργοί θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους νοσηλευτές, να κάνουν ερωτήσεις σχετικές με το χειρουργείο. |                 |         |                            |         |                 |
| Οι γιατροί που ενθαρρύνουν τις προτάσεις των μελών μιας χειρουργικής ομάδας είναι αδύναμοι ηγέτες.  |                 |         |                            |         |                 |
| Η επιτυχής έκβαση μίας χειρουργικής επέμβασης αποτελεί κατά κύριο λόγο συνάρτηση της ιατρικής και τεχνικής επάρκειας του γιατρού.   |                 |         |                            |         |                 |
| Η ηγεσία της χειρουργικής ομάδας κατά τα διαλείμματα θα πρέπει να ξεκουράζεται με το ιατρικό προσωπικό.   |                 |         |                            |         |                 |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Δεν υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ένα εκπαιδευόμενο ή νέο μέλος της χειρουργικής ομάδας να πρέπει να αναλάβει τον έλεγχο της διαχείρισης του ασθενούς.                                     |  |  |  |  |  |
| <b>Εμπιστοσύνη</b>  |  |  |  |  |  |
| Σε επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, το ανώτερο ή εμπειρότερο μέλος μίας ομάδας θα πρέπει να λαμβάνει όλες εκείνες τις αποφάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες ζωή.            |  |  |  |  |  |
| Τα νέα ή εκπαιδευόμενα μέλη μίας χειρουργικής ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις οι οποίες λαμβάνονται από τα παλαιότερα και εμπειρότερα μέλη                                     |  |  |  |  |  |
| Αν αντιληφθώ ένα πρόβλημα σχετικό με τη διαχείριση ενός ασθενούς, θα μιλήσω, ανεξάρτητα από το ποιος μπορεί να επηρεαστεί.  |  |  |  |  |  |
| Σε κρίσιμες καταστάσεις, βασίζομαι στους ανωτέρους μου για να με ενημερώσουν σχετικά με το τι πρέπει να κάνω.   |  |  |  |  |  |
| Μερικές φορές αισθάνομαι άβολα λέγοντας σε άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας ότι πρέπει να αναλάβουν κάποια δράση.  |  |  |  |  |  |
| Τα μέλη της ομάδας δεν πρέπει να αμφισβητούν τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανώτερων ή, εμπειροτέρων μελών, εκτός κι εάν αυτοί με τις πράξεις τους απειλούν την ασφάλεια του χειρουργείου. |  |  |  |  |  |
| Πάντα θέτω ερωτήσεις όταν αισθάνομαι ότι υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνω.  |  |  |  |  |  |
| <b>Διάχυση πληροφοριών</b>  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>Η τακτική ενημέρωση μετά τη χειρουργική επέμβαση, ή την βάρδια, σχετικά με διαδικασίες και αποφάσεις, αποτελεί σημαντικό μέρος της ανάπτυξης και της διατήρησης της αποτελεσματικής συνεργασίας της ομάδας.</p>      |  |  |  |  |  |
| <p>Τα υπεύθυνα μέλη της ομάδας θα πρέπει να διατυπώνουν προφορικά τα σχέδια για τις διαδικασίες ή τις ενέργειες και θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι αυτές οι πληροφορίες κατανοούνται και αναγνωρίζονται από άλλους.</p> |  |  |  |  |  |
| <p>Οι αρχηγοί της ομάδας και οι συνάδελφοί μου, με ενθαρρύνουν ώστε να αναφέρω ,οποιαδήποτε περιστατικά μπορεί να πέσουν στην αντίληψή μου.</p>   |  |  |  |  |  |
| <p>Η ενημέρωση της χειρουργική ομάδας πριν από το χειρουργείο είναι σημαντική για την ασφάλεια του χειρουργείου και την αποτελεσματική διαχείριση της ομάδας.</p>   |  |  |  |  |  |
| <p><b>Άγχος και κόπωση</b></p>  |  |  |  |  |  |
| <p>Ακόμη και όταν κουραστώ κατά τη διάρκεια κρίσιμων φάσεων των χειρουργικών επεμβάσεων, συνεχίζω να εκτελώ αποτελεσματικά την εργασία μου.</p>   |  |  |  |  |  |
| <p>Πρέπει να ενημερωνόμαστε και να είμαστε ευαίσθητοι με τα προσωπικά προβλήματα των άλλων μελών της ομάδας.</p>  |  |  |  |  |  |
| <p>Επιτρέπω στα άλλα μέλη της ομάδας να γνωρίζουν πότε ο φόρτος εργασίας μου είναι ή πρόκειται να γίνει υπερβολικός.</p>  |  |  |  |  |  |
| <p>Η δυνατότητα λήψεως αποφάσεων από την πλευρά μου, είναι εξίσου καλή σε συνήθεις καταστάσεις , αλλά</p>   |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| και σε επείγουσες καταστάσεις.   |  |  |  |  |  |
| Είναι πιο πιθανό να κάνω λάθη σε τεταμένες ή εχθρικές καταστάσεις  |  |  |  |  |  |
| Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν αγχώνομαι ή κουράζομαι.  |  |  |  |  |  |
| Οι επιδόσεις μου δεν επηρεάζονται αρνητικά από τη συνεργασία με ένα άπειρο ή λιγότερο ικανό μέλος της ομάδας.  |  |  |  |  |  |
| Τα μέλη της ομάδας πρέπει να παρακολουθούνται μεταξύ τους για ενδείξεις άγχους ή κόπωσης.  |  |  |  |  |  |
| Εκνευρίζομαι όταν πρέπει να συνεργαστώ με άπειρο ιατρικό προσωπικό.  |  |  |  |  |  |
| Ένας πραγματικός επαγγελματίας, ως μέλος της ομάδας μπορεί να παραμερίσει τα προσωπικά του προβλήματα όταν εργάζεται στο χειρουργείο.  |  |  |  |  |  |
| Τα μέλη της ομάδας σε μία χειρουργική αίθουσα, πριν ή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας, πρέπει να αισθάνονται υποχρεωμένα να αναφέρουν το δικό τους ψυχολογικό άγχος ή οποιοδήποτε σωματικό πρόβλημα σε άλλα μέλη του προσωπικού. |  |  |  |  |  |
| Τα προσωπικά προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την απόδοση μου.  |  |  |  |  |  |
| <b>Ομαδική εργασία</b>   |  |  |  |  |  |
| Τα μόνα άτομα τα οποία είναι αρμόδια να μου κάνουν κριτική, είναι μόνο τα μέλη του δικού μου επαγγέλματος.   |  |  |  |  |  |
| Είναι προτιμότερο να συμφωνείτε με άλλα μέλη της ομάδας του χειρουργείου παρά να εκφράζετε   |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| διαφορετική άποψη.  |  |  |  |  |  |
| Οι ευθύνες του γιατρού περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των μελών της ομάδας του αλλά και των άλλων ομάδων υποστήριξης.   |  |  |  |  |  |
| Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας μοιράζονται τις ευθύνες για την ιεράρχηση δραστηριοτήτων σε συνθήκες υψηλού φόρτου εργασίας.                                      |  |  |  |  |  |
| Μου αρέσει να εργάζομαι ως μέλος μιας ομάδας.   |  |  |  |  |  |
| Για την επίλυση συγκρούσεων, τα μέλη της ομάδας πρέπει να συζητούν ανοιχτά τις μεταξύ τους διαφορές.  |  |  |  |  |  |
| Όλα τα μέλη της ομάδας του χειρουργείου έχουν τα προσόντα ώστε να μου κάνουν σχόλια ανατροφοδότησης.  |  |  |  |  |  |
| Η αντίληψη της ομαδικής εργασίας όλου του προσωπικού του Χειρουργείου, δε λειτουργεί σε αυτό το νοσοκομείο.   |  |  |  |  |  |
| Ο αποτελεσματικός συντονισμός και η συνεργασία της χειρουργικής ομάδας, απαιτεί από τα μέλη της να λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικότητες των άλλων μελών της ομάδας. |  |  |  |  |  |
| <b>Εργασιακές αξίες</b>   |  |  |  |  |  |
| Τα εμπειρότερα μέλη του προσωπικού, αξίζουν επιπλέον οφέλη και προνόμια.  |  |  |  |  |  |
| Δουλεύω καλύτερα όταν οι άνθρωποι με αφήνουν μόνο.  |  |  |  |  |  |
| Με ενοχλεί όταν άλλοι δεν σέβονται τις επαγγελματικές μου δυνατότητες.  |  |  |  |  |  |
| Προσπαθώ να είμαι ένα άτομο με το οποίο θα μπορούν να δουλεύουν και   |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| να συνεργάζονται όλοι μαζί του.  |  |  |  |  |  |
| Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η ικανότητά μου από τους άλλους.   |  |  |  |  |  |
| Εκτιμώ τα θετικά σχόλια για τη δουλειά μου.  |  |  |  |  |  |
| Όσο η εργασία διεκπεραιώνεται, δεν με νοιάζει τι σκέφτονται οι άλλοι.  |  |  |  |  |  |
| Η καλή φήμη στο Χειρουργείο είναι σημαντική για μένα.  |  |  |  |  |  |
| Εκτιμώ την καλή θέληση των συναδέλφων μου - Με νοιάζει να με θεωρούν οι άλλοι φιλικό και συνεργάσιμο.              |  |  |  |  |  |
| Είναι προσβλητικό για μένα να πιέζομαι για να περιμένω άσκοπα άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας.                   |  |  |  |  |  |
| Στην χειρουργική αίθουσα, λαμβάνω τον απαραίτητο σεβασμό που αξίζει κάποιος ο οποίος ασκεί το επάγγελμά μου.       |  |  |  |  |  |
| <b>Λάθη/ διαδικασίες συμμόρφωσης</b>   |  |  |  |  |  |
| Τα σφάλματα αποτελούν ένδειξη ανικανότητας.  |  |  |  |  |  |
| Ντρέπομαι όταν κάνω λάθος μπροστά σε άλλα μέλη της ομάδας.   |  |  |  |  |  |
| Οι διαδικασίες και οι πολιτικές ακολουθούνται αυστηρά στο Χειρουργείο.   |  |  |  |  |  |
| Τα λάθη αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο σε αυτό το νοσοκομείο.   |  |  |  |  |  |
| Το ανθρώπινο λάθος είναι αναπόφευκτο.  |  |  |  |  |  |
| Τα μέλη της ομάδας συχνά αγνοούν βασικούς κανόνες ή οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα , κανόνες |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| αποστειρωμένου πεδίου κτλ) τα οποία πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε Χειρουργείο.  |  |  |  |  |  |
| <b>Οργανωτικό κλίμα</b>  |  |  |  |  |  |
| Το Τμήμα παρέχει επαρκείς και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με συμβάντα τα οποία λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο και μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μου. |  |  |  |  |  |
| Το να εργάζεσαι σε αυτό το Νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος μιας μεγάλης οικογένειας.   |  |  |  |  |  |
| Η ηγεσία του Τμήματος που εργάζομαι, ακούει το προσωπικό και φροντίζει τις ανησυχίες μας.  |  |  |  |  |  |
| Είμαι περήφανος που εργάζομαι για αυτό το νοσοκομείο.  |  |  |  |  |  |
| Μου αρέσει η δουλειά μου.  |  |  |  |  |  |
| Έχω λάβει επαρκή εκπαίδευση ώστε να μπορώ επιτυχώς να ολοκληρώσω τη δουλειά μου.   |  |  |  |  |  |

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ !!**