



**Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Επιστήμων Υγείας**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

### **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Οι απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής Κύπρου και Ελλάδας  
για την εκπαίδευση τους σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών.**

Μαρία Δημητριάδου

#### **Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Δρ Παπασταύρου Ευριδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)

Δρ Μερκούρης Αναστάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Δρ Χαραλάμπους Ανδρέας, Επίκουρος Καθηγητής

Λεμεσός, Δεκέμβριος 2021

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Οι απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής Κύπρου και Ελλάδας για την εκπαίδευση τους σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών.**

Μαρία Δημητριάδου

**ΛΕΜΕΣΟΣ, Δεκέμβριος, 2021**

**Έντυπο έγκρισης**

**Διδακτορική διατριβή**

**Οι απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής Κύπρου και Ελλάδας για την εκπαίδευση τους σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών**

Παρουσιάστηκε από

Μαρία Δημητριάδου

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Δρ Μίτλεττον Νίκος Αναπληρωτής Καθηγητής

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Δρ Καλοκαιρινού Αθηνά, Καθηγήτρια

Υπογραφή \_\_\_\_\_

**Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Λεμεσός, Δεκέμβριος, 2021

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Μαρία Δημητριάδου, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμότερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, για την καθοδήγησή της, τη συμπαράσταση και την υπομονή της στην ολοκλήρωση αυτού του ταξιδιού και την επίτευξη του προσωπικού μου στόχου. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον αναπληρωτή καθηγητή, Δρ Αναστάσιο Μερκούρη, για τη συνεχή και γενναιόδωρη συμβουλευτική παρουσία του και την ενθάρρυνση που μου παρείχε, η οποία ήταν καθοριστική για την υλοποίηση της έρευνας,. Επιπλέον, ευχαριστώ τον αναπληρωτή καθηγητή, Δρ Αντρέα Χαραλάμπους, για τη συνεισφορά του και την εγκάρδια υποστήριξη.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω γενικά όλους, οι οποίοι έμμεσα και άμεσα συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της, όπως τους βιβλιοθηκονόμους του τμήματος νοσηλευτικής, συναδέλφους και συνεργάτες του τμήματος και βεβαίως τους φοιτητές νοσηλευτικής για την πρόθυμη συμμετοχή τους και συμβολή τους στην έρευνα.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τον σύζυγο μου για την αμείωτη συμπαράσταση, την κατανόηση και την πολύπλευρη στήριξή του κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

## Αφιέρωση

*Η μελέτη αφιερώνεται σε όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής που έχουν σαν στόχο, μέσα από την προπτυχιακή τους εκπαίδευση, να πετύχουν ένα υψηλό φάσμα ικανοτήτων, με επίγνωση για τη σοβαρότητα του ρόλου τους στην προαγωγή της Ασφάλειας Ασθενών.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στις μέρες μας, η ασφάλεια των ασθενών (AA) βρίσκεται ψηλά στις προτεραιότητες των Εθνικών Συστημάτων Υγείας. Οι νοσηλευτές έχουν έναν σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν στη διασφάλιση και στη βελτίωση της AA. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που διαπιστώνουν ότι η AA δεν ενσωματώνεται επαρκώς στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής. Συνεπώς, αυτό δεν βοηθά τους φοιτητές να αποκτήσουν επιστημονικές γνώσεις και να αναπτύξουν ισχυρές ικανότητες, προκειμένου να διασφαλίσουν την ασφάλεια των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής στην Κύπρο και την Ελλάδα σε σχέση με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες που έχουν λάβει για την ασφάλεια ασθενών μέσα από την εκπαίδευση τους. Επιπρόσθετα, μελετώνται και οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με τις παραλείψεις φροντίδας, οι οποίες εντάσσονται στο θεωρητικό πλαίσιο των νοσοκομειακών λαθών.

**Μεθοδολογία:** Ακολουθήθηκε μικτού τύπου σχεδιασμός. Αρχικά, έγινε ανάλυση κειμένων (προγράμματα σπουδών, περιγράμματα, εθνικές και ευρωπαϊκές νομοθεσίες). Στην συνέχεια, έγινε ανασκόπηση βιβλιογραφίας, με βάση την οποία αποφασίστηκε και ακολουθήθηκε περιγραφικός-συγκριτικός σχεδιασμός, και τα δεδομένα συνελέγησαν με ερωτηματολόγια γνώσεων και στάσεων, το οποίο εμπλουτίστηκε και με ποιοτικά στοιχεία. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής τρίτου και τέταρτου έτους όλων των πανεπιστημίων, τα οποία προσφέρουν προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής στην Κύπρο (n=229) όπως και ενός πανεπιστημίου στην Ελλάδα (n=381). Χρησιμοποιήθηκαν: α) το ερωτηματολόγιο Health Professional Education Survey Safety Patient (H-PEPSS) 34-δηλώσεων, το οποίο αξιολογούσε τις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει στις αίθουσες διδασκαλίας (Θεωρητικό περιβάλλον) και κλινική άσκηση. Οι δηλώσεις κατανεμήθηκαν σε 7 ικανότητες, οι 6 από αυτές αναφέρονταν στις κοινωνικοπολιτιστικές ικανότητες και 1 στην κλινική ασφάλεια (τεχνικές δεξιότητες) και β) το 23-δηλώσεων ερωτηματολόγιο Health Care Professionals Patient safety Assessment Curriculum survey

(HPPSACS), στο οποίο διερευνάται η στάση και οι δεξιότητες σε θέματα ασφάλειας ασθενών και γ) Ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της μελέτης και περιλάμβανε ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήματα που στόχευαν να αναδείξουν το θέμα των παραλείψεων των νοσηλευτικών φροντίδων να διερευνηθεί τι αντιλαμβάνονταν οι φοιτητές ως παράλειψη και ποιοι μπορεί να είναι οι λόγοι και ποιες οι εκβάσεις τους, θέτοντας σε κίνδυνο την ΑΑ. Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, όπως η δοκιμασία Wilcoxon signed-rank test, για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων τιμών μεταξύ των δύο χώρων εκπαίδευσης (αίθουσες διδασκαλίας– κλινική άσκηση) και η δοκιμασία Mann-Whitney test, για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων τιμών των κλιμάκων μεταξύ των δύο χωρών (Κύπρος – Ελλάδα), όπως και για τη σύγκριση των δύο ετών σπουδών. Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από του ανοικτού τύπου ερωτήματα για το φαινόμενο των παραλείψεων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis).

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση κειμένων έχει δείξει ότι τα θέματα ασφάλειας ασθενών δεν διδάσκονται ξεκάθαρα και συστηματικά σε μάθημα στα προγράμματα σπουδών, ενώ παρατηρείται έλλειψη κοινοτικών ή κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με το πώς θα πρέπει να εισαχθεί τα θέματα ασφάλειας ασθενών στο αναλυτικό πρόγραμμα. Η οποιαδήποτε αναφορά στην ΑΑ γινόταν έμμεσα, εμπερικλείοντας τον όρο «ασφάλεια» στους μαθησιακούς στόχους ή/και στη φιλοσοφία του μαθήματος. Σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει σε συγκεκριμένες ικανότητες, υψηλότερα δηλώθηκαν στην «κλινική ασφάλεια» και χαμηλότερα στην «ομαδική εργασία». Οι απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει σχετικά με την ΑΑ εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες στη διδασκαλία στις αίθουσες διδασκαλίας (μέσος όρος ( $\mu$ ) = 4,0), σε σύγκριση με την κλινική διδασκαλία ( $\mu$ =3,7) (κλίμακα 1-5) ( $p < 0,001$ ). Σε σχέση με τις απόψεις των Κύπριων και Ελλαδίτων φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει στις αίθουσες διδασκαλίας και κλινική άσκηση, καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Κύπριων και των Ελλαδίτων φοιτητών σε όλες τις ικανότητες, με τους Κύπριους φοιτητές να αναφέρουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων (αίθουσες διδασκαλίας  $\mu$ =4.3 - κλινική διδασκαλία  $\mu$ = 4.1) σε σχέση με τους Ελλαδίτες φοιτητές (αίθουσες διδασκαλίας  $\mu$ =3.7 - κλινική διδασκαλία  $\mu$ =3.4)



( $p < 0.001$ ). Όσον αφορά στις στάσεις, το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφέρθηκε στην «άρνηση» (μέσος όρος 2.1) (κλίμακα 1-5), δηλαδή οι φοιτητές είχαν θετική στάση σε σχέση με την αναφορά λάθους που έχουν δει ή που έχουν κάνει ακόμα και αν δεν προκάλεσε βλάβη, ενώ πίστευαν ότι τα περισσότερα λάθη οφείλονταν σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας θα μπορούσε να κάνει κάτι. Στη σύγκριση μεταξύ των δύο χωρών, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (Κύπρος  $\mu = 2.4$ , Ελλάδα  $\mu = 2.3$ ,  $p < 0.05$ ), αλλά φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη σπουδών (3<sup>ο</sup> έτος = 2.2, 4<sup>ο</sup> έτος = 2.5,  $p < 0.001$ ). Συμφώνα με τις απόψεις των φοιτητών, οι δραστηριότητες φροντίδας που αναφέρθηκαν να παραλείπονταν αφορούσαν την ασφαλή φροντίδα, τις βασικές ανάγκες, την επικοινωνία, το σεβασμό και αξιοπρέπεια και την αξιολόγηση αναγκών. Ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμβάντων ήταν η αδιαφορία, η έλλειψη γνώσεων, η υποστελέχωση και ο φόρτος εργασίας. Τέλος, σε σχέση με τις επιπτώσεις που μπορούν να οδηγήσουν οι παραλείψεις φροντίδας, θέτοντας σε κίνδυνο την ΑΑ, ήταν οι ενδονοδοκομειακές λοιμώξεις, η αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας και η αρνητική ψυχολογική, συναισθηματική κατάσταση και μειωμένη ικανοποίηση του χρήστη από τις υπηρεσίες υγείας.

**Συζήτηση:** Η ΑΑ στην νοσηλευτική εκπαίδευση βρίσκεται στο παρασκήνιο παρά τις συστάσεις της τελευταίας δεκαετίας από διάφορους ευρωπαϊκούς και διεθνείς φορείς. Η ασφάλεια ασθενών φαίνεται να αποτελεί ένα επουσιώδες θέμα στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στις δύο χώρες. Εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο και με τη πρόσφατη βιβλιογραφία. Επίσης, τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν τη διαφορά στις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει μεταξύ της διδασκαλίας στις αίθουσες και την κλινική διδασκαλία σε συγκεκριμένες ικανότητες που προάγουν την ασφάλεια ασθενών. Τα ευρήματα αποτελούν αντικείμενο προβληματισμού ως προς τη συνεργασία, και την αλληλένδετη σχέση του ακαδημαϊκού (θεωρητικού) και κλινικού χώρου. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι η διδασκαλία των κλινικών ικανοτήτων σε σχέση με την κλινική ασφάλεια υπερτερούν των κοινωνικοπολιτιστικών ικανοτήτων. Αυτό δημιουργεί ένα έντονο προβληματισμό στην ακαδημαϊκή κοινότητα πως θέματα όπως η ομαδικότητα, η αναγνώριση και η αναφορά συμβάντων, οι οργανωτικοί και ανθρωπίνι παράγοντες, απουσιάζουν σε σημαντικό βαθμό από τα αναλυτικά προπτυχιακά

προγράμματα σπουδών των δύο χωρών, υποδεικνύοντας ότι τα παρόντα προγράμματα σπουδών αδυνατούν να προάγουν την αντίληψη της ΑΑ ως ένα πολυπαραγοντικό και διεπαγγελματικό ζήτημα. Οι φοιτητές, επίσης, έδειξαν να είναι ευαισθητοποιημένοι και έχουν μια θετική στάση αναφοράς του λάθους, παρόλο που αμφισβητούσαν την συνεισφορά των συστημάτων αναφοράς στη μείωση μελλοντικών λαθών. Τέλος, διαφάνηκε ότι οι φοιτητές κατά την κλινική τους άσκηση εκτίθενται σε περιστατικά παραλείψεων της φροντίδας, τα οποία θα μπορούσαν να επιδράσουν στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση τους στο επάγγελμα.

**Συμπέρασμα:** Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι τα παρόντα πρόγραμμα σπουδών αδυνατούν να προωθήσουν τη βελτιωμένη απόδοση στον τομέα της ΑΑ ως πολυπαραγοντικό και διεπαγγελματικό ζήτημα. Τα ευρήματα μπορούν να συμβάλουν στην εξεύρεση στρατηγικών που θα ενισχύσουν τις μαθησιακές δραστηριότητες κατανόησης και κριτικής αξιολόγησης καταστάσεων που βελτιώνουν την ΑΑ με την απόκτηση των σχετικών γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων. Η συμπερίληψη ξεκάθαρων ευρωπαϊκών οδηγιών και πολιτικών θα μπορούσαν να επηρεάσουν σε μακρό επίπεδο (εκπαίδευση), μέσο (οργάνωσης ακαδημαϊκού και κλινικού χώρου) και μικρό επίπεδο (απόκτηση ικανοτήτων) την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Επίσης, κάτω από τον κίνδυνο αποδοχής του φαινομένου των παραλείψεων αποδεικνύεται ότι οι πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη ικανοτήτων για την ασφάλεια ασθενών πρέπει να γίνονται αντιληπτές όσο πιο νωρίς γίνεται κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση και ειδικότερα στην πρώτη επαφή με τον κλινικό χώρο. Η έγκαιρη εμπλοκή των φοιτητών νοσηλευτικής με τα θέματα ασφάλειας ασθενών στα αρχικά στάδια των σπουδών τους, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη και τη διαμόρφωση μακροχρόνιας κουλτούρας για την ΑΑ μέσα από την επίτευξη αλλαγών συμπεριφοράς που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ΑΑ μέσω αλλαγών στο σύστημα.

**Λέξεις ευρητηριαμού:** Ασφάλεια ασθενών, προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, ικανότητες, γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες, φοιτητές νοσηλευτικής.

## **ABSTRACT**

**Background:** Patient safety (PS) is currently high on the priorities of National Health Systems worldwide. Nurses have an important role to play in securing and improving PS with core actions in error prevention and health promotion. However, there is evidence that PS is not sufficiently integrated into undergraduate nursing programs. This does not help students to acquire scientific knowledge and develop strong skills in order to ensure the safety of patients throughout their professional lives.

**Aim:** The aim of the study is to explore Cypriot and Greek nursing students' perception in relation to the knowledge, attitudes and skills they have acquired in patient safety issues during their undergraduate education program. In the context of patient safety, the present study also explores students' views of missed care, in terms of what they noticed during their clinical practice, as well as their perceptions with regard to the possible causes and potential consequences.

**Methodology:** A mixed method methodology was used using quantitative and qualitative methods. Initially, document analysis (curricula, lessons outlines, national and European legislation) was done, followed by a scoping review. Based on that document and review, a descriptive-comparative approach was decided, whereas the data were collected through questionnaires on knowledge and attitudes, enriched with qualitative data as well. The study sample consisted of all undergraduate nursing students in their third and fourth year across all universities offering nursing programs in Cyprus (n = 243) and one university in Greece (n = 481). Differences between the students' perceptions regarding the knowledge they received both in the classrooms and in the clinical area was studied, as well as the differences between Greece and Cyprus and between the years of studies. The following tools were used a) the 34-statement Health Professional Education Survey Safety Patient (H-PEPSS) tool in order to explore the students' self-assessment of the knowledge gained in classrooms and clinical practice b) the 23-statement Health Care Professionals Patient questionnaire safety Assessment Curriculum survey (HPPSACS), to examine patient safety attitudes and skills, and (c) Open-ended questions examined students' perception about the type of care missed by nurses, the reasons and the

outcomes of missed care. For the statistical analysis, the study advocated the nonparametric Wilcoxon–test was used for detecting differences between the classroom and the clinical area and Mann–Whitney test was used for detecting the differences between countries (Cyprus and Greece) and between 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> year of study. The qualitative data gathered through the open-ended questions, were analyzed using a content analysis approach.

**Results:** The document analysis has indicated that patients' safe issues are not taught clearly and in consistency in the educational curriculum. Any possible reference to patient safety was done in an indirect way, including the terms 'safe care' awareness" and "identification of risks" into the learning objectives and the philosophy of the lesson. At the same time, there is lack of European Union guidance as to how patients' safety standards and competencies can be introduced in the curriculum. Students assessed the knowledge of patient safety significantly higher ( $p < 0.001$ ) in the classroom (average = 4.0), compared to the clinical practice (3.7) (scale 1-5). In relation to the level of knowledge acquired, statistically significant differences were recorded between the countries in all variables with the Cypriot students reporting a higher level of acquired knowledge compared to the Greek students ( $p < 0.001$ ). The highest level of knowledge was reported in "clinical safety" and the lowest in "teamwork". Regarding attitudes, the lowest level of agreement referred to "Denial" (mean: 2.1 in a scale 1-5), which means that students disagreed with the attitude of not reporting an error occurred. This attitude was found to be statistically significant ( $p < 0.001$ ) between the countries with Cypriots reporting higher compared to Greek students but no statistical differences between years of study. Finally, according to students' perception the nursing activities regularly missed concerned safe care, basic needs, communication, respect and dignity, and needs assessment. Regarding the factors that contribute to the occurrence of events were the lack of knowledge, understaffing and workload. Finally, in relation to the effects of missed care students stated inhospital-acquired infections, increased morbidity and mortality, a negative psychological, and emotional state and reduced user satisfaction with health services.

**Discussion:** In this study, overall, students reported that they were more confident in their knowledge about patient safety issues gained in the classroom setting than in the clinical

setting. The finding is a matter of concern in terms of cooperation and the interconnectedness of the academic and clinical area, in order to advance patient safety competence and ingrain a culture of safety within the undergraduate curriculum. Also, students reported self-perceived learning about patient safety on the technical aspects higher than the sociocultural aspects (i.e. teamwork, leadership, communication, collaboration and risk management) in both settings. The results indicate that the curricula do not place as much emphasis on the sociocultural issues of patient safety. Students were, therefore, less familiar with the sociocultural issues of patient safety which is an alarming finding, as national and international reports address patient safety on a system-wide basis. That is supported by the least agreement found in this study in both settings on collaboration and teamwork, in organizational issues and confidence in error recognition and its reporting process. That is reinforcing by the fact, according to the findings of the study that their scope of practice wasn't clear so it was difficult in accepting responsibility for their actions, being able to reflect on their clinical experiences and learn to collaborate as a team member. Regarding attitudes, students expressed their intentions to report errors, however they had a questionable attitude towards to the extend that a reporting systems contribute to minimize future errors; that could be due to lack of knowledge and understanding of its importance and the fact that students seemed to lack the skills of reporting and discussing errors reporting and discussing errors. Also, the higher score on perceived knowledge on patient safety issues by the Cypriot students, compared to the Greek students, could be interpreted in various ways, such as cultural differences, different assessments and different levels of critical thinking. At the same time, it is the lack of clear European guidelines and policies that could affect the effectiveness of nursing education at the macro level (Education), meso (organization of academic and clinical space) and micro level (acquisition of skills). As far as the years of studies are concerned, progress in nursing students' knowledge about patient safety tended to remain stable or increased across the years in both settings in all dimensions. Finally, it became clear that during their clinical practice students are exposed to missed care, which has an impact on their professional socialization as they are the eyes and ears of the health system today and the professionals of the future. Under the risk of acceptance of the omission phenomenon, it is

suggested that patient safety development initiatives should be perceived as early as possible during undergraduate education, particularly in the initial contact with the clinical space.

**Conclusion:** The findings of the study indicate that the current curriculum fails to promote improved performance in the field of patient safety as a multifactorial and interprofessional issue. Patient safety issues remain vague in nursing education, contrary to the strong recommendations of various European and national organizations in the last decade. The findings revealed several potentially important future directions for improving patient safety in teaching. Therefore, the findings of this study could potentially lead to undergraduate program improvement initiatives and offer proposals for nursing and teacher education programs, building the bridge for quality and promoting the strategic changes needed in the health system.

**Key words:** nursing students, patient safety, undergraduate curriculum, knowledge, attitudes, skills

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	7
Abstract.....	11
Κατάλογος Πινάκων.....	19
Κατάλογος Σχημάτων.....	23
Συνομογραφίες.....	24
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	25
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	25
1.1 Σημαντικότητα της έρευνας.....	33
1.2 Σκοπός.....	35
2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	36
2.1 Έννοιες σχετιζόμενες με την Ασφάλεια Ασθενών (ΑΑ).....	36
2.1.1 Ασφάλεια και ασθενής.....	36
2.1.2 Ασφάλεια Ασθενούς.....	37
2.1.3 Συναφείς έννοιες που σχετίζονται με την Ασφάλεια Ασθενών.....	40
2.2 Έννοιες: «λάθος» - «σφάλμα».....	40
2.2.1 Ιατρικό λάθος.....	44
2.2.2 Η έννοια του λάθους στη νοσηλευτική.....	44
2.2.3 Λάθη παραλείψεων στην φροντίδα.....	45
2.3 Ικανότητες: Γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες:.....	46
2.3.1 Νοσηλευτική Ικανότητα (competence).....	47
2.3.2 Γνώσεις.....	49
2.3.3 Δεξιότητες.....	50
2.3.4 Στάσεις.....	51
2.3.5 Θεωρίες και μοντέλα του λάθους ως παράμετρος της ασφάλειας ασθενών.....	53
2.3.6 Η θεωρία και το μοντέλο του James Reason.....	53
2.3.7 Το πλαίσιο του Charles Vincent.....	55
2.3.8 Τα εννοιολογικά μοντέλα του λάθους των παραλείψεων.....	55
2.4 Θεωρίες μάθησης στη νοσηλευτική.....	56
2.5 Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης.....	58
3 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	61

3.1	Δραστηριότητες ως προς την εκπαίδευση για την ΑΑ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο .....	61
3.2	Διεθνείς δραστηριότητες στο πλαίσιο εκπαίδευσης για την ΑΑ.....	65
3.2.1	Δραστηριότητες ΟΟΣΑ σχετικά με την επαγγελματική εκπαίδευση στην ασφάλεια ασθενών .....	65
3.2.2	Εθνικά και Διεθνή Εκπαιδευτικά Πλαίσια Ικανοτήτων για την ΑΑ.....	67
4	Η ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ .....	71
4.1	Γενικές πληροφορίες .....	71
4.2	Διδασκαλία στις Αίθουσες Διδασκαλίας και στους χώρους Κλινικής Άσκησης.....	71
4.3	Αναζήτηση προγραμμάτων σπουδών Κύπρου και Ελλάδας εθνικών και ευρωπαϊκών οδηγιών .	76
4.3.1	Προγράμματα σπουδών .....	76
4.3.2	Εθνικά νομοθετικά κείμενα και Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ .....	78
5	Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΠΤΥΧΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....	84
6	ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ .....	109
6.1	Εργαλεία διερεύνησης των γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων για θέματα ΑΑ σε φοιτητές νοσηλευτικής. ....	110
6.1.1	Εργαλεία διερεύνησης των Γνώσεων, Στάσεων και Δεξιοτήτων.....	110
6.1.2	Εργαλεία διερεύνησης στάσεων και δεξιοτήτων για την ΑΑ .....	112
6.1.3	Εργαλεία διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων.....	112
6.2	Τα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν για την παρούσα μελέτη .....	113
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	114
7	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	114
7.1	Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	115
7.2	Σχεδιασμός της μελέτης.....	116
7.3	Υλικό -Μέθοδος .....	116
1.1.1	Πληθυσμός και δείγμα.....	116
7.3.1	Διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων .....	117
7.3.2	Επιλογή και Περιγραφή των ερευνητικών εργαλείων .....	118
7.3.3	Διαδικασία μετάφρασης και επαναμετάφρασης των εργαλείων.....	123
7.3.4	Μελέτη Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας των εργαλείων .....	125
7.4	Τα βήματα ανάπτυξης των ερωτημάτων σε σχέση με τις παραλείψεις της φροντίδας .....	130
7.5	Ηθικά ζητήματα .....	135



7.6	Πιλοτική Μελέτη.....	136
7.7	Στατιστική επεξεργασία ποσοτικών δεδομένων .....	137
7.8	Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων –Ανάλυση περιεχομένου.....	140
8	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	142
8.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	142
8.2	Οι απόψεις των φοιτητών για το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση.....	143
8.2.1	Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση ανά Χώρα .....	145
8.2.2	Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση ανά έτος σπουδών.....	147
	Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση ανά έτος σπουδών σε κάθε χώρα .....	148
8.3	Οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ .....	151
8.3.1	Η αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ στις αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και χώρους κλινικής άσκησης (ΚΑ).....	151
8.3.2	Οι αποκτηθείσες γνώσεις των φοιτητών στις ΑΔ και στην ΚΑ ανά χώρα .....	157
8.3.3	Οι αποκτηθείσες γνώσεις σε θέματα ΑΑ στις ΑΔ και ΚΑ ανά έτος.....	168
8.4	Στάσεις και οι δεξιότητες των φοιτητών σε σχέση με την ΑΑ .....	193
8.4.1	Στάσεις και δεξιότητες των φοιτητών σε σχέση με την ΑΑ ανά χώρα .....	196
8.4.2	Οι Στάσεις και οι δεξιότητες σε σχέση με την ΑΑ ανά έτος σπουδών .....	201
8.4.3	Στάσεις και οι δεξιότητες για την ΑΑ ανά έτος σε κάθε χώρα .....	206
8.5	Συσχετίσεις ανάμεσα και μεταξύ των ερωτηματολογίων.....	215
8.6	Αποτελέσματα των ερωτημάτων για τις παραλείψεις.....	219
8.6.1	Αποτελέσματα από την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων .....	219
8.6.2	Οι παράγοντες (λόγοι) που συμβάλουν στην παράλειψη των φροντίδων.....	222
8.6.3	Οι εκβάσεις από τις παραλείψεις των φροντίδων .....	223
9	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	226
9.1	Οι απόψεις των φοιτητών για το πώς αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών .....	228
9.2	Οι αποκτηθείσες γνώσεις από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.....	231
9.2.1	Οι γνώσεις στις Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και Κλινική Άσκηση (ΚΑ).....	231
9.2.2	Διαφορές των αποκτηθέντων γνώσεων για θέματα ΑΑ μεταξύ Κυπρίων και Ελλαδίων φοιτητών στις ΑΔ και ΚΑ.....	239
9.2.3	Διαφορές στις αυτοαξιολογούμενες γνώσεις που έχουν λάβει για θέματα ΑΑ μεταξύ 3ετών και 4ετών φοιτητών .....	246

9.3	Στάσεις των φοιτητών ως προς τα λάθη και την ΑΑ.....	249
9.4	Οι δεξιότητες σε σχέση με την ΑΑ και την αναφορά λαθών.....	254
9.5	Θέματα Παραλείψεων φροντίδας.....	258
9.5.1	Νοσηλευτικές φροντίδες που παραλείπονται.....	258
9.5.2	Παράγοντες που συμβάλλουν στις παραλείψεις στη φροντίδα.....	262
9.5.3	Εκβάσεις που σχετίζονται με τις παραλείψεις στη φροντίδα.....	264
10	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	266
11	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	267
12	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	273
12.1	Παράρτημα Ι : Ερωτηματολόγια.....	273
12.2	Παράρτημα ΙΙ: Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης.....	279
12.3	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ : Εκτίμηση Δομικής εγκυρότητας του εργαλείου HPPSACS.....	284
12.4	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV : Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).....	286
12.5	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V : Ανασκόπηση Ερευνών.....	287
13	ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ.....	301
14	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	302

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΑ, ΟΠΩΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (2013) .....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ 2 ΧΩΡΩΝ ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ –ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΑΝ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΟΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ Η-PEPSS ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΙ ΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΓΑΣΙΑ .....	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΡSACS ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΓΑΣΙΑ .....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ -ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	136
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ .....	141
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ .....	143
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ) (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΗΡΕPSS- ΜΕΡΟΣ 2) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ.....	144
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5 ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΗΡΕPSS- ΜΕΡΟΣ 2) ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ .....	144
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΠΟΣΟΣΤΑ, ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ)(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ( ΗΡΕPSS-ΜΕΡΟΣ 2) ΑΝΑ ΧΩΡΑ .....	146
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΠΟΣΟΣΤΑ, ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ)(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ).....	147
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ(5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΗΡΕPSS- ΜΕΡΟΣ 2) ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΤΩΝ-ΚΥΠΡΟ .....	149
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΗΡΕPSS- ΜΕΡΟΣ 2) ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΤΩΝ-ΕΛΛΑΔΑ .....	150
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (PAIRED SAMPLES T-TEST, WILCOXON SIGNED-RANK TEST) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕPSS, ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ, ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ .....	152

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ, ΠΟΣΟΣΤΩΝ (3ΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ), ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ( 5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ) (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΣΩΝ (WILCOXON SIGNED-RANK TEST) ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ (ΣΥΝΟΛΟ).....	154
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (Τ-TEST ΚΑΙ MANN-WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΘΕΙΣΑ ΓΝΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ»,ΑΝΑ ΧΩΡΑ ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ.....	157
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΟΣΟΣΤΑ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΣΩΝ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΘΕΙΣΑ ΓΝΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ (ΗΡΕΨΣ) ΣΤΙΣ ΑΔ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	163
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ, ΠΟΣΟΣΤΑ , ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ),(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΣΩΝ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΘΕΙΣΑ ΓΝΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ» (ΗΡΕΨΣ) ΣΤΗΝ ΚΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	165
ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5 ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (INDEPENDENT SAMPLES T-TEST/MANN WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ. ΗΡΕΨΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ.....	168
ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ),(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (MANN WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ.....	172
ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ),(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (MANN WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΣΤΗΝ ΚΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΧΩΡΑΣ .....	174
ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ, (5-ΒΑΘΜΗ LIKERT), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ( Τ-TEST & MANN-WHITNEY TEST ) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ, ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ - ΚΥΠΡΟΣ .....	177
ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ, (5-ΒΑΘΜΗ LIKERT), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ( Τ-TEST & MANN-WHITNEY TEST ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ, ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ -ΕΛΛΑΔΑ .....	178
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ, (5-ΒΑΘΜΗ LIKERT), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΙΣ ΑΔ-ΚΥΠΡΟΣ .....	180
ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ, (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY ) ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΆΣΚΗΣΗ - ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ-ΚΥΠΡΟΣ .....	183
ΠΙΝΑΚΑΣ 28. ΠΟΣΟΣΤΑ 3- ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ(5-ΒΑΘΜΗΚΛΙΜΑΚΑLIKERT),(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΙΣ ΑΔ, ΕΛΛΑΔΑ ....	187
ΠΙΝΑΚΑΣ 29. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ Η ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ (MANN-WHITNEY ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΨΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ, ΣΤΗ ΚΑ -ΕΛΛΑΔΑ.....	190

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΚΛΙΜΑΚΑ ΛΙΚΕΡΤ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ.....	193
ΠΙΝΑΚΑΣ 31. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ),(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS (ΣΥΝΟΛΟ) ΜΕ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΕ ΦΘΙΝΟΥΣΑ ΣΕΙΡΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ % ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ .....	194
ΠΙΝΑΚΑΣ 32. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ( T-TEST/MANN-WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	196
ΠΙΝΑΚΑΣ 33. ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5 ΒΑΘΜΗ ΛΙΚΕΡΤ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ),ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ (MANN-WHITNEY TEST) ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ (HPPSACS) ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	199
ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ)(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ), Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (T-TEST/MANN-WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ) ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ (HPPSACS) ΑΝΑ ΕΤΟΣ.....	201
ΠΙΝΑΚΑΣ 35. ΠΟΣΟΣΤΑ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ (MANN-WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛ. HPPSACS ΑΝΑ ΕΤΟΣ.....	203
ΠΙΝΑΚΑΣ 36. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ(ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ (MANN-WHITNEY TEST) ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΕ ΚΑΘΕ ΧΩΡΑ.....	206
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. ΠΟΣΟΣΤΑ 3-ΣΗΜΕΙΩΝ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ) (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ) ΚΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΑ (MANN- WHITNEY TEST) ΑΝΑ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ– ΚΥΠΡΟΣ .....	209
ΠΙΝΑΚΑΣ 38. ΠΟΣΟΣΤΑ 3 ΣΗΜΕΙΩΝ, ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ(5ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΣΩΝ ΑΝΑ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤ. HPPSACS ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ –ΕΛΛΑΔΑ.....	212
ΠΙΝΑΚΑΣ 39. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ (SPEARMAN) ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛ. ΗΡΕPSS ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ .....	215
ΠΙΝΑΚΑΣ 40. ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ (SPEARMAN) ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ HPPSACS .....	216
ΠΙΝΑΚΑΣ 41. ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ (SPEARMAN) ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΚΤΗΘΕΙΣΣ ΓΝΩΣΕΙΣ (ΗΡΕPSS) ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ ΜΕ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ (HPPSACS) ΣΥΝΟΛΙΚΑ.....	217
ΠΙΝΑΚΑΣ 42. ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ (SPEARMAN) ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΚΤΗΘΕΙΣΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΗΡΕPSS ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΚΑ ΜΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ HPPSACS ΑΝΑ ΧΩΡΑ .....	218
ΠΙΝΑΚΑΣ 43. ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΑ.....	219
ΠΙΝΑΚΑΣ 44. ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ ΝΑ ΠΑΡΑΛΕΙΠΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΣΚΗΣΗ .....	222
ΠΙΝΑΚΑΣ 45. ΟΙ ΛΟΓΟΙ (ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ) ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΩΝ .....	223
ΠΙΝΑΚΑΣ 46. <i>ΟΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΠΡΟΚΥΨΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ</i> ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ .....	225
ΠΙΝΑΚΑΣ 47: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ-ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Η-ΡΕPSS. ....	279

ΠΙΝΑΚΑΣ 48: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ -ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑ ΤΗΝ ΑΝΕΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΛΑΘΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΑ»(HPPSACS).....	279
ΠΙΝΑΚΑΣ 49: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ -ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΗΡΕPSS, (N=59 ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ) .....	280
ΠΙΝΑΚΑΣ 50: ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΑ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ -ΗΡΕPSS (N=59 ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ) .....	280
ΠΙΝΑΚΑΣ 51: ΜΕΣΟ ΟΡΟΣ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΡSACS (N=59 ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ).....	281

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1. ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SWISSCHEESE MODEL.....	54
ΣΧΗΜΑ 2. ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	60
ΣΧΗΜΑ 3. ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ (2005).....	68
ΣΧΗΜΑ 4. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ .....	87
ΣΧΗΜΑ 5. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ), ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΕΡSS,ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΚΑ ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	158
ΣΧΗΜΑ 6 ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (5-ΒΑΘΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ LΙΚΕRΤ), ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΗΡΕΡSS ΣΤΙΣ ΑΔ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΚΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ .....	169
ΣΧΗΜΑ 7. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ LΙΚΕRΤ 1-5), ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΡSACS, ΑΝΑ ΧΩΡΑ .....	196
ΣΧΗΜΑ 8. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ (ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ LΙΚΕRΤ 1-5), ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΗΡΡSACS, ΑΝΑ ΕΤΟΣ.....	201

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Παρουσιάζονται συνοπτικά με αλφαβητικό τρόπο όλες οι σημαντικές συντομογραφίες που έχουν χρησιμοποιηθεί στο κείμενο της διατριβής

**ΑΑ:** Ασφάλεια Ασθενών

**CPSI :** Canadian Patient Safety Institute

**ΕΕ:** Ευρωπαϊκή Ένωση

**EUNetPaS:** European Network for Patient Safety

**IOM:** Institute of Medicine

**QSEN:** American Quality and Safety Education for Nurses

**ΜΟ:** Μέσος όρος

**ΟΟΣΑ:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**PSQCGW:** The Patient Safety and Quality of Care Working Group

**ΤΑ:** Τυπική απόκλιση



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασφάλεια ασθενών (AA) είναι ένα ουσιώδες ζήτημα υγείας με διεθνές ενδιαφέρον καθώς αποτελεί θεμελιώδη παράμετρο της ποιότητας (World Health Organisation (WHO), 2019) για την οποία οι νοσηλευτές έχουν την προσωπική ευθύνη και υπευθυνότητα κατά τη νοσηλευτική πρακτική (International Council of Nurses, 2012). Η Florence Nightingale (1896) έγραψε «Βασική προϋπόθεση σε ένα νοσοκομείο είναι να μην κάνει κακό στον άρρωστο» διατυπώνοντας ότι οι νοσηλευτές έχουν την ηθική και δεοντολογική ευθύνη για ασφαλή και ανθρωπιστική φροντίδα. Ο Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας που θεσπίστηκε το 2001, αναφέρει στο Άρθρο 9 ότι «ο νοσηλευτής οφείλει να προστατεύει τον ασθενή από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον» (Εθνικός σύνδεσμος νοσηλευτών Ελλάδος, 2001). Στην Κύπρο με τη θέσπιση το 2012 του κώδικα δεοντολογίας ο κάθε εγγεγραμμένος Νοσηλευτής/τρια δεσμεύεται «Στη διαφύλαξη της ασφάλειας και στην προστασία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, που είναι αποδέκτες της φροντίδας » (Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2012).

Η AA αναφέρεται στην προστασία των ασθενών από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη (WHO, 2011). Το παράδοξο σήμερα με τα νοσοκομεία είναι ότι ενώ αποτελούν ένα περιβάλλον που συνδυάζει την υψηλού επιπέδου σύγχρονη τεχνολογία και τεχνογνωσία η οποία σώζει ζωές (Berwick 2016), εντούτοις κάθε φροντίδα εμπεριέχει απειλητικά για την ζωή του ασθενούς λάθη και παραλείψεις (Μοιρασγεντή et al., 2018). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2020) αναγνωρίζει την AA σαν κλάδο της φροντίδας υγείας ο οποίος προέκυψε με την εξελισσόμενη πολυπλοκότητα στα συστήματα υγείας και την επακόλουθη αύξηση της βλάβης των ασθενών στα νοσηλευτήρια.

Το ζήτημα αναφορικά με την AA άρχισε να τίθεται υπό αμφισβήτηση τη δεκαετία του 1990 με τη δημοσίευση των πρώτων ευρέων αναγνωρισμένων μελετών, οι οποίες αναφέρονταν όχι σε λάθη αλλά σε ανεπιθύμητα συμβάντα, καθώς ήταν πιο εύκολη η καταγραφή τους (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991). Ωστόσο ορόσημο έντονης συζήτησης για αλλαγή στο τρόπο

θεώρησης του ζητήματος ΑΑ και η ανάδειξη του ως μείζων θέμα δημόσιας υγείας ήταν η δημοσίευση της έκθεσης το 1999 «*Err Is Human* (Το λάθος είναι ανθρώπινο) του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Institute of Medicine, 2001). Η έκθεση, διαπίστωσε ότι τα συστήματα υγείας παρουσίαζαν κενά ασφάλειας και η πιθανότητα να συμβεί κάποιο λάθος ήταν μεγάλη. Η έκθεση αναφέρθηκε σε 44.000 με 98.000 θανάτους ετησίως ως αποτέλεσμα λαθών από τους επαγγελματίες υγείας τα οποία θα μπορούσαν να προληφθούν (IOM, 2001). Την ίδια περίπου περίοδο μια 2<sup>η</sup> έκθεση από το Ηνωμένο Βασίλειο «*An Organization with a Memory*, (Department of Health, 2000) επιβεβαιώνει το εύρος του προβλήματος, καθώς 10% των εισαγωγών στα νοσοκομεία είχαν την εμπειρία ενός ανεπιθύμητου συμβάντος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, με περίπου 72,000 των συμβάντων οδηγούσαν σε μεσαία ή μεγάλη βλάβη ή θάνατο (Vincent et al., 2001). Σε παρόμοιες διαπιστώσεις κατέληξαν και μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία και Δανία (National Patient Safety Agency, 2004). Βέβαια, τα υψηλά ποσοστά θανάτων που αναφέρονται σε παλαιότερες μελέτες, φαίνεται να αμφισβητούνται από τις νεότερες ανασκοπήσεις οι οποίες δείχνουν χαμηλότερους αριθμούς θανάτων που θα μπορούσαν να προληφθούν. Οι ανασκοπήσεις επικαλέστηκαν μεθοδολογικά προβλήματα στην αξιολόγηση και τη ποιότητα της καταγραφής των λαθών και των συνδεόμενων με αυτά ανεπιθύμητα συμβάντα (Manaseki-Holland et al., 2019; Rodwin et al., 2020). Οι μελέτες τόνισαν επίσης την έλλειψη κοινών οδηγιών καταγραφής των ανεπιθύμητων συμβάντων, λαθών ή των θανάτων έτσι ώστε να υπάρχει ομοιογένεια και σύγκριση μεταξύ μελετών.

Σήμερα δύο δεκαετίες μετά, η ΑΑ αναδεικνύεται ως θέμα μείζονος σημασίας στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) τα ανεπιθύμητα συμβάντα παραμένουν στις πρώτες 10 αιτίες θνητότητας παγκοσμίως (World Health Organisation (WHO), 2020). Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι θάνατοι στα νοσοκομεία εξαιτίας των λαθών, αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο και τα καρδιακά νοσήματα (Makary and Daniel, 2016). Σε Ευρωπαϊκό πλαίσιο, έκθεση του Ευρωβαρόμετρου (2014) διαπιστώνει ότι το αίσθημα ανασφάλειας ανάμεσα στους ευρωπαίους πολίτες παραμένει σε υψηλά επίπεδα, παρά τις συστάσεις και τα βελτιωτικά μέτρα που θεσπίστηκαν το 2009 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2009).

Ποσοστό λίγο πάνω από το ήμισυ (53%) των πολιτών στις 28 χώρες της ΕΕ πίστευαν ότι οι ασθενείς ενδέχεται να υποστούν βλάβη από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ποσοστό 3% υψηλότερο από την έκθεση του 2009 (Ευρωβαρόμετρο 2009). Οι απόψεις ποικίλαν μεταξύ των κρατών μελών, με τους Κύπριους (82%) και τους Ελλαδίτες (78%) πολίτες να εκλαμβάνουν την πιθανότητα βλάβης από τη νοσοκομειακή περίθαλψη υψηλότερα από όλα τα κράτη μέλη. Επίσης, λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο (27%) των ερωτηθέντων Ευρωπαίων πολιτών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί μια ανεπιθύμητη συνέπεια ενόσω λαμβάναν υγειονομική περίθαλψη (European commission, 2014). Σε μια από τις τελευταίες μελέτες που έγιναν σε 28 χώρες της ΕΕ στη περίοδο 2016-2017 σε σχέση με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις υπολογίστηκε ότι 3,8 (95% CI: 3,1–4,6) εκατομμύρια ασθενείς εμφάνισαν μια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη στις μονάδες οξείας φροντίδας (Suetens et al., 2018). Από την πλευρά κόστους υπολογίζεται ότι το 15% των δαπανών και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου ξοδεύονται σε μη ασφαλές πρακτικές (Flott et al., 2019; Slawomirski et al., 2017). Το ετήσιο κόστος από τα ανεπιθύμητα συμβάντα, στο Ηνωμένο βασίλειο, υπολογίστηκε να αντιστοιχεί με την εργοδότηση 2.000 γιατρών ή 3.500 νοσηλευτών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι πρακτικές βελτίωσης της ΑΑ μεταξύ των ετών 2010-2015 είχε αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 28 δισεκατομμυρίων δολαρίων (Flott et al., 2019; Slawomirski et al., 2017).

Η ΑΑ έχει συζητηθεί πρώτα και ευρέως στο ιατρικό επάγγελμα, σήμερα όμως αντιμετωπίζεται και προσεγγίζεται ως ένα πολύ-επαγγελματικό ζήτημα (WHO, 2011) με τους νοσηλευτές, να έχουν κεντρικό ρόλο, στην προστασία της ΑΑ και στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς αποτελούν το περισσότερο από το 50% του εργατικού δυναμικού του συστήματος υγείας (WHO, 2016). Κατά κοινή ομολογία, οι νοσηλευτές είναι οι πάροχοι φροντίδας με τη μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και πιο άμεση επαφή με τον ασθενή (DeBourgh, 2012; Vaismoradi et al., 2011). Συνεπώς, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας, οι νοσηλευτές είναι πιθανό να αναγνωρίσουν, να αποτρέψουν και να διορθώσουν λανθασμένες και τυχόν επικίνδυνες πρακτικές (DeBourgh, 2012; Vaismoradi et al., 2014) από την άλλη, όμως ενδέχεται να παραλείψουν κάποιες ενέργειες οι οποίες ενδέχεται να συμβάλουν σε αρνητική έκβαση της υγείας του ασθενούς (Papastavrou et al., 2013; Recio-Saucedo et al., 2018)

Μεσα σε αυτό το πλαίσιο, η διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στη διασφάλιση της ΑΑ, έχει ελκύσει 2 σημαντικές πανευρωπαϊκές ερευνητικές δραστηριότητες όπως: α) Το RN4CAST consortium (Nurse forecasting: Human Resources Planning in Nursing) (RN4CAST, 2017) το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στο πλαίσιο του προγράμματος FP7 (Seventh Framework Programme) και είχε ως στόχο να μελετήσει τη στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με διάφορες μεταβλητές μια εκ των οποίων ήταν η ΑΑ στα διάφορα νοσοκομεία της Ευρώπης (Ausserhofer et al., 2014; Sermeus et al., 2011). β) το Rationing- Missed Nursing care: An international and multidimensional problem (RANCARE) το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (COST ACTION) και το οποίο εστιάζεται στη μελέτη των διαφόρων διαστάσεων ζητημάτων των παραλείψεων στην φροντίδα και των δυνητικών επιπτώσεων των παραλείψεων για την ΑΑ.

Η προσέγγιση του φαινομένου των παραλείψεων στη νοσηλευτική φροντίδα» (RANCARE Consortium COST Action CA 15208, 2016) αντιμετωπίζεται ως ένα είδος νοσηλευτικού λάθους που εκδηλώνεται αρκετά συχνά μεταξύ των νοσηλευτών με ποσοστό πέρα του 50%, (Jones et al., 2015; Mandal et al., 2020). Οι «παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα» ορίζονται ως οι νοσηλευτικές πράξεις που κάτω από τη στενότητα πόρων, οι νοσηλευτές αποφασίζουν να καθυστερήσουν ή να παραλείψουν ή να τις αναθέσουν σε άλλους (π.χ. οικογένεια), ή να μην ακολουθήσουν τα πρότυπα σωστής πρακτικής (Kalisch, 2006; Papastavrou et al., 2014b) ή ακόμα να δώσουν μικρότερη προτεραιότητα σε κάποιους ασθενείς στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων (Vryonides et al., 2015). Τα «λάθη παραλείψεων», φαίνεται να σχετίζονται με την ΑΑ καθώς συνδέονται με την εμφάνιση δυσμενών εκβάσεων όπως πτώσεις, νοσοκομειακές λοιμώξεις, κατακλίσεις, αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, μειωμένη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και πολλές άλλες (Ball et al., 2016; Blackman et al., 2018; Jones et al., 2015; Kalisch et al., 2009a; Mandal et al., 2020; Nortvedt et al., 2008; Papastavrou et al., 2016c, 2013; Schubert et al., 2009; Slettebø et al., 2010; Tønnessen et al., 2011). Η εστίαση στο αποτέλεσμα της νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται ένα μέτρο διασφάλισης της ΑΑ και η εκπαίδευση θα πρέπει να προετοιμάσει τους φοιτητές με τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να τηρούν τα πρότυπα

απόδοσης στη νοσηλευτική φροντίδα (Debourgh, 2012). Η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών για τη στενή σχέση μεταξύ νοσηλευτικής φροντίδας και των εκβάσεων στους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη νοσηλευτική πρακτική, με τους νοσηλευτές να εμπλέκονται στην αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας, προκειμένου αφενός να εντοπίζονται τα λάθη ή τα παρ' ολίγον λάθη, και αφετέρου όταν γίνονται βελτιωτικές αλλαγές να αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους (DeBourgh, 2012). Το ζήτημα, όμως είναι ότι τα λάθη παραλείψεων είναι ακούσια, δεν γίνονται αντιληπτά (Papastavrou et al., 2014) και συχνά δεν συζητούνται, ενώ πολλές φορές γίνονται αποδεκτά στη πρακτική στα πλαίσια συνήθειας και ρουτίνας (Kalish et al., 2009) οργανωτικών δομών (Schubert et al., 2008) και πολιτικών (Jones, 2014) θέτοντας σε κίνδυνο την ΑΑ.

Η εξελισσόμενη πολυπλοκότητα στα συστήματα υγείας και η επακόλουθη αύξηση της βλάβης των ασθενών στα νοσηλευτήρια οδήγησε στην ανάπτυξη στρατηγικών κατευθύνσεων προκειμένου να αποτελέσουν δικλίδες για την αποφυγή ή την ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων. Μεταξύ των προτεινόμενων στρατηγικών περιλαμβάνεται και η διατύπωση θεματικών οδηγιών για τη διδασκαλία στην προπτυχιακή εκπαίδευση, στο πλαίσιο των οργανωτικών σχεδιασμών που προωθούν κοινές βασικές αρχές και αξίες σε θέματα συναφή με την ΑΑ (European Network for Patient Safety (EUNetPaS), 2010; WHO, 2011). Η προπτυχιακή εκπαίδευση θεωρείται ως η αφετηρία διασφάλισης της ΑΑ (Kirwan et al., 2019). Λαμβάνοντας υπόψη το εύρημα ότι η στελέχωση των νοσοκομείων με 10% περισσότερους πτυχιούχους νοσηλευτές συσχετίστηκε με 7% χαμηλότερη θνησιμότητα των ασθενών (Aiken et al., 2014) γίνεται αντιληπτός, ο ρόλος της προπτυχιακής εκπαίδευσης ως μέρος του ευρύτερου συστήματος υγείας στην δημιουργία κουλτούρας ΑΑ και την ελαχιστοποίηση πιθανών κινδύνων μέσω της ανάπτυξης ικανοτήτων σε θέματα που άπτονται της ΑΑ.

Παρ' όλο που το θέμα της ΑΑ αποτελεί βασικό άξονα της φροντίδας υγείας, η συστηματική εισαγωγή του θέματος ΑΑ στην προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση εξακολουθεί να αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις, παρόλο που το θέμα βρίσκεται στο προσκήνιο από το 2009. Όπως, τα προγράμματα σπουδών στη νοσηλευτική εκπαίδευση παροδοσιακά, και παρά τις

εισηγήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2011) και Ευρωπαϊκών φορέων (European Network for Patient Safety (EUNetPaS), 2010) συνεχίζουν να δίνουν έμφαση στις τεχνικές δεξιότητες, ή αλλιώς ονομάζονται κλινικές δεξιότητες (π.χ. πρόληψη πτώσεων, έλεγχος λοιμώξεων) οι οποίες είναι μεν απαραίτητες, αλλά δεν επαρκούν δε στην προώθηση και διατήρηση υψηλού επιπέδου φροντίδας και την εφαρμογή ασφαλών πρακτικών, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα κενό στη διδασκαλία και αξιολόγηση των μη τεχνικών δεξιοτήτων (Ginsburg et al., 2012; Lee et al., 2016; Mbuthia and Moleki, 2019; Usher et al., 2017) οι οποίες σπάνια ενθαρρύνονται (Carvalho, 2016; Gordon et al., 2015, 2012), παρά την αναγνώριση της συνάφειας τους στη βελτίωση της ΑΑ (Lee et al., 2021). Οι Gordon et al., (2015) με τη χρήση μεθοδολογίας Delphi όρισαν τις «μη τεχνικές δεξιότητες» ή αλλιώς κοινωνικοπολιτιστικές ικανότητες ως «*μία δέσμη κοινωνικών (επικοινωνία, ομαδικότητα) και γνωστικών δεξιοτήτων (κριτική ανάλυση και προσωπική συμπεριφορά), οι οποίες συμβάλουν στην υψηλή ποιότητα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτική διεπαγγελματική φροντίδα μέσα στο πολύπλοκο σύστημα παροχής φροντίδας*» (σελ.2).

Η συμπερίληψη στην εκπαίδευση των μη τεχνικών δεξιοτήτων, στη προσπάθεια να δημιουργηθεί μια κουλτούρα ΑΑ, αποτέλεσε βασική προτεραιότητα στην ανάπτυξη 3 διεθνών εκπαιδευτικών πλαισίων με στόχο να αποτελέσουν οδηγοί ενθάρρυνσης συμπερίληψης τέτοιων ικανοτήτων στη διδασκαλία για την ΑΑ στα προγράμματα σπουδών των επαγγελματιών υγείας. Τα 3 εκπαιδευτικά πλαίσια που δημοσιεύτηκαν ήταν : Ο Πολυεπαγγελματικός Οδηγός Σπουδών Ασφάλειας Ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 2011), ο Αμερικάνικος Οδηγός Εκπαίδευσης Νοσηλευτών Ποιότητας και Ασφάλειας (American Quality and Safety Education for Nurses(QSEN) (Cronenwett et al., 2009), και ο οδηγός που προτάθηκε από το Καναδικό Ινστιτούτο Ασφάλειας Ασθενών (Canadian Patient Safety Institute) (Frank and Brien, 2009a). Κοινή συνιστώσα των πλαισίων ήταν η προσέγγιση της ΑΑ όχι μόνο ως τεχνικό ζήτημα ( π.χ. υγιεινή χεριών) παραπέμποντας σε ατομική ευθύνη αλλά κυρίως ως ζήτημα αστοχιών του συστήματος στον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα οργανώθηκε και συντονίστηκε με επακόλουθο τις αδικαιολόγητες –και ενδεχομένως αποφευκτές- βλάβες (Reason, 2000). Τέτοιες ικανότητες αναφέρονταν στην ομαδικότητα, την αποτελεσματική επικοινωνία, τα συστήματα αναφοράς

λαθών, την τεκμηριωμένη πρακτική, την ασθενο-κεντρική φροντίδα, τους ανθρώπινους και περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη διαχείριση κινδύνων.

Μια άλλη πρόκληση είναι ότι η ΑΑ αναγνωρίζεται ως πολυεπαγγελματική υπόθεση, εντούτοις δεν συζητείται ευρέως το θέμα στη νοσηλευτική εκπαίδευση όπως στην ιατρική εκπαίδευση όπου υπάρχει μια συνεχής διαχρονική συζήτηση από ρυθμιστικά όργανα και εκθέσεις (Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου και του Συμβούλιο Ιατρικών Σχολών 2015). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ, η οποία ρυθμίζει το σύστημα αναγνώρισης τίτλων εκπαίδευσης συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, στις 8 δεξιότητες που έχουν προταθεί ως προϋποθέσεις στην αναγνώριση και στον καθορισμό των ελάχιστων δεξιοτήτων που θα πρέπει να αποκτήσουν οι μελλοντικοί νοσηλευτές γίνεται αναφορά στον όρο ποιότητα αλλά καμία αναφορά δεν γίνεται στον όρο ΑΑ.

Γενικά φαίνεται ότι ο βαθμός των προσδοκιών ενσωμάτωσης της ΑΑ στην προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση εξακολουθεί να μην συμβαδίζει με τις εξελίξεις επί του θέματος ΑΑ και τις απαιτήσεις του υγειονομικού συστήματος. Η πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα στο πλαίσιο του προγράμματος RANCARE (<https://www.cost.eu/actions/CA15208/>) από συνεργάτες του προγράμματος (Kirwan et al., 2019) είχε στόχο να διερευνήσει την διδασκαλία της ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Επιβεβαίωσε και ενίσχυσε τα ευρήματα προηγούμενων εκθέσεων (The Patient Safety and Quality of Care Working Group (PSQCWG), 2014; Yu et al., 2016), και ανασκοπήσεων (Mansour, 2012; Tella et al., 2014) ότι η ΑΑ ως θέμα, απουσιάζει σε μεγάλο βαθμό από τα αναλυτικά προπτυχιακά προγράμματα σπουδών στη νοσηλευτική παρά τις διεθνείς συστάσεις. Η διδασκαλία της ΑΑ στην πραγματικότητα αποτελεί επουσιώδες θέμα όλων των διδασκόμενων μαθημάτων. Φαινομενικά περιλαμβάνεται «παντού και πουθενά» στο πρόγραμμα, καθώς δεν υπάρχουν τυπικές απαιτήσεις συμπερίληψης ενοτήτων για την ΑΑ στην προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η οποιαδήποτε αναφορά στην ΑΑ γινόταν έμμεσα, εμπερικλείοντας τον όρο στους μαθησιακούς στόχους μιας ενότητας, όπως «Ο φοιτητή να αναπτύξει την ικανότητα του στη διαχείριση κινδύνων για ασφαλή πρακτική». Επίσης, ο όρος συνήθως συνδεόταν με συγκεκριμένες κλινικές δραστηριότητες, όπως η χορήγηση φαρμάκων,

ο έλεγχος ενδό-νοσοκομειακών λοιμώξεων, η ενημέρωση/επίγνωση χρήσης των κατευθυντήριων οδηγιών ή πρωτόκολλων και αντιμετώπισης επικίνδυνων καταστάσεων, στα πλαίσια τις ατομικής ευθύνης και όχι της συλλογικής. Ακόμα και πανεπιστήμια που υποστήριξαν ότι η ΑΑ διδάσκεται ως αυτόνομο θέμα στο πρόγραμμα δεν ήταν σε θέση να περιγράψουν με λεπτομέρεια το περιεχόμενο του μαθήματος ενώ ο χρόνος που αφιερωνόταν στο θέμα ήταν μέτριος (Kirwan et al. 2019). Παρά ταύτα, οι Raymon et al. (2017) σχολίασαν ότι αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το περιεχόμενο απουσιάζει από τα προγράμματα, αλλά πιθανό να μην γίνεται αναφορά σε μαθησιακά αποτελέσματα και την αξιολόγησή τους.

Με βάση τα πιο πάνω γίνεται αντιληπτό ότι τα θέματα ΑΑ, ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρώπης, όχι μόνο δεν διδάσκονται ξεκάθαρα στα προπτυχιακά εκπαιδευτικά προγράμματα αλλά παρατηρείται έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών ή συστάσεων αναφορικά με την αναγωγή του θέματος ΑΑ στο αναλυτικό πρόγραμμα και τις θεματικές ενότητες (Kirwan et al., 2019). Επακόλουθο, να μην υπάρχει ομοιογένεια ως προς το περιεχόμενο, τις μεθόδους διδασκαλίας και την αξιολόγηση της επάρκειας των φοιτητών για το θέμα ΑΑ με την αποφοίτησή τους (Kirwan et al., 2019; Lee et al., 2021; Tella et al., 2014). Επιπρόσθετα, άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν ήταν τα ήδη βαρυφορτωμένα νοσηλευτικά προγράμματα, η έλλειψη γνώσεων, δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης από πλευράς των εκπαιδευτικών για το θέμα (Cronenwett et al., 2009, Vaismoradi, Salsali, and Marck, 2011; Steven et al. 2014 Lee & Jang 2016), με συνέπεια να μην αποτελεί θέμα προτεραιότητας κατά τη διδασκαλία (Steven et al., 2014), ενώ οι φοιτητές από την πλευρά τους καλούνται να διαχειριστούν ποικίλες κουλτούρες προσέγγισης της ΑΑ στο κλινικό περιβάλλον μάθησης τους (Cooper, 2013; Pauly-O'Neill, Prion and Nguyen, 2013; Usher et al, 2017, 2018; Rebesch, 2020).

Οι ενδείξεις από τις μελέτες που διερεύνησαν το θέμα, καταστούν σαφές ότι παρόλο που τα θέματα ΑΑ έχουν λάβει την προσοχή των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, δεν παρατηρείται σύγκλιση ως προς το περιεχόμενο της ΑΑ για μια σφαιρική προσέγγιση στην απόκτηση και αξιολόγηση των ικανοτήτων της ΑΑ στη νοσηλευτική (Kirwan et al., 2019; Lee and Kim, 2020; Mansour et al., 2015, 2018; Tella et al., 2014). Σε μια τέτοια περίπτωση, οι φοιτητές νοσηλευτικής ίσως να



αδυνατούν να αποκτήσουν τις επιστημονικές γνώσεις και να αναπτύξουν ικανότητες διασφάλισης της ΑΑ που θα αποτελούν την αφετηρία της επαγγελματικής τους πορείας (Mansour et al. 2018, Kirwan *et al.*, 2019).

## **1.1 Σημαντικότητα της έρευνας**

Υπό το πρίσμα των πιο πάνω προβληματισμών σε σχέση με τις ικανότητες που αποκτούνται σε θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση, τόσο στις αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) όσο και στην κλινική άσκηση (ΚΑ) εντοπίζεται περιορισμένη γνώση, ειδικότερα στην Ευρώπη σε σύγκριση με την αντίστοιχη ερευνητική δραστηριότητα στον Καναδά, ΗΠΑ και Αυστραλία, χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας. Η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής για την απόκτηση ικανοτήτων σε θέματα ΑΑ από το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ δεν έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα στον ελληνικό χώρο (Κύπρο – Ελλάδα). Η διερεύνηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης ανάμεσα σε 2 ευρωπαϊκές χώρες με παρόμοια κουλτούρα, δομή νοσηλευτικής εκπαίδευσης σύμφωνα με τις οδηγίες 2013/55/ΕΕ, και κοινή χρήση της ελληνικής γλώσσα για το βαθμό που τα θέματα ΑΑ περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα θα συμβάλει στην αναγνώριση των αδυναμιών και των παραλείψεων στη μάθηση και στη διδασκαλία του θέματος. Τα ευρήματα πιθανό να αποτελέσουν αφετηρία διαλόγου για την ανάληψη πρωτοβουλιών και ανάπτυξη πολιτικών ή/και εκπαιδευτικών δράσεων αρχίζοντας από την προπτυχιακή εκπαίδευση. Η έγκαιρη εμπλοκή των φοιτητών νοσηλευτικής με τις αρχές ΑΑ στα αρχικά στάδια των σπουδών τους, έχει σημαντικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση μακροπρόθεσμης κουλτούρας για την ΑΑ (Farley et al., 2013; Mansour et al., 2018; Wu and Busch, 2019). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παροχής εξειδικευμένων γνώσεων, ανάπτυξης σχετικών δεξιοτήτων και την επίτευξη αλλαγών συμπεριφοράς προσεγγίζοντας κυρίως την ΑΑ ως πολυεπαγγελματική υπόθεση (PSQCWG, 2014, EUNetPaS 2010, WHO, 2011). Κι αυτό γιατί η έγκαιρη εμπλοκή των φοιτητών νοσηλευτικής με τις αρχές ΑΑ στα αρχικά στάδια των σπουδών τους, θα αποτελέσουν την βάση σε άλλα επίπεδα εκπαίδευσης όπως τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση ή της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης (Farley et al., 2013; WHO, 2011; Wu and Busch, 2019). Αυτό, επίσης θα διασφαλίσει την ευαισθητοποίηση των φοιτητών

ως επαγγελματίες να διατηρήσουν μια κουλτούρα ασφάλειας στους χώρους υγειονομικής φροντίδας γιατί είναι πιο δύσκολο να αλλάξεις μια συνήθεια από το να την δημιουργήσεις (Wu and Busch, 2019).

Επιπρόσθετα, στη βάση της άποψης ότι η μάθηση στην κλινική άσκηση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως επένδυση για τη βελτίωση της ΑΑ και όχι ως υποχρέωση για την απόκτηση του πτυχίου (DeBourgh, 2012; ElAraby et al., 2018; Jamshidi et al., 2016; Leotsakos et al., 2014; Mansour et al., 2018; Noviyanti et al., 2018) κρίθηκε αναγκαία η εξέταση των απόψεων των φοιτητών για τις παραλείψεις στη νοσηλευτική για τους πιο κάτω λόγους:

α) Οι φοιτητές αποτελούν μέρος ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος με την κλινική τους παρουσία σε δομές των νοσηλευτηρίων να κατέχει το 50% στο σύνολο του προπτυχιακού προγράμματος (ΕΕ/2013/55) και β) η κλινική μάθηση αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την επαγγελματική τους κοινωνικοποίηση (Raso et al. 2019) και διαμόρφωσης επαγγελματικών στάσεων και ικανοτήτων. Το θέμα όμως είναι ότι οι φοιτητές οι οποίοι δεν έχουν επηρεαστεί από προηγούμενες εμπειρίες και είναι σε θέση να εντοπίσουν τομείς για βελτιώσεις (Palese et al. 2021), εκτίθενται καθημερινά σε πραγματικές καταστάσεις όπου ενδέχεται να παρακολουθούν περιστατικά που αφορούν την ΑΑ χωρίς να μπορούν να τις αντιμετωπίσουν γιατί δεν γνωρίζουν (Bagnasco et al., 2017; Francis, 2015). Η σημαντικότητα διερεύνησης των απόψεων ανάγεται από το γεγονός ότι η επανάληψη, και παρατήρηση τέτοιων πρακτικών από τους νοσηλευτές διαβρώνει τις αρχές της φροντίδας και αποκτάται μια στάση συνήθειας και αποδοχής ανάμεσα στην ομάδα, την οποία και οι φοιτητές συμμετέχουν (Bagnasco et al., 2017). Συνεπώς, η έκθεση των φοιτητών σε συμβάντα παράλειψης φροντίδας δύναται να διευρύνει το χάσμα στο κενό μεταξύ του ιδεώδους στη φροντίδα στις ΑΔ και της πραγματικότητας όπως βιώνεται στους χώρους κλινικής εκπαίδευσης (Curtis et al., 2012). Όλα αυτά οδηγούν σε απογοήτευση από μέρους των φοιτητών λόγω μη ικανοποίησης των προσδοκιών τους (Raso et al., 2019). Αναντίρρητα, οι φοιτητές αποτελούν το «φρέσκο ζευγάρι ματιών» (Francis, 2015: 178) με νέες προοπτικές έτοιμοι να μάθουν, και η έκθεση τους σε λάθη παραλείψεων σε μια περίοδο επαγγελματικής κοινωνικοποίησης, ελλοχεύει κινδύνους μίμησης και ανοχής στις παραλείψεις νοσηλευτικής φροντίδα και αποδοχής του ως αναπόφευκτο μέρος της καθημερινής πρακτικής (Bagnasco et al., 2017). Χαρακτηριστικά αναφέρει το Department of Health, (2015: 26), «οι

*φοιτητές είναι τα μάτια και τα αυτιά των υπηρεσιών σήμερα και οι μελλοντικοί ηγέτες που θα εφαρμόζουν ασφαλή φροντίδα αλλά και θα δημιουργήσουν ασφαλής εργασιακά περιβάλλοντα».*

β) Επιπλέον με τις πιο πάνω διαπιστώσεις, εντοπίζεται στη βιβλιογραφία ότι ελάχιστες είναι οι ερευνητικές μελέτες (2 στο σύνολο) διερεύνησης των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής σε θέματα παραλείψεων φροντίδας σε αντίθεση με τη μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα την τελευταία δεκαετία στη διερεύνηση των απόψεων των εγγεγραμμένων νοσηλευτών σε θέματα «παραλείψεων φροντίδας» και τις πιθανές διορθωτικές ενέργειες (Jones et al., 2015; Mandal et al., 2020). Το άρθρο συζήτησης των Bagnasco et al., (2017), είναι η πρώτη προσπάθεια προβληματισμού για την πιθανή επίδραση που μπορεί να έχει το φαινόμενο των παραλείψεων νοσηλευτικής φροντίδας στην επίδοση των φοιτητών, στα πλαίσια μίμησης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατά την κλινική τους μάθηση. Η πρώτη έρευνα των Gibbon and Crane (2018) η οποία διερεύνησε τις απόψεις των φοιτητών για θέματα παραλείψεων, μέσα από ομάδες εστίασης, αναφέρει ότι οι φοιτητές αντιλαμβάνονται την ύπαρξη παραλείψεων όπως και τις πιθανές αιτίες, ωστόσο φαίνεται να υιοθετούν μια στάση «ρεαλιστικής αποδοχής» των περιστατικών παραλείψεων φροντίδας. Μια συμπεριφορά, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε διαιώνιση του φαινομένου στη νοσηλευτική πρακτική μετά ως μελλοντικοί επαγγελματίες νοσηλευτές (Gibbon and Crane, 2018). Αυτό θέτει την ΑΑ σε κίνδυνο γιατί η αβεβαιότητα σχετικά με το σωστό πρότυπο φροντίδας παρεμποδίζει τόσο την ευαισθητοποίηση όσο και τις στρατηγικές ελαχιστοποίησης ή αποτροπής παραλείψεων στη φροντίδα (Palese et al., 2021). Επίσης η μελέτη των Palese et al., (2021) έδειξε σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών ότι η παράλειψη μιας φροντίδας σχετιζόταν με το επίπεδο (υψηλή, μέτρια, χαμηλή) προτεραιότητας που της αποδιδόταν.

## **1.2 Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής στην Κύπρο και την Ελλάδα για τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες που έχουν λάβει μέσα από την εκπαίδευσή τους, σε σχέση με την ασφάλεια ασθενών. Επιπλέον, θα μελετηθούν οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με τις παραλείψεις φροντίδας, οι οποίες εντάσσονται στο θεωρητικό πλαίσιο των νοσοκομειακών λαθών.

## 2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στο κεφάλαιο ακολουθεί η περιγραφή διαφόρων εννοιών. Όπως: έννοιες που σχετίζονται με την ΑΑ, την έννοια λάθος γενικά και σε σχέση με τη νοσηλευτική, και τις έννοιες γνώσεις στάσεις δεξιότητες. Επίσης θα γίνει συζήτηση θεωριών σχετιζόμενες με την ΑΑ και θεωρίες μάθησης που σχετίζονται με τη διδασκαλία στις ΑΔ και την κλινική άσκηση

### 2.1 Έννοιες σχετιζόμενες με την Ασφάλεια Ασθενών (ΑΑ)

#### 2.1.1 Ασφάλεια και ασθενής

Η έννοια «ασθενής»(Patient) γύρω από την οποία περιστρέφεται όλη η φροντίδα ορίζεται ως το άτομο που λαμβάνει υγειονομική περίθαλψη(World Health Organization, 2009). Στην Κυπριακή νομοθεσία, ο «ασθενής» σημαίνει φυσικό πρόσωπο το οποίο πάσχει από οποιαδήποτε ασθένεια ή πάθηση ή κάθε πρόσωπο το οποίο ζητά ή στο οποίο παρέχεται φροντίδα υγείας (Ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 (Ν. 1(Ι)/2005) *Ε.Ε., Παρ.Ι(Ι), Αρ.3943, 7/1/2005*).

Η λέξη ασφάλεια προέρχεται από το ά το στερητικό και τη λέξη σφάλλομαι (σκοντάφτω, τρικλίζω). Ασφάλεια είναι η κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία κινδύνου, η αίσθηση που έχει κάποιος ότι είναι προφυλαγμένος από κάθε κίνδυνο, η σιγουριά (Τριανταφυλλίδης, 1998), όπου αισθάνεται κανείς ότι δεν απειλείται (Μπαμπινιώτης, 2003). Ορίζεται ως η σταθερότητα η βεβαιότητα, η σιγουριά (Κριάρα, 1995). Η προφύλαξη από σφάλμα, ολίσθημα ή κίνδυνο, έλλειψη κινδύνου, σιγουριά(Τεγόπουλος Φετράκης , 2006) . Μέσα από διαφορά νεοελληνικά λεξικά δοθήκαν διάφοροι ορισμοί για την ασφάλεια και όλοι καταλήγουν σε μια κοινή λέξη «σιγουριά» και « δεν υπάρχει κίνδυνος». Η ομάδα εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (PSQCWG) (2014) όρισε την ασφάλεια «ως η απαλλαγή από βλάβες οφειλόμενες σε ατυχήματα». Ένας ορισμός ιδιαίτερα περιοριστικός αφού αναφέρεται μόνο σε κινδύνους και όχι σε κινδύνους που συμπεριλαμβάνουν τις παραλείψεις.

## 2.1.2 Ασφάλεια Ασθενούς

Η έννοια ΑΑ σχετικά πρόσφατα εισάχθηκε στο Medical Subject Headings (MeSH), το 2011 και ορίστηκε ως οι «προσπάθειες μείωσης του κινδύνου, η αντιμετώπιση και μείωση περιστατικών και ατυχημάτων που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τους λήπτες της υγειονομικής περίθαλψης» (MeSH, 2018).

Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός είναι αυτός που δόθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής ΙΟΜ's που όρισε την ΑΑ ως «η απαλλαγή του ασθενούς από τις βλάβες που μπορούν να προβλεφθούν κατά τη διάρκεια της παροχής ιατρικής περίθαλψης» (Kohn et al.1999). Παρόμοιος είναι και ο ορισμός που υιοθετήθηκε από τον ΠΟΥ (2009) και ευρωπαϊκούς φορείς (EUNetPaS 2010) ορίζοντας την ΑΑ ως «την ελαχιστοποίηση του ρίσκου παρ' ολίγον λάθους ή κινδύνου κατά τη διάρκεια νοσηλείας». Ο καναδέζικος οργανισμός ασφάλειας και ποιότητας όρισε την ΑΑ ως «η επιδίωξη μετριασμού μη ασφαλών ενεργειών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τη χρήση των καλύτερων πρακτικών οδηγώντας στη βέλτιστη έκβαση της κατάστασης της υγείας ασθενών» (Frank and Brien 2009). Ωστόσο αυτοί οι ορισμοί περιορίζονται στην ατομική ευθύνη χωρίς να λαμβάνονται υπόψη το σύστημα, διαδικασίες και θέματα οργάνωσης που απειλούν την ΑΑ. Οι Emanuel, et. al.( 2008) έδωσαν ένα πιο εκτεταμένο ορισμό ο οποίος εντάσσει την αλληλεπίδραση των στοιχείων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Όρισαν την ΑΑ ως «ο κλάδος στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ο οποίος χρησιμοποιεί ασφαλείς και επιστημονικές μεθόδους προς την επίτευξη ενός συστήματος εμπιστοσύνης κατά την παροχή φροντίδας». Συνεχίζοντας προσθέτει «η ΑΑ είναι χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας καθώς αποβλέπει στην ελαχιστοποίηση ενός ανεπιθύμητου περιστατικού και των επιδράσεων του και στη μεγιστοποίηση της ανάρρωσης από αυτό».

Σήμερα ο Π.Ο.Υ (2021) αναγνωρίζει την ασφάλεια των ασθενών σαν κλάδο της φροντίδας υγείας ο οποίος προέκυψε με την εξελισσόμενη πολυπλοκότητα στα συστήματα υγείας και την επακόλουθη αύξηση της βλάβης των ασθενών στα νοσηλευτήρια. Αποσκοπεί στην πρόληψη και τη μείωση των κινδύνων, των σφαλμάτων και των βλαβών που συμβαίνουν στους ασθενείς κατά

τη διάρκεια της παροχής φροντίδας όπου ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης είναι η συνεχής βελτίωση με βάση την εκμάθηση από λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα. Δηλαδή η ΑΑ περιλαμβάνεται μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον εντάσσοντας τα χαρακτηριστικά του οργανισμού που αλληλοεπιδρούν στη παροχή ασφαλούς ή μη φροντίδας και μείωσης του ρίσκου να ξανασυμβεί ένα συμβάν.

Σύμφωνα με την εννοιολογική ανάλυση των Kim et al. ( 2015) που ακολούθησαν την προσέγγιση των Walker & Avant η έννοια της ΑΑ περιγράφεται ως :

α) Διαδικασία εκτέλεσης. Η ΑΑ περιγράφεται ως ένας συνδυασμός των δράσεων που λαμβάνονται (ή δεν λαμβάνονται) από το σύστημα και το άτομο, στην αναγνώριση των αιτιών που συμβάλλουν στις αποτυχίες του συστήματος και ανεπιθύμητων συμβάντων ή στην αναγνώριση στρατηγικών πρόληψης και διορθωτικών ενεργειών για την προστασία των ασθενών από βλάβη (Kim et al . 2015)

β) Χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα συμβαίνουν ως αποτέλεσμα μιας αποτυχίας του συστήματος και όχι απλώς ως αποτέλεσμα της αποτυχίας ενός ατόμου. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο όλα τα στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης (οργανισμοί, ομάδες επαγγελματιών υγείας, τεχνολογία) να ενσωματώνονται σε ένα σχεδιασμό συστημάτων υψηλής αξιοπιστίας που ελαχιστοποιεί το περιστατικό και την επίδραση και μεγιστοποιεί την αποκατάσταση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες (Emanuel et al. 2008)

γ) Κλάδος της φροντίδας υγείας που ασχολείται με το σύνολο συντονισμένων προσπαθειών πρόληψης της βλάβης που προκαλείται από τη διαδικασία της ίδιας της φροντίδας που δίνεται στους ασθενείς (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,2014). Ως κλάδος εξυπηρετεί στην ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων συμβάντων και εξάλειψης της προβλέψιμης βλάβης κατά τη φροντίδα με την εστίαση στην αναφορά, την ανάλυση και τη πρόληψη λαθών (Montoya και Kimball, 2013).

δ) Κατάσταση. Το αποτέλεσμα που προκύπτει από ενέργειες που λήφθηκαν (errors of commission) ή δεν λήφθηκαν (errors of omission) σε δεδομένο χρόνο (Kim et al. 2015) ( Οι δύο έννοιες θα αναπτυχθούν στην συνέχεια)

ε) Ικανότητα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που «ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο βλάβης στους ασθενείς και τους παρόχους μέσω ενός αποτελεσματικού συστήματος και ατομικής απόδοσης» (Cronenwett et al. 2007, p. 128, Frank and Brien, 2009).

Τα χαρακτηριστικά της έννοιας AA (Kim et al., 2015):

*α. Πρόληψη των ιατρικών λαθών και των δυσμενών περιστατικών που μπορούν να αποφευχθούν*

Τα ιατρικά λάθη κατηγοριοποιούνται περαιτέρω ως λάθη πράξεων (ενέργεια που έχει ληφθεί) (errors of commission) και ως λάθη παράλειψης (ενέργεια που δεν έχει ληφθεί) (errors of omission) που μπορεί να οδηγήσει σε αποφευκτές δυσμενείς επιπτώσεις (Kalisch et al., 2009a). Αν και μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως μετεγχειρητικές περιπλοκές των ασθενών μπορεί να είναι αναπόφευκτες, η εστίαση της AA είναι στην πρόληψη των λαθών από τους επαγγελματίες υγείας και την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών (Gluck 2012). Στρατηγικές ή ενέργειες για τον εντοπισμό και την πρόληψη αυτών των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι χαρακτηριστικά της AA.

*β. Προστασία των ασθενών από βλάβες*

Είναι οι μετριαστικοί παράγοντες που περιγράφονται ως δράσεις ή καταστάσεις που αποτρέπουν ή μετριάζουν την εξέλιξη ενός περιστατικού να καταλήξει με βλάβη του ασθενούς (Runciman et al., 2009).

*γ. Συνεργατικές προσπάθειες μεταξύ των επαγγελματιών και ένα καλά ενοποιημένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.*

Η AA επιτυγχάνεται μέσα από τη συνεργασία τόσο των μεταξύ ατόμων που παρέχουν άμεση ή έμμεση φροντίδα στους ασθενείς όσο και με το σύστημα. Το λάθος που προηγήθηκε ενός ανεπιθύμητου συμβάντος μπορεί συχνά να θεωρείται ότι σχετίζεται με το άτομο, αλλά οι υποκείμενες αιτίες του λάθους να εντοπίζονται συνήθως σε επίπεδο συστήματος και να οφείλονται σε ανεπάρκεια του συστήματος. Ως εκ τούτου, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και οι άμεσοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζουν από κοινού τη δημιουργία δομών και διαδικασιών που να αποτρέπουν τα ιατρικά λάθη και τις

ανεπιθύμητες ενέργειες και να μετριάσει τέτοια περιστατικά με διορθωτικές ενέργειες για την προστασία των ασθενών από βλάβες ή τραυματισμούς.

### 2.1.3 Συναφείς έννοιες που σχετίζονται με την Ασφάλεια Ασθενών

Οι έννοιες από την ορολογία (glossary) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2013) για την ασφάλεια των ασθενών που κρίθηκαν περισσότερο χρηστικοί παρουσιάζονται στον πίνακα 1

*Πίνακας 1: Συναφείς χρησιμοποιούμενες έννοιες που συνδέονται με την ΑΑ, όπως παρουσιάζονται στο γλωσσάρι της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2013)*

Συμβάν (Incident)	κάθε απόκλιση από τη συνήθη πολιτική της ιατρικής περίθαλψης και η οποία μπορεί να προκαλεί βλάβη στον ασθενή ή ενέχει κίνδυνο βλάβης.
Κίνδυνοι & επισφαλείς συνθήκες (Hazard and unsafe conditions)	Προσδιορίζει τις αποφάσεις στις οποίες οι εκβάσεις των ενεργειών περικλείουν την έννοια της αβεβαιότητας και το ενδεχόμενο εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου συμβάντος, όταν συντρέχουν ορισμένες καταστάσεις
Παρ' ολίγον ατύχημα» ή «παρ' ολίγον λάθος » (Near miss or close call)	Το σφάλμα ή αβλεψία που έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει ατύχημα, τραυματισμό ασθενεία αλλά αυτό συνέβη είτε τυχαία είτε διότι το λάθος ή η αβλεψία διαπιστώθηκε εγκαίρως λόγω έγκαιρης παρέμβασης (ΕΕ, 2013), Το παρ' ολίγον λάθος (near miss) σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι ένα γεγονός που θα μπορούσε να καταλήξει σε ατύχημα, τραυματισμό ή ασθένεια, αλλά δεν κατέληξε είτε τυχαία, είτε λόγω έγκαιρης παρέμβασης (ΠΟΥ, 2009)
Συμβάν ασφάλειας ασθενών (Patient safety incident)	κάθε μη σκόπιμο ή απρόσμενο συμβάν το οποίο έχει ή θα οδηγήσει σε βλάβη σε ένα ή περισσότερους ασθενείς που δέχονται υγειονομική περίθαλψη(NHS, 2004).
Συμβάν που θα μπορούσε να προληφθεί (Preventable incidence )	ένα συμβάν που προκλήθηκε από λάθος ή άλλου τύπου αστοχία του συστήματος ή του εξοπλισμού.
Ανεπιθύμητο συμβάν(Adverse event)	είναι ένα συμβάν το οποίο έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη σε κάποιον ασθενή (World Health Organization, 2009)
Σύστημα (System):	Ένα σύνολο αλληλένδετων στοιχείων (άνθρωποι, διαδικασίες, εξοπλισμός) που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού.

## 2.2 Έννοιες: «λάθος» - «σφάλμα»

Στην αγγλική βιβλιογραφία ο όρος «error» συναντάται για την περιγραφή μιας κατάστασης ή περιστατικού που δεν έχει την αναμενόμενη κατάληξη. Ωστόσο η απόδοση του όρου «error»



στην ελληνική γλώσσα παρουσιάζει μία σύγχυση καθώς για τη μετάφραση του συγκεκριμένου όρου χρησιμοποιούνται κυρίως οι δύο έννοιες «λάθος» και «σφάλμα». Στα ορθογραφικά και ερμηνευτικά λεξικά η έννοια του λάθους ταυτίζεται με την έννοια του σφάλματος. Δεν υπάρχει ένα σαφές εννοιολογικό πλαίσιο, ενώ είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η έννοια του λάθους από την έννοια του σφάλματος (Ράπτης, 2002).

Το σφάλμα έχει τις ρίζες του στο ρήμα σφάλω που σημαίνει «κάνω κάποιον να παραπατήσει, να μετακινηθεί» και από εκεί πέρασε στη σημασία του «παραπλανώ» και μεταγενέστερα στη σημασία «κάνω λάθος». Αυτή είναι και η αφετηρία των λέξεων σφάλμα, σφαλερό καθώς και ασφαλτος(αλάνθαστος) (Μπαμπινιώτης, 2009). Ο όρος λάθος έχει τις ρίζες του στο ρήμα λανθάνω και σημαίνει ξεφεύγω την προσοχή (Δεσποτόπουλος, 2000).

Το λάθος ορίζεται «ως οτιδήποτε αποκλίνει από τον κανόνα ή δεν έγινε με σωστό τρόπο, ατυχής επιλογή πράξη ή εκτίμηση. Η έννοια «σφάλμα» αναφέρει ως καθετί εσφαλμένο που δεν γίνεται σωστά, παραβίαση κανόνα (Μπαμπινιώτης (2002). Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός των όρων «σφάλμα» και «λάθος» στην μετάφραση του όρου “error” με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι όροι παρόλο που παρουσιάζουν λεπτές και δυσδιάκριτες διαφοροποιήσεις.

Το λάθος είναι ενέργεια ή παράλειψη που αποκλίνει ή που έρχεται σε αντίθεση προς τους ισχύοντες κανόνες της ηθικής, της κοινωνικής συμπεριφοράς. Μία άστοχη ενέργεια, αδέξια ανεπιτυχής ή παράλειψη που οφείλεται α) σε κακή κρίση ή απόφαση, β) σε παρεξήγηση, άγνοια, ελλιπή γνώση ή κατανόηση (Τριανταφυλλίδης ,2006 ). Λάθος είναι πράξη ή παράλειψη που αποτελεί εσκεμμένη ή όχι παράβαση ενός (ηθικού) κανόνα (Κριάρα , 1995).Στην έκθεση για τις ευρωπαϊκές συστάσεις για συστήματα υποβολής εκθέσεων και αποκόμισης διδαγμάτων» (ΕΕ, 2012) ο όρος «error» μεταφράστηκε ως «σφάλμα» και έχει οριστεί ως «η αστοχία μιας σχεδιασμένης δράσης να ολοκληρωθεί όπως προβλεπόταν (δηλαδή σφάλμα εκτέλεσης) ή η χρήση μη κατάλληλου σχεδίου για την επίτευξη ενός σκοπού (δηλαδή σφάλμα σχεδιασμού)».

Στο χώρο της παιδαγωγικής και τις διδακτικής επιχειρείται κάποια διάκριση αναμεσά στο σφάλμα και το λάθος. Κάποιος κάνει σφάλμα όταν δεν εφαρμόζει τις υπάρχουσες θεωρίες τις οποίες γνωρίζει ή θα έπρεπε να γνωρίζει. Ενώ, λάθος κάνει αυτός που αναζητά μια καινούργια θεωρία. Σε αυτή την περίπτωση το λάθος είναι συνδεδεμένο με τη δημιουργικότητα και το σφάλμα με την κακή μνήμη και την ελλιπή προσοχή. Προφανώς, μια καλή διδακτική προσέγγιση είναι αυτή που επιτρέπει στους μαθητές να κάνουν περισσότερα λάθη από σφάλματα (στην Ράππη, 2002 σελ.14).

Η εννοιολογική προσέγγιση του λάθους και του σφάλματος στην υγεία αναφέρει ότι η έννοια του λάθους δεν εστιάζεται στο αποτέλεσμα δηλ. το ανεπιθύμητο συμβάν αλλά στην ενέργεια ή την παράλειψη που οδήγησε στο ανεπιθύμητο συμβάν ή μπορεί όχι γιατί έγινε έγκαιρα αντιληπτή και διορθώθηκε. Σε αντίθεση η έννοια του σφάλματος εστιάζεται στην έκβαση της ενέργειας ή της παράλειψης (Καπάκη, 2015 σελ. 157). Οι Μητσής και άλλοι, (2012) αναφέρουν το λάθος είναι ενέργεια η οποία είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ύπαρξη του ανθρώπου. Λάθος δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του “λανθάνειν”, αλλά και η αποτυχία στην εκτίμηση, η αστοχία, η απροσεξία, το σφάλμα, η παράλειψη. Το Institute of Medicine (2000) ορίζει το λάθος ως τη μη επιτυχημένη ολοκλήρωση μιας σχεδιασμένης πράξης ή την εφαρμογή λανθασμένου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου.

Ταυτόχρονα όπως και στην ελληνική γλώσσα και στην αγγλική γλώσσα χρησιμοποιείται η εναλλαγή στη χρήση των όρων “error” και “mistake” χωρίς σαφή διαχωρισμό των δύο εννοιών. Ο όρος “error” αναφέρεται στο λάθος που κατά κύριο λόγο οφείλεται σε άγνοια κανόνων και η έννοια “mistake” αναφέρεται στα λάθη που οφείλονται λόγω απροσεξίας (Αθανασίου, 2000). Για τον Reason (1990) ο όρος «error» (λάθος) χρησιμοποιείται ως γενικότερος όρος και περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις όπου μια σχεδιασμένη διαδικασία πνευματικών και σωματικών δραστηριοτήτων αποτυγχάνει να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, εφόσον αυτή η αποτυχία δε μπορεί να αποδοθεί σε παρεμβάσεις τυχαίων γεγονότων. Συνεπώς, κατέληξε σε 3 τύπους λαθών (Reason, 2000)

α) τις παραδρομές “slips” είναι ακούσιες ενέργειες που οδηγούν σε λάθη στην εκτέλεση του σχεδίου.

β) τις παραλείψεις “lapses” είναι ηθελημένη ενέργεια και τα λάθη που εκτελέστηκαν λόγω ελλιπούς μνήμης

γ) σφάλματα “mistakes” είναι τα λάθη στο σχεδιασμό του πλάνου δράσης

Λαμβάνοντας υπόψη τους πιο πάνω ορισμούς στην παρούσα μελέτη προτιμήθηκε η χρήση της έννοιας του λάθους γιατί θεωρήθηκε ότι είναι πιο κατανοητός. Επίσης η έννοια λάθος δίνει μια πιο ξεκάθαρη κατεύθυνση της πορείας ενός συμβάντος καθώς επικεντρώνεται στην ενέργεια για το σχεδιασμό και την εκτέλεση της διαδικασίας που δεν έφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα της και όχι μόνο στο αποτέλεσμα αυτής.

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία περιγράφονται δύο κύριοι τύποι λαθών (Kalisch et al., 2009b, 2009a; Kim et al., 2015; Papastavrou et al., 2013):

Τα λάθη παράλειψης (errors of omission) τα οποία συμβαίνουν ως αποτέλεσμα ενεργειών που δεν έγιναν. Δηλαδή, αναφέρονται στην αποτυχία να ληφθεί μια ενέργεια γεγονός που μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε μια πραγματική ή δυνητική δυσμενή έκβαση Παραδείγματα: η μη σταθεροποίηση του ασθενούς σε αναπηρικό καροτσάκι, η μη τοποθέτηση του κουδουνιού κλήσης σε κλινήρη ασθενή .

Λάθη πράξης (errors of commission) τα οποία προκύπτουν ως αποτέλεσμα λανθασμένων ενεργειών και έχει βάλει σε άμεσο κίνδυνο τον ασθενή, δηλαδή προϋποθέτει ενεργό εμπλοκή και δράση του νοσηλευτή. Παραδείγματα: η χορήγηση ενός φαρμάκου στο οποίο ένας ασθενής έχει γνωστή αλλεργία ή η μη επισήμανση ενός εργαστηριακού δείγματος που στη συνέχεια αποδίδεται σε λάθος.

Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια διαχωρισμού του Ιατρικού λάθους και του νοσηλευτικού λάθους γιατί παράλληλα με τα ιατρικά λάθη από ιατρούς σημαντικό ποσοστό εμφάνισης καταλαμβάνουν και τα νοσηλευτικά λάθη αποτέλεσμα νοσηλευτικών ενεργειών. Σήμερα

κυριαρχεί ο όρος ιατρικό λάθος και αναφερόταν και σε λάθη που ευθύνονται πρώτιστα νοσηλευτές.

### **2.2.1 Ιατρικό Λάθος**

Τα «ιατρικά λάθη» είναι δύσκολο να μετρηθούν επιστημονικά και αυτό οφείλεται στην έλλειψη ορισμού των Ιατρικών λαθών που εμποδίζει την ανάλυση, τη σύνθεση και την αξιολόγηση δεδομένων. Το Ιατρικό λάθος σύμφωνα με δικαστικές αποφάσεις ορίζεται η συμπεριφορά του ιατρού που έχει αποτύχει να προσφέρει στον χρηστή των υπηρεσιών υγείας αποδεδειγμένη ιατρική πράξη εγνωσμένης θεραπευτικής αξίας επειδή ο ιατρος παραβίασε τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ή η προσφερθείσα ιατρική υπηρεσία δεν τήρησε το επαγγελματικό standard (Αγαθαγγέλου, 2011; Παναγιώτου, 2015). Ενά άλλος ορισμός απηχεί στην πράξη παράλειψης ή ανάθεσης κατά τον σχεδιασμό ή την εκτέλεση που συμβάλει σε ένα ακούσιο αποτέλεσμα το οποίο τελικά προκάλεσε βλάβη ή όχι στον χρήστη υπηρεσιών υγείας. Αυτός ο ορισμός του ιατρικού λάθους περιλαμβάνει τους βασικούς τομείς της αιτιότητας του λάθους (παράλειψη και ανάθεση, σχεδιασμός και εκτέλεση) και καταγράφει ελαττωματικές διεργασίες που μπορεί και οδηγούν σε λάθη, ανεξάρτητα από το αν προκύψουν αρνητικά αποτελέσματα (Grober and Bohnen, 2005). Στους ορισμούς, φαίνεται να αποδίδεται η αναπόφευκτη προσωπική υπαιτιότητα του ιατρού για το λάθος, περιλαμβάνεται η «σιωπηλή πλειοψηφία» των λαθών που δεν προκαλούν βλάβη και δίνεται ένας χάρτης με τον οποίο μπορεί να ορίσει μια διαδικασία ως επιρρεπή σε λάθος.

### **2.2.2 Η έννοια του λάθους στη νοσηλευτική**

Ένας ορισμός για το νοσηλευτικό λάθος δόθηκε από τον Meurier (1997) ορίζοντας το λάθος ως κάθε απόφαση, παράλειψη ή ενέργεια για την οποία ο νοσηλευτής αισθάνεται υπεύθυνος και που θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως μη ορθή από έμπειρους συναδέλφους και αυτό το λάθος είχε δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε. Οι Donchin et al (2003) όρισαν ως λάθος κάθε απόκλιση (προσθήκη ή παράλειψη) από τους καθιερωμένους κανόνες λειτουργίας και πρακτικής του χώρου εργασίας.

Σε μελέτη των Graf et al. (2005) που αναφέρεται σε λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στη ΜΕΘ όρισε το νοσηλευτικό λάθος ως κάθε ακούσιο συμβάν που μείωσε ή δυνητικά θα μπορούσε να μειώσει το όριο ασφαλείας κάθε ασθενή. Η συνέπεια του λάθους μπορεί να δημιουργήσει ένα απλό συμβάν που είναι αναστρέψιμο και μπορεί να αντιμετωπιστεί ή να οδηγήσει στο θάνατο. Το γεγονός αναδεικνύει την αναγκαιότητα λήψης μέτρων που διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας με ασφαλείς μεθόδους (Κυρίτση, 2009).

### **2.2.3 Λάθη παραλείψεων στην φροντίδα**

Σε καταστάσεις σοβαρής έλλειψης πόρων όπου αναγκαστικά θα πρέπει να γίνει καταμερισμός αυτών, τα περισσότερα συστήματα υγείας θέτουν ξεκάθαρες οδηγίες και κατευθυντήριες γραμμές οι οποίες βοηθούν τους επαγγελματίες να πάρουν κλινικές αποφάσεις, αλλά αυτό αφορά κυρίως τον ιατρικό κόσμο. Αντίθετα οι νοσηλευτές δεν έχουν κατευθυντήριες οδηγίες και γι' αυτό αναγκάζονται να πάρουν αποφάσεις οι ίδιοι χωρίς στήριξη, καθοδήγηση ή μελέτη του θέματος (Scott et al., 2019). Η έννοια είναι εστιασμένη στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και σχολιάστηκε για πρώτη φορά το 2006 στην ποιοτική μελέτη της Kalisch (2006) στην οποία αναφέρθηκε στον όρο «missed nursing care», που στα ελληνικά μεταφράζεται ως «η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα». Τα λάθη παραλείψεων νοσηλευτικής φροντίδας προκύπτουν όταν οι νοσηλευτές, καλούνται να κατανέμουν, ίσα και δίκαια τους διαθέσιμους νοσηλευτικούς πόρους, κυρίως το χρόνο και την εμπειρία τους, με την έννοια του καταμερισμού της φροντίδας, το γνωστό rationing of care (Papastavrou et al 2013, COST Action CA15208, 2016). Δηλαδή όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι, οι νοσηλευτές στην προσπάθεια καταμερισμού της φροντίδας θέτουν προτεραιότητες και ενδέχεται να ελαχιστοποιούν τα πρότυπα τους για την παρεχόμενη ποιοτική φροντίδα. Συνέπεια αυτού, είναι οι νοσηλευτές, κάτω από την πίεση του χρόνου να επιλέγουν ανάμεσα σε διαφορετικές αλλά εξίσου σημαντικές φροντίδες για τον ασθενή, ποιες να διεκπεραιώσουν, ποιες δεν θα διεκπεραιωθούν, ποιες να καθυστερήσουν (Kalisch ,2006), ή κάποιες να δοθούν σε χαμηλότερη ποιότητα (Papastavrou et al.,2013). Τα λάθη των παραλείψεων επεκτείνονται και στην επιλογή ανάμεσα σε ασθενείς που

θα δοθεί η φροντίδα, ή στις επιμέρους ανάγκες ασθενών. Με συνέπεια τη διάκριση εις βάρος ευάλωτων ομάδων ασθενών όπως είναι για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι, ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν ή να διεκδικήσουν τη φροντίδα που τους αξίζει καθώς και ασθενείς με άνοια (Suhonen et al., 2018).

Το πρόβλημα στα λάθη παραλείψεων είναι ο εντοπισμός των λαθών αυτών καθώς τα λάθη αυτά παρόλο που είναι πολύ διαδεδομένα, είναι πολύ πιο δύσκολο να αναγνωρίσει και να οριοθετήσει κανείς μία παράλειψη παρά ένα λάθος με ενεργό εμπλοκή και δράση του νοσηλευτή. Αυτό συμβαίνει διότι δεν καταγράφονται εκτός και αν υπάρχει κάποια σοβαρή και άμεσα σχετιζόμενη επίπτωση στην κατάσταση του ασθενή (Jones , 2015). Το φαινόμενο παραλείψεων νοσηλευτικής φροντίδας έχει αναφερθεί και οριστεί ποικιλοτρόπως στη νοσηλευτική βιβλιογραφία όπως η φροντίδα που δεν έχει δοθεί (care left undone (Aiken et al., 2001b, Ball et al 2013) , η φροντίδα που δεν έχει ολοκληρωθεί (task undone) (Jones et al., 2015), ο καθορισμός προτεραιοτήτων στην φροντίδα (the act of prioritisation) (Hendy and Walker 2004), η φροντίδα που δεν έχει καλυφτεί (unmet nursing care needs) (Lucero et al., 2009), η «σιωπηρή» κατανομή της φροντίδας (implicit rationing of nursing care) (Schubert et al., 2007, Ausserhofer et al. 2014). Ο Οργανισμός για την Έρευνα και Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011) όρισαν τα λάθη παράλειψης «ως η αποτυχία να ληφθεί η κατάλληλη ενέργεια ή δράση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε μια δυνητική ή πραγματική δυσμενή έκβαση».

### **2.3 Ικανότητες: Γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες:**

Η προώθηση των ικανοτήτων αποτελεί αντικείμενο εκπαιδευτικών προγραμμάτων και διαχωρίζονται σε ειδικά και γενικά (ECTS Users' Guide, 2015, p. 10), περιγράφει την ικανότητα ως ένα δυναμικό συνδυασμό χαρακτηριστικών, δυνατοτήτων και στάσεων, και την ορίζει ως «η αποδεδειγμένη δυνατότητα χρήσης γνώσεων, δεξιοτήτων προσωπικών, κοινωνικών ή /και μεθοδολογικών δυνατοτήτων σε καταστάσεις εργασίας και μάθησης όπως και σε

επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη». Αλλιώς περιγράφεται με όρους «υπευθυνότητας» και «αυτονομίας»(σύσταση 2008 / C 111/01).

Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι δεξιότητες αποτελούν το τρίπτυχο της εκπαίδευσης και της ανάπτυξης ικανοτήτων και στοχεύουν στην ενδυνάμωση των φοιτητών όσον αφορά στην ανάπτυξη βασικών ικανοτήτων, που θα τους βοηθήσουν στην εμπέδωση της κουλτούρας για την ΑΑ και τη παροχή ασφαλών κλινικών πρακτικών. Η βελτίωση των ικανοτήτων αυτών θα συμβάλει στην προστασία των ασθενών αλλά και στη μείωση των δαπανών υγείας. Ακολουθεί η ανάλυση των εννοιών Νοσηλευτική ικανότητα, γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες.

### **2.3.1 Νοσηλευτική Ικανότητα (competence)**

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Συνδέσμων (EFN) (2015) υιοθέτησε τον ορισμό του Gómez del Pulgar, M, (2011) ορίζοντας την ικανότητα ως "το αποτέλεσμα μεταξύ της γνώσης, των δεξιοτήτων, των στάσεων και των αξιών, καθώς και η κινητοποίηση των εν λόγω συνιστωσών προκειμένου να μεταφερθούν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ή πραγματική κατάσταση, εξελίσσοντας έτσι την καλύτερη δυνατή δράση / λύση για την αντιμετώπιση διαφορετικών καταστάσεων και προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν ανά πάσα στιγμή, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους». Πρόσθετα η ικανότητα, είναι η ενσωμάτωση των γνώσεων, δεξιοτήτων, και κρίσης που απαιτούνται για την πρακτική της νοσηλευτικής με ασφάλεια και ηθική (College of Nurses of Οντάριο, 2018). Δηλαδή ο επαγγελματίας πρέπει να έχει το κίνητρο και τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τα συστατικά αυτά (γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες) αποτελεσματικά για να παρέχει ασφαλή, αποτελεσματική και επαγγελματική νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή του (Fukada, 2018).

Η νοσηλευτική ικανότητα ορίστηκε από την Αμερικάνικη Νοσηλευτική Ένωση (ANA,2015) ως «η αύξηση των αναμενόμενων και μετρήσιμων επιπέδων απόδοσης μέσω της ενσωμάτωσης υφιστάμενων γνώσεων, δεξιοτήτων, ικανοτήτων, και κρίσης στηριζόμενα σε επιστημονικές γνώσεις και στις αρχές της νοσηλευτικής». Οι Takase & Teraoka (2011) την όρισαν ως «η δυνατότητα του νοσηλευτή να διαχειρίζεται αποτελεσματικά ένα σύνολο χαρακτηριστικών,

όπως προσωπικά χαρακτηριστικά, επαγγελματική στάση, αξίες, γνώσεις και δεξιότητες και η ανάληψη της επαγγελματικής ευθύνης για την απόδοση της πρακτικής».

Ένας πιο πρόσφατος ορισμός της νοσηλευτικής ικανότητας που δόθηκε ήταν «η δυνατότητα ανάπτυξης δράσης κάνοντας χρήση των γνώσεων, των δεξιοτήτων, των αξιών, των πεποιθήσεων, και των εμπειριών που αποκτήθηκαν ως νοσηλεύτρια». Ο ορισμός εκφράζει το αποδεκτό επίπεδο επαγγελματικής απόδοσης που αντανακλά τα συναισθήματα, τις σκέψεις και την επαγγελματική αντίληψη (Conference for Nursing Education model, 2017, International Council of Nurses, 2005, Nakayama et al., 2008 cited in Mahdy, 2020). Η πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Mahdy, 2020) έδωσε τον ίδιο ορισμό του όρου «ικανότητα» όπως αναδύθηκε από τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής και επιπλέον περιέγραψε 12 στοιχεία της νοσηλευτικής ικανότητας που αναβαθμίζουν τις επαγγελματικές νοσηλευτικές ικανότητες: φροντίδα με επίκεντρο: τον ασθενή, επικοινωνία, τεκμηριωμένη πρακτική και έρευνα, κριτική σκέψη και καινοτομία, προσωπικά χαρακτηριστικά, ποιότητα πρακτικής, συνεργασία, αξιολόγηση επαγγελματικής πρακτικής, διαχείριση νοσηλευτικής φροντίδας, χρήση πόρων και νομική και ηθική πρακτική (Mahdy, 2020).

Με βάση τα πιο πάνω η ικανότητα για τους φοιτητές της νοσηλευτικής περιλαμβάνει τα μαθησιακά αποτελέσματα που περιλαμβάνονται σε γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που εκφράζουν όσα οι φοιτητές αναμένεται να επιτύχουν, ώστε να διασφαλιστεί ότι θα είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του μελλοντικού τους επαγγέλματος, με το τέλος της μαθησιακής τους δραστηριότητας, η οποία μπορεί να είναι μια διάλεξη, μια ενότητα ή ένα ολόκληρο πρόγραμμα (Kennedy et al. 2006). Η «επάρκεια» προδιαγράφει την υποχρέωση του σημερινού φοιτητή/ αυριανού επαγγελματία να εφαρμόσει τις αποκτηθείς ικανότητες των επαγγελματικών γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων με αποτελεσματικό τρόπο διασφαλίζοντας την ΑΑ (Frank and Brien, 2009b).

Είναι κατανοητό ότι βασική προτεραιότητα της εκπαίδευσης είναι η ανάπτυξη των ικανοτήτων οι οποίες θα επιτρέπουν στους επαγγελματίες νοσηλευτές να προσαρμόζονται γρηγορότερα



στις διαρκείς αλλαγές του ολοένα περισσότερο πολύπλοκου συστήματος υγείας. Αποτελούν σημαντικό παράγοντα καινοτομίας, και εξασφάλισης της ποιότητας και της ΑΑ (WHO,2011, EUNetPS, 2010 Frank and Brien, 2009, Tella, N. J. Smith, et al., 2015 ,Walton *et al.*, 2006;). Οι ικανότητες σε σχέση με την ΑΑ περιγράφονται ως «οι νοσηλευτικές δραστηριότητες ελαχιστοποίησης του ρίσκου βλάβης των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας μέσω αποτελεσματικού συστήματος αλλά και ατομικών ενεργειών (Tella, N. J. Smith, et al., 2015)

Η απόκτηση των ικανοτήτων είναι ευθύνη του ακαδημαϊκού ιδρύματος και μέρος της εκπαίδευσης (Mahdy, 2020). Σύμφωνα με την ταξινόμια του Bloom (1959) η εκπαίδευση είναι η διαδικασία απόκτησης και βελτίωσης ικανοτήτων μέσα από τον συνδυασμό γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, η οποία έχει ως απώτερο στόχο την τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς:

- Η γνωστική (cognitive), που αφορά τις διεργασίες της γνώσης η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση, την εφαρμογή, την ανάλυση, την σύνθεση και την αξιολόγηση.
- Η συναισθηματική (affective), που αφορά τις στάσεις (attitudes) που περιλαμβάνει την αποδοχή, την αντίδραση την αξία , την οργάνωση και τον χαρακτηρισμό.
- Η ψυχοκινητική (psychomotor), που αφορά τις δεξιότητες (skills), που περιλαμβάνει τη μίμηση, το χειρισμό , την ακρίβεια , τον συντονισμό και τη φυσικότητα.

### **2.3.2 Γνώσεις**

Σύμφωνα με την σύσταση (2008 /C 111/01) για τη θέσπιση του ευρωπαϊκού πλαισίου επαγγελματικών προσόντων για τη διά βίου μάθηση ως «γνώσεις» ορίζεται το αποτέλεσμα της αφομοίωσης πληροφοριών μέσω της μάθησης. Ορίζεται ως «μια ευρεία ερμηνεία που επεκτείνεται πέρα από την πληροφορία και περιλάβει γνωστικές, εμπειρικές και διαισθητικές πηγές γνώσης εφαρμοσμένες στην νοσηλευτική (Young&Paterson , 2007). Οι «γνώσεις» αναφέρεται στην ικανότητα του φοιτητή να κατανοεί βασικές αρχές και τους κύριους τομείς της ΑΑ (EUNetPS, 2010).

Πέρα από αυτή τη γενικότητα, η νοσηλευτική γνώση είναι η γνώση που την κατατάσσει ως επάγγελμα γιατί έχει ένα «μοναδικό σώμα γνώσης». Η μοναδικότητα της γνώσης εστιάζεται στο τρόπο με το οποίο επιτυγχάνεται ολόκληρος ο σκοπός της φροντίδας των ασθενών και ο οποίος ιδεολογικά διαφοροποιείται από αυτή των γιατρών και άλλων επαγγελματιών. Η νοσηλευτική γνώση προσεγγίζει τον ασθενή ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, και προγραμματίζει να εξατομικεύσει τη φροντίδα σε αντιπαραβολή με την βιοιατρική προσέγγιση που χρησιμοποιούν οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (Watson, 2017).

Η νοσηλευτική γνώση περιλαμβάνει ένα σύστημα πεποιθήσεων και εννοιών που συνδέονται θεωρητικά και συντίθενται για την εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική επιτυγχάνοντας τη μέγιστη λειτουργικότητα του ατόμου. Αυτή η γνώση παράγεται από φιλοσοφικές και θεωρητικές θέσεις που προσεγγίζουν τη νοσηλευτική ως επιστημονικό κλάδο και εντάσσουν μικρές, μεσαίες και υψηλότερου επιπέδου συνθετικές αφαιρετικές έννοιες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα και την κλινική πρακτική (Jones et al., 2012) .

### **2.3.3 Δεξιότητες**

Δεξιότητα είναι η αναγκαία ικανότητα για τη διεκπεραίωση ενός έργου μίας υπόθεσης (Λεξικό Τριανταφυλλίδη , 2014). Σύμφωνα με την σύσταση (2008 / C 111/01) ως «δεξιότητα» νοείται η ικανότητα εφαρμογής γνώσεων και αξιοποίησης τεχνογνωσίας για την εκπλήρωση εργασιών και την επίλυση προβλημάτων. Το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Επαγγελματικών Προσόντων (EQF), όρισε τη δεξιότητα ως «η αποδεδειγμένη ικανότητα χρήσης γνώσεων, ικανοτήτων και προσωπικών, κοινωνικών ή και μεθοδολογικών δυνατοτήτων σε συνθήκες εργασίας ή σπουδών και στην επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη. Στο πλαίσιο αυτό η δεξιότητα περιγράφεται με την έννοια της ευθύνης και της αυτονομίας ενώ τη διαχωρίζει σε νοητική (χρήση λογικής, διαισθητικής και δημιουργικής σκέψης) και πρακτική(αφορούν τη χειρωνακτική επιδεξιότητα και τη χρήση μεθόδων, υλικών, εργαλείων και οργάνων). Ένας άλλος απλός ορισμός της δεξιότητας είναι «η δυνατότητα εκτέλεσης διαδικασιών και αξιοποίησης των υφιστάμενων γνώσεων για την επίτευξη αποτελεσμάτων»(Σύσταση συμβουλίου 2018/C 189/01).

Το EFN (2015 σελ.10) αποδέχτηκε τον ορισμό των Gómez del Pulgar, M, (2011) που όρισαν την δεξιότητα ως «το σημείο τομής μεταξύ γνώσεων, ικανοτήτων, στάσεων και αξιών, καθώς και η κινητοποίηση των επιμέρους στοιχείων, προκειμένου αυτά να μεταφερθούν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ή πραγματική κατάσταση και ως εκ τούτου, να έρχονται με την καλύτερη δράση/δυνατή λύση για να αντιμετωπιστούν οι ποικίλες καταστάσεις και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν ανα πάσα στιγμή, κάνοντας χρήση των διαθέσιμων πόρων». Η έννοια «δεξιότητα» στο πλαίσιο της ΑΑ αφορά στην αντιμετώπιση ζητημάτων που αφορούν ανεπιθύμητα συμβάντα και «παρ' ολίγον ατύχημα» που προκαλούνται από την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη όπως βεβαία και η διαχείριση και πρόληψη βλαβών που προκύπτουν άθελα (ακούσια) (περιλαμβάνει και την δυνατότητα εφαρμογής μεθόδων και εργαλείων)(EUNetPS, 2010). Ορίζονται ως «οι ενέργειες ή οι συμπεριφορές κατά την εκτέλεση των στόχων που πραγματοποιούνται με επάρκεια και επιδεξιότητα» (Young & Paterson , 2007). Στην παρούσα μελέτη οι δεξιότητες θα αναφέρονται ως προς το επίπεδο άνεσης συμπλήρωσης αναφοράς περιστατικού, ανάλυσης αιτίας του λάθους και γνωστοποίησης του λάθους.

### **2.3.4 Στάσεις**

Με τον όρο στάσεις αποδίδεται στα Ελληνικά ο αγγλικός όρος attitudes. Η έννοια «**στάση**» ορίζεται ως το «συναίσθημα, πεποιθήσεις αξίες που προδιαθέτουν ένα άτομο να συμπεριφερθεί με κάποιο τρόπο» (Young & Paterson , 2007). Οι στάσεις αντιστοιχούν στην προδιάθεση και τις νοοτροπίες δράσης ή αντίδρασης απέναντι σε ιδέες, άτομα ή καταστάσεις (Σύσταση συμβουλίου 2018/C 189/01). Σύμφωνα με το λεξικό Τριανταφυλλίδη (2003) στάση είναι ο τρόπος με τον οποίο κάποιος αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ή μια κατάσταση.

Ο πιο συχνά αναφερόμενος ορισμός είναι αυτός που έδωσε το 1935 ο Αμερικανός ψυχολόγος Gordon Allport, ο οποίος όρισε τη στάση ως "μια νοητική και νευρολογική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή συσχετίζεται". Οι Fishbein και Ajzen (1980)ορίζουν τη στάση ως "εκμαθημένη προδιάθεση για

απόκριση με ένα συνεπή ευμενή ή δυσμενή τρόπο σε σχέση με ένα δεδομένο αντικείμενο". Σύμφωνα με τους Petty και Cacioppo, (1981) ο όρος "στάση" αναφέρεται "σε ένα γενικό θετικό ή αρνητικό συναίσθημα για κάποιο αντικείμενο ή θέμα".

Οι «στάσεις» οδηγούν στην βελτίωση των εκβάσεων και την αποφυγή βλαβών που θα μπορούσαν να προληφθούν και την ανάπτυξη ανατροφοδότησης (EUNetPS, 2010). Συμπερασματικά, η στάση είναι μια νοητική κατάσταση ετοιμότητας δράσης ή αντίδρασης κάποιου με έναν ορισμένο τρόπο όταν αντιμετωπίζει ένα συγκεκριμένο ερέθισμα. Είναι η κατάσταση πριν τη συμπεριφορά, δηλαδή θεωρείται αιτία ή προϋπόθεση ενός αποτελέσματος, ενώ αυτή η ίδια παραμένει σχετικά κρυμμένη.

### **2.3.5 Θεωρίες και μοντέλα του λάθους ως παράμετρος της ασφάλειας ασθενών**

Η μείωση των λαθών συνεπάγεται βελτίωση της ΑΑ και συνεπώς της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Schubert et al. 2009, Rochefort et al. 2016). Τα τελευταία 20 χρόνια, η θεωρητική μελέτη των λαθών εξελίχθηκε σημαντικά με την απόδοση του λάθους σε ελλείψεις του συστήματος και κατά δεύτερον στην ενοχοποίηση του ατόμου. Το ανθρώπινο λάθος θεωρείται μια φυσική έκβαση των ανθρώπινων λειτουργιών αλλά θα πρέπει να δημιουργούνται συστήματα που να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο. Οι κυριότερες θεωρίες και μοντέλα που αναπτύχθηκαν και συζητιούνται εκτενέστερα στο χώρο της νοσηλευτικής είναι

- i. Η θεωρία και τα μοντέλο του James Reason
- ii. Το πλαίσιο του Charles Vincent
- iii. Εννοιολογικά μοντέλα των παραλείψεων της φροντίδας (Kalisch et al., 2009, Schubert et al. 2009, Jones, 2019)

### **2.3.6 Η Θεωρία και το μοντέλο του James Reason**

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία το πρόβλημα των ανθρώπινων λαθών μπορεί να προσεγγιστεί με δύο τρόπους: την «προσέγγιση του ατόμου» και την «προσέγγιση του συστήματος» (Reason 1995, 2000). Η «προσέγγιση του ατόμου» εστιάζει στα λάθη των ατόμων που βρίσκονται συνήθως «στην κόψη του ξυραφιού», π.χ. οι νοσηλευτές, οι χειρουργοί κ.λ.π. Τα λάθη οφείλονται σε παρεκκλίνουσες διανοητικές διαδικασίες όπως αμέλεια, έλλειψη προσοχής, απροσεξία, απερισκεψία κ.α. Η «προσέγγιση του συστήματος» εστιάζει στο ότι οι άνθρωποι κάνουν λάθη και τα λάθη είναι αναμενόμενα. Τα λάθη είναι οι συνέπειες και όχι οι αιτίες οι οποίες οφείλονται σε συστημικούς παράγοντες. Βασική αρχή είναι όταν συμβαίνει ένα ανεπιθύμητο συμβάν, το σημαντικό δεν είναι το ποιος το προκάλεσε και να τιμωρηθεί, αλλά πώς και γιατί απέτυχε το σύστημα και έλαβε χώρα το λάθος. Το ζητούμενο είναι η αναγνώριση ενός λάθους, η κατανόηση των αιτιών του και η διερεύνηση των δυνατοτήτων πρόληψής του. Η προσέγγιση του συστήματος επικεντρώνεται στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ασκούν τα καθήκοντά τους οι εργαζόμενοι.

Σύμφωνα με τον Reason (1990), τα λάθη διακρίνονται σε λανθάνοντα (**latent errors**) και σε ενεργά (**active errors**). Στα λανθάνοντα λάθη, οι συνέπειες εκδηλώνονται καθυστερημένα και οφείλονται σε κακό σχεδιασμό, αυξημένο φόρτο εργασίας, κακή οργάνωση και ανεπαρκή εκπαίδευση προσωπικού. Αναφορικά με τα ενεργά λάθη οι συνέπειες είναι άμεσες και γίνονται αντιληπτές στην πρώτη γραμμή της παροχής φροντίδας, όπως η λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου. Συνεπώς εύκολα μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν, επειδή εντοπίζονται σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο. Κυρίως απευθύνεται στη προσέγγιση του ατόμου αγνοώντας τις λανθάνουσες συνθήκες του συστήματος.

Η ερμηνεία της αιτιώδους σχέσης εμφάνισης απειλητικών συμβάντων και ΑΑ, σαν συνέπεια της αποτυχίας του συστήματος, προσομοιάστηκε με το ελβετικό τυρί. Η κάθε φέτα του τυριού αντιπροσωπεύει ένα επίπεδο άμυνας και οι τρύπες τις ελλείψεις του συστήματος δηλαδή την αποτυχία της άμυνας να εμποδίσει το λάθος να συμβεί (Reason 1990). Οι άμυνες ή αλλιώς εμπόδια μπορεί να είναι ο συναγερμός, το επίπεδο στελέχωσης, η ειδική εκπαίδευση προσωπικού, η χρήση πρωτόκολλων, η ομαδικότητα, η αποτελεσματική επικοινωνία, η λίστα ελέγχου πριν το χειρουργείο κ.α. (σχήμα X). Στις άμυνες αυτές παρατηρούνται κάποιες τρύπες, που ευνοούν τα λάθη και οι οποίες είναι η πίεση χρόνου, η υποστελέχωση, η κακή συντήρηση εξοπλισμού κ.α..

Σχήμα 1. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου SwissCheese model

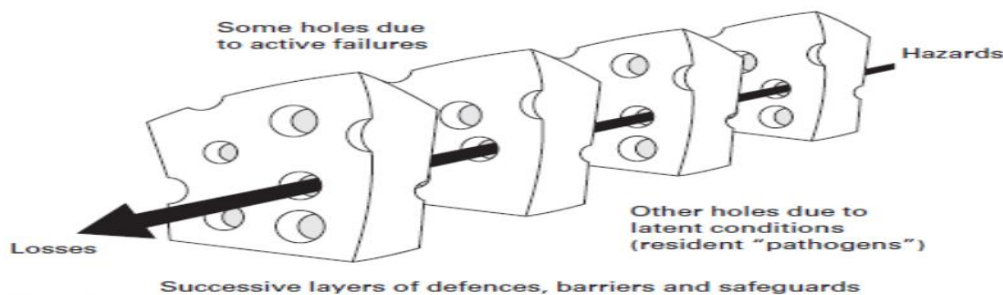


Figure 1 The "Swiss cheese" model of accident causation.

Source: Reason, J.T., Carthey, J. & de Leval, M.R., 2001. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Quality in health care : QHC, 10 Suppl 2, p.21-25,

### 2.3.7 Το πλαίσιο του Charles Vincent

Ο Vincent υιοθέτησε και διεύρυνε το μοντέλο του Reason για την ΑΑ και προσδιόρισε τους παράγοντες που οδηγούν σε λάθη, καταγράφοντάς τους ως εξής (Vincent et al, 1998):

- Θεσμικό πλαίσιο (διαμόρφωση Εθνικού Συστήματος Υγείας).
- Ατομικοί (γνώση, δεξιότητες φυσική και ψυχική υγεία).
- Οργανωτικοί και διοικητικοί (οργανωτικοί πόροι, δομές, κουλτούρα ασφάλειας).
- Περιβάλλον εργασίας (ποιοτική και ποσοτική στελέχωση, φόρτος εργασίας, βάρδιες, εξοπλισμός, διοικητική υποστήριξη).
- Ομαδική εργασία (σαφής καθορισμός καθηκόντων, λεκτική και γραπτή επικοινωνία, χρήση πρωτοκόλλων).
- Τα χαρακτηριστικά των ασθενών (πολυπλοκότητα και σοβαρότητα της κατάστασης, γλώσσα και επικοινωνία).

### 2.3.8 Τα εννοιολογικά μοντέλα του λάθους των παραλείψεων

Το φαινόμενο των παραλείψεων παρουσιάστηκε και περιεγράφηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία περίπου πριν 15 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου και αναπτύχθηκε το πρώτο εννοιολογικό μοντέλο σχετικά με την παραλειπόμενη φροντίδας, missed nursing care (Kalisch, 2006). Την ίδια σχεδόν περίοδο αναπτύχθηκε το μοντέλο του υπονοούμενου καταμερισμού της φροντίδας (implicit rationing of nursing care) στην Ελβετία (Schubert et al., 2007) και κάποια χρόνια αργότερα αναπτύχθηκε και το κοινωνικό-οικολογικό μοντέλο socio and ecological model of unfinished care (Jones, 2019). Όλα τα μοντέλα βασίζονται στο τρίπτυχο του Donabedian's υποδομή - διαδικασία και αποτέλεσμα.

Το μοντέλο της παραλειπόμενης φροντίδας (Missed Care Model), υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτικές παραλείψεις συμβαίνουν σε όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας και οφείλονται σε δύο βασικές κατηγορίες παραγόντων α) τους οργανωτικούς με κυρίαρχο θέμα τις απαιτήσεις για φροντίδα και τα συνεπακόλουθα όπως είναι η διαθεσιμότητα ανθρώπινων και υλικών πόρων, οι σχέσεις και η επικοινωνία ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό και β)

προσωπικούς παράγοντες των νοσηλευτών όπως για παράδειγμα οι κανόνες και η δυναμική της ομάδας, οι εσωτερικές αξίες και πεποιθήσεις και κυρίως η διαδικασία λήψεως αποφάσεων. Αυτά τα στοιχεία δύνανται να οδηγήσουν σε παραλείψεις φροντίδας οι οποίες ενδεχομένως θα προκαλέσουν αρνητικές εκβάσεις στους ασθενείς. Τα άλλα δύο μοντέλα έχουν στηριχτεί σε ερευνητικά δεδομένα τα οποία έχουν εμπλουτίσει το μοντέλο με νέα στοιχεία όπως π.χ. η διοικητική δομή των νοσηλευτηρίων και των τμημάτων, οι πολιτικές, το εργασιακό και επαγγελματικό περιβάλλον όπου εφαρμόζεται η φροντίδα, η ηγεσία, η φιλοσοφία της φροντίδας, τα χαρακτηριστικά του ασθενή όπως είναι η συν νοσηρότητα, η οξύτητα της κατάστασης, η περιπλοκότητα του θεραπευτικού πλάνου, ο φόρτος εργασίας ενώ αναγνωρίζουν και επιπτώσεις των παραλείψεων στον οργανισμό και στους ίδιους τους νοσηλευτές (Schubert et al. 2009,). Τέλος το οικολογικό μοντέλο βασισμένο σε οικονομικές, συστημικές και κοινωνικές θεωρίες αντικρύζει το πρόβλημα ως ένα φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από μεταβλητές σε διάφορα επίπεδα, όπως μικρό, μέσο και έξω σύστημα καθώς και παράγοντες οι οποίοι ευρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας αλλά το επηρεάζουν, όπως το κοινωνικό σύστημα, η κουλτούρα, η νομοθεσία, η πολιτική και άλλα (Jones 2019).

## **2.4 Θεωρίες μάθησης στη νοσηλευτική**

Μάθηση είναι η διαδικασία που έχει σαν αποτέλεσμα τη σταθερή (μόνιμη) αλλαγή στις γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές, ως προϊόν της οργανωμένης ενασχόλησης του μαθητευόμενου με το περιεχόμενο ενός συγκεκριμένου γνωστικού αντικειμένου (Hughes & Quinn, 2013). Στη μαθησιακή διαδικασία, ο μαθητευόμενος δέχεται (συνήθως καινούργιες για τον ίδιο) πληροφορίες οι οποίες προέρχονται από τις διάφορες πηγές ( εκπαιδευτικός, εκπαιδευτικό υλικό, μαθησιακό περιβάλλον) και τις μεταβάλλει με τέτοιον τρόπο έτσι ώστε αυτές οι πληροφορίες να καθίστανται κατανοητές και αφομοιώσιμες από τον ίδιο και εν γένει να εκδηλώσει τη προσδοκώμενη συμπεριφορά σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών τους (curriculum) (Hughes & Quinn, 2013).



Η ένταξη της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο, και οι συνεχείς προκλήσεις της κοινωνίας για μια ποιοτική και ασφαλή φροντίδα, έχουν επιφέρει καινοτομίες στις μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης. Πολλά μοντέλα μάθησης τα τελευταία απομακρύνονται από την παθητική διαδικασία απόκτησης γνώσης και υποστηρίζουν την ενεργητική, συνεργατική μάθηση και γενικότερα την κοινωνική αλληλεπίδραση (Lillekroken, 2020). Συνεπώς οι κοινωνιοπολιτισμικές θεωρίες βρίσκονται στο επίκεντρο των σύγχρονων ερευνών και είναι αποδεκτές στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Lillekroken, 2019, 2020; Samurigo et al., 2019). Κι αυτό, γιατί οι εφαρμογές των κοινωνιοπολιτισμικών θεωριών αναπτύσσονται σε ομαδοσυνεργατικό περιβάλλον, με τη σύνδεση της γνώσης με την πράξη, και τα αλληλεπιδραστικά περιβάλλοντα μάθησης στην κλινική διδασκαλία (Lillekroken, 2019, 2020; Samurigo et al., 2019). Για τους πιο πάνω λόγους θα αναλυθεί η κοινωνικοπολιτισμική θεωρία του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού- Vygotsky (1978) όπου η μάθηση οικοδομείται μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τους ανθρώπινους και περιβαλλοντικούς παράγοντες που περιβάλλουν έναν οργανισμό και τη συνεργασία με τους άλλους έμπειρους. Σύμφωνα με το κύριο χαρακτηριστικό της θεωρίας «της ζώνης επικείμενης ανάπτυξης (ΖΕΑ)» η θεωρία αναφέρεται στην απόσταση ανάμεσα στο σημείο που ο μαθητευόμενος από μόνος του μπορεί να πετύχει και στο σημείο που δυνητικά μπορεί να φτάσει κάτω από την προσωρινή υποστήριξη, καθοδήγηση και συνεργασία από τους πιο έμπειρους είτε αυτός είναι ο εκπαιδευτικός, ή ο επαγγελματίας νοσηλευτής ή ο μέντορας ή συμφοιτητής του μεγαλύτερου έτους. Η υποστήριξη, με διάφορες μεθόδους (οπτικοακουστικά μέσα, παρακολούθηση, διάλογο) και η καθοδήγηση σταματά όταν ο φοιτητής αποκτήσει επάρκεια ικανοτήτων.

Επίσης, παρόλο που η νοσηλευτική εκπαίδευση περιλαμβάνει σε ίση βαρύτητα τη θεωρητική και την κλινική ετοιμασία των προπτυχιακών φοιτητών, ωστόσο η κλινική μάθηση έχει ιδιαίτερη αξία ως μέσο επαγγελματικής προετοιμασίας και «κοινωνικοποίησης» των φοιτητών στο επάγγελμα γιατί αποτελεί τη ρεαλιστική άποψη της νοσηλευτικής (Immonen et al., 2019). Η μάθηση στην κλινική άσκηση είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του μαθησιακού περιβάλλοντος (π.χ νοσηλευτικό τμήμα), η οποία επεξηγείται μέσω της θεωρίας της Κοινωνικής Μάθησης του Albert Bandura (1977). Σύμφωνα

με τη θεωρία τα άτομα μαθαίνουν μέσω της παρατήρησης και της μίμησης προτύπων συμπεριφοράς άλλων ατόμων ή καταστάσεων και συμπεριφέρονται με τρόπο που θα τους αποφέρει κοινωνική αποδοχή. Παρομοίως και στην κλινική πρακτική οι φοιτητές νοσηλευτικής επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών νοσηλευτών σε μια προσπάθεια να κοινωνικοποιηθούν επαγγελματικά (Gibbon & Grane 2018). Οι φοιτητές μαθαίνουν να συμπεριφέρονται και να αντιδρούν παρατηρώντας και αναπαράγοντας τις συμπεριφορές των άλλων επαγγελματιών υγείας όπως για παράδειγμα παραλείψεις νοσηλευτικών φροντίδων (Bagnasco et al., 2017) ή άλλες μη ασφαλείς πρακτικές. Ο φοιτητής μέσω της παρατήρησης και της προτυποποίησης πιθανό να μιμηθεί την συμπεριφορά του επαγγελματία νοσηλευτή τον οποίο θεωρεί πρότυπο επαγγελματισμού και πιθανό να αποδεχτεί τις παραλείψεις φροντίδας ως νόρμες του περιβάλλοντος και προσαρμόζεται στη κλινική πρακτική ενώ παράλληλα οι μαθησιακοί στόχοι τους ικανοποιούνται (Gibbon & Grane 2018). Όπως η Kalish et al. (2009) διαπίστωσε ότι συχνά δεν γίνεται λόγος για τις παραλείψεις φροντίδας ενώ ταυτόχρονα γίνονται συχνά αποδεκτές στην πράξη, επιδεικνύοντας ότι οι κοινωνικοί μηχανισμοί έχουν επιρροή.

## **2.5 Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης**

Η μελέτη βασίστηκε στο θεωρητικό πλαίσιο του Eraut το οποίο υποστηρίζει ότι η επαγγελματική γνώση είναι αποτέλεσμα της επίσημης και της άτυπης μάθησης σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Τα περιβάλλοντα αυτά αναφέρονται στο ακαδημαϊκό, δηλαδή τη θεωρητική γνώση που αποκτάται στις αίθουσες διδασκαλίας, το οργανωτικό πλαίσιο της διδασκαλίας (διοίκηση ή ατζέντες πολιτικής, νομοθεσίες) και της πρακτικής άσκησης (τα περιβάλλοντα κλινικής πρακτικής). Παρόλο που τα πλαίσια είναι συνεχή και αλληλοσχετίζονται προσφέρουν διαφορετικούς τύπους γνώσεων που μπορεί εύκολα να κατανοηθούν, να γίνουν αποδεκτές ή να μεταφερθούν από το ένα πλαίσιο στο άλλο.

Στην παρούσα μελέτη για το υπό διερεύνηση θέμα ακολουθήθηκαν 3 βήματα και περιγράφονται στο σχήμα 2:

A. Το πρώτο βήμα περιλάμβανε δύο κύριες ανασκοπήσεις. Η πρώτη ανασκόπηση αφορούσε την ανάλυση κειμένων (document analysis) που περιλάμβανε τα εκπαιδευτικά προγράμματα, εθνικές και ευρωπαϊκές οδηγίες. Η ανασκόπηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, περιλάμβανε τη μελέτη της φιλοσοφίας των στόχων και το περιεχόμενο γενικά του προπτυχιακού προγράμματος νοσηλευτικής και ειδικά σε κάθε μάθημα. Ειδικά για το κάθε μάθημα, μελετήθηκαν τα περιγράμματα τους όπου περιγράφονται τα μαθησιακά αποτελέσματα του μαθήματος και οι ικανότητες που θα αποκτήσουν οι φοιτητές μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του μαθήματος. Η δεύτερη ανασκόπηση ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση (Scoping review), που στόχευε στη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει στις αίθουσες διδασκαλίας και στην κλινική άσκηση, όπως και το επίπεδο στάσεων και δεξιοτήτων που έχουν αναπτύξει σε θέματα ΑΑ. Στην ανασκόπηση λήφθηκε υπόψη και η πανευρωπαϊκή μελέτη της ομάδας του προγράμματος RANCARE (Kirwan et al., 2019) η οποία διερευνούσε τον βαθμό και με ποιο τρόπο η ΑΑ συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά νοσηλευτικά προγραμμάτων σε 27 Ευρωπαϊκές χώρες σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτών.

Στη συνέχεια στο δεύτερο βήμα δόθηκαν 2 ερωτηματολόγια: Το 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο ήταν το Health Professional Education in patient safety Survey (H-PEPSS)(Ginsburg,et al.2012) το οποίο διερευνούσε τις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει γενικά και σε 7 ειδικά θέματα σε σχέση με την ΑΑ κατά την νοσηλευτική εκπαίδευση τους.

Το 2<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο ήταν το Health Care Professional Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS) (Chenot & Daniel , 2010) όπου διερευνούσε τις απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις και δεξιότητες που έχουν αναπτύξει αναφορικά με την ΑΑ.

Το τρίτο βήμα ήταν η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών αναφορικά με θέματα παραλείψεων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων μέσα στο πλαίσιο της διασφάλισης της ασφάλειας των ασθενών. Θεωρήθηκε αναγκαία η προσέγγιση αυτή για να εντοπίσουμε πως οι φοιτητές αντιμετωπίζουν το θέμα, καθώς ο στόχος της εκπαίδευσης είναι η ευαισθητοποίηση των φοιτητών για το θέμα. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου για τις παραλήψεις

νοσηλευτικής φροντίδας βασίστηκε στις υπάρχουσες θεωρίες και τα ερωτηματολόγια που αναπτύχθηκαν για το θέμα.

Σχήμα 2. Το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης

### Βήμα 1: Ανασκοπήσεις

**A. Ανασκόπηση αρχείων** (1) των περιγραμμάτων όλων των μαθημάτων του προπτυχιακού προγράμματος των πανεπιστημίων που συμμετείχαν στην έρευνα και (2) εθνικών νομοθεσιών (Κύπρου και Ελλάδας) και ευρωπαϊκών εγγράφων οδηγίες  
**B. Βιβλιογραφική ανασκόπηση (scoring review)** σε σχέση με το βαθμό της ΑΑ στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με τις απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής



**Βήμα 2 :** Με τη χρήση ερωτηματολογίων διερευνήθηκαν οι απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που έχουν λάβει.

**A.** Για τις γνώσεις που έχουν λάβει στα γενικά θέματα ΑΑ κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (7 δηλώσεις) **Health Professional Education in patient safety Survey (H-PEPSS)**

**B** Γνώσεις που έχουν λάβει σε ειδικά θέματα για την ΑΑ (H-PEPSS)  
 (27 δηλώσεις = 7 παράγ. (1: Τεχνικές δεξιότητες & 6: Κοινωνικοπολιτιστικές)

Κλινική ασφάλεια 4 δηλώσεις	Ομαδική εργασία 6 δηλώσεις	Επικοινωνία 3 δηλώσεις	Διαχείριση κινδύνων 3 δηλώσεις	Κατανόηση παραγόντων 3 δηλώσεις	Αποκάλυψη συμβάντων 4 δηλώσεις	Κουλτούρα ασφάλειας 4 δηλώσεις
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Αίθουσες Διδασκαλία

Κλινική Άσκηση

**Γ. Στάσεις (18 δηλ)**  
 3 παράγ.:(Άρνηση, αναφορά λάθους & κουλτούρα )  
 & δεξιότητες (5 δηλ.)  
**(HPPSACS)**



**Βήμα 3:** Σχεδιασμός ερωτημάτων για τις παραλείψεις (ανοικτού και κλειστού

1. Το είδος της παραλειπούμενης φροντίδας που έχουν παρατηρήσει οι φοιτητές στο κλινικό χώρο
2. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των παραλείψεων
3. Πιθανές εκβάσεις που προέρχονται από τις παραλείψεις

### 3 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πιο κάτω θα συζητηθούν τα διάφορα πλαίσια ΑΑ και προσπάθειες που έχουν παρουσιαστεί από φορείς σε εθνικό και διεθνές επίπεδο με στόχο μία δομημένη ένταξη βασικών θεματικών ενοτήτων οι οποίες σχετίζονται με την ΑΑ στα εκπαιδευτικά προγράμματα των επαγγελματιών υγείας. Η ΑΑ εξετάζεται υπό την οπτική του συστήματος λαμβάνοντας υπόψη το οργανωσιακό πλαίσιο και τους παράγοντες, που αναφέρονται ως μαθησιακές ικανότητες και εξετάζονται στους 3 τομείς μάθησης (γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες) δίνοντας έτσι τη δυνατότητα βελτίωσης του συστήματος και ενδυνάμωση των φοιτητών ως μελλοντικούς επαγγελματίες να είναι ασφαλείς κατά την παροχή φροντίδας (Mansour et al. 2018). Αυτό απαιτεί εισαγωγή και ενσωμάτωση της ΑΑ στα εκπαιδευτικά προγράμματα, με ιδιαίτερη έμφαση στις κοινωνικο-πολιτισμικές πτυχές της ΑΑ. Κατά κοινή ομολογία η ΑΑ είναι μια βασική στάση και συνεπώς θα πρέπει να εισαχθεί νωρίς στο πρόγραμμα και στη συνέχεια να ενισχυθεί καθ' όλη τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη (Wu and Busch, 2019, ΠΟΥ, 2011, Farley et al. 2013 ). Όπως έχει σχολιαστεί, η εκπαίδευση στο τέλος του προγράμματος ή μετά την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική αφού οι επαγγελματικές στάσεις είναι σχεδόν πλήρως ανεπτυγμένες (Farley et al. 2013).

#### 3.1 Δραστηριότητες ως προς την εκπαίδευση για την ΑΑ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Οι πρώτες δραστηριότητες στην Ευρώπη πραγματοποιήθηκαν το 2005 στη διάσκεψη του Λουξεμβούργου στο πλαίσιο της οποίας καταγράφηκαν συγκεκριμένες συστάσεις, οι οποίες απευθύνονταν συγκεκριμένα προς τις δομές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις εθνικές αρχές και σε όσους παρείχαν υπηρεσίες υγείας (Luxembourg Declaration, 2005). Ακολούθησαν πολλές ομάδες εργασίας όπου τόνιζαν την ανάγκη βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης των συστημάτων υγείας διασφαλίζοντας την ΑΑ. Ανάμεσα στις στρατηγικές για καλή πρακτική ήταν και η ανάπτυξη εκπαιδευτικών πλαισίων για την ΑΑ. Το 2008 το χρηματοδοτημένο πρόγραμμα από την ΕΕ «Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια των Ασθενών» (European

Union Network for Patient Safety(EUNetPas), διάρκειας 30 μηνών(2008-2010) το οποίο αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός δικτύου πλαισίωσης και των 27 κρατών μελών, στόχευε στην ενίσχυση της μεταξύ των χωρών συνεργασία, στον τομέα της ΑΑ. Το EUNetPaS απευθυνόταν σε τέσσερις βασικούς άξονες: Την προαγωγή κουλτούρας για ΑΑ, τη διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών για Εκπαίδευση και Κατάρτιση στην ΑΑ αναμεσα στα κράτη μέλη τόσο στα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα όσο και στην Δια Βίου Εκπαίδευση, την Εφαρμογή Συστημάτων Αναφοράς και Επίλυσης και Πιλοτική εφαρμογή βελτίωσης της ασφάλειας της φαρμακευτικής αγωγής στα νοσοκομεία. Όσο αφορά τον άξονα της εκπαίδευσης αναφέρθηκαν οι προσδιοριζόμενες εκπαιδευτικές δραστηριότητες βασίζονταν σε 7 αρχές (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Τα προτεινόμενα Εκπαιδευτικά πλαίσια για την ασφάλεια ασθενών

<b>EUNetPaS (2010) Guiding Principles</b>	<b>QSEN (2014) Pre-licensure knowledge, skills and attitudes</b>	<b>Canadian Patient Safety Institute (2020)</b>	<b>WHO's (2011) Patient safety in healthcare professionals curricula</b>
1.Patient Centered 2.Applicable to all settings. 3.Everyone's business 4.Team oriented 5.Multidimensional 6.Context Specific 7. A Continuous Professional Activity	1.Patient-centred care and respecting patient as full partner in providing compassionate and coordinated care 2.Effective inter- professional teamwork, communicating openly, respecting each one, sharing decision making 3.Integrating best available evidence 4. Improving quality of care 5.Minimising risk of harm to patients and providers through systems-based approach and individual performance 6. Using information and technology to communicate, manage knowledge, mitigate error and support decision making	1.Patient Safety Culture 2. Teamwork 3. Communication 4. Safety, Risk and Quality Improvement 5. Optimize human and system factors 6. Recognize, Respond to and Disclose Patient Safety Incidents	1.Understanding patient safety 2. Applying human factors 3.Understanding systems and complexity of healthcare 4.Effective teamwork and clear communication 5.Learning from errors, preventing harm 6. Understanding and managing clinical risks 7. Improving quality of care 8. Patient-centered care, engaging with patients and carers 9.Infection prevention and control 10.Patient safety and invasive procedures 11.Improving medication safety

Η ανασφάλεια που ένιωθαν οι ευρωπαίοι πολίτες από την περίθαλψη που λάμβαναν από το νοσοκομείο σύμφωνα με το ευρωβαρόμετρο (στοιχεία του 2006) οδήγησε στη σύσταση του Συμβουλίου το 2009 σχετικά με ΑΑ, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (CEU 2009/C 151/01). Η σύσταση μεταξύ άλλων προέβλεπε την προώθηση της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, σε θέματα ΑΑ . Επίσης υποστηρίχτηκε η ανάγκη δημιουργίας συστημάτων υποβολής εκθέσεων και αποκόμισης διδαγμάτων τονίζοντας τον μη τιμωρητικό χαρακτήρα. Ο στόχος των συστημάτων ήταν η παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σοβαρότητα, τα είδη και τις αιτίες των λαθών, των ανεπιθύμητων περιστατικών και των παρ' ολίγον ατυχημάτων. Έτσι, γίνονται τα πρώτα βήματα αλλαγής νοοτροπίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με στόχο την ενίσχυση της ΑΑ, την ενθάρρυνση της αναφοράς των δυσμενών συμβάντων από το υγειονομικό προσωπικό και τη σταδιακή δημιουργία συστημάτων ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσής τους, ώστε να μην επαναλαμβάνονται. Ωστόσο, η έκθεση της Ευρωπαϊκής επιτροπής του 2012 για την εξέταση υιοθέτησης της σύστασης του Συμβουλίου του 2009, εντόπισε ότι ο τομέας της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του υγειονομικού προσωπικού σε θέματα ΑΑ σημείωσε τον μικρότερο βαθμό υλοποίησης μεταξύ των τομέων. Μόνο 6 κράτη μέλη ανέφεραν ότι η ΑΑ είναι ευρέως ενσωματωμένη στην προπτυχιακή και τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Ο χαμηλός βαθμός συμμόρφωσης των κρατών μελών με τις απαιτήσεις της σύστασης του Συμβουλίου 2009/C 151/012 για τα θέματα εκπαίδευσης οδήγησε την «ομάδα εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης» (PSQCWG, 2013) να καθοδηγήσει υπό μορφή συστάσεων, την εκπαίδευση και κατάρτιση σε θέματα ΑΑ για τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης. Οι συστάσεις που προτάθηκαν στηρίχτηκαν στις απόψεις από 27 ευρωπαϊκές χώρες (26 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία), την προηγούμενη εμπειρία και γνώση που αποκτήθηκε από τις εργασίες που πραγματοποιήθηκαν από την ομάδα εργασίας του χρηματοδοτούμενου προγράμματος «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια των Ασθενών» (European Union Network for Patient Safety project- EUNetPaS, 2010) και τις εισηγήσεις του πολυεπαγγελματικού οδηγού

προγραμμάτων σπουδών για ΑΑ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2011). Η έκθεση διαπίστωσε διάφορους φραγμούς στην οργάνωση των δραστηριοτήτων εκπαίδευσης και συνεργασίας ανάμεσα στις χώρες, όσο αφορά (PSQCWG, 2013):

α) στους φορείς που φέρουν την κύρια ευθύνη για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των προπτυχιακών σπουδαστών, των επαγγελματιών και του διοικητικού προσωπικού του τομέα της υγείας και οι οποίοι φορείς είναι οργανωμένοι είτε σε εθνικό (υπουργεία, πανεπιστήμια και ενώσεις υγειονομικής περίθαλψης/επαγγελματικές ενώσεις) είτε σε τοπικό (νοσοκομεία, ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης) επίπεδο.

β) στην εθνική νομοθεσία και ρύθμιση όπου δεν αντιμετωπίζουν άμεσα τις δραστηριότητες εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα της ΑΑ, παρόλο που οι σχετικές έννοιες και τα θέματα αναφέρονται διασκορπισμένα σε διάφορες κανονιστικές πράξεις και κανονισμούς των κρατών μελών με αναφορά κυρίως στην ποιότητα και τον έλεγχο των λοιμώξεων. Τέθηκε επίσης και το ζήτημα αν η εκπαίδευση στην ΑΑ θα ρυθμίζεται από τον νόμο. Σε κάποιες χώρες Δανία Γαλλία, τα θέματα ΑΑ αποτελούν μέρος της εξειδίκευσης για τους φοιτητές ιατρικής μετά το 2013. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ΑΑ υπάρχει στα προγράμματα σπουδών, δεν είναι υποχρεωτική αλλά η έκταση και οι λεπτομέρειες κυμαίνεται μεταξύ των επαγγελματιών. Σε Βέλγιο, Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρο, Φινλανδία, Ουγγαρία Ιταλία, Λετονία (εκτός από την κατάρτιση για τον έλεγχο των λοιμώξεων) Μάλτα, Νορβηγία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ισπανία, Σουηδία στην εκπαίδευση των προπτυχιακών σπουδαστών, των επαγγελματιών υγείας δεν υπάρχουν τυπικές απαιτήσεις που να περιλαμβάνουν ειδικές ενότητες για την ΑΑ.

γ) στο είδος, στις μεθόδους (προσομοίωση, διαδικτυακή μάθηση κ.λπ.) εκπαίδευσης και στο περιεχόμενο των θεμάτων του προγράμματος. Στην πλειοψηφία η εκπαίδευση της ΑΑ παρέχεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο και στο πλαίσιο των ενοτήτων συνεχούς εκπαίδευσης σε αίθουσες διδασκαλίας. Η έκθεση αναφέρει την ελλιπή υποβολή πληροφοριών και παραδειγμάτων ως προς το πως μπορεί να ενσωματωθεί η ΑΑ στο προπτυχιακό πρόγραμμα και



να συνυπάρξει με την πρακτική της ΑΑ στους χώρους παροχής φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές/ εθνικές διαφορές.

δ) στις δυνατότητες των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Στην πλειοψηφία των χωρών διαπιστώνεται να μην υπάρχει επαρκής διδακτική δυνατότητα και η μεγαλύτερη πρόκληση είναι ότι δεν υπάρχουν επαρκείς εκπαιδευτικοί που να διδάσκουν την ΑΑ. Συμπληρώνει, η έκθεση ότι για τους λόγους αυτούς, οι περισσότερες γνώσεις στην ΑΑ δίνονται και αποκτώνται μετά το πτυχίο, παρόλο που θα έπρεπε να ενθαρρύνονται πριν από την αποφοίτηση.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι όχι όλα τα κράτη μέλη αναγνωρίζουν το θέμα της τοποθέτησης δραστηριοτήτων εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα της ΑΑ ως υποχρεωτικό. Οι κύριες δυσκολίες που αναφέρθηκαν ήταν η έλλειψη πόρων υπό τη μορφή οικονομικών και χρονικών περιορισμών, αλλά και η έλλειψη ικανού και καλά καταρτισμένου διδακτικού προσωπικού και εκπαιδευτικών σε θέματα της ΑΑ στα προγράμματα σπουδών ή η έλλειψη ευαισθητοποίησης σχετικά με τα θέματα ΑΑ.

## **3.2 Διεθνείς δραστηριότητες στο πλαίσιο εκπαίδευσης για την ΑΑ**

Η πορεία προς τη διεθνοποίηση της υγείας απαιτούν εκσυγχρονισμό της νοσηλευτικής εκπαίδευσης ως βασικότατη προϋπόθεση για ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι απόφοιτοι θα πρέπει να είναι σε θέση με τις κατάλληλες γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες να προετοιμαστούν για την αντιμετώπιση των αναδυόμενων παγκόσμιων κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών προκλήσεων των συστημάτων υγείας.

### **3.2.1 Δραστηριότητες ΟΟΣΑ σχετικά με την επαγγελματική εκπαίδευση στην ασφάλεια ασθενών**

Στην έρευνα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Slawomirski et al., 2017) ζητήθηκε από 15 υπευθύνους χάραξης πολιτικής και 8 ακαδημαϊκούς να βάλουν σε σειρά προτεραιότητας τις παρεμβάσεις που πιστεύουν θα έχουν καλύτερο αντίκτυπο ανά

επενδύσιμο δολάριο για την ΑΑ. Οι εμπειρογνώμονες (policy makers και ακαδημαϊκοί) ανάφεραν σε επίπεδο συστήματος την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση ως παρεμβάσεις προτεραιότητας για τη βελτίωση της ΑΑ. Παρέμβαση που θεώρησαν ότι προσφέρει την καλύτερη σχέση ποιότητας-κόστους τόσο σε χώρες με υψηλό εισόδημα όσο και με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Στην μελέτη προσδιορίστηκαν 2 σημαντικά σημεία σε σχέση με την επαγγελματική εκπαίδευση. Πρώτον, ότι η παρέμβαση θα πρέπει να υπερβαίνει τη απλή διδασκαλία κλινικών δεξιοτήτων, και να περιλάβει τις κοινωνικο-τεχνικές ικανότητες που είναι σημαντικές στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης: επικοινωνία, ομαδική εργασία και αυτο-αναστοχασμός. Περιλαμβάνει επίσης τον τρόπο κοινωνικοποίησης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορούν να δημιουργήσουν και να ενσωματώσουν την συνεργασία και τις διεπαγγελματικές σχέσεις που επηρεάζουν την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Δεύτερον, ότι η εκπαίδευση είναι μια μακροπρόθεσμη θεμελιώδης διαδικασία, συνεπώς χρειάζεται αρκετά χρόνια ώστε τα αποτελέσματα να γίνουν αισθητά. Ο χρονικός ορίζοντας αξιολόγησης των αποτελεσμάτων ως «καλή αγορά» εκτείνεται στα 10 έτη.

Επισημάνθηκε επίσης ότι η ξεκάθαρη και σαφής συμπερίληψη της ΑΑ στα προγράμματα σπουδών της ιατρικής και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, μπορεί να κυμαίνεται από τη βασική εκπαίδευση δηλαδή τις αιτίες της βλάβης του ασθενούς και των ανθρώπινων παραγόντων, έως στη διδασκαλία των διευρυμένων κοινωνικο-τεχνικών παραγόντων (π.χ.οργανωτική κουλτούρα) και τη διδασκαλία οριζόντιων δεξιοτήτων (soft skills), γνωστές ως διαπροσωπικές ικανότητες όπως η επικοινωνία και η ομαδική εργασία. Οι οριζόντιες δεξιότητες είναι υποκειμενικές και τις αποκτά κάποιος μέσα από την επαγγελματική εμπειρία. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να επεκταθεί στον τρόπο με τον οποίο οι φοιτητές και οι νέοι ιατροί και νοσηλευτές κοινωνικοποιούνται και πώς η κλινική ηγεσία βλέπει τον ρόλο της στη διαμόρφωση της επόμενης γενιάς επαγγελματιών από την άποψη της ΑΑ. Μπορεί ακόμα να περιλαμβάνει τα κριτήρια επιλογής φοιτητών με βάση άλλων χαρακτηριστικών που υπερβαίνουν την ακαδημαϊκή ικανότητα. Η σημασία οικοδόμησης μιας κουλτούρας ασφάλειας αναγνωρίστηκε ως κρίσιμη σύμφωνα με το σχόλιο ενός από τους συμμετέχοντες της μελέτης.

*«Η αλλαγή της οργανωτικής κουλτούρας είναι μια σημαντική πρόκληση και η επιτυχής εφαρμογή της συμβάλει στην υιοθέτηση άλλων πιο συγκεκριμένων πρωτοβουλιών για την ΑΑ».*

Επομένως, προσπάθειες όπως η επαγγελματική εκπαίδευση και οι προσεγγίσεις « ώθησης »στην αλλαγή της επαγγελματικής συμπεριφοράς, καθώς και δημιουργίας περιβάλλοντος όπου αισθάνεται «ασφαλές» το προσωπικό και οι ασθενείς, όλα δημιουργούν ένα γόνιμο έδαφος στο οποίο μπορούν να αναπτυχθούν άλλες πιο συγκεκριμένες πρωτοβουλίες π.χ. κλινική διακυβέρνηση, και η συμμετοχή των ασθενών. Η ανάλυση των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων ειδικά εκείνων που σχετίζονται με την επαγγελματική κοινωνικοποίηση - θεωρείται μια δυνητικά καρποφόρα μακροπρόθεσμη επένδυση » (Slawomirski et al., 2017).

### **3.2.2 Εθνικά και Διεθνή Εκπαιδευτικά Πλαίσια Ικανοτήτων για την ΑΑ**

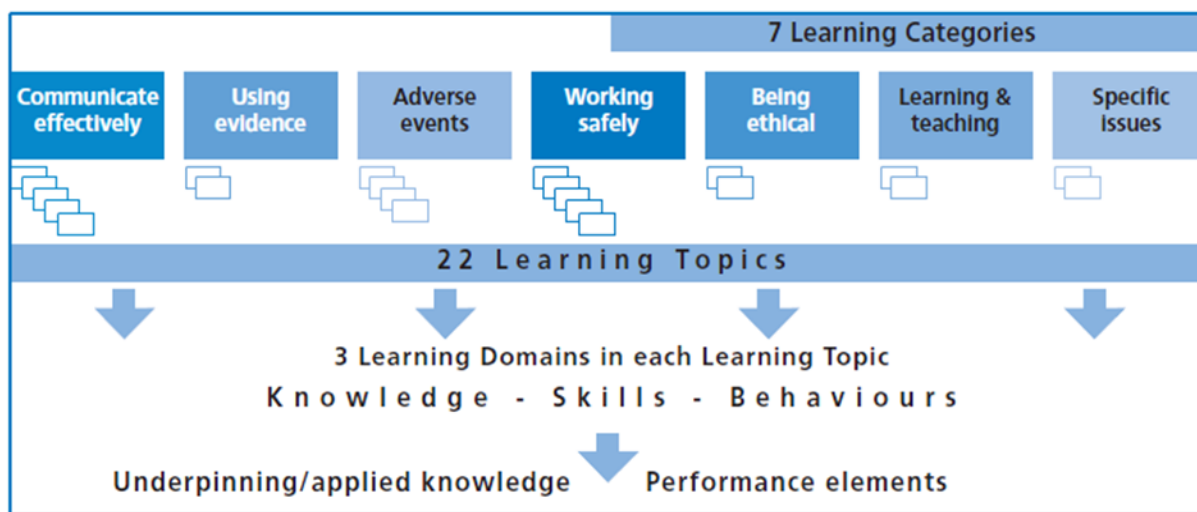
Σε εθνικό επίπεδο έχουν προταθεί 3 εκπαιδευτικά πλαίσια ικανοτήτων για την ΑΑ και σε διεθνές επίπεδο το πιο ευρέως γνωστό είναι του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας (2011). Τα πλαίσια σχεδιάστηκαν για να αποτελέσουν το χάρτη που θα καθορίζει βασικές πρακτικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την ΑΑ. Γενικά το κοινό γνώρισμα των εκπαιδευτικών πλαισίων που έχουν προταθεί σε εθνικό και διεθνές επίπεδο είναι η έμφαση στους βασικούς κοινωνικό-πολιτιστικούς τομείς. Το θέμα είναι ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν υπάρχει συνέπεια ως προς τις ικανότητες που προτάσσει το έκαστο πλαίσιο. Τέλος σε όλα τα εκπαιδευτικά πλαίσια οι ικανότητες προσδιορίζονται σε μαθησιακούς στόχους οι οποίοι οργανώνονται στους τομείς γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες.

#### **3.2.2.1 Εθνικά πλαίσια εκπαίδευσης**

Η Αυστραλία φαίνεται να είναι η πρωτοπόρα στη δημιουργία εκπαιδευτικού πλαισίου για την ΑΑ (Australian Patient Safety Education Framework (APSEF) το οποίο απευθυνόταν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Περιγράφει 7 μαθησιακές περιοχές που αφορούν στην ΑΑ: αποτελεσματική επικοινωνία (5 μαθησιακά θέματα), η χρήση τεκμηριωμένων ευρημάτων (2 μαθησιακά θέματα), τα ανεπιθύμητα συμβάντα (4 μαθησιακά θέματα), η εργασία με ασφάλεια (5 μαθησιακά θέματα), να εργάζεσαι με ηθική (2 μαθησιακά θέματα), μάθηση και διδασκαλία(2

μαθησιακά θέματα), ειδικά θέματα (2 μαθησιακά θέματα). Το κάθε θέμα εστιαζόταν στην απόκτηση βασικών και συναφών γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών (στάσεων) όσον αφορά την ΑΑ. Οι αποκτηθείσες ικανότητες θα πρέπει να εξετάζουν πάντοτε τις ανάγκες των ασθενών και των επαγγελματιών και να είναι συναφείς και ανάλογες προς την καθημερινή πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης (σχήμα 3) (Australian safety and Quality Council, 2005; Walton et al., 2006)

Σχήμα 3. Το εκπαιδευτικό πλαίσιο ασφάλειας ασθενών στην Αυστραλία (2005)



Πηγή: Διεπαγγελματικός οδηγός εκπαίδευσης του ΠΟΥ, 2011

Το άλλο πλαίσιο αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες πολιτείες από τον Φορέα ποιότητας και ασφάλειας στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Quality Safety Education for Nurses (QSEN) (Cronenwett et al., 2009). Ο φορέας ενθάρρυνε τον εμπλουτισμό της νοσηλευτικής εκπαίδευσης με ενότητες που υποστηρίζουν τη μάθηση των ικανοτήτων σε σχέση με την ποιότητα και την ασφάλεια. Ο φορέας περιγράφει έξι τομείς ικανοτήτων (Πίνακας 2).

Το 3ο εκπαιδευτικό πλαίσιο προτάθηκε από το Ινστιτούτο για την ΑΑ στον Καναδά (Canadian Patient Safety Institute (CPSI) (Frank and Brien, 2008). Μια δεκαετία μετά το εκπαιδευτικό πλαίσιο ικανοτήτων για την ΑΑ αυτό αναθεωρήθηκε και επικαιροποιήθηκε σύμφωνα με την ανατροφοδότησή που είχε λάβει από εκπαιδευτικούς και εθνικούς οργανισμούς υγείας και η

οποία επικυρώθηκε μέσω έρευνας στην εκπαίδευση για την ΑΑ και τη διαδικασία Delphi. Οι αναθεωρήσεις που έγιναν αφορούσαν κυρίως τις αρμοδιότητες και τα στοιχεία που εμπίπταν σε κάθε μία από τις 6 ικανότητες (Canadian patient safety Institute, 2020). Οι 6 ικανότητες και περιγράφονται ως κοινωνικό-πολιτιστικές ικανότητες για την ΑΑ (Πίνακας 3). Το Ινστιτούτο ανέπτυξε το πλαίσιο των διεπαγγελματικών ικανοτήτων σε συνεργασία με το Royal College of Physicians and Surgeons of Canada και βασίστηκε στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη επαγγελματικών ικανοτήτων των γιατρών. Οι 6 ικανότητες και τις οποίες αναφέρει ως κοινωνικό-πολιτιστικές ικανότητες για την ΑΑ (Πίνακας 2).

### 3.2.2.2 Διεθνή εκπαιδευτικά πλαίσια από τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας

Οι δραστηριότητες για την ΑΑ ξεκίνησαν το 2002 όταν ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναγνώρισε την βελτίωση της ΑΑ ως βασική παγκόσμια προτεραιότητα και εξέδωσε το αντίστοιχο ψήφισμα για την ποιότητα της φροντίδας και την Ασφάλεια (WHO, 2002). Κάτω από το πλαίσιο του ΠΟΥ ακολούθησαν κατά καιρούς διάφορες συναντήσεις και διεθνείς συνεργασίες, το 2003 όπου καταγράφηκαν οι ανάγκες για την προάσπιση της ασφάλειας (WHO, 2003), το 2004 (WHO, 2004) όπου συνοδεύτηκε με τη δημοσίευση σχεδίου δράσης σε 6 άξονες, το 2006 επτά κράτη συνεργάζονται για την μείωση των λαθών σε 5 τομείς (WHO, 2006). Η εκπαίδευση θεωρήθηκε θεμελιώδης στρατηγική της ΑΑ στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης επιχείρησαν να εφαρμόσουν ειδική εκπαίδευση για την ΑΑ (Nie et al.2011), ωστόσο η αλλαγή των προγραμμάτων σπουδών ήταν δύσκολη, ειδικότερα γιατί τα ιδρύματα δεν διέθεταν πόρους, κατάλληλο προσωπικό με εμπειρία ή γνώση στο αντικείμενο για την ΑΑ (Ahmed et al. 2013) αλλά υπήρχε έλλειψη ομοφωνίας ως προς τις ικανότητες που θα έπρεπε να αποκτήσουν (Wu and Busch, 2019). Η προσπάθεια να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα, ο ΠΟΥ το 2009 ανέπτυξε τον οδηγό για την Ασφάλεια Ασθενών για την ιατρική εκπαίδευση. Ο οδηγός βασίστηκε στο Εθνικό Πλαίσιο για την Εκπαίδευση ΑΑ της Αυστραλίας (NPSEF), και σε ευρήματα ερευνών τα οποία αποκαλύπταν ότι η εκπαίδευση σε θέματα ΑΑ στους φοιτητές ιατρικής, ήταν ανεπαρκής όπως επίσης και ότι οι εκπαιδευόμενοι δεν ήταν ικανοί να αυτό-αξιολογήσουν τις ίδιες τις

ελλείψεις τους στις γνώσεις τους για την ΑΑ (WHO, 2009-Teacher guide). Το 2011 ο οδηγός αναθεωρήθηκε και αναπτύχθηκε ο διεπαγγελματικός οδηγός προγράμματος σπουδών για την ΑΑ. Στον οδηγό αυτό λήφθηκε υπόψη και το πλαίσιο που εισηγήθηκε το Καναδικό Ινστιτούτο Ασφάλειας Ασθενών (CPSI), (Frank and Brien, 2009). Η σημαντικότητα του οδηγού είναι ότι προσδιορίζει ότι η ΑΑ δεν είναι υπόθεση ενός ατόμου ή μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας αλλά μια ευρείας συνεργασίας επαγγελματιών και άλλων παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο οδηγός περιλαμβάνει 11 ενότητες (πίνακας 2). Παράλληλα έχει εκδοθεί και ένας οδηγός για τους εκπαιδευτικούς, που παρουσιάζει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους, όπως διαλέξεις, μάθηση στο πλαίσιο μικρών ομάδων, συζητήσεις σε περιπτωσιακή βάση, παιχνίδια ρόλων και προσομοιώσεις.

Συμπερασματικά φαίνεται να υπάρχει συναίνεση σχετικά με τη σημασία της ενσωμάτωσης της εκπαίδευσης για την ΑΑ στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, ωστόσο είναι σημαντικό τα θέματα/δεξιότητες ΑΑ να χαρτογραφηθούν για σχεδιασμό και την εφαρμογή μελλοντικών προγραμμάτων σπουδών; όπως και οι καλύτερες παιδαγωγικές διδασκαλίες που πρέπει να επιλεγούν και να εφαρμοστούν; ώστε τα προγράμματα να είναι πιο φιλικά προς την ΑΑ.

Γενικά η επιτυχία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος προϋποθέτει μαθησιακά αποτελέσματα που περιλαμβάνουν γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες, καθώς η νοσηλευτική είναι μία εφαρμοσμένη επιστήμη. Συνεπώς η θεωρητική και η κλινική διδασκαλία έχουν μια ισοδύναμη, αμοιβαία υποστηρικτική διαδικασία και αλληλένδετη σχέση στην προπτυχιακή εκπαίδευση ώστε να επιτευχθεί η απόκτησης των απαραίτητων ικανοτήτων ΑΑ από τους φοιτητές με την ολοκλήρωση των σπουδών. Οι αρχές της ΑΑ περιλαμβάνουν μη τεχνικές δεξιότητες, που δεν αφορούν ειδικά κάποιον επιστημονικό κλάδο και, ως εκ τούτου, είναι συναφείς για όλους τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης.

## 4 Η ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

### 4.1 Γενικές πληροφορίες

Η Προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο ακολουθεί τις κατευθυντήριες ευρωπαϊκές οδηγίες 2005/36/ΕΕ και 2013/55/ΕΕ. Η εκπαίδευση είναι πανεπιστημιακή, τετραετής και περιλαμβάνει τουλάχιστον 4600 ώρες θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσης και οδηγεί στην απόκτηση πτυχίου νοσηλευτικής. Όλη η εκπαίδευση διαρθρώνεται σε θεωρία, εργαστήρια, φροντιστήρια και κλινική άσκηση. Η κλινική εκπαίδευση αποτελεί το 50% των συνολικών ωρών της εκπαίδευσης δηλαδή 2,300 ώρες. Η δομή των αναλυτικών προγραμμάτων βασίζεται στη συνθήκη της Bologna και το σύστημα πιστωτικών ECTS μονάδων. Για την ολοκλήρωση των σπουδών απαιτούνται 240 πιστωτικές μονάδες (European Credit Transfer System) οι 90 αποτελούν την πρακτική εξάσκηση σε κλινικές δεξιότητες σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, 2013). Σύμφωνα με το European Qualification Framework (EQF) τα μαθησιακά αποτελέσματα αντιστοιχούν στο επίπεδο 6.

### 4.2 Διδασκαλία στις Αίθουσες Διδασκαλίας και στους χώρους Κλινικής Άσκησης

Με τον όρο Ακαδημαϊκό περιβάλλον νοείται ο χώρος όπου οι φοιτητές παρακολουθούν θεωρητική, εργαστηριακή και φροντιστηριακή διδασκαλία στους χώρους του πανεπιστημίου. Η δομή του προγράμματος βασίζεται σε 2 εξάμηνα ανά ακαδημαϊκό έτος με 13 εβδομάδες το κάθε εξάμηνο, στα οποία περιλαμβάνονται τα υποχρεωτικά και τα κατ'επιλογής μαθήματα υποχρεωτικά μαθήματα, ενώ διενεργούνται γραπτές εξετάσεις στο πλαίσιο της αξιολόγησης. Τη θεωρητική εκπαίδευση των φοιτητών αναλαμβάνουν τα μέλη του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ) του τμήματος διαφόρων ακαδημαϊκών βαθμίδων, με βοηθούς συνδιδασκαλίας διδακτορικούς φοιτητές, ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό και ειδικούς επιστήμονες και ακαδημαϊκοί υπότροφοι (στην περίπτωση της Ελλάδας). Για την απόκτηση των ικανοτήτων χρησιμοποιούνται διάφορες διδακτικές προσεγγίσεις όπως:

- i. Διαλέξεις

- ii. Φροντιστηριακές ασκήσεις
- iii. Ανάθεση εκπόνησης εργασιών (ατομικές-ομαδικές εργασίες, παρουσίαση εργασιών κ.ά.)
- iv. Εργαστηριακές ασκήσεις -Προσομοίωση
- v. Παιχνίδια ρόλων
- vi. Επεξεργασία ψηφιακών πόρων (εικόνων, ντοκουμέντων, κειμένων).

Η παρακολούθηση των μαθημάτων αποτελεί ακαδημαϊκή υποχρέωση του φοιτητή. Η απουσία του φοιτητή από φροντιστηριακές, εργαστηριακές και κλινικές ασκήσεις πέρα του 10% των καθορισμένων ωρών υπάρχει το ενδεχόμενο να αναγκαστεί να παρακολουθήσει εκ νέου του μαθήματος. Οι ομοιότητες και οι διαφορές των δύο προγραμμάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 3. (Οδηγοί σπουδών των τμημάτων νοσηλευτικής του Τεχνολογικού πανεπιστημίου και του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου τα έτη 2018-2019)

#### Διδασκαλία στους χώρους Κλινικής Άσκησης

Στην Κύπρο η κλινική εκπαίδευση αρχίζει στο 2<sup>ο</sup> εξάμηνο και συνεχίζει σε όλα τα επόμενα εξάμηνα με βαθμιαία αύξηση ημερών ανά εβδομάδα όσο προχωρά στα έτη σπουδών αρχίζοντας από 1 μέρα και φτάνει στις 3 ημέρες την εβδομάδα στο 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος. Η κλινική άσκηση αντιστοιχεί με τα μαθήματα που διδάσκονται στο εξάμηνο. Η κλινική διδασκαλία γίνεται κυρίως στα 5 δημόσια νοσηλευτήρια με την εφαρμογή του μοντέλου επίβλεψης «μέντορα - κλινικού συντονιστή». Ο μέντορας είναι ένας επαγγελματίας νοσηλευτής, μέλος της νοσηλευτικής ομάδας μια νοσηλευτικής μονάδας, ο οποίος επιλέγεται από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σε συνεργασία με τα ακαδημαϊκά ιδρύματα. Ο ρόλος του είναι η κλινική διδασκαλία, καθοδήγηση και επίβλεψη 4-6 φοιτητών του ίδιου έτους φοίτησης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι φοιτητές και ο μέντορας δεν υπολογίζονται στο δυναμικό του τμήματος αλλά αποτελούν υπεράριθμη ομάδα. Η κλινική καθοδήγηση και επίβλεψη από τον μέντορα ισχύει μέχρι το 3<sup>ο</sup> έτος σπουδών. Στο 4<sup>ο</sup> οι φοιτητές βρίσκονται κάτω από την επίβλεψη της προϊστάμενου/ης του νοσηλευτικού τμήματος και των επαγγελματιών νοσηλευτών. Ο



κλινικός συντονιστής είναι μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού του πανεπιστημίου και εργοδοτείται σε μόνιμη θέση από το εκπαιδευτικό ίδρυμα. Ο κλινικός συντονιστής έχει μια διαχρονική και συχνή επίβλεψη κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης των φοιτητών/τριών. Ο ρόλος του είναι να καθοδηγεί και να συνεργάζεται με τον/την Μέντορα και τον/την προϊστάμενο/η του τμήματος στην κλινική άσκηση για τη διασφάλιση επίτευξης των μαθησιακών στόχων του συγκεκριμένου μαθήματος και τη διεξαγωγή προγραμματισμένων αξιολογήσεων στην κλινική άσκηση. Έχοντας επίσης τον ρόλο του liaison (διασύνδεση) μεταξύ της διδασκαλίας στις αίθουσες και την κλινική διδασκαλία, η παρουσία και ο συνεργατικός συντονισμός εμπεριέχει την ενδελεχώς ενημέρωση και συχνή ανατροφοδότηση των μεντόρων αναφορικά με α) τους μαθησιακούς στόχους του εκάστοτε γνωστικού αντικείμενου β) εφαρμογή κλινικών διαδικασιών όπως αυτές έχουν διδαχθεί στο πανεπιστήμιο εφαρμόζοντας τις αρχές διδασκαλίας και γ) προαγωγή και ενδυνάμωση των κλινικών εφαρμογών της νοσηλευτικής διεργασίας. Επίσης προασπίζει τα δικαιώματα του φοιτητή ως ατόμου και ως εκπαιδευόμενου καθ' όλη την παραμονή του στους χώρους κλινικής εκπαίδευσης (Dimitriadou et al. 2015).

Στην Ελλάδα η κλινική κατάρτιση των φοιτητών ξεκινά το δεύτερο εξάμηνο. Την ευθύνη παρακολούθησης της κλινικής άσκησης αναλαμβάνει το γραφείο εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του κάθε νοσοκομείου το οποίο σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο κατανέμει τους φοιτητές σε τμήματα σε σχέση με το γνωστικό αντικείμενο που παρακολουθεί την συγκεκριμένη περίοδο (Οδηγός σπουδών ΕΚΠΑ 2020/21). Την επίβλεψη της κλινικής τους άσκηση στα τμήματα την αναλαμβάνουν οι υπότροφοι οι οποίοι είναι μεταπτυχιακοί ή διδακτορικοί φοιτητές με κλινική εμπειρία και αναλαμβάνουν το ρόλο του μέντορα. Σε κάποιες περιπτώσεις οι φοιτητές βρίσκονται κάτω από την επίβλεψη του νοσηλευτικού προσωπικού. Η διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και η υπεύθυνη του μαθήματος επιβεβαιώνουν την πρακτική άσκηση των φοιτητών. Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής ο φοιτητής παραδίδει έκθεση αποτίμησης της πρακτικής άσκησης στον υπεύθυνο καθηγητή (Οδηγός σπουδών ΕΚΠΑ 2020/21). Το 8<sup>ο</sup> εξάμηνο περιλαμβάνει μόνο κλινική εκπαίδευση, δηλαδή δεν υπάρχουν ενότητες θεωρίας, δεδομένου ότι έχουν επιτευχθεί μέχρι το τέλος του 7ου εξαμήνου. Οι

φοιτητές εκπαιδεύονται αποκλειστικά από το νοσοκομείο υποδοχής υπό την επίβλεψη των επαγγελματιών νοσηλευτών και τους προϊστάμενους του τμήματος. Ακολουθεί συγκριτική προσέγγιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης μεταξύ των 2 χωρών καταγράφοντας ομοιότητες – διαφορές (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Συγκριτική προσέγγιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης μεταξύ των 2 χωρών ομοιότητες – διαφορές ανάμεσα στην θεωρητική και κλινική εκπαίδευση

Κύπρος	Ελλάδα
<b>Θεωρητική εκπαίδευση</b>	
<b>Ομοιότητες</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακολουθούν τις κατευθυντήριες ευρωπαϊκές οδηγίες 2005/36/ΕΕ και 2013/55/ΕΕ- αντιστοιχεί σε 240 διδακτικές μονάδες - 4ετής φοίτηση</li> <li>• Υπάρχουν 2 εξάμηνα ανά ακαδημαϊκό έτος με 13 εβδομάδες το κάθε εξάμηνο</li> <li>• Περιλαμβάνονται υποχρεωτικά και υποχρεωτικά κατ' επιλογής μαθήματα</li> <li>• Αναλαμβάνουν τα μέλη του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ) βοηθοί συνδιδασκαλίας διδακτορικοί φοιτητές, ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό ειδικοί επιστήμονες, ακαδημαϊκοί υπότροφοι</li> <li>• Διάφορες διδακτικές προσεγγίσεις και αξιολογήσεις</li> </ul>	
<b>Διαφορές</b>	
45 υποχρεωτικά και 3 κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα καλύπτουν το πρόγραμμα σπουδών	43 υποχρεωτικά. Τα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα καλύπτουν το ¼ του προγράμματος σπουδών
Η θεωρία γίνεται παράλληλα με την κλινική άσκηση σε όλα τα έτη (περισσότερες λεπτομέρειες πιο κάτω κλινική εκπαίδευση)	Η θεωρία προηγείται της κλινικής άσκησης η οποία δίνεται υπό τύπου study block και μετά ακολουθεί η κλινική άσκηση
<b>Κλινική εκπαίδευση</b>	
<b>Ομοιότητες</b>	
Αρχίζει στο 2 <sup>ο</sup> εξάμηνο Κατανομή φοιτητών σε κλινικές τοποθετήσεις ανάλογα με το γνωστικό αντικείμενο που διδάσκεται την συγκεκριμένη περίοδο	
<b>Διαφορές</b>	
Κλινική διδασκαλία γίνεται την εφαρμογή του μοντέλου επίβλεψης «μέντορα - κλινικού συντονιστή».	Η επίβλεψη της κλινικής άσκησης έχοντας τον ρόλο του μέντορα αναλαμβάνουν οι υπότροφοι οι οποίοι είναι μεταπτυχιακοί ή

<p>Ο μέντορας και οι φοιτητές μέχρι το 3<sup>ο</sup> έτος δεν υπολογίζονται στο δυναμικό του τμήματος</p> <p>Η κλινική καθοδήγηση και επίβλεψη από τον μέντορα ισχύει μέχρι το 3ο έτος σπουδών.</p> <p>Στο 4ο οι φοιτητές βρίσκονται υπό την επίβλεψη του/της προϊστάμενου/ης του νοσηλευτικού τμήματος και/ή των επαγγελματιών νοσηλευτών</p>	<p>διδασκαρικοί φοιτητές με κλινική εμπειρία στο συγκεκριμένο τμήμα</p>
<p>Βαθμιαία αύξηση ημερών (7 ώρες/ημέρα) κλινικής άσκησης ανά εβδομάδα στα επόμενα έτη φοίτησης όπως: 1 μέρα (1<sup>ο</sup> έτος), 2 μέρες (2<sup>ο</sup> έτος) και φτάνει στις 3 ημέρες την εβδομάδα (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος) με βάση το γνωστικό αντικείμενο που διδάσκονται τώρα.</p> <p>Κλινική άσκηση διάρκειας 2 μηνών κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (Ιούνιο-Αύγουστο) 4ου ή 6ου εξαμήνου ως υποχρεωτικό μάθημα</p>	<p>Η κλινική άσκηση ακολουθεί την θεωρία. Για παράδειγμα στο 4<sup>ο</sup> εξάμηνο έχουν 11 εβδομάδες θεωρία μόνο και μετά ακολουθούν 3 εβδομάδες συνεχής κλινικής άσκησης. το 6<sup>ο</sup> εξάμηνο αυξάνονται σε 7 εβδομάδες η κλινική άσκηση.</p> <p>Το 8<sup>ο</sup> εξάμηνο περιλαμβάνει μόνο κλινική εκπαίδευση.</p> <p>Επίσης κλινική άσκηση διάρκειας 2 μηνών (Ιούλιος- Σεπτέμβρης) κατά τη διάρκεια των θερινών διακοπών του 6ου ή 8ου εξαμήνου (μάθημα επιλογής).</p>
<p>Επίβλεψη και επιβεβαίωση κλινικής άσκησης από τους κλινικούς συντονιστές (μέλη του εκπαιδευτικού προσωπικού του πανεπιστημίου), τον συντονιστή κλινικής άσκησης νοσηλευτηρίου και την υπεύθυνη του μαθήματος.</p>	<p>Επίβλεψη και επιβεβαίωση κλινικής άσκησης από την υπεύθυνη συντονισμού διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και την υπεύθυνη του μαθήματος</p>

### **4.3 Αναζήτηση προγραμμάτων σπουδών Κύπρου και Ελλάδας εθνικών και ευρωπαϊκών οδηγιών**

#### **4.3.1 Προγράμματα σπουδών**

Μελετήθηκαν τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής και των 5 πανεπιστημίων που συμμετείχαν στην έρευνα. Αρχικά η μελέτη περιλάβανε τον οδηγό σπουδών του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών και στη συνέχεια έγινε η μελέτη των περιγραμμάτων των μαθήματων εκτός των μαθημάτων Ανατομία και Φυσιολογίας, βιολογία και γενετική, καθώς δεν σχετίζονται με τη παροχή φροντίδα και τα λάθη.

Τα προγράμματα και περιγράμματα μελετήθηκαν ως προς :

- i. Τη φιλοσοφία/αποστολή και τους στόχους του προγράμματος νοσηλευτικής αν γίνεται αναφορά του όρου ασφάλεια
- ii. Το ενδεχόμενο ύπαρξης αυτόνομου μαθήματος της ΑΑ στον οδηγό σπουδών του προγράμματος .
- iii. Τα περιγράμματα μαθημάτων αν συμπεριλαμβάνεται ο όρος ΑΑ στους μαθησιακούς στόχους ή ως αυτόματο θέμα ή ενότητα. Αν γινόταν οποιαδήποτε αναφορά του όρου ασφάλεια ζητήθηκαν διευκρινήσεις από τον διδάσκοντα με προσωπική επικοινωνία για το βαθμό και τη μέθοδο διδασκαλίας για την ασφάλεια (π.χ. διάλεξη, φροντιστήριο, προσομοίωση κ.λπ.).

Σύμφωνα με τους οδηγούς σπουδών που μελετήθηκαν το 2018 των πανεπιστημίων Κύπρου (ΤΕΠΑΚ, Ευρωπαϊκό , Λευκωσίας) και Ελλάδας (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-ΕΚΠΑ), στη φιλοσοφία/αποστολή αναφέρει: «Να αναπτύξει επιστήμονες νοσηλευτές/τριες με ολοκληρωμένη μόρφωση οι οποίοι να ασκούν τη νοσηλευτική με ασφάλεια και υπευθυνότητα και υψηλό επίπεδο κλινικής ικανότητας σε διάφορους χώρους φροντίδας υγείας» . Επίσης, η εξέταση των περιγραμμάτων, έδειξε ότι τα θέματα ΑΑ δεν διδάσκονται ξεκάθαρα ως ενότητα στο πρόγραμμα σε κανένα πανεπιστήμιο στην Κύπρο και την Ελλάδα παρόλο που υπάρχουν μαθήματα που σε παραπέμπουν σε θέματα ΑΑ όπως η Διαχείριση Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

και η Οργάνωση και Ποιότητα Υπηρεσιών υγείας. Όσο αφορά στη μελέτη των περιγραμμάτων φαίνεται να αναφέρονται σε κάποια μαθήματα οι όροι «διασφάλισης της ασφάλειας» «επίτευξη ασφαλούς φροντίδας», «εισαγωγή βασικών αρχών ασφάλειας στη φροντίδα» «παρέχει ασφαλή φροντίδα στους ασθενείς του» στο σκοπό ή/και στα επιδιωκόμενα μαθησιακά αποτελέσματα που αναμένεται ότι ο φοιτητής είναι ικανός να κάνει, μετά την επιτυχή ολοκλήρωση μιας ενότητας. Στον Πίνακα 4 φαίνονται τα μαθήματα που περιλάμβαναν τους πιο πάνω αναφερόμενους όρους.

*Πίνακας 4: Τα μαθήματα που περιλάμβαναν τους συναφείς όρους για την ασφάλεια ασθενών*

<b>Κύπρος</b>	<b>Ελλάδα</b>
ΝΟΣ 152 Βασική Νοσηλευτική II	Νομικό Καθεστώς και Οργάνωση
ΝΟΣ 217 Φαρμακολογία	Πρακτική άσκηση
ΝΟΣ 251 Βασική Νοσηλευτική III	Κοινωνική Νοσηλευτική I

### 4.3.2 Εθνικά νομοθετικά κείμενα και Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ

Στο μέρος αυτό γίνεται μια ανάλυση κειμένων των εθνικών νομοθεσιών Κύπρου και Ελλάδας και της Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ με στόχο την ανίχνευση όρων που παραπέμπουν στην ασφάλεια ασθενών (ΑΑ)

#### 4.3.2.1 Κύπρος

Σε Ευρωπαϊκές αναφορές για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης (PSQCWG, 2014, σελ. 13 ) αναφέρεται : “εν μέρει: Η εκπαίδευση στην ασφάλεια των ασθενών σημειώνεται στους κανονισμούς του Νοσηλευτικού και Μαιευτικού νόμου 1988-2012. Στους κανονισμούς αναφέρεται σαφώς ότι οι νοσηλευτές και οι μαίες πρέπει να διαθέτουν τις γνώσεις και την εκπαίδευση για τη διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών. Στον ίδιο νόμο, η ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος για νοσηλευτές και μαίες είναι υποχρεωτική κάθε 4 έτη”. Το συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής ανέπτυξε το πλαίσιο αξιολόγησης και αδειοδότησης που διασφαλίζει ότι οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές δύνανται να ασκούν τη νοσηλευτική με ασφάλεια.

Στην πιο λεπτομερή ανάλυση των κειμένων της εθνικής νομοθεσίας της Κύπρου, βρέθηκε ότι οι όροι για την ασφάλεια αναφέρονται στους πιο κάτω κώδικες στον «Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμους τους 1988 μέχρι 2012», Νοσηλευτικοί Κανονισμοί δυνάμει της παραγράφου (στ) του άρθρου 22». Στους Κανονισμούς του 2012 εισάγονται: ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, ο Κώδικας Πρότυπης Επαγγελματικής Πρακτικής στη Νοσηλευτική και το Περίγραμμα Αρμοδιοτήτων των Νοσηλευτών. Πιο κάτω γίνεται πιο λεπτομερής αναφορά των όρων που σχετίζονται με την ΑΑ

#### ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

##### Εισαγωγή

Στη διαφύλαξη της **ασφάλειας** και την προστασία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, που είναι αποδέκτες της φροντίδας, εκτός των άλλων, και των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας (προαγωγή υγείας, πρόληψη, φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση

## Κεφάλαιο Α

Βασικές έννοιες και ορισμοί

«Νοσηλευτική» είναι η επιστήμη που ενσωματώνει την αυτοδύναμη και διεπιστημονική φροντίδα των ατόμων κάθε ηλικίας, των οικογενειών τους, των ομάδων και των διαφόρων κοινοτήτων, των ασθενών ή υγιών ατόμων σε όλες τις δομές... η προώθηση της ιδέας ενός **ασφαλούς περιβάλλοντος**.

«Νοσηλευτικές Αξίες» είναι το σύνολο των δεσμεύσεων/δηλώσεων που προσδιορίζουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και οριοθετούν το πλαίσιο αναφοράς του. Οι νοσηλευτικές αξίες είναι:  
(β) Η παροχή ισότιμης, **ασφαλούς**, επικαιροποιημένης, τεκμηριωμένης, δίκαιης και χωρίς διακρίσεις φροντίδας.

## Κεφάλαιο Β

1. Διασφάλιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

(γ) Λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την **ασφάλεια των ασθενών**, τη δική του και των υπολοίπων επαγγελματιών φροντίδας υγείας.

2.6. Προστασία του περιβάλλοντος φροντίδας

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ορθά τον τεχνολογικό και άλλο εξοπλισμό προς αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη χρήση του. Επίσης, μεριμνά για την **ασφάλεια των ατόμων** κατά τη φροντίδα, εφαρμόζοντας τα κατάλληλα μέτρα και στη βάση των προνοιών που απορρέουν από ισχύουσες νομοθεσίες

3. Η σχέση του νοσηλευτή με το επάγγελμα

(ζ) Χρησιμοποιεί την τεχνολογία και τα επιστημονικά επιτεύγματα με τρόπο ώστε να εγγυάται την **ασφάλεια**, την αξιοπρέπεια και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων

3.1 Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών

Συμμετέχει με άλλους φορείς, εθνικούς και διεθνείς, στον σχεδιασμό προτύπων και αρχών που αφορούν στην ανάπτυξη ικανοτήτων των νοσηλευτών με στόχο την προαγωγή της **ασφάλειας** των πολιτών

### 3.2. Ρυθμιστικά σώματα – Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου

Αναπτύσσουν το πλαίσιο αξιολόγησης και αδειοδότησης που διασφαλίζει ότι οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές δύνανται να ασκούν τη νοσηλευτική **με ασφάλεια**. Συμμετέχουν με άλλους φορείς, εθνικούς και διεθνείς, στον σχεδιασμό προτύπων και αρχών που αφορούν την ανάπτυξη ικανοτήτων των νοσηλευτών με στόχο την προαγωγή της **ασφάλειας των πολιτών**

#### **ΚΩΔΙΚΑΣ ΠΡΟΤΥΠΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Εισαγωγή

2.1 (III) Έχει υποχρέωση για άσκηση της νοσηλευτικής με ασφαλή και επαρκή τρόπο η οποία να μην επηρεάζεται από προσωπικούς περιορισμούς υγείας.

#### **Κεφάλαιο Ε-Ανάλυση Προτύπων**

Πρότυπο 1: Υπευθυνότητα

Ο κάθε νοσηλευτής :

(δ) Ενεργεί σε καταστάσεις όπου η **ασφάλεια** και η ευημερία τού ασθενή βρίσκεται σε κίνδυνο

Πρότυπο 2: Διατήρηση **ασφάλειας** και επάρκειας

Κάθε νοσηλευτής:

(α) Έχει την κατάλληλη θεωρητική γνώση, εκπαίδευση και κρίση στην πρακτική που εξασκεί, εφαρμόζει διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων.

(β) Προβαίνει σε συνεχή αξιολόγηση της πρακτικής του, με σκοπό την αναγνώριση μαθησιακών αναγκών και ευκαιριών για ανάπτυξη και βελτίωση.

(γ) Επιδεικνύει τη δραστηριότητα εκείνη που αποδεικνύει τη συνεχή ανάπτυξη της επάρκειάς του.

(δ) Αποτελεί πρότυπο συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης διαμέσου της συνεχούς μάθησης και αυτοαξιολόγησης.

Πρότυπο 3: Εφαρμογή γνώσεων, δεξιοτήτων και κριτικής σκέψης



γ) Εφαρμόζει ποικιλία δεξιοτήτων στην πρακτική, αναθέτει καθήκοντα και εκχωρεί εξουσίες, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη το συμφέρον και **την ασφάλεια** του αποδέκτη της νοσηλευτικής φροντίδας.

Πρότυπο 4: Επαγγελματικές αλληλεπιδράσεις και συνηγορία

(η) Ενεργεί ώστε να προστατεύει τους αποδέκτες της νοσηλευτικής φροντίδας από την πρόκληση βλάβης εξαιτίας **ανασφαλών καταστάσεων** ή/και ανίκανης ή ανήθικης φροντίδας, μέσα στα πλαίσια σχετικών Νόμων και Κανονισμών.

Πρότυπο 5: Επαγγελματική ηγεσία

(ιδ) Διασφαλίζει υγιές περιβάλλον εργασίας που να προάγει την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

Πρότυπο 6: Αυτοέλεγχος και αυτορρύθμιση

(β) Φέρει την προσωπική ευθύνη για την άσκηση **ασφαλούς πρακτικής** και συμπεριφοράς σύμφωνα με τον Κώδικα Πρότυπης Επαγγελματικής Πρακτικής στη Νοσηλευτική, τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και το Περίγραμμα Αρμοδιοτήτων των Νοσηλευτών.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Εισαγωγή

Ο νοσηλευτής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας. Συνηγορεί υπέρ των αποδεκτών της φροντίδας υγείας, διασφαλίζοντας **ασφαλές** θεραπευτικό περιβάλλον νοσηλείας και διενεργεί παράλληλα εξατομικευμένη ολιστική φροντίδα υγείας.

2.1 Αυτόνομες αρμοδιότητες των νοσηλευτών

(ιδ) Θέτει κριτήρια ποιότητας **και ασφάλειας** της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και εισηγείται τυχόν τροποποιήσεις νοσηλευτικών πρακτικών με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, τις

στατιστικές αναλύσεις και τις κατευθυντήριες οδηγίες των επιστημονικών θεσμοθετημένων οργάνων του.

#### **ΝΟΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ (2005)**

Και επειδή τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας και, ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και **ασφάλειας**, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρεπούς μεταχείρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών και φροντίδας υγείας, δεν είναι νομοθετικά θεσμοθετημένα.

##### **4.3.2.2 Ελλάδα**

Στην μελέτη της εθνικής νομοθεσίας στην Ελλάδα η αναφορά για την ασφάλεια ασθενών αναφέρεται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ΦΕΚ 167, τευχος Α, στο άρθρο 9, 2021 : Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον **προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο** στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον (ΠΔ.216/2001-ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001 ΚΩΔΙΚΕΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ).

##### **4.3.2.3 Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ**

Στην αναθεωρημένη ευρωπαϊκή οδηγία για τα επαγγελματικά προσόντα (2013/55/ΕΕ ) σε νομοθετικά κατοχυρωμένα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική - έχουν προστεθεί 8 ικανότητες. Οι τίτλοι σπουδών νοσηλευτή υπεύθυνου για γενική περίθαλψη αποδεικνύουν ότι ο εν λόγω επαγγελματίας είναι ικανός να εφαρμόζει τουλάχιστον τις ακόλουθες 8 ικανότητες:

α) ικανότητα να διαγιγνώσκει αυτόνομα την απαιτούμενη νοσηλευτική περίθαλψη χρησιμοποιώντας θεωρητικές και κλινικές γνώσεις και να σχεδιάζει, οργανώνει και παρέχει νοσηλευτική περίθαλψη στους ασθενείς βάσει των γνώσεων και των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί

- β) ικανότητα να συνεργάζεται αποτελεσματικά με άλλους παράγοντες του τομέα της υγείας, περιλαμβανομένης της συμμετοχής στην πρακτική εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού βάσει των γνώσεων και των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί
- γ) ικανότητα να ενθαρρύνει άτομα, οικογένειες και ομάδες να υιοθετούν υγιεινό τρόπο ζωής και φροντίδα του εαυτού τους βάσει των γνώσεων και των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί
- δ) ικανότητα να θέτει σε εφαρμογή με αυτονομία άμεσα μέτρα για την προστασία της ζωής και να εκτελεί μέτρα σε καταστάσεις κρίσης και καταστροφών
- ε) ικανότητα να παρέχει ανεξάρτητα συμβουλές σε ανθρώπους που χρειάζονται περίθαλψη και στους συγγενείς τους, να τους καθοδηγεί και να τους στηρίζει
- στ) ικανότητα να εξασφαλίζει ανεξάρτητα **την ποιότητα** της νοσηλευτικής περίθαλψης και να την αξιολογεί
- ζ) ικανότητα να επικοινωνεί με αναλυτικό και επαγγελματικό τρόπο και να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας
- η) ικανότητα να αναλύει **την ποιότητα** της περίθαλψης με σκοπό να βελτιώνει την άσκηση του επαγγέλματος ως νοσηλεύτης

Από μια γενική ματιά ο όρος ποιότητα περιλαμβάνεται σε 2 από αυτές (στ & η) αλλά όχι ο όρος ασφάλεια, ενώ δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τα κράτη μέλη ως προς τη διδασκαλία και το περιεχόμενο.

## 5 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (SCOPING REVIEW)

Η ένταξη της ΑΑ στην προπτυχιακή εκπαίδευση έχει αναδειχθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τη διασφάλιση της ευημερίας και της ασφάλειας των ασθενών (ΠΟΥ, 2011, Aiken et al. 2013), ωστόσο, δεν τυγχάνει της δέουσας προσοχής και να βρίσκεται στο παρασκήνιο παρά τις συστάσεις της τελευταίας δεκαετίας (PSQCWG, 2013, Mansour et al. 2018, Kirwan et al. 2019).

Περιορισμένα παρατηρούνται τα ευρήματα σχετικά με το πως και σε ποιο βαθμό αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στα εκπαιδευτικά προγράμματα για την απόκτηση βασικών ικανοτήτων που απαιτούνται για την επίτευξη ασφαλέστερης περίθαλψης (Tella et al 2014, Raymond et al. 2017, Mansour et al. 2018) και κυρίως όσο στις μη τεχνικές ικανότητες (Chen et al., 2019; Gleason et al., 2019; Huang et al., 2020; Lukewich et al., 2015). Συνεπώς η διερεύνηση μελετών σε αυτό το θέμα αναμένεται ότι θα δημιουργήσει μια γνωσιολογική βάση για την νοσηλευτική εκπαίδευση στην ΑΑ παγκοσμίως.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής για τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που έχουν λάβει στο θέμα της ΑΑ από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Για την επίτευξη του ανώτερου σκοπού ακολουθήθηκε η μεθοδολογία ανασκόπησης άρθρων - scoping review. Η επιλογή αυτής της μεθοδολογίας οφείλεται στο γεγονός ότι η αναγωγή του θέματος ΑΑ ως διδασκόμενο μάθημα παρουσιάζει μια σύνθετη, ετερογενή και ευρέως φάσματος περιοχή. Η ανασκόπηση παρέχει μικρότερο βάθος ανάλυσης, αλλά εξετάζει μια ευρύτερη περιοχή για τον εντοπισμό της έκτασης της γνώσης και των χαρακτηριστικών της και τον κενών σε ένα αναδυόμενο πεδίο στη βάση της ερευνητικής γνώσης (Peters et al., 2020).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

#### Στρατηγική αναζήτησης

Το χρονικό πλαίσιο αναζήτησης είναι το 2013 μέχρι το Μάρτιο 2021. Το πλαίσιο αυτό καθορίστηκε για 2 λόγους: 1) ύπαρξης 2 συστηματικών ανασκοπήσεων (Mansour, 2012, Tella et

al. 2014), οι οποίες διερευνούσαν το βαθμό που διάφορα θέματα ΑΑ τυγχάνουν προσοχής και ένταξης στη προπτυχιακή εκπαίδευση, τις μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης και την μάθηση που η φοιτητές έχουν λάβει. Οι ανασκοπήσεις κατέδειξαν ότι το θέμα ΑΑ δεν ήταν απαραίτητα εμφανής μέσα στο πρόγραμμα, ωστόσο διδασκόταν τόσο στις ΑΔ και ΚΑ. Σε σχέση με το περιεχόμενο τα θέματα που είχαν λάβει εκπαίδευση οι φοιτητές ήταν η μάθηση από τα λάθη, η προσωπομετρική – φροντίδα, η ατομική ευθύνη και η διεπαγγελματική ομαδική εργασία. Οι διδακτικές και μαθησιακές μέθοδοι επί του θέματος ποικίλαν όπως και η αποτελεσματικότητά τους. Τέλος διαπιστώθηκε η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα του θέματος ειδικότερα στην Ευρώπη όπως και την ανάγκη δημιουργίας κοινών σαφών κατευθυντήριων γραμμών και την καθιέρωση θεσμικού πλαισίου για την κατοχύρωση των αρχών ΑΑ. II) Ο άλλος λόγος είναι τα 2 Ευρωπαϊκά ορόσημα για τη νοσηλευτική εκπαίδευση: α) Η έκδοση της αναθεωρημένης οδηγίας 2013/55/ΕΕ που αναφέρεται στην απόκτηση των ικανοτήτων που πρέπει να έχουν με την αποφοίτηση τους οι φοιτητές της νοσηλευτικής και β) η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που περιλάμβανε την ανάλυση των προγραμμάτων, των εννοιών, των μαθημάτων και συστημάτων για την ΑΑ και την ποιότητα σε 27 ευρωπαϊκές χώρες (PSQCWG, 2013) η οποία στόχευε στην εκπόνηση συστάσεων για την εκπαίδευση.

Η αναζήτηση έγινε στις βάσεις δεδομένων PubMed (216) CINAHL(138), SCOPUS (429) . Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς σε όλες τις βάσεις ήταν ("Patient Safety"[Mesh] or "Patient Safety"[Title]) AND (attitud\* or knowledg\* or skil\* or competen\*) AND (student\* or undergradua\* or universit\*) AND (learnin\* or teach\* or educat\*). Επίσης η λίστα αναφορών του κάθε άρθρου εξετάστηκε δια χειρός για άλλα σχετικά άρθρα. Τα άρθρα εισάχθηκαν στο mendelay για τη διαχείριση διπλών άρθρων. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε την χρονική περίοδο Δεκέμβριο 2019 - Μάρτιο 2021. Η ανασκόπηση ακολούθησε τα 17 κριτήρια που περιγράφονται στο Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta- analyses (PRISMA).

#### *Κριτήρια εισδοχής*

- Ανεξαρτήτως μεθοδολογικού σχεδιασμού

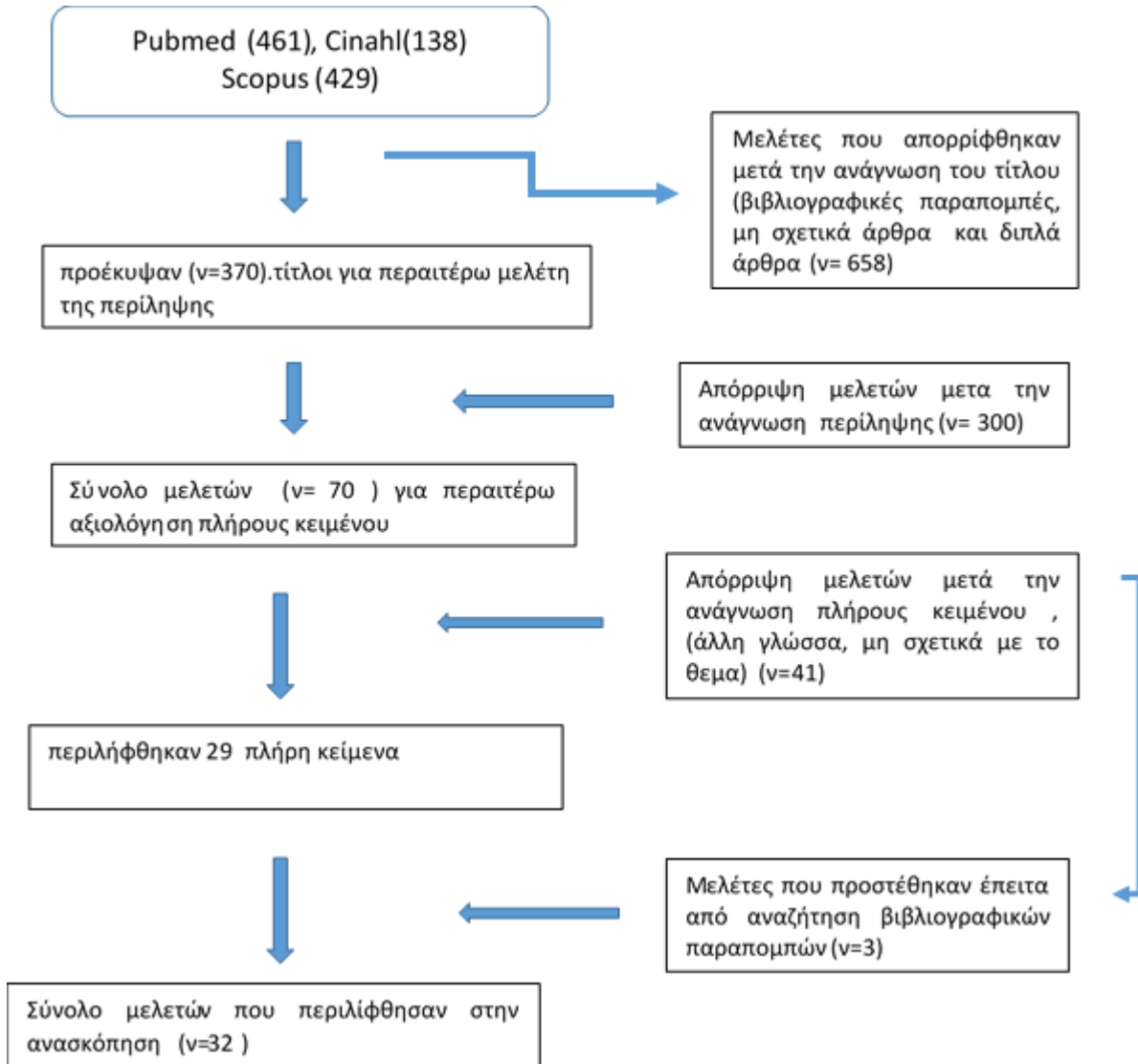
- Ο πληθυσμός να είναι φοιτητές νοσηλευτικής προπτυχιακού προγράμματος σπουδών ή εάν συμπεριλαμβάνονται μεταπτυχιακά να γίνεται ξεχωριστή αναφορά στο προπτυχιακό
- Να εστιάζονται σε θέματα που σχετίζονται με την ΑΑ στον θεωρητικό ή /και κλινικό χώρο
- Άρθρα στην ελληνική και αγγλική βιβλιογραφία κατά την χρονική περίοδο 2013-2021

#### Κριτήρια αποκλεισμού

- Μελέτες που έχουν περιλάβει μόνο άλλα επίπεδα εκπαίδευσης π.χ μεταπτυχιακό
- Άρθρα συζήτησης, βιβλία, έγγραφα, νομοθεσίες και γκρίζα βιβλιογραφία
- Οι παρεμβατικές μελέτες δηλαδή συμμετοχή σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα
- Μελέτες που εστιάζονταν στη διερεύνηση ασφαλούς πρακτικής για μια συγκεκριμένη ικανότητας (π.χ. διαδικασία χορήγησης φαρμάκων, διεπαγγελματική επικοινωνία).

Η επιλογή των κριτηρίων είναι βασίστηκε στο γεγονός ότι, η μελέτη θέλει να διερευνήσει τις απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής στο σύνολο των ικανοτήτων που αποκτούν σε θέματα ΑΑ στο πρόγραμμα γενικά και όχι για μια συγκεκριμένη (π.χ αποτελεσματική επικοινωνία) όπως επίσης και όχι μετά από οποιαδήποτε εκπαιδευτική παρέμβαση.

Σχήμα 4. Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης της βιβλιογραφικής ανασκόπησης



## Αποτελέσματα

### Στρατηγική Διαλογής

Με βάση τη στρατηγική αναζήτησης η αρχική αναζήτηση έδειξε 1040 άρθρα. Αρχικά έγινε η ανάγνωση των τίτλων και απορρίφθηκαν 658, είτε γιατί δεν ήταν σχετικά είτε γιατί εμφανίζονταν διπλά (n= 10). Έπειτα έγινε η ανάγνωση περιλήψεων απορρίφθηκαν 300 γιατί δεν ανταποκρίνονταν στα προκαθορισμένα κριτήρια εισόδου, είτε ήταν σε άλλη γλώσσα εκτός αγγλικά και ελληνικά. Ακολούθησε η αξιολόγηση του πλήρους κείμενου η τελική επιλογή 29 άρθρων αφού απορρίφθηκαν άλλα 41 άρθρα γιατί δεν ήταν σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα. Τέλος στην τελική επιλογή προστέθηκαν 2 άρθρα που προέκυψαν μετά από τη μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των άρθρων που ανακτήθηκαν. Δεν εντοπίστηκε κάποιο άρθρο στην Ελληνική γλώσσα, το οποίο να πληροί τα κριτήρια εισδοχής. Η διαλογή και η αξιολόγηση έγινε από τους ερευνητές ΜΔ και ΕΠ που κατέληξαν για περαιτέρω ανάλυση σε 32 άρθρα τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια.

Η ποιότητα των άρθρων αξιολογήθηκε με το Mixed Method Appraisal εργαλείο (MMAT)(Hong et al., 2018), το οποίο περιλαμβάνει 2 γενικές ερωτήσεις αξιολόγησης και 19 δηλώσεις που αντιστοιχούν στις 5 μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Το MMAT είναι ένα εργαλείο (<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>) που επιτρέπει στην ταυτόχρονη αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των άρθρων με διαφορετική μεθοδολογία που έχουν περιληφθεί σε άρθρο ανασκόπησης για περαιτέρω ανάλυση (Souto, et al. 2015, *Pluye P, 2014*)

### Γενικά χαρακτηριστικά των ερευνών

Η πλειοψηφία των μελετών (14 σε αριθμό) προέρχονται από τη Βόρεια Αμερική (7-ΗΠΑ και 7 -Καναδά) 2 από Αυστραλία 1 από Κίνα, 1 από Ιορδανία, 2 από Σαουδική Αραβία, 1 από Κένυα, 2 από Βόρεια Κορέα, 1 από Ιράν 1 από την Ινδονησία και 7 από Ευρωπαϊκές χώρες (2-Ιταλία, 3-Ηνωμένο Βασίλειο (μόνο ποιοτικές) και 2- Σκανδιναβία). Οι 19 μελέτες ήταν ποσοτικές μελέτες, 5 μελέτες ποιοτικές και 3 μελέτες ακολούθησαν την Q-methodology (Παράρτημα ΧΧ). Στις ποσοτικές μελέτες η πλειοψηφία (13/21 μελέτες) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο



Professional Educational in Patient Safety Survey (HPEPSS) των Ginsburg et al, (2012). Ωστόσο στη χρήση του ερωτηματολογίου HPEPSS (μέρος A) δεν παρατηρείται συνέπεια στο σύνολο των δηλώσεων που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση του βαθμού γνώσεων των φοιτητών για θέματα ΑΑ καθώς κυμάνθηκαν από 16 δηλώσεις που είχαν προκύψει από την παραγοντική ανάλυση που έγινε από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου (περιλαμβάνονταν μόνο οι δηλώσεις που αξιολογούσαν τους κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες) σε 27 δηλώσεις (ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβαναν και το παράγοντα κλινική ασφάλεια ). Το HPEPSS (μέρος A) ερωτηματολόγιο μετρούσε τις γνώσεις στις αίθουσες διδασκαλίας και την κλινική άσκηση. Οι άλλες ποσοτικές μελέτες χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια τα οποία είχαν αναπτυχθεί από τους ίδιους τους ερευνητές για τους σκοπούς της μελέτης τους και τα οποία διερευνούσαν και τις 3 διαστάσεις της ικανότητας, γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες (Tella et al, 2015a, Tella et al. 2015b, Lee, Jang and Park, 2016, Lee et al. 2020). Τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν ποιοτική προσέγγιση και 3 μελέτες την Q methodology,. Οι πίνακες 1, 2 και 3 συνοψίζουν, κατά χρονολογική σειρά δημοσίευσης, τα βασικά χαρακτηριστικά και ευρήματα των μελετών κατά κατηγορία ως προς τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε (ποσοτική, ποιοτική , και Q μεθοδολογία) αντίστοιχα (Παράρτημα V). Το δείγμα των φοιτητών στις ποσοτικές μελέτες κυμάνθηκε από 90 φοιτητές (Bressan et al. 2021) μέχρι 1515 φοιτητές (Lukewich et al. 2015). Στις ποιοτικές το δείγμα κυμάνθηκε από 12 (Fisher & Kiernan 2019) μέχρι 91 φοιτητές (Cresswell, et al. 2013). Στις μελέτες που χρησιμοποίησαν Q-methodology 34 μέχρι (Montgomery et al 2014) 94 φοιτητές (Killam et al. 2013 ). Τα ευρήματα των μελετών συνοψίζονται σε θεματικές.

#### A. Ο βαθμός που συμπεριλαμβάνεται η ΑΑ στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα

Ο βαθμός που θέματα ΑΑ περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών ήταν ικανοποιητικός όπως φάνηκε στις μελέτες που προέρχονταν από Καναδά και Ηνωμένες Πολιτείες με το ποσοστό ικανοποίησης να κυμαίνεται πέρα του 73% (>  $\mu=4.2$ ) (VanDekerkhof et al. 2017, Raymond et al. 2017, Rebesch 2020, Djukic, et al. 2013, Lee, Jang and Park, 2016; Stomski et al., 2018; Usher et al., 2018). Πιο χαμηλά κυμάνθηκαν τα ποσοστά

ικανοποίησης στην Κένυα (Mbuthia et al. 2019), Κίνα (Huang et al. 2020) που το ποσοστό ήταν κοντά στο 56% (μο=3.5- μο=3.8 αντίστοιχα). Όσο αφορά τις ευκαιρίες μάθησης και αλληλεπίδρασης με μέλη της ομάδας οι φοιτητές δήλωσαν πιο χαμηλά σε όλες τις πιο πάνω αναφερόμενες μελέτες. Το ίδιο και οι μελέτες Cresswell et al., (2013), και Lee et al. (2020) διαπίστωσαν ότι οι μηχανισμοί του συστήματος για την προαγωγή της ΑΑ στα οργανωτικά περιβάλλοντα (κουλτούρα ασφάλειας, αναφορά λάθους, συστήματα υπενθύμισης και ανάλυση της αιτίας του λάθους) και οι απορρέουσες πολιτικές δεν εντοπίζονται στα προγράμματα σπουδών και τις διδακτικές δραστηριότητες.

Επίσης, φάνηκε ότι τα θέματα ΑΑ συμπεριλαμβάνονταν κυρίως στις ενότητες: “θεμελιώδεις αρχές νοσηλευτικής”, “Αποτελεσματική Επικοινωνία”, “Ηγεσία και διοίκηση”, (Lee et al., 2016). Η διδασκαλία της ΑΑ γινόταν στην πλειοψηφία με διαλέξεις, ακολουθούσε στο κλινικό περιβάλλον και σε μικρότερο βαθμό στα εργαστήρια προσομοίωσης και η εκπόνηση γραπτής εργασίας σε θεματικές ενότητες για την ΑΑ (Lee et al., 2016, 2020). Ωστόσο φαίνεται ότι δεν υπάρχει συνέπεια για το πως τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς μέντορες με κοντά στο 50% των φοιτητών να το εκφράζουν (Huang et al., 2020; Lukewich et al., 2015; Mbuthia and Moleki, 2019; Raymond et al., 2017)-

Στη συγκριτική μελέτη των Tella et al. (2015a) οι Άγγλοι φοιτητές ήταν πιο θετικοί από τους Φιλανδούς φοιτητές ως προς το βαθμό που τα θέματα ΑΑ συμπεριλαμβάνονταν στο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα στον ακαδημαϊκό και κλινικό χώρο. Οι φοιτητές και από τις δύο χώρες εκτιμούσαν ότι η απόκτηση των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων αποκτιούνταν στους ακαδημαϊκούς χώρους ενώ διαπιστώθηκε κυρίως από τους Φιλανδούς η ελλιπή εκπαίδευση στα θέματα αναφοράς συμβάντων, και της συστημικής προσέγγισης του λάθους έναντί της προσωπικής προσέγγισης, ζήτημα που δεν μπορούσε να κατανοηθεί σε πραγματικές καταστάσεις.

## B. Οι Απόψεις των Φοιτητών για τις Γνώσεις που έχουν Αποκτήσει για Θέματα ΑΑ στις Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ) και στην Κλινική Άσκηση (ΚΑ)

Για τη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών στην πλειοψηφία των μελετών χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο H-PEPPS, και αυτό - συμπληρούμενα ερωτηματολόγια για τους σκοπούς της μελέτης ή/και βασισμένα στο πλαίσιο του QSEN. Στην συνολική επισκόπηση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών παρατηρείται μια ποικιλία ευρημάτων από μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο H-PEPPS σχετικά με τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει οι φοιτητές σε θέματα ΑΑ από τη διδασκαλία στις ΑΔ και την ΚΑ. Στην πλειοψηφία των μελετών το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης γνώσης ήταν υψηλότερος στις ΑΔ σε σύγκριση με την ΚΑ άσχετα με το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε (Alquwez et al., 2019; Amilia and Nurmalia, 2020; Colet and Cruz, 2015; Dimitriadou et al., 2021; Huang et al., 2020; Hwang et al., 2016; Lukewich et al., 2015; Mbuthia and Moleki, 2019; Raymond et al., 2016; Stomski et al., 2018; Sulima, 2019). Σε άλλες πρόσφατες μελέτες τα ευρήματα είναι εντελώς αντίθετα με τους φοιτητές να δηλώνουν υψηλότερη γνώση για την ΑΑ στην κλινική άσκηση (Bressan et al., 2021; Rebesch, 2020). Σε άλλες μελέτες δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στη γνώση που αποκτήθηκε μεταξύ των δύο χώρων (ΑΔ και ΚΑ) σε κάποια θέματα ή αναφέρθηκε υψηλότερη αποκτηθείσα γνώση στην ΚΑ, ειδικότερα σε θέματα όπως: “η αναγνώριση και ανταπόκριση συμβάντων”, “η διαχείριση κινδύνων» και “η κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων”(Ginsburg et al., 2013; Gleason et al., 2019; Usher et al., 2017; VanDenKerkhof et al., 2017). Στην αξιολόγηση των γνώσεων σε 9 ειδικά θέματα ΑΑ με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (quiz) μόνο το 44% των φοιτητών είχαν επιτύχει και ο μέσος όρος της βαθμολογίας ήταν <67.3% με το βαθμό επιτυχίας να ορίζεται στο 65%. Η βέλτιστη γνώση αναφέρθηκε στην πτυχή της ασθενο-κεντρικής φροντίδα (97%) και την επικοινωνίας (90%) (Levett-Jones et al., 2020), την τεκμηριωμένη πρακτική (90.8%), την ομαδικότητα και συνεργασία (84%), και τη βελτίωση της ποιότητας 80.7% (Lee & Jang, 2016). Χαμηλότερες βαθμολογίες δόθηκαν στην πρόληψη λοιμώξεων και την ασφάλεια φαρμάκων (Levett-Jones et al., 2020).

Στη διερεύνηση ως προς τις γνώσεις των φοιτητών σε ειδικά θέματα ΑΑ, στις μελέτες που χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο HPEPSS, η υψηλότερη αντιλαμβανόμενη γνώση αναφέρθηκε στις

τεχνικές δεξιότητες (π.χ. κινητοποίηση, χορήγηση φαρμάκων, έλεγχος λοιμώξεων) σε σύγκριση με τις κοινωνικοπολιτιστικές πτυχές (sociocultural aspects) (ή αλλιώς μη τεχνικές επαγγελματικές ικανότητες) (Colet *et al*., 2015; Lukewich *et al*., 2015; Hwang *et al*., 2016; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Stomski *et al*., 2018; Mbutia and Moleki, 2019; Huang *et al*., 2020), Suliman *et al.* 2019, Alquwez *et al.*, 2019). Ωστόσο, σε μελέτη της Αυστραλίας, στην αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων μέσω πολλαπλής επιλογής βασιζόμενο στο πλαίσιο του αμερικάνικου φορέα Quality Safety Education for Nurses (QSEN), ο έλεγχος λοιμώξεων και η χορήγηση φαρμάκων έδειξαν χαμηλότερη βαθμολογία ενώ η υψηλότερη βαθμολογία εκφράστηκε στην ασθενο-κεντρική φροντίδα κατά πρώτον και ακολούθησε η θεραπευτική επικοινωνία (Levett-Jones *et al.* 2020).

Συγκρίνοντας τα ευρήματα σε σχέση με τις θεματικές κοινωνικοπολιτιστικές πτυχές της ΑΑ οι υψηλότερες αντιλαμβανόμενες γνώσεις τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ αναφέρθηκαν στην αποτελεσματική επικοινωνία (Lukewich *et al.*, 2015; Hwang *et al.*, 2016; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Stomski *et al.*, 2018; Mbutia and Moleki, 2019, Suliman *et al.* 2019, Alquwez *et al.* 2019, Shanty *et al.* 2018, Usher *et al.*, 2017, Rebesch *et al.*, 2020). Εκτός από τις μελέτες στην Σαουδική Αραβία (Colet *et al.* 2015) και Κίνα (Huang *et al.*, 2020), οι υψηλότερες γνώσεις αναφέρθηκαν στην «αναγνώριση και ανταπόκριση συμβάντων» και την «ομαδική εργασία» στις ΑΔ, ενώ στην ΚΑ η μελέτη των Huang *et al.* (2020) το υψηλό επίπεδο γνώσεων αναφέρθηκε στη διαχείριση κινδύνων. Μελέτες που χρησιμοποίησαν το πλαίσιο QSEN το οποίο αναφέρεται μόνο σε κοινωνικοπολιτιστικά θέματα της ΑΑ και καθόλου σε τεχνικές δεξιότητες (Djukic *et al.*, 2013; Lee *et al.*, 2016), η ασθενο-κεντρική φροντίδα σύμφωνα με τους φοιτητές είχε καλυφθεί σε υψηλότερο βαθμό σε σύγκριση με την τεκμηριωμένη πρακτική και την ομαδικότητα-συνεργασία. Στη μελέτη της Κορέας >80% αναφέρθηκε ότι οι κοινωνικοπολιτιστικές πτυχές της ΑΑ σχετικά με την ΑΑ περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευση (Lee *et al.*, 2016).

Στην πλειοψηφία των μελετών το χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων (αναφορικά με τις κοινωνικοπολιτιστικές ικανότητες της ΑΑ) εκφράστηκε στην «ομαδική εργασία» και στους δύο χώρους (Alquwez *et al.*, 2019; Amilia and Nurmalia, 2020; Colet *et al.*, 2015; Lukewich *et al.*, 2015;

Mbuthia and Moleki, 2019; Raymond et al., 2016; Stomski et al., 2018; Sulima, 2019; Usher et al., 2017), όπου το χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων αναφέρθηκε στις ΑΔ στη «διαχείριση κινδύνων και την κατανόηση των ανθρώπινων παραγόντων» και στην ΚΑ στην «αποτελεσματική επικοινωνία».

### Γ. Οι Στάσεις και οι Δεξιότητες αναφορικά με την ΑΑ και την αναφορά λαθών

Από την ανασκόπηση φαίνεται να υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία σε σχέση με τη διερεύνηση των στάσεων και δεξιοτήτων για την ΑΑ η οποία μεταξύ άλλων δίνει ιδιαίτερη σημασία ως θέμα ΑΑ στη στάση και την άνεση των φοιτητών στην αναφορά λαθών. Οι στάσεις αξιολογήθηκαν υψηλότερα από τις γνώσεις και τις δεξιότητες (Lee et al., 2016, 2020; Tella, Susanna et al., 2015). Το 18% των λαθών και το 19% των παρ-ολίγο λαθών παρατηρήθηκε ότι δεν αναφέρονταν στο σχετικό έντυπο αναφοράς συμβάντων (Cooper, 2013) και μόλις 54% των φοιτητών συζητούσα συχνά με τους επαγγελματίες τρόπους πρόληψης των λαθών (Cooper, 2013). Το 81% των φοιτητών πίστευαν ότι οι νοσηλευτές θα γνωστοποιούσαν το λάθος αν είχε αρνητικές συνέπειες στο ασθενή και 70% θα ανέφεραν το λάθος που προκλήθηκε από αυτούς τους ίδιους αν υπήρχαν αρνητικές εκβάσεις (Cooper, 2013). Το εν λόγω κενό γίνεται εμφανές και από το χαμηλό ποσοστό συμφωνίας που διαπιστώθηκε <57% στην δήλωση «Αν ένιωθε άνετα να προσεγγίσει κάποιον που εμπλεκόταν σε μη ασφαλή πρακτική» (Lukewich et al., 2015; Usher et al., 2017; Mbuthia and Moleki, 2019; Huang et al., 2020).

Το παράδοξο αυτής της κατάστασης είναι απ' τη μια, οι φοιτητές δεν είχαν την άνεση αναφοράς του λάθους και από την άλλη, οι ίδιοι φοιτητές κατανοούσαν: α) ότι η αναφορά λαθών θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγές που θα μπορούν να μειώσουν την επανεμφάνιση των γεγονότων με ποσοστό 68% (Lukewich et al., 2015) ποσοστό που αυξάνεται σε μεταγενέστερη έρευνα στην Κίνα (84%) (Huang et al. 2020) και β) τη σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής (83 %) Colet et al. 2015, Stevanin et al, 2015 , Alquwez>et al>, 2019).

Επίσης, η στάση και η ηθική ευαισθησία φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα αναφοράς του λάθους από τους φοιτητές οι οποίοι ήταν απρόθυμοι να αναφέρουν το λάθος από το φόβο των συνεπειών (μείωση βαθμολογίας, κριτική αντιμετώπιση). Επίσης η αναφορά του λάθους φαίνεται να επηρεάζεται από το αν το συμβάν προκάλεσε σοβαρή βλάβη και κατά πόσο η αναφορά του θα ωφελούσε τον ασθενή ή την οικογένεια (Lee και Kim,2020).

#### Δ. Δημογραφικοί και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων

Οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με τις γνώσεις φαίνεται να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με βάση το πανεπιστήμιο, το φύλο και το έτος σπουδών. Αρχίζοντας με το έτος σπουδών η πλειοψηφία των ερευνών έδειξαν ότι ο μέσος όρος ως προς το τί έχουν μάθει ήταν υψηλότερος στις αίθουσες διδασκαλίας σε σύγκριση με την κλινική άσκηση σε όλα τα έτη σπουδών (Colet *et al.*, 2015; Lukewich *et al.*, 2015; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Usher *et al.*, 2017; Mbutia and Moleki, 2019, Bressan *et al.* 2021). Στην μελέτη των Amilia & Nurmalia, (2020) οι γνώσεις μεταξύ των δύο χώρων κυμάνθηκε παρόμοια αναμεσα στους 3 ετείς και 4 ετείς φοιτητές. Οι γνώσεις και ικανότητες και στους 2 χώρους για θέματα ΑΑ φαίνεται να αυξάνονταν όσο εξελίσσονταν ακαδημαϊκά στο έτος σπουδών (Stevanin *et al.*, 2015) ή καμία μεταβολή ανάμεσα στους 2 χώρους μεταξύ των ετών (Mbutia and Moleki, 2019; Raymond *et al.*, 2017) ή η μεταβολή παρατηρήθηκε μόνο στις ΑΔ (Lukewich *et al.*, 2015) ή στη ΚΑ (Alquwez *et al.*, 2019), ανάμεσα στα έτη σπουδών. Έρευνες στην Σαουδική Αραβία και Ινδονησία έδειξαν μείωση των αντιλαμβανόμενων από τους φοιτητές ικανότητες για την ΑΑ καθώς προχωρούσαν στα έτη σπουδών (Amilia and Nurmalia, 2020; Colet *et al.*, 2015).

Σε κάποιους τομείς της ΑΑ όπως η «ομαδική εργασία», η «διαχείριση ρίσκων» και η «αναγνώριση και ανταπόκριση σε ανεπιθύμητα συμβάντα» αυξανόταν ανάμεσα στο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> έτος ενώ παρατηρείται μείωση μεταξύ 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> έτους (Lukewich *et al.*, 2015). Στην έρευνα των Usher *et al* (2017), στους τομείς «διαχείριση ρίσκου» και στη «κατανόηση παραγόντων» η αυτοπεποίθηση στις ΑΔ ήταν υψηλότερη στους 1 ετείς φοιτητές σε σύγκριση με τους 2ετείς και 3 ετείς. Το αντίστροφο παρουσιάζεται στον τομέα «αναγνώρισης και ανταπόκρισης

ανεπιθύμητων συμβάντων» με τους 3 ετείς να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων τόσο στις αίθουσες διδασκαλίας όσο και στην κλινική άσκηση. Στην μελέτη Amilia and Nurmalia, (2020), οι 4 ετείς φοιτητές σε σύγκριση με τους 3 ετείς έδειχναν στατιστικά σημαντική βελτίωση γνώσεων στους τομείς διαχείρισης ρίσκου και κουλτούρας ασφάλειας στις ΑΔ, σε αντίθεση με την ΚΑ όπου οι 3 ετείς φοιτητές δήλωναν στατιστικά υψηλότερη γνώση σε όλα τα ειδικά θέματα ΑΑ που διερευνήθηκαν. Στην Ιταλική μελέτη των Bressan et al. (2021) υπήρχε στατιστική σημαντική διάφορα ανάμεσα στα έτη σπουδών με τους 1 ετείς φοιτητές και τους 3 ετείς φοιτητές να δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα γνώσεων από τους 2 ετείς σε όλα τα ειδικά θέματα ΑΑ που απέκτησαν στην ΚΑ. Σε αντίθεση με τις ΑΔ που δεν βρέθηκε καμία στατιστική διαφορά ανάμεσα στα έτη (Bressan et al., 2021).

Σε σχέση με το φύλο οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και στους δύο χώρους στους τομείς «ομαδική εργασία» και «αποτελεσματική επικοινωνία» και στους 2 χώρους ενώ στους άντρες η υψηλότερη αυτοπεποίθηση από τις γυναίκες ήταν στη «διαχείριση ρίσκων» και την «κατανόηση ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων» (Colet et al., 2015). Σε άλλη έρευνα στην Σαουδική Αραβία οι άντρες είχαν πιο βελτιωμένες ικανότητες στην «ομαδικότητα» και «αναγνώριση και ανταπόκριση σε ανεπιθύμητα συμβάντα» από τις γυναίκες (Alquwez et al., 2019)

Ως προς τα πανεπιστήμια και τις χώρες παρατηρούνται διακυμάνσεις ως προς το βαθμό ικανοτήτων που αποκτούν οι φοιτητές μεταξύ χώρων (Tella et al 2015 a & b) και ανάμεσα στα πανεπιστήμια εντός της χώρας (Usher et al. 2018, Alquwez et al. 2019, Lee & Jang, 2016, Stomski et al., 2018). Οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στην κατανομή του χρόνου για το θέμα, ως προς το ποιος ήταν υπεύθυνος για τη διδασκαλία και μάθηση και στο χώρο που γινόταν, το πως αξιολογήθηκε η μάθηση (Stomski et al., 2018), το βαθμό εκπαίδευσης δεξιοτήτων αναγνώρισης και αναφοράς λάθους και σε μικρότερο βαθμό η προηγούμενη εμπειρία στον κλινικό χώρο σε ανεπιθύμητα συμβάντα (Huang et al., 2020).

Σε μια ποιοτική μελέτη (Cresswell et al., 2013), φάνηκε ότι ανάμεσα στους επαγγελματίες παρατηρείται μια διαφορετική εστίαση ως προς την προσέγγιση της ασφαλούς κλινικής πρακτικής. Το εννοιολογικό περιεχόμενο της ΑΑ και οι κύριοι μαθησιακοί στόχοι διέφεραν ως προς το πως το αντιλαμβάνονταν η κάθε ομάδα των επαγγελματιών υγείας : για παράδειγμα οι φυσιοθεραπευτές εστιάζονταν στην φυσική ασφάλεια (πρόληψη πτώσεων, κινητοποίηση), οι φαρμακοποιοί εστιάζονταν στα φαρμακευτικά λάθη, οι γιατροί στα διαγνωστικά λάθη και τη θεραπεία και οι νοσηλευτές ανησυχούσαν για θέματα κατά τη φροντίδα που παρείχαν (πρόληψη λοιμώξεων, ασφαλής χορήγηση φαρμάκων)(Cresswell et al., 2013). Αυτή η διαφορετικότητα περιέπλεκε τη συγκριτική αξιολόγηση της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης για την ΑΑ και την ανταλλαγή πληροφοριών σε σχέση με τα λάθη και τι τα προκάλεσε (Cresswell et al., 2013).

**Ε. Οι παράγοντες που εμποδίζουν την αναφορά λάθους (ποιοτικά δεδομένα και ευρήματα από μελέτες που χρησιμοποίησαν Q-methodology)**

Στους χώρους κλινικής άσκησης οι φοιτητές κάποιες φορές αναγκάζονται να συμμετέχουν σε πρακτικές που δεν ακολουθούν τους κανόνες και την επαγγελματική συμπεριφορά για την ΑΑ (Fisher & Kiernan, 2019). Οι προκλήσεις οι οποίες αποθάρρυναν τους φοιτητές στην αμφισβήτηση λανθασμένων πρακτικών και στη συνέχεια αναφορά ή μη του λάθους ήταν:

*α. Η νοσηλευτική φροντίδα στη διαδικασία μάθησης στο νοσηλευτικό τμήμα*

Οι φοιτητές αποδίδαν τυχόν λάθη που έβλεπαν στο γεγονός ότι το λάθος έγινε από τον επαγγελματία νοσηλευτή και όχι από αυτόν (τον ίδιο τον φοιτητή), στο φόρτο εργασίας, στην κακή μνήμη (δηλαδή το ξέχασε), στην έλλειψη πίεση και ελέγχου για τη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης διαδικασίας και τέλος στην υποτίμηση του λάθους ως μη σημαντικό από τον επαγγελματία νοσηλευτή (Copper et al. 2013, Steven et al. 2014, Fisher & Kiernan, 2019). Οι φοιτητές κάποιες φορές αναγκάζονται να συμμετέχουν σε πρακτικές και τεχνικές που δεν συνάδουν με την πρότυπη επαγγελματική συμπεριφορά και πρακτική, επηρεάζοντας την αντίληψη για το τί είναι σωστό ή λάθος (Fisher and Kiernan, 2019).



Όπως σε μια ενσυνείδητη χορήγηση λάθος δόσης φαρμάκου από τον μέντορα «εμείς (εγώ και ο μέντορας ) δίναμε τη φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς και μία ηλικιωμένη γυναικά είχε συνταγογραφηθεί ....15 mg of codeine και δεν είχαμε στο τμήμα . Είχαμε όμως τον 30 mg, έτσι ο μέντορας αποφασίζει ένα των 30 mg...και απλά είπε. Δεν θα τον σκοτώσει, θα είναι οκ και του το έδωσε και πραγματικά δεν ήξερα τι να κάνω» (φοιτ.2, 3<sup>ο</sup> έτος )(Fisher and Kiernan, 2019).

«Σε σχέση με την κινητοποίηση και τον χειρισμό ασθενών . Υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που μάθαμε και σε αυτά που έχω δει. Ξέρετε τη μετακίνηση κάποιου στο κρεβάτι με τη χρήση slide sheet; Λοιπόν, δεν το έχω δει ποτέ πραγματικά στην τοποθέτηση» (φοιτ.5, 1<sup>ο</sup> έτος) Fisher & Kiernan, 2019 ).

Οι μελέτες των Montgomery et al (2013) και Killam et al., (2013) κατέληξαν σε 2 περιοχές οι οποίες απειλούσαν την ΑΑ στην κλινική άσκηση α) Την ανεντιμότητα των φοιτητών η οποία εκφραζόταν με την ανειλικρίνεια για το επίπεδο θεωρητικής γνώσης και κλινικής δεξιότητας τους και προχωρούσαν σε διαδικασίες παροχής φροντίδας παρόλο που δεν είχαν την απαραίτητη γνώση να την εκτελέσουν, ενώ εφαρμόζαν και την τακτική απόκρυψης λαθών, β) Την αποτυχία των φοιτητών να εκτελέσουν δραστηριότητες σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και πρότυπα φροντίδας που έχουν διδαχτεί γι' αυτό και πιθανό να μην αντιλαμβάνονταν την απειλή, και στη συνέχεια δεν γινόταν αναφορά επιδείνωσης της κατάστασης όπως και των επαναλαμβανόμενων λαθών (Killam et al., 2013; Montgomery et al., 2014).

### *β. Επαγγελματική ιεραρχία*

Άλλοι λόγοι αποθάρρυνσης των φοιτητών αμφισβήτησης λανθασμένων πρακτικών και αναφοράς ήταν η «ιεραρχική δομή» όπου η φοιτητές αντιλαμβάνονταν την αδύνατη θέση που βρίσκονταν (Espin et al., 2019; Espin and Meikle, 2014; Fisher and Kiernan, 2019). Οι φοιτητές είχαν την αντίληψη των ότι είναι «έμπειροι» επαγγελματίες (νοσηλευτές) και έχουν Χ εμπειρία γι' αυτό και δεν ένιωθαν άνετα να αμφισβητήσουν τις ενέργειες των κλινικών νοσηλευτών

καθώς πίστευαν ήταν αποτέλεσμα λήψης απόφασης ειδικά σχεδιασμένες για τον συγκεκριμένο ασθενή (Steven et al., 2014, Fisher & Kiernan, 2019).

*«Όχι, εγώ δεν τον αμφισβήτησα επειδή ήταν ο μέντορας μου και ήταν ο ειδικός και βρισκόταν στο θάλαμο για πάνω από 5 χρόνια, γι' αυτό δεν το σκέφτηκα καν ούτε δύο φορές ... ξέρεις ότι δεν θα το έκανα επειδή είναι ειδικευμένοι αυτοί και μαθαίνω από αυτούς ... θέλεις να κολλήσεις με τον μέντορα σου» .* (1 ετής φοιτήτρια) (Fisher & Kiernan, 2019)

*«Θα αισθανόμουν αρκετά άβολα να τους αμφισβητήσω ειδικά αν ήταν πολύ μεγαλύτερης ηλικίας από μένα, λόγω της ηλικίας τους και της εμπειρίας τους στο τμήμα σε σύγκριση με εμένα που ήμουν μόνο για δύο εβδομάδες».* (1 ετής φοιτητής) (Fisher & Kiernan, 2019)

*«Δεν είμαι σίγουρη τι κάνουν αν είναι σωστή πρακτική αλλά βρίσκονται σε αυτόν τον θάλαμο για x χρόνια και πάντα το έκαναν έτσι..... και αυτοί θα μου έλεγαν απλά είσαι μια σπουδάστρια ... μην μου πεις πως να κάνω δουλειά'.* (3<sup>ο</sup> ετής φοιτήτρια) (Fisher & Kiernan, 2019)

Άλλος λόγος ήταν η αμφισβητούμενη στάση της προϊστάμενης για τη μάθηση από τα λάθη με βάση την αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων και την ακολουθούμενη ανατροφοδότηση του προσωπικού (Steven et al., 2014).

#### γ. Ο φόβος των επιπτώσεων

Το αίσθημα φόβου ότι με την αναφορά λάθους θα είχε αρνητικές επιπτώσεις κυρίως στη βαθμολογία τους αποθάρρυνε την αναφορά λάθους (Cooper, 2013; Cresswell et al., 2013; Fisher & Kiernan, 2019, Espin & Meikle, 2014, Vaismoradi et al., 2014). Η μη αναφορά λάθους για τους φοιτητές ήταν στρατηγική «επιβίωσης» προσαρμογής και ένταξης τους (fit in) στην ομάδα, άσχετα αν αντιλαμβάνονταν την αρνητική επίδραση στη μάθηση τους για την ΑΑ (Steven et al., 2014). Η στάση αυτή συνέβαλε στην επιτυχή ολοκλήρωση της κλινικής τους τοποθέτηση χωρίς «ταραχές» και αρνητικό αντίκτυπο προς τους ίδιους αλλά επίσης και ένας τρόπος να μην «μπλέξουν» κάποιον επαγγελματία σε προβλήματα με την αναφορά τους (Fisher & Kiernan, 2019, Espin & Meikle, 2014).

“Δεν ήθελα να βάλω κάποιον σε μπελάδες ” (Espin & Meikle, 2014)

«Αν ήμουν στην κλινική τοποθέτηση και έθεται την ανησυχία μου, αυτό θα επηρέαζε την τοποθέτηση, έτσι θα μπορούσα να περιμένω μέχρι το τέλος ή να το φέρω το θέμα στο πανεπιστήμιο και παρά να το προσεγγίσω στην κλινική τοποθέτηση. Είναι η ανθρώπινη φύση,... θέλουμε να είμαστε αρεστοί.....». (2 ετής φοιτήτρια) (Fisher & Kiernan, 2019)

«Αν πεις κάτι εναντίον ενός από αυτούς ... όλοι θα το γνωρίζουν τι κάναμε ξέρεις τι εννοώ...»

(3ετής φοιτήτρια) (Fisher & Kiernan, 2019)

ΣΤ. Απόψεις των φοιτητών για βελτίωση της μάθησης ΑΑ στο πρόγραμμα (ποιοτικά δεδομένα και ευρήματα από μελέτες που χρησιμοποίησαν Q-methodology)

Στη ποιοτική θεώρηση του θέματος διερεύνησης εισηγήσεων των φοιτητών για βέλτιστες εκπαιδευτικές πρακτικές τόσο στις ΑΔ όσο και στην κλινική άσκηση ώστε να αναπτυχθούν σε ασφαλείς επαγγελματίες υγείας, 2 ενότητες φαίνεται να ξεχωρίζουν: α) Το πλαίσιο έκθεσης των φοιτητών σε μη ασφαλής πρακτικές με υποθέματα «Ο προσδιορισμός του ρόλου και των καθηκόντων των φοιτητών στην κλινική άσκηση» και «η εμπλοκή των φοιτητών στην φροντίδα ασθενών» και β) η οργάνωση της ΑΑ στο πρόγραμμα στις ΑΔ και ΚΑ με υποθέματα «Η ιδεώδης διδασκαλία στις αίθουσες διδασκαλίας», «η κλινική διδασκαλία» και «η ενθάρρυνση της ομαδικότητας στη φροντίδα»

α. Το πλαίσιο έκθεσης των φοιτητών σε μη ασφαλής πρακτικές

i. Ο προσδιορισμός του ρόλου και των καθηκόντων των φοιτητών στην κλινική άσκηση

Οι φοιτητές αρχικά ανέφεραν ότι η εκπαίδευση σε θέματα ΑΑ θα μπορούσε να επιτευχθεί με την αποσαφήνιση του επιπέδου συμμετοχής τους στην κλινική πρακτική και τον προσδιορισμό των καθηκόντων και των τομέων που οι φοιτητές μπορούν να δραστηριοποιούνται (Vaismoradi et al., 2014 ). Η ΑΑ απειλείται όταν τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και οι φοιτητές επιδεικνύουν πρακτικές μη σύμφωνες με τις προσδοκίες του εκπαιδευτικού προγράμματος (Montgomery et al 2013, Killan et al. 2013) .

*Το πρόγραμμα σπουδών πρέπει να μου καθορίσει ξεκάθαρα [φοιτητή ] τον ρόλο, τη θέση και τις αρμοδιότητες μου στη νοσηλευτική μονάδα. Χρειάζεται να γνωρίζω πως και που μπορώ να εξοικειωθώ με θέματα ΑΑ στην πρακτική (φοιτητής 1) (Vaismoradi et al., 2014).*

*Η σωστή και επαγγελματική αντιμετώπιση καταστάσεων στις οποίες συμβαίνουν λάθη στην πρακτική είναι ζωτικής σημασίας για την προετοιμασία μου να εργάζομαι με ασφάλεια στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης (φοιτητής 2) Vaismoradi et al., 2014).*

Επίσης οι φοιτητές συνέδεσαν την απειλή για την ΑΑ με την ελλιπή ασθενο-κεντρική φροντίδα που φαίνεται ότι δεν υποστηριζόταν από την προϊστάμενη αλλά ενθάρρυναν την κατά εργασία φροντίδα.

«ΑΑ τη σκέφτομαι ως η διασφάλιση ότι ο ασθενής σου δεν παθαίνει καμία βλάβη –είτε αυτή είναι σωματική ή συναισθηματική» (Τελειόφοιτος φοιτητής)( Steven et al. 2014).

*ii. Η εμπλοκή των φοιτητών στη φροντίδα ασθενών.*

Οι φοιτητές επισημαίνουν αδυναμία εμπλοκής των φοιτητών στη φροντίδα και η οποία φαίνεται να προκύπτει από την έλλειψη εμπιστοσύνης για τις ικανότητες των φοιτητών από τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Αυτό είχε ως συνέπεια η συμμετοχή των φοιτητών στη φροντίδα να περιορίζεται σε πιο εύχρηστες τεχνικές διαδικασίες, έτσι οι φοιτητές δεν είχαν την ευκαιρία να βιώσουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων περίθαλψης ασθενών. Ενδιαφέρον είναι ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης από μέρους των νοσηλευτών, μειωνόταν μετά τη διαπροσωπική επαφή τους με τον κλινικό εκπαιδευτή, η παρουσία του οποίου συνέβαλε στην ομαλή ένταξη, την αποδοχή, την υποστήριξη, και τη συμμετοχή τους στις επιτελούμενες διαδικασίες του τμήματος και αξιοποίησης της παρουσία τους ως συνεργάτες, και όχι ως συμπληρωματικά εργατικά χέρια (Vaismoradi et al., 2014).

*«...δεν πιστεύουν στις ικανότητές μας. Πιστεύουν ότι δεν μπορούμε να διαχειριστούμε τη φροντίδα των ασθενών. Έτσι, μας δίνουν μόνο μια εύκολη δραστηριότητα φροντίδας να κάνουμε (φοιτητής 2)» (Vaismoradi et al., 2014).*

β. Η οργάνωση της ΑΑ στο πρόγραμμα.

i. Η ιδεώδης διδασκαλία στις αίθουσες διδασκαλίας

Οι φοιτητές ανέφεραν ότι οι δεξιότητες που διδάσκονταν στο πανεπιστήμιο ήταν ιδεατές και απομακρυσμένες από τη πραγματικότητα του κλινικού χώρου (Steven et al., 2014). Αυτό συνδέονταν με τα αισθήματα ενοχής που ένιωθαν ότι αποσπούσαν τους νοσηλευτές από τη φροντίδα. Επίσης, παρόλο που οι φοιτητές ανέφεραν ότι η θεωρητική μάθηση στο θέμα ΑΑ ήταν ελλιπής, κάποιοί φοιτητές αναγνώρισαν ότι οι κλινικοί εκπαιδευτές συχνά αφηγούνταν λάθη που έχουν δει ή βιώσει και αυτό τους βοηθούσε να κατανοήσουν το πεδίο εφαρμογής ασφαλών πρακτικών (Vaismoradi et al., 2014). Η συζήτηση λαθών από τους εκπαιδευτές τους χαρακτηρίστηκαν ως ευκαιρίες μάθησης και μείωσης του χάσματος θεωρίας και πράξης (Vaismoradi et al., 2014)

*Άκουσα ότι ο συμφοιτητής μου έκανε λάθος κατά τη διάρκεια της χορήγησης φαρμάκων, οπότε έμαθα πώς να αποφύγω ένα τέτοιο λάθος στο μέλλον. (φοιτητής 2) (Vaismoradi et al., 2014).*

Μια άλλη κοινή παρατήρηση μελετών ήταν ότι όσο πιο θεωρητική ήταν η προσέγγιση θεμάτων ΑΑ στις αίθουσες διδασκαλίας, τόσο πιο ανασφαλείς και απροετοίμαστοι ένιωθαν στην άμεση φροντίδα με τον ασθενή (Steven et al. 2014, Vaismoradi et al. 2014).Κι αυτό γιατί δεν μπορούσαν να συνειδητοποιήσουν ποια ήταν η αποδεκτή πρακτική ως προς την ασφάλεια (Cresswell et al., 2013). Ακόμα, οι φοιτητές σχολίασαν ότι οι δράσεις για την ΑΑ διδασκόταν του τύπου προειδοποίησης δηλαδή τι δεν θα έπρεπε να κάνουν, για να μην συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν το οποίο θα είχε ως συνέπεια την γνωστοποίηση του λάθους υπό τη μορφή παραπόνου από τους ίδιους τους ασθενείς. Η προσέγγιση αυτή δεν τους βοηθούσε να συνειδητοποιήσουν τι ήταν σωστό και τι λάθος (Vaismoradi et al., 2014, Cresswell et al., 2013).

*Λίγα λέγονται στους φοιτητές για το τι θα συμβεί αν κάποιος κάνει λάθος. Αναφέρεται μόνο ότι ο ασθενής τραυματίζεται. Οι συνέπειες κάποιων λαθών μπορεί να εμφανιστούν μακροπρόθεσμα, επομένως είναι δύσκολο να τις συνδέσω με τη δράση κάποιου (φοιτητής 3) (Vaismoradi et al., 2014).*

Οι φοιτητές υποστήριξαν την ανάπτυξη του θέματος ΑΑ ως μια ξεχωριστή ενότητα στο πρόγραμμα σπουδών ως περιττή. Αντίθετα, εισηγήθηκαν οι προτεινόμενες αρχές της ΑΑ να εμπερικλείονται σε κάθε μέρος της διδασκαλίας στις ΑΔ και στη ΚΑ καθ' όλη τη διάρκεια προγράμματος και όχι μεμονωμένες σε κάποιες ενότητες προκειμένου να υπάρξουν μακροχρόνια αποτελέσματα της μάθησης (Vaismoradi et al., 2014, Steven et al., 2014).

*Πριν κάνω ένα λάθος, θα έπρεπε να είχα διδαχτεί πώς να το αναφέρω και πριν από αυτό, θα έπρεπε να είχα διδαχτεί για τις συνέπειες των λαθών (Φοιτητής 2) (Steven et al., 2014).*

#### ii. Η κλινική διδασκαλία

Σε σχέση με την κλινική διδασκαλία, διαπίστωσαν ότι η μάθηση επηρεαζόταν αρνητικά από την καθημερινή επαφή τους με περιστατικά λαθών, (Vaismoradi et al., 2014), την αλληλεπίδραση με ποικιλία μοντέλων ρόλων (αναφέρονταν στους μέντορες και κλινικούς νοσηλευτές) στον κλινικό χώρο και την επιβολή από τους επαγγελματίες να μη κάνουν αυτό που έχουν διδαχτεί (Steven et al., 2014) και τη παροχή φροντίδας του τύπου ρουτίνα αποθαρρύνοντας τη προώθηση της τεκμηριωμένης πρακτικής ΑΑ (Vaismoradi et al., 2014, Steven et al., 2014).

Η αποτελεσματικότητα της κλινικής διδασκαλίας επισημάνθηκε στις καλές διαπροσωπικές σχέσεις και την αλληλεπίδραση με τους νοσηλευτές, τον κλινικό εκπαιδευτή και τους μέντορες που αποτελούν για τους φοιτητές μοντέλα ρόλων (Steven et al. 2014, Fisher & Kierman, 2019, Killam et al. 2013 Montgomery et al 2014, Cresswell, et al. 2013, Vaismoradi et al. 2014). Οι φοιτητές πρότειναν τον καθορισμό κριτηρίων επάρκειας γνώσεων και δεξιοτήτων από μέρους των εκπαιδευτών νοσηλευτών σχετικά με την ΑΑ πριν διδάξουν τους ίδιους τους φοιτητές στη κλινική τοποθέτηση ( Vaismoradi et al. 2014).

*«Ναι, νομίζω ότι αν ο μέντοράς σου... και δημιουργούν ένα περιβάλλον όπου είναι ανοιχτό και μπορείς να κάνεις ερωτήσεις... τότε θα ρωτήσω περισσότερο ή αν έκαναν κάτι και ήξεραν ότι δεν ήταν σωστό, τότε θα εξηγούσαν γιατί το έκαναν έτσι και όχι όπως τα λένε στα βιβλία»(Φοιτ. 4, '1° έτος (Fisher & Kierman, 2019).*

Άλλοι παράγοντες ήταν οι καταστάσεις που επηρέαζαν την κατανόηση και εφαρμογή της ΑΑ ήταν : ο αυξανόμενος ανταγωνισμός με άλλους φοιτητές, ο ελλιπής έλεγχος για εξασφάλιση μαθησιακών ευκαιριών (Cresswell et al., 2013) λόγω ελλιπής ενημέρωσης του κλινικού χώρου από το πανεπιστήμιο για το τι έχουν διδαχτεί σύμφωνα με το έτος σπουδών τους (Steven et al., 2014). Άλλα εμπόδια αποτελεσματικής κλινικής διδασκαλίας ήταν η έλλειψη χρόνου να διδάξουν θέματα ΑΑ (μέντορες) και η αδυναμία να καταλάβουν τις μαθησιακές τους ανάγκες (Cresswell et al., 2013).

Στις 2 μελέτες που χρησιμοποίησαν την Q μεθοδολογία (Killam et al., 2013; Montgomery et al., 2014) ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή στην προαγωγή της μάθησης τους σε θέματα ΑΑ παρουσιάζεται προβληματικός. Οι φοιτητές διατύπωσαν τη μη δομημένη σχέση εμπιστοσύνης με τον κλινικό εκπαιδευτή, τη μη τεκμηρίωση αναφορά της απόδοσης τους (των φοιτητών) στην πρακτική, τις ελλιπείς ικανότητες τους στην κλινική μάθηση, που το αποδίδαν στην ενθάρρυνση να κάνουν δραστηριότητες πέρα των αρμοδιοτήτων τους και την αδυναμία δημιουργίας εκπαιδευτικών ευκαιριών για να διδαχτούν αρχές ΑΑ. Μια άλλη απειλητική διαπίστωση από τους πρωτοετείς φοιτητές ήταν η εμπόδιση επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς και η λήψη αποφάσεων από τους φοιτητές πέρα των ικανοτήτων τους (Killam et al., 2013).

### *iii. Ενθάρρυνση της ομαδικότητας στη φροντίδα*

Οι φοιτητές πίστευαν ότι η απλή βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών σε θέματα ΑΑ δεν ήταν αρκετή και πρότειναν την ανάπτυξη της διεπαγγελματικού προγράμματος για την ΑΑ που θα περιέχει κοινό περιεχόμενο και στόχους προκειμένου να μεταδοθούν τα ίδια μηνύματα σχετικά με την ΑΑ σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Κι αυτό, γιατί ισχυρίστηκαν ότι οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της ΑΑ στην κλινική πράξη θα μπορούσαν να είναι πιο αποτελεσματικές με τη συμμετοχή και τη συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας (Vaismoradi et al., 2014) των φοιτητών (Steven et al., 2014) και των ασθενών –οικογένεια (Hensel, 2014) κατά την οργάνωση της φροντίδας.

*... Για παράδειγμα, εάν οι ιατροί δεν κατανοούν τις προσπάθειές μας για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, σίγουρα δεν θα συνεργαστούν μαζί μας (φοιτητής 2). (Vaismoradi et al., 2014).*

Στη μελέτη του Hensel (2014) η πλειοψηφία των φοιτητών υποστήριξαν την άποψη ότι η ομαδικότητα περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και την ίση συμμετοχή του ασθενή στα θέματα φροντίδας. Χαρακτηριστικές οι δηλώσεις «*λαμβάνει υπόψη όλη την ομάδα υγείας και τον ασθενή για να βελτιώσουν την ασφάλεια και την έκβαση τους*» «*Θεωρώ ότι βλέπω την κατάσταση μέσα από τα μάτια του ασθενούς μου ως μέρος της αξιολόγησής μου.*» «*Ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να αποτελούν το κέντρο της ομάδας υγείας*».

Η ελλιπής ομαδικότητα σε συνδυασμό με την παραβίαση πρωτοκόλλων πρόληψης λοιμώξεων, τη μη μελέτη νοσηλευτικών εγγράφων και την αλλαγή ιατρικών οδηγιών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το αποτέλεσμα των νοσηλευτών παρεμβάσεων ήταν συνηθισμένες ενέργειες από μέρους των γιατρών που παράβλεπαν την αλληλεξαρτώμενο ρόλο μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών , (Vaismoradi et al., 2014).

*Πώς γνωρίζει ο γιατρός τι έχει συμβεί στον ασθενή όταν αυτός/αυτή δεν ήταν παρών στο θάλαμο; Δεν διαβάζει καθόλου τη νοσηλευτική αναφορά. Πιθανό, αυτό να αλλάξει τις εντολές του γιατρού και να οδηγήσει στην αποτροπή του λάθους (φοιτ. 3) (Vaismoradi et al., 2014).*

Παρόμοια συνέβαινε και ανάμεσα στους νοσηλευτές

*Κάποιοι νοσηλευτές δεν μελετούν την αναφορά των προηγούμενων βαρδιών και γι' αυτό βλέπεις μερικά λάθη να επαναλαμβάνονται στη φροντίδα (φοιτ. 3) (Vaismoradi et al., 2014).*

Τέλος οι φοιτητές ανέφεραν ότι η ομάδα στην οποία εργάζονταν έπαιξε σημαντικό ρόλο στην απόφασή τους να εγείρουν ανησυχίες.

*«Είχα μια πολύ καλή σχέση με τον μέντορά μου, κάτι που σίγουρα βοήθησε». (3ετής φοιτήτρια) (Fisher & Kiernan, 2019).*



## Συζήτηση

Στην ανασκόπηση, η ΑΑ φαίνεται να μην είναι σαφώς ορατή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η ανασκόπηση διαπιστώνει ότι η εκμάθηση της ΑΑ διασκορπίζεται σε ενότητες στο προγράμματα σπουδών όπως επίσης και την έλλειψη συναίνεσης μαθησιακών αποτελεσμάτων / ικανοτήτων ανάμεσα στις χώρες με τον Καναδά, Ηνωμένες πολιτείες, Αυστραλία και Ηνωμένο Βασίλειο να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές ως προς το επίπεδο μάθησης στις ΑΔ και στην ΚΑ σε σύγκριση με άλλες χώρες που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι διαφορές αυτές πιθανό να οφείλονται στα πιο οργανωμένα προγράμματα για την ΑΑ που ενσωματώνουν στο προπτυχιακό πρόγραμμα, τις κλινικές ρυθμίσεις ως προς τον αριθμό κλινικών ωρών και την κλινική επίβλεψη (Huang et al., 2020; Lee et al., 2016; Tella et al., 2014). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι στην Ευρώπη έχουν γίνει μελέτες μόνο από 2 χώρες (Ιταλία, Φιλανδία) γεγονός το οποίο υπογραμμίζει την ανάγκη μεγαλύτερης διερεύνησης και εμβάθυνσης του θέματος. Επιπρόσθετα έχει φανεί ότι παρά τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες για ένα γενικό σύστημα αναγνώρισης τίτλων εκπαίδευσης και τον εκσυγχρονισμό τους για τον καθορισμό ελάχιστων προϋποθέσεων εκπαίδευσης, το θέμα της ΑΑ αναφέρεται σε γενικότητες και δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τα κράτη μέλη. Ενδιαφέρον αποτελεί το νέο στοιχείο της Οδηγίας 2013/55/ΕΕ (European Parliament, 2013) για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, με το οποίο έχουν προστεθεί 8 δεξιότητες στις οποίες περιλαμβάνεται μεν ο όρος ποιότητα, αλλά όχι ο όρος ασφάλεια.

Η ανασκόπηση εντοπίζει ότι η ΑΑ στην νοσηλευτική εκπαίδευση βρίσκεται στο προσκήνιο και παρά τις συστάσεις της τελευταίας δεκαετίας σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο (WHO, 2011, EuNetras, 2013). Η οποιαδήποτε αναδιάρθρωση στη νοσηλευτική εκπαίδευση συμβαίνει πολύ αργά και η οποία πέρα από τη θεωρητική έννοια της ΑΑ θα πρέπει να ανάπτυξη στρατηγικές εφαρμογής των γνώσεων και των ικανοτήτων και να προάγουν μια κουλτούρα της «Ασφάλειας Ασθενούς» ώστε να συνεχίζεται σε όλη την επαγγελματική ζωή (Ezzeddine, 2018). Η ΑΑ συνειδητά απεικονίζεται ως ενιαίο σύνολο στην εκπαίδευση ωστόσο αναφέρεται σε συγκεκριμένες ενότητες και εστιάζεται σε τεχνικές διαδικασίες με λιγότερη προσοχή στις κοινωνικο-πολιτισμικές πτυχές της ΑΑ (Colet et al., 2015; Lukewich et al., 2015; Hwang et al.,

2016; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Stomski>et al>, 2018; Alquwez>et al>, 2019; Mbutia and Moleki, 2019; Sulima, 2019; Huang>et al>, 2020). Η ομαδική εργασία ένα από τα ουσιώδες στοιχεία εξασφάλισης της ΑΑ ωστόσο τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι η διεπαγγελματική εκπαίδευση απουσιάζει από τα προγράμματα σπουδών μη επιτρέποντας την κατάλληλη προετοιμασία των φοιτητών αρμονικής συνεργασίας με άλλους κλάδους υγείας και κατανόησης της συλλογικής πρακτικής στην επίλυση προβλημάτων και την παροχή ασφαλούς φροντίδας(Goldsberry 2018). Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (2018) τονίζει τη σημασία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος βασισμένου στον αμοιβαίο σεβασμό και την από κοινού λήψη αποφάσεων και υποστηρίζει την ανάγκη ενσωμάτωσης της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα σπουδών. Η κακή ομαδική εργασία φαίνεται να συνδέεται με την ανεπαρκή ανάθεση ευθυνών και καθηκόντων στη κλινική άσκηση και την ελλιπή επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες (Okuyama et al., 2018). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα οφέλη της ομαδικής εργασίας συσχετίστηκαν με τη μείωση του επιπέδου παραλείψεων της φροντίδας (Ausserhofer et al., 2013, Kalisch and Lee ,2010, Witczak et al., 2021).

Επιπρόσθετα, η ανασκόπηση υπογραμμίζει τη διαφορά μεταξύ των γνώσεων που αποκτούνται στις ΑΔ έναντι της κλινικής πράξης. Οι φοιτητές υπόδειξαν τη διάσταση ανάμεσα σε όσα διδάσκονται στις ΑΔ και σε αυτά που γίνονται αντιληπτά μέσω της πρακτικής, με αποτέλεσμα οι φοιτητές να δυσκολεύονται να βρουν τις ισορροπίες ανάμεσα σε αυτούς τους δύο πυλώνες της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η πραγματικότητα αυτή είναι ανησυχητική λόγω της μεγάλης διάρκειας της πρακτικής άσκησης και της αδυναμίας συνδυασμού της θεωρίας με τη κλινική δεξιότητα. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι οι φοιτητές εισέρχονται στην ΚΑ σε ένα περιβάλλον όχι και ιδιαίτερα φιλικό για να αναπτυχθεί μια κουλτούρα ασφάλειας. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί επιβλέποντες καθίστανται ως οι διαμεσολαβητές οι οποίοι μπορούν να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στη θεωρία και τη πρακτική και να ενισχύσουν με αυτό τον τρόπο την αποτελεσματικότητα της κλινικής εκπαίδευσης (WHO, 2016). Επιπρόσθετα, να ληφθούν υπόψη τα αισθήματα ανασφάλειας, ενοχών και στρες που βιώνουν οι φοιτητές στο κλινικό χώρο οι εκπαιδευτές θα πρέπει να αφιερώσουν σημαντικό χρόνο για αναστοχασμό και ανάπτυξης κριτικής σκέψης ώστε να προσδιορίσουν τις αξίες που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πρακτική, την κουλτούρα ασφάλειας και τη διεπαγγελματική συνεργασία και την αναγνώριση των

προσπαθειών των φοιτητών (Ηγουμενίδης, 2020). Σύμφωνα με τα ευρήματα η ποιότητα της διδασκαλίας ή της επίβλεψης θα καθορίσει την επιτυχή ενσωμάτωση στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η μη επαρκείς οδηγίες ή επίβλεψη στους φοιτητές και η ανάθεση δραστηριοτήτων πέρα από αυτό που έχουν προετοιμαστεί στον ακαδημαϊκό χώρο τους καθιστά πιο ευάλωτους στο να κάνουν λάθη είτε λόγω παράλειψης (αποτυχία να κάνουν κάτι) είτε λόγω άγνοιας εκτέλεσης(κάνοντας το λάθος)(Ezzeddine, 2018)

Σε σχέση με το έτος παρατηρούνται διαφορές ως προς το επίπεδο γνώσεων που αποκτάται κατά την εξέλιξη τους στο ακαδημαϊκό πρόγραμμα και την έκθεση τους σε πολύπλοκα κλινικά περιβάλλοντα. Η ανασκόπηση έδειξε μείωση ή αύξηση στις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί ανάμεσα στα έτη σπουδών και στους δυο χώρους. Η ασυνέπεια μεταξύ των ευρημάτων θα μπορούσε να αποδοθεί στο επίπεδο αυτογνωσίας και κατανόησης τι είναι η ΑΑ, την ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων φόβου και ανασφάλειας στην ΚΑ, στις ικανότητες των εκπαιδευτικών να διδάξουν και τις μεθόδους εκπαίδευσης που χρησιμοποιούνται (Tella et al. 2014, Mansour, 2018). Σύμφωνα με τον Benner (1985), η γνώση αναπτύσσεται με την εμπειρία και την έκθεση σε κλινικές καταστάσεις. Η εμπειρία είναι ένας προγνωστικός παράγοντας που επηρεάζει το επίπεδο εμπιστοσύνης του φοιτητή στις πρακτικές ΑΑ. Τα αντίθετα ευρήματα όπου οι γνώσεις να μειώνονται στα μεγαλύτερα έτη (Colet and Cruz, 2015; Lukewich et al, 2015; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Usher et al, 2017) θα μπορούσαν να ερμηνευτούν στο ότι οι 1 ετείς φοιτητές είχαν αυξημένη αυτοπεποίθηση για τις ικανότητες τους λόγω της έλλειψης γνώσεων και χαμηλότερη κριτική σκέψη. Από την άλλη οι φοιτητές μεγαλύτερων ετών συναισθάνονται την κρισιμότητα των αποφάσεων τους και τη δυνητική επικινδυνότητα των λαθών τους (Usher et al. 2017)

Η στάση για την ΑΑ αξιολογήθηκε υψηλότερα από τις γνώσεις και τις δεξιότητες γεγονός που δείχνει να κατανοούν το ρόλο τους στην διασφάλιση της ΑΑ. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι οι φοιτητές αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα αναφοράς του λάθους ωστόσο ο φόβος της «τιμωρίας» και η άνεση τους να το κάνουν τους οδηγούσε στην απόκρυψη του λάθους ή ακόμα να κινούνται ριψοκίνδυνα προς τους ασθενείς στα πλαίσια άγνοιας και πλημμελούς γνώσης. Μέσα στα πλαίσια της ηθικής οι φοιτητές θα πρέπει να περιορίσουν πρακτικές που απειλούν

την ΑΑ. Απαραίτητη η επαρκής επίβλεψη στο κλινικό περιβάλλον ώστε να εξασφαλιστεί η σταδιακή αυτονομία και η διευκόλυνση μετάβασης σε επαγγελματία νοσηλευτή χωρίς να διακυβεύεται η ΑΑ (WHO, 2016, Ezzeddine, 2018, EuNetPas, 2013).

## Συμπέρασμα

Από τα ευρήματα φαίνεται ότι η κύρια εστίαση δίνεται στην απόκτηση γνώσεων και μικρή προσοχή στις στάσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την ασφαλή πρακτική και την προώθηση βελτιώσεων στη φροντίδα. Εκτός από την έλλειψη βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων, η επικρατούσα κουλτούρα και το εργασιακό περιβάλλον στα νοσοκομεία και σε άλλους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν ενάντια σε πολλές από τις προϋποθέσεις για ασφαλή πρακτική. Ένα «κρυμμένο πρόγραμμα σπουδών» σε σχέση με θέματα ΑΑ εμποδίζει τις προσπάθειες στο θεωρητικό περιβάλλον αποτρέποντας την ευαισθητοποίηση, τη λήψη μέτρων και την μάθηση από τα λάθη. Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα κενά, τα προπτυχιακά προγράμματα θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους τους, μακριά από την απλή απόκτηση γνώσεων και γεγονότων. Τα προγράμματα θα πρέπει να κάνουν χώρο στο πρόγραμμα σπουδών για νέες έννοιες, συμπεριφορές, και δεξιότητες και να παρέχουν ευκαιρίες στους φοιτητές να τις εφαρμόσουν στην πράξη.

Επιπλέον, η ανασκόπηση αναδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς η πλειοψηφία των μελετών προέρχονταν από χώρες εκτός της Ευρώπης, προκειμένου να σχεδιαστεί μια σαφής γραμμή στη διδασκαλία των διαστάσεων και αρχών στην ΑΑ και την αλλαγή συμπεριφοράς, αναπτύσσοντας μια κουλτούρα ΑΑ από νωρίς στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Ακόμη πιο σημαντικό αποτελεί η διασαφήνιση των ικανοτήτων των νοσηλευτών από τα Νομοθετικά όργανα επαγγελματικής αναγνώρισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, με λεπτομερή αναφορά στην ΑΑ και επεξήγηση της οδηγίας ώστε να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές στα εκπαιδευτικά ιδρύματα για την ανάλογη διαμόρφωση των εκπαιδευτικών τους προγραμμάτων.

Βέβαια η ΑΑ, η πρόληψη των λαθών, η μείωση των παραλείψεων και η δημιουργία μίας κουλτούρας ασφάλειας η οποία να αποπνέει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε ασθενείς και ιδρύματα φροντίδας, είναι θέμα πολυπαραγοντικό και υπόθεση όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν αποτελεί πανάκεια για το πρόβλημα, εκτιμάται ωστόσο ότι μπορεί να διαδραματίσει τη βάση για βελτίωση των συστημάτων υγείας και της ΑΑ. Οι απόφοιτοι που έχουν τις θεμελιώδεις ικανότητες που σχετίζονται με τη συστημική προσέγγιση για την ΑΑ θα είναι σε θέση να κάνουν τη διαφορά στην ποιότητα της φροντίδας και την προαγωγή της υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών.

## 6 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στη βιβλιογραφία κυρίως αυτή τη δεκαετία διάφορα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση εκμάθησης και εφαρμογής των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων για θέματα ΑΑ σε σχέση με τους φοιτητές διαφόρων ομάδων επαγγελματιών υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς). Από τη συστηματική ανασκόπηση των Okuyama et al. (2011) που στόχευε στον εντοπισμό και αξιολόγηση εργαλείων που αξιολογούσαν τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών ως προς την ΑΑ εντοπίστηκαν 34 εργαλεία, Από αυτά κατέληξε ότι μόνο 9 εργαλεία αφορούσαν τον κλάδο της νοσηλευτικής ενώ για τους φοιτητές νοσηλευτικής διαπιστώθηκε ότι ήταν ακόμα πιο περιορισμένος ο αριθμός. Επίσης περιορισμένα ήταν και τα εργαλεία που μελετούσαν την ΑΑ και στις 3 περιοχές, γνώσεις στάσεις και δεξιότητες. Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης η αναζήτηση και αξιολόγηση εργαλείων περιλάμβανε τη χρονική περίοδο 2011-2017 και περιορίστηκε σε αυτά που χρησιμοποιήθηκαν σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής και Ιατρικής.

## **6.1 Εργαλεία διερεύνησης των γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων για θέματα ΑΑ σε φοιτητές νοσηλευτικής.**

Στη βιβλιογραφία κυρίως αυτή τη δεκαετία διάφορα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση εκμάθησης και εφαρμογής των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων για θέματα ΑΑ σε σχέση με τους φοιτητές διαφόρων ομάδων επαγγελματιών υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς). Από τη συστηματική ανασκόπηση των Okuyama et al. (2011) που στόχευε στον εντοπισμό και αξιολόγηση εργαλείων που αξιολογούσαν τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών ως προς την ΑΑ εντοπίστηκαν 34 εργαλεία, Από αυτά κατέληξε ότι μόνο 9 εργαλεία αφορούσαν τον κλάδο της νοσηλευτικής ενώ για τους φοιτητές νοσηλευτικής διαπιστώθηκε ότι ήταν ακόμα πιο περιορισμένος ο αριθμός. Επίσης περιορισμένα ήταν και τα εργαλεία που μελετούσαν την ΑΑ και στις 3 περιοχές, γνώσεις στάσεις και δεξιότητες. Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης η αναζήτηση και αξιολόγηση εργαλείων περιλάμβανε τη χρονική περίοδο 2011-2017 και περιορίστηκε σε αυτά που χρησιμοποιήθηκαν σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής και Ιατρικής.

Στο σύνολο εξετάστηκαν 7 εργαλεία. Από αυτά, κάποια εργαλεία αναπτύχθηκαν με βάση τα θέματα για την ΑΑ που προτάθηκαν από τα εκπαιδευτικά πλαίσια του Safety Education for Nurses (QSEN) competencies και του Καναδικού συνδέσμου για την ΑΑ (Canadian Patient Safety Institute (CPSI))(Frank& Brien, 2008). Άλλα ήταν αυτοσχέδια εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για τους σκοπούς της μελέτης με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πιο κάτω συνοψίζονται τα σχετικά εργαλεία που βρέθηκαν μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τους λόγους επιλογής για την παρούσα μελέτη.

### **6.1.1 Εργαλεία διερεύνησης των Γνώσεων, Στάσεων και Δεξιοτήτων**

Ακολουθεί η περιγραφή των εργαλείων που αξιολογούσαν τις απόψεις των φοιτητών για τις 3 ικανότητες, γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που αποκτούσαν οι φοιτητές νοσηλευτική από την νοσηλευτική εκπαίδευση τους.

1. **Health Care Professional Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS) (Chenot & Daniel, 2010)** περιλαμβάνει 34 δηλώσεις. Το ερωτηματολόγιο έχει αναθεωρηθεί και

προσαρμοστεί για φοιτητές νοσηλευτικής στη βάση του ερωτηματολογίου που ανέπτυξαν οι Madigosky et al. (2006) που αξιολογούσε το επίπεδο γνώσεων, τις στάσεις και τις δεξιότητες των φοιτητών Ιατρικής που έχουν αποκτήσει για την ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών τους. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, με δείγμα φοιτητές νοσηλευτικής, από τους κατασκευαστές (Chenot & Daniel ,2010) και το 2015 σταθμίστηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής, στο Ηνωμένο Βασίλειο (Mansour, 2015).

2. **Patient Safety attitudes, Skills and knowledge (PS-ASK)** (Schnall, 2008) περιλάμβανε 50 δηλώσεις. Ήταν ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της έρευνας. Δεν έχει γίνει εγκυροποίηση του εργαλείου.
3. **Patient Safety in Nursing Education Questionnaire (PaSNEQ)** (Tella et al. 2014). Περιλάμβανε 57 δηλώσεις και αξιολογούσε τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για τις γνώσεις στάσεις και δεξιότητες για την ΑΑ τόσο στις ΑΔ όσο και την ΚΑ. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε για να συγκρίνει τις απόψεις των Βρετανών και Φιλανδών φοιτητών νοσηλευτικής στην απόκτηση ικανοτήτων αναφορικά με την ΑΑ από το πρόγραμμα. Η ανάπτυξη του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου βασίστηκε στην υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία και τις διεθνείς κατευθύνσεις (EUNetPaS, 2010; WHO, 2011). Το ερωτηματολόγιο δεν έχει εγκυροποιηθεί. Μετά από επικοινωνία μέσω email με την κατασκευάστρια για χρήση του αρνήθηκε να το παραχωρήσει γιατί θα προχωρούσε σε αναδιαμόρφωση του σε κάποια σημεία.
4. **Patient Safety Competency Self-Evaluation PSCSE** (Jang et al., 2014). Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει 45 δηλώσεις και σχεδιάστηκε για τη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής στις διαστάσεις,- γνώσεις στάσεις και δεξιότητες- στην ΑΑ. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, τα εκπαιδευτικά πλαίσια ικανοτήτων για την ΑΑ που προτάθηκαν από διεθνείς φορείς (Australian Council on Safety and Quality in Health Care, 2005; Cronenwett et al., 2007; Frank & Brien, 2008; WHO, 2009, 2011) και άλλα εργαλεία (Frank & Brien, 2008; Madigosky et al., 2006; Schnall et al., 2008; Sullivan et al., 2009). Η επιλογή ερωτημάτων αντανακλούσαν το Κορεάτικο σύστημα υγείας και την αντίστοιχη νοσηλευτική εκπαίδευση. Το ερωτηματολόγιο αξιολογούσε τις ικανότητες που έχουν λάβει για την ΑΑ ευρύτερα στο πρόγραμμα. Η αξιολόγηση των

ψυχομετρικών ιδιοτήτων και η στάθμιση του ερωτηματολογίου έδειξε ότι ήταν ένα αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο με καλή παραγοντική δομή για την αξιολόγηση των ικανοτήτων των φοιτητών για την ΑΑ (Lee et al. 2014, ). Ωστόσο το ερωτηματολόγιο ήταν στην Κορεάτικη γλώσσα την περίοδο που γινόταν η αναζήτηση εργαλείων για την παρούσα μελέτη. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες μόλις πρόσφατα (Kim et al., 2019; Lee et al., 2020).

### **6.1.2 Εργαλεία διερεύνησης στάσεων και δεξιοτήτων για την ΑΑ**

Πιο κάτω περιγράφονται τα εργαλεία που αξιολογούσαν τις απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις και δεξιότητες που έχουν αποκτήσει μέσα από την εκπαίδευσή τους σε θέματα ΑΑ.

1. **Nurses' Attitudes and Skills around Updated Safety Concepts (NASUS) Scale** (Armstrong et al., 2017). Περιλάμβανε 34 –δηλώσεις οι οποίες προσαρμόστηκαν από τα ερωτηματολόγια PS-ASK (Error Analysis skill & knowledge subscale) και HPPSACS (attitude section). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί από τους κατασκευαστές, σε πιλοτική μελέτη. Με βάση τα ευρήματα, οι ίδιοι οι κατασκευαστές εισηγήθηκαν περαιτέρω αξιολόγηση και βελτίωση του ερωτηματολογίου.

### **6.1.3 Εργαλεία διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων**

Τα εργαλεία που αξιολογούσαν τις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει στις αίθουσες διδασκαλίας ή/ και στη κλινική άσκηση είναι:

1. **Health Professional Education in patient safety Survey (H-PEPSS)** (Ginsburg, et al.2012). Στο σύνολο περιλαμβάνει 27-δηλώσεις που περιέγραφαν την μάθηση των φοιτητών νοσηλευτικής στις ΑΔ και ΚΑ σε 7 πτυχές για την ΑΑ όπως προτάθηκαν από τον Καναδικό σύνδεσμο για την ΑΑ (Canadian Patient Safety Institute (CPSI))(Frank& Brien, 2008). Περιλαμβάνει επίσης το <sup>2ο</sup> μέρος 7 δηλώσεις που αξιολογούσαν το πως θέματα ΑΑ περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα σπουδών και 4-δηλώσεις που διερευνούσαν την στάση των φοιτητών ως προς την άνεση για αναφορά σχετικά με την ΑΑ. Στο ερωτηματολόγιο οι 27



δηλώσεις που αξιολογούσαν τις γνώσεις που έχουν λάβει για θέματα ΑΑ έχει σταθμιστεί και από τους κατασκευαστές και έδειξε ότι καλή παραγοντική δομή και ψυχομετρικές ιδιότητες στους παράγοντες απόκτησης γνώσεων σε θέματα ΑΑ, Το εργαλείο έχει μια συνεχώς αυξανόμενη χρήση τα τελευταία 10 χρόνια.

2. **Quality and Safety Self-Inventory (NQSSI)** (Piscotty et al., 2013) Περιλάμβανε 18-δηλώσεις. Βασίστηκε στο εκπαιδευτικό πλαίσιο Safety Educational for Nurse (QSEN) competencies και αξιολογούσε τις γνώσεις (12 δηλ.) και τις στάσεις (6 δηλώσεις) γενικά στο πρόγραμμα σπουδών. Το εργαλείο έχει σταθμιστεί.

## 6.2 Τα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν για την παρούσα μελέτη

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν τα εργαλεία: Health Professional Education in patient safety Survey (H-PEPSS)(Ginsburg,et al.2012) και Health Care Professional Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS) (Chenot & Daniel , 2010). Ο βασικός λόγος επιλογής των εργαλείων της παρούσας μελέτης είναι γιατί απαντούσαν καλύτερα τα ερευνητικά ερωτήματα. Επιπρόσθετοι λόγοι επιλογής ήταν :

- Η διαθεσιμότητα του ερωτηματολογίου. Αυτό περιλάμβανε την παραχώρηση άδειας από τους κατασκευαστές και να μην ήταν σε άλλη γλώσσα εκτός από αγγλικά και Ελληνικά
- Να δοκιμάστηκε για την αυτοαξιολόγηση των γνώσεων που αποκτήθηκαν και στους 2 χώρους (Αίθουσες διδασκαλίας και Κλινική άσκηση).
- Είχαν αξιολογηθεί η ψυχομετρικές τους ιδιότητες σε, φοιτητές νοσηλευτικής.

Περισσότερες λεπτομέρειες για τα συγκεκριμένα 2 εργαλεία σχετικά με: α) διαδικασία κατασκευής β) αξιολόγηση εγκυρότητας και αξιοπιστίας και γ) πλαίσια χρήσης των ερωτηματολογίων, περιγράφονται στο κεφάλαιο μεθοδολογία.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει και να συγκρίνει τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής. Η περιγραφική προσέγγιση θα αξιολογήσει το επίπεδο γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων προς την ΑΑ και των θεμάτων σχετικά με τις παραλείψεις φροντίδας. Η αξιολόγηση θα γίνει με τη χρήση δομημένων εργαλείων μέτρησης των απόψεων των φοιτητών για τις γνώσεις στάσεις και δεξιότητες που έχουν λάβει από το πρόγραμμα. Για την αξιολόγηση των απόψεων των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS), για τις στάσεις και τις δεξιότητες χρησιμοποιήθηκε το «ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του προγράμματος σπουδών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών (HPPSACS). Έγινε προσαρμογή των ερωτηματολογίων όπου ακολουθήθηκε η διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης, αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων και πιλοτική μελέτη. Επίσης η εγκυροποίηση δομής έγινε μόνο για το ερωτηματολόγιο HPPSACS που τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο παράρτημα ΙΙΙ. Για την αξιολόγηση του επιπέδου, του είδους, των λόγων και των επιπτώσεων των παραλείψεων φροντίδα χρησιμοποιήθηκε αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο ο κατασκευάστηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

## 7.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

### Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής στην Κύπρο και στην Ελλάδα σε σχέση με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες που έχουν λάβει μέσα από την εκπαίδευσή τους, για την ασφάλεια ασθενών. Επιπρόσθετα, μελετώνται και οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με τις παραλείψεις φροντίδας, οι οποίες εντάσσονται στο θεωρητικό πλαίσιο των νοσοκομειακών λαθών.

### Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποια είναι η άποψη των φοιτητών για το πως αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών στο σύνολο, ανά χώρα και ανά έτος σπουδών;
2. Ποια η άποψη των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση που έχουν λάβει σε ειδικά θέματα ΑΑ στο σύνολο, ανά χώρα και ανά έτος σπουδών; α. Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ)  
β. Χώροι κλινικής άσκησης (ΚΑ)
3. Ποια η άποψη των φοιτητών για τις στάσεις και τις δεξιότητες που έχουν αναπτύξει από το πρόγραμμα σπουδών τους όσον αφορά στην ΑΑ στο σύνολο, ανά χώρα και ανά έτος σπουδών;
4. Υπάρχει διαφορά στις απόψεις των φοιτητών για το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ ανά χώρα και ανά έτος σπουδών;
5. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για τις αποκτηθείσες γνώσεις μεταξύ της διδασκαλίας στις ΑΔ και χώρους ΚΑ, ανά χώρα και ανά έτος σπουδών στους 2 χώρους ;
6. Υπάρχει διαφορά στις απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις και τις δεξιότητες τους σε θέματα ΑΑ ανά χώρα και ανά έτος σπουδών ;
7. Ποιος ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των αποκτηθέντων γνώσεων για τα ειδικά θέματα ΑΑ μεταξύ της διδασκαλίας στις ΑΔ και στους χώρους ΚΑ.
8. Ποιος ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των αποκτηθέντων γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων ;
9. Ποιες οι απόψεις των φοιτητών για θέματα παραλείψεων νοσηλευτικής φροντίδας ;

## 7.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε περιγραφικό – συγκριτικό σχεδιασμό με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η έρευνα επιχειρεί να περιγράψει και να συγκρίνει τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με το πως τα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται από το πρόγραμμα σπουδών, τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει, την άνεση τους σε δεξιότητες, και τις στάσεις που έχουν διαμορφώσει κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους αναφορικά με την ΑΑ. Οι συγκρίσεις θα αφορούν ανά χώρο διδασκαλίας (ΑΔ και ΚΑ), ανά χώρα (Κύπρος- Ελλάδα) και ανά έτος σπουδών (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος). Επίσης, στη μελέτη θα γίνει περιγραφή των απόψεων των φοιτητών όσον αφορά στις παραλείψεις της φροντίδας, δεδομένου ότι στη βιβλιογραφία ορίζονται ως ένα από τα δύο είδη λάθους (errors of commission/ errors of omission) (Kalisch, 2006) και οι οποίες, αποτελούν σημαντικό προσδιοριστή της ΑΑ, ωστόσο δεν καταγράφονται, δεν αναφέρονται και πολλές φορές ούτε και αναγνωρίζονται ως λάθη (Kalisch, 2006).

## 7.3 Υλικό -Μέθοδος

### 1.1.1 Πληθυσμός και δείγμα

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από φοιτητές νοσηλευτικής της Κύπρου και της Ελλάδας οι οποίοι σπουδάζουν σε αναγνωρισμένα ελληνόφωνα πανεπιστήμια. Η επιλογή συμπερίληψης φοιτητών που φοιτούσαν στην Ελλάδα οφείλεται στην κοινή καταγωγή, την κοινή γλώσσα, ιστορία πολλών αιώνων, πολιτισμό και κουλτούρα. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι τριτοετείς και τεταρτοετείς φοιτητές προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής οι οποίοι φοιτούσαν στα 4 εκπαιδευτικά ιδρύματα της Κύπρου τα οποία προσφέρουν αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών στη Νοσηλευτική (1 δημόσιο & 3 ιδιωτικά) σύμφωνα με τον Πέρι Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμο 1988 έως 2017 και την τροποποιημένη *Οδηγία 2013/55* του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου. Το μεγαλύτερο Τμήμα αριθμητικά σε φοιτητές είναι του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου (δημόσιο-ΤΕΠΑΚ) ωστόσο περιλήφθηκαν και τα τμήματα νοσηλευτικής από τα ιδιωτικά πανεπιστήμια, τα οποία αριθμός των ατόμων που φοιτούν είναι πολύ μικρότερος, ωστόσο δίνουν μια γενική εικόνα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο. Από την Ελλάδα επιλέξαμε το «Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών» για να

συμπεριληφθεί στην έρευνα. Η επιλογή στην Ελλάδα του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών οφείλεται στο ότι είναι το μεγαλύτερο και αρχαιότερο τμήμα νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Άλλος λόγος ήταν ότι η χρονιά 2018 που έγινε η συλλογή των δεδομένων μόνο το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο παρείχε νοσηλευτική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου . Το 2018, αποτέλεσε χρόνια ορόσημο για την εκπαίδευση στην Ελλάδα, καθώς τα πρώην ΑΤΕΙ με την τροποποίηση της νομοθεσίας συγχωνεύονται με τα πανεπιστήμια, ενώ η πιστοποίηση των προγραμμάτων τους θα πραγματοποιηθεί μέχρι τον Φεβρουάριο του 2022 ( Ν.4521/2018,ΦΕΚ Α 38/2.3.2018).

Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν φοιτητές 3ου και 4ου έτους. Η απόφαση στηρίχθηκε στη βιβλιογραφία όπου διαπιστώνεται ότι φοιτητές στα μικρότερα έτη σπουδών δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν παρεκκλίσεις στην ποιότητα της κλινικής πρακτικής ή κάποιο λάθος ή παράλειψη ειδικότερα όταν αποτελούν μέρος της ρουτίνας της νοσηλευτικής πρακτικής (Stefania et al. ,2015 Bagnasco et al. 2017). Από την άλλη οι φοιτητές σε μεγαλύτερα έτη εξέφρασαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σε κλινικές γνώσεις και τείνουν να παίρνουν πιο πολλές πρωτοβουλίες συνδυάζοντας τη συνεργασία με τους επαγγελματίες (Brynildsen et al. 2014). Επίσης η ικανοποίηση τους από την κλινική διδασκαλία συνδεόταν με την υποκίνηση και τη δέσμευση τους στην ικανοποίηση τους μαθησιακές τους ανάγκες μέσα από τη φροντίδα των ασθενών (Dimitriadou et al. 2015, Papastavrou et al. 2016).

### **7.3.1 Διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων**

Τα ερωτηματολόγια στην Κύπρο δόθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια στο τέλος του εαρινού εξαμήνου στο τελευταίο θεωρητικό μάθημα. Μετά την σχετική άδεια από τον υπεύθυνο καθηγητή του μαθήματος χρησιμοποιήθηκαν 15 λεπτά στην αρχή του μαθήματος για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Μια ενημερωτική επιστολή συνόδευε το ερωτηματολόγιο, η οποία περιέγραφε τον σκοπό, τη σημαντικότητα της μελέτης, το ότι θα εξασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ένας φοιτητής τα μάζεψε και τα παρέδωσε στην ερευνήτρια σε κουτί αμέσως μετά .

Στην Ελλάδα τα ερωτηματολόγια δόθηκαν και πάλι στο τέλος του εαρινού εξαμήνου, με διαφορά 15 ημερών από την Κύπρο. Για την διανομή τους τερατολογήθηκαν δύο τεταρτοετείς φοιτήτριες του τμήματος νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Δόθηκαν με τον ίδιο τρόπο όπως και στην Κύπρο στην αρχή θεωρητικού μαθήματος. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν στην Κύπρο με προπληρωμένο φάκελο εγγυημένης παράδοσης την επόμενη ημέρα το πρωί.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια φυλάχθηκαν σε ασφαλές μέρος και λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα διαφύλαξης τους έτσι που να μην υπάρχει πρόσβαση σε αυτά από κανέναν. Η ηλεκτρονική μορφή των στοιχείων φυλάγεται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και η πρόσβαση σε αυτά γίνεται μόνο με τη χρήση κωδικών, γνώση των οποίων έχει μόνο η ερευνήτρια.

### **7.3.2 Επιλογή και Περιγραφή των ερευνητικών εργαλείων**

Προηγήθηκε συστηματική ανασκόπηση εργαλείων που αξιολογούσαν τις 3 διαστάσεις (ικανότητες) αναφορικά με την ΑΑ. Τα κριτήρια επιλογής αυτών των ερωτηματολογίων βασίστηκε ότι ανταποκρίνονται καλύτερα στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης και παρουσιάζουν αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον, είναι εργαλεία, που έχουν χρησιμοποιηθεί συχνότερα στη βιβλιογραφία σε πληθυσμό φοιτητές νοσηλευτικής και αξιολογούσαν τις ικανότητες και στους 2 χώρους (H-PEPSS).

#### **7.3.2.1 Ερωτηματολόγιο 1:«Health Professional Education in Patient Safety Survey» (H-PEPSS)**

Το ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εκπαίδευση στην ασφάλεια ασθενών (Health Professional Education in Patient Safety Survey) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αξιολόγησης γνώσεων το οποίο περιλαμβάνει 38 δηλώσεις κατανεμημένες σε 3 μέρη. Το πρώτο μέρος (1-27 δηλώσεις) αξιολογεί τις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που λαμβάνουν κατά τη νοσηλευτική εκπαίδευση τους σε ειδικά θέματα σε σχέση με την ασφάλεια ασθενών (ΑΑ), το δεύτερο μέρος (28-34 δηλώσεις) αξιολογεί το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ κατά τη

νοσηλευτική εκπαίδευση. Το τρίτο μέρος (34-38 δηλώσεις) εξετάζει τις στάσεις τους ως προς την αναφορά λάθους (για σκοπούς της παρούσας μελέτης το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου δεν χρησιμοποιήθηκε διότι υπήρχαν επικαλύψεις με τις ερωτήσεις του δεύτερου εργαλείου της μελέτης) .

Πιο κάτω περιγράφονται εκτενέστερα το πρώτο και δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου:

I. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 27 δηλώσεις που διερευνούν τις γνώσεις των φοιτητών που λαμβάνουν στο θεωρητικό και κλινικό επίπεδο σε ειδικά θέματα σε σχέση με την ΑΑ. Συγκεκριμένα οι δηλώσεις κατανέμονται σε 7 διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση «κλινική ασφάλεια» (1-4, δηλώσεις), αναφέρεται στις κλινικές δεξιότητες: υγιεινή χεριών, έλεγχος λοιμώξεων, ασφαλείς πρακτικές στη φαρμακευτική αγωγή, ασφαλείς κλινικές πρακτικές. Η διάσταση αυτή σύμφωνα με τους κατασκευαστές (Ginsburg et al. 2010) έχει ένα επικουρικό ρόλο, η οποία στοχεύει να βοηθήσει τους συμμετέχοντες φοιτητές να διακρίνουν τις κλινικές πτυχές από τις κοινωνικό-πολιτισμικές πτυχές της ασφάλειας ασθενών. Οι κοινωνικό – πολιτιστικές πτυχές που αντιπροσωπεύονται από τις δηλώσεις 5-27 (23 δηλώσεις στο σύνολο) είναι κατανεμημένες σε 6 διαστάσεις 1) Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες (6 δηλώσεις), 2) Αποτελεσματική επικοινωνία (3 δηλώσεις), 3) Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια (3 δηλώσεις), 4) Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων (3 δηλώσεις), 5) Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ'ολίγον λαθών (4 δηλώσεις) και 6) κουλτούρα ασφάλειας (4 δηλώσεις). Στην αρχή της κάθε διάστασης υπάρχει η φράση «*Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με....*». Ο κάθε συμμετέχων φοιτητής καλείται να απαντήσει για κάθε δήλωση ξεχωριστά για την αποκτηθείσα γνώση από τις αίθουσες διδασκαλίας και τον κλινικό χώρο ανεξάρτητα. Οι απαντήσεις των φοιτητών αξιολογήθηκαν σε 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, 1=διαφωνώ-5=συμφωνώ απόλυτα και την 6<sup>η</sup> επιλογή «δεν γνωρίζω». Η 6<sup>η</sup> επιλογή αποφασίστηκε να μην χρησιμοποιηθεί τελικά στο κυρίως δείγμα μετά την πιλοτική έρευνα (περισσότερες πληροφορίες παράρτημα II)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στηρίχτηκε στο πλαίσιο που δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα του Ινστιτούτου για την Ασφάλεια Ασθενών του Καναδά (Canadian Patient Safety Institute (CPSI) (Frank, 2008) σε συνεργασία με το Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, χρησιμοποιώντας το διεθνώς αναγνωρισμένο πλαίσιο CanMEDS και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη επαγγελματικών ικανοτήτων των γιατρών. Το πλαίσιο που αναπτύχθηκε από το Canadian Patient Safety Institute (CPSI) περιγράφει τις διεπαγγελματικές ικανότητες τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να επιδεικνύουν σε 6 ειδικούς κοινωνικό-πολιτιστικούς τομείς που αποτελούν και το ερωτηματολόγιο H-PEPSS : 1) Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες, 2) Αποτελεσματική επικοινωνία, 3) Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια, 4) Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων, 5) Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ'ολignon λαθών και 6) κουλτούρα ασφάλειας για την ασφάλεια των ασθενών.

Σε σχέση με την εγκυρότητα και αξιοπιστία του 1<sup>ου</sup> μέρους του ερωτηματολογίου έγινε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση από τους κατασκευαστές για έλεγχο των σχετικών 6 διαστάσεων με τις δηλώσεις που είχαν σε κάθε διάσταση (Ginsburg et al. (2012). Με δείγμα 1247 πρόσφατα αποφοιτήσαντες επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, γιατρούς και φαρμακοποιούς) η επιβεβαιωτική ανάλυση κατέληξε από 23 δηλώσεις σε 16 δηλώσεις καθώς αφαιρέθηκαν πέντε δηλώσεις (7,8,19,22,23) γιατί θεωρήθηκαν περιττές και δύο δηλώσεις (5,24) λόγω χαμηλής φόρτισης. Στα πλαίσια αξιοπιστίας του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha ο οποίος κυμάνθηκε μεταξύ 0.81– 0.85. Αργότερα το 2016, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση σε μελέτη στην Ιταλία (Bressan et al. 2016) κατέδειξε τις 6 διαστάσεις όπως έχουν προταθεί από Ινστιτούτου για την Ασφάλεια Ασθενών του Καναδά (Frank and Brown, 2008) και όπως επιβεβαιώθηκαν από τους Ginsburg et al. (2012). Επίσης σε αντίθεση με τους κατασκευαστές μόνο μια δήλωση φόρτισε χαμηλά (<.55), η δήλωση 8 “Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας” και αφαιρέθηκε. Η απόφαση τους στηρίχτηκε στο γεγονός ότι η τακτική αυτή γίνεται από τους κλινικούς συντονιστές και τους έμπειρους νοσηλευτές και όχι από τους φοιτητές καταλήγοντας σε 22 δηλώσεις. Ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha



έδειξε: α) αίθουσες διδασκαλίας  $\alpha=.94$  και β) χώρους κλινικής άσκησης  $\alpha= .94$  στην ιταλική μελέτη .Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, είτε και τα 3 μέρη του είτε το 1ο μέρος μόνο σύμφωνα με τον σκοπό της μελέτης, σε πληθυσμό φοιτητές νοσηλευτικής (Bressan et al. 2016, Paolo et al., 2015, Duhn et al. 2012, Raymond et al. 2016, Lukewich et al, 2016,Usher et al. 2017) και Ιατρικής (Doyle et al. 2014)

II. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 7 δηλώσεις και εξετάζει τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με το πως τα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στο προπτυχιακό πρόγραμμα. Όπως για παράδειγμα «είχα ευκαιρίες να αλληλοεπιδράσω με την διεπιστημονική ομάδα» «η ασφάλεια ασθενών περιλαμβάνεται ικανοποιητικά» «οι οργανωτικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών Όλες οι δηλώσεις αξιολογούνται σε 5-βαθμή κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα -5= συμφωνώ απόλυτα).

### **7.3.2.2 Ερωτηματολόγιο 2: «The Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey» (HPPSACS)**

Το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του προγράμματος σπουδών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ΑΑ («The Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey» - HPPSACS) είναι ένα προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο για φοιτητές νοσηλευτικής (Chenot and Daniel, 2010). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 23- δηλώσεις και εξετάζει τις στάσεις των φοιτητών και την άνεση με την οποία επιδεικνύουν δεξιότητες σε σχέση με τα λάθη και την ΑΑ. Η επιλογή του ερωτηματολογίου έγινε με βάση το ότι ανταποκρίνεται καλύτερα από τα υπόλοιπα διαθέσιμα εργαλεία, στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνει το εργαλείο (H-PEPSS) το οποίο μελετά τις απόψεις των φοιτητών για τις αποκτηθείσες γνώσεις μελετώντας με αυτό τον τρόπο και τις στάσεις και δεξιότητες σε θέματα ΑΑ που αποκτώνται μέσα από τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα 18 δηλώσεις (1-18 δηλώσεις) αξιολογούν τις στάσεις και τις αντιλήψεις σε κλίμακα Likert-type (1=απόλυτα διαφωνώ - 5 απόλυτα συμφωνώ), οι 5 δηλώσεις (19-23 δηλώσεις) αξιολογούν τις δεξιότητες και την άνεση των φοιτητών σε σχέση με την ΑΑ σε κλίμακα Likert (1= καθόλου άνετα -very uncomfortable)-5= πολύ άνετα-very comfortable). Επίσης στη παρούσα μελέτη

αποφασίστηκε η μη χρήση του όρου «medical» μπροστά από τον όρο «error» στις δηλώσεις (8, 10, 15), ώστε οι φοιτητές να απαντήσουν έχοντας πιο ευρεία άποψη για το λάθος (όχι μόνο τα ιατρικά λάθη με τη στενή έννοια του όρου) και να εστιάσουν περισσότερο στα λάθη κατά τη παροχή φροντίδας.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο «Health care Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS) υιοθετήθηκε από τους Chenot and Daniel, (2010) από το ερωτηματολόγιο στο «Patient Safety/ Medical Fallibility Assessment Pre and Post Curriculum Survey» (Madigosky, et al., 2006) που αναπτύχθηκε για σκοπούς αξιολόγησης των στάσεων και δεξιοτήτων των φοιτητών ιατρικής ως προς την ΑΑ. Η τροποποίηση/ αναθεώρηση που έγινε από τους Chenot and Daniel (2010), αφορούσε στην αντικατάσταση της έννοιας «medical professional» με την έννοια «Health professionals». Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου αξιολογήθηκαν από τους Chenot and Daniel, (2010) σε δείγμα 618 φοιτητών από 7 πανεπιστήμια και σχολές νοσηλευτικής, (318 ερωτηματολόγια απαντήθηκαν-ανταπόκριση 51%). Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση ανέδειξε 4 παράγοντες: Την άνεση, την αναφορά λάθους, την άρνηση και την κουλτούρα. Ο παράγοντας άνεση αναφέρεται στις δεξιότητες συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος, ανάλυση των αιτιών του λάθους, υποστήριξη σε έναν συνάδελφο να ανταποκριθεί σε ένα λάθος και στην αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής ή σε άλλον επαγγελματία υγείας. Ο παράγοντας αναφορά λάθους αναφέρεται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τα λάθη, στην συχνότητα αναφοράς λαθών, ότι οι γιατροί θα πρέπει να αναφέρουν τα λάθη, ότι η ανταπόκριση σε ένα λάθος εστιάζεται κυρίως στο άτομο, και ότι αν συμβεί ένα λάθος θα πρέπει να είμαστε προσεκτικότεροι. Ο παράγοντας κουλτούρα αναφέρεται στην αφιέρωση χρόνου για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών, στο χρόνο που τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν την ΑΑ και ότι η ΑΑ αποτελεί προτεραιότητα στην ΚΑ. Ο παράγοντας άρνηση αναφέρεται αν δουν ένα λάθος ή κάνουν κάποιο λάθος που δεν προκάλεσε βλάβη θα το κρατήσουν για τον εαυτό τους, και ότι τα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι. Μεταγενέστερη διερευνητική ανάλυση

(Mansour,2015), που έγινε στην ανατολική Αγγλία σε 222 φοιτητές νοσηλευτικής ανέδειξε και πάλι 4 παράγοντες, με 17 από τις 23 δηλώσεις (6 αφαιρέθηκαν λόγω χαμηλής φόρτισης). Από τις απομείνασες δηλώσεις, το 65% φόρτιζαν στις ίδιες ομάδες παραγόντων με τους κατασκευαστές.

### **7.3.3 Διαδικασία μετάφρασης και επαναμετάφρασης των εργαλείων**

Τα εργαλεία μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα λαμβάνοντας υπόψη τον οδηγό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2016) και άρθρα που περιγράφουν τα βήματα μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής ερωτηματολογίου (Toma et al. 2017, Sousa and Rojjanasrirat, 2010). Για μια όσο το δυνατό ακριβή μετάφραση υπάρχουν 3 βασικές προϋποθέσεις (Toma et al. 2017): α) η προς τα μπρος μετάφραση από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές, και στη συνέχεια να υπάρξει ένας συμβιβασμός των απόψεων των δύο μεταφράσεων, β) η αντίστροφη μετάφραση προς τα αγγλικά από άλλους δύο ανεξάρτητους μεταφραστές και εντοπισμός αποκλίσεων που απαιτούν συζήτηση και αναθεώρηση της μετάφρασης ώστε να διατηρηθεί η σημασιολογική ισοδυναμία (semantic equivalence) γ) Έλεγχος κατανόησης και αντίληψης οδηγιών και δηλώσεων (Cognitive testing) του ερωτηματολογίου.

Στην παρούσα μελέτη η διαδικασία της μετάφρασης έγινε ανεξάρτητα και τυφλά από 4 δίγλωσσους μεταφραστές, εκ των οποίων οι δύο εκτέλεσαν την μετάφραση από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και οι δύο την αντίστροφη μετάφραση. Οι τρεις μεταφραστές είχαν επιλεγεί από τη νοσηλευτική εκπαίδευση ως άτομα πιο εξοικειωμένα με τη σημασιολογία και τις εκφράσεις εννοιών που σχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα και τη μάθηση και ένας από τον κλάδο αγγλικής φιλολογίας ως ειδικός σε θέματα γλώσσας αλλά παράλληλα ανεξάρτητος από την επιστημολογία του ερωτηματολογίου (Sousa and Rojjanasrirat, 2010). Η μετάφραση και απόδοση του λεκτικού περιεχομένου στα ελληνικά έγινε από 1 δίγλωσσο μεταφραστή από τον κλάδο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης με άριστη γνώση της αγγλικής και ελληνικής γλώσσας και το μεταφραστή από τον κλάδο της αγγλικής φιλολογίας. Στο επόμενο βήμα τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν από την τετραμελή ερευνητική ομάδα. Στο στάδιο αυτό έγινε μια εννοιολογική ανάλυση του περιεχομένου των μεταφρασμένων εργαλείων, οποιοσδήποτε

σημασιολογικές αντιφάσεις ή διευκρινήσεις κατέληξαν σε συναίνεση κατόπι συζήτησης με την ομάδα και την έγκυρη γνώμη των κατασκευαστριών του εκάστοτε ερωτηματολογίου. Μετά τη συναινετική κατάληξη διαμορφώθηκαν τα προκαταρκτικά ελληνόγλωσσα ερωτηματολόγια. Η προκαταρκτική ελληνόγλωσσα μετάφραση των ερωτηματολογίων έτυχαν αντίστροφης μετάφρασης από τα ελληνικά στα αγγλικά και συγκρίθηκαν με το αγγλικό πρότυπο από την ερευνητική ομάδα. Όπως στην προς τα μπρος μετάφραση (Forward-translation), η έμφαση στην πίσω-μετάφραση (back- translation) ήταν στην εννοιολογική και πολιτισμική ισοδυναμία και όχι στην γλωσσική ισοδυναμία. Οι διαφορές συζητήθηκαν με τους κατασκευαστές των ερωτηματολογίων και οι περαιτέρω εργασίες (μεταφράσεις προς τα εμπρός, συζήτηση από την ομάδα των δίγλωσσων εμπειρογνομόνων κ.λπ.) επαναλήφθηκαν όσες φορές χρειαζόταν έως ότου επιτευχθεί η ισοδυναμία των διαφορετικών εκδοχών στη μετάφραση των ερωτηματολογίων. Σε κάθε έκδοση μεταφρασμένου ερωτηματολογίου δόθηκε ένας σειριακός αριθμός (π.χ 1,2) μέχρι την τελική του μορφή. Στη συνέχεια για να επιτευχθεί η εννοιολογική καταλληλότητα, η σημασιολογική σαφήνεια, η πολιτισμική συνάφεια των ερωτηματολογίων και η αποκάλυψη προβλημάτων που σχετίζονται με τη γλώσσα και την κατανόηση έγινε έλεγχος κατανόησης και αντίληψης του (cognitive testing)(Toma et al. 2017, WHO,2016,Sousa and Rojjanasrirat, 2010) από δέκα απόφοιτους νοσηλευτές/τριες (αποφοίτησαν το 2017), οι οποίοι αποτελούσαν δείγμα της πιλοτικής μελέτης. Στη διαδικασία αυτή οι φοιτητές προσκλήθηκαν για προσωπική συνέντευξη και τους ζητήθηκε για κάθε δήλωση: α)τι κατά τη γνώμη τους ζητούσε η δήλωση, β)να επαναλάβουν την ερώτηση με δικά τους λόγια εκεί που χρειαζόταν, γ) τι ήρθε στο μυαλό τους όταν άκουσαν μια συγκεκριμένη φράση ή όρο δ) αν υπήρχαν λέξεις ή εκφράσεις που δεν καταλάβαιναν και όπου υπήρχαν εναλλακτικές λέξεις ή εκφράσεις για κάποια δήλωση, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να επιλέξουν ποια ταίριαζε με τη συνήθη γλώσσα τους και ε) να εξηγήσουν πως επιλέγαν την απάντησή τους (WHO, 2016). Οι απαντήσεις των 10 απόφοιτων παράλληλα με τα αποτελέσματα της πιλοτικής συγκρίθηκαν μεταξύ τους από την ερευνητική ομάδα και έγιναν οι ανάλογες τροποποιήσεις για να διασφαλιστεί η σημασιολογική και πολιτισμική συνάφεια των ερωτηματολογίων και να διαμορφωθεί η τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Οι τροποποιήσεις μετά την πιλοτική δοκιμή των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων λόγω έκτασης περιγράφονται στο παράρτημα II.

### 7.3.4 Μελέτη Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας των εργαλείων

#### Το ερωτηματολόγιο αυτό-αξιολόγησης της αποκληθείσας γνώσης Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS)

##### A. Αξιοπιστία

Στα πλαίσια αξιοπιστίας του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha ο οποίος ήταν  $\alpha > 0.72$  και κυμάνθηκε: ΑΔ  $\alpha=0.85-0.94$  και β) ΚΑ  $\alpha=0.81-0.94$  μεταξύ των μελετών (Bressan et al., 2021; Chen et al., 2019; Colet et al., 2015; Dimitriadou et al., 2021; Duhn et al., 2012; Ginsburg et al., 2012; Hwang et al., 2016; Lukewich et al., 2015; Raymond et al., 2016; Usher et al., 2017; VanDenKerkhof et al., 2017).

Στην παρούσα μελέτη για την εξέταση της αξιοπιστίας των εργαλείων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's alpha τόσο στο πιλοτικό όσο και στο τελικό δείγμα. Ο δείκτης Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο H-PEPSS, στην πιλοτική βρέθηκε στις ΑΔ  $\alpha= 0.95$  στους χώρους ΚΑ  $\alpha=0.92$  και σε σχέση με το πως τα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στην προπτυχιακή εκπαίδευση το  $\alpha=0.86$ . Στην τελική μελέτη ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha του ΗΡΕΡSS (πίνακας 5), έδειξε υψηλό δείκτη στη διδασκαλία στις ΑΔ  $\alpha= 0.95$  και στους χώρους ΚΑ  $\alpha= 0.96$ , όπως και στους παράγοντες του ερωτηματολογίου ξεχωριστά. Στο πως τα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στην προπτυχιακή εκπαίδευση για την ΑΑ στο σύνολο των δηλώσεων έδειξε  $\alpha=0.85$ .

Πίνακας 5: Δείκτης εσωτερικής συνέπειας του εργαλείου H-PEPSS στο σύνολο και ανά παράγοντες στις ΑΔ και ΚΑ στην παρούσα εργασία

HPEPSS		Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ)	Χώροι ΚΑ
ΜΕΡΟΣ 1 Ειδικά θέματα	Δηλώσεις	Cronbach's alpha	Cronbach's alpha
Συνολική κλίμακα	27	0,95	0,96
Κλινική ασφάλεια	4	0,86	0,88
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	6	0,88	0,92
Αποτελεσματική επικοινωνία	3	0,89	0,89
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3	0,87	0,90
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου	3	0,85	0,88

Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	4	0,87	0,87
Κουλτούρα ασφάλειας	4	0,86	0,88
<b>ΜΕΡΟΣ 2</b>	<b>Δ/σεις</b>	<b>Cronbach's alpha</b>	
Πως αντιμετωπίζεται η ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών	7	0,85	

## B. Εγκυρότητα

### I. Εγκυρότητα όψεως

Το ερωτηματολόγιο για την παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε για την εγκυρότητα του μόνο με την εγκυρότητα όψεως από 3 ειδικούς που εμπλέκονται στην νοσηλευτική εκπαίδευση.

### II. Εγκυρότητα εννοιολογικής δομής

Το ερωτηματολόγιο Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS) (Ginsburg et al. 2010), το οποίο εξετάζει τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ, έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα σημαντικό αριθμό πρωτογενών ερευνών με πληθυσμό προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής (Bressan et al. 2016, 2021, Paolo et al., 2015, Duhn et al. 2012, Raymond et al. 2016, Lukewich et al, 2016, Usher et al. 2017, Huang et al. 2020, Rebesch 2020, Amilia & Nurmalia, 2020). Στο ερωτηματολόγιο H-PEPSS έχει γίνει επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση των 6 κοινωνικοπολιτιστικών διαστάσεων (23 δηλώσεις) (Bressan et al. 2016). Αν και υπάρχουν μικρές διαφορές στη χρήση του ερωτηματολογίου μεταξύ των μελετών, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου έδειξαν ότι είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης των γνώσεων για την ΑΑ που έχουν λάβει τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ και συνεπώς θα βοηθούσε στην αξιολόγηση του κενού μεταξύ θεωρίας και πρακτικής (Ginsburg, et al. 2012, Bressan et al. 2016), νεότερες ψυχομετρικές αξιολογήσεις του εργαλείου κατέδειξαν τα ίδια (Chen et al. 2019, Taskiran et al. 2020). Επομένως, η δομή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου θεωρήθηκε επιβεβαιωμένη και αξιόπιστη, ώστε να χρησιμοποιηθεί ως έχει στην παρούσα μελέτη.

## **Το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των στάσεων και δεξιοτήτων**

### **The Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS)**

#### A. Αξιοπιστία

Στη βιβλιογραφία ο βαθμός αξιοπιστίας Cronbach's alpha κυμάνθηκε από 0.64-0.82 στη μελέτη των Chenot and Daniel, (2010) και 0.55-0.82 στη μελέτη του Mansour,(2015).

Στην παρούσα μελέτη η εξέταση της αξιοπιστίας των εργαλείων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's alpha. Ο δείκτης Cronbach's alpha στη πιλοτική μελέτη ήταν  $\alpha=0.76$ . Στη τελική μελέτη ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του HPPSACS (πίνακας 3) συνολικά έδειξε υψηλό δείκτη  $\alpha= 0.75$ . Επιπλέον, 3 από τους παράγοντες έδειξαν μέτριους δείκτες εσωτερικής συνέπειας. Η αφαίρεση κάποιας από τις δηλώσεις δεν φαίνεται να βελτιώνει το δείκτη εσωτερικής συνέπειας.

*Πίνακας 6: Δείκτης εσωτερικής συνέπειας του Ερωτηματολογίου HPPSACS στην παρούσα εργασία*

<b>HPPSACS</b>	<b>Αριθμός δηλώσεων</b>	<b>Cronbach's alpha</b>
<b>Συνολικά</b>	<b>23(Στάσεις-δεξιότητες )</b>	<b>0,75</b>
	<b>18(Στάσεις)</b>	<b>0.69</b>
Άνεση **	5	0,77
Αναφορά λάθους*	9	0,59
Άρνηση *	4	0,67
Κουλτούρα*	5	0,53

\*\* Δεξιότητες \*Στάσεις

## B. Εγκυρότητα

### I. Εγκυρότητα όψεως από την ερευνητική ομάδα

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε με την εγκυρότητα όψεως, όπου τρεις ειδικοί σε θέματα εκπαίδευσης, κλήθηκαν να αξιολογήσουν κατά πόσο οι δηλώσεις από το οποίο αποτελείται μετρούν τις στάσεις και τις δεξιότητες των φοιτητών στο υπό μελέτη θέμα. Η τεκμηρίωση, επίσης βασίστηκε σε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση εργαλείων, σχετικά με την ΑΑ.

### II. Εγκυρότητα περιεχομένου με τη χρήση του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου

Αποφασίστηκε να γίνει εγκυρότητα περιεχομένου λόγω της τροποποίησης για τη μη χρήση του όρου «medical» μπροστά από τον όρο «error» για λόγους αποφυγή πιθανής παρερμηνείας και επικέντρωσης των φοιτητών σε ιατρικά λάθη κατά τις απαντήσεις τους (π.χ. λάθος ιατρική διάγνωση, χειρουργικό λάθος κ.λπ.), μη λαμβάνοντας υπόψη λάθη ή παραλείψεις κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, αποφασίστηκε η γλωσσική κατανόηση, η αναγνωσιμότητα αλλά κυρίως κατά πόσον τα στοιχεία του ερωτηματολογίου HPPSACS είναι αντιπροσωπευτικά σε σχέση με το υπό μελέτη θέμα, να γίνει εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity (CVI)) πριν την πιλοτική μελέτη. Έγινε αξιολόγηση του κάθε στοιχείου ξεχωριστά γνωστό ως Item-CVI (I-CVI) και μετά στο σύνολο του εργαλείου γνωστό ως Scale-CVI (S-CVI). Η κριτική περιεχομένου βασίστηκε στις απόψεις 10 ειδικών, αριθμός που θεωρείται ικανοποιητικός για την συγκεκριμένη αξιολόγηση (Polit et al. 2007). Ως ειδικοί, αναφέρονται οι πιο σχετικοί με το αντικείμενο της έρευνας: 5 γενικοί νοσηλευτές, 1 νοσηλευτικό προσωπικό νοσηλεύτης με εμπειρία στην αξιολόγηση της ποιότητας στα νοσοκομεία και 4 καθηγητές νοσηλευτικής. Από τους ειδικούς ζητήθηκε να βαθμολογήσουν τη σχετικότητα των ερωτήσεων, με τη χρησιμοποίηση διαβαθμισμένη κλίμακας τεσσάρων σημείων (Polit et al. 2007). Ως τελικός δείκτης θεωρήθηκε το ποσοστό των ερωτήσεων που έλαβαν βαθμό 3 ή 4 από τους ειδικούς. Επίσης, ζητήθηκε να σχολιάσουν ή να προτείνουν πιθανές τροποποιήσεις ή προσθήκες στις προ-υπάρχουσες δηλώσεις του ερωτηματολογίου. Το εργαλείο HPPSACS προσαρμοσμένο στον κυπριακό πληθυσμό έδειξε καλή εγκυρότητα περιεχομένου. Δεδομένου ότι η τιμή 0,50 ορίζει το κατώτατο αποδεκτό όριο του δείκτη CVI, όταν αυτός αξιολογείται από 10 «κριτές-ειδικούς»(



(Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007), η συνολική εγκυρότητα περιεχομένου (S-CVI/UA) του προσαρμοσμένου στον Κυπριακό πληθυσμό ήταν (0,78) με μικρότερο I-CVI το 0,6 και το υψηλότερο 0,9. Στην παρούσα μελέτη οι δηλώσεις 6, 13 και 22 με I-CVI=0,6 αποφασίστηκε από την ερευνητική ομάδα να μην αφαιρεθούν αλλά να τύχουν της ανάλογης επαναδιατύπωσης και απλοποίησης των ερωτημάτων σύμφωνα με τις εισηγήσεις και το ερωτηματολόγιο να δοθεί για πιλοτική μελέτη.

### III. Εγκυρότητα εννοιολογικής δομής

Σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο H-PEPSS, το ερωτηματολόγιο «The Health Care Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey» HPPSACS, (Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του προγράμματος σπουδών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών (στάσεις και δεξιότητες), δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως. Στο δημοσιευμένο άρθρο των Chenot&Daniel, (2010) δεν παρουσιάζεται το ποσοστό διακύμανσης του κάθε παράγοντα και ούτε έχει γίνει επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση του εργαλείου. Γι' αυτό, παρόλο που ήταν επιθυμητή η χρήση της συγκεκριμένης (εννοιολογικά λογικής) δομής των συγγραφέων Chenot & Daniel (2010) στην παρούσα μελέτη, κρίθηκε αναγκαίο να εξεταστεί η εγκυρότητα εννοιολογικής δομής στο τελικό δείγμα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, για το ερωτηματολόγιο HPPSACS μελετήθηκε η δομική εγκυρότητα με τη χρήση της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης Παραγόντων (CFA). Προσαρμόστηκαν 22 δηλώσεις σε ένα μοντέλο επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων (CFA) με στόχο την επιβεβαίωση των τεσσάρων παραγόντων (Άνεση, Αναφορά λάθους, Άρνηση, Κουλτούρα) σύμφωνα με την προτεινόμενη δομή των Chenot & Daniel (2010). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δομή των Chenot & Daniel (2010) μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη. Οι φορτίσεις στους προτεινόμενους παράγοντες ήταν ικανοποιητικές, ιδιαίτερα λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο μέγεθος δείγματος (N=486), ενώ και οι περισσότεροι δείκτες της επιβεβαιωτικής ανάλυσης, παρόλο που δεν πληρούσαν εντελώς, ήταν κοντά στα κριτήρια αποκοπής. (Ο πίνακας με τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης βρίσκεται στο παράρτημα III). Η δήλωση 12 «Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του» η οποία δεν είχε φορτίσει σε κανένα παράγοντα στη Φάση II της διερευνητικής

ανάλυσης των Chenot & Daniel (2010) και είχε αφαιρεθεί από την τελική δομή του ερωτηματολογίου, στην παρούσα έρευνα προστέθηκε στον παράγοντα «Αναφορά λάθους» (Error reporting). Η απόφαση στηρίχτηκε στην άποψη της ερευνητικής ομάδας λαμβάνοντας υπόψη την κυπριακή κουλτούρα, το νόημα της ερώτησης, αλλά και το γεγονός ότι η ερώτηση αυτή ήταν στον συγκεκριμένο παράγοντα στη Φάση I της αξιολόγησης των Chenot & Daniel (2010). Μελλοντική έρευνα μπορεί να εξετάσει εκ νέου τη συνολική δομή του ερωτηματολογίου HPPSACS στα πλαίσια μιας διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων.

#### **7.4 Τα βήματα ανάπτυξης των ερωτημάτων σε σχέση με τις παραλείψεις της φροντίδας**

Οι παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα έχουν αναγνωριστεί ως μια μορφή λάθους και την τελευταία δεκαετία υπάρχει μεγάλη συζήτηση στην ακαδημαϊκή νοσηλευτική κοινότητα για την στενή σχέση του φαινομένου των παραλείψεων με την ΑΑ. Ωστόσο η ελλιπής βιβλιογραφία για το πως οι φοιτητές αντιλαμβάνονται τα θέματα παραλείψεων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων οδήγησαν στην απόφαση διερεύνησης τους στην παρούσα μελέτη. Κι αυτό γιατί στα πλαίσια της μάθησης των φοιτητών για την αίσθηση ευθύνης στη βελτίωση της ΑΑ θεωρήθηκε σημαντικό να διερευνηθεί το εύρος των παραλείψεων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που έχουν παρατηρήσει ή έχουν βιώσει κατά τη κλινική τους πρακτική, τους λόγους (παράγοντες) που συμβαίνουν αυτές οι παραλείψεις και τις εκβάσεις που πιθανό να προκύψουν από τις παραλείψεις σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών. Τα ευρήματα θα μπορέσουν να δώσουν μια ευρεία εικόνα του βαθμού που οι φοιτητές κατά την κλινική τους πρακτική και διδασκαλία αντιλαμβάνονται την απόκλιση από τα σωστά πρότυπα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό θα επιτρέψει στην καλύτερη οργάνωση της κλινικής διδασκαλίας, για την ελαχιστοποίηση της έκθεσης των φοιτητών σε περιστατικά παραλείψεων φροντίδων και στην ενίσχυση της αίσθησης καθήκοντος ώστε να επιδιώκεται η ΑΑ.

Η απόφαση μη επιλογής χορήγησης έτοιμου ερωτηματολογίου των παραλείψεων και η δημιουργία νέων ερωτημάτων διερεύνησης των απόψεων των φοιτητών για τις παραλείψεις

νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που παρατηρούν να γίνονται κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης, έγινε για τους πιο κάτω λόγους :

α) Η μη εύρεση σχετικού εργαλείου που να αξιολογά τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα στην κλινική τους άσκηση την περίοδο 2017-2018. Τα υφιστάμενα στην βιβλιογραφία για τις παραλείψεις ερωτηματολόγια εστιάζονταν στις απόψεις των επαγγελματιών νοσηλευτών. Επίσης, ήταν ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης και διερευνούσαν τη συχνότητα και το είδος συγκεκριμένων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που παραλείπονταν (Kalisch and Williams 2009, Schubert et al, 2008, Jones, 2014) και των παραγόντων (Kalisch and Williams 2009).

β) Ο στόχος της μελέτης είναι να διερευνηθούν γενικότερα οι απόψεις των φοιτητών γι' αυτό και κρίθηκε αναγκαίο να δοθούν ανοικτού τύπου ερωτήσεις οι οποίες κρίθηκαν κατάλληλες γιατί η κλινική άσκηση των φοιτητών γινόταν σε διάφορα κλινικά περιβάλλοντα και οι σχετικές/σημαντικές πτυχές του κάθε νοσηλευτικού τμήματος διαφέρουν (π.χ. η σίτιση ενός ηλικιωμένου ατόμου με άνοια στο παθολογικό τμήμα έναντι της γρήγορης κινητοποίησης στο χειρουργικό τμήμα) (Palese et al. 2019).

### **Η ανάπτυξη των ερωτημάτων για τις παραλείψεις ακολούθησε 3 βήματα:**

Το πρώτο βήμα στη δημιουργία του ερωτηματολογίου ήταν η μελέτη της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας και η οποία αποσκοπούσε στον εντοπισμό θεωρητικών πλαισίων, ερωτηματολογίων αλλά και ερευνητικών άρθρων σε σχέση με τις παραλείψεις φροντίδας με πληθυσμό νοσηλευτές και φοιτητές. Από την ανασκόπηση στη νοσηλευτική ερευνητική βιβλιογραφία προέκυψε ότι από το 2006 αρχίζει το θέμα να έχει ερευνητικό ενδιαφέρον και το οποίο γίνεται εντονότερο από το 2010 με τη δημοσίευση σημαντικού αριθμού διεθνών πρωτογενών ερευνών (Kalisch, 2006, Schubert et al, 2008), Ausserhofer et al. 2013, Papastavrou et al 2013, Papastavrou et al 2014 Bragadóttiretal. 2017; Kalisch, etal. 2011; Blackmanetal. 2014, Zhu et al. 2019, Villamin et al. 2019, Dhaini et al. 2019), και συστηματικών ανασκοπήσεων επί του θέματος (Papastavrou, Andreou and Efstathiou, 2014; Jones, Hamilton and Murry, 2015; Vryonides et al>, 2015; Griffiths>et al>, 2018; Suhonen>et al>, 2018; Mandal, Seethalakshmi and

Rajendrababu, 2020).Επίσης βρέθηκαν 3 θεωρητικά μοντέλα: των Kalisch et al (2009), των Schubert et al, (2008) και της Jones et al (2019) και τρία εργαλεία τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί διεθνώς: το missed care survey (Kalisch and Williams 2009), το BERNCA (Schubert et al, 2008) και το PIRNCA (Jones,2014).

Έγινε ένα προσχέδιο του ερωτηματολογίου που στόχευε να διερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών για το είδος των παραλείψεων, αν πιστεύουν ότι οι παραλείψεις νοσηλευτικής φροντίδας θέτουν σε κίνδυνο την ΑΑ, τους λόγους που συμβαίνουν και τέλος τις απόψεις τους για τις εκβάσεις που πιθανό να προκύψουν από τις παραλείψεις οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την ΑΑ. Το ερωτηματολόγιο αποφασίστηκε να είναι σύντομο με απλά ερωτήματα για τη μείωση του κινδύνου μη ικανοποιητικής απόκρισης στου ανοικτού τύπου ερωτήματα, καθώς θα δινόταν σε συνέχεια των άλλων 2 ερωτηματολογίων που αυτο-αξιολογούσαν τις αποκτηθείσες γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες τους για την ΑΑ από το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα.

Τα ερωτήματα στόχευαν στη μελέτη των απόψεων των φοιτητών σε σχέση με:

α) το είδος των νοσηλευτικών φροντίδων που παραλείπονται με σκοπό να διευκρινιστεί εάν οι παραλείψεις φροντίδας, γίνονται αντιληπτές από τους φοιτητές, καθώς η ΑΑ στηρίζεται σε ένα ευσυνείδητο και με αυξημένη αίσθηση καθήκοντος προσωπικό.

β) τους πιθανούς αιτιολογικούς λόγους (παράγοντες) για τους οποίους παραλείπονται νοσηλευτικές δραστηριότητες φροντίδας, με στόχο την αναζήτηση των βαθύτερων συστημικών παραγόντων που οδηγούν τις αποφάσεις των νοσηλευτών για την παράλειψη ή όχι μιας φροντίδας.

γ) τις σχετιζόμενες με τις αναφερόμενες παραλείψεις, εκβάσεις που θα μπορούσαν να προκύψουν ως αποτέλεσμα των λαθών παράλειψης, αξιολογώντας την άποψη τους για τη σοβαρότητα τους στην εξασφάλιση της ΑΑ και τη σταδιακή δημιουργία κουλτούρας αντιμετώπισης συμβάντων (παραλείψεων) που θέτουν σε κίνδυνο την ΑΑ

Οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις ήταν του τύπου αυτό-συμπλήρωσης όπου ο ερωτώμενος φοιτητής θα κατάγραφε σε συντομία τις απόψεις του. Τα ερωτήματα που αναπτύχθηκαν :

1. Η συχνότητα και είδος των παραλείψεων

α. Έχετε παρατηρήσει νοσηλευτικές φροντίδες να παραλείπονται; ΝΑΙ/ ΟΧΙ .

β Πόσο συχνά έχεις παρατηρήσει κατά την παρούσα κλινική σου πρακτική να συμβαίνουν παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα ( καθόλου=0, Πολύ σπάνια -1-4, Σπάνια 5-9, Συχνά 10-14 και Πολύ συχνά 15- και πάνω)

γ. Ποιες νοσηλευτικές φροντίδες έχεις παρατηρήσει να παραλείπονται συχνότερα στην πρόσφατη κλινική σου πρακτική; Ανάφερε

2. Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες

α. Οι παραλείψεις στη ΝΦ πιστεύεται σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών (5βαθμη κλίμακα συμφωνίας, 1= Συμφωνώ απόλυτα, 2= Συμφωνώ, 3= Διαφωνώ 4= Διαφωνώ απόλυτα, 5=Δεν γνωρίζω )

2β. Για ποιους λόγους (παράγοντες) πιστεύεις παραλείπονται οι φροντίδες που ανέφερες; Ανάφερε.

3. Σχετιζόμενες με τις αναφερόμενες παραλείψεις εκβάσεις

α. Οι παραλείψεις που έχεις αναφέρει σε ποιες εκβάσεις (αποτελέσματα) πιστεύεις μπορούν να οδηγήσουν, που να θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών; Ανάφερε

Πριν τα ερωτήματα δόθηκε ο ορισμός των «παραλείψεων νοσηλευτικής φροντίδας» (error of omission) για την καλύτερη εξοικείωση με την έννοια:«Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες/πράξεις, που θα έπρεπε κανονικά να δοθούν στον ασθενή και που για διάφορους λόγους, δεν έχουν διεκπεραιωθεί (γίνει), ή δεν διεκπεραιώθηκαν σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, ή δόθηκαν καθυστερημένα ή ανατέθηκαν σε άλλους, π.χ. στην οικογένεια » (Kalisch et al. 2009, Schubert et al. 2009, Papastavrou et al. 2013, Rancare Cost Action15208 project).

**Στο δεύτερο βήμα** εξετάστηκε η εγκυρότητα όψεως από 2 νοσηλευτές και 2 ακαδημαϊκούς καθηγητές νοσηλευτικής με ερευνητική εμπειρία επί του θέματος. Με βάση τις δικές τους εισηγήσεις, σχόλια και παρατηρήσεις (προσωπική επαφή-συζήτηση), διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο τροποποιώντας και βελτιώνοντας τη διατύπωση των ερωτημάτων.

**Στο τρίτο βήμα** τα ερωτήματα των παραλείψεων δόθηκαν μαζί με τα άλλα ερωτηματολόγια της μελέτης για πιλοτική δοκιμή, όπως θα υποβαλλόταν στην τελική έρευνα για να δοθεί και μια πρώτη εικόνα της διάρκειας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Ο βασικός του σκοπός της πιλοτικής ήταν να εντοπίσουν προβλήματα στη διατύπωση, κατανόηση περιεχομένου ή τη σειρά εμφάνισης των ερωτήσεων. Δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές και φαίνεται να έμπιπτε και στα χρονικά περιθώρια καθώς όλα τα ερωτήματα απαντήθηκαν ικανοποιητικά. Έτσι διαμορφώθηκε η τελική μορφή του.

## 7.5 Ηθικά ζητήματα

Για τη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες πρώτα από τους ερευνητές που ανέπτυξαν τα ερωτηματολόγια ακολούθως από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (αριθμός αίτηση της παρούσας έρευνας ΕΕΒΚ ΕΠ 2018.01.61), το Συμβούλιο του Τμήματος Νοσηλευτικής του κάθε πανεπιστημίου και τέλος από τον υπεύθυνο καθηγητή του θεωρητικού μαθήματος που επιλέχτηκε για να δοθούν τα ερωτηματολόγια. Η έρευνα ακολούθησε τις πρόνοιες του Νόμου περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του 2001 (Ν.138(Ι)/2001) με τρόπο που διασφαλίζεται η τήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Οι συμμετέχοντες φοιτητές ενημερώθηκαν τόσο γραπτά όσο και προφορικά για το σκοπό της έρευνας και για την εθελούσια συμμετοχή τους στην έρευνα πριν δοθούν τα ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια. Να σημειωθεί ότι δεν υπήρχε καμία σχέση εξάρτησης φοιτητών και ερευνήτριας καθότι η ερευνήτρια δεν δίδασκε και δεν βαθμολογούσε τα 2 έτη σπουδών (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος σπουδών) που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ερευνήτρια, η οποία αμέσως μετά εγκατέλειψε το χώρο διδασκαλίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από μέρους κάθε συμμετέχοντος θεωρήθηκε ως αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν σε κουτί, αμέσως μετά την συμπλήρωση τους από ένα συμφοιτητή τους που ορίστηκε από τους ίδιους τους φοιτητές. Στην Ελλάδα δόθηκε από δύο 4ετείς φοιτήτριες του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου ακολουθώντας την ίδια τακτική να δοθούν τα ερωτηματολόγια και μετά να εγκαταλείψουν την αίθουσα.

## 7.6 Πιλοτική Μελέτη

Στο στάδιο της πιλοτικής μελέτης αξιολογήθηκε ο βαθμός κατανόησης και ερμηνείας του ερωτηματολογίου. Με το πιλοτικό ερωτηματολόγιο έγινε προσπάθεια εξακρίβωσης α)ελέγχου αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων, β)εάν οι χρησιμοποιούμενοι όροι γίνονται εύκολα κατανοητοί ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές στα ερωτηματολόγια γ) ελέγχου του απαραίτητου χρόνου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Το ερευνητικό δείγμα της πιλοτικής εφαρμογής των ερωτηματολογίων αποτελέσαν 62 απόφοιτοι νοσηλευτές (έτος αποφοίτηση 2016 και 2017) οι οποίοι κλήθηκαν μέσω του διαδικτύου να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια τον Απρίλιο του 2018. Το κριτήριο για τη στρατολόγηση των πρόσφατα αποφοιτήσαν των νοσηλευτών είναι γιατί αντιπροσώπευαν σε μεγάλο βαθμό τον πληθυσμό της μελέτης που ήταν 3 ετείς και 4 ετείς φοιτητές. Οι απόφοιτοι ενθαρρύνθηκαν να γράψουν απόψεις και παρατηρήσεις που σχετίζονται με την κατανόηση των ερωτήσεων, αναδιατύπωση λέξεων, σαφήνεια κ.λπ. καθώς και το χρόνο που απαιτήθηκε για την συμπλήρωση ολόκληρου του ερωτηματολογίου. Οποιαδήποτε σχόλια ενσωματώθηκαν και κυρίως αφορούσαν την διατύπωση ώστε να είναι φιλικά προς τους ερωτώμενους φοιτητές και επιτρέπουν τη συλλογή δεδομένων που είναι πιο ακριβή.

### Αποτελέσματα Πιλοτικής

Στην πιλοτική μελέτη απάντησαν τελικά 59 απόφοιτοι νοσηλευτές από Κύπρο μέσης ηλικίας  $22,1 \pm 2$  ετών. Οι 44 (74,6%) ήταν γυναίκες και οι υπόλοιποι άντρες (Πίνακας 7)

Πίνακας 7. Πιλοτική μελέτη -Δημογραφικά στοιχεία

		N	%
Φύλο	Άρρεν	15	25,4%
	Θήλυ	44	74,6%
Έτος αποφοίτησης	2016	33	55,9%
	2017	26	44,1%
Ηλικία	Μέσος Όρος (Τυπική Απόκλιση)	24,1 (2)	



Το ΗΡΕΡSS είχε υψηλούς δείκτες εσωτερικής συνέπειας ( $\alpha > 0.80$ ) όσο αφορά τις γνώσεις για την ασφάλεια των ασθενών στις αίθουσες διδασκαλίας και στους χώρους κλινικής άσκησης. Όσο αφορά τις δηλώσεις της σε σχέση με τη νοσηλευτική εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας ασθενών ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας ήταν επίσης υψηλός ( $\alpha = 0.86$ ).

Το ΗΡΡSACS είχε ικανοποιητικό δείκτη εσωτερικής συνέπειας όσο αφορά το σύνολο του εργαλείου ( $\alpha = 0.76$ ). Συγκεκριμένα, οι παράγοντες «Άνεση» (Comfort) ( $\alpha = 0,82$ ) και «Αναφορά Λάθους» (Error reporting) ( $\alpha = 0,62$ ) είχαν ικανοποιητικό δείκτη, ενώ οι παράγοντες «Άρνηση» (Denial) ( $\alpha = 0,57$ ) και «Κουλτούρα» (Culture) ( $\alpha = 0,37$ ) χαμηλό. Ωστόσο, στον παράγοντα «Άρνηση» ο δείκτης αξιοπιστίας ανεβαίνει στο 0,62 αν αφαιρεθεί η δήλωση 11 «Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στη μείωση μελλοντικών λαθών» και στον παράγοντα «Κουλτούρα» ο δείκτης αξιοπιστίας ανεβαίνει στο 0,52 αν αφαιρεθεί η δήλωση 1 (παράρτημα II).

Στην αναθεώρηση της πιλοτικής μελέτης των ερωτηματολογίων από την 3μελή ερευνητική ομάδα λαμβάνοντας υπόψη τους την ανάλυση της αξιοπιστίας, τα σχόλια, τις εισηγήσεις και παρατηρήσεις που έγιναν από τους συμμετέχοντες. Προέκυψε η επαναδιατύπωση 3 δηλώσεων προκειμένου να είναι περισσότερο κατανοητές στους συμμετέχοντες: Συγκεκριμένα οι προσαρμογές για το ερωτηματολόγιο ΗΡΕΡSS αφορούσε στις δηλώσεις 10, 27 και 34. Ο λόγος ήταν ότι τρεις φοιτητές περιέγραψαν τις αναφερόμενες δηλώσεις ως μεγάλες σε έκταση πρόταση, γεγονός που τους δυσκόλευε στη κατανόηση και αναγκάζονταν να διαβάσουν τη δήλωση 2-3 φορές (Για περισσότερες λεπτομέρειες (παράρτημα II)). Σε σχέση με τις δηλώσεις 1 και 11 του ερωτηματολογίου ΗΡΡSACS αποφασίστηκε να μην αφαιρεθεί καμία αλλά να τύχουν της ανάλογης γλωσσικής επεξεργασίας.

## **7.7 Στατιστική επεξεργασία ποσοτικών δεδομένων**

Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση, αξιολόγηση αξιοπιστίας με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha στο σύνολο και ανά παράγοντα στα δύο

ερωτηματολόγια HPEPSS και HPPSACS. Η αξιολόγηση εγκυρότητας δομής του έγινε για το « *Ερωτηματολόγιο για τις στάσεις και τις δεξιότητες των φοιτητών για την ασφάλεια*» (HPPSACS).

Για το ερωτηματολόγιο HPEPSS στην περιγραφική στατιστική υπολογίστηκαν τα σκορ των παραγόντων των εργαλείων ως ο μέσος όρος και τυπική απόκλιση των δηλώσεων σε μία 5-βάθμια κλίμακα Likert [1=Διαφωνώ πλήρως, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ απόλυτα], όπως και για την κάθε δήλωση ξεχωριστά. Επίσης υπολογίστηκαν και τα ποσοστά των δηλώσεων ομαδοποιώντας τις απαντήσεις σε 3-βάθμια κλίμακα αντί της 5-βάθμια δηλαδή 1=Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα, 2=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 3= Συμφωνώ/ Συμφωνώ Απόλυτα). Η χρήση κλίμακας 3 σημείων θεωρήθηκε σκόπιμη για την πιο ξεκάθαρη εικόνα του βαθμού διαφωνίας συμφωνίας και του κέντρου. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 21.

#### **A. Έλεγχος Κανονικότητας των ερωτηματολογίων**

Για το HPEPSS διερευνήθηκε η κανονικότητα των τελικών σκορ των παραγόντων με τη χρήση των συντελεστών λοξότητας και κύρτωσης, όπως και με έλεγχο κανονικότητας (Shapiro-Wilk). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπου η υπόθεση της κανονικότητας απορρίφθηκε με  $p < 0.001$ . Όλοι οι παράγοντες είχαν αρνητική λοξότητα, ενώ δύο παράγοντες (κλινική ασφάλεια-αίθουσες διδασκαλίας και κουλτούρα ασφάλειας- αίθουσες διδασκαλίας) είχαν και μεγάλη θετική κύρτωση. Η αρνητική λοξότητα των παραγόντων οφείλεται στις πολύ λίγες απαντήσεις στις χαμηλές κατηγορίες των δηλώσεων (πχ στις κατηγορίες Likert 1-2), που οδήγησαν στη συγκέντρωση των τιμών των παραγόντων πάνω από 3.

Επίσης διερευνήθηκε η κανονικότητα των τελικών σκορ των παραγόντων του ερωτηματολογίου HPPSACS με τη χρήση των συντελεστών λοξότητας και κύρτωσης, όπως και με έλεγχο κανονικότητας (Shapiro-Wilk). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπου η υπόθεση της κανονικότητας απορρίφθηκε με  $p < 0.001$ .

Επομένως, παρόλο που το μέγεθος δείγματος είναι αρκετά μεγάλο ώστε να δικαιολογεί τη χρήση παραμετρικών ελέγχων, χρησιμοποιήθηκαν και μη-παραμετρικοί έλεγχοι για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων. Το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους στατιστικούς ελέγχους ήταν το 5%.

## **B. Άλλες στατιστικές δοκιμασίες**

- Εφαρμόστηκε η παραμετρική δοκιμασία paired samples t-test, όπως και η αντίστοιχη μη-παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon signed-rank test, για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων τιμών μεταξύ των δύο χώρων εκπαίδευσης (αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) – κλινική άσκηση (ΚΑ)). Οι έλεγχοι αυτοί έγιναν και για το συνολικό δείγμα, αλλά και ξεχωριστά για κάθε χώρα (Κύπρος και Ελλάδα)
- Εφαρμόστηκε η παραμετρική δοκιμασία independent samples t-test, όπως και η αντίστοιχη μη-παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney test, για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων τιμών των κλιμάκων μεταξύ των δύο χωρών (Κύπρος – Ελλάδα) όπως και για τη σύγκριση των δύο ετών σπουδών (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος).
- Για τη σύγκριση των δηλώσεων του ερωτηματολογίου HPEPSS εφαρμόστηκε ο έλεγχος Wilcoxon signed-rank test για ΑΔ-ΚΑ και ο έλεγχος Mann-Whitney για Κύπρος-Ελλάδα, 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος.
- Έγινε έλεγχος με το δείκτη γραμμικής συσχέτισης Pearson R για την ύπαρξη ή όχι συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων των 2 ερωτηματολογίων (HPEPSS και HPPSACS). Δηλαδή αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των απόψεων των φοιτητών για τις αποκτηθείσες γνώσεις που έχουν αποκτήσει στις αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και κλινική άσκηση (ΚΑ) με τις στάσεις και την άνεση εφαρμογής δεξιοτήτων σε σχέση με την αναφορά λαθών
- Για την ανάλυση των απόψεων των φοιτητών για τις παραλείψεις έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση των ερωτημάτων κλειστού τύπου.

## 7.8 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων –Ανάλυση περιεχομένου

Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από του ανοικτού τύπου ερωτήματα για το φαινόμενο των παραλείψεων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis). Κύριο χαρακτηριστικό της μεθόδους αυτής είναι ότι η αναζήτηση των θεμάτων γίνεται στη βάση συστήματος κατηγοριών και προκαθορισμένων ερωτημάτων (Kyngäs et al., 2020)

Τα δεδομένα ήταν σε μορφή σύντομων απαντήσεων που περιλάμβαναν στη πλειοψηφία λέξεις ή μικρές φράσεις, ενώ σε πολλές περιπτώσεις οι απαντήσεις ήταν περισσότερες από μία (κυμάνθηκαν από 0-3) σε κάθε ερώτημα. Οι λέξεις και/ή φράσεις ταξινομήθηκαν στην excel και κάθε κελί αντιπροσώπευε μια απάντηση, στην προσπάθεια των ερευνητών να αναγνωρίσουν, ίδιες, συνώνυμες λέξεις ή φράσεις με το ίδιο νόημα.. Αφού εκ των προτέρων καθορίστηκαν οι 3 μεγάλες ομάδες με βάση τα ερωτήματα :

1<sup>η</sup> ομάδα, το είδος των παραλειπόμενων φροντίδων (που οι φοιτητές έχουν παρατηρήσει),

2<sup>η</sup> ομάδα, οι λόγοι των παραλείψεων και

3<sup>η</sup> ομάδα, οι εκβάσεις από τις παραλείψεις,

Οι απαντήσεις που έκφραζαν την ίδια ή παρόμοια σημασία (π.χ. Σωματική υγιεινή, προσωπική υγιεινή) ομαδοποιήθηκαν σε μία κοινή ονομασία δίνοντας κωδικούς (π.χ Υγιεινή). Με τη χρήση του συστήματος της excel γράφτηκαν όλες οι απαντήσεις από μια φορά αφαιρώντας τις διπλοεγγραφές με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά ο αριθμός των αρχικών κωδικοποιήσεων. Η κάθε απάντηση μελετήθηκε από την παρούσα ερευνήτρια και την επιβλέπουσα καθηγήτρια της. Ακολουθήθηκε επαγωγική διαδικασία κωδικοποίησης. Οι κωδικοί ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες και οι κατηγορίες στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν σε θεματικές ενότητες στις οποίες προσδόθηκαν ονομασίες (π.χ. Θεματική ενότητα = Βασικές Ανάγκες Ασθενών). Η κατηγοριοποίηση και οι θεματικές ενότητες συζητήθηκαν αρχικά με την κύρια επιβλέπουσα της μελέτης και στη συνέχεια με τα άλλα δύο μέλη της ομάδα (ΑΧ και ΑΜ) όπου αποφασίστηκαν οι κατηγορίες και οι θεματικές ενότητες. Στον πίνακα 8 φαίνεται ένα ενδεικτικό παράδειγμα των βημάτων της ανάλυσης.

Πίνακας 8: Ενδεικτικό παράδειγμα από τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων ανοικτού τύπου

Απαντήσεις των φοιτητών για παραλείψεις	Κωδικός	Κατηγορία	Θεματική ενότητα
Σωματική υγιεινή, Προσωπική υγιεινή, λουτρό κλίνης, μη αλλαγή πάνας έγκαιρα, Ανεπαρκής καθαριότητα, το λουτρό κλίνης γίνεται πολύ γρήγορα	Σωματική υγιεινή	Σωματική υγιεινή	Βασικές ανάγκες ασθενών
Στοματική υγιεινή, καθαριότητα στόματος, φροντίδα στόματος , Ξέπλυμα στόματος μετά από φαγητό	Στοματική υγιεινή	Σωματική υγιεινή	Βασικές ανάγκες ασθενών
Παράλειψη χορήγησης επαρκούς τροφής στους ασθενείς, η σίτιση δεν γίνονταν όταν το φαγητό ήταν ζεστό, μπορεί ο ασθενής να μην έφαγε και έφευγαν το φαγητό	Παράλειψη χορήγησης επαρκούς τροφής στους ασθενείς	Διατροφή	Βασικές ανάγκες ασθενών
Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, δεν ενδιαφέρονται για τη ξεκούραση του ασθενούς, μιλούν δυνατά ακόμα και όταν βλέπουν τον ασθενή να κοιμάται , όχι εγκαίρη ανακούφιση πόνου	Ύπνος, ανακούφιση	Εξασφάλιση άνεσης και ανάπαυσης	Βασικές ανάγκες ασθενών
Περιποίηση τραύματος, περιποίηση τραύματος με σωστό τρόπο, φροντίδα ουροκαθετήρα και άλλων καθετήρων π.χ τραχειοστομίας,	Φροντίδα τραύματος & καθετήρων σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας	Μη διατήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας	Μη ασφαλής φροντίδα
Μη τήρηση πρωτοκόλλων, ειδικά σε σχέση με τα μέτρα πρόληψης λοιμώξεων (π.χ αλλαγή και χρήση γαντιών, τοποθέτηση καθετήρων, πλύσιμο χεριών) Μη τήρηση αρχών ασηψίας όσον αφορά στη φροντίδα ΕΦΥ	Τήρηση πρωτοκόλλων μείωσης λοιμώξεων	Διατήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας	Μη ασφαλής φροντίδα
Κινητοποίηση, αλλαγή θέσης,, μέτρα πρόληψη κατακλίσεων	Τήρηση πρωτοκόλλων	Τήρηση πρωτοκόλλων	Μη ασφαλής φροντίδα
Έλεγχο των 5 ορθών βημάτων χορήγησης των φαρμάκων καθώς και η προετοιμασία των φαρμάκων, διαχείριση του πόνου	Χορήγηση φαρμάκων	Ασφαλής χορήγηση φαρμάκων	Μη ασφαλής φροντίδα
Συναισθηματική, ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη, επικοινωνία ενημέρωση οικογένειας και ασθενούς	Επικοινωνία Ενημέρωση υποστήριξη	Επικοινωνία και ενημέρωση	Επικοινωνία, υποστήριξη οικογένειας και ασθενούς
Ζωτικά σημεία, συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες, ολιστική προσέγγιση,	Αξιολόγηση	Αξιολόγηση αναγκών	Αξιολόγηση αναγκών
Ιδιωτικότητα σε ηλικιωμένους, άσημη συμπεριφορά, ασέβεια, εχεμύθεια	Συμπεριφορά Αξιοπρέπεια	Αξιοπρέπεια – Σεβασμός	Αξιοπρέπεια Σεβασμός

## 8 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με α) τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη πεδίου, β) τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με το πως αντιμετωπίζονται γενικά τα θέματα ΑΑ στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, γ) τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε ειδικά θέματα ΑΑ στις Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ) και χώρους κλινικής άσκησης (ΚΑ) δ) τις απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις που έχουν διαμορφώσει και την άνεση τους για τις δεξιότητες που έχουν αποκτήσει όσο αφορά στην ΑΑ και την αναφορά λαθών. Τα αποτελέσματα θα παρουσιάζονται στο σύνολο (ανεξαρτήτως έτους σπουδών και χώρας), ανά χώρα (Κύπρος –Ελλάδα και ανά έτος σπουδών (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος). Οι διαφορές διερευνήθηκαν μεταξύ ΑΔ και ΚΑ, μεταξύ ετών σπουδών (3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος ) και μεταξύ χωρών (Κύπρος – Ελλάδα)

### 8.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά διανεμήθηκαν 610 ερωτηματολόγια σε 229 φοιτητές από την Κύπρο από τα 4 πανεπιστήμια της Κύπρου (1 δημόσιο και 3 ιδιωτικά πανεπιστήμια) και 381 φοιτητές από την Ελλάδα. Επιστράφηκαν 486 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (Κύπρος 197, Ελλάδα 289), αριθμός που αντιστοιχεί σε ποσοστό ανταπόκρισης 79,5%, ποσοστό ιδιαίτερα ικανοποιητικό συγκρινόμενο με την ανταπόκριση αντίστοιχων μελετών που το ποσοστό κυμάνθηκε από 11% έως 97,4% (Stevanin et al. 2015, Colet et al. 2015, Raymond et al. 2017, Usher et al. 2017). Συγκεκριμένα για την Κύπρο από τους τριτοετείς φοιτητές επιστράφηκαν 104 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 91,2%) ποσοστό που αντιστοιχεί στο 52.8% του συνόλου των φοιτητών και 93 ερωτηματολόγια από τους τεταρτοετείς φοιτητές (ποσοστό ανταπόκρισης 78,2 %) ποσοστό που αντιστοιχεί στο 47.2% του συνόλου των φοιτητών. Από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο επιστράφηκαν από τους τριτοετείς 130 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 77,8 %) ποσοστό που αντιστοιχεί στο 45% του συνόλου των φοιτητών. Από τους τεταρτοετείς φοιτητές επιστράφηκαν 159 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 73,8 %) ποσοστό που αντιστοιχεί στο 55% του συνόλου των φοιτητών. Στην Κύπρο φοιτούσαν στο ΤΕΠΑΚ 144 φοιτητές (73,1%), στο Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο 29 φοιτητές(14,7%), στο

Πανεπιστήμιο Frederick 16 φοιτητές (8,1%) και στο Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, 8 φοιτητές (4,1%). Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες [78,2% Κύπρος, 87,2% Ελλάδα](Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Χώρα προέλευσης	Κύπρος		Ελλάδα		Σύνολο	
	N=197	40.5%	N=289	59.5 %	486	
<b>Φύλο</b>						
Άντρας	43	21,8%	37	12,8%	80	16.5%
Γυναίκα	154	78,2%	252	87,2%	307	83.5%
<b>Έτος σπουδών</b>						
3 <sup>ο</sup>	104	52,8%	130	45,0%	134	48.1%
4 <sup>ο</sup>	93	47,2%	159	55,0%	252	51.9%
<b>Ηλικία</b>	21,7 ± 1,3 [Ελ. 20, Μεγ.30]		22,3 ± 3,3 [Ελ.20 – Μεγ.47]			
<b>Πανεπιστήμιο</b>						
ΤΕΠΑΚ	144	73,1%	-	-		
Ευρωπαϊκό	29	14,7%	-	-		
Frederick	16	8,1%	-	-		
Πανεπιστήμιο						
Λευκωσίας	8	4,1%	-	-		
Καποδιστριακό	-	-	289	100,0%		

## 8.2 Οι απόψεις των φοιτητών για το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση

Ακολουθεί η παρουσίαση των απόψεων των φοιτητών για το πως αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση με μέσους όρους, τυπική απόκλιση, και τα ποσοστά των δηλώσεων σε 3 σημεία. Επίσης παρουσιάζεται η διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών μεταξύ χωρών και ετών σπουδών.

Αυτό το μέρος του Ερωτηματολόγιου ΗΡΕΡSS, διερευνά πώς αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στο πρόγραμμα κατά τη νοσηλευτική προπτυχιακή εκπαίδευση, με τις απαντήσεις να δίνονται στη 5-βαθμη κλίμακα Likert(1=διαφωνώ απόλυτα και 5=συμφωνώ απόλυτα). Ο μο όλων των δηλώσεων βρέθηκε 3.62.

Πίνακας 10: Μέσος όρος (5βαθμή κλίμακα) (Τυπική Απόκλιση) και ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας σχετικά με το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση (HPEPSS- μέρος 2) στο σύνολο

HPEPSS- μέρος 2	Κύπρος -Ελλάδα	Κύπρος (n=197)		Ελλάδα(n=288)	
Cronbach's a=0,85 (7δηλώσεις)	MO(TA)	MO(TA)		MO(TA)	
Πως τα ευρύτερα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στο πρόγραμμα σπουδών	3.62 (0.73)	4.0 (0.6)		3.3 (0.7)	
		3ο έτος MO(TA)	4ο έτος MO(TA)	3ο έτος MO(TA)	4ο έτος MO(TA)
		3.9(0.6)	4.2 (0.6)	3.2(0.7)	3.5 (0.6)

### Ανά Δήλωση

Οι μέσοι όροι των δηλώσεων κυμάνθηκαν μεταξύ 3.3 με 4.0. Η δήλωση με το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας είναι η δήλωση: 31 «Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους» με μο 4.0 και με ποσοστό συμφωνίας 80% και η δήλωση 33 «Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας» με μο συμφωνίας 3.9 και ποσοστό 71% ( πίνακας 7).

Το χαμηλότερα επίπεδα συμφωνίας ως προς το πως τα θέματα ΑΑ συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα, παρουσιάστηκαν στις δηλώσεις 28 και 29 με μο 3.3 στη κλίμακα 1-5, και με ποσοστό 49% και 47% αντίστοιχα στο συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα. Παράλληλα όμως οι συγκεκριμένες δηλώσεις παρουσίαζαν και τα υψηλότερα ποσοστά διαφωνίας 29% (δήλωση 28) και 22% (δήλωση 29) αντίστοιχα. Υψηλό επίπεδο στην επιλογή «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» που έφτανε στο 31 % και 33% δηλώθηκε στις δηλώσεις 29 και 34.

Πίνακας 11. Ποσοστά 3-σημείων, μέσος όρος (5 βαθμη κλίμακα),(τυπική απόκλιση) των δηλώσεων σχετικά με το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη εκπαίδευση (HPEPSS- μέρος 2) στο σύνολο

HPEPSS Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	MO(TA)
31.Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους	7%	14%	80%	4.0(0.9)
33.Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	12%	17%	71%	3.9(1.0)
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	15%	20%	65%	3.7(1.1)



32.Η ασφάλεια ασθενών περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο όλο πρόγραμμα	12%	29%	58%	3.6(1.0)
34.Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών έχουν καλυφθεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον,	15%	33%	53%	3.5(1.0)
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ασφάλειας των ασθενών τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	22%	31%	47%	3.3(1.0)
28.Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	29%	22%	49%	3.3(1.2)

οι φοιτητές δεν πιστεύουν σε μεγάλο βαθμό ότι υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές κατά την κλινική εκπαίδευση τους και ότι οι αρμοδιότητες της πρακτικής τους δεν ήταν ξεκάθαρες, αφού έχουν τους χαμηλότερους ΜΟ.

### **8.2.1 Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση ανά Χώρα**

Ο μ.ο συμφωνίας στις δηλώσεις ως προς τα πως τα ευρύτερα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στο πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης διαφέρει μεταξύ των χωρών, με τους Κύπριους φοιτητές να δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας από τους Ελλαδίτες. Στην Κύπρο η δήλωση 33 είχε τον υψηλότερο μο (4.3) συμφωνίας. Το χαμηλότερο μο (3.8), παρουσίασε η δήλωση 29. Στην Ελλάδα τον υψηλότερο μ.ο συμφωνίας (3.8) είχε η δήλωση 31 και το χαμηλότερο μο (2.9) η δήλωση 28. Στην σύγκριση των δηλώσεων (Mann-Whitney test) μεταξύ των χωρών παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.001$ ) ανάμεσα στην Ελλάδα και Κύπρο σε όλες τις δηλώσεις, με τους κύπριους φοιτητές να δηλώνουν σαφώς υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς το πως αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχέση με τους Ελλαδίτες φοιτητές. Γενικά οι Κύπριοι φοιτητές σε σύγκριση με τους Ελλαδίτες φοιτητές δηλώνουν ότι οι αρμοδιότητες τους ήταν πιο ξεκάθαρες, λιγότερη ασυμφωνία μεταξύ των κλινικών συντονιστών κατά την κλινική εκπαίδευση τους, περισσότερες ευκαιρίες μάθησης και αλληλεπίδρασης με άλλους επαγγελματίες, υψηλότερη συμφωνία ότι η αναφορά λάθους μπορεί να οδηγήσουν στην επανεμφάνισή τους και ότι θέματα ΑΑ και οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ έχουν καλυφθεί επαρκώς (πίνακας 12)

Πίνακας 12. Ποσοστά, Μέσος όρος (5-βαθμη κλίμακα)(Τυπική Απόκλιση), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων για το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση ( ΗPEPSS-μέρος 2) ανά χώρα

Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση	Κύπρος (n=197)				Ελλάδα (n=289)				Mann-Whitney test	
	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	U	Sig. (2-tailed)
28.Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	9.7%	15.3%	75.0%	3.9(1.0)	42.7%	26.2%	31.1%	2.9 (1.1)	13532.0	<0.001
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	7.7%	25.0%	67.3%	3.8(0.9)	31.1%	35.3%	33.6%	3.0(1.0)	15415.0	<0.001
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	7.7%	14.4%	77.9%	4.0(0.9)	19.5%	24.0%	56.4%	3.5(1.1)	20190.0	<0.001
31.Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους	3.1%	7.7%	89.3%	4.3(0.7)	9.4%	17.5%	73.1%	3.8 (0.9)	19977.5	<0.001
32. Η ΑΑ περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο πρόγραμμα	5.2%	19.3%	75.5%	4.0(0.9)	16.7%	36.2%	47.0%	3.4 (0.9)	16972.0	<0.001
33.Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ΑΑ είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	3.1%	8.2%	88.8%	4.3(0.8)	17.8%	23.1%	59.1%	3.5 (1.0)	15473.0	<0.001
34.Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές)	4.6%	23.0%	72.4%	3.4(0.9)	21.3%	39.7%	39.0%	3.2(1.0)	17188.0	<0.001

## 8.2.2 Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση ανά έτος σπουδών

Το υψηλότερο μο συμφωνίας έχει η δήλωση 31 και το χαμηλότερο η δήλωση 28 και στα 2 έτη σπουδών. Στις συγκρίσεις των μο (Mann-Whitney test) μεταξύ των ετών παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 3ετείς και 4ετείς φοιτητές, με τους 4ετείς να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς τα βαθμό που θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται στο πρόγραμμα, σε σχέση με τους 3ετείς, στις δηλώσεις 30 και 34 (Πίνακας 13). Φαίνεται ότι οι 4 ετείς αναγνώριζαν περισσότερες ευκαιρίες μάθησης και αλληλεπίδρασης με τη διεπιστημονική ομάδα, όπως επίσης αντιλαμβάνονταν περισσότερο ότι οι οργανωτικοί παράγοντες επηρεάζουν την ΑΑ σε σύγκριση με τους 3ετείς. Ενώ μεταξύ των ετών δεν παρατηρείται διαφορά των απόψεων των φοιτητών όσο αφορά στις αρμοδιότητες τους αν ήταν ξεκάθαρες, ως προς την ασυμφωνία μεταξύ των κλινικών εκπαιδευτών κατά την κλινική εκπαίδευση τους, στις ευκαιρίες μάθησης και αλληλεπίδρασης με άλλους επαγγελματίες, και στο ότι η αναφορά λάθους μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή επανεμφάνισης τους.

Πίνακας 13. Ποσοστά, μέσος όρος (5-βαθμη κλίμακα)(Τυπική Απόκλιση), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων για το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση (συνολικά)

Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση	3ο έτος (n=234)				4ο έτος (n=252)				Mann-Whitney test	
	Διαφωνώ/Διαφων απόλυτα	Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Ευμφωνώ/Ευμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	Διαφωνώ/Διαφωνώ απόλυτα	Όχι συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Ευμφωνώ/Ευμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	U	p
28. Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	31.90%	22.00%	46.10%	3.2(1.2)	26.80%	21.60%	51.60%	3.4(1.2)	26690.5	0.120
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πως τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	22.00%	34.50%	43.50%	3.3(1.0)	21.20%	28.00%	50.80%	3.4(1.0)	27124.5	0.200
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	18.20%	28.10%	53.70%	3.5(1.0)	11.60%	12.70%	75.70%	3.9(1.0)	22239.5	<0.001
31.Η αναφορά συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να	8.20%	13.40%	78.40%	3.9(0.9)	5.60%	13.60%	80.80%	4.0(0.8)	27351.0	0.238

περιορίσουν την επανεμφάνιση τους										
32. Η ΑΑ περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο πρόγραμμα	13.00%	30.90%	56.10%	3.6(0.9)	11.20%	28.10%	60.60%	3.7(1.0)	26402.0	0.120
33.Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ΑΑ είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	15.10%	15.90%	69.00%	3.8(1.1)	8.80%	18.00%	73.20%	4.0(1.0)	26903.5	0.148
34.Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	19.80%	35.30%	44.80%	3.3(1.0)	9.60%	30.70%	59.80%	3.7(0.9)	23338.0	<0.001

\*Sig. (2-tailed)

### Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση ανά έτος σπουδών σε κάθε χώρα

#### Κύπρος

Όσο αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα διάφορα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται από το πρόγραμμα σπουδών οι 4<sup>ο</sup> ετείς φαίνεται να είναι γενικά πιο θετικοί από τους 3<sup>ο</sup> ετείς, με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη, στις δηλώσεις 30 και 34. Επίσης την υψηλότερη κατανομή του ποσοστού στο κέντρο και για τα 2 έτη σπουδών με τους 4<sup>ο</sup> ετείς να έχουν το χαμηλότερο, είχαν οι δηλώσεις 29 (23.7%-4ετείς με 26.2% 3ετείς) «Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές» και 31 (18.3% 4ετείς με 27.2% 3ετείς), «Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους». Την υψηλότερη κατανομή ποσοστού στη διαφωνία παρατηρήθηκε στους 3 ετείς στη δήλωση 29 (11.7%) (Πίνακας 14).

#### Ελλάδα

Παρόμοια αποτελέσματα για τα έτη σπουδών παρουσιάζονται και στην Ελλάδα, όπου οι 4ετείς παρουσιάζουν γενικά υψηλότερο μο συμφωνίας ως προς τα θέματα που συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα σπουδών από τους 3ετείς, με στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη, στις δηλώσεις 28, 30 και 34.. Ενδιαφέρον είναι επίσης τα υψηλά ποσοστά στο κέντρο και στα 2 έτη σπουδών με τους 4<sup>ο</sup> ετείς να έχουν το χαμηλότερο, στις δηλώσεις 29 (30.6% με 41.1%) και 31 (38%-41.9%). Το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας και στα δύο έτη ως προς τον τρόπο που τα

θέματα ΑΑ συμπεριλαμβάνονται είχαν οι δηλώσεις 28 «Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα»<sup>29</sup> «Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ασφάλειας των ασθενών τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές»(πίνακας15).

Παρατηρήθηκε και στις δύο χώρες ότι μεταξύ των ετών σπουδών οι αντιλήψεις των 4 ετών φοιτητών διέφεραν από τους 3 ετείς ως προς τις ευκαιρίες μάθησης στη ΚΑ και το ότι οι οργανωτικοί παράγοντες έχουν καλυφθεί επαρκώς από το πρόγραμμα με τους 4ετείς να έχουν πιο θετική αντίληψη σε σχέση με τα δύο αυτά θέματα

Πίνακας 14. Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι(5βαθμή κλίμακα), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων για το πως αντιμετωπίζονται θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση (HPESS- μέρος 2) μεταξύ των ετών-Κύπρο

Κύπρο HPESS- μέρος 2	3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ότε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΓΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ότε συμφωνώ ούτε	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΓΑ)	U	Sig. (2-tailed)
28.Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	9.7%	15.5%	74.8%	3.9(1.0)	9.7%	15.1%	75.3%	4.0(1.0)	4505.0	0.446
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	11.7%	26.2%	62.1%	3.7(0.9)	3.2%	23.7%	73.1%	4.0(0.9)	4064.5	0.052
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	5.0%	19.8%	75.2%	3.9(0.8)	5.5%	18.7%	75.8%	4.1(0.9)	3751.0	0.007
31.Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους	6.8%	27.2%	66.0%	3.7(0.8)	2.2%	18.3%	79.6%	4.1(0.8)	4441.0	0.331
32.Η ΑΑ περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο όλο πρόγραμμα	4.9%	7.8%	87.4%	4.2(0.8)	1.1%	7.5%	91.4%	4.3(0.7)	4071.0	0.145
33.Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ΑΑ είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	3.9%	9.7%	86.4%	4.3(0.8)	2.2%	6.5%	91.4%	4.4(0.7)	4233.0	0.121
34.Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ έχουν καλυφθεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	10.8%	18.6%	70.6%	3.9(1.0)	4.3%	9.7%	86.0%	4.2(0.8)	3577.5	0.001

Πίνακας 15 Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι (5βαθμή κλίμακα), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων για το πως αντιμετωπίζονται θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση (HPEPSS- μέρος 2) μεταξύ των ετών- Ελλάδα

Ελλάδα HPEPSS- μέρος 2	3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(TA)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(TA)	U	P*
Πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση										
28.Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	49.6%	27.1%	23.3%	2.7(1.1)	36.9%	25.5%	37.6%	3.0(1.1)	8300.0	0.007
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πως τα θέματα ΑΑ τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	30.2%	41.1%	28.7%	2.9(0.9)	31.8%	30.6%	37.6%	3.0(1.0)	9497.0	0.343
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	19.4%	39.5%	41.1%	3.2(0.9)	14.6%	33.5%	51.9%	3.5(0.9)	7250.5	<0.001
31.Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους	30.2%	41.9%	27.9%	3.0(1.0)	13.9%	38.0%	48.1%	3.4(0.9)	9323.5	0.206
32. Η ασφάλεια ασθενών περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο όλο πρόγραμμα	10.9%	17.8%	71.3%	3.7(0.9)	8.3%	17.2%	74.5%	3.9(0.9)	8908.5	0.052
33.Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ΑΑ είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	24.0%	20.9%	55.0%	3.4(1.1)	12.7%	24.8%	62.4%	3.7(1.1)	8922.5	0.069
34. Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	24.0%	35.7%	40.3%	3.2(1.0)	15.8%	14.6%	69.6%	3.7(1.1)	7651.5	<0.001

\*Sig. (2-tailed)

### **8.3 Οι απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ**

Ακολουθεί η παρουσίαση των μο και των ποσοστών συμφωνίας 3 σημείων των αποκτηθέντων γνώσεων σε ειδικά θέματα ΑΑ στο σύνολο ανά χώρα και έτος σπουδών στις Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και στους χώρους κλινικής άσκησης (ΚΑ). Επίσης παρουσιάζονται οι διαφορές ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για τις αποκτηθείσες γνώσεις μεταξύ της διδασκαλίας στις ΑΔ και τους χώρους ΚΑ, μεταξύ χωρών (Κύπρος –Ελλάδα) και ανά έτος σπουδών στους 2 χώρους εκπαίδευσης;

#### **8.3.1 Η αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ στις αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και χώρους κλινικής άσκησης (ΚΑ)**

Ανά παράγοντα (στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας και έτους σπουδών)

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου για τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ» HPEPSS. Όσο αφορά το συνολικό επίπεδο της κλίμακας αυτό-αξιολόγησης των αποκτηθέντων γνώσεων είχαν μέσο όρο  $4 \pm 0.6$  στις αίθουσες διδασκαλίας και  $3.7 \pm 0.8$  στους χώρους κλινικής άσκησης [Εύρος κλίμακας Likert 1=διαφωνώ απόλυτα- 5= συμφωνώ απόλυτα]. Η διάσταση Κλινική ασφάλεια έχει το υψηλότερο επίπεδο τόσο στις αίθουσες διδασκαλίας ( $4.4 \pm 0.7$ ) όσο και στους χώρους κλινικής άσκησης ( $3.9 \pm 0.9$ ). Οι χαμηλότερες μέσες τιμές παρατηρήθηκαν και στους 2 χώρους στη μεταβλητή «Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας» (Πίνακας 16). Ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο χώρων εκπαίδευσης, ( $p < 0.05$ ) σε όλους τους παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι τιμές των κλιμάκων στις ΑΔ ήταν σημαντικά υψηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές στην ΚΑ, για όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου H-PEPSS, δείχνοντας υψηλότερα επίπεδα αποκτηθείσας γνώσης στις ΑΔ σε σχέση με την ΚΑ.

Πίνακας 16. Μέσος όρος (5-βαθμη κλίμακα), (τυπική απόκλιση) και η διαφορά των μέσων (paired samples t-test, Wilcoxon signed-rank test) των παραγόντων του Ερωτηματολογίου ΗΡΕΡSS, στις ΑΔ και ΚΑ, στο σύνολο

ΗΡΕΡSS	Δηλώσεις	Αίθουσες Διδασκαλίας	Κλινική Άσκηση	Paired samples t-test		Wilcoxon signed-rank test	
				t	p	Z	p
<b>Κύπρος – Ελλάδα (n=485)</b>	27	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)				
<b>Συνολική κλίμακα</b>		4,0 (0,6)	3,7 (0,8)	10,507	<0,001	10.085	<0,001
Κλινική ασφάλεια	4	4,4 (0,7)	3,9 (0,9)	11,693	<0,001	10.624	<0,001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	6	3,7 (0,8)	3,5 (0,9)	6,808	<0,001	6.641	<0,001
Αποτελεσματική επικοινωνία	3	4,1 (0,8)	3,8 (0,9)	9,039	<0,001	8.370	<0,001
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3	3,9 (0,9)	3,7 (1,0)	6,108	<0,001	6.130	<0,001
Κατανόηση παραγόντων	3	3,9(0,9)	3,7 (1,0)	5,428	<0,001	5.415	<0,001
Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	4	3,9 (0,8)	3,6 (0,9)	7,212	<0,001	7.038	<0,001
Κουλτούρα ασφάλειας	4	4,1 (0,8)	3,8 (0,9)	7,601	<0,001	7.417	<0,001

#### Ανά δήλωση (στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας και έτους σπουδών))

Εξετάστηκε η κατανομή του ποσοστού συμφωνίας ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις σε θέματα ΑΑ στο ερωτηματολόγιο ΗΡΕΡSS. Οι δηλώσεις είναι κατηγορικές μεταβλητές στην 5-βάθμια κλίμακα Likert (1-5), με μικρά ποσοστά απαντήσεων στις ακραίες κατηγορίες (1 και 5). Παρόλη την κατηγορική τους μορφή, γίνεται πρώτα μια σύγκριση των μέσων όρων για σκοπούς διαισθητικής παρουσίασης των αποτελεσμάτων, ενώ στη συνέχεια εξετάστηκε η κατανομή των ποσοστών στην 3-βάθμια κλίμακα (1=Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα, 2=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 3= Συμφωνώ/ Συμφωνώ Απόλυτα). Τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας παρατηρήθηκαν στον παράγοντα «κλινική ασφάλεια» και για τις ΑΔ και για ΚΑ (πίνακα 17).

#### Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ)

Το ποσοστό συμφωνίας στον παράγοντα «κλινική ασφάλεια» κυμάνθηκε στις ΑΔ στο 83-95%. Βλέποντας τις δηλώσεις ξεχωριστά, το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 1Α «Την υγιεινή των χεριών» (4,6), 4Α «Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά» (4,3), 2Α «Τον έλεγχο λοιμώξεων» (4,3), 3Α «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων» (4,3), με μέσο όρο πέραν του (4.2). Το χαμηλότερο επίπεδο



συμφωνίας παρουσιάζεται στις δηλώσεις 5A «Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη» (3,7), 22A «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή»(3,7), 6A «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3,4), 7A «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» (3,6), με μέσο όρο <3.8 στην κλίμακα Likert 1-5. Αρκετές δηλώσεις στις ΑΔ είχαν ποσοστό μεγαλύτερο του 75%, όπως: η δήλωση 11 (81%), οι δηλώσεις 25 και 26 (80%), οι δηλώσεις 12 και 24 (78%), η δήλωση 17 (77%) και οι δηλώσεις 8, 13, 27 (75%). Ενδιαφέρον είναι ότι στις ΑΔ το ποσοστό «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» κυμάνθηκε στο 4% -28% των φοιτητών, με το υψηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στη δήλωση 6 η οποία παρουσίασε επίσης το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας 23%. (Πίνακας 17).

#### Χώροι κλινικής άσκησης (ΚΑ)

Το ποσοστό συμφωνίας στον παράγοντα «κλινική ασφάλεια» κυμάνθηκε στην ΚΑ στο 66-77%. Βλέποντας τις δηλώσεις ξεχωριστά, το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας στις αποκτηθείσες γνώσεις παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 1A «Την υγιεινή των χεριών» (4,2), 17A «Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς»(3,9), 3A «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων» (3,9), 24A «Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες» (3,9), με μέσο όρο πέραν του 3.8/5. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας, παρουσιάζεται στις δηλώσεις 22A «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή», 7A. «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» και 6A «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης», με μέσο όρο <3.5 στην κλίμακα Likert 1-5.

Στην ΚΑ το ποσοστό της επιλογής στο κέντρο «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ» κυμάνθηκε υψηλότερα από τις ΑΔ στο 12% - 31%. Το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας στη ΚΑ δηλώθηκε στην δήλωση 22 (22%), όπως και το υψηλότερο ποσοστό στο κέντρο «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» (31%). Συγκρίνοντας τις δηλώσεις με έλεγχο Wilcoxon signed-rank, βλέπουμε ότι οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές μεταξύ ΑΔ και ΚΑ για τις περισσότερες δηλώσεις ( $p < 0.05$ ) (εξαιρέση 4 από τις 27 δηλώσεις, οι 3 από τις οποίες ήταν δηλώσεις για την «ομαδική εργασία»)(Πίνακας 17)

Πίνακας 17. Συγκριτικός πίνακας, ποσοστών (3ων βαθμίδων), μέσων όρων ( 5-βαθμη κλίμακα) (τυπική απόκλιση) και διαφορά μέσων (Wilcoxon signed-rank test) του Ερωτηματολογίου ΗΡΕΡSS στις ΑΔ και ΚΑ (σύνολο)

Health Professional Education in Patient Survey (HPEPSS)		.....στις αίθουσες διδασκαλίας				.....στους χώρους κλινικής άσκησης				Wilcoxon signed-rank test Z (p)
Απόψεις των φοιτητών για τις αποκτηθείσες γνώσεις τους		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	
Κλινική ασφάλεια	1 Την υγιεινή των χεριών	1%	4%	95%	4.6 (0,7)	11%	12%	77.0%	4.2(1.1)	8.011 (p<0.001)
	2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	2%	13%	85%	4.3 (0,8)	14%	20%	66.3%	3.8 (1.1)	8.528 (p<0.001)
	3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	4%	13%	84%	4.3(0,9)	11%	21%	67.5%	3.9 (1.0)	6.958 (p<0.001)
	4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	4%	14%	83%	4.3 (0.9)	13%	21%	66.0%	3.8(1.0)	7.885 (p<0.001)
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	12%	26%	62%	3.7 (1.0)	13%	26%	61.8%	3.7(1.0)	0.552 (0.581)
	6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	23%	28%	50%	3.4 (1.1)	20%	30%	49.4%	3.4(1.1)	0.322 (0.747)
	7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	18%	25%	57%	3.6(1.1)	19%	27%	54.1%	3.5(1.1)	1.144 (0.252)
	8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	8%	17%	75%	4.0(1.0)	21%	24%	54.7%	3.5(1.1)	8.299 (p<0.001)
	9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	10%	24%	66%	3.8(1.0)	19%	26%	55.1%	3.5(1.1)	5.227 (p<0.001)
	10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας	10%	21%	69%	3.8(1.0)	21%	27%	52.0%	3.5(1.1)	7.150 (p<0.001)

<b>Αποτελεσματική επικοινωνία</b>	11. Την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	5%	14%	81%	4.2(0.9)	13%	20%	67.9%	3.8(1.0)	5.729 (p<0.001)
	12.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5%	17%	78%	4.1(0.9)	11%	27%	62.3%	3.7(1.0)	6.467 (p<0.001)
	13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	6%	19%	75%	4.1(0.9)	14%	22%	64.3%	3.7(1.1)	5.739 (p<0.001)
<b>Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια</b>	14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	10%	20%	71%	3.9(1.0)	11%	26%	63.3%	3.8(1.0)	2.774 (0.006)
	15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	8%	20%	71%	3.9(0.9)	12%	29%	58.8%	3.7(1.0)	4.954 (p<0.001)
	16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	11%	22%	67%	3.8(1.0)	17%	26%	56.7%	3.6(1.1)	4.961 (p<0.001)
<b>Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων</b>	17.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς	8%	15%	77%	4.0(1.0)	12%	19%	69.7%	3.9(1.0)	3.097 (0.002)
	18.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	9%	23%	67%	3.8(1.0)	16%	27%	57.4%	3.6(1.1)	5.057 (p<0.001)
	19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	11%	21%	68%	3.9(1.0)	15%	25%	60.1%	3.7(1.1)	3.252 (0.001)
<b>Αναγνώριση, και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων</b>	20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	9%	19%	73%	3.9(1.0)	9%	23%	68.1%	3.8(1.0)	1.584 (0.113)
	21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	8%	19%	74%	3.9(0.9)	10%	26%	63.5%	3.7 (0.9)	4.179 (p<0.001)
	22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	13%	24%	63%	3.7(1.0)	22%	31%	47.0%	3.4(1.1)	6.265 (p<0.001)
	23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	10%	19%	71%	3.9(1.0)	17%	26%	57.3%	3.6(1.1)	6.052 (p<0.001)

<b>Κουλτούρα ασφάλειας</b>	24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	5%	17%	78%	4.0(0.9)	7%	21%	71.4%	3.9 (0.9)	3.105 (0.002)
	25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	6%	14%	80%	4.1(0.9)	12%	20%	67.5%	3.8(1.0)	5.867 (p<0.001)
	26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	5%	15%	80%	4.1(0.9)	13%	20%	66.5%	3.8(1.1)	6.639 (p<0.001)
	27.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	7%	17%	75%	4.0(1.0)	13%	24%	63.1%	3.7(1.0)	5.472 (p<0.001)

### 8.3.2 Οι αποκτηθείσες γνώσεις των φοιτητών στις ΑΔ και στην ΚΑ ανά χώρα

#### Ανά παράγοντα σε κάθε χώρα ξεχωριστά (ανεξαρτήτως έτους σπουδών)

Ο πίνακας 14 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά (Μέσος όρος και Τυπική απόκλιση) των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου για τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ» ΗΡΕPSS ανά χώρα προέλευσης. Παρατηρώντας τους παράγοντες ανά χώρα ξεχωριστά φαίνεται ότι η Κύπρος παρουσιάζει ψηλότερους ΜΟ από την Ελλάδα σε όλους τους παράγοντες τόσο σε θεωρητικό όσο και κλινικό επίπεδο σε σχέση με τις γνώσεις που λαμβάνουν οι φοιτητές στην 5-βαθμη κλίμακα Likert. Δηλαδή, παρατηρείται ότι οι φοιτητές στην Κύπρο, αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία τις αποκτηθείσες γνώσεις από το πρόγραμμα σπουδών συγκρινόμενο με τους φοιτητές στην Ελλάδα. Για να εξεταστεί το πιο πάνω με στατιστικούς ελέγχους, έγιναν οι έλεγχοι για διαφορά μέσων (independent samples T-test, Mann-Whitney test) μεταξύ των 2 χωρών τόσο στις ΑΔ όσο και ΚΑ. Πράγματι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο χωρών σε όλους τους παράγοντες, ( $p < 0.001$ ) με τους κύπριους φοιτητές να δηλώνουν υψηλότερους ΜΟ σε σχέση με τους Ελλαδίτες φοιτητές ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις και στους δύο χώρους εκπαίδευσης.

Πίνακας 18. Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα), (τυπική απόκλιση), διαφορά των μέσων (t-test και Mann-Whitney test) των απόψεων των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ, ανά χώρα στις ΑΔ και ΚΑ

ΗΡΕPSS	Κύπρος	Ελλάδα	Independent Samples t-test		Mann-Whitney test	
			t	p*	U	p
<b>Αίθουσες διδασκαλίας</b>	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	p*	U	p
<b>Συνολική κλίμακα</b>	<b>4.3 (0.5)</b>	<b>3.7 (0.6)</b>	<b>11.473</b>	<b>&lt;0.001</b>	12046	<b>&lt;0.001</b>
Κλινική ασφάλεια	4.7(0.5)	4.(0.7)	8.993	<0.001	15146	<0.001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	4.1(0.7)	3.5(0.8)	9.343	<0.001	14806	<0.001
Αποτελεσματική επικοινωνία	4.5(0.6)	3.8(0.8)	10.175	<0.001	13753	<0.001
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	4.3(0.7)	3.6(0.8)	9.581	<0.001	14519	<0.001
Κατανόηση παραγόντων	4.3(0.8)	3.7(0.8)	8.202	<0.001	15969	<0.001
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	4.2(0.7)	3.6(0.8)	8.856	<0.001	15577	<0.001
Κουλτούρα ασφάλειας	4.3(0.6)	3.8(0.7)	6.649	<0.001	17822	<0.001
<b>Χώροι κλινικής άσκησης</b>						
<b>Συνολική κλίμακα</b>	<b>4.1(0.6)</b>	<b>3.4 (0.7)</b>	<b>12.411</b>	<b>&lt;0.001</b>	11018.5	<b>&lt;0.001</b>



### Ανά δήλωση σε κάθε χώρα ξεχωριστά (ανεξαρτήτου έτους σπουδών)

Ακολουθεί η παρουσίαση των μέσων όρων, των ποσοστών 3 σημείων συμφωνίας και οι διαφορές μεταξύ Κύπρου και Ελλάδας σε κάθε δήλωση.

#### **Κύπρος**

##### Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ)

Το υψηλό επίπεδο συμφωνίας για τις γνώσεις που έχουν λάβει στο θεωρητικό επίπεδο παρουσιάζεται σε όλες στις δηλώσεις του παράγοντα «κλινική ασφάλεια»(1-4 δηλώσεις) και το οποίο κυμάνθηκε στο 95.9 -98%, με τη δήλωση 1 «Την υγιεινή των χεριών» να έχει τον αντίστοιχο υψηλότερο μο (4.8) με το αντίστοιχο ποσοστό συμφωνίας 98.5%. Ενδιαφέρον είναι ότι στις ΑΔ το ποσοστό «ούτε συμφωνώ- ούτε διαφωνώ» κυμάνθηκε στο 1% -23.1% των φοιτητών, με το υψηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στη δήλωση 6 «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» και το χαμηλότερο μο =3.9 στην κλίμακα 1-5, το ποσοστό διαφωνίας ήταν 23.1% (πίνακας 15 ΧΧ)

##### Χώροι κλινικής άσκησης (ΚΑ)

Το υψηλό επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις στον κλινικό χώρο παρουσιάζεται σε όλες τις δηλώσεις με μο πέραν του 3.8. Η δήλωση 1Α «Την υγιεινή των χεριών» (4.7) παρουσίαζε το υψηλότερο μο. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας παρουσιάζεται στις δηλώσεις 6Α «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης»(3.9) και 22Α «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή» (3.8). Η περιγραφή ως προς τα ποσοστά συμφωνίας παρατηρήθηκε στον παράγοντα «κλινική ασφάλεια» (1-4 δηλώσεις) ο οποίος κυμάνθηκε στο 89-92.3%. Επίσης, το ποσοστό της επιλογής στο κέντρο «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» κυμάνθηκε υψηλότερα από τις ΑΔ στο 6.6% - 24.2%. Ενδιαφέρον είναι ότι 6 δηλώσεις (6,9,19,16,22,27) είχαν κατανομή στο κέντρο «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» >20%, με το υψηλότερο ποσοστό στις δηλώσεις 6 (24.2) και 22 (24%). Το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας είναι στη δήλωση 22 (11.5%) (Πίνακας 16).

## Ελλάδα

### Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις που έχουν λάβει στο θεωρητικό επίπεδο παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 1Α «Την υγιεινή των χεριών» (4,5), 2Α «Τον έλεγχο λοιμώξεων» (4,1), 3Α «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων» (4,1), και 4Α «Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά» (4,0), με μέσο όρο πέραν του 4.0 στην 5 βάθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα -5=συμφωνώ απόλυτα).

Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας, ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις παρουσιάζεται στις δηλώσεις 6Α «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3,0), 7Α «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» (3,2), με το αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας 25%. Οι δηλώσεις που παρουσίασαν μο 3.5 στην 5-βαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα -5=συμφωνώ απόλυτα) ήταν οι δηλώσεις, 5 «Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη» με το αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας 17.5% , 16Α.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου” με το αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας 16% και 22 «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή» με το αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας 17%. Επίσης, το ποσοστό της επιλογής στο κέντρο «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» κυμάνθηκε από το 5.6% μέχρι το 32.6%. Πάνω από το 30% είχαν οι δηλώσεις 5,6,7 και 30 (Πίνακας 19).

### Χώροι κλινικής άσκησης (ΚΑ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας, ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις παρουσιάζεται στις δηλώσεις 1Α «Την υγιεινή των χεριών» (3.8), 17Α «Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς»(3,7), 24Α «Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες» (3,7), με μέσο όρο πέραν του 3.6 στη κλίμακα 1-5. Τα αντίστοιχα ποσοστά συμφωνίας να κυμαίνονται από 63.8% στο 66.4%.



Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς τις γνώσεις παρουσιάζεται στη δήλωση 6. «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3.0), με το αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας να είναι στο 30%. Ακολουθούν οι δηλώσεις 7. «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» (27.7% διαφωνία), 22. «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή» (29.3% διαφωνία), 8. «Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας» (32.6%, διαφωνία), 10. «Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας» όλες οι δηλώσεις είχαν με μέσο όρο <3.1 στην 5-βαθμη κλίμακα Likert (Πίνακας 19).

Συγκρίνοντας τις δηλώσεις για τις αποκτηθείσες γνώσης με έλεγχο Mann-Whitney, βλέπουμε ότι οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές μεταξύ Κύπρου-Ελλάδας για όλες τις δηλώσεις ( $p < 0.05$ ) και στις δηλώσεις για ΑΔ και στις δηλώσεις για ΚΑ, με περισσότερες απαντήσεις συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα στην Κύπρο. Επίσης παρουσιάζει πολύ υψηλότερη κατανομή ποσοστού στο κέντρο και στη διαφωνία στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Κύπρο τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ (Πίνακας 19-20).

Συμπερασματικά όλες οι βαθμολογίες ήταν υψηλότερες στην Κύπρο σε σύγκριση με την Ελλάδα. Η μεγαλύτερη διαφορά στις ΑΔ ήταν στις δηλώσεις «6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (διαφορά μο 0.9) και στη δήλωση « 7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» (διαφορά μο 0.8). Η μεγαλύτερη διαφορά στην ΚΑ ήταν στις δηλώσεις «4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά» και «7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» « 8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας» (διαφορά μο 1.0). Η μικρότερη διαφορά μεταξύ των χωρών στις ΑΔ ήταν στη δήλωση, 1 « υγιεινή των χεριών» και στην ΚΑ ήταν στις δηλώσεις « 24Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες» «25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής», «26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ.

υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια» «27Α.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία κ.α» (Πίνακες 19 και 20)

Πίνακας 19. Συγκριτικός πίνακας Ποσοστά, Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα), (τυπική απόκλιση) και διαφορά μέσων (Mann-Whitney) των απόψεων των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ (HPEPSS) στις ΑΔ στην Κύπρο και στην Ελλάδα

	HPEPSS- Αίθουσες διδασκαλίας	Κύπρος(n=197)				Ελλάδα(n=288)				Mann-Whitney U (p)
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	
Κλινική Ασφάλεια	1Α.Την υγιεινή των χεριών	0.0%	1.5%	98.5%	4.8(0.4)	2.10%	5.60%	92.40%	4.5(0.8)	26358.0 (0.003)
	2Α.Τον έλεγχο λοιμώξεων	0.0%	6.7%	93.3%	4.6(0.6)	3.80%	17.10%	79.10%	4.1(0.8)	23926.5 (p<0.001)
	3Α.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	0.5%	6.7%	92.8%	4.6 (0.6)	5.90%	16.40%	77.60%	4.1(0.9)	23560.0 (p<0.001)
	4Α.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	1.0%	3.1%	95.9%	4.6(0.6)	5.30%	20.70%	74.00%	4.0(0.9)	21726.5 (p<0.001)
Ομαδική Εργασία	5Α.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	3.1%	19.4%	77.6%	4.1(0.8)	17.50%	30.80%	51.70%	3.5(1.0)	20110.0 (p<0.001)
	6Α.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	7.2%	23.1%	69.7%	3.9(1.0)	33.00%	30.60%	36.50%	3.0(1.0)	17212.0 (p<0.001)
	7Α.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	6.6%	14.3%	79.1%	4.1(0.9)	25.30%	32.60%	42.10%	3.2(1.0)	17199.0 (p<0.001)
	8Α.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	3.6%	10.3%	86.2%	4.3(0.9)	10.80%	22.00%	67.10%	3.8(1.0)	22491.5 (p<0.001)
	9Α.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	4.6%	16.8%	78.6%	4.1(0.9)	14.30%	28.30%	57.30%	3.6(1.0)	21766.0 (p<0.001)
	10Α.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας	5.1%	13.3%	81.6%	4.2(0.9)	12.90%	26.50%	60.60%	3.6(1.0)	22117.0 (p<0.001)
Αποτελεσματική Επικοινωνία	11Α. Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	1.0%	5.1%	93.9%	4.6(0.7)	8.00%	19.20%	72.70%	3.9(0.9)	22040.0 (p<0.001)
	12Α.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	1.0%	8.2%	90.8%	4.5(0.7)	7.00%	23.30%	69.70%	3.9(0.9)	22090.0 (p<0.001)

	13Α.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	1.0%	6.6%	92.3%	4.5(0.7)	9.40%	26.80%	63.80%	3.8(1.0)	19988.0 (p<0.001)
Διαχείριση κινδύνου	14Α.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	2.1%	11.3%	86.7%	4.3(0.8)	14.60%	25.40%	59.90%	3.6(1.0)	20185.0 (p<0.001)
	15Α.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	3.1%	10.8%	86.1%	4.3(0.8)	11.90%	26.90%	61.20%	3.7(0.9)	20710.0 (p<0.001)
	16Α.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	2.1%	14.4%	83.5%	4.3(0.8)	16.40%	27.60%	55.90%	3.5(1.0)	19596.0 (p<0.001)
Κατανόηση παραγόντων	17Α.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	4.1%	9.2%	86.7%	4.3(0.8)	11.10%	19.20%	69.70%	3.8(1.0)	23263.0 (p<0.001)
	18Α.Την ασφαλής εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	3.1%	12.8%	84.2%	4.3(0.8)	13.70%	30.50%	55.80%	3.6(1.0)	19773.0 (p<0.001)
	19Α.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	5.6%	11.2%	83.2%	4.3(0.9)	15.00%	27.60%	57.30%	3.6(1.0)	20752.5 (p<0.001)
Ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων	20Α.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	1.5%	11.2%	87.2%	4.3(0.7)	13.30%	23.50%	63.20%	3.6(1.0)	20885.0 (p<0.001)
	21Α.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	1.0%	10.7%	88.3%	4.3(0.7)	12.00%	24.30%	63.70%	3.7(0.9)	20716.0 (p<0.001)
	22Α.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	6.7%	16.9%	76.4%	4.0(0.9)	16.90%	29.60%	53.50%	3.5(1.0)	21106.0 (p<0.001)
	23Α.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	3.1%	11.8%	85.1%	4.3(0.8)	14.10%	24.60%	61.30%	3.6(1.0)	20833.0 (p<0.001)
Κουλτούρα Ασφάλειας	24Α.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	2.6%	11.2%	86.2%	4.3(0.8)	7.10%	20.80%	72.10%	3.9(0.9)	23740.0 (p<0.001)
	25Α.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	3.1%	9.7%	87.2%	4.3(0.8)	7.40%	17.70%	74.90%	3.9(0.9)	24264 (0.001)

26Α.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	1.5%	8.7%	89.8%	4.4(0.8)	7.40%	18.70%	73.90%	3.9(1.0)	23213.0 (p<0.001)
27Α.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία κ.α	2.6%	16.30%	81.1%	4.3(0.9)	10.60%	18.00%	71.50%	3.8(1.0)	24795.0 (0.007)

Πίνακας 20. Συγκριτικός πίνακας, ποσοστά, μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα),(τυπική απόκλιση) και διαφορά μέσω (Mann-Whitney) των απόψεων των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ» (HPEPSS) στην ΚΑ στην Κύπρο και στην Ελλάδα

	HPEPSS- Κλινική Άσκηση	Κύπρος (n=197)				Ελλάδα(n=289)				Mann-Whitney U (p)
		Διαφωνώ / Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ / Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	Διαφωνώ / Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ / Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	
Κλινική Ασφάλεια	1B Την υγιεινή των χεριών	1.00%	6.60%	92.30%	4.7(0.7)	17.70%	15.90%	66.40%	3.8(1.2)	20266.0 (p<0.001)
	2B.Τον έλεγχο λοιμώξεων	1.00%	10.20%	88.80%	4.4(0.7)	22.80%	26.30%	50.90%	3.4(1.1)	16770.0 (p<0.001)
	3B.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	1.50%	11.70%	86.70%	4.4(0.8)	17.50%	28.10%	54.40%	3.5(1.0)	18440.0 (p<0.001)
	4B.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	2.00%	8.70%	89.30%	4.4(0.8)	20.10%	30.00%	49.80%	3.4(1.0)	16475.0 (p<0.001)
	5B.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	3.60%	19.60%	76.80%	4.0(0.9)	18.80%	29.80%	51.40%	3.4(1.0)	19697.0 (p<0.001)
Ομαδική Εργασία	6B.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	6.20%	24.20%	69.60%	3.9(1.0)	30.00%	34.30%	35.70%	3.0(1.0)	16730.0 (p<0.001)
	7B.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	5.60%	16.90%	77.40%	4.1(1.0)	27.70%	34.40%	37.90%	3.1(1.0)	15883.0 (p<0.001)

	8B.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	4.60%	17.50%	77.80%	4.1(0.9)	32.60%	28.70%	38.70%	3.1(1.1)	15436.5 (p<0.001)
	9B.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	7.70%	20.00%	72.30%	4.0(1.0)	27.00%	29.80%	43.30%	3.2(1.0)	18657.0 (p<0.001)
	10B.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας	6.20%	21.50%	72.30%	4.0(0.9)	30.60%	31.30%	38.00%	3.1(1.1)	16905.0 (p<0.001)
Αποτελεσματική Επικοινωνία	11B.Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	3.10%	11.30%	85.60%	4.3(0.8)	18.90%	25.30%	55.80%	3.5(1.0)	19114.5 (p<0.001)
	12B.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	2.60%	19.10%	78.40%	4.2(0.8)	17.00%	31.80%	51.20%	3.4(0.9)	19345.0 (p<0.001)
	13B.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	3.10%	11.80%	85.10%	4.3(0.8)	20.70%	29.10%	50.20%	3.4(1.0)	17645.5 (p<0.001)
Διαχείριση κινδύνου	14B.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	2.60%	17.10%	80.30%	4.2(0.8)	16.40%	31.80%	51.70%	3.5(1.0)	19168.0 (p<0.001)
	15B.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	2.10%	17.20%	80.70%	4.2(0.8)	18.70%	37.50%	43.80%	3.3(1.0)	16477.0 (p<0.001)
	16B.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	3.60%	20.30%	76.00%	4.1(0.9)	26.10%	30.30%	43.70%	3.2(1.1)	17294.0 (p<0.001)
Κατανόηση παραγόντων	17B.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ.κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	6.20%	16.00%	77.80%	4.1(0.9)	15.40%	20.40%	64.20%	3.7(1.0)	23544.5 (0.001)
	18B.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	7.20%	19.60%	73.20%	4.0(1.0)	21.80%	31.60%	46.70%	3.3(1.0)	19763.0 (p<0.001)
	19B.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	7.70%	18.60%	73.70%	4.0(1.0)	20.00%	29.10%	50.90%	3.4(1.1)	20929.0 (p<0.001)

Ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων	20B.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	3.10%	16.60%	80.30%	4.2(0.8)	12.90%	27.50%	59.60%	3.6(1.0)	21090.5 (p<0.001)
	21B.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	2.60%	17.10%	80.30%	4.1(0.8)	15.70%	32.50%	51.80%	3.4(0.9)	18814.0 (p<0.001)
	22B.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	11.50%	24.00%	64.60%	3.8(1.1)	29.30%	35.70%	35.00%	3.1(1.0)	18142.0 (p<0.001)
	23B.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	5.20%	17.20%	77.60%	4.1(0.9)	25.30%	31.30%	43.40%	3.2(1.1)	17022.0 (p<0.001)
Κουλτούρα Ασφάλειας	24B.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	2.10%	15.50%	82.50%	4.2(0.8)	11.00%	25.20%	63.80%	3.7(0.9)	21931.0 (p<0.001)
	25B.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	6.20%	14.90%	78.90%	4.1(0.9)	16.60%	23.70%	59.70%	3.6(1.1)	21915.0 (p<0.001)
	26B.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	5.20%	13.40%	81.40%	4.1(0.9)	18.50%	25.30%	56.20%	3.5(1.1)	20063.0 (p<0.001)
	27B.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία κ.α	7.20%	21.60%	71.10%	4.0(1.0)	16.80%	25.70%	57.50%	3.5(1.0)	22974.0 (0.001)

### 8.3.3 Οι αποκτηθείσες γνώσεις σε θέματα ΑΑ στις ΑΔ και ΚΑ ανά έτος

Ακολουθεί η παρουσίαση των μέσων όρων, των ποσοστών 3 σημείων συμφωνίας και οι διαφορές μεταξύ των ετών σπουδών ανά παράγοντα και σε κάθε δήλωση.

#### Ανά παράγοντα (στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας)

Ως προς τη διερεύνηση των γνώσεων που έχουν λάβει για θέματα ΑΑ οι φοιτητές, σε σχέση με το έτος σπουδών, αρχικά αξιολογήθηκαν τόσο οι 3<sup>ο</sup>ετείς όσο και η 4<sup>ο</sup>ετείς στο σύνολο ανά χώρα (πίνακας 21).

#### Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ)

Οι 4 ετείς φοιτητές παρουσιάζονται να έχουν υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας ως προς τις γνώσεις που είχαν λάβει για θέματα ΑΑ από τους 3 ετείς. Στη σύγκριση μεταξύ των μέσων (Independent samples T-test / Mann-Whitney test) μεταξύ των ετών παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) ανάμεσα στους 3<sup>ο</sup>ετείς και 4<sup>ο</sup>ετείς φοιτητές, σε κάποιους παράγοντες. Στις αίθουσες διδασκαλίας παρατηρείται στους παράγοντες: «Κλινική ασφάλεια», «κουλτούρα ασφάλειας», «διαχείριση κινδύνων».

#### Χώροι Κλινικής Άσκησης (ΚΑ)

Επίσης οι 4ετείς φοιτητές έχουν υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας ως προς τις γνώσεις, σε σχέση με τους 3ετείς φοιτητές, με στατιστικά σημαντικές διαφορές στον παραμετρικό έλεγχο σε όλους τους παράγοντες ( $p < 0.05$ ), εκτός από τον παράγοντα «ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας» (στον μη-παραμετρικό έλεγχο η διαφορά ήταν οριακή στην κλινική ασφάλεια και μη-σημαντική στην αποτελεσματική επικοινωνία).

*Πίνακας 21. Μέσοι όροι (5 βαθμη κλίμακα), (τυπική απόκλιση) και η διαφορά των μέσων (independent samples t-test/Mann Whitney test) των παραγόντων του. HPEPSS ανά έτος σπουδών στις ΑΔ και ΚΑ*

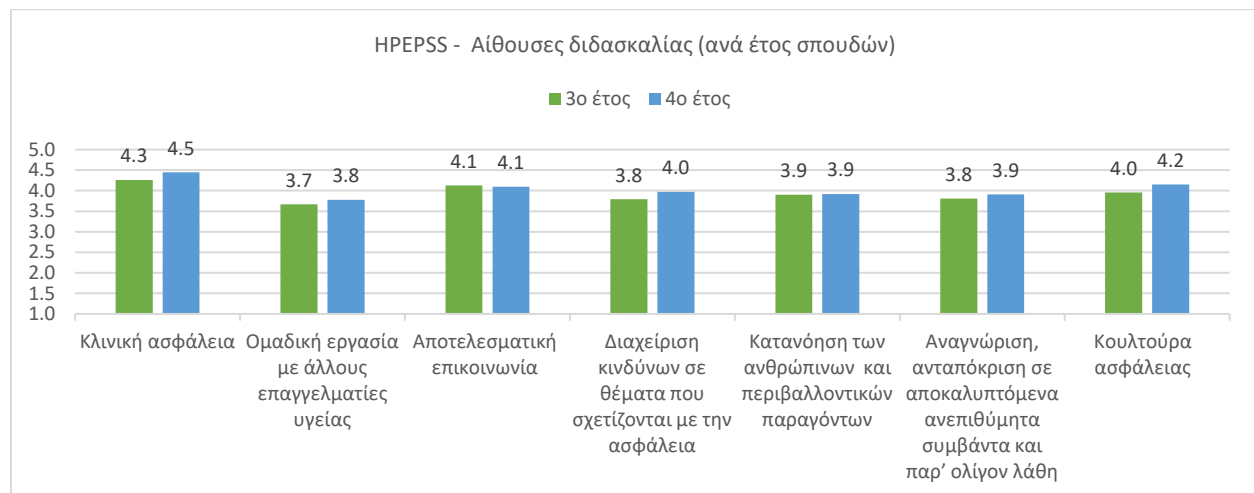
Κύπρος -Ελλάδα	3ο έτος (n=234)	4ο έτος (n=252)	Independent samples t-test		Mann-Whitney test	
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	p*	U	p*
Αίθουσες διδασκαλίας						
Κλινική ασφάλεια	4.2(0.7)	4.4(0.6)	-3.216	0.001	24069.5	0.001
Αποτελεσματική επικοινωνία	4.1(0.8)	4.1(0.8)	0.370	0.711	29026.0	0.881



Κουλτούρα ασφάλειας	3.9(0.8)	4.1(0.7)	-2.654	0.008	24762.0	0.006
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	3.9(0.8)	3.9(0.9)	-0.284	0.776	28220.5	0.497
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3.7(0.8)	3.9(0.8)	-2.293	0.022	25598.0	0.023
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	3.8(0.8)	3.9(0.9)	-1.361	0.174	26036.0	0.059
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	3.6(0.8)	3.7(0.8)	-1.405	0.161	26688.0	0.095
<b>Χώροι κλινικής άσκησης</b>						
Κλινική ασφάλεια	3.8(0.9)	4.0(0.9)	-1.973	0.049	25948.0	0.052
Αποτελεσματική επικοινωνία	3.6(1.0)	3.8(0.9)	-2.009	0.045	26012.0	0.066
Κουλτούρα ασφάλειας	3.6(0.9)	3.9(0.9)	-3.463	0.001	23837.0	0.002
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	3.6(0.9)	3.8(1.0)	-2.287	0.023	25215.5	0.015
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3.5(1.0)	3.8(0.9)	-3.296	0.001	23705.5	0.001
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	3.4(0.9)	3.7(0.8)	-3.447	0.001	23067.0	0.001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	3.4(1.0)	3.5(0.9)	-1.790	0.074	26454.5	0.128

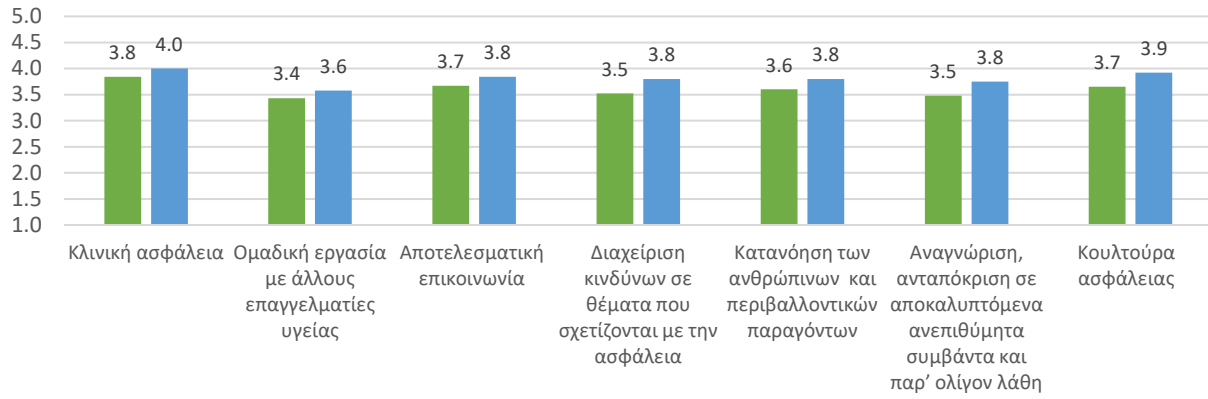
\*Sig. (2-tailed)

Σχήμα 6 Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα Likert), των παραγόντων HPEPSS στις ΑΔ και στους χώρους ΚΑ ανά έτος σπουδών



### ΗΡΕΠSS - Χώροι κλινικής άσκησης (ανά έτος σπουδών)

■ 3ο έτος ■ 4ο έτος



## Ανά δήλωση σε κάθε έτος σπουδών(στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας)

### **Τρίτο έτος**

#### Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις από τη θεωρία ήταν  $\mu > 4.1$  στη κλίμακα 1-5, και παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 1<sup>A</sup> «Την υγιεινή των χεριών» 11A «Την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς», 3A «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων», 2A. «Τον έλεγχο λοιμώξεων». Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας  $\mu < 3.7$  στην κλίμακα 1-5 παρουσιάζεται στις δηλώσεις 7A «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος»(3.6) και 6A. «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3.4). (Πίνακας 18)

#### Χώροι Κλινικής Άσκησης (ΚΑ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις που έχουν λάβει στην κλινική άσκηση, με  $\mu > 3.7$  παρουσιάζεται στις δηλώσεις 1A «Την υγιεινή των χεριών» (3.8), 17A «Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς»(3,7), 2A. «Τον έλεγχο λοιμώξεων», 24A. «τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες», 3A. «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων». Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας με μέσο όρο  $< 3.4$  παρουσιάζεται στις δηλώσεις 6A. «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3.3) 22A. «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή» (3.3). (Πίνακας 19)

### **Τέταρτο έτος**

#### Αίθουσες Διδασκαλίας (ΑΔ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις από τη θεωρία παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 1A «Την υγιεινή των χεριών» (4.7), 2A. «Τον έλεγχο λοιμώξεων» (4.4), 3A. «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων» (4.4), 4A. «Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά» (4.4), με  $\mu$  πέραν του 4.2. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις παρουσιάζεται στις δηλώσεις 7A «Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της

ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος»(3.6) και 6A. «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3.4). (Πίνακας 22)

#### Χώροι Κλινικής Άσκησης (ΚΑ)

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας για τις αποκτηθείσες γνώσεις από τη κλινική άσκηση παρουσιάζεται στις δηλώσεις 1B «Την υγιεινή των χεριών» (4.2), 3B. «Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων» (4.0), 20B. «Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους» (4.0), 24B. «τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες» (4.0), 25B. «Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής» (4.0) με μέσο όρο πέραν του 3.9. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας παρουσιάζεται στις δηλώσεις 6B. «Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» (3.5) 22B. «Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή» (3.5), και 10B. «Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας» (3.5) (Πίνακας 23).

Συγκρίνοντας τις δηλώσεις με έλεγχο Mann-Whitney, βλέπουμε ότι οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές ( $p < 0.05$ ) μεταξύ 3ετών και 4ετών για 7 δηλώσεις (2,3, 4, 15, 16, 25,27) στις ΑΔ και 13 δηλώσεις ( 3,4,5,14,15,16,18,19,20,21, 23, 25, 27) στους χώρους ΚΑ με τους 4ετείς να έχουν περισσότερες απαντήσεις συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα σε σχέση με τους 3ετείς, δηλαδή εκφράζαν πιο υψηλό επίπεδο άποψης για τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει. (Πίνακας 22,23)

Πίνακας 22. Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα),(Τυπική απόκλιση) διαφορά των μέσων (Mann Whitney test) των δηλώσεων του «Ερωτηματολογίου HPEPSS στις ΑΔ και ΚΑ ανά έτος σπουδών

	<b>HPEPSS -Αίθουσες Διδασκαλίας</b>	<b>3ο έτος (n=234)</b>	<b>4ο έτος (n=252)</b>	<b>Mann-Whitney test</b>	
	<b>Δηλώσεις</b>	<b>ΜΟ(ΤΑ)</b>	<b>ΜΟ(ΤΑ)</b>	<b>U</b>	<b>p*</b>
Κλινική Άσκηση	1Α Την υγιεινή των χεριών	4.6(0.7)	4.7(0.7)	28217.0	0.120
	2Α.Τον έλεγχο λοιμώξεων	4.2(0.9)	4.4(0.7)	26233.0	0.003
	3Α.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	4.2(0.9)	4.4(0.8)	26676.5	0.023
	4Α.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	4.1(0.9)	4.4(0.8)	26302.5	0.013

Ομαδική Εργασία	5Α.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	3.7(1.0)	3.8(1.0)	26454.5	0.052
	6Α.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	3.4(1.1)	3.4(1.2)	27769.0	0.333
	7Α.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	3.6(1.0)	3.6(1.1)	28107.0	0.559
	8Α.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	4.0(1.0)	4.0(1.0)	28012.5	0.443
	9Α.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	3.7(1.0)	3.9(1.0)	26542.5	0.053
	10Α.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας	3.8(1.0)	3.9(1.0)	28210.0	0.458
Αποτελεσματική Επικοινωνία	11Α. Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	4.2(0.9)	4.1(0.9)	28121.0	0.388
	12Α.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	4.1(0.9)	4.1	29024.5	0.927
	13Α.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	4.1(0.9)	4.0(1.0)	27728.0	0.223
Διαχείριση Κινδύνων	14Α.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	3.8(0.9)	4.0(1.0)	27913.5	0.366
	15Α.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	3.8(0.9)	4.0(0.9)	25672.0	0.010
	16Α.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	3.7(0.9)	3.9(1.0)	25649.5	0.013
Κατανόηση Παραγόντων	17Α. ο ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	4.0(0.9)	4.0(1.0)	28890.0	0.830
	18Α.Την ασφαλής εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	3.9(1.0)	3.8(1.0)	28539.0	0.779
	19Α.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	3.8(1.0)	3.9(1.0)	26842.5	0.085
Αναγνώριση, Ανταπόκριση Συμβάντων	20Α.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	3.9(1.0)	4.0(1.0)	27337.0	0.189
	21Α.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	3.9(0.9)	4.00(1.0)	26969.5	0.122
	22Α.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	3.7(0.9)	3.8(1.1)	28590.0	0.962
	23Α.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	3.8(1.0)	4.0(1.0)	26800.0	0.123
Κουλτούρα Ασφάλειας	24Α.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	4.0(0.9)	4.0(0.8)	27100.0	0.154
	25Α.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	3.92	4.2(0.8)	24967.0	p<0.001

	26Α.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	4.08	4.1(0.9)	26887.5	0.092
	27Α.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία κ.α	3.89	4.0(0.9)	25537.5	0.005

\*Sig. (2-tailed)

Γενικά, παρόμοια και στις ΑΔ και στη ΚΑ, οι 4 ετείς φοιτητές δήλωναν την άποψη ότι είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους 3 ετείς φοιτητές στον έλεγχο λοιμώξεων και στην πρακτική χορήγησης φαρμάκων (δηλώσεις 3,4 ), στον εντοπισμό ασφαλών λύσεων και πρόβλεψη διαχείρισης καταστάσεων υψηλών κινδύνων (δηλώσεις 15,16) όπως επίσης και τη σημασία της κριτικής στάσης (δήλωση 25) και τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΑ (δήλωση 27). Δηλαδή παρατηρείται ότι στα μεγαλύτερα έτη δηλώνουν ότι είχαν τις γνώσεις να αντιληφθούν καλύτερα την σημαντικότητα του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις ανασφαλείς ή καταστάσεις. Επιπλέον στην ΚΑ είχαμε σημαντικές διαφορές στις δηλώσεις που αφορούσαν τη δυναμική της ομάδας(δήλωση 5),Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας(δήλωση 14) και στην αναγνώριση, την άμεση αντιμετώπιση κινδύνων και στη συμμετοχή ανάλυσης συμβάντος και αναστοχασμού (δηλώσεις 20, 21, 23).

Πίνακας 23. Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα),(Τυπική απόκλιση) διαφορά των μέσων (Mann Whitney test) των δηλώσεων του Ερωτηματολογίου ΗΡΕΡSS στην ΚΑ ανά έτος σπουδών (ανεξαρτήτως χώρας

HPEPSS -Χώροι κλινικής άσκησης	3 <sup>ο</sup> έτος (n=234)		4 <sup>ο</sup> έτος (n=252)		Mann-Whitney test	
	MO	TA	MO	TA	U	p*
Δηλώσεις						
1B Την υγιεινή των χεριών	4.15	1.11	4.21	1.03		0.477
2B.Τον έλεγχο λοιμώξεων	3.78	1.11	3.88	1.03	27039.0	0.147
3B.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	3.76	1.07	3.98	0.99	25224.0	0.004
4B.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	3.67	1.10	3.94	0.97	24228.0	p<0.001
5B.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	3.56	1.07	3.76	0.93	24810.5	0.007
6B.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	3.33	1.12	3.46	1.05	26155.0	0.103
7B.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	3.47	1.12	3.55	1.08	26445.0	0.147
8B.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	3.43	1.20	3.59	1.07	26521.5	0.189
9B.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	3.40	1.13	3.62	1.05	25363.0	0.024
10B.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν σε θέματα ασφάλειας	3.39	1.19	3.52	1.06	26124.0	0.068
11B.Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	3.71	1.07	3.87	0.96	27249.0	0.224
12B.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	3.67	1.03	3.82	0.95	26029.0	0.065
13B.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	3.64	1.08	3.83	1.02	26680.0	0.105
14B.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	3.57	1.04	3.93	0.93	23570.5	p<0.001
15B.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	3.55	1.04	3.76	0.95	24393.0	0.004
16B.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	3.44	1.14	3.71	1.08	25144.5	0.018
17B.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ.κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	3.80	0.97	3.94	1.06	27301.5	0.270
18B.Την ασφαλής εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	3.47	1.09	3.69	1.03	26160.0	0.064
19B.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	3.54	1.13	3.81	1.00	25662.5	0.024
20B.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	3.70	0.96	3.98	0.96	24527.0	0.005
21B.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	3.54	0.98	3.86	0.89	23990.5	0.002
22B.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	3.25	1.07	3.49	1.09	25764.0	0.134
23B.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	3.43	1.13	3.70	1.04	23875.0	0.002

24B.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	3.77	0.98	4.01	0.87	26870.5	0.229
25B.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	3.64	1.07	3.95	0.99	24429.0	0.001
26B.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	3.67	1.13	3.88	1.00	26252.0	0.123
27B.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία κ.α	3.53	1.05	3.91	0.98	24535.5	0.006

\* Sig. (2-tailed)

## Οι αποκτηθείσες γνώσεις σε θέματα ΑΑ ανά έτος σπουδών στη κάθε χώρα

### Ανά παράγοντας

Οι πίνακες, ΧΧ και ΧΧ παρουσιάζουν τα περιγραφικά στατιστικά των μέσων όρων και τη διαφορά των μέσων (Independent samples T-test / Mann-Whitney test ) των παραγόντων στις αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και κλινικής άσκησης (ΚΑ) ανά έτος σπουδών και σε κάθε χώρα ξεχωριστά.

### **Κύπρος**

Παρατηρείται ότι στις ΑΔ στην Κύπρο, οι 4<sup>ο</sup>ετείς έχουν υψηλότερη βαθμολογία για τις αποκτηθείσες γνώσεις στους 4 από τους 7 παράγοντες σε σύγκριση με τους 3<sup>ο</sup>ετείς. Στους χώρους κλινικής άσκησης ανά έτος σπουδών παρατηρείται οι 4 ετείς να έχουν υψηλότερη βαθμολογία για τις αποκτηθείσες γνώσεις σε θέματα ΑΑ σε όλους τους παράγοντες σε σχέση με τους 3 ετείς.

Στη σύγκριση ως προς τη διαφορά των μέσων στην Κύπρο μεταξύ των ετών παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 3<sup>ο</sup>ετείς και 4<sup>ο</sup>ετείς φοιτητές στις ΑΔ με τους 4<sup>ο</sup>ετείς να έχουν υψηλότερο βαθμό αντίληψης για το επίπεδο γνώσεων, σε σχέση με τους 3<sup>ο</sup>ετείς, στον παράγοντα «κουλτούρα ασφάλειας» ( $t=-3.103, p=0.002$ ). Στους χώρους ΚΑ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις αποκτηθείσες γνώσεις των φοιτητών ανάμεσα στους 3<sup>ο</sup>ετείς και 4<sup>ο</sup>ετείς φοιτητές στους παράγοντες ( $p<0.05$ ) «κουλτούρα ασφάλειας» και «Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών» με τους 4<sup>ο</sup>ετείς να δηλώνουν υψηλότερη (πίνακας 24 )



Πίνακας 24. Μέσοι όροι, (5-βαθμη Likert), (τυπική απόκλιση), διαφορά των μέσων ( t-test & Mann-Whitney test ) των παραγόντων του Ερωτηματολογίου ΗΡΕΡΕSS, ανά έτος σπουδών - Κύπρος

ΚΥΠΡΟΣ- ΗΡΕΡΕSS	3ο έτος	4ο έτος	Independent Samples t-test		Mann-Whitney test	
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	p	U	p
<b>Αίθουσες διδασκαλίας</b>						
Κλινική ασφάλεια	4.6(0.4)	4.7(0.4)	-0.496	0.620	4480.5	0.479
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	4.1(0.7)	4.2(0.7)	-1.285	0.200	4193.5	0.134
Αποτελεσματική επικοινωνία	4.5(0.6)	4.5(0.6)	-0.267	0.790	4663.5	0.739
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	4.3(0.7)	4.3(0.7)	-0.503	0.615	4550.0	0.634
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	4.3(0.7)	4.3(0.8)	-0.433	0.666	4344.0	0.251
Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	4.1(0.6)	4.3(0.7)	-1.335	0.184	4205.0	0.138
Κουλτούρα ασφάλειας	4.2(0.7)	4.5(0.6)	-3.066	0.002	3624.5	0.003
<b>Χώροι κλινικής άσκησης</b>						
Κλινική ασφάλεια	4.5(0.6)	4.5(0.6)	-0.769	0.443	4507.0	0.456
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	4.0(0.8)	4.1(0.8)	-1.321	0.188	4214.0	0.180
Αποτελεσματική επικοινωνία	4.2(0.8)	4.3(0.7)	-1.190	0.236	4284.0	0.233
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	4.1(0.8)	4.2(0.7)	-1.128	0.261	4268.0	0.332
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	4.0(0.9)	4.1(1.0)	-1.206	0.229	4074.0	0.110
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	3.9(0.8)	4.1(0.8)	-2.075	0.039	3729.5	0.017
Κουλτούρα ασφάλειας	4.0(0.8)	4.3(0.7)	-3.772	<0.001	3269.0	<0.001

## Ελλάδα

Στη σύγκριση μεταξύ του έτους σπουδών στην Ελλάδα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 3 ετείς και 4ετείς φοιτητές στις ΑΔ, με τους 4<sup>ο</sup>ετείς να έχουν υψηλότερο βαθμό αντίληψης στις αποκτηθείσες γνώσεις σε σχέση με τους 3<sup>ο</sup> ετείς, στους παράγοντες «κλινική ασφάλεια», και «Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια», και «Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών» και «Κουλτούρα ασφάλειας» (p<5% στον μη-παραμετρικό έλεγχο και οριακά (p<10%) στον παραμετρικό). Στους χώρους ΚΑ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά

στον βαθμό αντίληψης για το επίπεδο γνώσεων μεταξύ των 3<sup>ο</sup>ετών και των 4<sup>ο</sup> ετών φοιτητών (p<0.05) σε όλους τους παράγοντες (πίνακας 25 )

Πίνακας 25. Μέσοι όροι, (5-βαθμη Likert), (τυπική απόκλιση), διαφορά των μέσων ( t-test & Mann-Whitney test ) των δηλώσεων παραγόντων του Ερωτηματολογίου ΗΡΕΡSS, ανά έτος σπουδών -Ελλάδα

ΕΛΛΑΔΑ- ΗΡΕΡSS	3ο έτος	4ο έτος	Independent Samples t-test		Mann-Whitney test	
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	p	U	p
<b>Αιθουσες Διδασκαλίας</b>						
Κλινική ασφάλεια	4.0(0.7)	4.3(0.7)	-4.622	<0.001	6692.5	<0.001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	3.4(0.7)	3.6(0.8)	-1.871	0.062	8901.0	0.051
Αποτελεσματική επικοινωνία	3.9(0.8)	3.8(0.8)	-0.286	0.775	9941.0	0.635
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3.4(0.8)	3.8(0.9)	-3.665	<0.001	7702.5	<0.001
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	3.6(0.8)	3.7(0.9)	-0.855	0.393	9586.0	0.325
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	3.5(0.7)	3.7(0.9)	-1.703	0.090	8595.0	0.033
Κουλτούρα ασφάλειας	3.8(0.8)	3.9(0.8)	-1.892	0.060	8713.5	0.049
<b>Χώροι κλινικής άσκησης</b>						
Κλινική ασφάλεια	3.4(0.8)	3.7(0.9)	-3.361	0.001	7655.0	<0.001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	3.0(0.9)	3.3(0.8)	-2.719	0.007	8262.5	0.010
Αποτελεσματική επικοινωνία	3.2(0.8)	3.5(0.8)	-3.003	0.003	8142.5	0.005
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3.0(0.9)	3.5(0.9)	-4.704	<0.001	6881.0	<0.001
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	3.3(0.9)	3.6(0.9)	-2.796	0.006	8228.5	0.005
Αναγνώριση, ανταπόκριση και η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	3.1(0.8)	3.5(0.8)	-4.035	<0.001	7223.0	<0.001
Κουλτούρα ασφάλειας	3.4(0.9)	3.6(0.8)	-2.465	0.014	8598.5	0.050

## Ανά δήλωση

### Κύπρος

#### Αίθουσες διδασκαλίας

Στις ΑΔ Οι ανά έτος μέσοι όροι κυμάνθηκαν μεταξύ 3.7 με 4.6 στους 3<sup>ο</sup> ετείς και 4.0 με 4.9 στους 4<sup>ο</sup> ετείς. Ενδιαφέρον, είναι το υψηλό ποσοστό στο κέντρο «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ», που προσδιορίστηκε στη δήλωση 6 και στα δύο έτη σπουδών (3<sup>ο</sup> έτος=26,9%, 4<sup>ο</sup> έτος =18.7%). όπως

και στη δήλωση 5, ιδιαίτερα στους 3ετείς (25%). Στις περισσότερες δηλώσεις οι 4ετείς φοιτητές είχαν υψηλότερο ΜΟ σε σχέση με τους 3ετείς, αλλά ο στατιστικός έλεγχος για τη σύγκριση (Mann Whitney test) έδειξε στατιστική διαφορά ( $P < 0.05$ ) στις δηλώσεις 20, 23, 25 και 27 με τους 4<sup>ο</sup>ετείς να δηλώνουν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο γνώσεων από τους 3ο ετείς φοιτητές στις συγκεκριμένες δηλώσεις (Πίνακας 26).

#### Χώρους Κλινικής Άσκησης

Στην ΚΑ οι ανά έτος μέσοι όροι κυμάνθηκαν μεταξύ 3.7 στην δήλωση 22 μέχρι 4.6 στη δήλωση 1 στους 3<sup>ο</sup> ετείς και 3.9 στη δήλωση 22 με 4.7στη δήλωση 1 στους 4<sup>ο</sup> ετείς.

Ποσοστό > 20% παρουσιάστηκε στο κέντρο «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» στους 3<sup>ο</sup> ετείς σε 11 δηλώσεις (5,6,12,14,16,18,20,21,22,23,27) σε αντίθεση με τους 4<sup>ο</sup> ετείς που εμφάνισαν υψηλά ποσοστά στις δηλώσεις 6 και 22. Γενικότερα οι 4<sup>ο</sup> ετείς φοιτητές δήλωναν υψηλότερο επίπεδο ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις εκτός από 3 δηλώσεις που παρατηρείται το ίδιο επίπεδο συμφωνίας (δηλώσεις: 2, 3, 16) με τους 3<sup>ο</sup>ετείς. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) στις δηλώσεις 5,14,20,21,23,25 και 27 με τους 4<sup>ο</sup> ετείς να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων από τους 3<sup>ο</sup>ετείς φοιτητές (Πίνακας 27).

Πίνακας 26. Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι, (5-βαθμή Likert), (τυπική απόκλιση), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων του Ερωτηματολογίου HPEPSS ανά έτος σπουδών στις ΑΔ-Κύπρος

ΚΥΠΡΟΣ-Αίθουσες Διδασκαλίας		3ο έτος					4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	MO (TA)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	M.O (TA)	U	P*	
Νιώθω αυτοπεποίθηση για ό,τι έμαθα ...												
Κλινική ασφάλεια	1 Την υγιεινή των χεριών	0.0%	1.9%	98.1%	4.8(0,5)	0.0%	1.1%	98.9%	4.9 (0.4)	4693	0.642	
	2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	0.0%	7.7%	92.3%	4.6(0.5)	0.0%	5.5%	94.5%	4.6 (0.6)	4628	0.54	
	3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	1.0%	5.8%	93.3%	4.6(0.6)	0.0%	7.7%	92.3%	4.6 (0.6)	4690	0.811	
	4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	1.0%	3.8%	95.2%	4.6(0.6)	1.1%	2.2%	96.7%	4.7 (0.6)	4661.5	0.602	
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	2.9%	25.0%	72.1%	4.1(0.9)	3.3%	13.0%	83.7%	4.2 (0.8)	4251	0.064	
	6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	6.7%	26.9%	66.3%	3.9(0.9)	7.7%	18.7%	73.6%	4.0 (1.0)	4426	0.334	
	7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	6.7%	19.2%	74.0%	4.0(0.9)	6.5%	8.7%	84.8%	4.2 (0.9)	4302	0.086	
	8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	3.8%	13.5%	82.7%	4.2(1.0)	3.3%	6.6%	90.1%	4.3 (0.8)	4390	0.147	
	9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	4.8%	21.2%	74.0%	4.1(0.9)	4.3%	12.0%	83.7%	4.2 (0.9)	4338.5	0.116	
	10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας	7.7%	13.5%	78.8%	4.1(1.0)	2.2%	13.0%	84.8%	4.2 (0.8)	4466	0.233	
Αποτελεσματική επικοινωνία	11. Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	1.0%	4.8%	94.2%	4.5(0.7)	1.1%	5.4%	93.5%	4.6 (0.7)	4748	0.827	

	12.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	1.0%	9.6%	89.4%	4.5(0,7)	1.1%	6.5%	92.4%	4.5 (0.7)	4644	0.48
	13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	1.0%	5.8%	93.3%	4.5(0.7)	1.1%	7.6%	91.3%	4.5 (0.7)	4690.5	0.609
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	1.9%	14.4%	83.7%	4.3(0.8)	2.2%	7.7%	90.1%	4.4 (0.7)	4434.5	0.199
	15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	3.8%	12.5%	83.7%	4.3(0.8)	2.2%	8.9%	88.9%	4.3 (0.7)	4432	0.29
	16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	1.9%	12.5%	85.6%	4.3(0.9)	2.2%	16.7%	81.1%	4.2 (0.8)	4473	0.41
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	17.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	2.9%	12.5%	84.6%	4.3(0.8)	5.4%	5.4%	89.1%	4.4 (0.9)	4593	0.413
	18.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	1.9%	12.5%	85.6%	4.3(0.8)	4.3%	13.0%	82.6%	4.2 (0.9)	4628	0.534
	19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	5.8%	15.4%	78.8%	4.2(0.9)	5.4%	6.5%	88.0%	4.3 (0.9)	4366	0.105
Αναγνώριση, και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων	20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	2.9%	14.4%	82.7%	4.2(0.8)	0.0%	7.6%	92.4%	4.5 (0.6)	4309.5	0.038
	21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	1.0%	11.5%	87.5%	4.3(0.7)	1.1%	9.8%	89.1%	4.4 (0.7)	4707.5	0.729
	22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	5.8%	13.6%	80.6%	4.0(0.8)	7.6%	20.7%	71.7%	4.0 (1.0)	4327	0.158
	23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή	3.8%	16.3%	79.8%	4.2(0.8)	2.2%	6.6%	91.2%	4.3 (0.8)	4197.5	0.028

	επανεμφάνιση παρόμοιων καταστάσεων										
Κουλτούρα ασφάλειας	24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	4.8%	12.5%	82.7%	4.2(0.9)	0.0%	9.8%	90.2%	4.4 (0.7)	4401.5	0.107
	25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	5.8%	13.5%	80.8%	4.2(0.9)	0.0%	5.4%	94.6%	4.5 (0.6)	4109	0.003
	26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	2.9%	9.6%	87.5%	4.3(0.8)	0.0%	7.6%	92.4%	4.5 (0.6)	4539.5	0.24
	27.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	2.9%	24.0%	73.1%	4.1(0.9)	2.2%	7.6%	90.2%	4.5 (0.8)	3978.5	0.003
	ΟΛΙΚΟ				4.7(0.5)				4.7(0.5)		

\*Sig. (2-tailed)

Πίνακας 27. Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι, (5-βαθμή κλίμακα), (τυπική απόκλιση) στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney ) των δηλώσεων του Ερωτηματολογίου HPEPSS στην κλινική Άσκηση - ανά έτος σπουδών- Κύπρος

ΚΥΠΡΟΣ - Κλινική Άσκηση		3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
Νιώθω αυτοπεποίθηση για ό,τι έμαθα για...		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	U	Sig. (2- tailed)
Κλινική ασφάλεια	1.Την υγιεινή των χεριών	1.9%	8.7%	89.3%	4.6(0.8)	0.0%	4.3%	95.7%	4.7(0.5)	4480.000	0.090
	2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	1.0%	12.6%	86.4%	4.4(0.7)	1.1%	7.5%	91.4%	4.4(0.7)	4553.500	0.277
	3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	1.0%	13.6%	85.4%	4.4(0.8)	2.2%	9.7%	88.2%	4.4(0.8)	4668.000	0.602
	4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	1.9%	11.7%	86.4%	4.4(0.8)	2.2%	5.4%	92.5%	4.5(0.7)	4506.000	0.182
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	4.9%	24.3%	70.9%	4.0(1.0)	2.2%	14.3%	83.5%	4.1(0.8)	4086.500	0.036
	6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	6.8%	28.2%	65.0%	3.8(1.0)	5.5%	19.8%	74.7%	4.0(0.9)	4242.500	0.158
	7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	5.8%	18.4%	75.7%	4.0(1.0)	5.4%	15.2%	79.3%	4.1(1.0)	4572.000	0.562
	8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	6.8%	17.5%	75.7%	4.0(1.0)	2.2%	17.6%	80.2%	4.2(0.8)	4438.000	0.379
	9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	9.7%	23.3%	67.0%	3.9(1.1)	5.4%	16.3%	78.3%	4.1(0.9)	4189.000	0.075
	10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας	6.8%	26.2%	67.0%	4.0(1.0)	5.4%	16.3%	78.3%	4.1(0.9)	4219.000	0.092
Αποτελεσματική επικοινωνία	11. Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	4.9%	10.7%	84.5%	4.2(0.8)	1.1%	12.0%	87.0%	4.3(0.7)	4598.000	0.559
	12.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια	2.9%	22.3%	74.8%	4.2(0.9)	2.2%	15.4%	82.4%	4.3(0.8)	4329.500	0.201

	αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας											
	13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	3.9%	13.6%	82.5%	4.2(0.9)	2.2%	9.8%	88.0%	4.4(0.8)	4472.500	0.275	
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	3.9%	22.3%	73.8%	4.0(0.9)	1.1%	11.1%	87.8%	4.3(0.7)	3978.000	0.014	
	15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	2.9%	18.4%	78.6%	4.1(0.9)	1.1%	15.7%	83.1%	4.2(0.7)	4365.500	0.407	
	16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	2.9%	22.3%	74.8%	4.1(0.9)	4.5%	18.0%	77.5%	4.1(0.9)	4478.500	0.713	
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	17.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	6.8%	17.5%	75.7%	4.0(0.9)	5.5%	14.3%	80.2%	4.2(0.9)	4475.500	0.455	
	18.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	7.8%	20.4%	71.8%	3.9(1.0)	6.6%	18.7%	74.7%	4.0(1.0)	4546.500	0.643	
	19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	8.7%	19.4%	71.8%	4.0(1.0)	6.6%	17.6%	75.8%	4.1(1.0)	4488.000	0.509	
Αναγνώριση, και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων	20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	2.9%	22.5%	74.5%	4.0(0.9)	3.3%	9.9%	86.8%	4.3(0.8)	4091.000	0.040	
	21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	2.9%	22.5%	74.5%	4.0(0.8)	2.2%	11.0%	86.8%	4.2(0.8)	4078.000	0.035	
	22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	12.9%	25.7%	61.4%	3.6(1.1)	9.9%	22.0%	68.1%	3.9(1.1)	4272.500	0.321	
	23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	4.9%	23.5%	71.6%	4.0(1.0)	5.6%	10.0%	84.4%	4.1(0.9)	4036.500	0.047	
Κουλτούρα ασφάλειας	24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	3.9%	17.5%	78.6%	4.0(0.9)	0.0%	13.2%	86.8%	4.4(0.7)	4279.500	0.114	



	25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	10.7%	17.5%	71.8%	3.9(1.0)	1.1%	12.1%	86.8%	4.4(0.7)	3933.500	0.007
	26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	7.8%	13.6%	78.6%	4.0(1.0)	2.2%	13.2%	84.6%	4.3(0.8)	4372.500	0.234
	27.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	10.7%	28.2%	61.2%	3.7(1.0)	3.3%	14.3%	82.4%	4.3(0.9)	3662.500	0.001
	ΟΛΙΚΟ				4.4(0.6)				4.5(0.6)		

\* Sig. (2-tailed)

## Ελλάδα

Στις ΑΔ οι ανά έτος μέσοι όροι για τις αποκτηθείσες γνώσεις κυμάνθηκαν 2.9 στη δήλωση 6 με 4.4 στη δήλωση 1 στους 3<sup>ο</sup> ετείς και 3.1 στη δήλωση 6 και 4.5 στη δήλωση 1 στους 4<sup>ο</sup> ετείς. Επίσης υψηλό ποσοστό > 20% παρουσιάστηκε σχεδόν σε όλες τις δηλώσεις στην επιλογή «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» στους 3<sup>ο</sup> ετείς και σε ελαφρώς λιγότερες δηλώσεις στους 4<sup>ο</sup>ετείς. Το χαμηλότερο ποσοστό στην επιλογή «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» παρουσιάστηκε και στα 2 έτη σπουδών στη δήλωση 1 στην οποία δηλώθηκε και το υψηλότερο ποσοστό γνώσεων που έχουν αποκτήσει. Γενικότερα οι 4 ετείς φοιτητές δήλωναν υψηλότερο μο ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις στις ΑΔ εκτός από 2 δηλώσεις που παρατηρείται το ίδιο επίπεδο συμφωνίας (δηλώσεις:11,17) και στα 2 έτη σπουδών. Ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ετών σπουδών με τους 4<sup>ο</sup>ετείς να δηλώνουν πιο υψηλό επίπεδο αντίληψης για τις γνώσεις από τους 3 ετείς φοιτητές ( $p < 0.05$ ) στις δηλώσεις 2,3,4,15,16,21 και 25 (Πίνακας 28).

Στην ΚΑ οι χαμηλότεροι μο δηλώθηκαν στους 3ετείς στις δηλώσεις 6,8,10,16 και 22 με μο 2.9 και στους 4ετείς στη δήλωση 6 με μο 3.1. Επίσης, παρόμοια με τις ΑΔ και στην ΚΑ παρουσιάστηκαν υψηλά ποσοστά στην επιλογή «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» για τις αποκτηθείσες γνώσεις στην πλειοψηφία των δηλώσεων. Ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις ανά έτος σπουδών βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) μεταξύ των ετών, με τους 4 ετείς να δηλώνουν ότι είχαν υψηλότερο επίπεδο αντίληψης γνώσεων στην πλειοψηφία των ερωτήσεων (19 δηλώσεις). Οι δηλώσεις είναι 2,3,4,5, 6,7,9,10,12,13,14,15,16,18,19,20,21, 23,25 (Πίνακας 29).

Πίνακας 28. Ποσοστά 3- σημείων, μέσοι όροι(5-βαθμηκλίμακαLikert),(τυπική απόκλιση), στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων του Ερωτηματολογίου HPEPSS ανα έτος σπουδών στις ΑΔ, Ελλάδα

Ελλάδα - Αίθουσες διδασκαλίας		3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	U	p
Νιώθω αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα για...											
Κλινική ασφάλεια	1.Την υγιεινή των χεριών	1.5%	9.2%	89.2%	4.4(0.8)	2.5%	2.5%	94.9%	4.5(0.8)	9704.000	0.080
	2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	5.4%	24.6%	70.0%	3.8(0.9)	2.5%	10.8%	86.6%	4.3(0.8)	8513.000	0.001
	3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	8.5%	22.3%	69.2%	3.8(0.9)	3.8%	11.5%	84.6%	4.3(0.8)	8568.000	0.002
	4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	7.8%	27.1%	65.1%	3.8(0.9)	3.2%	15.4%	81.4%	4.2(0.8)	8390.000	0.002
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	18.6%	36.4%	45.0%	3.4(1.0)	16.6%	26.1%	57.3%	3.6(1.0)	8993.500	0.073
	6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	<u>32.3%</u>	38.5%	29.2%	2.9(1.0)	33.5%	24.1%	42.4%	3.1(1.2)	9444.000	0.212
	7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	<u>22.3%</u>	39.2%	38.5%	3.2(0.9)	27.7%	27.1%	45.2%	3.2(1.1)	9887.500	0.772
	8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	10.8%	23.8%	65.4%	3.8(1.0)	10.9%	20.5%	68.6%	3.9(1.0)	9854.500	0.621
	9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	16.3%	32.6%	51.2%	3.4(1.0)	12.7%	24.8%	62.4%	3.7(0.9)	8997.000	0.067
	10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας	12.3%	29.2%	58.5%	3.6(1.0)	13.4%	24.2%	62.4%	3.7(1.1)	9896.000	0.612

Αποτελεσματική επικοινωνία	11. Την ενίσχυση της ΑΑ μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	7.7%	18.5%	73.8%	3.9(0.9)	8.3%	19.9%	71.8%	3.9(0.9)	9931.000	0.700
	12.Τη βελτίωση της ΑΑ μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγ. υγείας	7.8%	23.3%	69.0%	3.8(0.9)	6.3%	23.4%	70.3%	3.9(0.9)	10027.500	0.772
	13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	8.5%	26.2%	65.4%	3.7(0.9)	10.2%	27.4%	62.4%	3.8(1.0)	9867.000	0.569
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	19.2%	23.1%	57.7%	3.5(1.0)	10.8%	27.4%	61.8%	3.7(1.0)	9505.000	0.253
	15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	15.4%	33.1%	51.5%	3.5(0.9)	9.0%	21.8%	69.2%	3.8(0.9)	8307.000	0.002
	16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	<u>23.1%</u>	33.8%	43.1%	3.2(1.0)	10.9%	22.4%	66.7%	3.8(1.0)	7597.000	<0.001
Κατανόηση των ανθρωπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	17.Το ρόλο των ανθρωπινων παραγόντων π.χ κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ΑΑ	11.5%	17.7%	70.8%	3.8(1.0)	10.8%	20.4%	68.8%	3.8(1.0)	10047.500	0.781
	18.Την ασφαλής εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	16.3%	29.5%	54.3%	3.5(1.0)	11.5%	31.4%	57.1%	3.6(0.9)	9609.000	0.463
	19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	17.8%	30.2%	51.9%	3.5(1.0)	12.7%	25.5%	61.8%	3.7(1.0)	9059.500	0.084
Αναγνώριση, και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων	20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	13.2%	27.1%	59.7%	3.6(1.0)	13.5%	20.5%	66.0%	3.7(1.0)	9520.000	0.361
	21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	10.9%	33.3%	55.8%	3.5(0.9)	12.9%	16.8%	70.3%	3.8(1.0)	8795.000	0.040
	22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	16.3%	35.7%	48.1%	3.4(0.9)	17.4%	24.5%	58.1%	3.6(1.1)	9219.500	0.211

	23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	14.7%	27.9%	57.4%	3.5(1.0)	13.5%	21.9%	64.5%	3.7(1.0)	9337.500	0.269
Κουλτούρα ασφάλειας	24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	7.0%	24.0%	69.0%	3.8(0.9)	7.1%	18.2%	74.7%	3.9(0.9)	9413.000	0.334
	25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	9.3%	23.3%	67.4%	3.7(1.0)	5.8%	13.0%	81.2%	4.0(0.9)	8584.500	0.009
	26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	7.8%	23.4%	68.8%	3.9(1.0)	7.1%	14.8%	78.1%	4.0(0.9)	9046.000	0.097
	27.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	12.5%	21.1%	66.4%	3.7(1.0)	9.0%	15.4%	75.6%	3.9(0.9)	9059.000	0.090
	ΟΛΙΚΟ				3.9(0.7)				4.3(0.7)		

Πίνακας 29. Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι (τυπική απόκλιση) και η στατιστική σύγκριση (Mann-Whitney) των δηλώσεων του Ερωτηματολογίου HPEPSS ανά έτος σπουδών, στη ΚΑ -Ελλάδα

Ελλάδα – Χώροι κλινικής άσκησης		3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ αίτε	συμφωνώ/ συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ αίτε	συμφωνώ/ συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	U	p
Νιώθω αυτοπεποίθηση για ό,τι έμαθα για ...											
Κλινική ασφάλεια	1.Την υγιεινή των χεριών	20.9%	14.0%	65.1%	3.8(1.2)	14.9%	17.5%	67.5%	3.9(1.1)	9535.500	0.488
	2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	26.4%	29.5%	44.2%	3.3(1.1)	19.9%	23.7%	56.4%	3.5(1.1)	8792.000	0.045
	3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	24.0%	34.1%	41.9%	3.2(1.0)	12.2%	23.1%	64.7%	3.7(1.0)	7619.500	<0.001
	4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	28.9%	35.2%	35.9%	3.1(1.0)	12.9%	25.8%	61.3%	3.6(1.0)	7115.000	<0.001
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	23.0%	34.1%	42.9%	3.2(1.1)	15.4%	26.3%	58.3%	3.5(1.0)	8228.500	0.010
	6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	33.9%	37.0%	29.1%	2.9(1.1)	26.9%	32.1%	41.0%	3.1(1.0)	8640.000	0.050
	7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	32.0%	37.5%	30.5%	3.0(1.0)	24.0%	31.8%	44.2%	3.2(1.0)	8390.500	0.022
	8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	35.9%	32.0%	32.0%	2.9(1.1)	29.9%	26.0%	44.2%	3.2(1.0)	8684.000	0.067
	9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	32.3%	31.5%	36.2%	3.0(1.0)	22.6%	28.4%	49.0%	3.3(1.0)	8379.500	0.022
	10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας	35.9%	32.0%	32.0%	2.9(1.1)	26.3%	30.8%	42.9%	3.2(1.0)	8630.500	0.037

Αποτελεσματική επικοινωνία	11. Την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	26.4%	21.7%	51.9%	3.3(1.1)	12.8%	28.2%	59.0%	3.6(1.0)	8886.000	0.058
	12.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	20.3%	35.2%	44.5%	3.3(1.0)	14.2%	29.0%	56.8%	3.5(0.9)	8615.500	0.036
	13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	26.4%	29.5%	44.2%	3.2(1.0)	16.0%	28.8%	55.1%	3.5(1.0)	8671.000	0.028
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	24.0%	36.4%	39.5%	3.2(1.0)	10.2%	28.0%	61.8%	3.7(1.0)	7567.500	<0.001
	15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	24.0%	45.0%	31.0%	3.1(0.9))	14.3%	31.2%	54.5%	3.5(1.0)	7489.000	<0.001
	16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	33.3%	34.1%	32.6%	2.9(1.1)	20.0%	27.1%	52.9%	3.5(1.0)	7742.500	<0.001
Κατανόηση των ανθρωπίνων και περιβαλλοντικών παραγόντων	17.Το ρόλο των ανθρωπίνων παραγόντων π.χ. κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς	14.7%	25.6%	59.7%	3.6(1.0)	16.0%	16.0%	67.9%	3.8(1.0)	9406.000	0.265
	18.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	26.6%	35.2%	38.3%	3.1(1.1)	17.8%	28.7%	53.5%	3.5(1.0)	8383.500	0.009
	19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	29.7%	26.6%	43.8%	3.2(1.1)	12.1%	31.2%	56.7%	3.6(1.0)	8140.000	0.003
Αναγνώριση, και αποκάλυψη	20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	15.7%	33.1%	51.2%	3.4(1.0)	10.5%	22.9%	66.7%	3.8(1.0)	8197.000	0.010

ανεπιθύμητων συμβάντων	21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλέκονται	22.8%	34.6%	42.5%	3.2(1.0)	9.8%	30.7%	59.5%	3.6(0.9)	7716.500	0.001
	22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	33.9%	36.2%	29.9%	2.9(1.0)	25.5%	35.3%	39.2%	3.2(1.0)	8548.500	0.066
	23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	33.9%	33.1%	33.1%	3.0(1.1)	18.2%	29.9%	51.9%	3.5(1.0)	7532.000	<0.001
Κουλτούρα ασφάλειας	24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	16.4%	21.1%	62.5%	3.6(1.0)	6.5%	28.6%	64.9%	3.8(0.9)	9289.000	0.328
	25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	20.3%	28.1%	51.6%	3.4(1.1)	13.5%	20.0%	66.5%	3.7(1.0)	8418.000	0.012
	26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ. υγείας να εκφράζουν τις ανησυχίες για την ασφάλεια	22.0%	26.8%	51.2%	3.4(1.1)	15.6%	24.0%	60.4%	3.6(1.0)	8768.500	0.096
	27.Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)	22.0%	23.6%	54.3%	3.4(1.0)	12.4%	27.5%	60.1%	3.7(1.0)	8849.000	0.148
	ΟΛΙΚΟ				3.4(0.8)				3.7(0.9)		



## 8.4 Στάσεις και οι δεξιότητες των φοιτητών σε σχέση με την ΑΑ

Στο μέρος αυτό θα παρουσιαστούν οι απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις και τις δεξιότητες που έχουν αναπτύξει όσον αφορά στην ΑΑ κατά την νοσηλευτική εκπαίδευση τους σε μέσους όρους (μο) και το ποσοστό ανταπόκρισης ανά χώρα και ανά έτος σπουδών. Επίσης θα παρουσιαστούν οι διαφορές ανάμεσα στις απόψεις των φοιτητών για τις στάσεις και τις δεξιότητες τους σε θέματα ΑΑ ανά χώρα και ανά έτος σπουδών.

### Ανα παράγοντα (στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας και έτος σπουδών)

Για το Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του προγράμματος σπουδών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ΑΑ (στάσεις και δεξιότητες) (The Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey) (HPPSACS). Ο μέσος όρος σε κλίμακα συμφωνίας Likert 1-5 βρέθηκε στον παράγοντα «Άνεση» (comfort) 3.2, στο παράγοντα «Αναφορά λάθους» (error reporting) 3.1, στον παράγοντα «Άρνηση» (denial) 2.4 και στο παράγοντα «Κουλτούρα» (culture) 4.0, ο οποίος ήταν και ο υψηλότερος (πίνακας,30).

*Πίνακας 30. Μέσοι όροι (5-κλίμακα Likert), (τυπική απόκλιση) των παραγόντων του Ερωτηματολογίου HPPSACS για την αξιολόγηση των στάσεων και των δεξιοτήτων*

HPPSACS	Αριθμός δηλώσεων	ΜΟ	ΤΑ
	18 (Στάσεις)	3.2	0.39
<b>Συνολικά</b>	5 (Άνεση δεξιοτήτων)	3.2	0.75
Άνεση δεξιοτήτων**	5	3.2	0.75
Αναφορά λάθους*	9	3.1	0.50
Άρνηση *	4	2.4	0.71
Κουλτούρα*	5	4.0	0.55

\*Στάσεις /αντιλήψεις (18 δηλώσεις)

\*\* Άνεση Δεξιοτήτων (5 δηλώσεις)

Οι 23 δηλώσεις ομαδοποιούνται στον κάθε παράγοντα ως εξής:

Παράγοντας «**Άνεση δεξιοτήτων**» αποκάλυψης λάθους οι δηλώσεις: 19,20,21,22,23.

Παράγοντας «**Αναφορά Λάθους**» οι δηλώσεις: 2,4,5,6,8,10,12,13,17.

Παράγοντας «**Άρνηση**» οι δηλώσεις: 11,14,15,16.

Παράγοντας «**Κουλτούρα**» οι δηλώσεις: 1,3,7,9,18

Ανά δήλωση (στο σύνολο ανεξαρτήτως χώρας και έτος σπουδών )

Το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 18. «Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση», 7. «Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας» και 3. «Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν από τον εργασιακό τους χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς». Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 4. «Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους» και 15. «Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου». Οι δηλώσεις με την υψηλή κατανομή ποσοστού στο κέντρο ήταν οι δηλώσεις: 19. «Ακριβής καταχώρηση στο σύστημα αναφορά ασφάλειας ασθενών», 12. «Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του», 10 «Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση», 6. «Η κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνει τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη» (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Ποσοστά 3-σημείων, μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα),(τυπική απόκλιση) των δηλώσεων του Ερωτηματολόγιου HPPSACS (σύνολο) με κατάταξη σε φθίνουσα σειρά ως προς το % συμφωνίας

Ελλάδα – Κύπρος	ιαφωνώ/ διαφωνώ πρόλυτα	όχι συμφ. όχι διαφ.	συμφωνώ/ συμφωνώ πρόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)
18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4%	14%	81%	4.1 (0.9)
7.Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας	4%	11%	85%	4.1 (0.8)
3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν από τον εργασιακό τους χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς	5%	10%	86%	4.1 (0.8)
17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι	9%	17%	74%	3.8 (0.9)
9.Το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό, μου επισήμαναν ότι η ασφάλεια ασθενών αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	12%	19%	69%	3.8 (1.0)
1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	16%	20%	64%	3.6 (1.1)
5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποδέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς	16%	23%	61%	3.6 (1.1)
21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος*	17%	30%	53%	3.4 (0.9)
13.Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας	14%	34%	52%	3.4 (0.9)

8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε	23%	25%	52%	3.4 (1.0)
22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού/σχολής*	24%	24%	52%	3.3 (1.2)
23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας*	27%	22%	51%	3.3 (1.1)
20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους*	22%	36%	43%	3.2 (0.9)
11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στη μείωση μελλοντικών λαθών (-)	27%	40%	34%	3.1 (1.0)
19.Ακριβής καταχώρηση στο σύστημα αναφορά ασφάλειας ασθενών*	25%	41%	34%	3.0 (1.0)
12.Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του	31%	34%	35%	3.0 (1.1)
10.Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση	30%	41%	29%	3.0 (1.0)
6. Η κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνει τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη	33%	34%	33%	3.0 (1.0)
2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς (-)	49%	25%	26%	2.7 (1.1)
16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι (-)	60%	28%	12%	2.4 (0.9)
14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους (-)	68%	18%	14%	2.2 (1.1)
4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους (-)	77%	14%	9%	2.0 (1.1)
15.Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου(-)	78%	15%	8%	1.9 (1.0)

\* Οι δηλώσεις αξιολογούν την άνεση δεξιοτήτων

### 8.4.1 Στάσεις και δεξιότητες των φοιτητών σε σχέση με την ΑΑ ανά χώρα

#### Ανά παράγοντες (ανεξαρτήτου έτους σπουδών)

Όσον αφορά τη διαφορά ως προς το επίπεδο στάσεων/αντιλήψεων και δεξιοτήτων που αποκτήθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μεταξύ των χωρών, οι Κύπριοι φοιτητές έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε όλους τους παράγοντες, σε σχέση με τους φοιτητές στην Ελλάδα, με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0.001$ ) στους παράγοντες «άνεση», «αναφορά λάθους», και «κουλτούρα» (Πίνακας 32).

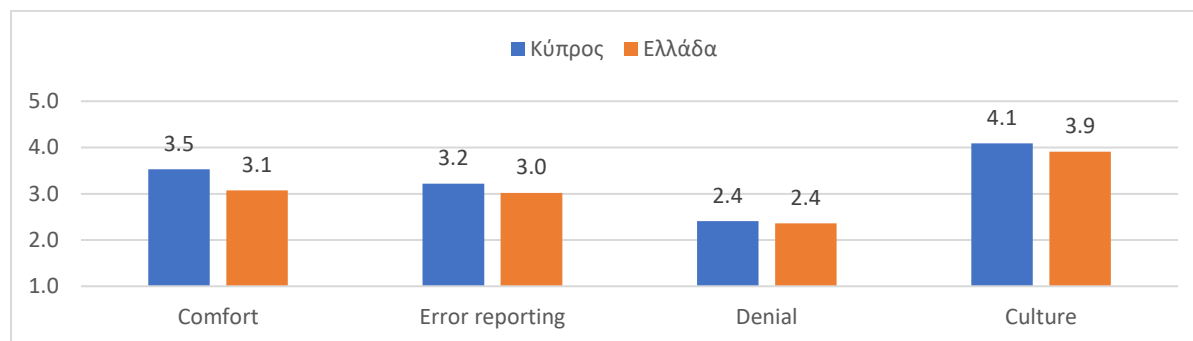
Πίνακας 32. Μέσοι όροι (τυπική απόκλιση), η διαφορά των μέσων (t-test/Mann-Whitney test) των παραγόντων του Ερωτηματολογίου HPPSACS ανά χώρα

HPPSACS	Κύπρος (n=197)	Ελλάδα (n=288)	Independent samples t-test		Mann-Whitney U test	
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	P	U	p
Άνεση δεξιοτήτων **	3.5(0.7)	3.0(0.7)	6.844	<0.001	17618.0	<0.001
Κουλτούρα*	4.0(0.5)	3.9(0.5)	3.661	<0.001	21687.5	<0.001
Άρνηση*	2.4(0.7)	2.3(0.7)	0.890	0.374	25568.5	0.287
Αναφορά λάθους*	3.2(0.4)	3.0(0.4)	5.106	<0.001	17774.0	<0.001

\*Στάσεις

\*\* Άνεση επίτευξης Δεξιοτήτων

Σχήμα 7. Μέσοι όροι (κλίμακα συμφωνίας Likert 1-5), των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου HPPSACS, ανά χώρα



#### Ανά δήλωση (ανεξαρτήτου έτους σπουδών)

##### Κύπρος

Το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς τις στάσεις/αντιλήψεις για την αναφορά λάθους και για θέματα ΑΑ στην Κύπρο παρουσιάζεται στις δηλώσεις: 3, 7, 9 και 18 με τα ποσοστά συμφωνίας να κυμαίνονται από 79.7 % στη δήλωση 18 μέχρι 89.8% στη δήλωση 7. Στις δηλώσεις

που αναφέρονται στην άνεση επίτευξης δεξιοτήτων (19-23) το επίπεδο ήταν χαμηλότερο από το 3.7 στην Κύπρο. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας με  $\mu.o < 2.2$  παρουσιάζεται στις δηλώσεις 4,14,15 και 16 όπου το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε από 5,1% μέχρι 15.4% Παράλληλα όμως οι συγκεκριμένες δηλώσεις παρουσίαζαν και τα υψηλότερα ποσοστά διαφωνίας 76.1% (δήλωση 4) ,65% (δήλωση 14), 28% (δήλωση 15) και 54% (δήλωση 16). Υψηλό ποσοστό στην επιλογή «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» > του 30% παρατηρήθηκε στις δηλώσεις 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19 και 20.

### Ελλάδα

Αντίστοιχα στις δηλώσεις 3, 7 και 18 που η Κύπρος παρουσίασε τα υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας παρουσίασε και η Ελλάδα με τα ποσοστά συμφωνίας να είναι 84.3%, 82.5% και 82.3% αντίστοιχα .Στις δηλώσεις που αναφέρονται στην άνεση επίτευξης δεξιοτήτων (19-23) αναφοράς λάθους το επίπεδο ήταν χαμηλότερο από το 3.2. Το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας που αναφέρονται στις στάσεις με  $\mu.o < 2.2$  παρουσιάζεται στις δηλώσεις 4, 14,15 και 16 όπως και στην Κύπρο όπου το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε 9.8%-12.9% . Παράλληλα όμως οι συγκεκριμένες δηλώσεις παρουσίαζαν και τα υψηλότερα ποσοστά διαφωνίας 77.7% (δήλωση 4) και 70.6% (δήλωση 14), 75.8% (δήλωση 15) και 63% (δήλωση 16). Υψηλό ποσοστό στην επιλογή «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» > του 30% παρατηρήθηκε στις δηλώσεις 10, 11, 12, 13, 19, 20 και 21.

Στη διερεύνηση της διαφορά μεταξύ των χωρών, ως προς το επίπεδο στάσεων/αντιλήψεων και άνεσης επίτευξης δεξιοτήτων για την αναφορά λάθους και την ΑΑ που αποκτήθηκαν κατά τη νοσηλευτική τους εκπαίδευσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους Κύπριους και Ελλαδίτες φοιτητές στις 15 δηλώσεις από τις 23, με τους Κύπριους φοιτητές να παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας ως προς τις στάσεις και την άνεση δεξιοτήτων στη διαχείριση λαθών και ΑΑ.

Στη σύγκριση μεταξύ Κύπρου –Ελλάδας. Οι κύπριοι δήλωναν πιο υψηλή άνεση σε σχέση με τους Ελλαδίτες φοιτητές, σε δεξιότητες συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος, ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους, υποστήριξη σε έναν συνάδελφο και στην

αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής ή σε άλλον επαγγελματία υγείας. Σε σχέση με τις στάσεις οι Κύπριοι σε σύγκριση με τους Ελλαδίτες φοιτητές πιστεύουν σε υψηλότερο βαθμό ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών, αν και η δήλωση αυτή είχε τον υψηλότερο μέσο όρο και στις δύο χώρες. Επίσης, σε σχέση με τις στάσεις οι Κύπριοι σε σύγκριση με τους Ελλαδίτες φοιτητές πιστεύουν σε υψηλότερο βαθμό ότι τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για την ΑΑ, στην ανταλλαγή πληροφοριών σε σχέση με τα λάθη, στην έμφαση που δίνεται από το εκπαιδευτικό ίδρυμα, στην τακτική αναφορά λαθών από τους επαγγελματίες υγείας, ότι τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα. Επίσης οι κύπριοι είχαν την στάση ότι οι γιατροί θα πρέπει να αναφέρουν τα λάθη, ότι η ανταπόκριση σε ένα λάθος εστιάζεται κυρίως στο άτομο, και ότι αν δω ένα λάθος δεν θα το κρατήσουν για τον εαυτό τους (οι Ελλαδίτες δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι θα κρατήσουν ένα λάθος για τον εαυτό τους, αν και οι μέσοι όροι και τα ποσοστά συμφωνίας είναι πολύ χαμηλά σε αυτή τη δήλωση και για τις δύο χώρες). Τέλος οι Κύπριοι είχαν την στάση ότι αφού συμβεί ένα λάθος θα πρέπει να είμαστε προσεκτικότεροι. (Πίνακας 33)

Πίνακας 33. Τα ποσοστά 3-σημείων, μέσος όρος (5 βάθμη Likert), (τυπική απόκλιση), διαφορά των δηλώσεων (Mann-Whitney test) του Ερωτηματολογίου (HPPSACS) ανά χώρα

Στάσεις	HPPSACS	Κύπρος				Ελλάδα				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	U	P*
Κουλτούρα	1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	17.7%	26.0%	56.3%	3.5(1.1)	14.90%	16.30%	68.80%	3.7(1.0)	25129.5	0.075
	3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών	4.6%	8.1%	87.3%	4.3(0.9)	4.50%	11.1%	84.3%	4.1(0.8)	22923.0	<0.001
	7. Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας	2.6%	7.7%	89.8%	4.3(0.8)	4.9%	12.6%	82.5%	4.0(0.8)	21545.0	<0.001
	9. Στην μέχρι τώρα κλινική μου εμπειρία, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό (του τμήματος) μου τόνισαν ότι η ΑΑ αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	5.60%	12.80%	81.60%	4.1(0.9)	16.00%	23.30%	60.60%	3.6(1.0)	19572.0	<0.001
	18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4.10%	16.20%	79.70%	4.1(0.9)	4.50%	13.20%	82.30%	4.2(0.9)	28328.0	0.977
	Αναφορά Λαθους	2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς	44.40%	27.60%	28.10%	2.8(1.2)	52.60%	23.00%	24.40%	2.6(1.1)	26256.0
4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους		76.10%	16.20%	7.60%	1.9(1.0)	77.70%	11.8%	10.5%	2.0(1.0)	28051.0	0.878
5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να ανέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς		20.60%	25.30%	54.1%	3.5(1.2)	13.2%	20.9%	65.9%	3.7(1.0)	25075.5	0.054
6. Η εργασιακή κουλτούρα διευκολύνει τους επαγγελματίες να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη		24.10%	41.00%	34.90%	3.1(1.0)	38.20%	29.80%	31.90%	2.9(1.1)	24995.5	0.051
8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε		12.20%	20.40%	67.30%	3.8(1.0)	30.60%	28.10%	41.30%	3.1(1.0)	18739.5	<0.001
10. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη		21.70%	38.10%	40.20%	3.2(1.0)	36.30%	42.60%	21.10%	2.8(0.9)	20449.0	<0.001
12.Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον		26.90%	33.50%	39.60%	3.2(1.1)	34.40%	34.00%	31.60%	2.9(1.1)	25169.0	0.029

	επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του										
	13.Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία	7.80%	34.20%	58.00%	3.6(0.9)	18.90%	33.70%	47.40%	3.3(0.9)	22999.5	0.001
	17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι	6.60%	15.20%	78.20%	4.0(0.9)	10.80%	18.10%	71.10%	3.7(0.9)	22492.0	<0.001
Άρνηση	11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών	19.80%	39.60%	40.60%	3.2(1.0)	31.50%	39.50%	29.00%	3.0(1.0)	23800.5	0.002
	14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους	65.10%	19.50%	15.40%	2.2(1.1)	70.60%	16.40%	12.90%	2.1(1.1)	27346.5	0.706
	15.Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου	80.00%	14.90%	5.10%	1.8(0.9)	75.80%	14.40%	9.80%	2.0(1.0)	24837.5	0.035
	16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι	54.80%	30.50%	14.70%	2.4(1.0)	63.80%	26.10%	10.10%	2.3(0.9)	26758.5	0.289
<b>Δεξιότητες</b>		Καθόλου άνετα/λίγο άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Άνετα/πολύ άνετα	ΜΟ (ΤΑ)	Καθόλου άνετα/λίγο άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Άνετα/πολύ άνετα	ΜΟ(ΤΑ)		
	19.Ακριβής συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος	12.90%	39.20%	47.90%	3.4(0.9)	33.00%	42.70%	24.30%	2.8(1.0)	18858.5	<0.001
	20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	13.80%	33.30%	52.80%	3.5(0.9)	26.80%	37.60%	35.50%	3.1(0.9)	21535.5	<0.001
	21.Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	9.20%	26.50%	64.30%	3.7(0.9)	22.30%	33.10%	44.60%	3.2(1.0)	20650.0	<0.001
	22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	15.30%	26.50%	58.20%	3.6(1.1)	29.80%	22.10%	48.10%	3.1(1.2)	22095.5	<0.001
	23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	19.90%	25.50%	54.60%	3.5(1.1)	32.10%	20.20%	47.70%	3.1(1.1)	23714.0	0.002

\*Sig.(2-tailed)



## 8.4.2 Οι Στάσεις και οι δεξιότητες σε σχέση με την ΑΑ ανά έτος σπουδών

### Ανά παράγοντα (ανεξαρτήτου χώρας)

Όσο αφορά το έτος φοίτησης, παρατηρείται ότι ως προς το επίπεδο στάσεων/αντιλήψεων που αποκτήθηκαν στην επαγγελματική τους προπτυχιακή εκπαίδευση οι φοιτητές στο 4<sup>ο</sup> έτος παρουσιάζουν υψηλότερο μ.ο. σε σχέση με τους 3ετείς φοιτητές σε όλους τους παράγοντες, αλλά η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική μόνο στον παράγοντα « Άρνηση» (Πίνακας 34).

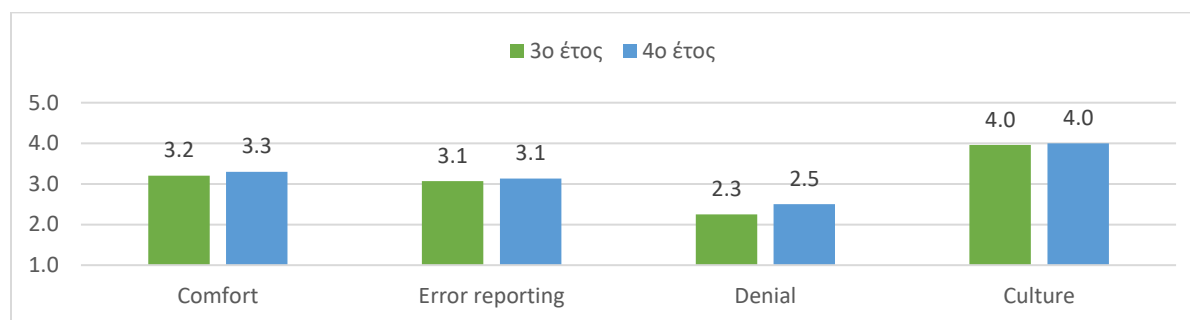
Πίνακας 34. Μέσοι όροι (5-βαθμη κλίμακα)(τυπική απόκλιση), η διαφορά των μέσων (t-test/Mann-Whitney test) των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου (HPPSACS) ανά έτος

HPPSACS	3ο έτος	4ο έτος	Independent samples t-test		Mann-Whitney U test	
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	t	p	U	P
Άνεση δεξιοτήτων**	3.2(0.8)	3.3(0.7)	-1.590	0.112	26266.5	0.131
Κουλτούρα*	3.9(0.6)	4.0(0.5)	-0.636	0.525	27712.0	0.805
Άρνηση*	2.2(0.6)	2.5(0.8)	-3.779	<0.001	23084.0	0.001
Αναφορά λάθους*	3.0(0.5)	3.1(0.5)	-0.752	0.452	25715.5	0.572

\*Στάσεις

\*\* Άνεση δεξιοτήτων

Σχήμα 8. Μέσοι όροι (κλίμακα συμφωνίας Likert 1-5), των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου HPPSACS, ανά έτος



### Ανά δήλωση (ανεξαρτήτου χώρας)

Σε σχέση με τις δηλώσεις οι 4ετείς παρουσίαζαν υψηλότερο μο για τις στάσεις ως προς τα λάθη και σε θέματα ΑΑ από τους 3ετείς στις περισσότερες δηλώσεις (εκτός από τις δηλώσεις 2, 6, 7, 10, 17, 21). Επίσης τόσο στους 3 ετείς όσο και στους 4 ετείς οι δηλώσεις 3, 7, 9, 17, 18 παρουσίαζαν τους υψηλότερους μο. Αντίστοιχα και οι δηλώσεις 2, 14, 15, 16 παρουσίαζαν τους χαμηλότερους μο και στα δύο έτη. Στατιστική σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) ανάμεσα στα έτη σπουδών παρουσιάζεται στις δηλώσεις 2,5, 14,15, 16 και 23, με τους 4ετείς να δηλώνουν να έχουν καλύτερη στάση προς τα θέματα ΑΑ. Οι 3 ετείς φοιτητές φαίνεται να υποστηρίζουν περισσότερο σε σχέση με τους 4ετείς την στάση ότι οι ικανοί επαγγελματίες υγείας κάνουν λάθη

(δήλωση 2, 44.4% διαφωνία, MO=2.8) (αν και η δήλωση αυτή είχε χαμηλό ποσοστό συμφωνίας και για τα δύο έτη) και ποσοστό 22(4ετείς)-26 (3ετείς)% στην επιλογή ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ. Επίσης, οι 3ετείς φοιτητές διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους 4ετείς ότι αν δουν ένα λάθος ή κάνουν κάποιο λάθος που δεν προκάλεσε βλάβη θα το κρατήσουν για τον εαυτό τους (δήλωση 15, 81.9-73.4% διαφωνία, MO=1.8-2.0) ή δεν θα το αναφέρουν (δηλ. 14, 74,7-62.5%% διαφωνία, MO=2.0-2.3) (ή οι 3ετείς προτιμούν να αναφέρουν όλα τα λάθη). Οι 3ετείς διαφωνούν (δηλ. 16, 66.2-54.4% διαφωνία, MO=2.2-2.5) επίσης περισσότερο στο ότι τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι. Στη συνέχεια οι 4 ετείς σε σύγκριση με τους 3 ετείς θεωρούν σε υψηλότερο βαθμό ότι οι επαγγελματίες δεν πρέπει να ανέχονται την αβεβαιότητα, (δήλωση 5, 55-66% συμφωνία, MO=3.5-3.8) ενώ συμφωνούν περισσότερο και στο να αποκαλύψουν το λάθος σε άλλον επαγγελματία υγείας (δήλωση 23, 45-55% συμφωνία, MO=3.2-3.5) (Πίνακας 35).

Πίνακας 35. Ποσοστά, μέσοι όροι (5βάθμη κλίμακα), τυπική απόκλιση και διαφορά (Mann-Whitney test) των δηλώσεων του Ερωτηματολ.ΗΡΡSACS ανά έτος

	ΗΡΡSACS	3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ (ΤΑ)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(Τ Α)	U	p*
Κουλτούρα	1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	15.9%	21.5%	62.7%	3.6(1.1)	16.20%	19.0%	64.8%	3.7(1.1)	28258.5	0.720
	3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών	4.7%	9.4%	85.9%	4.1(0.8)	4.40%	10.4%	85.2%	4.2(0.9)	28812.0	0.754
	7. Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας	3.8%	10.3%	85.9%	4.2(0.8)	4.0%	10.9%	85.1%	4.1(0.8)	26815.0	0.113
	9. Στην μέχρι τώρα κλινική μου εμπειρία, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό (του τμήματος) μου τόνισαν ότι η ΑΑ αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	14.5%	20.1%	65.4%	3.7(1.0)	9.2%	18.1%	72.7%	3.9(1.0)	26358.5	0.056
	18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4.7%	16.7%	78.6%	4.1(0.9)	4.00%	12.4%	83.7%	4.2(0.9)	28766.5	0.675
Αναφορά Λάθους	2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς	44.4%	26.1%	29.5%	2.8(1.1)	53.8%	23.7%	22.5%	2.6(1.1)	26124.5	0.042
	4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους	79.9%	13.70%	6.4%	1.9(0.9)	74.4%	13.6%	12.0%	2.0(1.0)	27029.0	0.124
	5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να ανέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς	20.8%	23.8%	55.4%	3.5(1.1)	12.0%	21.6%	66.4%	3.8(1.0)	25358.0	0.016

	6. Η εργασιακή κουλτούρα διευκολύνει τους επαγγελματίες να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη	32.3%	38.4%	29.3%	3.0(1.0)	32.7%	30.6%	36.7%	3.0(1.1)	27718.5	0.472
	8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε	24.0%	26.6%	49.4%	3.3(1.0)	22.30%	23.5%	54.2%	3.4(1.0)	27711.0	0.298
	10. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη	29.6%	42.5%	27.9%	3.0(1.0)	31.2%	39.3%	29.6%	3.0(0.9)	27806.0	0.941
	12.Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του	33.8%	32.5%	33.8%	3.0(1.0)	29.1%	35.1%	35.9%	3.1(1.1)	28501.0	0.560
	13.Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία	15.2%	36.5%	48.3%	3.3(0.8)	13.7%	31.5%	54.0%	3.5(0.9)	26348.5	0.122
	17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσηκτικότεροι	8.5%	15.4%	76.1%	3.8(0.9)	9.6%	18.4%	72.0%	3.8(0.9)	28285.0	0.490
Αρνηση	14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους	74.7%	16.3%	9.0%	2.0(1.0)	62.5%	19.0%	18.5%	2.3(1.2)	24512.0	0.003
	15.Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου	81.0%	13.4%	4.7%	1.8(0.9)	73.4%	15.0%	10.9%	2.0(1.0)	25582.5	0.025
	16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι	66.2%	24.8%	9.00%	2.2(0.9)	54.4%	30.8%	14.8%	2.5(0.9)	24672.0	0.002
	11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών	27.4%	44.0%	28.6%	3.0(0.9)	26.0%	35.3%	38.6%	3.2(1.1)	26443.5	0.066
	<b>Δεξιότητες</b>	Καθόλου άνετα/ λίγο άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Άνετα/πολύ άνετα		Καθόλου άνετα/ λιγώ άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Άνετα/πολύ αετήσα			

19.Ακριβής συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος	27.0%	39.1%	33.9%	3.0(1.0)	22.9%	43.4%	33.7%	3.1(1.0)	28052.5	0.510
20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	24.9%	34.8%	40.30%	3.2(0.9)	18.5%	36.9%	44.6%	3.3(0.9)	26834.5	0.133
21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	16.7%	30.3%	53.0%	3.4(1.0)	17.3%	30.5%	52.2%	3.4(1.0)	29105.0	0.985
22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	25.6%	23.5%	50.9%	3.3(1.2)	22.3%	24.3%	53.4%	3.9(1.1)	27548.0	0.356
23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	29.9%	24.4%	45.7%	3.2(1.1)	24.5%	20.5%	55.0%	3.3(1.1)	26263.5	0.050

Sig.(2-tailed)

### 8.4.3 Στάσεις και οι δεξιότητες για την ΑΑ ανά έτος σε κάθε χώρα

#### Ανά παράγοντα

Οι ανά έτος μέσοι όροι στις στάσεις και την άνεση επίτευξη δεξιοτήτων ως προς τα λάθη και την ασφάλεια στην Κύπρο σε όλους τους παράγοντες είναι υψηλότεροι και στα δύο έτη σπουδών από τα αντίστοιχα έτη στην Ελλάδα. Στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν στους παράγοντες «άνεση» και «αναφορά λάθους» για τους 3ετους και «άνεση», «αναφορά λάθους» και «κουλτούρα» για τους 4ετους. Επίσης, και στις δύο χώρες φαίνεται ότι ο μο των 4ετών είναι υψηλότερος από τον μο των 3ετων, με στατιστικά σημαντικές διαφορές στον παράγοντα «άρνηση». Στον πίνακα ΧΧ παρουσιάζονται τα p-values από τις συγκρίσεις (Mann-Whitney tests) μεταξύ των ετών σε κάθε χώρα και μεταξύ των χωρών για κάθε έτος (τα αποτελέσματα από τα παραμετρικά τεστ συμφωνούν) (πίνακας 36).

Πίνακας 36. Μέσοι όροι(τυπική απόκλιση) και διαφορά των μέσων (Mann-Whitney test) των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου HPPSACS ανά έτος σπουδών σε κάθε χώρα

HPPSCAS	Κύπρος			Ελλάδα			Σύγκριση Κύπρος- Ελλάς 3 <sup>ο</sup> έτος	Σύγκριση Κύπρος-Ελλάς 4 <sup>ο</sup> έτος
	3 <sup>ο</sup> έτος	4 <sup>ο</sup> έτος	Mann-Whitney test	3 <sup>ο</sup> έτος	4 <sup>ο</sup> έτος	Mann-Whitney test		
	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	ρ	ΜΟ(ΤΑ)	ΜΟ(ΤΑ)	ρ	ρ	ρ
Άνεση**	3.5(0.7)	3,6(0.7)	0.302	3.0(0.7)	3.1(0.7)	0.077	<0.001	<0.001
Αναφορά λάθους *	3.2(0.5)	3,3(0.5)	0.076	3.0(0.5)	3.0(0.5)	0.736	0.007	<0.001
Άρνηση*	2.3(0.6)	2,6(0.8)	0.005	2.2(0.6)	2.5(0.7)	0.039	0.818	0.111
Κουλτούρα*	4.0(0.5)	4.2(0.5)	0.060	3.9(0.6)	3.9(0.5)	0.413	0.193	<0.001

\*Στάσεις

\*\* Άνεση Δεξιοτήτων

#### Ανά δήλωση

Στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) ανάμεσα στα έτη σπουδών παρουσιάζεται στις δηλώσεις 1,5,11 και 16, με τους 4ετείς να δηλώνουν να έχουν καλύτερη στάση προς τα θέματα ΑΑ στην Κύπρο. Στην Ελλάδα Στατιστική σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ) ανάμεσα στα έτη σπουδών παρουσιάζεται στις δηλώσεις 2, 9, 14. (Πίνακας 34)

## Κύπρος

Οι 3 ετείς φαίνεται να παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας ως προς τις στάσεις και την άνεση δεξιοτήτων ως προς τα λάθη από τους 4<sup>ο</sup>ετείς. Επίσης οι δηλώσεις που κατηγοριοποιούνται στον παράγοντα άνεση δεξιοτήτων ως προς την αναφορά, αναγνώριση, και αποκάλυψη λαθών κυμάνθηκαν κοντά στο κέντρο

### 3<sup>ο</sup> έτος

Ο μο κυμάνθηκε από το 1.6 στη δήλωση 15 μέχρι το μο 4.4 στη δήλωση 7. Ενδιαφέρον είναι ότι το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε στο μόλις 1% στην δήλωση 15 ενώ παράλληλα παρουσίασε το ψηλότερο ποσοστό διαφωνίας που έφτανε το 85.3%. Η δήλωση 7 παρουσίασε το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας που έφτανε το 91.3% και μόλις 2.9% ήταν η διαφωνία. Ακολούθησαν οι δηλώσεις 7,3,17,και 9 με το υψηλότερο ποσοστό συμφωνία όπως και τους αντίστοιχους υψηλότερους μο (4.0-4.4). Το ψηλότερο ποσοστό στο κέντρο παρουσίασε η δήλωση 11 με ποσοστό 50%. Οι δηλώσεις 10,12,13,και 19 παρουσίασαν ποσοστό στο κέντρο >του 30%.

### 4<sup>ο</sup> έτος.

Ο μο να κυμάνθηκε από το 1.9 στη δήλωση 15 μέχρι το μο 4.3 στις δηλώσεις 7 και 18. Ενδιαφέρον είναι ότι το ποσοστό συμφωνίας ήταν πάλι το χαμηλότερο όπως και στους 3<sup>ο</sup> ετείς στη δήλωση 15 9.7% ενώ παράλληλα παρουσίασε και το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας που έφτανε το 74.2%. Οι δηλώσεις 3 και 7 παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας 89.2% και 88% αντίστοιχά (αντίστοιχο μο 4.3) και μόλις 3.2% και 2.2% αντίστοιχα το ποσοστό διαφωνίας. Ακολούθησαν οι δηλώσεις 9 και 18 με το υψηλότερο ποσοστό συμφωνία όπως και τους αντίστοιχους υψηλότερους μο (4.2-4.3). Το ψηλότερο ποσοστό στο κέντρο παρουσίασε η δήλωση 19 με ποσοστό 42.9%. Οι δηλώσεις 6, 10,12,16 και 20 παρουσίασαν ποσοστό στο κέντρο > του 30%

Στην σύγκριση των μέσων όρων ( Mann-Whitney test) στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στις δηλώσεις 1, 5, 11, 16 (Πίνακας 37)

## Ελλάδα

Γενικά τόσο στις δηλώσεις 19-23 που αντιστοιχούν στον παράγοντα άνεσης εκτέλεσης δεξιοτήτων οι μ.ο σε όλες τις δηλώσεις κυμάνθηκα στο κέντρο και στα δύο έτη 2.7-3.3.

### 3<sup>ο</sup> έτος

Ο μο κυμάνθηκε από το 1.9 στις δηλώσεις 14 και 15 μέχρι το μο 4.2 στη δήλωση 18. Ενδιαφέρον είναι ότι το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε στο μόλις 6.9% και στο 7.7% αντίστοιχα ενώ παράλληλα παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας που έφτανε το 79.2%. Η δήλωση 18 παρουσίασε το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας που έφτανε το 82.3% και μόλις 4.6% ήταν η διαφωνία. Ακολούθησαν οι δηλώσεις 7 και 3 με το υψηλότερο ποσοστό συμφωνία όπως και τους αντίστοιχους υψηλότερους μο (4.0). Το ψηλότερο ποσοστό στο κέντρο παρουσίασε η δήλωση 10 με ποσοστό 46.2%. Οι δηλώσεις 6,8,11,12,13,19,20 και 21 παρουσίασαν ποσοστό στο κέντρο > του 30% (Πίνακας 37) .

### 4<sup>ο</sup> έτος

Ο μο να κυμάνθηκε από το 2.1 στις δηλώσεις 4 και 15 μέχρι το μο 4.1 στις δηλώσεις 3 και 18. Το ποσοστό συμφωνίας ήταν το χαμηλότερο στις δηλώσεις 4 και 15 με 13.4 και 11.6% αντίστοιχα, ενώ παράλληλα παρουσίασαν και το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας 75.2%. και 72.9% αντίστοιχα. Οι δηλώσεις 3, 7 και 18 παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας 82.8%,83.3% και 82.3% αντίστοιχά (αντίστοιχο μο 4.1). Το υψηλότερο ποσοστό στο κέντρο παρουσίασε η δήλωση 19 με ποσοστό 43.7%. Οι δηλώσεις 10,11,12,13, 20 και 21 παρουσίασαν ποσοστό στο κέντρο > του 30%

Στην σύγκριση των μέσων όρων ( Mann-Whitney test) στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στις δηλώσεις 2, 9, 14.(Πίνακας 37)



Πίνακας 37. Ποσοστά 3-σημείων μέσος όρος (5βαθμή κλίμακα) (τυπική απόκλιση) και η διαφορά (Mann-Whitney test) ανά δήλωση του Ερωτηματολογίου HPPSACS ανά έτος σπουδών– Κύπρος

	HPPSACS -Κύπρος Στάσεις	3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(TA)	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(TA)	U	Sig.(2- tailed)
Κουλτούρα	1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	20.40%	31.10%	48.50%	3.4(1.1)	14.60%	20.20%	65.20%	3.7(1.1)	3730.0	0.021
	3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών	5.80%	8.70%	85.60%	4.3(0.9)	3.20%	7.50%	89.20%	4.3(0.8)	4815.5	0.955
	7. Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας	2.90%	5.80%	91.30%	4.4(0.7)	2.20%	9.80%	88.00%	4.3(0.8)	4424.5	0.316
	9. Στην μέχρι τώρα κλινική μου εμπειρία, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό (του τμήματος) μου τόνισαν ότι η ασφάλεια ασθενών αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	5.80%	15.40%	78.80%	4.0(0.9)	5.40%	9.80%	84.80%	4.2(0.9)	4159.5	0.090
	18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4.80%	21.20%	74.00%	4.0(0.9)	3.20%	10.80%	86.00%	4.3(0.9)	4131.0	0.058
Αναφορά λάθους	2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς	45.20%	26.90%	27.90%	2.8(1.2)	43.50%	28.30%	28.30%	2.8(1.2)	4770.5	0.972
	4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους	78.80%	15.40%	5.80%	1.9(1.0)	73.10%	17.20%	9.70%	2.0(1.0)	4586.5	0.507
	5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποδέχονται την	31.70%	27.70%	40.60%	3.2(1.2)	8.60%	22.60%	68.80%	3.9(1.0)	3133.0	<0.001

	αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς										
	6. Η εργασιακή κουλτούρα διευκολύνει τους επαγγελματίες να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη	25.50%	47.10%	27.50%	3.0(0.9)	22.60%	34.40%	43.00%	3.1(1.0)	4248.5	0.185
	8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε	12.60%	22.30%	65.00%	3.7(1.0)	11.80%	18.30%	69.90%	3.8(1.0)	4509.0	0.452
	10.Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση	21.90%	37.50%	40.60%	3.2(1.1)	21.50%	38.70%	39.80%	3.2(1.0)	4376.0	0.806
	12.Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του	29.80%	33.70%	36.50%	3.1(1.1)	23.70%	33.30%	43.00%	3.2(1.1)	4567.5	0.487
	13.Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζονται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία	8.90%	38.60%	52.50%	3.5(0.9)	6.50%	29.30%	64.10%	3.7(0.8)	4105.0	0.129
	17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι	5.80%	12.50%	81.70%	4.0(0.9)	7.50%	18.30%	74.20%	4.0(1.0)	4579.0	0.489
Άρνηση	11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών	21.20%	50.00%	28.80%	3.1(0.8)	18.30%	28.00%	53.80%	3.4(1.1)	3685.0	0.002
	14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους	68.90%	19.40%	11.70%	2.1(1.1)	60.90%	19.60%	19.60%	2.3(1.2)	4307.0	0.254
	15.Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου	85.30%	13.70%	1.00%	1.6(0.8)	74.20%	16.10%	9.70%	1.9(1.0)	4120.0	0.086
	16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι	64.40%	25.00%	10.60%	2.3(1.0)	44.10%	36.60%	19.40%	2.6(1.0)	3793.0	0.006

Δεξιότητες		Καθόλου άνετα/ λιγό άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε	Άνετα/ πολύ άνετα	ΜΟ(ΤΑ)	Καθόλου άνετα / λιγό άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε	Άνετα/ πολύ άνετα	ΜΟ(ΤΑ)	U	Sig.(2- tailed)
	19.Ακριβής συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος	15.50%	35.90%	48.50%	3.4(0.9)	9.90%	42.90%	47.30%	3.5(0.9)	4525.0	0.659
	20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	18.40%	29.10%	52.40%	3.4(0.9)	8.70%	38.00%	53.30%	3.5(0.8)	4473.0	0.472
	21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	9.60%	26.00%	64.40%	3.7(0.8)	8.70%	27.20%	64.10%	3.7(0.9)	4693.5	0.807
	22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	17.30%	26.00%	56.70%	3.5(1.1)	13.00%	27.20%	59.80%	3.7(1.0)	4566.0	0.566
	23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	23.10%	26.00%	51.00%	3.4(1.1)	16.30%	25.00%	58.70%	3.6(1.1)	4290.5	0.194

Πίνακας 38. Ποσοστά 3 σημείων, μέσοι όροι(5βαθμή κλίμακα), (τυπική απόκλιση)και διαφορά μέσων ανά δήλωση του Ερωτηματ. HPPSACS ανά έτος σπουδών –Ελλάδα

	HPPSACS Ελλάδα	3ο έτος				4ο έτος				Mann-Whitney test	
		Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ / Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	Διαφωνώ / Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ / Συμφωνώ απόλυτα	ΜΟ(ΤΑ)	U	Sig.(2-tailed)
	<b>Στάσεις</b>										
Κουλτούρα	1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	12.3%	13.8%	73.8%	3.8(1.0)	17.1%	18.4%	64.6%	3.6(1.1)	9111.0	0.079
	3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών	3.8%	10.0%	86.2%	4.0(0.8)	5.1%	12.1%	82.8%	4.1(0.9)	9813.0	0.529
	7.Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας	4.6%	13.8%	81.5%	4.0(0.8)	5.1%	11.5%	83.3%	4.0(0.8)	9691.0	0.470
	9.Στην μέχρι τώρα κλινική μου εμπειρία, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό (του τμήματος) μου <u>τόνισαν</u> ότι η ΑΑ αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	21.5%	23.8%	54.6%	3.5(1.1)	11.5%	22.9%	65.6%	3.7(1.0)	8879.0	0.046
	18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4.6%	13.1%	82.3%	4.2(0.9)	4.4%	13.3%	82.3%	4.1(0.8)	9570.5	0.283
Αναφορά Λάθους	2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς	43.8%	25.4%	30.8%	2.8(1.1)	59.9%	21.0%	19.1%	2.5(1.1)	8447.0	0.009
	4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους	80.8%	12.3%	6.9%	1.9(0.9)	75.2%	11.5%	13.4%	2.1(1.1)	9256.5	0.149
	5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποδέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς	12.30%	20.80%	66.90%	3.8(1.0)	14.00%	21.0%	65.00%	3.7(1.0)	9796.0	0.537

	6. Η εργασιακή κουλτούρα διευκολύνει τους επαγγελματίες να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη	37.7%	31.50%	30.8%	2.9(1.1)	38.7%	28.4%	32.9%	2.9(1.1)	9944.5	0.845
	8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε	33.1%	30.0%	36.9%	3.0(1.0)	28.5%	26.6%	44.0%	3.2(1.0)	9318.0	0.157
	10.Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση	35.4%	46.2%	18.5%	2.8(0.9)	37.0%	39.6%	23.40%	2.9(0.9)	9695.0	0.628
	12.Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του	36.9%	31.5%	31.5%	2.9(1.1)	32.3%	36.1%	31.6%	3.0(1.0)	9983.0	0.672
	13.Οι αποτελεσματικές αντιδράσεις σε λάθη εστιάζονται πρωταρχικά στον εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας	20.2%	34.9%	45.0%	3.2(0.9)	17.9%	32.7%	49.4%	3.4(0.9)	9369.5	0.286
	17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι	10.8%	17.7%	71.5%	3.7(0.9)	10.8%	18.5%	70.7%	3.7(0.8)	10103.0	0.869
Αρνηση	11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών	32.3%	39.2%	28.5%	2.9(0.9)	30.8%	39.7%	29.5%	3.0(1.0)	9894.0	0.711
	14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους	79.2%	13.8%	6.9%	1.9(0.9)	63.5%	18.6%	17.9%	2.3(1.2)	8121.0	0.002
	15.Αν δω ένα λάθος , θα το κρατήσω για τον εαυτό μου	79.20%	13.10%	7.70%	1.9(0.9)	72.90%	15.5%	11.6%	2.1(1.1)	9216.5	0.189
	16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι	67.70%	24.60%	7.70%	2.2(0.9)	60.50%	27.4%	12.1%	2.4(0.9)	8985.5	0.060
<b>Δεξιότητες</b>		Καθόλου άνετα/Λιγό άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε άνετα	Άνετα/πολύ άνετα	ΜΟ(ΤΑ)	Καθόλου άνετα/Λιγό άνετα	ούτε συμφωνώ ούτε άνετα	Άνετα/ πολύ άνετα	ΜΟ(ΤΑ)	U	Sig.(2 - tailed )

19.Ακριβής συμπλήρωση έκθεσης συμβάντος	36.2%	41.5%	22.3%	2.7(1.0)	30.4%	43.7%	25.%	2.9(1.0)	9514.0	0.258
20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	30.0%	39.2%	30.8%	3.0(0.9)	24.2%	36.3%	39.50%	3.2(1.0)	9059.0	0.085
21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	22.3%	33.8%	43.8%	3.2(1.0)	22.3%	32.5%	45.2%	3.3(0.9)	9921.0	0.669
22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	32.3%	21.5%	46.2%	3.1(1.2)	27.7%	22.6%	49.7%	3.2(1.2)	9355.5	0.278
23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	35.4%	23.1%	41.5%	3.0(1.1)	29.3%	17.8%	52.9%	3.2(1.1)	9005.5	0.071

## 8.5 Συσχετίσεις ανάμεσα και μεταξύ των ερωτηματολογίων

Στο μέρος αυτό θα παρουσιαστούν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των αποκτηθέντων γνώσεων για τα ειδικά θέματα ΑΑ στους δύο χώρους εκπαίδευσης (αίθουσες διδασκαλίας και κλινικός χώρος) και μεταξύ των αποκτηθέντων γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων

### Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του κάθε ερωτηματολογίου ξεχωριστά

Για το ερωτηματολόγιο ΗΡΕΡSS όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των 7 παραγόντων βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές, θετικές τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ. Τα αποτελέσματα δηλαδή έδειχναν ότι κάποιος που έβαλε υψηλές τιμές στον ένα παράγοντα του ερωτηματολογίου έβαζε ψηλές τιμές και στον άλλον παράγοντα π.χ ομαδική εργασία με αποτελεσματική επικοινωνία (Πίνακας 39)

Πίνακας 39. Συντελεστές συσχετίσεις (Spearman) μεταξύ παραγόντων του ερωτηματολ. ΗΡΕΡSS στις ΑΔ και ΚΑ

<b>ΗΡΕΡSS.....στις αίθουσες διδασκαλίας</b>						
	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Κλινική ασφάλεια	.531**	.529**	.549**	.506**	.512**	.470**
Ομαδική εργασία		.622**	.609**	.618**	.625**	.582**
Αποτελεσματική επικοινωνία			.642**	.597**	.596**	.533**
Διαχείριση κινδύνων				.644**	.594**	.529**
Κατανόηση παραγόντων					.654**	.599**
Αναγνώριση, ανταπόκριση						.590**

<b>ΗΡΕΡSS.....στη κλινική άσκηση</b>						
	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Κλινική ασφάλεια	.612**	.591**	.600**	.538**	.568**	.563**
Ομαδική εργασία		.704**	.662**	.571**	.668**	.583**
Αποτελεσματική επικοινωνία			.694**	.639**	.650**	.610**
Διαχείριση κινδύνων				.654**	.650**	.579**
Κατανόηση παραγόντων					.647**	.639**
Αναγνώριση, ανταπόκριση						.674**

\*\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.01$

\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.05$

Στο ερωτηματολόγιο HPPSACS στην πλειοψηφία οι συσχετίσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές, θετικές, δηλαδή οι φοιτητές που έβαζαν υψηλές τιμές σε ένα παράγοντα του ερωτηματολογίου έβαλε υψηλές τιμές και στον άλλο παράγοντα (π.χ. Άνεση με αναφορά λάθους ή Άρνηση και αναφορά λάθους). Αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ του παράγοντα άρνηση και κουλτούρας. Δηλαδή στον παράγοντα άρνηση όπου έδειχνε ότι οι φοιτητές που διαφωνούν ότι τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στη μείωση μελλοντικών λαθών, ότι αν δουν ένα λάθος ή κάνουν κάποιο λάθος που δεν προκάλεσε βλάβη να το κρατήσουν για τον εαυτό τους και να μην το αναφέρουν και ότι τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις που δεν μπορεί να γίνει κάτι παράλληλα διαφωνούσαν με τα θέματα κουλτούρας όπως ότι είναι αναπόφευκτο να μην κάνεις λάθη, θα πρέπει να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος για τη φροντίδα, θα πρέπει να υπάρχει περισσότερος χρόνος διδασκαλίας για την ΑΑ, η ύψιστη προτεραιότητα της ΑΑ και αποδέχονται ότι υπάρχει χάσμα θεωρίας και πράξης (Πίνακας 40).

Πίνακας 40. Γραμμικές συσχετίσεις (Spearman) μεταξύ παραγόντων του ερωτηματολογίου HPPSACS

HPPSACS	Αναφορά		
	λάθους	Άρνηση	Κουλτούρα
Άνεση	.304**	.038	.202**
Αναφορά λάθους		.252**	.190**
Άρνηση			-.163**

\*\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.01$

\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.05$

### Συσχετίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου HPEPSS με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου HPPSACS στο σύνολο

#### Αίθουσες διδασκαλίας

Ο παράγοντας Άνεση έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες του Ερωτηματολογίου για τις απόψεις των φοιτητών σε σχέση με την αποκτηθείσα γνώση σε θέματα ΑΑ»-HPEPSS. Ο παράγοντας «Αναφορά λάθους» έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου HPEPSS. Ο παράγοντας «άρνηση» δεν φαίνεται να συσχετίζεται με κανένα παράγοντα του ερωτημ. HPEPSS ( $p>0.05$ ). Ο παράγοντας «Κουλτούρα» έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες του HPEPSS. Όλες οι σημαντικές συσχετίσεις είναι μέτριες(Πίνακας 38)..



Στους χώρους κλινικής άσκησης

Οι συσχετίσεις που παρατηρούνται στους χώρους κλινικής άσκησης είναι μέτριες στατιστικά σημαντικές θετικές για τους παράγοντες «Άνεση», «Αναφορά λάθους» και «Κουλτούρα» από το Ερωτηματολόγιο HPPSACS με όλους τους παράγοντες του Ερωτηματολογίου HPEPSS, ενώ ο παράγοντας «Άρνηση» εδώ έχει σημαντική συσχέτιση (μέτρια) με τους παράγοντες «ομαδική εργασία», «διαχείριση κινδύνων» και «αναγνώριση, ανταπόκριση» του HPEPSS. (Πίνακας 41).

Πίνακας 41. Γραμμικές συσχετίσεις (Spearman) μεταξύ παραγόντων του ερωτηματολογίου για τις αποκτηθείσες γνώσεις (HPEPSS) στις ΑΔ και ΚΑ με του ερωτηματολογίου για τις στάσεις (HPPSACS) συνολικά

HPEPSS.....στις αίθουσες διδασκαλίας							
HPPSACS	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0,307**	0,380**	0,356**	0,361**	0,312**	0,359**	0,268**
Αναφορά λάθους	0,149**	0,266**	0,236**	0,252**	0,179**	0,266**	0,166**
Άρνηση	-0,010	0,075	-0,044	0,023	-0,012	0,057	-0,084
Κουλτούρα	0,269**	0,260**	0,253**	0,236**	0,241**	0,288**	0,328**

HPEPSS...στους χώρους κλινικής άσκησης							
HPPSACS	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0,308**	0,365**	0,338**	0,286**	0,248**	0,352**	0,291**
Αναφορά Λάθους	0,221**	0,325**	0,252**	0,244**	0,186**	0,333**	0,235**
Άρνηση	0,009	0,125**	0,069	0,126**	0,060	0,101*	0,014
Κουλτούρα	0,256**	0,245**	0,230**	0,261**	0,234**	0,231**	0,297**

\*\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.01$

\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.05$

### Συσχετίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου HPEPSS με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου HPPSACS ανά χώρα

#### Αίθουσες διδασκαλίας

Γενικά τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ελλάδα παρατηρείται μέτρια συσχέτιση αναμεσα στους παράγοντες των δύο ερωτηματολογίων με το παράγοντα «Άρνηση» να παρουσιάζει μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με όλους τους παράγοντες γνώσεων σε ειδικά θέματα ΑΑ και τον παράγοντα «άνεση» ο οποίος έχει τις πιο πολλές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τους άλλους παράγοντες (Πίνακας 39).

Στους χώρους κλινικής άσκησης

Στους χώρους κλινικής άσκησης παρατηρείται και στις δύο χώρες μέτρια συσχέτιση αναμεσά στους παράγοντες των δύο ερωτηματολογίων με τον παράγοντα «Άρνηση» να παρουσιάζει στη πλειοψηφία μη στατιστικά σημαντικές με τις αποκτηθείσες γνώσεις και τον παράγοντα «άνεση» ο οποίος έχει τις πιο πολλές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τους άλλους παράγοντες. (Πίνακας 42).

Πίνακας 42. Γραμμικές συσχετίσεις (Spearman) μεταξύ παραγόντων του ερωτηματολογίου για τις αποκτηθείσες γνώσεις ΗΡΕΡSS στις ΑΔ και ΚΑ με το ερωτηματολόγιο ΗΡΡSACS ανά χώρα

<b>ΗΡΕΡSS.....στις αίθουσες διδασκαλίας</b>							
<b>ΗΡΡSACS-ΚΥΠΡΟΣ</b>	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0.273**	0.340**	0.348**	0.303**	0.237**	0.266**	0.227**
Αναφορά λάθους	0.017	0.223**	0.253**	0.188*	0.110	0.181*	0.142
Άρνηση	-0.090	0.096	-0.065	-0.018	-0.002	0.000	0.009
Κουλτούρα	0.293**	0.247**	0.249**	0.187*	0.302**	0.270**	0.267**

<b>ΗΡΡSACS-ΕΛΛΑΔΑ</b>	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0.189**	0.295**	0.194**	0.237**	0.226**	0.292**	0.172**
Αναφορά Λάθους	0.043	0.127*	0.069	0.147*	0.069	0.168**	0.004
Άρνηση	-0.015	0.016	-0.097	0.008	-0.058	0.051	-0.217**
Κουλτούρα	0.188**	0.173**	0.183**	0.184**	0.146*	0.230**	0.311**

<b>ΗΡΕΡSS.....στους χώρους κλινικής άσκησης</b>							
<b>ΗΡΡSACS-ΚΥΠΡΟΣ</b>	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0.223**	0.310**	0.295**	0.256**	0.146*	0.242**	0.178*
Αναφορά λάθους	0.071	0.176*	0.098	0.145	0.124	0.193**	0.189*
Άρνηση	-0.119	0.088	0.032	0.184*	0.063	0.083	0.074
Κουλτούρα	0.232**	0.211**	0.138	0.113	0.198**	0.199**	0.180*

<b>ΗΡΡSACS-ΕΛΛΑΔΑ</b>	Κλινική ασφάλεια	Ομαδική εργασία	Αποτελεσματική επικοινωνία	Διαχείριση κινδύνων	Κατανόηση παραγόντων	Αναγνώριση, ανταπόκριση	Κουλτούρα ασφάλειας
Άνεση	0.183**	0.260**	0.188**	0.137*	0.192**	0.265**	0.241**
Αναφορά Λάθους	0.139*	0.255**	0.176**	0.156**	0.095	0.281**	0.133*
Άρνηση	0.010	0.113	0.039	0.053	0.015	0.056	-0.070
Κουλτούρα	0.198**	0.156**	0.206**	0.246**	0.198**	0.162**	0.327**

\*\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.01$

\* συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο  $\alpha=0.05$

## 8.6 Αποτελέσματα των ερωτημάτων για τις παραλείψεις

Το 94% των φοιτητών είχαν παρατηρήσει να παραλείπονται νοσηλευτικές φροντίδες κατά την διάρκεια της κλινικής τους πρακτικής. Το 89% αντιλαμβάνονταν ότι σχετίζεται με την ΑΑ.

Πίνακας 43. Οι απόψεις των φοιτητών σχετικά με θέματα παραλείψεων και τη σχέση τους με την ΑΑ

	N	%
Έχετε παρατηρήσει ΝΦ να παραλείπονται		
Ναι	430	94.3%
Όχι	26	5.7%
Οι παραλείψεις στη ΝΦ πιστεύεται σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών (5βαθμη κλίμακα)		
Συμφωνώ απόλυτα	200	41.8%
Συμφωνώ	230	48.0%
Διαφωνώ	19	4.0%
Διαφωνώ απόλυτα	15	3.1%
Δεν γνωρίζω	15	3.1%
Πόσο συχνά έχεις παρατηρήσει να συμβαίνουν παραλείψεις στη ΝΦ οι οποίες δυνατόν να έθεσαν την ασφάλεια των ασθενών σε κίνδυνο;		
Καθόλου-0	11	2.3%
Πολύ σπάνια-1-4	28	5.9%
Σπάνια 5-6	87	18.3%
Συχνά 10-14	285	59.9%
Πολύ Συχνά 15-19	65	13.7%

### 8.6.1 Αποτελέσματα από την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

#### 8.6.1.1 Νοσηλευτικές φροντίδες που παραλείπονται

Σύνολο 366 φοιτητών απάντησαν στο ερώτημα «Ποιες νοσηλευτικές φροντίδες έχεις παρατηρήσει να παραλείπονται συχνότερα στην πρόσφατη κλινική σου πρακτική;». Από τους 366 φοιτητές οι 180 ήταν 3ετείς και οι 186 ήταν 4ετείς. Σε σχέση με τις χώρες απάντησαν 166 Κύπριοι φοιτητές και 200 Ελλαδίτες φοιτητές. Στο σύνολο αναφέρθηκαν από τους φοιτητές 848 παραλείψεις νοσηλευτικών φροντίδων, από τις οποίες κάποιες επαναλαμβάνονταν. Στο σύνολο αναφέρθηκαν 257 διαφορετικές παραλείψεις. Οι αναφερόμενες παραλείψεις κατανεμήθηκαν σε 24 κατηγορίες. Ακολούθησε η αντιστοίχιση των κατηγοριών και η ανάδειξη 5 θεματικών ενοτήτων, που έχουν προκύψει μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση, σε σχέση με τις

νοσηλευτικές παραλείψεις: 1) ασφαλής φροντίδα, 2) βασικές ανάγκες, 3) επικοινωνία με οικογένεια και ασθενή, 4) σεβασμός και αξιοπρέπεια, 5) αξιολόγηση ασθενών (πίνακας 44).

### Ασφαλής φροντίδας

Η θεματική αυτή ενότητα «Ασφαλής φροντίδα» χωρίστηκε σε 6 υποκατηγορίες: α) μη διατήρηση ασηψίας σε σχέση με νοσηλείες β) πλύσιμο χεριών, γ) φροντίδα ενδοφλέβιων υγρών δ) πρόληψη κατακλίσεων ε) χορήγηση φαρμάκων και ε) εφαρμογή πρωτοκόλλων (Πίνακας XXX). Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ως κύριες ενέργειες παράλειψης αυτές που σχετίζονταν στη μη διατήρηση της ασηψίας σε σχέση με τις νοσηλείες που αφορούσαν στην περιποίηση τραύματος, στην φροντίδα ουροκαθετήρων και άλλων καθετήρων όπως τραχειοστομίας και κατά τη χορήγηση ενέσεων. Επίσης ένας σημαντικός αριθμός φοιτητών ανέφεραν παραλείψεις στο πλύσιμο και την υγιεινή των χεριών, ιδιαίτερα πριν από κάθε νοσηλεία. Άλλες ενέργειες που παραλείπονταν ήταν η φροντίδα ενδοφλέβιων υγρών και σχετιζόταν με την αλλαγή του σημείου φλεβοκέντησης έγκαιρα και την αλλαγή σετ όρου όταν χρειαζόταν (π.χ. μια άκρη έπεσε στο πάτωμα). Όσο αφορά στη χορήγηση φαρμάκων δεν τηρούνταν οι κανόνες στην ετοιμασία του φαρμάκου, στη τήρηση των 5 σωστών βημάτων για την ασφαλή χορήγηση φαρμάκων και στην έγκαιρη διαχείριση του πόνου. Στη συνέχεια σχετικά με την ασφάλεια αναγνωρίστηκε και η μη εφαρμογή μέτρων πρόληψη κατακλίσεων και κυρίως αναφέρθηκαν η αλλαγή θέση και η κινητοποίηση. Τέλος σε μικρότερο αριθμό φοιτητές ανέφεραν τη μη τήρηση πρωτοκόλλων ειδικά σε θέματα σε σχέση με τα μέτρα πρόληψης λοιμώξεων.

### Βασικές ανάγκες

Η θεματική ενότητα «βασικές ανάγκες» χωρίστηκε σε 5 υπό-κατηγορίες : α) υγιεινή σώματος και στόματος β) αλλαγή πάνας, γ) διατροφή και δ) εξασφάλιση ύπνου. Σε σχέση με τις βασικές ανάγκες μια φροντίδα που αναφέρθηκε συχνά αφορούσε την υγιεινή τόσο του σώματος όσο και του στόματος και η αλλαγή πάνας- ακράτειας. Όσο αφορά τη σίτιση, οι ασθενείς στερούνταν της επαρκούς χορήγηση τροφής είτε γιατί δεν τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας για λόγους σίτισης, είτε γιατί δεν τους βοήθησε κάποιος να φάει. Τέλος οι φοιτητές αναφέρθηκαν και στη μη διατήρηση ήσυχου περιβάλλοντος για την εξασφάλιση του ύπνου.

### Επικοινωνία

Η θεματική ενότητα «επικοινωνία» χωρίστηκε σε 5 υπό-κατηγορίες : α) Ενημέρωση ασθενούς, β) ενημέρωση οικογένειας, γ) συγκατάθεση, δ) ψυχολογική υποστήριξη ε) εκπαίδευση. Η

φοιτητές πρόσεξαν να παραλείπεται η ενημέρωση του ασθενούς για τη νοσηλεία που θα του παρείχαν την εξασφάλιση της συνεργασίας με τον ασθενή, ενώ παραλείπανε επίσης να ενημερώσουν την οικογένεια του ασθενούς γιατί θα έπρεπε να γίνει κάποια ενέργεια. Ακόμα, δηλώθηκε από τους φοιτητές ότι δεν έπαιρναν την συγκατάθεση ασθενών πριν από κάθε φροντίδα που θα τους δινόταν. Επίσης αρκετοί φοιτητές ανέφεραν την απουσία υποστήριξης ψυχολογικών αναγκών του ασθενή. Η απουσία της ψυχολογικής υποστήριξης εντοπίστηκε στην αναφορά για ελλιπή βαθμό ανάπτυξης της σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, τη μη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς για τη μείωση του άγχους και τη μειωμένη ενσυναίσθηση. Παραλείψεις αναφέρθηκαν και σε σχέση με την εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας που έχει ως στόχο την αυτό-φροντίδα και την ανεξαρτησία του ασθενούς, ούτε ακόμα και κατά το εξιτήριο.

#### Σεβασμός και Αξιοπρέπεια

Η θεματική ενότητα «Σεβασμός και αξιοπρέπεια» χωρίστηκε σε 4 υπό-κατηγορίες: α) ιδιωτικότητα, β) κακή (μη ενδεδειγμένη) συμπεριφορά, γ) ολιστική προσέγγιση, δ) ανταπόκριση στο κάλεσμα ασθενούς. Σε σχέση με τις παραλείψεις που δεν εξασφάλιζαν την ιδιωτικότητα φαινόταν στις δηλώσεις που αφορούσε την έκθεση του σώματος κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα. Επίσης αναφέρθηκε η μη ενδεδειγμένη συμπεριφορά καθώς φαίνεται να παρατηρήθηκαν περιστατικά ειρωνείας και χλευασμού. Ο ελλιπής σεβασμός που φάνηκε από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν αντιμετώπιζαν τους ασθενείς ολιστικά, και ούτε λαμβάναν υπόψη όταν τους μιλούσαν ενώ παρατηρήθηκε καθυστέρηση στην ανταπόκριση του κουδουνιού.

#### Αξιολόγηση ασθενών

Η θεματική ενότητα «αξιολόγηση ασθενών» χωρίστηκε σε 4 υπό-κατηγορίες: α) αξιολόγηση κατάστασης, β) αξιολόγηση αναγκών, γ) αναφορά /τεκμηρίωση, δ) πρόληψη πτώσεων. Η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς φαίνεται να μην ήταν επαρκής καθώς οι φοιτητές δήλωναν «κακή» μέτρηση ζωτικών σημείων, ή και παραλείψεις στη μέτρηση ζωτικών σημείων και επιπέδων γλυκόζη. Επίσης συχνά αναφέρθηκε η μη αξιολόγηση συναισθηματικών και πνευματικών αναγκών. Σε σχέση με την καταγραφή και τεκμηρίωση ανέφεραν την ελλιπή καταγραφή στοιχείων στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς και σε διάφορα σχετικά με τη φροντίδα έντυπα π.χ. έντυπο λήψης και αποβολής, φύλλο θεραπείας φαρμάκων. Για την

πρόληψη πτώσεων και πάλι φαίνεται η αξιολόγηση να παρουσιάζει παραλείψεις όπως η μη εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγηση κινδύνων και πρόληψης πτώσεων και η τοποθέτηση προστατευτικών κάγκελων κρεβατιού.

Πίνακας 44. Οι νοσηλευτικές φροντίδες που παρατηρήθηκαν να παραλείπονται κατά την κλινική τους άσκηση

Σύνολο φοιτητών N=366	3ετείς= 180	4 ετείς =186
Ασφαλής φροντίδα	. Μη διατήρηση ασηψίας . Πλύσιμο χεριών . Φροντίδα Καθετήρων	. Ενέργειες πρόληψη κατακλίσεων . Κατά τη χορήγηση Φαρμάκων
Βασικές Ανάγκες	. Υγιεινή σώματος και στόματος . Διατροφή . Εξασφάλιση ύπνου	
Επικοινωνία και υποστήριξη με οικογένεια και ασθενή	. Ενημέρωση ασθενούς & οικογένειας . Η λήψη συγκατάθεσης . Ψυχολογική υποστήριξη	. Εκπαίδευση
Σεβασμός και αξιοπρέπεια	. Διασφάλιση ιδιωτικότητας . Ολιστική προσέγγιση	. Ενδεδειγμένη συμπεριφορά . Ανταπόκριση στο κάλεσμα ασθενούς
Αξιολόγηση αναγκών	. Αξιολόγηση ασθενούς (ΖΣ) . Αναφορά/ Τεκμηρίωση . Πρόληψη πτώσεων	

### 8.6.2 Οι παράγοντες (λόγοι) που συμβάλουν στην παράλειψη των φροντίδων

Σύνολο 268 φοιτητών απάντησαν στο ερώτημα «Ποιοι παράγοντες (λόγοι) συμβάλουν στις παραλείψεις των φροντίδων που έχεις αναφέρει;

Από τους 268 φοιτητές οι 98 ήταν 3ετείς και οι 172 ήταν 4ετείς. Σε σχέση με τις χώρες απάντησαν 64 Κύπριοι φοιτητές και 204 Ελλαδίτες φοιτητές. Στο σύνολο αναφέρθηκαν από τους φοιτητές 125 παράγοντες από τους οποίους κάποιοι επαναλαμβάνονταν. Στο σύνολο αναφέρθηκαν 27 διαφορετικοί παράγοντες και οι οποίοι κατανεμήθηκαν σε 4 θεματικές κατηγορίες:

1. Αδιαφορία/ έλλειψη ενδιαφέροντος.

Η αδιαφορία και η έλλειψη ενδιαφέροντος αναφερθήκαν ως οι συχνότεροι λόγοι που συμβάλλουν στις παραλείψεις φροντίδας. Συγκεκριμένα ανέφεραν την έλλειψη ενδιαφέροντος

από τους νοσηλευτές , την έλλειψη υπευθυνότητας, την προσκόλληση σε εργασίες ρουτίνας και στερεότυπα χωρίς διάθεση για αλλαγή. Επίσης οι φοιτητές πίστευαν ότι κάποιες εργασίες δεν διεκπεραιώνονταν γιατί θεωρούνταν λιγότερο σημαντικές (π.χ. στοματική υγιεινή) και συνεπώς όχι επείγουσες να γίνουν.

## 2. Έλλειψη γνώσεων.

Οι φοιτητές ανέφεραν την ελλιπή εκπαίδευση και την υποτίμηση γεγονότων κινδύνου και επιπτώσεων εκτέλεση ή μη μιας εργασίας ως αποτέλεσμα της άγνοιας τους.

## 3. Υποστελέχωση.

Οι φοιτητές αναφέρθηκαν στην δυσκολία αντιμετώπισης καταστάσεων λόγω έλλειψης προσωπικού και έλλειψης χρόνου.

## 4. Φόρτος εργασίας και έλλειψη υποδομών.

Η θεματική ενότητα περιλάμβανε αναφορές στο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και τη μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την δουλειά τους.

Πίνακας 45. Οι λόγοι (παράγοντες) που συμβάλλουν στην εμφάνιση παραλείψεων

<b>Σύνολο φοιτητών που απάντησαν N=268 (3ετείς=98, 4 ετείς= 172)</b>	
Αδιαφορία/ Έλλειψη ενδιαφέροντος	. Έλλειψη ενδιαφέροντος από τους νοσηλευτές . Προσκόλληση σε εργασίες ρουτίνας και στερεότυπα . Υποβάθμιση της φροντίδας ως μη σημαντική (π.χ. στοματική υγιεινή)
Έλλειψη γνώσεων	. Ελλιπής εκπαίδευση . Μη γνώση του κινδύνου στην εκτέλεση ή μη μιας εργασίας
Υποστελέχωση	. Έλλειψη χρόνου . Έλλειψη προσωπικού
Φόρτος Εργασίας	. Επαγγελματική εξουθένωση . Μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους

### 8.6.3 Οι εκβάσεις από τις παραλείψεις των φροντίδων

Σύνολο 274 φοιτητών απάντησαν στο ερώτημα «Οι παραλείψεις που έχεις αναφέρει σε ποιες εκβάσεις πιστεύεις μπορούν να οδηγήσουν, που να θέτουν σε κίνδυνο την ΑΑ ;»

Από τους 274 φοιτητές οι 136 ήταν 3ετείς και οι 138 ήταν 4ετείς. Σε σχέση με τις χώρες απάντησαν 125 Κύπριοι φοιτητές και 149 Ελλαδίτες φοιτητές. Στο σύνολο αναφέρθηκαν από τους φοιτητές 545 εκβάσεις. Μετά τον έλεγχο επαναλήψεων φαίνεται να αναφέρθηκαν 25 διαφορετικές εκβάσεις και οι οποίες σχημάτισαν 3 θεματικές κατηγορίες (Πίνακας ΧΧ):

1. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Οι συχνότερες εκβάσεις που αναφέρθηκαν σχετίζονταν με τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Ανάφεραν τη διασπορά μικροβίων, ουρολοιμώξεις, φλεβίτιδες, στοματίτιδες, λοιμώξεις αναπνευστικού .

2. Αύξηση ημερών νοσηλείας ή/και θάνατος (ή Αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητα)

Το σημείο αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την αναφορά των φοιτητών στην αύξηση ημερών νοσηλείας ως αποτέλεσμα επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης του ατόμου η οποία μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο. Οι συχνότερες εκβάσεις που οδηγούσαν στην αύξηση ημερών νοσηλείας ήταν τα έλκη πίεσης που ανέπτυσαν οι ασθενείς κατά τη παραμονή τους στο νοσοκομείο, η αλλαγή και η μη επαρκής αντιμετώπιση ζωτικών σημείων (π.χ. αύξηση της αρτηριακής πίεσης), η μη επαρκή ενυδάτωση του ασθενή ενδοφλέβια, οι πτώσεις και οι τραυματισμοί. Ενώ η μη επαρκή καθοδήγηση και οδηγίες κατά το εξιτήριο οδηγούσε σε ελλιπή συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία του και συνεπώς σε επανεισαγωγή.

3. Αρνητική ψυχολογική-συναισθηματική διάθεση/αντίδραση

Οι φοιτητές ανάφεραν τον φόβο, έντονο άγχος ασθενή και οικογένειας, μείωση της αυτοπεποίθησης των ασθενών οι οποίοι ένιωθαν ότι καταπατούνταν τα δικαιώματά τους. Επίσης ανάφεραν ότι οι ασθενείς ένιωθαν ανασφαλής καθώς φοβούνταν ή ντρέπονταν να μιλήσουν ή να ερωτήσουν τους νοσηλευτές σχετικά με την θεραπεία τους. Ενώ σε γενικές γραμμές υπήρχε μειωμένη ικανοποίηση από τους ασθενείς.



Πίνακας 46. Οι εκβάσεις που πιθανό να προκύψουν από τις παραλείψεις νοσηλευτικών δραστηριοτήτων σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών

<b>Σύνολο φοιτητών N=274 (3ετείς=136, 4 ετείς= 138)</b>	
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Διασπορά μικροβίων</li> <li>. Ουρολοιμώξεις, φλεβίτιδες</li> <li>. Στοματίτιδα</li> <li>. Λοιμώξεις αναπνευστικού</li> </ul>
Αύξηση ημέρων νοσηλείας ή/και θάνατος	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Επιδείνωση της κατάστασης του ατόμου</li> <li>. Έλκη πίεσης</li> <li>. Μη έγκαιρη αντιμετώπιση σε αλλαγές ζωτικών σημείων</li> <li>. Πτώσεις –Τραυματισμοί</li> <li>. Επανεισαγωγή</li> </ul>
Αρνητική ψυχολογική – συναισθηματική διάθεση του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Φόβο και ανασφάλεια να μιλήσουν</li> <li>. Έντονο Άγχος από πλευράς του ασθενούς</li> <li>. Μείωση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς</li> <li>. Μειωμένη ικανοποίηση</li> </ul>

## 9 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα είχε στόχο να μελετήσει τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής Ελλάδος και Κύπρου, σε σχέση με τις γνώσεις, τις οποίες έχουν λάβει από την εκπαίδευσή τους, τις στάσεις που έχουν διαμορφώσει, καθώς και τις δεξιότητες που έχουν αποκτήσει αναφορικά με την ΑΑ. Οι φοιτητές αυτό-αξιολόγησαν τις γνώσεις που έχουν λάβει υψηλότερα στις ΑΔ (ΜΟ=4.0) και χαμηλότερα τις γνώσεις που έχουν λάβει στην ΚΑ (μo=3.7). Επίσης, ακόμα χαμηλότερα αξιολογήθηκαν οι στάσεις (μo=3.2) και οι δεξιότητες (μo=3.2). Τα ευρήματα αυτά δεν συμφωνούν με τη βιβλιογραφία, όπου οι στάσεις αξιολογήθηκαν υψηλότερα από τις δεξιότητες και πολύ χαμηλότερα οι γνώσεις (Tella et al. 2015 a& b, Lee et al.,2020). Στις αποκτηθείσες γνώσεις για ειδικά θέματα ΑΑ, στον παράγοντα «ομαδική εργασία» και συγκεκριμένα οι δηλώσεις που περιλαμβάνονταν όπως «τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης» και «ο απολογισμός και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος» αξιολογήθηκαν με το χαμηλότερο σκορ. Όσον αφορά τις στάσεις, το χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας αναφέρθηκε στην «άρνηση» (μέσος όρος 2.1), δηλαδή, οι φοιτητές διαφωνούσαν με τη στάση μη αναφοράς του λάθους, έστω και αν αυτό δεν προκαλούσε βλάβη όπως και για τη στάση ότι τα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι. Προσεγγίζοντας πιο εστιασμένα τα αποτελέσματα της μελέτης, η προσδοκία βελτίωσης της γνώσης για κλινικές (τεχνικές) δεξιότητες μέσα από την κλινική εμπειρία φαίνεται να μην κυριαρχεί στην παρούσα μελέτη, όπως και σε άλλες μελέτες (VanDenKerkhof *et al.*, 2017, Suliman 2019). Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, στον παράγοντα «κλινικές δεξιότητες» οι αποκτηθείσες γνώσεις ήταν καλύτερες, σε αντίθεση με τις αποκτηθείσες γνώσεις που δηλώθηκαν στους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες τόσο στις ΑΔ όσο και στην ΚΑ, με πιο υψηλά σκορ να παρουσιάζονται στις ΑΔ

Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των δύο χωρών, οι Κύπριοι φοιτητές (μ.ο=4.0) δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από τους Ελλαδίτες φοιτητές (μo=3.4) στο γεγονός ότι τα θέματα ΑΑ περιλαμβάνονταν στο πρόγραμμα σπουδών. Στα ειδικά θέματα ΑΑ, οι Κύπριοι φοιτητές δήλωσαν υψηλότερα την γνώση που έχουν λάβει, τις στάσεις και τις δεξιότητες τους σε σχέση

με τους Ελλαδίτες φοιτητές. Στην εξέταση τυχόν διαφορών μεταξύ των ετών φοίτησης φάνηκε ότι τα υψηλότερα σκορ σε όλες τις ικανότητες δηλώθηκαν από τους 4ετείς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το μοτίβο που παρατηρείται μεταξύ της διδασκαλίας στις ΑΔ και στην ΚΑ όσο αφορά τις γνώσεις που έχουν λάβει, δηλαδή, όταν οι γνώσεις σε έναν παράγοντα ή δήλωση στις ΑΔ αυτό-αξιολογήθηκαν υψηλά, αντίστοιχα υψηλές γνώσεις αναφέρθηκαν και στους χώρους ΚΑ. Παρόμοια, παρατηρήθηκε και ανάμεσα στις χώρες και στα έτη σπουδών. Δηλαδή, σε σχέση με τις χώρες όταν το επίπεδο συμφωνίας ως προς τις γνώσεις που έχουν λάβει ήταν υψηλό στους Κύπριους, αντίστοιχα, υψηλή αυτό-αξιολόγηση δόθηκε και από τους Ελλαδίτες φοιτητές, και αντίθετα. Σε σχέση με τα έτη σπουδών, όταν οι 3ετείς δήλωναν υψηλές αποκτηθείσες γνώσεις, στις αντίστοιχες δηλώσεις και οι 4ετείς δήλωναν υψηλότερες αποκτηθείσες γνώσεις και αντίθετα. Όπως και στις αποκτηθείσες γνώσεις, οι Κύπριοι φοιτητές δήλωναν υψηλότερη «συμφωνία» στις στάσεις και στις δεξιότητες που έχουν αποκτήσει από το πρόγραμμα σπουδών σε θέματα ΑΑ σε σύγκριση τους Ελλαδίτες φοιτητές. Ωστόσο παρά τη διαφορά μεταξύ Κύπριων και Ελλήνων φοιτητών στην αυτό-αξιολόγηση των στάσεων και δεξιοτήτων παρατηρήθηκε το ίδιο μοτίβο όπως και στις αποκτηθείσες γνώσεις. Δηλαδή στις δηλώσεις που απαντούσαν πιο υψηλά οι Κύπριοι, ομοίως υψηλά απαντούσαν και ο Ελλαδίτες φοιτητές, και αντίθετα. Σε σχέση με το έτος σπουδών, όταν οι 4ετείς φοιτητές, δήλωναν υψηλότερες στάσεις και δεξιότητες στις αντίστοιχες δηλώσεις απαντούσαν υψηλότερα και οι 3 ετείς αλλά χαμηλότερα από τους 4ετείς.

Επιπρόσθετα, οι φοιτητές έχουν διαπιστώσει παραλείψεις φροντίδας, τις οποίες φάνηκαν (89%) ότι τις αντιλαμβάνονται μέσα στο γενικότερο θέμα της ασφάλειας των ασθενών. Ωστόσο το 74% θεωρούσαν ότι οι παραλείψεις φροντίδας που έχουν παρατηρήσει θα έθεταν σε κίνδυνό την ΑΑ. Εύρημα το οποίο δημιουργεί προβληματισμό καθώς περίπου το ένα τέταρτο των φοιτητών (25%) δεν μπορούσαν να το συνδέσουν είτε γιατί δεν είχαν το γνωσιολογικό υπόβαθρο ή την κριτική ικανότητα να συνδέσουν συγκεκριμένες παρατηρούμενες δεξιότητες με την ΑΑ π.χ ελλιπής επικοινωνία, ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη. Σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών οι δραστηριότητες φροντίδας που αναφέρθηκαν να παραλείπονταν αφορούσαν την ασφαλή φροντίδα, τις βασικές ανάγκες, την επικοινωνία, το σεβασμό και αξιοπρέπεια και την αξιολόγηση αναγκών. Ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμβάντων ήταν

η αδιαφορία, η έλλειψη γνώσεων, η υποστελέχωση και ο φόρτος εργασίας. Τέλος σε σχέση με τις επιπτώσεις που μπορούν να οδηγήσουν οι παραλείψεις φροντίδας θέτοντας σε κίνδυνο την ΑΑ ήταν οι ενδονοδοκομειακές λοιμώξεις, η αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας και η αρνητική ψυχολογική, συναισθηματική κατάσταση και μειωμένη ικανοποίηση του χρήστη από τις υπηρεσίες υγείας . Οι απαντήσεις των φοιτητών δείχνουν να αντιλαμβάνονται οι φοιτητές ότι η παράλειψη είναι μια μορφή λάθους και ότι συνεπάγεται αρνητικά αποτελέσματα για τον ασθενή .

### **9.1 Οι απόψεις των φοιτητών για το πώς αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών**

Όσον αφορά αν τα θέματα ΑΑ περιλαμβάνονται ικανοποιητικά στο όλο πρόγραμμα, οι απόψεις των φοιτητών κυμάνθηκαν σε μέτρια επίπεδα (μ.ο=3.6, 58% των φοιτητών συμφωνούσαν) με τα κλινικά θέματα να καλύπτονται σε μεγαλύτερη επάρκεια (μ.ο=3.9, 71% των φοιτητών συμφωνούσαν). Ο χαμηλός βαθμός της αντίληψης των φοιτητών για την ΑΑ, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι αρμοδιότητες της πρακτικής τους δεν ήταν ξεκάθαρες αλλά και την ασυνέπεια στον τρόπο διαχείρισης των θεμάτων ΑΑ από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές κατά την κλινική τους διδασκαλία.

Το εύρημα αναφορικά με την ικανότητα του κλινικού εκπαιδευτή να διαχειριστεί θέματα ΑΑ [(χώρες μ.ο: Κύπ.=3.8, Ελ.=3.0)(Έτος Σπουδών μ.ο:3ο ετείς=3.3, 4ετείς=3.4)] αναδεικνύει ένα σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική κλινική εκπαίδευση σε θέματα ΑΑ. Αυτό έχει διαφανεί και από άλλες μελέτες στις οποίες γίνεται αναφορά στην έλλειψη ειδικευμένων εκπαιδευτών για τη διδασκαλία της ΑΑ (Jang and Lee, 2017). Ο καθοριστικός ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή και η αλληλεπίδραση μεταξύ φοιτητή - κλινικού εκπαιδευτή στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών έχει επισημανθεί και συζητηθεί από πληθώρα ερευνών (Bergjan and Hertel, 2013; Bisholt et al., 2014; Cresswell et al., 2013; Dafogianni et al., 2015; Immonen et al., 2019; Papastavrou et al., 2016b; Saarikoski et al., 2008; Skaalvik et al., 2011). Η βιβλιογραφία κυρίως εστιάζεται στην εξέταση του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή, ενώ είναι πολύ περιορισμένη στην εξέταση των εκπαιδευτικών αναγκών και των ικανοτήτων του κλινικού εκπαιδευτή (Jang and

Lee, 2017). Χαρακτηριστικά στον οδηγό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2016) «Nurse educator core competencies», στη λίστα των ικανοτήτων του κλινικού εκπαιδευτή δεν γίνεται αναφορά δράσεων σε στρατηγικό επίπεδο για τη διδασκαλία της ΑΑ. Η αναφορά περιορίζεται στην επισήμανση ότι θα πρέπει να έχουν τις δεξιότητες να «παρέχουν ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα και στην ενίσχυση των δυνατοτήτων των φοιτητών για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής νοσηλευτικής πρακτικής και στην απόκτηση ικανοτήτων, ώστε με την αποφοίτησή τους να παρέχουν ασφαλή πρακτική». Οι γενικότητες αυτές δεν βοηθούν στην ανάπτυξη ενός εμπλουτισμένου οδηγού σπουδών με σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για την απόκτηση ουσιαστικών ικανοτήτων για τη διδασκαλία της ΑΑ στα τρία επίπεδα: γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες (Jang and Lee, 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορετικοί όροι που αποδίδονται στον κλινικό εκπαιδευτή σε διάφορες χώρες και κουλτούρες, δυσκολεύει την ύπαρξη συνάφειας στον ρόλο και τις αρμοδιότητες (Immonen et al., 2019). Αξιοσημείωτο, είναι η μεγάλη διαφορά απόψεων που παρατηρείται ανάμεσα στους Κύπριους και Ελλαδίτες φοιτητές σχετικά με τη συμφωνία διαχείρισης θεμάτων ΑΑ (Κύπ.=67%  $\mu$ =3.8, Ελλ.=33%,  $\mu$ =3.0  $p < 0.001$ ) και το υψηλό ποσοστό ουδετερότητας (Κ=25% και Ε= 35%). Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στο διαφορετικό θεσμικό πλαίσιο και το πλαίσιο εργοδότησης των κλινικών μοντέλων επίβλεψης που υιοθετεί η κάθε χώρα. Έρευνες διαπιστώνουν πιο υψηλό βαθμό ικανοποίησης των φοιτητών από την εξατομικευμένη επίβλεψη που χαρακτηρίζεται με ανθρωπιστικό προσανατολισμό στη διδασκαλία και στη μάθηση, ενώ διατυπώνεται ότι η εναλλαγή του επιβλέποντα έχει αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση και τη μαθησιακή διαδικασία, η οποία ενδεχομένως να περιέπλεκε τη μάθηση (Bisholt et al., 2014; Papastavrou et al., 2016b; Sundler et al., 2014). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, το 52% των νοσηλευτών εξέφρασαν την επιθυμία να αναλάβουν μελλοντικά τον ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή. Ωστόσο, μόνο το 50% θεώρησε ότι είναι έτοιμο να ανταποκριθεί σε αυτό τον ρόλο, ενώ το 74% επιθυμούσε την παρακολούθηση ειδικού προγράμματος εκπαίδευσης κλινικών εκπαιδευτών (Καυγά και άλλοι, 2016). Ο χαμηλός βαθμός αντιμετώπισης θεμάτων ΑΑ, πιθανόν να οφείλεται στην πλημμελή ενημέρωση των μαθησιακών στόχων του προγράμματος σπουδών στον κλινικό χώρο σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν αισθάνονται την υποχρέωση να συμβάλουν στην εκπαίδευση των φοιτητών (Καυγά και άλλοι, 2016).

Στη συνέχεια, το χαμηλό σκορ (49%,  $\mu=3.3$  στο σύνολο) στη δήλωση «οι αρμοδιότητες της πρακτικής τους δεν ήταν ξεκάθαρες» διαφαίνεται ότι οι φοιτητές πιστεύουν ότι οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες τους είναι ασαφείς. Συνεπώς, οι φοιτητές φαίνεται να είχαν άγνοια για την ατομική και επαγγελματική ευθύνη τους στο χώρο της ΚΑ, τα καθήκοντα τους, το βαθμό που μπορούν να υποστηριχτούν και να καθοδηγηθούν από τον κλινικό εκπαιδευτή ή από τους κλινικούς νοσηλευτές και ποιες σχέσεις θα πρέπει να αναπτύξουν (π.χ. σχέσεις αξιολογητή-εκπαιδευτή, σχέσεις καθοδηγητή, σχέσεις αναφοράς, ιεραρχικές σχέσεις) (Feringa, De Swardt and Havenga, 2018, Thoesen et al. 2017). Στη συστηματική ανασκόπηση, (Feringa et al., 2018) κάποιοι ερευνητές υποστήριζαν τη σημαντικότητα του πεδίου δραστηριοτήτων της νοσηλευτικής πρακτικής, καθώς αυτό καθορίζει τις παραμέτρους της πρακτικής και της επαγγελματικής ταυτότητας. Η ανασκόπηση κατέδειξε ότι τις πλείστες φορές οι νοσηλευτές ασκούν καθήκοντα υποδιαίστερα ή πέραν των πλαισίων της νοσηλευτικής πρακτικής τους, με συνεπακόλουθο την απώλεια δεξιοτήτων ή συμβιβαστική πρακτική (Feringa et al., 2018). Η πρακτική πέρα από τις αρμοδιότητες και το εύρος των ικανοτήτων κάποιου είναι επικίνδυνη και ασυμβίβαστη με τα επαγγελματικά πρότυπα και συνεπώς, μια εμφανής ένδειξη μη ασφαλούς κλινικής πρακτικής (Killam et al., 2013). Η οριοθέτηση αρμοδιοτήτων και ευθυνών κατευθύνει τους φοιτητές για τα καθήκοντα τους, προσδιορίζει ποιες δραστηριότητες μπορούν να εκτελέσουν, τη φύση της επίβλεψης και ποιος έχει την ευθύνη αυτής. Τέλος, καθορίζει τις γραμμές επικοινωνίας οριζόντια (ανάμεσα σε ομοιόβαθμους) και κάθετα (ανοδικά και καθοδικά αναμεσα στους φοιτητές, επαγγελματίες και προϊσταμένους). Όλα αυτά συμβάλλουν στην εξάσκηση και βελτίωση της ομαδικότητας μια διάσταση η οποία αξιολογήθηκε χαμηλότερα στην παρούσα μελέτη, παρόλο που αποτελεί βασική προϋπόθεση σε ένα νοσηλευτικό τμήμα για τη διασφάλιση της ΑΑ (Cronenwett et al., 2007; Smith, Cronenwett and Sherwood, 2007; Frank and Brien, 2009, Kalisch, et al., 2009) Feringa, De Swardt and Havenga, 2018, Thoesen et al. 2017). Συνεπώς, καθίσταται επιτακτική ανάγκη ο προσδιορισμός των ορίων ευθύνης και αρμοδιοτήτων της κάθε ομάδας επαγγελματιών υγείας, καθώς οδηγεί στη βελτίωση της συνεργασίας, στην αποφυγή ή επίλυση συγκρούσεων και συντελεί στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών (Canadian Patient Safety Institute, 2020; Mossey et al., 2012). Είναι αποδεκτό ότι τα προγράμματα σπουδών, τα οποία προωθούν τη διεπαγγελματική και ομαδική εργασία

λαμβάνουν υπόψη τις ειδικές μαθησιακές ανάγκες των φοιτητών και τους επιτρέπουν να κατανοήσουν τον ρόλο άλλων επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης σε μια ποιοτική ασθενο-κεντρική φροντίδα (Samurigo et al., 2019). Εν κατακλείδι, τόσο οι φοιτητές, όσο και οι εκπαιδευτικοί πρέπει να σέβονται τα επαγγελματικά όρια για την προώθηση της ασφάλειας των φοιτητών και των ασθενών (Montgomery et al., 2014).

Σημαντικό είναι ότι ένα υψηλό ποσοστό των φοιτητών (80%) κατανοούσαν ότι η «αναφορά συμβάντων μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή αλλά και να περιορίσει την επανεμφάνιση τους». Δηλαδή, οι φοιτητές αντιλαμβάνονται τη σημαντικότητα αναφοράς λάθους ως μέσο για τη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων, ωστόσο μόνο το 57% των φοιτητών δήλωσαν ότι απέκτησαν γνώσεις στην «ανάλυση του συμβάντος» και «αναστοχασμό της πρακτικής για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων». Αυτή η αντίθεση προκαλεί προβληματισμό γιατί ενώ κατανοούν τη σημαντικότητα αναφοράς των λαθών, οι αντίστοιχες γνώσεις δεν ήταν επαρκείς ώστε να κατανοήσουν το τι συνιστά ανεπιθύμητο περιστατικό και τη διαδικασία αναφοράς λάθους ή περιστατικού (Cresswell et al., 2013; Espin and Meikle, 2014; Tella et al., 2014).

## **9.2 Οι αποκτηθείσες γνώσεις από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα**

### **9.2.1 Οι γνώσεις στις Αίθουσες διδασκαλίας (ΑΔ) και Κλινική Άσκηση (ΚΑ)**

Στη συνολική επισκόπηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης οι φοιτητές αξιολογούν τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει για θέματα ΑΑ στις ΑΔ υψηλότερα σε σύγκριση με τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει στους χώρους της ΚΑ. Στη βιβλιογραφία, παρατηρείται ποικιλία ευρημάτων από μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο H-PEPPS σχετικά με το επίπεδο γνώσεων που οι φοιτητές έχουν αποκτήσει σε θέματα ΑΑ στις ΑΔ και την ΚΑ. Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών φαίνεται να συμφωνούν με την παρούσα μελέτη (Colet et al., 2015; Huang et al., 2020; Hwang et al., 2016; Lukewich et al., 2015; Mbutia and Moleki, 2019; Raymond et al., 2017; Stomski et al., 2018). Άλλες μελέτες παρουσίασαν ανάμεικτα ευρήματα, δηλαδή, καμία διαφορά στη γνώση μεταξύ των δύο χώρων (ΑΔ και ΚΑ) σε 5 από τους 7 παράγοντες, ενώ οι

άλλοι 3 παράγοντες: «η αναγνώριση και ανταπόκριση συμβάντων», «η διαχείριση κινδύνων» και «η κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων» παρουσίασαν υψηλότερη αυτό-αξιολόγηση της αποκτηθείσας γνώσης στην ΚΑ σε σύγκριση με τις ΑΔ (Duhn et al, 2012; Ginsburg et al, 2012, Usher et al, 2017, VanDenKerkhof et al, 2017, Gleason et al, 2019). Σε πρόσφατη μελέτη, τα ευρήματα είναι εντελώς αντίθετα με την παρούσα μελέτη, όπου οι φοιτητές αυτό-αξιολογούσαν υψηλότερα τις αποκτηθείσες γνώσεις για την ΑΑ στην διδασκαλία στους χώρους ΚΑ αντί στις αίθουσες διδασκαλίας (Rebesch, 2020). Βέβαια, η ερμηνεία των πιο πάνω ευρημάτων θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς όλες οι μελέτες που αναφέρονται έγιναν εκτός Ευρώπης, όπου οι ώρες κλινικής άσκησης και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαφέρουν από αυτά που περιγράφονται στις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Lee et al., 2018).

Ο υψηλός βαθμός αποκτηθείσας γνώσης στις ΑΔ σε σύγκριση με την ΚΑ πιθανόν να οφείλεται στο ασφαλές περιβάλλον μάθησης και κατανόησης που παρέχεται στις ΑΔ ειδικότερα σε μη τεχνικής φύσεως ικανότητες, όπως η αποτελεσματική επικοινωνία και η διεπαγγελματική συνεργασία (Tella et al., 2015b). Επίσης, οι φοιτητές νιώθουν πιο άνετα να συζητήσουν για λάθη που είδαν και πιθανές παραλείψεις που έχουν συμβεί στην κλινική πρακτική (Ginsburg et al., 2013; Mbuthia και Moleki, 2019). Σε άλλες ποιοτικές μελέτες, οι φοιτητές σχολίασαν ότι οι δεξιότητες που διδάσκονταν στο Πανεπιστήμιο είχαν έντονα στοιχεία εξιδανίκευσης και σε απόσταση από το πραγματικό περιβάλλον κλινικής άσκησης, εκφράζοντας παράλληλα την απογοήτευσή τους γιατί να μαθαίνουν πράγματα που δεν εφαρμόζονται στην πράξη (Steven et al., 2014; Greenway, Butt and Walthall, 2019; Raso et al., 2019). Οι φοιτητές συνειδητοποιούν ότι ο συνδυασμός θεωρίας και πράξης είναι μέρος μιας μαθησιακής διαδικασίας για επαγγελματική ανάπτυξη, η οποία κατανοείται περισσότερο μέσα από την εξέλιξη τους στα έτη σπουδών (Raso et al., 2019). Συνεπώς, επέκριναν τη συγκεκριμένη προσέγγιση εξιδανικευμένων θεωρητικών γνώσεων γιατί δεν τους ευνοούσε την προσαρμογή τους στις συνθήκες του κλινικού περιβάλλοντος δημιουργώντας αισθήματα φόβου, άγχους μειωμένης ικανοποίησης (Dimitriadou et al. 2016) και αυτοπεποίθησης (Scully, 2011) στην ΚΑ. Η προσέγγιση αυτή έχει ως επακόλουθο, οι φοιτητές να αισθάνονται ευάλωτοι και μη ασφαλείς για τη φροντίδα ασθενών (Cauduro et al., 2017; Ewertsson et al., 2017; Shanty and Gropelli, 2018; Steven et al., 2014; Vaismoradi et al., 2012).



Συνεχίζοντας, αντικείμενο προβληματισμού αποτελεί και η χαμηλή αξιολόγηση που δόθηκε από τους φοιτητές στην παρούσα μελέτη στις γνώσεις που έχουν αποκτήσει στην ΚΑ σε σύγκριση με τις ΑΔ, τόσο σε τεχνικές όσο και στις κοινωνικοπολιτιστικές ικανότητες. Κι' αυτό, γιατί η κλινική εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό μέρος της ολοκλήρωσης των προπτυχιακών σπουδών που αντιστοιχεί στο 50% της νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/EU). Ουσιαστικά, η θεωρητική γνώση που αποκτούν οι φοιτητές μεταφράζεται σε πράξεις και κλινικές δεξιότητες, οι οποίες στην ΚΑ συνεισφέρουν στην επαγγελματική ανάπτυξη των ικανοτήτων και της επαγγελματικής τους ταυτότητας μέσα από την κοινωνικοποίηση στους χώρους της ΚΑ (Pitkänen et al., 2018; Tomietto, 2018; Vizcaya- Moreno et al., 2018). Από το 1980, στα πλαίσια αναβάθμισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακή, πληθώρα ερευνών εκπονήθηκαν στα πλαίσια διερεύνησης του κατάλληλου κλινικού περιβάλλοντος μάθησης αναγνωρίζοντας διάφορους παράγοντες, όπως το παιδαγωγικό περιβάλλον του νοσηλευτικού τμήματος, τις διαπροσωπικές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ρόλους μέντορα και κλινικού εκπαιδευτή, (Papp et al. 2003, Ip & Chan, 2005, Chuan & Barnett, 2012, (Saarikoski et al., 2008) τη συχνότητα των συναντήσεων με τους εκπαιδευτές (θεωρητικού και κλινικού χώρου), τις μαθησιακές ευκαιρίες (Dimitriadou et al., 2015; Papastavrou et al., 2016b), το στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης και το στυλ και η συχνότητα επίβλεψης (Bisholt et al., 2014; Immonen et al., 2019; Papastavrou, 2016; Saarikoski et al., 2007). Άλλοι παράγοντες αφορούν στην έλλειψη εκπαιδευτικών κατευθυντήριων οδηγιών και νομικών πλαισίων της κλινικής εκπαίδευσης με τους επί πρακτική φοιτητές να ακολουθούν τους κανονισμούς εργασίας και ασφάλειας, οι οποίοι ισχύουν για τους επαγγελματίες υγείας της υπηρεσίας (Lee et al., 2018; Ελληνική Δημοκρατία, 1986; Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2013).

Από την άλλη, η βιβλιογραφία διερεύνησης της ποιότητας του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος στην απόκτηση ικανοτήτων σε θέματα ΑΑ είναι πολύ λίγες συγκριτικά με τη μέχρι τώρα πιο γενική θεώρηση του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος (Jang and Lee, 2017; Killam et al., 2013; Montgomery et al., 2014; Steven et al., 2014; Tella, Susanna et al., 2015). Οι μελέτες που ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη ικανοτήτων των φοιτητών σε θέματα ΑΑ, εστιάζονταν κυρίως στο ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή ή/και του μέντορα/preceptor και όχι στα στοιχεία ενός αποτελεσματικού κλινικού περιβάλλοντος μάθησης για την ΑΑ. Σύμφωνα με τους φοιτητές,

η μάθηση για την ΑΑ βρισκόταν σε κίνδυνο, όταν ο κλινικός εκπαιδευτής έδινε ασαφείς οδηγίες και τους ενθάρρυνε στην εκτέλεση διαδικασιών πέρα από το πεδίο των δραστηριοτήτων τους, χωρίς συστηματική επεξήγηση και επιτήρηση για το τι έπρεπε να κάνουν ή στην εφαρμογή δραστηριοτήτων ασυμβίβαστες με την ηθική τους και το θεωρητικό υπόβαθρο τους, εμποδίζοντας την κατανόηση εκτέλεσης ασφαλών πρακτικών (Montgomery et al., 2014). Παρόμοια, το πρόβλημα επεκτείνεται και στους μέντορες, οι οποίοι ζητούσαν από τους φοιτητές να εκτελέσουν δεξιότητες για τις οποίες δεν προηγήθηκε θεωρητική και εργαστηριακή προετοιμασία (Ewertsson et al., 2017). Για την αποτελεσματικότητα της μάθησης ο φοιτητής είναι σημαντικό να κατανοήσει τι σημαίνει «επιτυχής απόδοση μιας κλινικής δεξιότητας», ώστε να διασφαλίσει την ΑΑ. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο μέντορας γνωρίζει το επίπεδο γνώσεων των φοιτητών, δίνει ανατροφοδότηση για την επίδοση αυτών των δεξιοτήτων και ενθαρρύνει την επανάληψη τους, ενισχύοντας τη μάθηση, την επιτυχή εκτέλεσή τους και αυξάνοντας το αίσθημα αποδοχής των φοιτητών στην ομάδα (Ewertsson, Bagga-Gupta and Blomberg, 2017).

Επιπρόσθετα, η κατανόηση των αρχών ΑΑ δυσχεραίνεται σύμφωνα με τους φοιτητές όταν έμπειροι επαγγελματίες (ο οποίος μπορεί να ήταν και ο μέντορας τους) στο πλαίσιο της μαθησιακής διαδικασίας μιας δραστηριότητας παρουσίαζαν αποκλίνουσες από τα πρότυπα επαγγελματικής πρακτικής συμπεριφορές και το παράδοξο (οι νοσηλευτές) ήταν ότι δεν επιθυμούσαν να συζητήσουν και να τεκμηριώσουν στους φοιτητές γιατί έχει προτιμηθεί η εκτέλεση της διαδικασίας με αυτόν τον τρόπο (Ewertsson et al., 2017; Vaismoradi et al., 2011).

Μεταξύ άλλων καταστάσεων που επηρέαζαν την κατανόηση διασφάλισης της ΑΑ στην ΚΑ ήταν ο χαμηλός βαθμός αυτοπεποίθησης των φοιτητών να αμφισβητήσουν ή να σχολιάσουν την ανασφαλή πρακτική που έβλεπαν και αυτό αποδιδόταν α) στη δύναμη της εξουσίας που προσδιοριζόταν από τα χρόνια εμπειρίας και τη νοσηλευτική ιεραρχία και β) στην κυρίαρχη στάση του τμήματος «ολοκλήρωσης της δουλειάς ακολουθώντας τους κανόνες του τμήματος» (Fisher and Kiernan Matthew, 2019; Steven et al., 2014). Συνεπώς, οι φοιτητές περιορίζονταν στο να ακολουθούν στερεότυπες διαδικασίες ρουτίνας (Fisher and Kiernan, 2019; Raso et al., 2019) ή στην παθητική παρακολούθηση παροχής φροντίδας χάνοντας σημαντικές μαθησιακές ευκαιρίες (Cresswell et al., 2013). Αναντίρρητα, αυτά οδηγούσαν στη παθητική συμμόρφωση σε

αμφισβητούμενες για τους φοιτητές πρακτικές (Fisher and Kiemann Matthew, 2019; Vaismoradi et al., 2014), χωρίς να ακολουθούν τα πρότυπα ποιότητας της φροντίδας και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Bazar et al 2015). Αυτές οι προσεγγίσεις σε συνδυασμό με κάποιους φοιτητές που δεν αναζητούν καθοδήγηση από τους μέντορες τους υπό την αίσθηση της ανεξαρτησίας, την προθυμία να προσφέρουν βοήθεια, την άγνοια τι είναι σωστό και λάθος στη διαχείριση μιας κατάστασης και προχωρούν σε επισφαλής δραστηριότητες θέτοντας σε κίνδυνο τους ασθενείς (Ginsburg, 2013, Montgomery et al.,2014, Ewertsson, Bagga-Gupta and Blomberg, 2017).

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, διαπιστώνουν διαφορά μεταξύ των γνώσεων που έχουν αποκτηθεί στις ΑΔ και στην ΚΑ. Εύρημα που συνάδει με παλαιότερες μελέτες, οι οποίες έχουν υποδείξει την απογοήτευση των φοιτητών, η οποία εκφράζεται στη φράση «γιατί να αποκτούμε γνώσεις που δεν εφαρμόζονται στην πράξη» (Ουζουνή et al, 2009, p. 360). Η διαπίστωση αυτή, είναι ένα διαχρονικό θέμα που απασχολεί εκτεταμένα τη νοσηλευτική εκπαίδευση, ειδικότερα μετά την αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, λόγω των μη επαρκών ενεργειών μεταξύ πανεπιστημίου και κλινικών νοσηλευτών στον προγραμματισμό της κλινικής πρακτικής των φοιτητών (Monaghan, 2015, Greenway et al. 2019). Στη βιβλιογραφία της ΑΑ, η απόσταση ανάμεσα στους δύο χώρους αποδίδεται κυρίως στην απουσία εξειδικευμένων εκπαιδευτών για θέματα ΑΑ (Steven et alς 2014), στην ποιότητα των σχέσεων του ακαδημαϊκού και κλινικού χώρου, (Cresswell, et al. 2013 Tella et al. 2014) και στο γεγονός ότι τα θέματα ΑΑ δεν διδάσκονται ξεκάθαρα ως ένα ανεξάρτητο θέμα, αλλά ενσωματώνεται μέσα στα περιγράμματα του κάθε μαθήματος, ενώ τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα σπουδών είναι υπερφορτωμένα χωρίς να δίνουν περιθώριο για νέες προσθήκες ( Marcial, 2019).

Στην εξέταση του επιπέδου αντίληψης γνώσεων μεταξύ των ειδικών θεμάτων ΑΑ, οι φοιτητές εκτιμούσαν τη γνώση σε τεχνικές δεξιότητες υψηλότερα από τις κοινωνικο-πολιτισμικές πτυχές της ΑΑ όπως είναι η ομαδικότητα, η ηγεσία, η επικοινωνία, η συνεργασία και η διαχείριση του κινδύνου, υποδεικνύοντας την ύπαρξη αδυναμίας στη σύνδεση της «συστημικής» αντίληψης συνθηκών εμφάνισης λαθών. Ευρήματα που υποστηρίχθηκαν και από προηγούμενες μελέτες

(Huang et al., 2020; Usher et al., 2017, VanDenKerkhof et al., 2017 Mbutia and Moleki, 2019). Μελέτες δείχνουν μεγαλύτερη έμφαση να δίνεται στις κλινικές/τεχνικές δεξιότητες και όχι στη συνοχή και την απόδοση τη ομάδα στην επιδίωξη των στόχων (Ewertsson, Bagga-Gurta and Blomberg, 2017). Η ανάγκη για μια συστηματική προσέγγιση του θέματος ΑΑ αντιμετώπισης λανθάνουσων συνθηκών δεν φαίνεται να είναι συνειδητά αντιληπτό στα πραγματικά περιβάλλοντα (Tella et al 2015b).

Η προσέγγιση της φροντίδας του ασθενούς πέρα από την απλή εκτέλεση τεχνικών δεξιοτήτων και η τοποθέτηση, έστω και από μικρή μερίδα νοσηλευτών, των διαπροσωπικών δεξιοτήτων στο κέντρο του επαγγέλματος προσεγγίζοντας τη νοσηλευτική ως μία βιοψυχοκοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα και όχι μία τεχνική δραστηριότητα, τους ενδυνάμωνε. Κι αυτό γιατί έβλεπαν να ικανοποιούνται οι προσδοκίες τους για τον ρόλο του νοσηλευτή, όπως τον έχουν διδαχτεί (Raso et al. 2019). Αντίθετα, η εκτέλεση των δραστηριοτήτων στα πλαίσια ρουτίνας, συνήθειας και γενικά η υποβάθμιση της φροντίδας σε απλές δεξιότητες περιεγράφηκε από τους φοιτητές ως «μηχανιστική φροντίδα» και χαρακτήρισαν τους νοσηλευτές τους ως «εργάτες εργοστασίου» (Raso et al. 2019). Ο χαρακτηρισμός δόθηκε γιατί οι νοσηλευτές, στην πλειοψηφία οι πιο έμπειροι, έτειναν να δίνουν τον ίδιο τύπο φροντίδας σε όλους τους ασθενείς, καθώς ήταν απρόθυμοι να προσαρμοστούν με τη διαθεσιμότητα των πόρων, την εξατομίκευση της φροντίδας στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών (Killan et al. 2013, Raso et al, 2019) και γενικά χωρίς την ύπαρξη ουσιαστών διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς (MacMillan, 2016; Raso et al., 2019).

Αξιολογώντας τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες, το χαμηλότερο επίπεδο αντίληψης γνώσης παρατηρήθηκε στον παράγοντα «ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες», τόσο στις ΑΔ, όσο και στην ΚΑ με την πλειονότητα του ποσοστού στη συμφωνία να κυμαίνεται γύρω στο 50%. Αντίληψη που βρίσκεται σε συνέπεια με προηγούμενες μελέτες διεθνώς από Καναδά (Ginsburg, Tregunno et al., 2012), Φιλανδία –Ηνωμένο Βασίλειο (συγκριτική μελέτη) (Tella et al., 2015), Ιρλανδία (O’connor et al., 2016), Κορέα (Hwang et al., 2016; Lee et al., 2016), Σαουδική Αραβία (Alquwez et al. 2019) και Ιορδανία (Suliman, 2019). Σε σχέση με τις δηλώσεις που περιλαμβάνονταν στον συγκεκριμένο παράγοντα «ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες»

το πρόβλημα γνώσεων είναι εντονότερο σύμφωνα με τους Κύπριους και Ελλαδίτες φοιτητές στις δηλώσεις «διαχείρισης διεπαγγελματικής σύγκρουσης» και «υποστήριξης των μελών της ομάδας», καθώς σχεδόν μόνο το 50% των φοιτητών αντιλαμβάνονταν ότι είχαν αποκτήσει την σχετική γνώση και στους δύο χώρους. Τα αποτελέσματα βρίσκονται σε ευθυγράμμιση με τις περιγραφές των φοιτητών ότι διδάσκονταν για την ΑΑ σε «απομόνωση» από τους άλλους φοιτητές των άλλων επαγγελματιών υγείας (π.χ. γιατρούς, φαρμακοποιούς) (Cresswell et al. (2013). Δεδομένης της αναγκαιότητας παροχής ασφαλούς φροντίδας, η ομαδική εργασία και η συνεργασία έχουν τονιστεί ως βασικοί παράγοντες για την ΑΑ κάτι που προϋποθέτει τη μάθηση των αρμοδιοτήτων των άλλων κλάδων των επαγγελματιών υγείας και του πεδίου δραστηριοτήτων των φοιτητών νοσηλευτικής (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011). Η διεπαγγελματική εκπαίδευση ενισχύει την ασφαλή φροντίδα προωθώντας την κατανόηση διαφορετικών ρόλων και ευθυνών του κάθε εμπλεκόμενου (Sherwood, 2010; Abbott et al., 2012), καθώς η ΑΑ είναι αποτέλεσμα συλλογικής πρακτικής (Hensel, 2014, Reason, 2000). Ο Begley (2008) σε ένα άρθρο συζήτησης σχολίασε ότι η διεπαγγελματική μάθηση μπορεί να είναι επωφελής στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών καθώς θα ενισχύσει τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, συγκρούσεων και την προετοιμασία για συνεργασία με άλλους επαγγελματίες άλλων κλάδων μετέπειτα στην εργασία τους. Γι' αυτό εισηγήθηκε ότι η διεπαγγελματική μάθηση θα πρέπει να διαφοροποιείται σαφώς ως εξειδικευμένο μάθημα από νωρίς στο πρόγραμμα και να αξιολογείται, στοχεύοντας οι φοιτητές να μπορούν να λειτουργούν ως μέλη μιας ομάδας υγείας για την εξουδετέρωση αρνητικών καταστάσεων επιζήμιες για τον ασθενή. Στην ΚΑ, ο κλινικός εκπαιδευτής έχει ένα σημαντικό ρόλο αναζήτησης ευκαιριών αλληλεπίδρασης των φοιτητών και τρόπων βελτίωσης της δυναμικής των ομάδων σε μη απειλητικά μαθησιακά περιβάλλοντα με τη συμπερίληψή τους στην επίλυση περιπτώσεων συγκρούσεων, δίνοντας έμφαση στην ομαδική εργασία και την επικράτηση της συλλογικότητας έναντι του ατομικισμού (Begley 2008). Συνεπώς, η αντίληψη ότι οι φοιτητές αποτελούν μέλη της υγειονομικής ομάδας, η σημαντικότητα συμμετοχής στην ομάδα είναι χρήσιμη στη διαμόρφωση αποτελεσματικών μηχανισμών μάθησης από λάθη (Cresswell et al., 2013; Tella, Smith, Partanen, Jamookeeah, et al., 2015) (Drach-Zahavy και Pud, 2010).

Τα τελευταία χρόνια γίνεται έντονη συζήτηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στη σημαντικότητα συμπερίληψης του ασθενή και της οικογένειάς του στην ομάδα, ώστε να παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014). Μια ικανότητα που στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε χαμηλά ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις ( $\mu=3.6$ ), καθώς παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά του ποσοστού συμφωνίας μεταξύ ΑΔ (75%) και ΚΑ (54,7%), όπως και υψηλό ποσοστό 20-30% των φοιτητών που δήλωσαν στην ΚΑ ουδετερότητα στη δήλωση «τη συμπερίληψη των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας». Η σύγκριση αυτή δείχνει ότι στις ΑΔ η συμπερίληψη των ασθενών στη φροντίδα διδάσκεται μέσα στα πλαίσια εφαρμογής εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς. Σε αντίθεση με την ΚΑ, όπου οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να διαμορφώνουν τη φροντίδα γύρω από το άτομο και τις διαφορετικές ανάγκες του, παρόλο που τις γνωρίζουν (Suhonen et al, 2010, 2012). Ενδεχομένως, η αποφυγή εμπλοκής των ασθενών στη φροντίδα, να είναι απότοκο εστίασης στο σωματικό πρόβλημα, αγνοώντας άλλες διαστάσεις του προβλήματος π.χ. ψυχολογική (Μπελάλη 2018). Σύμφωνα με φοιτητές της Ιατρικής, η ενδυνάμωση των ασθενών για συμμετοχή στην ίδια τους τη φροντίδα αποτελεί δευτερεύων μαθησιακό στόχο για εκπαίδευση στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών σχετικά με την ΑΑ (Μοιρασγεντή et al., 2018). Αντιφατικά είναι τα ευρήματα της μελέτης του Hensel, (2014) στις Ηνωμένες Πολιτείες στην οποία οι τελειόφοιτοι φοιτητές νοσηλευτικής αξιολογούσαν αρκετά υψηλά την ομαδική εργασία δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση προσαρμογής της φροντίδας μέσα από τα «μάτια» των ασθενών. Επισημαίνοντας ότι η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από την συμμετοχή του ασθενούς-οικογένειας στις αποφάσεις για τη φροντίδα του. Τέλος, το υψηλό ποσοστό ουδετερότητας των φοιτητών (20-30%) στην ΚΑ, στην παρούσα μελέτη, σε σχέση με τη συμπερίληψη του ασθενούς στην ομάδα φροντίδας, πιθανό, να ερμηνεύεται ότι δεν είχαν τις δυνατότητες και γνώσεις οι φοιτητές να αναγνωρίσουν τις ανάγκες του ασθενή, όπως και σε ποιο βαθμό ή με ποιο τρόπο θα τους συμπεριελάμβαναν .

Στη συνέχεια, ο παράγοντας «αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών» παρουσίασε το δεύτερο χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων και στους δύο χώρους. Ένας σημαντικός αριθμός φοιτητών είναι μάρτυρες κάποιου λάθους (Fisher and Kiernan, 2019) ή παράλειψης (Bagnasco et al., 2017; Gibbon and Crane, 2018), ενώ οι

φοιτητές έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά ζητήματα, όπως αν θα αποκαλύψουν ή όχι το λάθος (Montgomery et al., 2014), παρόλο που αντιλαμβάνονται την επαγγελματική και ηθική ευθύνη και τους λόγους αναφοράς (Fisher and Kieman Matthew, 2019). Η περιορισμένη κλινική γνώση των φοιτητών σε συνδυασμό με το ότι βρίσκονται σε μια φάση επαγγελματικής καθοδήγησης και εξάρτησης κάτω από τους μέντορες, τους κλινικούς εκπαιδευτές και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι σε διαφορετικό βαθμό έδειχναν απρόθυμοι να ενισχύσουν τη στάση αποκάλυψης λαθών (Fisher and Kieman Matthew, 2019), τους οδηγούσε σε μια συναισθηματική αντίδραση απομόνωσης και πίεσης για το τι πρέπει να κάνουν «να μιλήσουν ή όχι σε μια κακή ή αμφίβολη πρακτική που έχουν παρατηρήσει» (Steven et al. 2014, Fisher και Kiernan, 2019). Επιπρόσθετα, η συναισθηματική φόρτιση αναφοράς ή μη λαθών προκύπτει από το αίσθημα φόβου της τιμωρίας, τον στιγματισμό, την «ταμπελοποίηση» ως «ταραχοποιοί» (Fisher and Kieman Matthew, 2019) και την επιθυμία τους να νιώθουν ευπρόσδεκτοι και να «ταιριάζουν» στην ομάδα (Killam et al., 2013; Steven et al., 2014). Για το τελευταίο, η επιθυμία ήταν πιο έντονη σε πρωτοετείς φοιτητές (Fisher and Kieman Matthew, 2019), αφού αναζητούν περισσότερες ευκαιρίες μάθησης και πιο εποικοδομητική εμπειρία (Raso et al., 2019).

### **9.2.2 Διαφορές των αποκτηθέντων γνώσεων για θέματα ΑΑ μεταξύ Κυπρίων και Ελλαδίτων φοιτητών στις ΑΔ και ΚΑ**

Οι Ελλαδίτες φοιτητές παρουσίαζαν πολύ υψηλότερη συγκέντρωση στο κέντρο και τη διαφωνία σε σύγκριση με τους Κύπριους όσο αφορά τις αντιλαμβανόμενες γνώσεις που είχαν αποκτήσει τους παράγοντες ΑΑ, τόσο στις ΑΔ, όσο και στην ΚΑ. Εντούτοις, στις δηλώσεις που δήλωναν πιο υψηλή γνώση οι Κύπριοι φοιτητές, αντίστοιχα, υψηλή δηλωνόταν η γνώση και στους Ελλαδίτες φοιτητές, και αντίθετα.

Η γενικά χαμηλότερη γνώση που δήλωσαν οι Ελλαδίτες φοιτητές στις ΑΔ πιθανώς να οφείλεται στο μέγεθος του Πανεπιστημίου. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες από την Ελλάδα προέρχονταν από το μεγαλύτερο Πανεπιστήμιο. Ως εκ τούτου, η παρακολούθηση των μαθημάτων γινόταν με πολυπληθέστερο ακροατήριο και αυτό πιθανόν να μην συνέβαλε σε μια πιο στενή αλληλεπίδραση φοιτητή και εκπαιδευτικού. Αντίθετα, στην Κύπρο οι ομάδες των

φοιτητών στους χώρους διδασκαλίας/αμφιθέατρο ήταν μικρότερες, άρα πιθανόν να είχαν περισσότερες ευκαιρίες εξατομικευμένης μάθησης και υποστήριξης από τους ακαδημαϊκούς καθηγητές. Επίσης, ως λιγότερο πολυπληθείς ομάδες στις ΑΔ στα Κυπριακά Πανεπιστήμια ήταν πιο εύκολο οι φοιτητές να παρουσιάζουν ομοιογενή κουλτούρα και πολύ πιθανό να πρεσβεύουν παρόμοιες προσδοκίες στη μάθηση.

Παρόμοια και στην προηγούμενη συγκριτική μελέτη μεταξύ δύο Ευρωπαϊκών χωρών -Ηνωμένο Βασίλειο(ΗΒ) και Φινλανδίας (Tella et al., 2015a & b) παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των χωρών στην Ευρωπαϊκή επικράτεια. Στη μελέτη, οι Βρετανοί φοιτητές δήλωσαν και στους δύο χώρους υψηλότερη γνώση σε θέματα ΑΑ και δεξιότητες αναφοράς λάθους από ότι οι Φινλανδοί. Η διαφορά αυτή αποδόθηκε στη διαφορετική χρονική στιγμή ανάπτυξης πολιτικών για την ΑΑ (Tella et al., 2015), καθώς στο ΗΒ η σύσταση Εθνικής Υπηρεσίας ΑΑ για την καθοδήγηση επίβλεψης και δημιουργίας στόχων έγινε το 2004, σε σύγκριση με την Φινλανδία που έγινε το 2009 (Steven et al., 2019). Επιπλέον, η οικειότητα των Βρετανών φοιτητών σε θέματα ΑΑ πιθανόν να οφειλόταν στο ότι η διδασκαλία στις ΑΔ δεν περιοριζόταν μόνο στις ιδεαλιστικές δεξιότητες με έμφαση στο να γνωρίζουν τι απαγορεύεται, όπως διαπιστώθηκε σε παλαιότερες μελέτες (Attree et al., 2008; Steven et al., 2014). Αντιθέτως, οι Βρετανοί φοιτητές υποστήριξαν ότι η αποκτηθείσα γνώση στις ΑΔ ήταν προϊόν προσομοίωσης και εμπλοκής τους σε παραδείγματα για το τι πρέπει να κάνουν όπως για παράδειγμα μια ασφαλή επικοινωνία, ενώ είχαν καθοδήγηση για τον τρόπο αναφοράς περιστατικών ΑΑ, σε αντίθεση με τους Φινλανδούς όπου η μάθηση για την ΑΑ στις ΑΔ φαίνεται να ήταν υποβαθμισμένη και η προσέγγιση του λάθους εστιαζόταν κυρίως στο άτομο (Tella et al., 2015). Είναι φανερό λοιπόν ότι οι μέθοδοι εκπαίδευσης είναι μια από τις συνιστώσες για την απόκτηση γνώσεων και την κατανόηση των θεμάτων ΑΑ (Tella et al., 2014). Σε ένα εργαστηριακό περιβάλλον μάθησης δεν είναι δυνατόν να προσομοιωθούν εντελώς οι πραγματικές καταστάσεις, εντούτοις νεότερες έρευνες υποστηρίζουν τη σημαντικότητα τους, ιδιαιτέρως όταν εφαρμόζονται σε εικονικά περιβάλλοντα (Bahreman and Swoboda, 2016; Mariani et al., 2015).



Όπως διαπιστώνεται και σε άλλες μελέτες η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικά με τις βασικές αρχές ΑΑ διαφέρει μεταξύ χωρών (Kirwan *et al.*, 2019, Tella *et al.* 2015a&b) και ανάμεσα στα Πανεπιστήμια μιας χώρας (Kirwan *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2016; Usher *et al.*, 2018). Πιθανόν αυτό να είναι αποτέλεσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης (εργαστήρια/προσομοίωση, διαλέξεις, συζητήσεις) μεταξύ των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και η τάση των σχολών να διατηρούν το παραδοσιακό πρόγραμμα βασισμένο στην ασθένεια, ένα μοντέλο, το οποίο διευκολύνει τους φοιτητές στην επιτυχία των εξετάσεων τους για αποφοίτηση (Lee *et al.*, 2016). Άλλωστε, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ευρωπαϊκή Ένωση χαρακτηρίζεται από διαφορετικές δομές, επίπεδα και προσεγγίσεις ως προς τη σχέση θεωρίας και κλινικής διδασκαλία (Palese *et al.*, 2014).

Η διαφορά στις απόψεις των φοιτητών για τις γνώσεις που έχουν λάβει με τους Κύπριους να δηλώνουν υψηλότερα σε σύγκριση με τους Ελλαδίτες επεκτείνεται και στην ΚΑ. Η διαφορά αυτή πιθανόν να επηρεάζεται από το μοντέλο κλινικής επίβλεψης που εφαρμόζεται σε κάθε χώρα. Δηλαδή, ο θεσμοθετημένος ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή και του μέντορα, το καθεστώς εργοδότησης του κλινικού εκπαιδευτή (π.χ. να είναι μέλος του πανεπιστημίου ή του νοσηλευτηρίου) και του μέντορα και το καθεστώς εκπαίδευσης των φοιτητών στην κλινική πρακτική (π.χ. υπεράριθμη ομάδα ή μέρος του εργατικού νοσηλευτικού δυναμικού), την οργάνωση της κλινικής άσκησης και τον αριθμό των μελών των φοιτητών στην ομάδα που αναλαμβάνει ο κλινικός εκπαιδευτής, ο μέντορας ή ο προϊστάμενος του τμήματος και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του φοιτητή –εκπαιδευτικού κλινικής άσκησης. Τα μοντέλα κλινικής επίβλεψης ως μέσο βελτίωσης της κλινικής γνώσης αποτελούν αντικείμενο συζήτησης από πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, ειδικότερα μετά την αναβάθμιση της πτυχιακής εκπαίδευσης (Pitkänen *et al.*, 2018) με δύο κύριους εκπαιδευτικούς ρόλους, του μέντορα και του κλινικού συντονιστή να συζητούνται εκτενέστερα σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Διαπιστώνεται δε, ότι ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή για την επίβλεψη και αξιολόγηση των φοιτητών διαφέρει μεταξύ των χωρών διεθνώς (Immonen *et al.*, 2019), ενώ σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή έχει μειωθεί καθώς μπορεί να μην επισκέπτεται τακτικά τους χώρους κλινικής άσκησης κατά τη διάρκεια της κλινικής περιόδου, παρά μόνο κατά την αξιολόγηση των κλινικών ικανοτήτων (Pitkänen *et al.*, 2018; Saarikoski *et al.*, 2013, 2009). Βέβαια, η εξελικτική

αναβάθμιση της κλινικής εμπειρίας επηρεάζεται από το βαθμό προθυμίας όλων να συμμετάσχουν στις μαθησιακές δραστηριότητες των φοιτητών (Steven et al. 2014), ώστε να αναπτυχθεί ένα παιδαγωγικό περιβάλλον μάθησης (Saarikoski et al. 2007, Dimitriadou et al. 2015, Pitkänen et al.2018).

Τα ευρήματα των Ελλήνων φοιτητών στην παρούσα μελέτη συμφωνούν με παλαιότερη μελέτη που έγινε στον Ελληνικό χώρο (Parathanasiou et al. 2014), η οποία αξιολόγησε το κλινικό περιβάλλον μάθησης με τη χρήση του εργαλείου “Clinical Learning Environment Inventory (CLEI) και στην οποία οι φοιτητές σχολίασαν την «απόσταση» μεταξύ του επιθυμητού κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος με αυτό που λαμβάνει χώρα στο ρεαλιστικό κλινικό περιβάλλον. Αυτή υπέδειξε ότι οι φοιτητές γενικά επιθυμούσαν ένα πιο θετικό περιβάλλον από αυτό που έχουν βιώσει. Ειδικότερα, η απογοήτευσή τους αφορούσε στις μαθησιακές ευκαιρίες και χειρισμό των φοιτητών σε σχέση με το διδακτικό τους πρόγραμμα. Σε άλλη ελληνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα παιδιατρικά τμήματα, η πλειοψηφία έδειχνε ικανοποίηση για το ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή στην οργάνωση της κλινικής τους μάθησης (Dafogianni et al. 2015). Σε αντίθεση με παλαιότερη έρευνα όπου οι απόψεις των φοιτητών για το ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή ήταν αντιφατικές (Ουζουνή et al., 2009).

Σε ότι αφορά στην Κύπρο και το κλινικό περιβάλλον μάθησης πραγματοποιήθηκαν δύο μελέτες, σε παγκύπρια έκταση, διερεύνησης των απόψεων των φοιτητών για το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη τους κατά την κλινική πρακτική με τη χρήση του εργαλείου το Clinical Learning Environment and Supervision and nurse teacher scale (CLES+T scale) (Dimitriadou et al., 2015; Papastavrou et al., 2016b). Οι φοιτητές στην πρώτη μελέτη δήλωσαν υψηλά την ικανοποίησή τους με μέσο όρο 3.99, ενώ στη δεύτερη μελέτη παρατηρήθηκε αύξηση του μέσου όρου σε 4.1 στην 5-βαθμη κλίμακα Likert. Η ικανοποίηση αυτή σχετίστηκε με τις σχέσεις επίβλεψης με το μέντορα (εργοδότηση επαγγελματία νοσηλευτή που εργάζεται στο τμήμα), οι οποίες χαρακτηρίζονταν από εξατομίκευση, ανατροφοδότηση και συχνές από κοινού συναντήσεις, φοιτητή-κλινικού εκπαιδευτή/συντονιστή (εργοδότηση από το εκπαιδευτικό ίδρυμα)-μέντορα και προϊστάμενη νοσηλευτικού τμήματος(στην περίπτωση που δεν εργοδοτείται μέντορας). Ουσιαστικά υπάρχει μια στενή επαφή ακαδημαϊκού και κλινικού

χώρου μέσω του κλινικού εκπαιδευτή ο οποίος δρα ως διευκολυντής, καθοδηγητής και διασφαλίζει την επίτευξη των μαθησιακών στόχων, προϊόν του συνεργατικού συντονισμού (Papastavrou et al. 2010, Dimitriadou et al., 2015, Papastavrou et al., 2016). Στην Ελλάδα το ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή αναλαμβάνει ο υπεύθυνος εκπαίδευσης που ορίζεται από την Νοσηλευτική Υπηρεσία και την Επιτροπή ΚΑ του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος ενώ δεν υπάρχει ο θεσμός του μέντορα (Καυγά κ.α., 2016). Επίσης οι ομάδες φοιτητών είναι πολυπληθέστερες στην ΚΑ, σε σύγκριση με Κύπρο που ο μέγιστος αριθμός κατανομής φοιτητών σε ένα νοσηλευτικό τμήμα είναι το 5. Τέλος στην Ελλάδα οι γεωγραφικές αποστάσεις του εκπαιδευτικού ιδρύματος και του χώρου ΚΑ είναι μεγαλύτερες από την Κύπρο. Σύμφωνα με τα πιο πάνω και με επιφύλαξη θα μπορούσε να ερμηνευτεί η χαμηλή γνώση που δηλώθηκε στην ΚΑ από τους Ελλαδίτες φοιτητές στην παρούσα μελέτη για το ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή. Βεβαίως, οποιαδήποτε ερμηνεία θα μπορούσε να αποδειχθεί παρακινδυνευμένη αν δεν λαμβάνεται υπόψη η εκπαιδευτική κουλτούρα του Νοσηλευτικού Τμήματος, η ποικιλία των περιστατικών, η βαρύτητα των ασθενών, τα επαγγελματικά δικαιώματα και τα δεδομένα στελέχωσης της κάθε χώρας.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος, που ενδέχεται να ενισχύει τη διαφορά στα επίπεδα γνώσεων μεταξύ των δύο χωρών αποτελεί η βαθιά οικονομική κρίση του 2010, που αντιμετώπισε σε υψηλό βαθμό η Ελλάδα. Η οικονομική κατάσταση επέφερε σημαντικό πλήγμα στο Σύστημα Υγείας και τις γενικές συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος με μείωση αμοιβών, περιορισμό στις προσλήψεις νοσηλευτών πανεπιστημιακού επιπέδου και του ποσοστού αναπλήρωσης των συνταξιοδοτούμενων νοσηλευτών (Economou et al., 2017, 2014; Simou and Koutsogeorgou, 2014). Η Ελλάδα παρουσιάζει το χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών (2-4 ανά 1000 κατοίκους) στην ΕΕ, ενώ παρατηρείται το φαινόμενο της ύπαρξης περισσότερων ιατρών από νοσηλευτές, καθώς αναλογούν μόλις 0,6 νοσηλευτές ανά ιατρό (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), 2019; Rafferty et al., 2019). Μια κατάσταση που προϋποθέτει ένα σύστημα φροντίδας με ιατρική εξουσία, στο οποίο οι περισσότερες αποφάσεις περί φροντίδας λαμβάνονται από γιατρούς. Το φαινόμενο αυτό είχε αρνητικό αντίκτυπο στους φοιτητές που έβλεπαν τους νοσηλευτές ως τους διεκπεραιωτές εργασιών (performer of tasks), οι οποίοι απλά εφαρμόζουν εντολές που προέρχονται από τους γιατρούς (Amilia and Nurmalia,

2020; Raso et al., 2019; Ουζούνη et al., 2009) ή την ιεραρχία (Ουζούνη και άλλοι., 2009) με πιθανότητα να εμποδίζει την ομαδικότητα και τη συνεργασία (μεταβλητή που αξιολογήθηκε ιδιαίτερα χαμηλά στην παρούσα μελέτη από τους Ελλαδίτες). Επίσης, όπως υποστήριξε παλαιότερη μελέτη, η επιλογή των Ελλαδίων για επαγγελματική σταδιοδρομία στη νοσηλευτική εστιάζοταν στην προσδοκία να δώσουν τον καλύτερο τους εαυτό στην εκπλήρωση των καθηκόντων τους προς τον συνάνθρωπό τους μέσα από την ανθρωπιστική διάσταση του ρόλου του νοσηλευτή (Καύγα και άλλοι, 2012). Προσδοκία που φαίνεται να μειώνεται όσο προχωρούσαν στα εξάμηνα οι φοιτητές (Ουζούνη και άλλοι., 2009).

Άλλη πιθανή ερμηνεία για τη διαφορά των γνώσεων μεταξύ Κυπρίων και Ελλαδίων φοιτητών αφορά στην ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού (skill-mix) και το επίπεδο εκπαίδευσης. Για παράδειγμα σε όλη την Ευρώπη (με εξαίρεση την Κύπρο όπου η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται σε ένα μόνο επίπεδο και η φροντίδα παρέχεται μόνο από πτυχιούχους νοσηλευτές) το λεγόμενο skill-mix είναι πολύ διαδεδομένο, το οποίο όμως σημαίνει ότι οι ασθενείς φροντίζονται από άτομα με διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και ενδεχομένως να μην έχουν την ίδια αντίληψη και ευαισθησία όσον αφορά τα θέματα ΑΑ. Χαρακτηριστικό είναι και ο κατακερματισμός της εκπαίδευσης στην Ελλάδα σε τρία επίπεδα: οι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, οι απόφοιτοι των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι βοηθοί νοσηλευτές. Η οικονομική κρίση, η μη επάρκεια αποφοίτων νοσηλευτικής πανεπιστημιακού επιπέδου και η έλλειψη κινήτρων (Λουραντάκη and Κατσαλιάκη, 2017) οδήγησε στην πρόσληψη βοηθών νοσηλευτών, οι οποίοι αναλάμβαναν την εκτέλεση νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και διεργασιών ασυμβίβαστα με την αντίστοιχη περιορισμένη θεωρητική εκπαίδευση, την οποία έχουν λάβει ως βοηθητικό προσωπικό (Rafferty et al., 2019; Λουραντάκη and Κατσαλιάκη, 2017). Τα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικής εκπαίδευσης και το γεγονός ότι οι βοηθοί νοσηλευτές υπερτερούν αριθμητικά από τους νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου μέσα στο Σύστημα Υγείας (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), 2019) δημιουργούν ένα κλινικό περιβάλλον μάθησης γεμάτο προκλήσεις και σύγχυση στην ταυτότητα του ρόλου των επαγγελματιών νοσηλευτών πτυχιακού επιπέδου στους Ελλαδίτες φοιτητές (Λουραντάκη and Κατσαλιάκη, 2017). Όπως φάνηκε σε μελέτες σε ευρωπαϊκό επίπεδο που εστιάζονταν στη μελέτη των

παραλείψεων νοσηλευτικών φροντίδων η πτυχιακή εκπαίδευση ήταν ένας σημαντικός παράγοντας ποιοτικής φροντίδας με μείωση των αρνητικών εκβάσεων (Ball et al., 2018), την αναγνώριση και αναφορά παραλείψεων συχνότερα από τους νοσηλευτές μικρότερης εκπαίδευσης (Ausserhofer et al., 2014), ενώ έδειχναν πιο ενοχλημένοι και είχαν τάση φυγής από το επάγγελμα γιατί λόγω της έλλειψης χρόνου αναγκάζονταν να παραλείψουν σημαντικές νοσηλευτικές δραστηριότητες (Ball, 2020; Ball et al., 2014). Αυτό δείχνει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, τους επιτρέπει να αναγνωρίζουν αν μια φροντίδα δεν δίνεται με βάση τα ενδεδειγμένα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας. Συνεπώς, η μεγάλη διαφορά των απαντήσεων «συμφωνίας» μεταξύ Κυπρίων και Ελλαδίτων φοιτητών ήταν η παρακολούθηση μη «κατάλληλων» προτύπων, αλλά ενδεχομένως είναι αποτέλεσμα του συστήματος που δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές να δράσουν στο μέγιστο των ικανοτήτων τους (MacMillan, 2016; Raso et al., 2019). Επιπρόσθετα ενδεχομένως οι αντιληπτές διαφορές, να σχετίζονται με την απουσία ευρωπαϊκών και εθνικών οδηγιών, την αυτονομία των πανεπιστημίων (Kirwan et al., 2019) και το βαθμό ετοιμότητας των πανεπιστημίων να αποδεχθούν νέους τομείς στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Palese et al., 2014).

### **9.2.3 Διαφορές στις αυτοαξιολογούμενες γνώσεις που έχουν λάβει για θέματα ΑΑ μεταξύ 3ετών και 4ετών φοιτητών**

Οι γνώσεις ως προς το τι έχουν μάθει για την ΑΑ δηλώθηκαν υψηλότερες στις ΑΔ σε σύγκριση με την κλινική άσκηση σε όλους τους παράγοντες και στα 2 έτη, ομοίως και σε άλλες μελέτες (Colet *et al*, 2015; Lukewich *et al*, 2015; Raymond, Medves and Godfrey, 2017; Usher, *et al.*, 2017, Mbuthia and Moleki, 2019). Στην παρούσα μελέτη, στη σύγκριση μεταξύ των ετών σπουδών (ανεξαρτήτως χώρας), δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά στις αυτοαξιολογούμενες γνώσεις στον παράγοντα «ομαδική εργασία», τόσο στις ΑΔ, όσο και στην ΚΑ. Ενδεχομένως αυτό να υποδεικνύει ότι οι γνώσεις που έχουν λάβει δεν ήταν επαρκείς τόσο στα αμφιθέατρα όσο και στην ΚΑ όπου γύρω στο 50% των φοιτητών και στα 2 έτη δήλωσαν ότι οι αρμοδιότητες τους δεν είναι ξεκάθαρες. Ωστόσο οι 4 ετείς αντιλαμβάνονταν σε πιο υψηλό επίπεδο ότι είχαν περισσότερες ευκαιρίες για μάθηση και αλληλεπίδραση με τη διεπιστημονική ομάδα όπως επίσης αντιλαμβάνονταν περισσότερο ότι οι οργανωτικοί παράγοντες έχουν καλυφθεί επαρκώς από το πρόγραμμα σε σύγκριση με τους 3ετείς.

Παράλληλα, οι 4ετείς φοιτητές δήλωναν υψηλότερα επίπεδα γνώσης από τους 3ετείς, τόσο στις ΑΔ (σε 3 από τους 7 παράγοντες), όσο και στην ΚΑ (σε 6 από τους 7 παράγοντες). Οι διαφορές στο επίπεδο γνώσεων μεταξύ των ετών ενδεχομένως να αντικατοπτρίζουν τις αναπτυξιακές πρακτικές δεξιοτήτων και οξυδέρκειας λόγω εμπειρίας, σύμφωνα με το μοντέλο της Benner (1984) κατά την εξέλιξη των νοσηλευτών από αρχάριους σε ειδήμονες και κατά την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των φοιτητών. Στην παρούσα μελέτη, με το πέρασμα του χρόνου, κατά τη γνώμη τους οι 4ετείς φοιτητές σε σύγκριση με τους 3ετείς αποκτούν μεγαλύτερη εμπειρία από καταστάσεις και βελτιώνουν την αντίληψη της φύσης συγκεκριμένων κλινικών περιπτώσεων, περιλαμβάνοντας δυνατότητες και εμπόδια με αποτέλεσμα η φροντίδα προς τους ασθενείς να καθίστανται περισσότερο εναρμονισμένη και ασφαλής. Επίσης, οι 4ετείς στην παρούσα μελέτη φαίνεται να αντιλαμβάνονται καλύτερα τη σημαντικότητα του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις μια ανασφαλή κατάσταση. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και στην Ιταλική μελέτη (Stevanin *et al.*, 2015).

Ωστόσο, στην πλειοψηφία της βιβλιογραφίας παρατηρούνται αντιφατικά ευρήματα με την παρούσα μελέτη, όπου οι γνώσεις των φοιτητών φαίνεται να μειώνονται, όσο εξελίσσονται στο έτος σπουδών (Amilia and Nurmalia, 2020; Colet et al., 2015; Duhn et al., 2012; Lukewich et al., 2015) ή να μην παρατηρείται καμία ουσιαστική αλλαγή στη γνώση μεταξύ των ετών (Mbutia and Moleki, 2019; Raymond et al., 2017). Επίσης, βρίσκονται σε αντιδιαστολή και με προηγούμενες κυπριακές μελέτες που μελετούσαν την κλινική μάθηση, όπου η ικανοποίηση των φοιτητών μειωνόταν στην κλινική πρακτική, όσο εξελίσσονταν στα ακαδημαϊκά έτη (Papastavrou et al., 2016b, 2010). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι με την αύξηση των θεωρητικών και των βιωματικών γνώσεων με την ακαδημαϊκή εξέλιξη, οι μεγαλύτεροι φοιτητές είναι πιο κριτικοί και αντιλαμβάνονται το βάρος της ηθικής ευθύνης σε λανθασμένες ενέργειες. Επίσης, μπορεί να ερμηνευτεί ότι οι μεγαλύτεροι σε έτος φοιτητές είναι πιο ευαίσθητοποιημένοι στην Α και στον κίνδυνο βλάβης στον ασθενή από κάποιο λάθος ή παράλειψη, καθώς έχουν καλύτερη επίγνωση των δυνατοτήτων και των ορίων του ρόλου τους και ότι πρέπει να ακολουθούν κανόνες και πρωτόκολλα (Duhn et al., 2012; Sulima, 2019). Ενδεχομένως, η απόκτηση γνώσεων συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της ανάγκης διαμόρφωσης κουλτούρας ασφάλειας (Αγγελή & Καπάκη, 2020).

Τα πιο πάνω ευρήματα θα συζητηθούν εκτενέστερα σε συνδυασμό με τα ευρήματα από την σύγκριση μεταξύ των γνώσεων που έχουν λάβει οι φοιτητές ανά έτος σε κάθε χώρα. Αυτό κρίθηκε σκόπιμο για να αποφευχθεί η επανάληψη ερμηνειών.

Ομοίως στην Κύπρο και στην Ελλάδα, οι 4ετείς δήλωναν πιο υψηλή γνώση από τους 3ετείς, τόσο στις ΑΔ, όσο και στην ΚΑ στην πλειοψηφία των θεμάτων ΑΑ. Οι διαφορές μεταξύ των ετών μπορούν να αποδοθούν στο ότι οι 3ετείς είναι λιγότερο κριτικοί σε αυτά που βλέπουν σε σύγκριση με τους 4ετείς που είναι ένα βήμα πριν να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους και θέλουν να αισθάνονται πιο αυτόνομοι και έτοιμοι για εργοδότηση. Άλλη ερμηνεία είναι η περίοδος που κάποια μαθήματα διδάσκονται π.χ. η διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών γίνεται στο 2<sup>ο</sup> εξάμηνο του 3<sup>ου</sup> έτους σπουδών και πιθανό οι 3ετείς φοιτητές να χρειάζονται κάποιο χρόνο να αντιληφθούν και να αφομοιώσουν τις διάφορες έννοιες, όπως της οργανωσιακής κουλτούρας,

τη φύση διαχείρισης και αντιμετώπισης ζητημάτων ΑΑ και τον τρόπο διαμόρφωσης της συμπεριφοράς επίσης στον εργασιακό χώρο (πολιτικές, υποστηρικτικό περιβάλλον έκφρασης ανησυχιών).

Επίσης, η διαφορά μεταξύ των ετών ειδικότερα στην «κλινική ασφάλεια» πιθανό να είναι ένδειξη ανεπάρκειας γνώσης σε τεχνικής φύσεως δεξιότητες ή να μην δίνεται η δέουσα προσοχή ή να υποτιμούν τον κίνδυνο από μη ασφαλείς πρακτικές, από την πλευρά των 3ετών φοιτητών. Η διαφορά στις γνώσεις μεταξύ των ετών στην «κλινική ασφάλεια» φαίνεται να μην συνάδει με πρόσφατη μελέτη (Levett-Jones et al., 2020), η οποία αξιολόγησε με τη χρήση quiz τις πραγματικές γνώσεις των 4ετών φοιτητών σε τομείς ΑΑ, όπως την πρόσωπο-κεντρική φροντίδα, την επικοινωνία, την ομαδικότητα, την ασφάλεια στη χορήγηση φαρμάκων, την τεκμηριωμένη πρακτική, την πρόληψη λοιμώξεων κλπ. Παρόλο που το 50% των φοιτητών κυμάνθηκε κοντά στη βάση επιτυχίας, η χαμηλότερη βαθμολογία αναφέρεται σε κλινικές δεξιότητες όπως είναι η πρόληψη λοιμώξεων και η ασφαλής χορήγηση φαρμάκων. Αποτελέσματα που ήγειραν ανησυχίες στους ερευνητές σχετικά με την προετοιμασία των νοσηλευτών για ασφαλή και αποτελεσματική πρακτική (Levett-Jones et al., 2020). Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι Προϊστάμενες των Τμημάτων ενθαρρύνουν τους 4ετείς φοιτητές να ενταχθούν στην ομάδα και τους μεταχειρίζονται ως συνεργάτες, ενθαρρύνεται η εμπλοκή τους σε επαγγελματικές συζητήσεις και έκφρασης απόψεων σε σχέση με αμφισβητούμενες πρακτικές και γενικά βρίσκεται σε «αρμονία με το εργασιακό περιβάλλον». Επιπρόσθετα, ως τελειόφοιτοι στους 4ετείς μπορεί να υπάρχει μεγαλύτερο ενδιαφέρον να ενδυναμώσουν τη σχέση φοιτητή-ασθενή, χωρίς να εστιάζεται σε μεμονωμένες ενέργειες με στόχο να αποκτήσει αυτοπεποίθηση στην κατανόηση της κατάστασης του ασθενή και στην ικανοποίηση των αναγκών του, υποστηριζόμενος από όλη την επαγγελματική ομάδα. Βέβαια, η εξελικτική αναβάθμιση της κλινικής εμπειρίας επηρεάζεται από το βαθμό προθυμίας όλων να συμμετάσχουν στις μαθησιακές δραστηριότητες των φοιτητών (Steven et al. 2014). Διάφοροι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την πρόοδο των φοιτητών κατά την ακαδημαϊκή τους εξέλιξη είναι οι αναποτελεσματικές επαγγελματικές σχέσεις, παραβίαση της δεοντολογίας της φροντίδας, έλλειψη ικανότητας στη φαρμακευτική αγωγή, μη διαχειριζόμενο



άγχος και μειωμένη αυτοπεποίθηση θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια της κλινικής μάθησης (Montgomery et al., 2014).

### 9.3 Στάσεις των φοιτητών ως προς τα λάθη και την ΑΑ

Το ερωτηματολόγιο των στάσεων με τα 18 ερωτήματα χωρίζεται σε 3 παράγοντες «Αναφορά λάθους» « την Άρνηση» και «την Κουλτούρα». Ο πιο υψηλός μέσος όρος ήταν στον παράγοντα «Κουλτούρα», ο οποίος υποστήριζε ότι τα θέματα ΑΑ δεν καλύπτονται επαρκώς από το Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, καθώς το 81% των φοιτητών συμφωνούσε ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουν «καλή πρακτική» και αυτού που κάνουν σε καθημερινή βάση. Αυτό ενισχύεται και από τη πλειοψηφία των φοιτητών (85%) που αποδέχονται ότι «χρειάζεται περισσότερος χρόνος διδασκαλίας για την ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών τους». Η διαφορά μεταξύ θεωρίας-πρακτικής παραμένει ένα συνεχιζόμενο πρόβλημα για τη νοσηλευτική, όπως έχει διαπιστωθεί και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, υπάρχει διαφορά των γνώσεων για θέματα ΑΑ μεταξύ της ΑΔ και της ΚΑ. Ωστόσο, παρά τις αρνητικές αναφερόμενες συσχετίσεις της φράσης «Χάσμα μεταξύ θεωρίας και πρακτικής», η έννοια δεν θα πρέπει να θεωρείται πάντα αρνητική (Greenway et al., 2019). Συγκεκριμένα, σε μια συζήτηση (Ousey and Gallagher, 2007), σχολιάστηκε ότι η παρουσία του χάσματος θεωρίας-πρακτικής μπορεί να ενθαρρύνει τους φοιτητές και τους επαγγελματίες να προβληματιστούν και να αναστοχαστούν και έτσι αποφεύγεται ο εφησυχασμός στην πρακτική τους που προκύπτει από την εφαρμογή στερεότυπης πρακτικής ρουτίνας, η οποία δεν απαιτεί επιπλέον γνώση και κατανόηση γιατί πραγματοποιείται συχνά, χωρίς να λαμβάνονται οι ανάγκες του ασθενούς και χωρίς ερευνητική τεκμηρίωση. Η έλλειψη των πόρων (π.χ. ανάμειξη δεξιοτήτων, έλλειψη προσωπικού) μπορεί να σημαίνει αδυναμία εφαρμογής της πρακτικής ακριβώς όπως έχουν διδαχτεί (Bagnasco et al., 2017; Gibbon and Crane, 2018; Ousey and Gallagher, 2007) . Συνεπώς, οι φοιτητές αντιμετωπίζουν το δίλημμα: να αποδεχτούν ότι η πραγματικότητα της πρακτικής δεν αντικατοπτρίζει την ιδανική θεωρητική βάση ή να αμφισβητήσουν την κλινική πρακτική που βλέπουν. Η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση πέρα από την προπτυχιακή εκπαίδευση μέσα στα πλαίσια κουλτούρας του Τμήματος αναγνωρίζεται από το υψηλό ποσοστό συμφωνίας (Κυπ.φοιτ=87% και Ελλ.φοιτ=84%) που δήλωσαν οι φοιτητές ότι «οι επαγγελματίες υγείας

πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν από τον εργασιακό τους χρόνο για τη πρόληψη των λαθών». Από την άλλη όμως, οι φοιτητές επιφυλακτικά αποδέχονται την ιδέα «το λάθος είναι ανθρώπινο» όπως ο Reason (2000) περιγράφει, δηλαδή, ότι τα λάθη είναι αναμενόμενα ακόμα και στους καλύτερους οργανισμούς και επαγγελματίες όπως φαίνεται από το μέσο ποσοστό συμφωνίας που εξέφρασαν οι φοιτητές στη δήλωση (Κύπ. φοιτ.= 56% των Ελλ.φοιτ.= 68%) «το να γίνονται λάθη στην κλινική πρακτική είναι αναπόφευκτο». Ποσοστό, το οποίο χαρακτηρίζεται μέσο προς χαμηλό αν υπολογιστεί και το ποσοστό της ουδετερότητας «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ» (Κυπ.φοιτ=26% και Ελλ.φοιτ=16%). Η επιφυλακτική στάση πιθανόν να προέρχεται από την αντίθεση με τις προσδοκίες και τις ηθικές αξίες της νοσηλευτικής «Μη βλάπτειν» και «Ωφελείν» στις οποίες υπεισέρχεται η υποχρέωση του νοσηλευτή για αποφυγή κάθε πράξης ή παράλειψης και λάθους που μπορεί να βλάψει τον ασθενή γιατί δεν ενέργησε με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς (International Council of Nurses, 2012). Ιστορικά, στα προγράμματα σπουδών οι εκπαιδευτικοί διδάσκουν στους φοιτητές τι είναι σωστό, αποκλείοντας ουσιαστικά την πιθανότητα λάθους (Mira et al., 2015; Vaismoradi et al., 2012). Η μελέτη των οργανωτικών παραγόντων που συμβάλουν στη διαχείριση της ΑΑ γίνεται μετά την ολοκλήρωση των προπτυχιακών σπουδών μέσω της συνεχής επαγγελματικής εκπαίδευσης με αποτέλεσμα την απώλεια ευκαιριών έγκαιρης παροχής πληροφοριών περί του θέματος σε χαμηλότερο κόστος (Mira et al., 2015) και πριν τη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών στο χώρο εργασίας (Mansour et al. 2018).

Σχετικά με τον παράγοντα «Άρνησης» είναι ο μόνος σε σύγκριση με τους άλλους παράγοντες που δεν βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των χωρών. Δηλαδή, τόσο οι Ελλαδίτες, όσο και οι Κύπριοι φοιτητές έδειξαν ότι εξίσου δεν αποδέχονταν το γεγονός ότι «αν δουν ένα λάθος θα το κρατήσουν για τον εαυτό τους» (Κύπριοι φοιτ.=80% της διαφωνίας και Ελλαδίτες φοιτ.=75% της διαφωνίας) ακόμα και «αν το λάθος αυτό δεν προκαλούσε βλάβη σε ασθενή» (Κύπριοι φοιτ.=65% και Έλλ. φοιτ.=70% της διαφωνίας). Η στάση αυτή δεν υποστηρίζεται από άλλες μελέτες καθώς οι φοιτητές επικαλέστηκαν τον φόβο της τιμωρίας (Espin and Meikle, 2014; Fisher and Kiemann Matthew, 2019; Madigosky et al., 2006; Raso et al., 2019; Steven et al., 2014) ή γιατί πίστευαν ότι με την αναφορά λάθους θα έβλαπτε τον επαγγελματία που ενεπλάκη, «θα

τον έβαζαν σε μελάδες» (Espin and Meikle, 2014). Παρόλο που η πλειοψηφία των φοιτητών υποστήριζε ότι δεν θα κρατήσουν το λάθος για τον εαυτό τους, είχαν μια στάση αμφισβήτησης αν τα συστήματα συνεισφέρουν στη μείωση μελλοντικών λαθών καθώς η «ουδετερότητα» έφτανε το 40%, όπως και τα ποσοστά συμφωνίας ήταν χαμηλά (Κύπριοι=40% και Ελλαδίτες=30%). Οι Ελλαδίτες δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι θα κρατήσουν ένα λάθος για τον εαυτό τους, αν και οι μέσοι όροι και τα ποσοστά συμφωνίας είναι πολύ χαμηλά σε αυτή τη δήλωση και για τις δύο χώρες. Η στάση αυτή πιθανόν να δείχνει την έλλειψη γνώσης στη διαδικασία υποβολής, τη σημαντικότητα των οργανωμένων συστημάτων αναφοράς και σε ποιο βαθμό εκθέτει το άτομο που ενεπλάκη στο περιστατικό. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι στάσεις επηρεάζονται από τη γνώση και καθορίζουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας πριν και μετά την εμφάνιση ενός ανεπιθύμητου συμβάντος (Mira et al., 2015).

Ως προς τον παράγοντα «Αναφοράς λάθους» στην πλειοψηφία των δηλώσεων που την αποτελούν, η «συμφωνία» κυμάνθηκε κοντά στο 50% και χαμηλότερα, παράλληλα με την υψηλή «ουδετερότητα» (34-41%). Στη σύγκλιση της αυτονομίας, του νοσηλευτικού επαγγέλματος οι φοιτητές αναγνωρίζουν την ελευθερία πεδίου δράσης και την υπεύθυνη λήψη αποφάσεων, καθώς θεωρούν ότι δεν είναι μόνο οι γιατροί που μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός λάθους και ότι ως επαγγελματίες υγείας μπορούν να κάνουν κάτι για να μειώσουν μη ασφαλείς καταστάσεις. Βέβαια, στην περίπτωση λάθους τίθεται ο προβληματισμός ποιος έχει την ευθύνη να κάνει την αναφορά του λάθους; Ο προβληματισμός βασίζεται στο γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από ομαδική συνεισφορά και συνεργασία γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, συνεπώς φέρουν την κοινή ευθύνη για την παροχή ασφαλούς φροντίδα του ασθενούς και των εκβάσεων των πράξεων (WHO, 2011). Όπως οι Cauduro et al., (2017) αναφέρουν η ΑΑ είναι αποτέλεσμα κατανομής των ευθυνών, τήρησης των πρωτοκόλλων, αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών και όχι αποκλειστική ευθύνη του γιατρού, προσέγγιση που κυριαρχούσε τις προηγούμενες δεκαετίες. Η άποψη αυτή φαίνεται να ενισχύεται στην παρούσα μελέτη, αφού το υψηλό ποσοστό «συμφωνίας» των φοιτητών (78%) απορρίπτει κατηγορηματικά το γεγονός ότι μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν ένα λάθος. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε παλαιότερη

μελέτη (Cauduro et al., 2017). Επίσης, οι φοιτητές υποστήριζαν την έλλειψη κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο διοίκησης και την εφαρμογή μέτρων ελαχιστοποίησης ανεπιθύμητων συμβάντων, όπως φαίνεται από το χαμηλό ποσοστό «συμφωνίας» (Κύπριοι φοιτ.=35% και Ελλαδίτες φοιτ.=32%), αλλά υψηλότερο ποσοστό στην «ουδετερότητα» (Κύπριοι φοιτ.=41% και Ελλαδίτες φοιτ.=38.2%) στη δήλωση η «κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας διευκόλυνε τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με τα λάθη εποικοδομητικά». Το γεγονός αυτό πιθανόν να δηλώνει το αρνητικό κλίμα που επικρατεί στην κλινική πρακτική σχετικά με τη κουλτούρα ΑΑ, η οποία δεν φαίνεται να έχει καλλιεργηθεί στα Ελληνικά Νοσοκομεία (Καπάκη, 2015), αλλά ούτε και στην Κύπρο. Μια άλλη ερμηνεία, αφορά στις ελλειπείς γνώσεις, αναγνώρισης και εξακρίβωσης του βαθμού και της φύσης του λάθους (λάθος διάγνωσης, λάθος αξιολόγησης, λάθος προγραμματισμού κλπ.), όπως και κατανόησης, τι συνιστά ανεπιθύμητο συμβάν και πως θα πρέπει να γίνεται η αναφορά και η διαχείρισή του (The Patient Safety and Quality of Care Working Group (PSQCWG), 2014). Ωστόσο, φαίνεται οι επαγγελματίες να μην κατανοούν το όφελος που αποκομίζουν από την αναφορά λάθους, δηλαδή, ότι μέσα από την αίσθηση της ατομικής ευθύνης (με την αναφορά του περιστατικού) επιδιώκεται η βελτίωση του συστήματος υγείας (Παναγιώτου, 2015). Η κατάσταση αυτή αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό συμφωνίας (Κύπ. φοιτ.=40% και Ελλαδίτες φοιτ.=21%) και στο ότι το 1/3 των φοιτητών έδειχναν αμφιβολία («ούτε συμφωνούσαν, ούτε διαφωνούσαν») (Κύπ.φοιτ.=38% και Ελλαδίτες φοιτ.=42%) ότι «οι επαγγελματίες ανέφεραν λάθη σε τακτική βάση». Επιπλέον, ο δισταγμός αναφοράς λάθους από τους επαγγελματίες υποστηρίζεται και στη δήλωση «η ανταπόκριση στα λάθη κατά κύριο λόγο εστιάζόταν στο άτομο», στην οποία περίπου οι μισοί φοιτητές εκφράσαν «συμφωνία» (Κύπριοι φοιτ.=58% και Ελλαδίτες φοιτ. =47.5%) και το 1/3 των Κυπρίων και Ελλήνων φοιτητών επέλεξαν «ουδέτερο». Εύρημα που συμφωνεί και η συγκριτική μελέτη των Tella et al. (2015b). Η επικέντρωση στο άτομο αντί των παραγόντων που μπορεί να συνέβαλαν να προκληθεί το λάθος ή οι παραλείψεις στη φροντίδα υποστηρίζεται και από την υψηλή «συμφωνία» που εκφράστηκε από τους φοιτητές στη στάση (Κυπ. Φοιτ.=78% Ελλην. Φοιτ.=71%) «Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι». Μια πιθανή ερμηνεία των χαμηλών θετικών απαντήσεων από τους φοιτητές στις δύο χώρες αφορά στην αίσθηση ότι αν συμβεί ένα λάθος ή ένα δυσμενές συμβάν υπάρχει

επικέντρωση στον επαγγελματία υγείας που ενεπλάκη στο συμβάν (Emanuel et al., 2009). Το άτομο αισθάνεται εκτεθειμένο και ένοχο απέναντι στον ασθενή και τους συναδέλφους του, ενώ δυσκολεύεται να αναφέρει δυσμενή συμβάντα και λάθη επώνυμα με το φόβο των επικείμενων συνεπειών (ποινικές και πειθαρχικές τιμωρίες) και του χαρακτηρισμού ως μη ικανός ή ότι δεν έχει τις κατάλληλες γνώσεις για την εκτέλεση των καθηκόντων του (European Commission Patient Safety and Quality of Care working group, 2014) Chiang et al. 2010, Francis, 2015, Αγγελή & Καπάκη, 2020, Alrabadi et al. 2020). Ο φόβος και το αίσθημα ντροπής φαίνεται να είναι κυρίαρχα στοιχεία της μη αναφοράς λάθους. Η στάση αυτή υποδεικνύει την αδυναμία, τόσο της εκπαίδευσης, όσο και της κλινικής πρακτικής μετάδοσης της πάγιας σημερινής ιδεολογίας ότι δεν πρέπει να αναζητούνται τα άτομα στην απόδοση ευθυνών, αλλά η διοίκηση θα πρέπει να προχωρά στην ανάλυση των συνθηκών και των ιδιαιτεροτήτων του συστήματος που προκάλεσαν το λάθος, διασφαλίζοντας ένα περιβάλλον μη επανάληψης του ίδιου λάθους ή να μειώσουν τις δυσμενείς εκβάσεις (Reason, 2000). Την εικόνα αυτή, ενισχύει κυρίως η στάση των Ελλαδίτων φοιτητών (Κυπ. Φοιτ.=67% Ελλην. Φοιτ.=41% συμφωνία) στη δήλωση ότι «Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ανταλλάσσουν πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε», υποδεικνύοντας προβλήματα επικοινωνίας, απόηχο του φόβου, της ντροπής και πως θα τους αντιμετώπιζαν οι κλινικοί νοσηλευτές (Καπάκη, 2015), για αυτό πιθανόν απέφευγαν να ανταλλάζουν λεπτομέρειες για κάποιο λάθος και τι το προκάλεσε. Μια πρόσφατη ελληνική μελέτη που διερευνούσε τη κουλτούρα ασφάλειας σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο, οι νοσηλευτές εκτίμησαν ότι δεν υπήρχε η επιθυμητή επαγρύπνηση για τα θέματα της ΑΑ εντός του νοσοκομείου, ότι το επίπεδο επικοινωνίας για την ΑΑ ήταν ανεπαρκές και ότι το περιβάλλον ήταν εχθρικό προς τους ίδιους όταν έκαναν λάθη (Αγγελή & Καπάκη, 2020).

Σε σχέση με τα έτη σπουδών, οι 3ετείς φοιτητές φαίνεται να υποστηρίζουν περισσότερο σε σχέση με τους 4ετείς τη στάση ότι οι ικανοί επαγγελματίες υγείας κάνουν λάθη (δήλωση 2, 44.4% διαφωνία, MO=2.8) (αν και η δήλωση αυτή είχε χαμηλό ποσοστό συμφωνίας και για τα δύο έτη) και ποσοστό 22(4ετείς)-26 (3ετείς)% στην επιλογή ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ. Επίσης, οι 3ετείς φοιτητές διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους 4ετείς ότι αν δουν ένα λάθος ή κάνουν κάποιο λάθος που δεν προκάλεσε βλάβη θα το κρατήσουν για τον εαυτό τους

(δήλωση 15, 81.9-73.4% διαφωνία, MO=1.8-2.0) ή δεν θα το αναφέρουν (δηλ. 14, 74,7-62.5%% διαφωνία, MO=2.0-2.3), (ή οι 3ετείς προτιμούν να αναφέρουν όλα τα λάθη). Οι 3ετείς διαφωνούν (δηλ. 16, 66.2-54.4% διαφωνία, MO=2.2-2.5) περισσότερο στο ότι τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι. Στη συνέχεια, οι 4ετείς σε σύγκριση με τους 3ετείς θεωρούν σε υψηλότερο βαθμό ότι οι επαγγελματίες δεν πρέπει να ανέχονται την αβεβαιότητα, (δήλωση 5, 55-66% συμφωνία, MO=3.5-3.8). Η στάση των 3ετών μπορεί να προκύπτει από την ελλιπή γνώση σε σχέση με την πολυπλοκότητα και τις ιδιαιτερότητες λειτουργίας ενός κλινικού περιβάλλοντος. Είναι σημαντικό ο φοιτητής να αντιληφθεί την πιθανότητα να συμβεί το λάθος, ώστε να το αναφέρει, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για την ενίσχυση των δράσεων ΑΑ στην εκπαίδευση (Tella, Susanna et al., 2015). Έτσι, η ενσωμάτωση μιας κουλτούρας ασφάλειας στην αρχή της εκπαίδευσης βοηθά τον φοιτητή να αναγνωρίσει τα λάθη και να μάθει μαζί τους (Mira et al., 2015). Η συζήτηση των λαθών με τους φοιτητές είναι επίσης ένας τρόπος μάθησης, καθώς αυτά μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους, ωστόσο παραμένει πολύ χαμηλά αυτή η στρατηγική (Tella , 2014).

#### **9.4 Οι δεξιότητες σε σχέση με την ΑΑ και την αναφορά λαθών**

Ο παράγοντας «άνεση» με μο=3.2 αναφέρεται στην άνεση των φοιτητών σε δεξιότητες σε σχέση με τη διαχείριση κάποιου λάθους στα πλαίσια της ΑΑ. Η σημασία και η αναγκαιότητα ανάπτυξης και υλοποίησης συστημάτων υποβολής εκθέσεων δυσμενών συμβάντων και αποκόμισης διδαγμάτων, στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ΑΑ, τονίζεται στις διατάξεις και τις συστάσεις της ομάδας για την ασφάλεια των ασθενών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ομάδα εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της, 2014). Παρά όμως τις συστάσεις στην Κύπρο και στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δεδομένα για την εμφάνιση λαθών σε εθνική βάση λόγω έλλειψης συστήματος καταγραφής (Πέτσιος, 2018), εκτός από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όπου έχει αναπτυχθεί παρόμοιο σύστημα. Αυτή η αδυναμία των χωρών σε σχέση με τα συστήματα έκθεσης συμβάντων πιθανόν να αιτιολογεί και το χαμηλό ποσοστό συμφωνίας (Κυπ. Φοιτ.=48%

Ελλην. Φοιτ.=24%), όπως και το ποσοστό ουδετερότητας, το οποίο ήταν από τα υψηλότερα που αναφέρθηκαν στη μελέτη (Κυπ. Φοιτ.=39% Ελλην. Φοιτ.=43%), καθώς οι φοιτητές δεν είχαν την ευκαιρία να δουν τι είναι αυτά τα συστήματα και βρίσκονταν σε σύγχυση και άγνοια για τέτοιες δραστηριότητες. Αυτό υποστηρίζεται από τα ευρήματα της μελέτης, όπου οι φοιτητές είχαν μια στάση αμφισβήτησης ότι τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν στη βελτίωση των λαθών. Βέβαια, στη μελέτη των Esrin & Meikle (2014), παρατηρήθηκε ότι τα περιστατικά ΑΑ στην πλειονότητα αναφέρονταν ανεπίσημα, τόσο από τους νοσηλευτές, όσο και από τους φοιτητές που ακολουθούσαν. Η αναφορά μπορεί επίσης να σχετίζεται με τον τύπο και την κατάσταση των συστημάτων αναφοράς και μάθησης στη χώρα. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει τόσο ένα τοπικό (επίπεδο οργανισμού), όσο και ένα εθνικό σύστημα αναφορών περιστατικών ασφάλειας και μάθησης, στο οποίο ενσωματώνονται οι εθνικές αναφορές (EC 2014).

Επίσης, σχετικά με τις δεξιότητες άνεσης, ανάλυσης της περίπτωσης για αναγνώριση αιτιών του λάθους μόνο το 52% των Κυπρίων και όχι περισσότεροι από το 35% των Ελλήνων φοιτητών δήλωναν συμφωνία, ενώ περίπου το 1/3 όλων των φοιτητών των δύο χωρών επέλεξαν την «ουδετερότητα». Αυτό δείχνει την ελλιπή εκπαίδευση, είτε στις ΑΔ είτε στην ΚΑ. Επιπλέον, η τόσο χαμηλή άνεση στην ανάλυση και αναγνώριση λάθους από τους Ελλαδίτες φοιτητές υποστηρίζεται και από το χαμηλό ποσοστό της «συμφωνίας» που δηλώθηκε στο επίπεδο γνώσεων (<43%) που αποκτήθηκαν στην ΚΑ στη δήλωση «η συμμετοχή τους στην ανάλυση του συμβάντος και τη διαδικασία του αναστοχασμού που θα βοηθήσει τον φοιτητή να αποκτήσει ιδιαίτερες γνώσεις και κατανόησης εντοπισμού, ανάλυσης συμβάντος για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων».

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού ή σε άλλον επαγγελματία υγείας είναι προβληματική, καθώς και πάλι το ποσοστό άνεσης ήταν μέσο προς χαμηλό (Κυπ. Φοιτ.=54 & 58%, Ελλην. Φοιτ. =47 & 48%). Η πιο υψηλή άνεση που εκφράστηκε από τους Κύπριους φοιτητές σε σχέση με τους Ελλαδίτες, πιθανότατα να οφείλεται στη μεγαλύτερη συχνότητα όσον αφορά τις επισκέψεις του κλινικού εκπαιδευτή, δίνοντας ενδεχομένως την ευκαιρία συζήτησης αμφιβολιών. Επίσης, σε σχέση με το δισταγμό

τους να αποκαλύψουν ένα λάθος σε επαγγελματία υγείας πιθανόν να προέρχεται από τον φόβο ότι θα χάσει το προφίλ του υπάκουου φοιτητή. Γι' αυτό αποδέχεται το λάθος που βλέπει και δικαιολογεί το αποτέλεσμα ως μέρος της πολυπλοκότητας του συστήματος των ελλείπων πόρων και της ιεραρχική δομής (Cresswell et al., 2013; Ousey and Gallagher, 2007; Steven et al., 2014).

Από την άλλη σε σχέση με τη χαμηλή άνεση αποκάλυψης λάθους σε εκπαιδευτές του πανεπιστημίου, αναδύεται το συμπέρασμα ότι οι φοιτητές ένιωθαν δισταγμό να αποκαλύψουν ένα λάθος στους εκπαιδευτές τους πανεπιστημίου είτε γιατί τους έβλεπαν από την σκοπιά του αξιολογητή, είτε γιατί δεν είχαν την απαραίτητη ενθάρρυνση από τους εκπαιδευτές να το κάνουν. Στα ίδια χαμηλά επίπεδα άνεσης περίπου βρέθηκαν και σε άλλες μελέτες (Ginsburg, Tregunno and Norton, 2013; Tella, Smith, Partanen, Turunen, Hannele, *et al*., 2015). Αυτό είναι ένα παράδοξο στην νοσηλευτική εκπαίδευση, καθώς οι φοιτητές αναμένεται να μάθουν να προστατεύουν τους ασθενείς, αλλά το σύστημα δεν υποστηρίζει την ειλικρινή συμπεριφορά τους και προτιμούν την τακτική της σιωπής. Μελέτες διαπιστώνουν ότι οι φοιτητές δεν είχαν την ευκαιρία εξάσκησης αναφοράς σφαλμάτων κατά τη διάρκεια των κλινικών τους τοποθετήσεων (Tella et al. 2015b).

Επίσης, η μη άνεση αναφοράς μπορεί να αποδοθεί στα χαμηλά επίπεδα δεξιοτήτων και γνώσεων για την ΑΑ των κλινικών εκπαιδευτών, σε αντίθεση με τη υψηλή στάση επίγνωσης για τη σημαντικότητα της ΑΑ που είχαν (Jang and Lee, 2017; Lee et al., 2016; Schnall et al., 2008; Sullivan et al., 2009). Η άνεση των κλινικών εκπαιδευτών στην αναφορά και αποκάλυψη λάθους ήταν χαμηλή, γεγονός που υποδεικνύει στάση απροθυμίας διαχείρισης λαθών (Jang and Lee, 2017). Και αυτό γιατί η πλειοψηφία των σημερινών κλινικών εκπαιδευτών είχαν εκπαιδευτεί σε μια περίοδο που η έμφαση για την ΑΑ ήταν πολύ μικρή σε σύγκριση με σήμερα (Jang and Lee, 2017). Οι κλινικοί νοσηλευτές και ο κλινικός εκπαιδευτής, οι οποίοι δεν παρέχουν καθοδήγηση και επικοινωνιακό διάλογο, έρχονται σε αντίθεση με την ασφάλεια των φοιτητών κατά τη μάθησή τους και συναινούν στην ανάπτυξη δυσαρμονικών σχέσεων μεταξύ φοιτητών-εκπαιδευτών απειλώντας την κλινική ασφάλεια (Montgomery et al., 2014). Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι φοιτητές συμμετέχουν σε μια δυναμική διαδικασία, κατά την οποία εκτελούν



δραστηριότητες, αναλαμβάνοντας μερίδιο της ευθύνης και ενσωματώνουν απόλυτα το άγχος και το φόβο της επιτυχημένης ή αποτυχημένης παρέμβασης (Killan et al.2013). Ο φόβος ενός λάθους με επίπτωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς συνιστά τον πυρήνα του αυξανόμενου άγχους των φοιτητών, το οποίο ενισχύεται χαρακτηριστικά από την έλλειψη εμπιστοσύνης στον ακαδημαϊκό θεσμό, σε βαθμό που αισθάνονται εκτεθειμένοι και ακάλυπτοι σε περίπτωση λάθους (Ηγουμενίδης & Σαμασζή, 2020). Είναι σημαντικό, λοιπόν, οι φοιτητές να ενθαρρύνονται να παρουσιάζουν τις παρατηρήσεις και τα στοιχεία σχετικά με την ανασφαλή φροντίδα, αλλιώς οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης θα αποτύχουν να γίνουν ασφαλέστερα συστήματα (Tella et al. 2015b).

## 9.5 Θέματα Παραλείψεων φροντίδας

### 9.5.1 Νοσηλευτικές φροντίδες που παραλείπονται

Οι παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα έλαβαν ιδιαίτερα αυξημένη προσοχή στην νοσηλευτική κοινότητα την τελευταία δεκαετία, καθώς αναγνωρίζεται ως ένα είδος λάθους, το οποίο συνδέεται με την ΑΑ (Ausserhofer et al., 2013; Kalisch et al., 2014; Palese et al., 2019). Οι Kalisch et al. (2009), σύγκριναν την ανεπαρκή αναφορά των παραλείψεων στη νοσηλευτική φροντίδα με την απόκρυψη λάθους που προέκυψε από μια ενέργεια, ως μέρος των τρέχουσων πρωτοβουλιών για την ΑΑ και κατέληξε ότι εξίσου την επηρεάζουν. Εμπειρικά στοιχεία του φαινομένου των παραλείψεων προέρχονται κυρίως από αναφορές νοσηλευτών σε διάφορους χώρους φροντίδας (Ausserhofer et al., 2013; Ball et al., 2018; Blackman et al., 2018; Zeleníková et al., 2019; Mandal, Seethalakshmi and Rajendrababu, 2020), ενώ λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα για το πως οι φοιτητές αντιλαμβάνονται το φαινόμενο των παραλείψεων κατά την κλινική πρακτική τους (Stevanin et al., 2018, Currie et al., 2009).

Η συντριπτική πλειοψηφία (90-94%) των φοιτητών διαπίστωσαν ότι είχαν παρατηρήσει νοσηλευτικές φροντίδες να παραλείπονται και να αντιλαμβάνονται παράλληλα την σύνδεση τους με την ΑΑ. Τα ευρήματα συμφωνούν σε σημαντικό βαθμό με τη βιβλιογραφία όπου ποσοστό >50 % των νοσηλευτών ανέφεραν ότι έτυχε να παραλείψουν κάποια νοσηλευτική φροντίδα (Ball et al., 2016; Jones et al., 2015; Mandal et al., 2020; Suhonen et al., 2018). Ως προς το είδος των φροντίδων, στην παρούσα μελέτη, οι φοιτητές ανέφεραν ως πιο συχνές παρατηρούμενες φροντίδες να παραλείπονται α) στις βασικές ανάγκες, αναφέρθηκε η υγιεινή σώματος και στόματος β) στην ασφάλεια ασθενών κυρίως αφορούσε στην τήρηση αρχών ασηψίας και την υγιεινή χεριών, γ) στην επικοινωνία αφορούσε την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη δ) στο σεβασμό-αξιοπρέπεια αφορούσε την έκθεση του σώματος κυρίως των ηλικιωμένων και την μη αντιμετώπιση τους ολιστικά, ε) στην αξιολόγηση και τεκμηρίωση αφορούσε την αξιολόγηση και τεκμηρίωση των ζωτικών σημείων. Και πάλι, η βιβλιογραφία ενισχύει τα ευρήματα την παρούσας μελέτης σε σχέση με το είδος των φροντίδων που παραλείπονται σύμφωνα α) με τους ίδιους τους νοσηλευτές (Papastavrou et al, 2014,

Blackman et al. 20 (Ball et al., 2016; Jones et al., 2015; Mandal et al., 2020; Suhonen et al., 2018) και β) από τους φοιτητές που ανέφεραν τις παραλείψεις που έχουν παρατηρήσει κατά την ΚΑ. (Stevanin *et al.*, 2018). Στη μελέτη των Stevanin *et al.*, (2018), οι φοιτητές ανέφεραν ότι παρατήρησαν 94 συμβάντα σε όλα τα έτη, με τα μισά περιστατικά να αναφέρονται από τους 3ετείς (50 συμβάντα= 53.2%). Η συχνότητα των αναφερόμενων συμβάντων αντιστοιχούσε σε 3.8 συμβάντα σε 1000 ημέρες κλινικής εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες στις οποίες έγιναν μάρτυρες οι φοιτητές, ως συμβάντα, αφορούσε κυρίως τη χορήγηση φαρμάκων (53%), (σε όλα τα έτη σπουδών), τις πτώσεις ασθενών με 31%, συμβάντα στην αιμοληψία (2.1%), μετάγγιση αίματος (2.1%) και άλλα (7.4%).

Στη μελέτη, οι παραλείψεις φροντίδας που εντοπίστηκαν στην εφαρμογή πρωτοκόλλων ασηψίας και αντισηψίας αφορούσαν στις νοσηλευτικές πράξεις στους ενδοφλέβιους καθετήρες και στην περιποίηση τραύματος. Οι παρατηρήσεις είναι σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντική πρόκληση στην Ευρώπη. Ενδεικτικά, η Κύπρος (19%) και η Ελλάδα (18,9%) είναι οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με ενδοαγγειακούς καθετήρες (>12% όλων των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων) (Suetens *et al.*, 2018). Η συχνότητα των παραλείψεων στον έλεγχο λοιμώξεων όπως επισημάνθηκε από τους φοιτητές, πιθανόν να οφείλεται επίσης στις στάσεις των νοσηλευτών στο ότι οι λοιμώξεις δεν αποδεικνύεται ότι οφείλονται στην κακή πρακτική του ενός συγκεκριμένου επαγγελματία υγείας, αλλά σχετίζονται και με ένα σύνολο άλλων παραγόντων. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές δεν θεωρούν τις λοιμώξεις ως επίσης προσωπική τους ευθύνη, συνέπεια κακής εφαρμογής των κανόνων ασηψίας- αντισηψίας. Η υποεκτίμηση αυτή μπορεί να οφείλεται από το γεγονός ότι οι συνέπειες στην υγεία του ασθενή από τη μη τήρηση των νοσηλευτικών πρωτόκολλων τήρησης ασηψίας δεν είναι άμεσα ορατές. Ωστόσο, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι είναι πιθανό ορισμένες εκβάσεις από την παράλειψη μιας φροντίδας να είναι «κρυμμένες» άμεσα και να συνοδεύονται με μακροπρόθεσμες συνέπειες (Gibbon and Crane, 2018)

Επίσης, σημαντικό εύρημα θεωρείται ο εντοπισμός παραλείψεων στην αξιολόγηση των ασθενών που σχετίζονταν στην καθόλου ή την κακή μέτρηση των ζωτικών σημείων και την τεκμηρίωση των ευρημάτων. Η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων θεωρείται θεμελιώδη στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς αποτελεί το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας για έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση τυχών προβλημάτων και κατάλληλη ανταπόκριση στο πλαίσιο της αξιολόγησης (Akanbi et al., 2017). Περίπου το 62% των ασθενών σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους θεωρήθηκαν ότι χρειάζονται τουλάχιστον κάθε ώρα παρακολούθηση ζωτικών σημείων (Akanbi et al., 2017). Παρά τη σημαντικότητα αξιολόγησης των ζωτικών σημείων μελέτες κατέδειξαν ότι δεν αξιολογούνται, δεν καταγράφονται και δεν αναφέρονται με συνέπεια (Akanbi et al., 2017; Blackman et al., 2018; Mok et al., 2015; Papastavrou et al., 2014c). Συνεπώς, θέτει σε κίνδυνο τα πλεονεκτήματα έγκαιρης παρακολούθησης των ασθενών σε οξεία κατάσταση (Storm-Versloot et al., 2014). Σε άλλη μελέτη το 1/4 των νοσηλευτών συμφώνησε ότι η πλήρης και ακριβής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων παραλείπονταν λόγω πίεσης χρόνου, καθώς θεωρείται χρονοβόρα, ενώ σχολιάστηκε ότι η συχνότητα παρακολούθησης των ζωτικών σημείων θα πρέπει να καθορίζεται με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου και όχι ως διαδικασία ρουτίνας (δηλαδή κάθε 4 ώρες για όλους τους ασθενείς η αξιολόγηση ζωτικών σημείων) (Mok et al., 2015). Η μη αξιολόγηση αναγκών σε συνδυασμό με τις παραλείψεις στην καταγραφή πληροφοριών κατά την εισαγωγή στο φάκελο, ή στα ανάλογα έντυπα που τεκμηριώνουν μια ενέργεια όπως το έντυπο φαρμάκων, το έντυπο λήψης και αποβολής υγρών, θέτουν σε κίνδυνο την ΑΑ. Παρόμοια και οι προηγούμενες μελέτες, οι οποίες δηλώνουν χαμηλή προτεραιότητα στη μελέτη των στοιχείων του ασθενή κατά την ανάληψη της υπηρεσίας (Papastavrou et al., 2014a) και στην τεκμηρίωση όλων των απαραίτητων στοιχείων (Blackman et al., 2018), γεγονός που θα τους βοηθούσε στο σχεδιασμό της φροντίδας.

Παρόμοια, πλημμελής τεκμηρίωση στην πρόσφατη μελέτη των Shalaby *et al.* (2018), λίγο περισσότερο από το 50% των φοιτητών δήλωσαν ελλιπή τεκμηρίωση σε διαδικασίες που έκαναν, όπως για παράδειγμα τη σίτιση από ρινογαστρικό σωλήνα, την αναρρόφηση από την τραχεία και τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης. Οι συγγραφείς το αιτιολογήσαν αφενός στον λίγο χρόνο πρακτικής και στην αρνητική στάση για την τεκμηρίωση των ενεργειών του και

αφετέρου στο ότι ο χρόνος εκπαίδευσης καταμεριζόταν κυρίως στην επίδειξη διαδικασιών. Συνεπώς, οι φοιτητές δεν συνειδητοποιούσαν τη σημασία της τεκμηρίωσης (Shalaby et al., 2018). Επίσης, η μη αξιολόγηση αναγκών πέρα από τις σωματικές, σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των φοιτητών της παρούσας μελέτης, υποτιμάται ακόμα περισσότερο σε σχέση με τις ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών. Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η ψυχολογική υποστήριξη είναι συνδεδεμένη με θετικές εκβάσεις στους ασθενείς στις εντατικές μονάδες (Parathanassoglou, 2010).

Επιπλέον, η μελέτη έδειξε ότι συχνά κατά τη νοσηλευτική φροντίδα, παραβιαζόταν μια από τις βασικές αρχές στη νοσηλευτική και σημαντικά συστατικά της ποιότητας της φροντίδας (Suhonen et al., 2010), όπως ο σεβασμός της αξιοπρέπειας, η ιδιωτικότητα και η εξατομίκευση. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τις αναφορές των φοιτητών για ειρωνική συμπεριφορά, έκθεση του σώματος, μη λήψη συγκατάθεσης των ασθενών για ενέργειες προς σε αυτούς και βέβαια την ελλιπή συνηγορία και υποστήριξη του ασθενούς όταν αυτός δεν μπορεί να είναι σε θέση να διεκδικήσει τα δικαιώματά του. Οι περισσότερες από τις ποιοτικές μελέτες έχουν αναδείξει τη συνεχή σύγκρουση ρόλων και την ενοχή που αισθάνονται οι νοσηλευτές όταν στην ιεράρχηση των καθηκόντων τους αναγκάζονται να εστιάσουν στις ιατρικές ανάγκες του ασθενούς σε βάρος των κοινωνικών, ψυχολογικών και άλλων πτυχών της φροντίδας (Suhonen et al., 2018; Vryonides et al., 2015), θέτοντας σε κίνδυνο σημαντικές αξίες της νοσηλευτικής, όπως η εξατομικευμένη φροντίδα και η φροντίδα με δικαιοσύνη και ισότητα (Suhonen et al., 2018; Vryonides et al., 2018).

Από την πλευρά της επικοινωνίας, οι παρατηρήσεις των φοιτητών στην πλειοψηφία επικεντρώθηκαν στην ελλιπή ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας όπως και την ακρόαση. Παρόμοια ευρήματα πιστοποιούν τις παρατηρήσεις αυτές, όπου η επικοινωνία με τους ασθενείς και οικογένεια με στόχο την εκπαίδευση ή τη συζήτηση είναι από τις πιο κοινές παραλείψεις όπως φάνηκε σε συστηματικές ανασκοπήσεις (Mandal et al., 2020; Papastavrou et al., 2013) και έρευνες που έγιναν σε κυπριακά δημόσια νοσηλευτήρια (Papastavrou et al., 2016a, 2014a). Βασικός σκοπός της επικοινωνιακής συνδιαλλαγής με τον ασθενή και την οικογένεια

είναι ο νοσηλευτής να γνωρίσει τον ασθενή ως πρόσωπο και βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να εντοπίσει το πρόβλημα υγείας του, να προγραμματίσει και να εξατομικεύσει τη νοσηλεία του ασθενούς, να αξιολογήσει τις δυνατότητες και να ενθαρρύνει τη συνεργασία με τον ασθενή (Μπελλάλη, 2018).

### **9.5.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στις παραλείψεις στη φροντίδα**

Τα διάφορα εννοιολογικά πλαίσια των παραλείψεων που συζητήθηκαν κατά καιρούς δίνουν μια ολοκληρωμένη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν τις παραλείψεις (Mandal et al., 2020). Αρχίζοντας, με το εννοιολογικό πλαίσιο “της παραλειπόμενης φροντίδας” (Kalisch et al., 2009b) η εσωτερική διαδικασία (οι αντιλήψεις, οι αξίες και οι συνήθειες), έχει συζητηθεί ως ένας βασικός παράγοντας επηρεασμού για την παράλειψη ή μη μιας φροντίδας τοποθετώντας την ευθύνη της παράλειψης φροντίδας και στον ίδιο τον νοσηλευτή. Στη προσέγγιση της “σιωπηρής κατανομής της φροντίδας” (Schubert et al., 2009) με βάση τη διαθεσιμότητα πόρων η ευθύνη φαίνεται να μεταβιβάζεται εν μέρη από το άτομο στο οργανωτικό περιβάλλον. Ενώ η Τρίτη προσέγγιση όπου εξετάζει την κατανομή της φροντίδας σε ένα ευρύτερο κοινωνικό-πολιτικό περιβάλλον έχει μετατοπίσει περαιτέρω την εστίαση από τον επαγγελματία νοσηλευτή στις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερα στο σύστημα (Jones et al., 2015). Στην παρούσα μελέτη, οι αναφερόμενοι λόγοι αφορούσαν α) στην ατομική ευθύνη όπως η έλλειψη γνώσης, η αδιαφορία και η προσκόλληση σε εργασίες ρουτίνας και β) τους οργανωτικούς παράγοντες όπως η υποστελέχωση, ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη υποδομών.

Αρχίζοντας, το σχολιασμό σε επίπεδο επαγγελματία νοσηλευτή, οι παράγοντες αφορούσαν στην προσωπική προθυμία, τα επίπεδα γνώσεων, τις επαγγελματικές πεποιθήσεις, τους κανόνες και τις προσδοκίες του ρόλου του επαγγελματία υγείας. Επιπλέον, τα προσωπικά κίνητρα, η αντίσταση στην αλλαγή, τα συναισθήματα της αυτονομίας, η στάση απέναντι στην καινοτομία και η ενδυνάμωση είναι προσωπικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των νοσηλευτών στις αρχές ΑΑ (Vaismoradi et al., 2020). Επίσης, σύμφωνα με το μοντέλο των παραλείψεων η συνήθεια ή απλά η άρνηση ήταν άλλοι εσωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν

(Kalisch et al., 2009). Άποψη που συγκλίνει με άλλες έρευνες (Lim et al. 2019,). Η επίδραση των προσωπικών και επαγγελματικών αξιών και στάσεων στη συνεπή τήρηση της ΑΑ από τους νοσηλευτές έχει αποδειχθεί πιο ισχυρή από την επίδραση του φόρτου εργασίας τους (Jam et al., 2018). Η στάση, η αντίληψη, η γνώση και η αναζήτηση πληροφοριών μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής από τους νοσηλευτές και κατά συνέπεια να διαφυλάξουν ή να θέσουν σε κίνδυνο την ΑΑ (Lin et al., 2019).

Από την πλευρά του εργασιακού περιβάλλοντος και του οργανωτικού πλαισίου μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα που επηρεάζει τα αποτελέσματα της φροντίδας (Papastavrou et al., 2014b). Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές εξέφρασαν ότι δεν αισθάνονταν υψηλού βαθμού υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον για να εφαρμόσουν εξατομικευμένη φροντίδα (Suhonen et al., 2012). Η σχέση μεταξύ υποστελέχωσης και φόρτου εργασίας με τη συχνότητα και το είδος των παραλείψεων έχει αναφερθεί ως ο πιο σημαντικός παράγοντας (Griffiths et al., 2018, Ausserhofer et al., 2014; Bruyneel et al., 2015, Ball et al., 2016, Mandal, Seethalakshmi and Rajendrababu, 2020). Βέβαια, υπάρχει ο προβληματισμός ότι τέτοιου είδους νοσηλευτικές δραστηριότητες δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν, να μετρηθούν και να αναφερθούν, όπως για παράδειγμα η επικοινωνία/άνεση του ασθενούς, θεωρείται μια εσωτερική ανάγκη, αλλά δεν είναι δυνατή η επεξήγηση ως προς το πως η στελέχωση επιδρά σε αρνητικές εκβάσεις όπως το θάνατο (Griffiths et al., 2018). Επιπλέον, άλλοι παράγοντες ως στοιχεία του περιβάλλοντος άσκησης της νοσηλευτικής αναφέρθηκαν η επάρκεια πόρων, η ομαδική εργασία, η επικοινωνία σε ότι αφορά τους ασθενείς, η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τους γιατρούς (Mandal et al., 2020). Οι Kalisch et al. (2009,) έχουν επισημάνει ότι η ομαδική εργασία επηρεάζει τη φύση και τη συχνότητα των περιστατικών της παραλειπούμενης φροντίδας, υποδηλώνοντας ότι όταν χρησιμοποιείται μια ομαδική προσέγγιση στη φροντίδα, υπάρχουν λιγότερα φαινόμενα λόγω της προώθησης μιας συλλογικής ευθύνης.

Άλλοι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με τις παραλείψεις φροντίδας ήταν η έλλειψη χρόνου και εκπαίδευσης, η απροσδόκητη αύξηση σε ασθενείς ή/και απροσδόκητη αύξηση μη προγραμματισμένης αυξημένης ζήτησης για νοσηλευτική φροντίδα, καθώς επίσης και τα

χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, η βαρύτητα της κατάστασής τους και τέλος, η ανεπαρκής αναφορά στην αλλαγή βάρδιας ή κατά τη μεταφορά ασθενούς (Blackman et al., 2015). Η συστηματική ανασκόπηση, η οποία διερευνούσε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των νοσηλευτών στις αρχές ΑΑ σε επίπεδο οργάνωσης και συστήματος κατέδειξε το φόρτο εργασίας, την πίεση του χρόνου, την ενθάρρυνση από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους, την παροχή εκπαίδευσης για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων, την ύπαρξη πρωτόκολλων, καθώς και την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Vaismoradi et al., 2020).

Συμπληρωματικά, οι παράγοντες που επηρεάζουν τις παραλείψεις στη φροντίδα συνδέονται με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (Suhonen et al., 2018; Vryonides et al., 2015). Οι νοσηλευτές θέτουν προτεραιότητες βάση της ομάδας ασθενών με δυσμενή διάκριση εις βάρος των ευαίσθητων ομάδων όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικής τάξης, καθώς και οι υπομονετικοί/κατανοητικοί ασθενείς για το έργο των νοσηλευτών. Άλλοι παράγοντες είναι συγκεκριμένες νόσοι των ασθενών (π.χ. με άνοια), τη σοβαρότητα του περιστατικού, την ηλικία και το αντιληπτό όφελος που θα επιφέρει κάποια διεργασία τους στους ασθενείς (Suhonen et al., 2018; Vryonides et al., 2015).

### **9.5.3 Εκβάσεις που σχετίζονται με τις παραλείψεις στη φροντίδα**

Στη βιβλιογραφία των παραλείψεων, οι εκβάσεις εστιάστηκαν σε τρεις κατευθύνσεις σχετικά με τους ασθενείς (η πλειοψηφία των ερευνών), τους νοσηλευτές και τον οργανισμό. Οι φοιτητές, ωστόσο στην παρούσα μελέτη, αναφέρθηκαν στις αρνητικές εκβάσεις των παραλείψεων, κυρίως στους ασθενείς. Αυτό πιθανό να οφείλεται στην αδυναμία των φοιτητών να αντιληφθούν τις επιπτώσεις στους επαγγελματίες και ακόμα πιο ευρύτερα στον ίδιο τον οργανισμό. Οι φοιτητές ανέφεραν εκβάσεις όπως οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι πτώσεις, η αύξηση ημερών νοσηλείας, οι επανεισαγωγές και το θάνατο. Οι αναφορές των φοιτητών συγκλίνουν με τα ευρήματα των συστηματικών ανασκοπήσεων και μελετών σε σχέση με τις αρνητικές εκβάσεις των ασθενών (Papastavrou, Andreou and Efstathiou, 2014; Jones, Hamilton



and Murry, 2015; Ball et al., 2018; Recio-Saucedo et al., 2018; Mandal, Seethalakshmi and Rajendrababu, 2020). Άρα, ο κίνδυνος για την ΑΑ από την ελλιπή τεκμηρίωση συμβαίνει γιατί οι παραλείψεις στην καταγραφή στοιχείων μπορούν να επιδράσουν πάνω στο εύρος και την ποιότητα των αποφάσεων και την ανάπτυξη/επικαιροποίησης ολοκληρωμένων σχεδίων νοσηλευτικής φροντίδας, λόγω πλημμελούς ή καθυστερημένης αξιολόγησης, οι οποίες τροφοδοτούν καταστάσεις που οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε λάθος αποφάσεις και ενέργειες (Ausserhofer et al. 2013). Η σωστή και λεπτομερής συμπλήρωση των στοιχείων στα κατάλληλα έντυπα εισαγωγής διασφαλίζει την ΑΑ και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Hannan et al., 2021). Υπολογίζεται ότι αύξηση κατά 10% παραλείψεων συνδέεται με 16% μεγαλύτερο ρίσκο θνησιμότητας (Ball et al., 2018) ή αύξηση του ποσοστού 2-8% επανεισαγωγής του ασθενούς εντός 30 ημερών από την ημέρα εξιτηρίου από το νοσοκομείο (Carthon et al. 2015). Οι έρευνες για τους δυνητικά αποφευκτούς θανάτους στο νοσοκομείο δείχνουν πώς οι παραλείψεις από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις θέτοντας την ΑΑ σε κίνδυνο (Griffiths et al., 2018). Για παράδειγμα, θάνατοι μπορούσαν να αποφευχθούν, καθώς ήταν αποτέλεσμα αποτυχίας μέτρησης των ζωτικών σημείων των ασθενών, εντοπισμού των πρώτων σημείων επιδείνωσης, ελλιπή ανταλλαγή πληροφοριών και επικοινωνίας μη φυσιολογικών παρατηρήσεων ή/και επαρκής ανταπόκρισης (Dagmar, Kate, & Frances, 2007). Τέλος, στη μελέτη του Gibbon and Crane (2018), οι φοιτητές αντιλαμβάνονται ότι οι παραλείψεις κατά τη φροντίδα οδηγούν στην ελλιπή εξατομίκευση της φροντίδας και στη συναισθηματική ή πνευματική υποστήριξη.

Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι οι αρνητικές εκβάσεις επεκτείνονται και πέρα από την πλευρά των ασθενών, στην έκθεση των φοιτητών σε φαινόμενα παραλείψεων φροντίδας με ενδεχόμενο να επηρεάσει την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των φοιτητών όπως και την ανοχή τους στο φαινόμενο των παραλείψεων νοσηλευτικών πράξεων (Bagnasco et al., 2017). Η θέση αυτή φαίνεται να υποστηρίζεται από τις συνεντεύξεις των φοιτητών (Gibbon and Crane, 2018), οι οποίοι αναγνώριζαν τον αντίκτυπο του φαινομένου των παραλείψεων στους ασθενείς, αλλά το διατύπωναν ως μια ρεαλιστική αποδοχή αυτού, και μέρος της επαγγελματικής τους πρακτικής.

## 10 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα δεδομένα σε σχέση με τις αποκτηθείσες γνώσεις, τις στάσεις και την άνεση δεξιοτήτων στη διαχείριση λάθους συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, όπου οι φοιτητές μπορεί να έχουν υπερεκτιμήσει ή υποτιμήσει την ευαισθητοποίησή τους για τις γνώσεις/στάσεις/δεξιότητες σχετικά με την ΑΑ. Η ποσοτική μέτρηση δεν επιτρέπει την εμβάθυνση του θέματος και κυρίως την αντίληψη των φοιτητών για το θέμα. Επίσης, τα δεδομένα από την Ελλάδα προέρχονταν από ένα μόνο Πανεπιστήμιο σε αντίθεση με την Κύπρο, που τα δεδομένα ήταν Παγκύπρια, δηλαδή τη συμμετοχή όλων των πανεπιστημίων που παρέχουν Προπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση . Επομένως, η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και η υπαγωγή τους σε όλη την Ελλάδα θα πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά. Επίσης, η παρούσα μελέτη αποτελεί μια συγχρονική μελέτη όπου οι συγκρίσεις περιλάμβαναν φοιτητές δύο διαφορετικών ακαδημαϊκών ετών σε μια χρονική περίοδο, έτσι δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα με ασφάλεια σε σχέση με τα έτη σπουδών και τη βελτίωση τους σε θέματα ΑΑ. Συνιστάται μια διαχρονική μελέτη που θα καλύπτει την περίοδο πρώτου έως τετάρτου έτους. Τέλος, οι απόψεις των φοιτητών στο κλινικό περιβάλλον παρέχει μόνο μια γενική άποψη, καθώς δεν ζητήθηκε να αναφερθούν σε ένα συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον π.χ. την τελευταία κλινική τοποθέτηση τους.

## 11 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Η ΑΑ αποτελεί την πιο σημαντική και κύρια προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα θέμα προτεραιότητας στην προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση. Η ΑΑ είναι η γέφυρα για την ποιότητα και την προώθηση των στρατηγικών αλλαγών που χρειάζεται το Σύστημα Υγείας για την προστασία των ασθενών. Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι τα παρόντα προγράμματα σπουδών αδυνατούν να προάγουν την αντίληψη της ΑΑ ως ένα πολυπαραγοντικό και διεπαγγελματικό ζήτημα. Αναμφίβολα, τα ευρήματα προβληματίζουν καθώς παρόλες τις εθνικές και διεθνείς πρωτοβουλίες των τελευταίων δύο δεκαετιών για την κατανόηση και ανάπτυξη μη τεχνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, με στόχο τη δημιουργία ενός συστήματος που είναι δυσκολότερο για τον επαγγελματία να κάνει λάθος και στην εμπέδωση κουλτούρας για την ΑΑ, δεν φαίνεται να έχουν γίνει σημαντικά βήματα.

Η μελέτη χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία, καθώς διερευνά το πλαίσιο της προπτυχιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης των 2 χωρών α) με την ανάλυση κειμένων (document analysis) όπου μελετήθηκαν τα υφιστάμενα προγράμματα, τα περιγράμματα, τι προβλέπει η εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία για την ΑΑ και β) με τη χρήση ερωτηματολογίων για την καταγραφή της αυτοαξιολόγησης των φοιτητών για τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που αποκτήθηκαν από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα τους σε θέματα ΑΑ. Τα ευρήματα δίνουν μια χαρτογράφηση των δύο ευρωπαϊκών χωρών για το τι διδάσκεται στα παρόντα προγράμματα σήμερα σε σχέση με την ΑΑ στα αμφιθέατρα και στα κλινικά περιβάλλοντα. Τέλος αντιμετωπίζοντας τις νοσηλευτικές παραλείψεις ως θέμα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για την ΑΑ, η μελέτη ολοκληρώθηκε με την ανάδειξη του τι αντιλαμβάνονται οι φοιτητές ως νοσηλευτική παράλειψη, ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις και ποιοι οι λόγοι. Τα ευρήματα δίνουν σημαντικές πληροφορίες για δράσεις και εισηγήσεις σε επίπεδο εκπαίδευσης, έρευνας και πολιτικών εφαρμογών.

## Εισηγήσεις – Δράσεις

### Εφαρμογές στην Εκπαίδευση

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η διδασκαλία της ΑΑ φαίνεται ότι αποτελεί επουσιώδες θέμα όλων των διδασκόμενων μαθημάτων, ενώ η διδασκαλία των κλινικών (τεχνικών) ικανοτήτων υπερτερούν των κοινωνικοπολιτιστικών ικανοτήτων. Αποτέλεσμα, σημαντικά θέματα ΑΑ, όπως η ομαδικότητα, η αναγνώριση και η αναφορά συμβάντων, οι οργανωσιακοί και ανθρώπινοι παράγοντες να απουσιάζουν σε σημαντικό βαθμό από τα αναλυτικά προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των δύο χωρών. Η ελλιπή διδασκαλία των θεμάτων ΑΑ οδηγούν στην εισήγηση ενίσχυσης του θέματος ΑΑ στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών είτε ως μάθημα επιλογής ή υποχρεωτικό μάθημα ή η πιο ιδανική εισήγηση η ενίσχυση των ειδών υφιστάμενων μαθημάτων με όλες τις διαστάσεις της ΑΑ με έμφαση στις κοινωνικοπολιτιστικές ικανότητες, ώστε να συνάδει με το εκπαιδευτικό πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ΑΑ.

Επιπλέον, το γεγονός ότι οι φοιτητές αυτοαξιολογούν καλύτερα τις γνώσεις που λαμβάνουν στις ΑΔ και αξιολογούν χαμηλότερα τις γνώσεις στην ΚΑ υποδεικνύουν τη ανάγκη συνεργασίας των δύο χώρων ώστε να ενισχυθεί το περιβάλλον μάθησης στην κλινική άσκηση (ΚΑ), στον οποίο φάνηκε να υπάρχει μεγαλύτερη αδυναμία διδασκαλίας θεμάτων ΑΑ. Η αδυναμία του κλινικού χώρου, είναι μεγάλης σημασίας για τη διαμόρφωση των φοιτητών στον επαγγελματικό τους ρόλο, αφού ο φοιτητής κατά την ΚΑ περιτριγυρίζεται από στοιχεία (πληροφορίες) σιωπηλής μετάδοσης, δηλαδή υποβάλλεται σε μία συνεχή διαδικασία ανεπίσημης και έντονα διαπροσωπικής μορφής διδασκαλίας και μάθησης, η οποία του μεταδίδει αξίες, πεποιθήσεις, ασυνείδητα μηνύματα, πρότυπα και μοτίβα συμπεριφοράς, τα οποία δεν αποτελούν μέρος του επίσημου προγράμματος σπουδών. Αυτή η σιωπηλή μετάδοση γνώσης έχει χαρακτηριστεί ως «αφανής» πρόγραμμα σπουδών και διαμορφώνει την προσωπικότητα του φοιτητή ως μετέπειτα επαγγελματία, καθώς και την αλληλεπίδρασή του με καταστάσεις και ανθρώπους. Συνεπώς, η «αφανής» γνώση από την ΚΑ θα πρέπει να εξετάζεται παράλληλα με την ακαδημαϊκή εκπαίδευση, γιατί η γνώση της ΚΑ μπορεί να εμπλουτίσει ή/και να την στρέψει εναντίον της θεωρητικής γνώσης ως πολύ ιδεώδης και μη εφικτή στη εφαρμογή (Ηγουμενίδης, 2020). Συνεπώς είναι σημαντικό να ενισχυθεί η συνεργασία των δύο χώρων μέσα από ανοικτά

κανάλια συνεχής επικοινωνίας, ενημέρωσης, διαθεσιμότητα ευκαιριών συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες από τον κλινικό χώρο, συχνές συναντήσεις των δύο μερών και ιεράρχηση στόχων. Τα ευρήματα της μελέτης, όμως προδίδουν και κάποια ανασφάλεια από μέρους του εκπαιδευτικού προσωπικού για τα θέματα και τον τρόπο διδασκαλίας της ΑΑ στους φοιτητές, συνεπώς η εκπαίδευση των ίδιων των εκπαιδευτών, κυρίως των κλινικών εκπαιδευτών θα πρέπει να αποτελεί μια πρωταρχική δράση επίτευξης κουλτούρας ΑΑ στους φοιτητές.

Μια άλλη εισήγηση είναι η ενίσχυση των θεμάτων ΑΑ στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αρχίζοντας με τις διαστάσεις που οι γνώσεις αξιολογήθηκαν πιο χαμηλά στην παρούσα μελέτη όπως η ομαδικότητα και ειδικότερα η διεπαγγελματική και διεπιστημονική συνεργασία. Η εκπαίδευση θα μπορούσε να είναι υπό τύπον σεμιναρίου ή προγράμματος με καθορισμένες ώρες και με τη συμμετοχή φοιτητών από όλες τις επαγγελματικές ομάδες υγείας, και από εκπροσώπους των ασθενών. Επίσης, θα μπορούσε η διεπαγγελματική και διεπιστημονική εκπαίδευση να προσφέρεται ως υποχρεωτικό καλοκαιρινό μάθημα όπου η κλινική εκπαίδευση είναι συνεχής με την εμπλοκή όλων των ομάδων των επαγγελματιών υγείας. Το μάθημα αυτό θα έχει στόχο τη δημιουργία ενός κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος συνεργασίας και εκπαίδευσης με άλλους φοιτητές επαγγελματικών ομάδων όπως π.χ. της Ιατρικής, της Φυσιοθεραπείας, διατροφολογίας κλπ με στόχο τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των ομάδων για την απόκτηση ή βελτίωση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων στην παροχή φροντίδας σαν μέλη μιας ομάδας.

Επίσης, στο μάθημα θα ενθαρρύνεται η καταγραφή από τους φοιτητές των παρατηρούμενων παραλείψεων στη νοσηλευτική φροντίδα και λαθών. Τα περιστατικά λαθών θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ερέθισμα στην εκπαιδευτική διαδικασία από μέλη του διδακτικού προσωπικού της σχολής. Ο εκπαιδευτικός μέσα από συζήτηση θα ενθαρρύνει τους φοιτητές, για συζήτηση, κριτικό αναστοχασμό, ώστε να κατανοηθούν οι παράμετροι του υπό μελέτη περιστατικού και μέτρα βελτίωσης. Με αυτή την προσέγγιση σε επίπεδο διδασκαλίας στα αμφιθέατρα και στα εργαστήρια προσομοίωσης γίνονται τα πρώτα βήματα ενθάρρυνσης αποκάλυψης συμβάντων και συζήτησης ανάμεσα στους φοιτητές και τους εκπαιδευτικούς

χωρίς το φόβο της τιμωρίας αλλά της αποκόμισης διδαγμάτων και επαγρύπνησης των φοιτητών και τη συμμετοχή τους στη βελτίωση της ΑΑ από νωρίς.

### **Εφαρμογές στην Έρευνα**

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για νέες μελλοντικές μελέτες. Συνέχιση της έρευνας θα ήταν η ανάπτυξη του θέματος με ποιοτική προσέγγιση ώστε με μεγαλύτερο βάθος να γίνει κατανόηση τι οι φοιτητές θεωρούν παράλειψη και ποιες οι επιδράσεις της στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση των φοιτητών στο επάγγελμα. Επίσης θα διερευνηθούν και οι απόψεις/εισηγήσεις τους για βελτιωτικές αλλαγές στη διδασκαλία. Επιπλέον, μια άλλη ποιοτική προσέγγιση θα μπορούσε να διερευνήσει ποια θέματα κατά την άποψη των φοιτητών θα πρέπει να ενισχυθούν στις αίθουσες διδασκαλίας και ποια στη κλινική πρακτική, όπως και ποιες διδακτικές στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές στην κατανόηση των διαστάσεων της ΑΑ και στη σύνδεση της θεωρίας με την πράξη.

Η έρευνα θα μπορούσε να επεκταθεί και πέρα από την τυπική μάθηση, στην άτυπη μάθηση (hidden curriculum and informal learning) η οποία κυριαρχεί στην κλινική εκπαίδευση με την οποία ο κάθε φοιτητής μαθαίνει στάσεις, αξίες, ικανότητες/δεξιότητες και γνώσεις από την καθημερινή εμπειρία και την αλληλεπίδραση που δέχεται από συμφοιτητές εκπαιδευτικούς άλλους επαγγελματίες. Τόσο η τυπική, όσο και η άτυπη μάθηση μπορούν να παίξουν θετικό ή αρνητικό ρόλο στη διαμόρφωση κουλτούρας ΑΑ γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Περαιτέρω, μια έρευνα ανάλυσης και σύγκρισης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε άλλους επαγγελματίες υγείας όπως της ιατρικής, φαρμακευτικής, φυσιοθεραπείας θα ήταν ενδιαφέρον, δεδομένου του χαμηλού μέσου όρου που συγκεντρώθηκε στο θέμα «ομαδική εργασία». Οι διαφορετικές απόψεις των άλλων επαγγελματιών και των οργανωμένων ασθενών, ως οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ενός εργασιακού κλίματος ομαδικότητας, ανταλλαγή πληροφοριών, υπευθυνότητα και σεβασμού μεταξύ και ανάμεσα στις ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

## Πολιτικές για την επαγγελματική εκπαίδευση σε θέματα ΑΑ

Η συγκεκριμένη μελέτη αποκτά περισσότερο ενδιαφέρον λόγω των συστάσεων εναρμονισμένης εκπαίδευσης για την ΑΑ στο πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης στα όρια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την απόκτηση των οκτώ προσηκουσών ικανοτήτων που προτάσσονται στην αναθεωρημένη Ευρωπαϊκή Οδηγία 2013/55/EU. Τα ευρήματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν στις προσπάθειες που καταβάλλονται για τη συνοχή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την ανάπτυξη πολιτικής και μελλοντικής δράσης, τόσο ανάμεσα στα κράτη-μέλη, όσο και μεταξύ τους για τη συμπερίληψη θεμάτων της ΑΑ στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η εφαρμογή ενός κοινού πλαισίου στη βασική εκπαίδευση θα βοηθήσει στη σύγκριση ως προς το περιεχόμενο της ΑΑ, θα ενθαρρύνει τη συλλογή στοιχείων, την ανταλλαγή ιδεών μεταξύ των κρατών μελών και την ανάπτυξη συγκεκριμένων ικανοτήτων σε θέματα ΑΑ, προχωρώντας έτσι στην υποχρεωτική διαπίστευση. Η διαπίστευση αυτή δεν θα αφορά μόνο την εκπαίδευση ως πρόγραμμα, αλλά θα επεκτείνεται και στους διδάσκοντες των μαθημάτων. Η διαπίστευση μπορεί να διαδραματίσει ζωτικό ρόλο στη «θεσμοθέτηση» της εκπαίδευσης για την ΑΑ σε εθνικό επίπεδο, καθιστώντας υποχρεωτική απαίτηση για τις σχολές νοσηλευτικής να ενσωματώσουν στοιχεία της ΑΑ στο πρόγραμμα σπουδών τους. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα, οι φοιτητές να πρέπει να σκέφτονται πιο κριτικά, να μπορούν να μετακινούνται από τη φροντίδα ασθενών σε απλές ανάγκες φροντίδας και σε πιο περίπλοκα θέματα φροντίδας.

Επίσης, η αναθεώρηση του περιεχομένου των αναλυτικών προγραμμάτων θα πρέπει να γίνει μέσα στο πλαίσιο της ανάπτυξης εθνικών και πολιτικών προγραμμάτων για την ΑΑ, αρχίζοντας από την προπτυχιακή εκπαίδευση με απώτερο στόχο την επέκταση στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης και στο διοικητικό προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να δημιουργούνται εκπαιδευτικά κλινικά περιβάλλοντα φιλικά για τη μάθηση των φοιτητών σε θέματα για την ΑΑ. Για την ανάπτυξη αυτών των πολιτικών, η συμμετοχή των εκπροσώπων των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας γιατί με τη διοχέτευση των εμπειριών τους, ως χρήστες του συστήματος, θα προσδιορίσουν τα κενά και τις αποτυχίες του, λειτουργώντας ως «φραγμός ασφαλείας» και προωθώντας την ασφαλή περίθαλψη. Η πολιτικές θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι η κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης

των επαγγελματιών υγείας και ότι θα επιτευχθεί η διεπιστημονική προσέγγιση που απαιτείται προς μία αποτελεσματική, ασφαλή και ποιοτική παρεχόμενη περίθαλψη και φροντίδα.

Τέλος, η ανασκόπηση μαζί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς η πλειοψηφία των μελετών προέρχονταν από χώρες εκτός της Ευρώπης, προκειμένου να σχεδιαστεί μια σαφής γραμμή στη διδασκαλία των διαστάσεων και αρχών της ΑΑ και την αλλαγή συμπεριφοράς, αναπτύσσοντας μια κουλτούρα ΑΑ από νωρίς στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Ακόμη πιο σημαντικό αποτελεί η διασαφήνιση των ικανοτήτων των νοσηλευτών από τα Νομοθετικά όργανα επαγγελματικής αναγνώρισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, με λεπτομερή αναφορά στην ΑΑ και επεξήγηση της Οδηγίας 2013/55/EU, ώστε να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές στα εκπαιδευτικά ιδρύματα για την ανάλογη διαμόρφωση των εκπαιδευτικών τους προγραμμάτων.



## 12 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### 12.1 Παράρτημα Ι : Ερωτηματολόγια

Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών

Αγαπητέ φοιτητή,

Στα πλαίσια των σπουδών μου προτίθεμαι να διεξάγω μια ερευνητική μελέτη που σκοπό έχει να διερευνήσει τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών.

Ο τίτλος της ερευνητικής εργασίας είναι: ***Διερεύνηση των γνώσεων στάσεων και δεξιοτήτων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών***

Η ασφάλεια ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρος παροχής ποιοτικής φροντίδας. **Η ασφάλεια των ασθενών** ορίζεται ως η προστασία των ασθενών από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Για το λόγο αυτό θα σε παρακαλούσα να μου συμπληρώσεις τα πιο κάτω ερωτηματολόγια . Το 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο (H-PEPSS), διερευνά την αυτοπεποίθηση για τις γνώσεις που έχετε αποκτήσει για θέματα ασφάλειας των ασθενών και το 2<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο (HPPSACS) διερευνά τις στάσεις και δεξιότητες για την ασφάλεια των ασθενών που έχεις αποκτήσει από το προπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης σου, τόσο στις αίθουσες διδασκαλίας όσο και στην κλινική σου πρακτική.

Η συμμετοχή σου στην έρευνα είναι σημαντική και αναγκαία για την εκπλήρωση του σκοπού της ερευνητικής εργασίας. Η γνώση που θα προκύψει αναμένεται να συμβάλει στις προσπάθειες που καταβάλλονται για την αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων νοσηλευτικής σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο με την ενσωμάτωση θεμάτων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Η διεξαγωγή της έρευνας έχει εγκριθεί από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου με αριθμό φακέλου: ΕΕΒΚ ΕΠ 2018.01.61.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη και τα στοιχεία που θα συλλεγούν θα φυλαχθούν με ασφάλεια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα θεωρηθεί ως συγκατάθεση από μέρος σας για συμμετοχή στη μελέτη.

Με εκτίμηση Μαρία Δημητριάδου



PhD candidate - Ειδικό Επιστημονικό προσωπικό

Σχολή Επιστημών υγείας – Τμήμα Νοσηλευτικής-ΤΕΠΑΚ.

## Health Professional Education in Patient Survey (HPEPSS)( Ginsburg et al. 2010)

Μέρος 1.Η μάθηση σε συγκεκριμένους τομείς ασφάλειας ασθενών											
Στο ερωτηματολόγιο αυτό ρωτούμε σχετικά με τους 7 τομείς οι οποίες έχουν να κάνουν με τη διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών. Θα θέλαμε να γνωρίσουμε την έκταση που αισθάνεσαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθες για την κάθε ένα από αυτούς τους τομείς. Ζητούμε να σκεφτείτε τους <u>χώρους διδασκαλίας</u> και την εμπειρία σας <u>στην κλινική πρακτική</u> και να τους αξιολογήσετε											
		.....στις αίθουσες διδασκαλίας				.....στους χώρους κλινικής άσκησης					
	<b>Αυτοπεποίθηση</b> = Νιώθεις βεβαιότητα για ότι έχεις μάθει. Η πεποίθηση ότι είσαι ικανός να ανταποκριθείς και να διαχειριστείς οποιαδήποτε πρόκληση.	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ/ώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ/ώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ απόλυτα
<b>Κλινική Ασφάλεια</b> : «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με .....											
1	Την υγιεινή των χεριών										
2	Τον έλεγχο λοιμώξεων										
3	Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων										
4	Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά										
<b>Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας</b> : «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με .....											
5	Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη										
6	Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης										
7	Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος										
8	Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας										
9	Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης										
10	Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας										
<b>Αποτελεσματική επικοινωνία</b> : «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με .....											
11	Την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς										
12	Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας										
13	Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων										
<b>Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια</b> : «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με .....											
14	Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας										
15	Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων										
16	Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου										
<b>Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων</b> : «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για ότι έμαθα σχετικά με .....											



33	Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών (π.χ. υγιεινή των χεριών, μεταφορά ασθενών, ασφάλεια στη χορήγηση φαρμάκων) είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας					
34	Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)					

Health professionals Patient Safety Assessment curriculum Survey (HPPSACS)

	<b>Μέρος 1</b> <b>Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας σας στις πιο κάτω δηλώσεις</b>	<b>Διαφωνώ</b> <b>απόλυτα</b> <b>(1)</b>	<b>Διαφωνώ</b> <b>(2)</b>	<b>Ούτε</b> <b>διαφωνώ</b> <b>ούτε</b> <b>συμφωνώ</b> <b>(3)</b>	<b>συμφωνώ</b> <b>(4)</b>	<b>Συμφωνώ</b> <b>απόλυτα</b> <b>(5)</b>
<b>1</b>	Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.					
<b>2</b>	Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς					
<b>3</b>	Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λαθών					
<b>4</b>	Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους					
<b>5</b>	Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να ανέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς.					
<b>6</b>	Η εργασιακή κουλτούρα διευκολύνει τους επαγγελματίες να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη					
<b>7</b>	Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας					
<b>8</b>	Οι επαγγελματίες υγείας συχνά να <u>ανταλλάσσουν</u> πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε					
<b>9</b>	Στην μέχρι τώρα κλινική μου εμπειρία, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό ( του τμήματος) μου <u>τόνισαν</u> ότι η ασφάλεια ασθενών αποτελεί υψίστη προτεραιότητα					
<b>10</b>	Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη					
<b>11</b>	Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών					
<b>12</b>	Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένεια του					
<b>13</b>	Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία					
<b>14</b>	Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους					
<b>15</b>	Αν δω ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου					
<b>16</b>	Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι					
<b>17</b>	Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι					

<b>18</b>	Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση					
<b>Μέρος 2</b>						
<b>Σημειώστε στο κουτάκι που αντιπροσωπευτεί την απάντησή σας για το επίπεδο άνεσης όταν κάνετε τα ακόλουθα (Skills)</b>						
		<b>Καθόλου άνετα (1)</b>	<b>Λίγο άνετα (2)</b>	<b>Ουδέτερο (3)</b>	<b>Άνετα (4)</b>	<b>Πολύ Άνετα (5)</b>
<b>19</b>	Ακριβής συμπλήρωσης έκθεσης συμβάντος					
<b>20</b>	Ανάλυση της περιστατικού για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους					
<b>21</b>	Υποστήριξη και καθοδήγηση του συνάδελφου ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος					
<b>22</b>	Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής					
<b>23</b>	Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας					

## Ερωτηματολόγιο για τις παραλείψεις φροντίδας

1. Με τον όρο **Παραλείψεις της φροντίδα** εννοούμε τις νοσηλευτικές φροντίδες, που θα έπρεπε κανονικά να δοθούν στον ασθενή και που για διάφορους λόγους δεν έχουν γίνει ή δεν δόθηκαν με τον ενδεδειγμένο τρόπο (όπως έχετε διδαχτεί) ή αποφασίστηκε να δοθεί με καθυστέρηση (αργότερα) ?

Όταν απαντάς να έχεις υπόψη σου τις *σωματικές, ψυχικές, συναισθηματικές, εκπαιδευτικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου*

1α. Κατά την κλινική σας άσκηση **έχετε παρατηρήσει** νοσηλευτικές φροντίδες να παραλείπονται ; ΝΑΙ/ΟΧΙ

1β. Πόσο συχνά κατά την κλινική σου πρακτική έχεις παρατηρήσει να συμβαίνουν παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα; Βάλε σε κύκλο τον ανάλογο αριθμό

Καθόλου	Πολύ Σπάνια	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά
0	1-4	5-9	10-14	15-19

1γ. Οι νοσηλευτικές φροντίδες που έχω παρατηρήσει να παραλείπονται συχνότερα στην πρόσφατη κλινική πρακτική μου είναι : **Ανάφερε** νοσηλευτικές φροντίδες

.....  
.....

2α. Οι παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα πιστεύεις θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών;

1	2	3	4	5
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν γνωρίζω

2β. Για ποιους λόγους πιστεύεις παραλείπονται οι φροντίδες που ανέφερες ;.....

.....

3 α. Οι παραλείψεις που έχεις αναφέρει σε ποιες εκβάσεις (αποτελέσματα) πιστεύεις μπορούν να οδηγήσουν, που να θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών; **Ανάφερε**

.....

.....

### Δημογραφικά

1. Ηλικία: .....

2. Φύλο : 1.  Άρρεν  
2.  Θήλυ

3. Έτος σπουδών .....

## 12.2 Παράρτημα II: Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης

Πίνακας 47: Πιλοτική μελέτη-Δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Η-PEPSS.

ΗΡΕPSS	.....στις αίθουσες διδασκαλίας	.....στους χώρους κλινικής άσκησης	
		Δηλώσεις	Cronbach's alpha
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	27	0,92	0,95
Κλινική ασφάλεια	4	0,84	0,83
Ομαδική εργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας	6	0,88	0,91
Αποτελεσματική επικοινωνία	3	0,81	0,90
Διαχείριση κινδύνων σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια	3	0,88	0,88
Κατανόηση των ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων	3	0,84	0,88
Αναγνώριση, ανταπόκριση και αποκάλυψη ανεπιθύμητων συμβάντων και παρ' ολίγον λαθών	4	0,86	0,79
Κουλτούρα ασφάλειας	4	0,86	0,86
<b>Πως τα ευρύτερα θέματα ΑΑ αντιμετωπίζονται κατά την νοσηλευτική εκπαίδευση</b>			
Επαγγελματική εκπαίδευση	7	0,86	

Πίνακας 48: Πιλοτική μελέτη -Δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του «Ερωτηματολογίου για τις στάσεις κα την άνεση δεξιοτήτων των φοιτητών ως προς τη διαχείριση λαθών και την ΑΑ»(HPPSACS)

HPPSACS	Δηλώσεις	Cronbach's alpha		
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	23	0.76		
Άνεση	5	0.82		
Αναφορά λάθους	9	0.62		
Άρνηση	4	0.57	0.62	if 11 is removed
Κουλτούρα	5	0.37	0.52	if 1 is removed

Πίνακας 49: Πυλοτική μελέτη -μέσος όρος και τυπική απόκλιση των δηλώσεων του εργαλείου HPEPSS, (N=59 απόφοιτοι)

HPEPSS (N=59)	Αίθουσες διδασκαλίας		Χώρους άσκησης	κλινικής
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Δηλώσεις</b>				
1.Την υγιεινή των χεριών	4,8	0,5	4,6	0,8
2.Τον έλεγχο λοιμώξεων	4,4	0,7	4,2	0,8
3.Τις ασφαλείς πρακτικές στη χορήγηση φαρμάκων	4,6	0,6	4,2	0,9
4.Την ασφαλή κλινική πρακτική γενικά	4,4	0,8	4,2	0,8
5.Τη δυναμική της ομάδας και διαφορές όσο αφορά στην εξουσία/ δύναμη	4,1	0,8	3,8	1,0
6.Τη διαχείριση διεπαγγελματικής σύγκρουσης	3,9	1,0	3,6	1,0
7.Τον απολογισμό και υποστήριξη των μελών της ομάδας μετά από ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή παραλίγο λάθος	3,9	0,8	3,6	1,1
8.Τη συμπερίληψη (εμπλοκή) των ασθενών ως βασικοί συμμετέχοντες στην ομάδα φροντίδας υγείας	4,2	0,8	3,9	1,0
9.Το διαμοιρασμό εξουσίας, ηγεσίας και λήψης απόφασης	4,2	0,9	3,6	1,2
10.Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν	4,0	1,0	3,6	1,2
11.Την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μία ξεκάθαρη και συνεχή επικοινωνία με τους ασθενείς	4,4	0,8	4,1	1,0
12.Τη βελτίωση της ασφάλειας ασθενών μέσα από μια αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας	4,4	0,8	4,0	0,9
13.Την αποτελεσματική λεκτική και μη λεκτική ικανότητα επικοινωνίας για αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων	4,4	0,7	4,0	1,0
14.Την αναγνώριση καταστάσεων ρουτίνας στις οποίες μπορούν να προκύψουν προβλήματα ασφάλειας	4,2	0,8	3,9	0,9
15.Τον εντοπισμό και εφαρμογή ασφαλών λύσεων	4,2	0,8	4,0	0,8
16.Την πρόβλεψη και διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου	4,2	0,9	3,9	1,0
17.Το ρόλο των ανθρώπινων παραγόντων π.χ. κόπωση οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς	4,4	0,7	4,1	1,0
18.Την ασφαλή εφαρμογή της τεχνολογίας που σχετίζεται με την υγεία	4,1	0,9	3,7	1,0
19.Το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ροή της δουλειάς, η εργονομία και οι πόροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών	4,0	0,9	3,8	1,0
20.Την αναγνώριση ανεπιθύμητου συμβάντος ή παρ' ολίγον λάθους	4,0	1,0	3,9	0,9
21.Την ελαχιστοποίηση βλάβης με άμεση αντιμετώπιση κινδύνων για τους ασθενείς και όσον άλλων εμπλεκόμενοι	4,1	0,9	4,0	0,8
22.Την αποκάλυψη ανεπιθύμητου συμβάν στον ασθενή	3,7	1,1	3,5	1,1
23.Ανάλυση του συμβάντος, αναστοχασμός της πρακτικής και προγραμματισμός για την αποφυγή επανεμφάνισης παρόμοιων καταστάσεων	4,1	0,9	3,8	0,9
24.Τους τρόπους με τους οποίους η φροντίδα είναι πολύπλοκη και παρουσιάζει πολλές αδυναμίες	4,2	0,9	4,0	0,9
25.Την σημασία του να έχεις κριτική στάση και να αναφέρεις πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανασφαλής	4,3	0,7	3,9	1,0
26.Υποστηρικτικό περιβάλλον που να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους επαγ	4,4	0,8	3,7	1,2
27.Τη φύση του οργανωσιακού συστήματος και την αποτυχία συστήματος και των ρόλων τους σε ανεπιθύμητα συμβάντα	4,2	0,9	3,6	1,1

Πίνακας 50: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των δηλώσεων το πως αντιμετωπίζονται τα θέματα ΑΑ στην εκπαίδευση -HPEPSS (N=59 απόφοιτοι)

Μέρος 2: Πως αντιμετωπίζονται τα ευρύτερα θέματα ασθενών στην νοσηλευτική εκπαίδευση	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
28.Ως φοιτητής οι αρμοδιότητες της πρακτικής μου ήταν ξεκάθαρες σε μένα	3,6	1,0
29.Υπάρχει συμφωνία ως προς το πώς τα θέματα ασφάλειας των ασθενών τυγχάνουν διαχείρισης από διαφορετικούς κλινικούς εκπαιδευτές	3,8	0,7
30.Είχα ικανοποιητικές ευκαιρίες για μάθηση και να αλληλοεπιδράσω με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας	3,8	0,8



31. Η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και παραλίγο λαθών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή και να περιορίσουν την επανεμφάνιση τους	4,0	0,7
32. Η ασφάλεια ασθενών περιλαμβάνεται ικανοποιητικά στο όλο πρόγραμμα	3,8	0,8
33. Τα Κλινικά θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών είχαν αναπτυχθεί επαρκώς στο πρόγραμμα μας	4,1	0,8
34. Τα θέματα του «συστήματος» όσο αφορά την ασφάλεια ασθενών έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα	3,7	0,8

## HPSACS

Πίνακας 51: Μέσο όρος δηλώσεων του ερωτηματολογίου HPPSACS (N=59 απόφοιτοι)

ΜΕΡΟΣ 1	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
1. Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.	3,6	1,0
2. Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς	2,8	1,1
3. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν από τον εργασιακό τους χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς	4,4	0,7
4. Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους	1,6	0,7
5. Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποδέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς	3,4	1,2
6. Αξίζει τον κόπο να μαθαίνεις πώς βελτιώνεται η ασφάλεια στα αναλυτικά προγράμματα της σχολής	2,8	1,1
7. Αξίζει τον κόπο να μαθαίνεις πώς βελτιώνεται η ασφάλεια στα αναλυτικά προγράμματα της σχολής	4,4	0,6
8. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά μοιράζονται πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε	3,6	1,0
9. Το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό, μου επισήμαναν ότι η ασφάλεια ασθενών αποτελεί υψίστη προτεραιότητα	4,1	0,9
10. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση	3,4	1,1
11. Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών	3,1	1,1
12. Οι γιατροί πρέπει να είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα αναφέρουν τα λάθη στον επηρεαζόμενο ασθενή και την οικογένειά του	2,9	1,2
13. Οι αποτελεσματικές αντιδράσεις σε λάθη εστιάζονται πρωταρχικά στον εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας	3,6	0,9
14. Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους	1,7	0,9
15. Αν δώ ένα λάθος, θα το κρατήσω για τον εαυτό μου	1,6	0,8
16. Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι	2,1	0,8
17. Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι	4,1	0,9
18. Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση	4,3	0,7
ΜΕΡΟΣ 2		
19. Ακριβής καταχώρηση στο σύστημα αναφορά ασφάλειας ασθενών	3,4	1,1
20. Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	3,7	0,8
21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	3,8	0,9
22. Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	3,3	1,2
23. Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	2,8	1,0

## Τροποποιήσεις του ερωτηματολογίου και η τελική έκδοση του μετά την πιλοτική μελέτη

Μετά τη πιλοτική δοκιμή έγινε αναθεώρηση των ερωτηματολογίων από την 3μελή ερευνητική ομάδα λαμβάνοντας υπόψη σχόλια, εισηγήσεις παρατηρήσεις που έγιναν από τους

συμμετέχοντες. Προέκυψε η επαναδιατύπωση της ερευνητικής ομάδας σε 3 δηλώσεις προκειμένου να είναι περισσότερο κατανοητές στους συμμετέχοντες: Συγκεκριμένα οι προσαρμογές για το εργαλείο **HPEPSS** αφορούσε στις δηλώσεις 10, 27 και 34. Ο λόγος ήταν ότι 3 φοιτητές περιέγραψαν τις αναφερόμενες δηλώσεις ως μεγάλες σε έκταση πρόταση, γεγονός που τους δυσκόλευε στη κατανόηση και αναγκάζονταν να διαβάσουν τη δήλωση περισσότερο από 1 φορά. Αυτό ερμηνεύτηκε από την ερευνητική ομάδα ως δυσκολία στην κατανόηση ως εκ τούτου έγινε η σχετική επαναδιατύπωση, ως ακολούθως :

Στη δήλωση 10 : «Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να προκαλέσουν και να υποστηρίξουν ότι μπορούν να είναι υπεύθυνοι για να θέματα ασφάλειας» (αρχική μετάφραση) επαναδιατυπώθηκε: «Την ενθάρρυνση μελών της ομάδας να εμπλακούν (να μιλήσουν, να αμφισβητήσουν, να υποστηρίξουν) σε θέματα ασφάλειας»

Στη δήλωση 27: «Τη φύση του οργανωσιακού συστήματος (π.χ. πτυχές της οργάνωσης, διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος συμπεριλαμβανομένων πολιτικών, πόρων, επικοινωνίας και άλλων διαδικασιών) και την αποτυχία συστήματος και των ρόλων τους σε ανεπιθύμητα συμβάντα» (αρχική μετάφραση). Επαναδιατυπώθηκε : «Τους οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)».

Όσο αφορά στη δήλωση 34 η επαναδιατύπωση αποφασίστηκε από την ερευνητική ομάδα να αντιστοιχεί με την δήλωση 27 καθώς και οι δύο αναφέρονται στο σύστημα για μείωση της σύγχυσης . Συγκεκριμένα η δήλωση 34. «Τα θέματα του «συστήματος» όσο αφορά την ασφάλεια ασθενών έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (οι απόψεις του οργανισμού, της διοίκησης ή του εργασιακού περιβάλλοντος συμπεριλαμβανομένου πολιτικών, πόρων, επικοινωνίας και άλλες διαδικασίες)» (αρχική μετάφραση). Επαναδιατυπώθηκε: «Οι οργανωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών έχουν καλυφτεί επαρκώς από το πρόγραμμα (π.χ. εργασιακό περιβάλλον, πολιτικές, πόροι, επικοινωνία και άλλες διαδικασίες)».

Η επιλογή 6 «δεν γνωρίζω» στην κλίμακα τύπου Likert, αποφασίστηκε να μην περιληφθεί στο τελικό ερωτηματολόγιο για τους πιο κάτω λόγους: α) Στην πιλοτική μελέτη το ποσοστό που απάντησαν «Δεν γνωρίζω» ήταν μικρότερο του 4, 6% και αφορούσε μόνο στις δηλώσεις 10 και

27 , β) στη βιβλιογραφία (Ginsburg et al. 2012, Duhn et al. 2012, Duhn et al. 2012, Stomski et al. 2018) η πλειοψηφία των ερευνών αξιολογούσαν την αυτοπεποίθηση σε πεντάβαθμη κλίμακα συμφωνίας 1-5 likert scale ( 1=διαφωνώ πλήρως 5= Συμφωνώ πλήρως), έτσι για σκοπούς σύγκρισης αποφασίστηκε να μην περιληφθεί η επιλογή «Δεν γνωρίζω» και γ) αποφυγή σύγχυσης στη κλίμακα Likert μεταξύ των επιλογών 6= «Δεν γνωρίζω» και 3 = ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

## 12.3 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ : Εκτίμηση Δομικής εγκυρότητας του εργαλείου HPPSACS

Πίνακας 6. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση της κλίμακας HPPSACS (οι φορτίσεις EFA που βρέθηκαν από τους κατασκευαστές Chenot&Daniel ( 2010)

Δηλώσεις	Άνεση	Αναφορά λάθους	Άρνηση	Κουλτούρα
19.Ακριβής καταχώρηση στο σύστημα αναφορά ασφάλειας ασθενών	0,64(0,76)			
20.Ανάλυση της περίπτωσης για την αναγνώριση των αιτιών του λάθους	0,74(0,75)			
21. Υποστήριξη καθοδήγηση σε έναν συνάδελφο ο οποίος πρέπει να αποφασίσει πώς να ανταποκριθεί σε ένα λάθος	0,68(0,77)			
22.Αποκάλυψη του λάθους σε ένα μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού /σχολής	0,77(0,69)			
23.Αποκάλυψη του λάθους σε άλλον επαγγελματία υγείας	0,78(0,75)			
2.Οι Ικανοί επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν λάθη τα οποία οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς		0,31(0,39)		
4.Μόνο οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν τα αίτια ενός ιατρικού λάθους		0,20(0,39)		
5.Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποδέχονται την αβεβαιότητα στην φροντίδα του ασθενούς			0,24(0,33)	
6. Η κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνει τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν εποικοδομητικά με τα λάθη				0,39(0,68)
8.Οι επαγγελματίες υγείας συχνά μοιράζονται πληροφορίες σε σχέση με λάθη και τι τα προκάλεσε				0,59(0,66)
10.Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λάθη σε τακτική βάση				0,50(0,62)
13.Η αποτελεσματική ανταπόκριση στα λάθη εστιάζεται κατά κύριο λόγο στον εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας				0,40(0,35)
17.Αφού συμβεί ένα λάθος, μια αποτελεσματική στρατηγική είναι να προσπαθήσουμε να είμαστε προσεκτικότεροι				0,47(0,35)
11.Τα συστήματα αναφοράς συνεισφέρουν ελάχιστα στην μείωση μελλοντικών λαθών			0,23(0,57)	
14.Αν δεν προκαλείται βλάβη σε ασθενή δεν υπάρχει ανάγκη αναφορά του λάθους			0,77(0,69)	
15.Αν δώ ένα λάθος , θα το κρατήσω για τον εαυτό μου			0,82(0,67)	
16.Τα περισσότερα λάθη οφείλονται σε καταστάσεις για τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κάνει κάτι			0,68(0,71)	
1.Το να κάνεις λάθη στη κλινική πράξη είναι αναπόφευκτο.				0,28 (0,40)
3.Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει σε τακτική βάση να αφιερώνουν από τον εργασιακό τους χρόνο για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς				0,63 (0,67)
7.Τα αναλυτικά προγράμματα των σχολών νοσηλευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν αρκετό χρόνο για τη διδασκαλία θεμάτων ασφάλειας				0,71 (0,72)
9.Το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το προσωπικό, μου επισήμαναν ότι η ασφάλεια ασθενών αποτελεί υψίστη προτεραιότητα				0,52 (0,51)
18.Υπάρχει χάσμα μεταξύ αυτού που ξέρουμε ως "καλή πρακτική" και αυτού που κάνουμε σε καθημερινή βάση				0,37 (0,34)
<b>Composite Reliability</b>	0,84	0,59	0,74	0,63
<b>Cronbach's alpha</b>	0,77	0,54	0,67	0,53
<b>Συσχετίσεις παραγόντων</b>				
Comfort	-			
Error reporting	0,54	-		
Denial	0,02	0,39	-	
Culture	0,38	0,62	-0,34	-
<b>Goodness-of-fit</b>				

Chi-Square (df)	1175 (194)
p-value	<0,001
RMSEA	0,10
TLI	0,84
NFI	0,85
CFI	0,87

---

RMSEA, root mean square error of approximation; GFI, goodness-of-fit index; AGFI, adjusted goodness-of-fit index; TLI, Tucker Lewis Index; NFI, normed fit index; CFI comparative fit index.

Levels for an acceptable model fit:  $RMSEA \leq 0.05$ ,  $TLI \geq 0.90$ ;  $NFI \geq 0.90$ ,  $CFI \geq 0.90$ .

## 12.4 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV : Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

## 12.5 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V : Ανασκόπηση Ερευνών

Πίνακας Χ .Ποσοτική μεθοδολογία

	Author / year/ country	Aim	Sample	Research design	Instrument	Analysis method	Results
1	Rizqi Amilia Devi Nurmalia Indonesia	To investigate the differences in PS competencies between the classroom and clinical settings	Undergraduate nursing students 3 <sup>rd</sup> and 4 <sup>th</sup> year (n=181) 1 university	descriptive method	Health Professional Education in Patient Safety Survey-H-PEPSS 7 dimensions - 27 items 5- point scale 5 .indicate strongly agree	Paired t-test, ANOVA, independent t-test	Classroom valued higher than clinical setting. Highest score in the dimensions “clinical safety” (Class=M=4.36 clinical M=4.29) (<0.05) and “communicate effectively” (Class=M=4.29, clinical M=4.19) (<0.05).The lowest score was “adverse events” ( M=4.03) in class and “working in teams” (M=3.82) in clinical. 3rd-year sts showed a better score than the 4th year in 4 dimensions (>0.05)(no statistical significant). 4 <sup>th</sup> year sts showed higher than 4 <sup>th</sup> year in Clinical safety, Managing safety risks Cultural safety (<0.05)
2	Bressan et al. 2021 Italy	Explore the progress of undergraduate nursing students as they acquired PS competences	BNSc nursing students (n=90/140) 1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> and 3 <sup>rd</sup> year sts	A longitudinal study Data collection, three times: at the end of each year	H-PEPSSIta 6 dimensions - 22 items 5- point scale 5 .indicate strongly agree	Descriptive Pearson test (r) paired t-test	Differences between Year of study. class: 1st year, score (4.19 (4.11–4.28), stable at the end of the 2nd year (4.16; 4.06–4.26) and 3rd year (4.26; 4.16–4.32). no statistical differences found clinical: 1st year reported 4.28 (4.20–4.37), significantly decreased at the 2nd year (4.15; 4.07–4.23; p=0.02) and significantly increased at the 3rd (4.37; 4.27–4.47; p<0.01) In both settings “Culture of safety” significantly decreased from the 1 <sup>st</sup> to 3 <sup>rd</sup> year all other factors showed significant increases, except “Working in a team”, remained stable Correlations between class and clinical. Highest at the 1st year (r=0.639; p=0.01), 2nd (r=0.592; p=0.000) and 3rd years (r=0.429; p=0.01) Highest score increased significantly from the 1st to the 3rd years, “PS was well integrated into the overall program” (M=4.39-4.60) The lowest score was “The consistency in how PS issues were dealt with by different preceptors” (1 <sup>st</sup> year 3.94- 3 <sup>rd</sup> year 4.13)

3	Lee et al. 2020 USA	examined nursing students' educational perceptions on PS and cultural competence in terms of curriculum content and learning venues.	senior-year BSc Nursing students (N=249 RR=94%) three universities	Descriptive, correlational, cross-sectional	PS Competency Self-Evaluation Tool (PSCSE) 45 items (10 topics) in 3 dimensions: 5- point scale <b>knowledge,</b> 5 indicate very knowledgeable <b>attitudes.</b> 5 indicate strongly agree <b>skills,</b> 5 indicate very comfortable	Descriptive analyses one-way analysis of variance (ANOVA)	Topics primarily covered in the class secondly during clinical experiences and less in Lab/simulations and Assignments /readings Overall PS competency 3.94/ 5 points. Attitudes the highest score (M= 4.18), skills (M = 3.88) and knowledge (M = 3.77). No significantly differ by nursing school Human factors and basic safety design principles that affect safety was most frequently covered class (90-91%), clinical (78.8-81.7%) More than 20% of participants reported that 3/10 topics were not covered in their nursing programs: about 20% reported the "strategies to enhance memory" and "recall and minimize interruptions" and "process used in understanding causes of error and allocation of responsibility and accountability" and 50% reported that "elements for sustaining a high reliable organization were not covered".
4	Rebeschi et al. 2020 USA	Examine self-perceived PS competencies among students,	BSN students, 4-year and accelerated 12-month program students (n=72/96)		HPEPSS, 38 items 7 dimensions Knowledge and attitudes 5- point scale 5=strongly agree	Descriptive statistics paired t-test independent t-test	Higher knowledge reported in clinical setting in all dimensions than in class Significant higher in " <i>Communicating effectively</i> " and "managing safety skills" In both settings highest mean reported in "clinical safety"(4.55-4.59) and <i>Communicating effectively</i> (4.47-4.53)Lowest mean scores in both settings "working in teams" and <i>Recognising, and disclosing adverse events</i> "(3.98-4.05) Highest mean "consistency in how PS issues were dealt with by different preceptors" (4.28) and "System aspects of patient safety well covered".( 4.3)The least agreement was "Opportunity to /interact with members of the team" (3.79) Highest attitude "discussion around adverse events focuses mainly on system-related issues, rather than the individual.(M= 3.59) Lowest attitude "If I make an error, I worry that I will face disciplinary action" (2.98)
4	Levett-Jones et al. 2020 Australia New Zealand	Examine final year nursing students' levels of knowledge about key PS concepts.	Final year Pre-registration nursing Students 1056/2011 sts RR 53% 23 educational institution	Cross sectional	Web-based PS Quiz - 45 multiple-choice questions on PSCompetency knowledge and skill statements Delphi method	Descriptive statistics Post hoc analysis to determine the difficulty index of each quiz. Pass mark 67.3%,	Overall mean score was (65.23%). Below the pass mark 44.7% of students (n = 899) demonstrated passing performance on the quiz. The highest scores in the domains Person-Centered Care 97% and Therapeutic Communication. The lowest scores for Infection Control and Medication Safety



5	Lee & Kim, 2020 Korea	Examines how moral sensitivity and attitudes about PS in nursing students affects their perceptions of disclosure of PS incidents.	convenience sampling 407/420 students four universities	cross-sectional study	Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) - 30-item 7-point scale, 7=absolutely agree" Perceptions of disclosure of PS incidents. 30 items 4-point scale 4 =absolutely agree" Attitudes 13 items 5-point scale (min13-max score 65)	independent t-test and ANOVA Correlations a multiple regression analysis	25% of participants were familiar with open disclosure. "Highest mean 3.70 in disclosure PS incidence in the item "event of a medical error causing serious harm, healthcare providers should notify the patients and families". Lowest mean (2.16) the item "Open disclosure of PS incidents will increase medical litigation". Attitudes about PS, moral sensitivity, and perceptions of disclosure of PS incidents were positively correlated (<0.001). Rregression analysis showed that PS attitude had a significant relationship with perceptions of disclosure of PS incidents. Nursing students may be more reluctant to disclose PS incidents based on the severity of the incident, that is, if incidents are less severe or less harmful. Their reluctance appears to originate with worries about the negative effects of open disclosure; they do not appear to believe that disclosure which does not benefit the patient or family is necessary.
6	Huang et al. 2020 china	Describe and compare nursing students' perception about: confidence in PS knowledge acquired in both class and clinical settings, 2.Explore the factors that might influence nursing students' PS competence.	convenience sampling 732 Chinese undergraduate nursing Students seven universities	cross-sectional, web-based study	HPEPSS 38 items Three sections 5 point scale 5.=strongly agree Data Collected online	Descriptive statistics 2-week test-retest reliability of 0.88. Chi square t-tests One-way ANOVA linear regression	More confident (p<0.05) about what they learned in the class compared with what they learned in clinical practice in dimensions of "clinical safety skills," "communicating effectively," and "working in teams"... Higher Knowledge in dimensions "managing safety risks" and "understanding human and environmental factors" in clinical practice compared (p<0.05) with the classroom Classroom most confident in their learning of "clinical safety skills" (4.1 ± 0.58) Least confident in their learning of "understanding human and environmental factors" (3.79 ± 0.70) Agreement 68.25 -84.47% Clinical Setting. Most confident "managing safety risks". Least confident "communicating effectively" (3.77 ± 0.65). Agreement 67.40 to 81.43%. Broader aspects of PS in education highest agreement "reporting can lead to change and improvement" (84.5%), "The least agreement was "consistency in how PS issues were dealt with by different preceptors" (46.9%). PS included satisfactory in the curriculum" (4.25). Comfort with speaking up. Agreement was in total below 55.5%, The highest "if I make a serious error, I worry that I will face disciplinary action" (72%). Lowest "If I see someone engaging in

							unsafe care practice in the clinical setting, I feel safe to approach them (44%) and Factors influence PS competence: The region students learn and practice, previous experience of adverse events
7	Mbuthia et al. 2019/ Kenya	Assess the nursing students' perceived confidence : a)about PS in the classroom and clinical settings, and across the year of study b) about how broader PS issues are addressed in education c) about comfort in speaking up about PS.	Second, third and fourth year preregistration Bachelor of Nursing (n=178 RR91.8% ) students from two Kenyan universities Data collection 2016–2017 academic year	A cross-sectional descriptive	H-PEPSS 38 items divided into three sections.  Distributed to the participants during their break times from class	Mean and standard deviation (SD) <i>t</i> -tests One-way ANOVA Tukey's <i>post hoc</i> tests	Significantly higher confidence scores in the classroom than the clinical setting in all the dimensions except the <i>Clinical safety</i> dimension ( $p = 0.06$ ). The highest confidence reported in the dimension <i>Communicating effectively</i> and <i>Clinical safety</i> .The least confident in <i>Understanding human and environmental factors</i> " and <i>"Recognising and disclosing adverse events"</i> No significances ( $p > 0.05$ ) in the seven dimensions across the 3 years of studies in both settings. Only in dimension "managing risks" the mean score decline across the years Broader aspects of PS Least agreement 46.3%, that there is consistency in how PS issues were dealt with by different preceptors in the clinical setting. confident in speaking up about PS Highest "discussion around adverse events focuses mainly on system-related issues, rather than focusing on the individual.3.42, 52.5%. Least score in the clinical areas reporting a PS problem will result in negative repercussions for me (3, 33 52.3%)
8	Suliman et al. 2019 Jordan.	Examine nursing students' perceptions of PS knowledge and competencies.	Convenience sample 297 (nursing sts *2 <sup>nd</sup> , 3 <sup>rd</sup> , 4 <sup>th</sup> year) Two universities	Describe and cross-sectional research design. Setting	H-PEPSS 5 point scale 5.=strongly agree	Descriptive Paired <i>t</i> -test ANOVA Tukey's ANALYSIS Pearson correlator	The mean dimension scores were higher in the class setting compared with the clinical setting by at least $p < .05$ Highest Knowledge clinical safety (class 3.76 clinical 3.64). The Least knowledge reported in teamwork (class 3.38, Clinical=3.30) and the disclosure of adverse events. (class 3.53, Clinical 3.12 ) Third year had a lower perception about PS education than students In their lint and fourth years

							The results also show significant negative relationships between sts' perceptions in the classroom ( $r = .188$ , $p = .001$ ) and the clinical setting: $r = -.16$ , $p = .0061$
9	Alquwez et al. 2019/ Saudi Arabia	To assess the perceived PS competence during clinical training of Saudi nursing students.	Convenience sampling 829 nursing students 3 <sup>rd</sup> and 4 <sup>th</sup> and internship year six government universities	Descriptive Cross-sectional design.	HPEPSS tool – 16 items. 6 dimensions (clinical safety dimension not included) Only scale for clinical setting was used	Descriptive statistics $t$ Tests, one-way ANOVA and Tukey HSD test Pearson's correlations	Highest mean “understanding human and environmental factors” ( $M = 4.05$ ), Lowest mean .working in teams “( $M = 3.89$ ). Significant differences in sts' PS competence between universities were reported. Highest mean in item “the role of environmental factors such as work flow, ergonomics, resources, that effect PS” ( $M = 4.09$ , $SD = 0.93$ ) and the item “the importance of having a questioning attitude and speaking up when you see things that may be unsafe” ( $M = 4.09$ , $SD = 0.87$ ) Lowest mean item “encouraging team members to speak up, and be accountable as appropriate to address safety issues” received the ( $M = 3.83$ , $SD = 1.01$ ). Between genders :male students perceived higher competence in the 6 dimensions “ Between years of study internship year had significantly higher levels of competence in all the six dimensions compared with the 3 <sup>rd</sup> and 4 <sup>th</sup> year levels
10	Shanty et al. 2018 / USA	To describe self-reported PS competence among nursing, respiratory care, and nuclear medicine technology	Junior- and senior level baccalaureate nursing ( $n=233$ RR 80%), respiratory care students ( $n=29$ RR62%), medicine students ( $n=93$ RR93%)	Exploratory descriptive – comparative design	H-PEPSS - 34 items 2 sections 5 point scale 5.=strongly agree	Descriptive statistics One-way ANOVA Tukey's alpha.	In the classroom and clinical setting, significant differences between groups regarding their confidence in what they learned in all of the specific areas, with nursing sts be more confidence than the other groups. Teamwork, score for the nursing sts respiratory care sts , and students were below the expected level of confidence. The respiratory care students seemed to be less comfortable with providing safe care, with medical, students reporting the most confidence. Significant between-group differences regarding the confidence in what they learned in the items “about engaging patients as a central participant in the healthcare team” ( $p=0.041$ ) and “enhancing patient safety through clear and consistent communication with patients» in both settings with nursing students be more confidence
11	Usher et al. 2017 Australia	Describe the perceptions of nursing students regarding their confidence in PS	1 <sup>st</sup> , 2 <sup>nd</sup> , 3 <sup>rd</sup> , year undergraduate nursing students (1319/ , RR 11%	Cross-sectional	H-PEPSS- 27 item 5- point scale	Descriptive statistics $t$ test. ANOVA	Higher knowledge (>80%) in class than clinical ( $p<0.000$ ) in Clinical safety skills” “working in team”, “communication effectively”, “recognise risks”, culture of safety. Least knowledge (62%clinical-69% class) “working in teams” “managing safety risks”. <u>Year of studies</u> : In the class. Significantly higher 1st-year

		knowledge, acquired in the classroom and clinical setting, and across the first, second and third academic year.	from seven universities				students than 2nd and 3rd-year students “Managing safety risks, and understanding factors and significantly higher 3rd year sts than 1st and 2nd year in “Recognising to remove immediate safety risk”. In clinical setting. significantly higher 2nd and 3rd year students than 1st-year students. Broader aspects of PS. Significantly higher by 1st year than by 2nd and 3rd year. Dealt with by different preceptors”, “System aspects of PS” and “scope of practice”. Significantly higher 3rd year students than 1st and 2nd year sts “Understanding that reporting adverse events can lead to change.” Significantly lower 1st -year students than 2nd and 3rd-year sts “It is difficult to question the decisions or actions of those with more authority”.
12	Raymond et al. 2017 Canada	Explore nursing students’ perspectives on their levels of confidence related to safety topics.	all four years Bachelor Nursing sts (n = 458) from two university settings	Descriptive Cross-sectional	H-PEPSS all the sections 38-items 5 Likert scale	Descriptive statistics means Pearson’s ANOVA- Tukey’s post-hoc tests	More confidence in their knowledge within the class than clinical settings. Highest knowledge “clinical safety” [class (4.7), clinical (4.4)].Least Working in Teams (Class (4.3) clinical (4.0)]. Pearson’s Correlation 0.3-0.5 range Broader patient safety 83% to 94% of all students felt that their scope of practice was clear. 51% and 61% of students expressed that there is consistency. 94%- 100% agreed PS integration in their program and clinical aspects of safety were well covered within their programs 40% agreed that ‘system aspects of PS are well covered in their program’ Comfort speaking up 64-73%stated they could approach someone they see practicing un- safely 46-68% feared disciplinary actions when they make errors 65-80% stated it is difficult to question actions by those in authoritative positions. 55% and 70% agreed that the focus is on systems when an error is made Years of studies. 4 <sup>th</sup> year sts express a lower confidence level than other years for both area
13	Lee, Jang & Park South Korea, 2016	To determine how and to what extent PS education was delivered, and to assess nursing students’ PS competency	206/304, (RR 88%) 4 <sup>th</sup> year nursing students (last semester) 4 Universities	Descriptive cross-sectional study	QSEN-SES -19 items- 6 competence. knowledge section PSCSE -41 items divided Knowledge Skills, attitudes	Descriptive statistics Chi-square test. t-test and one-way ANOVA Games- Howell post-hoc test	PS competencies mainly covered in the classroom 16.7–56.5% (lectures), during clinical experience19.6–53.0%, and by assignment. The courses most covered PS topics in both lectures and practice: fundamental nursing, 56.5%, adult nursing, 49.4%, and nursing administration 50.6% significant differences among schools in the degree of coverage topics, in knowledge competencies. Patient centered care the most covered competency (97.2%), followed by evidence based practice (90.8%), informatics (90.8%),

					5- point scale  Students asked to mark the teaching methods		teamwork and collaboration (84.8%), safety (84.1%), and quality improvement (80.7%). The majority of sts (81.6%) reported that they had received PS education, <u>Attitude</u> mean was ( $P < 0.05$ ) higher (4.29) than skill (3.51) and knowledge (2.94).. Between universities: Significant differences a) in the degree of coverage of PS education b) in attitude, and knowledge scores and not in skill area
14	Tella et al. 2015a / Finland	To explore and compare Finnish(Fin sts) and British nursing students'(Br sts) perceptions of learning about PS in academic settings	Finnish (n = 195) and British (n=158) nursing students prior to their final year of registration. From two Finnish and two English, Universities	a cross-sectional, non-experimental survey.	PS Nursing Education Questionnaire (PaSNEQ) (3 topics) examine Knowledge, skills, attitudes 4-point scale (1 =strongly disagree, 4 = strongly agree). Two scales used: The Included in Education in Academic Settings (INCa) and The Important for Students' Own Learning of PS (IMPa).	Descriptive statistics means cross-tabulations Pearson's chi-square tests  Kolmogorov–Smirnov test, Mann–Whitney U test logistic regression analysis	British (B) sts had significantly more positive perceptions of “PS” included in nursing education” than Finnish(F).The perception score was higher in both groups in attitudes ( $F=2.62$ . $B=3.15$ ) followed by gaining knowledge ( $F=2.24$ , $B=3.11$ ) and the least was training skills ( $F=2,24$ vs. $B=3.48$ ) Both groups but British sts appreciated significantly higher the inclusion in academic setting and the importance of gaining knowledge, skills, and attitudes. Most Fin. students (sts) (73%) assessed that training did not include reporting of errors, whereas 80% of Br. sts perceived that reporting was included ( $p < .001$ ). Similar differences of perceptions in the areas of clear communication (Fin 62% vs. Brit 86%; $p < .001$ ), systems-based approaches (FIN 65% vs. Brit 77%; $p < .001$ ), interprofessional teamwork (Fin 81% vs. Brit 67%; $p < .001$ ) and simulation education ( F62% vs. B 77%; $p < .001$ ), respectively and learning systematically from errors (Fin. 58% vs. Br 85%, $p < .001$ ). All sts but Fin more than Br sts perceived lack of a) training skills in reporting PS incidents, b) learning to pay more attention about a systems-based approach rather than an individual's errors and to be realized in real-life contexts Differences between Fin (less) and Brit sts' perceptions regarding how the topic of PS had been taught in academic settings than on how important teaching these issues are for their own learning of PS. Predictive factors for these differences between FIN & Br: 1. Br perceived more PS skills training at academic setting and more work experience in the healthcare sector. 2. Fin sts being slightly more critical in their assessments.
15	Tella et al. 2015b / Finland	To explore and compare Finnish and British nursing sts' perceptions of their	Finnish (n = 195) and British (n = 158) nursing	A cross-sectional,	PaSNEQ include Knowledge, skills, attitudes	Pearson's chi-square tests	Finnish(F) sts overall more critical about their learning experiences in clinical placement than British (B) sts B sts have more learning experiences in the real-life context about 'Supportive and systems-based approaches to ensure PS' ( $p <$

		learning about patient safety in clinical settings	Students prior to their final year of registration. From two Finnish and two English Universities	comparative design	Two scales: the Included in Education in clinical (INCa) and the Important for Sts Own Learning of PS (IMPa).	Mann–Whitney U test logistic regression analysis	0_001), 'Gaining experience in ensuring PS' (p < 0_001) and 'Reporting PS incidents' (p < 0_001). Both groups reported these elements was of high importance for their own learning. Country was the independent variable adjusted by other background variables Differences in perceptions due to : a)cultural differences between Finnish and British nursing students) In the UK, PS initiatives were commenced several years before Finnish initiatives
16	Lukewich et al. 2015 Canada	To explore nursing students' self-reported confidence in learning about PS during their undergraduate nursing program.	All four-year baccalaureate of nursing students 1 <sup>st</sup> year n= 381 2 <sup>nd</sup> year n= 439 3 <sup>rd</sup> year n= 443 4 <sup>th</sup> year n=452 1 UNIVERSITY	Cross-sectional longitudinal study with a nested cohort component	H-PEPSS 38-items 7-dimensions 5-point scale: 5 = strongly agree,	Descriptive statistics ANOVA Bonferonni's post hoc tests Chi square	The highest scores in class (class 4.2–4.6; clinical 4.4–4.5). Year of studies: In class, scores for all 7 dimensions either increased or remained stable between 1 <sup>st</sup> and 4 <sup>th</sup> year. In clinical setting "working in teams", managing adverse events and responding to adverse events increased between 2 <sup>nd</sup> year & 3 <sup>rd</sup> year declined between 3 <sup>rd</sup> year & 4 <sup>th</sup> year. <50% felt that there was consistency in how PS issues were dealt with by preceptors, the % decrease through the academic year up to 42% Y3 & 40% Y4 <50% felt there was sufficient opportunity to learn and interact with members of interdisciplinary teams. <57% felt systems aspects of PS were well covered in the program - decrease through the academic years 41% Y3 & 53% Y4 Comfort speaking up: <40% felt discussion around adverse events focused mainly on system-related issues, instead of the individual decrease in 30% in Y4. <43% feel comfortable speaking up, when someone engaging in unsafe care Y1= 40%, Y4 =37%. 81% said 'If I make a serious error I worry that I will face disciplinary action
17	Colet et al. 2015 Saudi Arabia	To measure PS competence of nursing students in the classroom and clinical settings	Convenience sample Nursing students (191/196 RR=97,4%) enrolled during the 1st and 2nd semesters of the academic year 2014-2015	cross-sectional	H-PEPSS 16- items – 6 sociocultural dimensions (technical skill excluded	Frequency counts and Percentages T-test Pearson correlation	Significantly, lower PS competence reported in the clinical setting compared to the class in 4 from the 6 dimensions. The items with the greater agreement reported in the class "Effective communication" (91.1%) and "The importance of having a questioning attitude and speaking up" (88%) The lower scores in the clinical "managing interpersonal conflict" (43.5%) "the role of environmental factors...that affect PS" (48.7%). Negative correlation was determined in both the classroom and clinical settings between the years of studies (p<0.01). Gender: Female sts reported significantly higher PS competence in the both area in the dimensions 'working in teams ' and 'communicating effectively', while males reported higher

							competence in both settings to the 'managing safety risks' and 'understanding human and environmental factors'
18	Stevanin et al. 2015 Italy	To describe the perceptions of nursing sts regarding their own PS knowledge and competence	All students ( 1 <sup>st</sup> -3 <sup>rd</sup> year study) (573 ,RR, 92,4% ) attending their bachelors degree in nursing University		H-PEPSS 23 items 6-point scale 5.=strongly agree 6=Don't Know		At the <u>item</u> level in both class and clinical sts reported higher scores in 'Enhancing patients' safety through clear and consistent communications with patients' (mean: 4.48 & 4.43,respectively). In class engaging patients as a central participant in the healthcare team' (mean: 4.42). In clinical "The importance of having a questioning attitude and speaking up when seeing things that may be unsafe' item (mean: 4.37). Items with <u>higher 'don't know'</u> were 'Managing interprofessional conflict' for class and 'Debriefing and supporting team members after an adverse event or close call' for clinical In the class 3 <sup>rd</sup> year sts reported significantly higher knowledge (mean 4.36), than 1 <sup>st</sup> (mean 4.15), and 2 <sup>nd</sup> year (mean: 4.12). Similar reported in clinical and class, with decreased scores between 1st (mean: 4.23) and 2 <sup>nd</sup> year (mean =4.04) and significantly higher scores on the 3 <sup>rd</sup> -year students (mean: 4.32),
19	Cooper 2013/USA	To describe nursing students' use of safety reporting tools and their perceptions of PS issues in <u>clinical settings</u>	Pprelicensure nursing students (n=145,RR22%) from 1 university	An exploratory survey design	PS incident reporting tool Two 5-point scales.	Not reporting	Both RNs and students are concerned about errors. Errors and near-miss events, 18% and 19%, respectively, were not reported on the reporting tools by nurses according to sts Nursing sts discussed safety issues with RNs, but almost half about how to prevent errors. Students and RNs perceived that speaking about mistakes could turn against them The majority reported that they <u>had not</u> exposed to an error or near-miss event, but they were aware or reporting protocol <u>Almost 60%</u> afraid to ask questions when something does not seem right- admit their error. 83% felt supported by their instructors if an error occurred. Errors perceived as having no potential harm to the patient are less reported
20	Djukic, et al. 2013/ USA	Explore the level of preparedness in quality and safety by prelicensure nursing programs between two RN cohorts who obtained their initial license to practice 3 years apart	730/1694 RNs 2004-05 licensees (cohort 1) 475/ 1113 RNs 2007-08 licensees(cohort,2	Comparative	QI survey based on the QSEN's work containing 35 questions and a total of 95 items,	Fisher's exact chi-square independent sample t-tests post hoc analysis	The greatest percentage of RNs from both cohorts reported being very prepared in safety, and the smallest percentage reported being very prepared in analyzing errors and designing system improvements more reported being very prepared in patient-centered care and safety compared with teamwork and collaboration

21	Ginsburg et al. 2013 Canada	To explore educational experience regarding PS among newly graduated nurses and other HPs	Newly registered Physicians 814, nurses 2196 pharmacists 521		H-PEPSS instrument-16-item	Descriptive and inferential statistics ANOVA t-test	nurses scored significantly higher than the pharmacy and physicians on all H-PEPSS dimensions in the class, and in the clinical setting on dimensions 'Managing safety risks', 'Understanding human and environmental factors', 'Recognize and respond to risks of harm' (compare with physicians) Nurses' Knowledge worsened in clinical setting (while physician's confidence improved) on dimensions "Working in teams" "Communicating effectively", and "Culture of safety".
----	--------------------------------	---	--	--	----------------------------	---	---

## Πίνακας 2. Ποιοτική μεθοδολογία

A/α	Author / year/ country	Aim	Sample	Research design	method	Results
1	Fisher & Kiernan 2019 UK	Understand sets nurses' perception of what they believe is a PS incident in their practice placements and understand the reasons that influence their willingness or reluctance to raise concerns about PS	Purposive sample 12 BSc nursing students 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> & 3 <sup>o</sup> year  Data collection: 3 year period 2013-2016	Hermeneutic phenomenology	Face to face semi-structured interviews using a digital voice recorder  Duration 30 -60 min.	Students' exposure witnessed staff performing procedures incorrectly whereas others witnessed poor interpersonal and professional behaviors. Sts identified PS issues physical such as pt handling, medication administration. Psychological inappropriate, words and professional attitude observed: Task oriented, no communication, Sts are aware of the professional and moral expectation to speak up, but the decision to do so dependent essentially on moral courage, Sts' desire to 'fit in,' survive their placement in order to achieve successful assessment, the fear of retribution (avoid punitive action), their student status, hierarchy and the relationship with the mentor and the other team staff. Student nurses conformed rather than challenged practice and in fact were discouraged from questioning more senior staff members
2	Steven et al. 2014/ UK	To examine the formal and informal ways preregistration nursing, students learn about PS	Curriculum documents  students 2 <sup>nd</sup> and 3 <sup>rd</sup> year (n=24) newly qualified nurses (n = 4), practice staff supervised students (n = 8)	Qualitative approach 'illuminative evaluation' investigators observe;.	Analysing curriculum documents and interviews with 8 programme leaders (4 universities) Interviews  19 hrs Observations (4 episodes in clinical area)	<b>Analyzing curriculum documents</b> PS not visible as a separate theme in academic context. Emphasis on 'what not to do' and components such as hand washing or infection control mentioned. No formal mechanisms for information flow from universities to clinical. Programme leaders struggled to define PS as a discrete concept <b>Clinical area</b> Sts reported discontinuity between the idealized academic world and practice reality. - feel of guilty, questioning, that they distracted staff from patient care. Few formal mechanisms exist for sts to learn about organizational systems: such learning often ad hoc and reliant upon



			service users (n = 6).  Data collected between 2006 and 2008.		Focus groups with staff and students	mentors. Relationships between sts and mentors were a crucial influence on learning, but varied Feeling safe to report errors, challenge practice or put theory into practice appeared problematic with the need to 'fit in' and allocated grade by mentors Tensions existed between an open culture of reporting learning, and no blame mechanisms for identifying and addressing under-performance.
3	Vaismoradi et al. 2014 UK	To examine nursing students' perspectives and suggestions on developing nursing curriculum with PS aspect in Iranian context	Nursing students (n=18) from a large Iranian nursing school	A qualitative methodology	3 focus groups	The curriculum should identify nursing students' level of involvement in practice. Conveyed experiences of safe care during clinical placements improved students' knowledge (instructors' storytelling). Everyday occurrences in clinical practice could negatively influence their learning and hinder PS improvements. Students suggested that the environment of care (nursing shortage, lack of new equipment, and routinized nursing activities and interventions) in nursing units promoted nurses' resistance to safe practice. However, students recognized that realities of practice were outdated, and often shortcuts in nursing care were taken to save time Transforming Nursing Routines to Evidence-based Care appeared averse to sts because it takes longer. Experience nurses encouraged sts to perform nursing tasks efficiently rather than as mandated, i.e omitting detail. However, all students considered this as increasing the risk of practice errors. Students emphasized the need for education about the consequences of practice errors. They considered a lack of understanding of potential for serious harm or fatality as a reason nurses do not take PS seriously in their practice Sts scared of disclosing errors' to nurse colleagues and patients as they were frightened of the consequences Students suggested the development of a separate PS section in the curriculum is unnecessary, but PS principles could be embedded within each part in order to facilitate long lasting results in learning. The curriculum should specify competence criteria for nurse instructors' knowledge and skills regarding PS before teaching students in clinical placements Describing each health-care team <b>member's scope of practice</b> through this curriculum is vital, because confusion about nurses' specific roles creates a weakness resulting in compromises to safety

	Espin & Meikle, 2014	Explore nursing students' perceptions of incidents and incident reporting.	10 fourth-year BSc nursing students	Descriptive thematic approach	five scenarios presented in the interviews	Three themes emerged regarding how participants justify perception of incident: a) <i>Scope of practice</i> , actions as outside of their role, abilities, or knowledge. b) <i>Professional roles and responsibilities</i> "due to the nurse's other professional obligations: "[I wouldn't consider it an incident]...maybe the nurses just got busy or something happened." c) <i>Harm to the patient</i> "[This is not an incident] because there wasn't any harm done to the patient as of yet, there wasn't anything done which resulted in an injury to the patient." Sts believed that reporting incidents: A) could harm other health care professionals, "getting that person in trouble." B) could reflect badly on them. Most Sts suggested that they would report the incident to the nurse manager, leaving it to the manager to take further action. Informal reporting may be a way for nursing students to identify and report incidents where they perceive barriers to formal reporting. This informal dialogue may be a safe place to encourage incident reporting. 37 incidents were identified. Regarding 48 of the 50 events presents, would be reported by sts either informally (36 times) or formally.
5	Cresswell, et al. 2013/ UK	To investigate the formal and informal ways preregistration students from a range of healthcare professions learn about PS	17 interviews with course leaders & key informants 16 interviews with professional leads and key managers 8 focus groups with 2nd year sts n=47, final year sts (n=44), newly qualified (n=21) staff, practice staff (n=28). 6 focus groups with 22 patients 82 hours of observations 44 documents	Qualitative approach  snowball sampling techniques	Based on Eraut's framework to investigate Academic, Organizational & Practice context  Data collection activities: mixture of documents (n=44), Observations(n=82), focus groups (n=38,-162 participant) interviews across the three different contexts (n=33)	PS was more visible in practical sessions and on placements (informal) than in formal curricula. PS is largely implicit rather than explicit in the curriculum Tutors perceived that teaching PS as a 'stand-alone module' inappropriate <b>PS teaching activities: reflection</b> on action, focus on aspects of PS examples in relevant topics, demonstrated and emphasized ideal practice, coupled with warnings about adverse consequences of not achieving this. Systems to promote PS in organizational settings rarely found in curricular documentation or teaching activities. Different pre-registration courses differ in how they approach teaching about PS. Definitions of PS and key learning topics differentiate between professional groups. Sts valued learning about PS from practitioners good role model who assist students in exploring areas of uncertainty through effective supervision and mentoring. Interprofessional learning is viewed as important, but not very common. Relationships with the mentor or educator were critical to their learning and influenced by availability, willingness to teach; attitudes to questioning, and hierarchy

**Πίνακας 3. Q methodology**

A/α	Author / year/ country	Aim	Sample	method	Analysis	Results
1	Hensel, 2014/ USA	To identify patterns of professional identity arising from the Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) attitudes among prelicensure students	purposeful sample 36 baccalaureate near graduation sts 3 campuses of a University.	Cards in the Q-deck and division of cards into three pile  Rank-ordered of agreement or disagreement with a set of subjective statements reflecting the 46 QSEN attitudes	Three-step approach analysis  Factor analysis  Factor scores, were calculated for each Q-set statement	20 statements that were loading on different factors. Notably strong agreement that PS was both an individual and a team effort  <b>3 patterns (factors) of attitude found: Champions:</b> Valued teamwork and the centrality of the patient in the healthcare team. Sts saw the need to see healthcare through their patient's eyes while recognizing that without the patient there would be no team. <b>Individualists:</b> valued individualize nursing care and nursing judgment more than Evidence Based Practice, standardization, and system solutions. <b>Collaborators:</b> Valued strongly teamwork and collaboration but less patient partnership in the healthcare team as a source to control their care
2	Montgomery et al 2014  Canada	To describe students' viewpoints of the circumstances which threaten safety <u>in clinical settings</u>	34/39 3 <sup>rd</sup> year Nursing students  1 University	43 individual Q statement cards  An 11-point Likert ranking scale from Most Disagree (-5) on the extreme left to Most Agree (+5) on the extreme right was printed at the base of the pyramid	Factor analysis with Varimax rotation	Of the 34 completed Q templates, 28 statement loaded on the three discrete viewpoints and one consensus viewpoint. Students perceived three sets of circumstances which threaten safety in the clinical setting: <b>Lack of readiness:</b> The student lacked the preparatory knowledge necessary to assume patient care and sts avoided interacting with the patient. The student's decision-making beyond their competence and lack of accountability for errors pose further threats to safety. <b>Misdirected practices:</b> "The deficits in the educator's abilities and the student's lack of proactivity". The clinical educator encourages students to do things beyond their scope». «The student is unable to modify care based on emerging patient priorities». «The student lacks the knowledge needed to assume care of assigned patients»- <b>Negation of professional boundaries:</b> "Safety was most at risk when educational standards were not upheld and the student practiced beyond the scope of nursing". Safety was perceived to be threatened when both educators and sts demonstrate practices incongruent with the expectations of the educational program. Inappropriate guidance from educators was described as impeding

						<p>students' efforts to achieve programmatic expectations and appropriately develop their scope of practice..</p> <p><b>Consensus: Non-integration</b> Students perceptions identified that safety in the clinical setting was most threatened when they were inconsistencies between the student's ethics, cognition and praxis.</p> <p>Students concurred that it is most unsafe in the clinical setting when there is a failure of novices to consolidate a nursing identify composed of ethical, cognitive and performance dimensions.</p>
3	<p>Killam et al. 2013</p> <p>Canada</p>	<p>To explore undergraduate baccalaureate nursing students' understanding <u>of clinical safety</u></p>	<p>A convenience sample</p> <p>94 students enrolled In the 1<sup>st</sup> year of the baccalaureate nursing program.</p>	<p>Each statement card placed into one of the three piles (agree, neutral and disagree) in response to the question: <b>"In a clinical setting it is most unsafe when..."</b> Then statements represent most unsafe and the least unsafe placed between the two end points{ +5 (most agree) on the right and -5 (most disagree) on the left}</p>	<p>centroid factor analysis</p> <p>and varimax rotation within PQ Method</p>	<p>43 concourse statements loaded in factors: (1) overwhelming sense of inner discomfort (24 statements) (2) practicing contrary to Conventions (11 statements); (3) lacking in professional integrity (10 statement); and (4) disharmonizing relations(18 statements)</p> <p>3 statements about clinical educator were negatively ranked (scores ranged -1 to -3), across the four factors: Related to the establishment of a trusting relationship and documentation of student performance. Neutral ranking of statements concerning the enforcement of clinical program policies (0-1). These neutral to negative ranked statements indicated a consensus that the educators were not solely responsible for ensuring clinical safety.</p> <p>Statements rank with score 5 in the four factors were:</p> <p>"The student feels overwhelmed by course requirements"</p> <p>"The student practices with impaired cognition (due to stress, drugs,alcohol or lack of sleep)"</p> <p>"The clinical educator does not role model established nursing Standards"</p>

## 13 ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Dimitriadou, M., Merkouris, A., Charalambous, A., Lemonidou, C. and Papastavrou, E., 2021. The knowledge about patient safety among undergraduate nurse students in Cyprus and Greece: a comparative study. *BMC nursing*, 20(1), pp.1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00610-6>  
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00610-6>

Dimitriadou M., Charalambous, A., Papastavrou,E., Merkouris, A. 2021. Patient Safety in undergraduate nursing curriculum: Scoping Review. *Cyprus Nursing Chronicles*. 21(2): 13-26  
<https://cncjournal.cyna.org/wp-content/uploads/2021/12/%CE%97-%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%B5%CE%BD%CF%8E%CE%BD-.pdf>

## 14 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Αγγλική Βιβλιογραφία

- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus, W., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet* 383, 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akanbi, O., Onilede, D., Adeoti, M., Olakulehin, O., Idowu, N., Olanipekun, O., 2017. Improving Clinicians' and Nurses' Response to Abnormal Vital Signs in Hospital: The Roles of Modified Early Warning Scoring System and Rapid Response System. *Br. J. Med. Med. Res.* 21, 1–11. <https://doi.org/10.9734/bjmmr/2017/32370>
- Alquwez, N., Cruz, J.P., Alshammari, F., Felemban, E.M., Almazan, J.U., Tumala, R.B., Alabdulaziz, H.M., Alsolami, F., Silang, J.P.B.T., Tork, H.M.M., 2019. A multi-university assessment of patient safety competence during clinical training among baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. *J. Clin. Nurs.* 28, 1771–1781. <https://doi.org/10.1111/jocn.14790>
- Amilia, R., Nurmalia, D., 2020. A comparison of patient safety competencies between clinical and classroom settings among nursing students. *Nurse Media J. Nurs.* 10, 66–75. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.25231>
- Armstrong, G.E., Dietrich, M., Norman, L., Barnsteiner, J., Mion, L., 2017. Development and psychometric analysis of a nurses' attitudes and skills safety scale: Initial results. *J. Nurs. Care Qual.* 32, E3–E10. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000216>
- Attree, M., Cooke, H., Wakefield, A., 2008. Patient safety in an english pre-registration nursing curriculum. *Nurse Educ. Pract.* 8, 239–248. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.09.003>
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M.A., De Geest, S., Schwendimann, R., 2013. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 50, 240–252. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S. De, Rafferty, A.M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I.S., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L.H., Schwendimann, R., 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual. Saf.* 23, 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Australian safety and Quality Council, 2005. National Patient Safety Education. Framework, Australian Council for safety and Qualith in Helath Care. Australia.
- Bagnasco, A., Timmins, F., de Vries, J.M.A., Aleo, G., Zanini, M., Catania, G., Sasso, L., 2017. Understanding and addressing missed care in clinical placements — Implications for nursing students and nurse educators. *Nurse Educ. Today* 56, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.015>
- Bahreman, N.T., Swoboda, S.M., 2016. Honoring diversity: Developing culturally competent communication skills through simulation. *J. Nurs. Educ.* 55, 105–108. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160114-09>

- Ball, J.E., 2020. "Care left undone: Untold damage." *J. Clin. Nurs.* <https://doi.org/10.1111/jocn.15242>
- Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., 2018. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
- Ball, J.E., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Murrells, T., Tishelman, C., 2016. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J. Adv. Nurs.* 72, 2086–2097. <https://doi.org/10.1111/jan.12976>
- Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E., Griffiths, P., 2014. Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual. Saf.* 23, 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bergjan, M., Hertel, F., 2013. Evaluating students' perception of their clinical placements - Testing the clinical learning environment and supervision and nurse teacher scale (CLES+T scale) in Germany. *Nurse Educ. Today* 33, 1393–1398. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.002>
- Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A.K., Johansson, A.S., Gustafsson, M., 2014. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Educ. Pract.* 14, 304–310. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.005>
- Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., Aberly, E., Harvey, C., 2015. Factors influencing why nursing care is missed. *J. Clin. Nurs.* 24, 47–56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688>
- Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., Willis, Eileen, 2018. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *J. Nurs. Manag.* 26, 33–41. <https://doi.org/10.1111/jonm.12514>
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., Hiatt, H.H., 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. J. Med.* 324, 370–376. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.003822>
- Bressan, V., Causero, G., Stevanin, S., Cadorin, L., Zanini, A., Bulfone, G., Palese, A., 2021. Nursing students' Knowledge of patient safety and development of competences over their academic years: Finding from a longitudinal study. *Zdr Varst* 60, 114–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0017>
- Canadian Patient Safety Institute, 2020. The Safety Competences. Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Canada.
- Carvalho, E.C. de, 2016. A glance at the non-technical skills of nurses: simulation contributions. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 24, 2791. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2791>
- Cauduro, G.M.R., Magnago, T.S.B. de S., Andolhe, R., Lanes, T.C., Ongaro, J.D., 2017. Patient safety in the understanding of health care students. *Rev. Gauch. Enferm.* 38, e64818. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>
- Chen, Lingling, Huang, F., Yuan, X., Song, J., Chen, Linghui, 2019. An assessment of the reliability and factorial validity of the chinese version of the health professional education in patient safety survey (H-PEPSS). *Front. Psychol.* 10, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02183>

- Colet, P.C., Cruz, J.P., 2015. Patient Safety Competence of Nursing Students in Saudi Arabia : A Self-Reported Survey. *Int. J. Health Sci. (Qassim)*. 9, 411–419. <https://doi.org/10.12816/0031231>
- Colet, P.C., Cruz, J.P., Cruz, C.P., Al-Otaibi, J., Qubeilat, H., Alquwez, N., 2015. Patient Safety Competence of Nursing Students in Saudi Arabia : A Self-Reported Survey. *Int. J. Health Sci. (Qassim)*. 9, 418–26. <https://doi.org/10.12816/0031231>
- Cooper, E., 2013. From the School of Nursing Quality and Safety Officer: Nursing Students' Use of Safety Reporting Tools and Their Perception of Safety Issues in Clinical Settings. *J. Prof. Nurs.* 29, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.12.005>
- Cresswell, K., Howe, A., Steven, A., Smith, P., Ashcroft, D., Fairhurst, K., Bradley, F., Magnusson, C., McArthur, M., Pearson, P., Sheikh, A., 2013. Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: Multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. *BMJ Qual. Saf.* 22, 843–854. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001905>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D.T., Warren, J., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nurs. Outlook* 55, 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Gelmon, S.B., 2009. Improving quality and safety education: The QSEN Learning Collaborative. *Nurs. Outlook* 57, 304–312. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.004>
- Curtis, K., Horton, K., Smith, P., 2012. Student nurse socialisation in compassionate practice: A Grounded Theory study. *Nurse Educ. Today* 32, 790–795. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.012>
- Dafogianni, C., Alikari, V., Galanis, P., Gerali, M., Margari, N., 2015. Nursing Students' Views on their Clinical Placement in Pediatric Hospitals of Athens, Greece, *International Journal of Caring Sciences*.
- DeBourgh, G.A., 2012. Synergy for Patient Safety and Quality: Academic and Service Partnerships to Promote Effective Nurse Education and Clinical Practice. *J. Prof. Nurs.* 28, 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.06.003>
- Department of Health, 2000. An organisation with a memory, *British Journal of Nursing*. London. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.2.81>
- Dimitriadou, M., Merkouris, A., Charalambous, A., Lemonidou, C., Papastavrou, E., 2021. The knowledge about patient safety among undergraduate nurse students in Cyprus and Greece: a comparative study. *BMC Nurs.* 20, 2–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00610-6>
- Dimitriadou, M., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Theodorou, M., 2015. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nurs. Heal. Sci.* 17, 236–242. <https://doi.org/10.1111/nhs.12174>
- Djukic, M., Kovner, C.T., Brewer, C.S., Fatehi, F.K., Bernstein, I., Aidarus, N., 2013. Improvements in Educational Preparedness for Quality and Safety. *J. Nurs. Regul.* 4, 15–21. [https://doi.org/10.1016/s2155-8256\(15\)30152-6](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(15)30152-6)
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., Cotev, S., 2003. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. 1995. *Qual. Saf. Health Care* 12. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.143>



- Duhn, L., Karp, S., Oni, O., Edge, D., Ginsburg, L., Van Den Kerkhof, E., 2012. Perspectives on patient safety among undergraduate nursing students. *J. Nurs. Educ.* 51, 526–531. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120706-04>
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., 2017. Health Systems in Transition Greece: health system review, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A., 2014. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, European Observatory on Health Systems and Policies.
- ElAraby, S., Ra’oof, R.A., Alkhadragey, R., 2018. Learning of Patient Safety in Health Professions Education, in: *Vignettes in Patient Safety*. IntechOpen, p. 13. <https://doi.org/10.5772/intechopen.75973>
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C., Walton, M., 2009. What Exactly Is Patient Safety? *J. Med. Regul.* 95, 13–24. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-95.1.13>
- Espin, S., Meikle, D., 2014. Fourth-year nursing student perceptions of incidents and incident reporting. *J. Nurs. Educ.* 53, 238–243. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140217-04>
- Espin, S., Sears, N., Indar, A., Duhn, L., LeGrow, K., Thapa, B., 2019. Nursing students’ experiences of patient safety incidents and reporting: A scoping review. *J. Nurs. Educ. Pract.* 10, 26. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n4p26>
- European commission, 2014. Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care. <https://doi.org/10.2772/33169>
- European Commission Patient Safety and Quality of Care working group, 2014. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-71042-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-71042-6_9)
- European Network for Patient Safety (EUNetPaS), 2010. A General Guide for Education and Training in Patient Safety, European commission.
- European Parliament, 2013. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Mark, Official Journal of the European Union.
- Ewertsson, M., Bagga-Gupta, S., Blomberg, K., 2017. Nursing students’ socialisation into practical skills. *Nurse Educ. Pract.* 27, 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.004>
- Ezzeddine, S., 2018. Patient Safety: Nursing Education to Practice. *J. Perioper. Crit. Intensive Care Nurs.* 04. <https://doi.org/10.4172/2471-9870.10000139>
- Εθνικός σύνδεσμος νοσηλευτών Ελλάδος, 2001. Κώδικας Ηθικής Δεοντολογίας [WWW Document]. Προεδρικό διάταγμα υπ’ αριθ. 216/25/2001- ΦΕΚ 167/Τεύχος Α. URL <https://www.esne.gr/index.php/el/nomothesia-3/100-2009-02-15-08-30-13> (accessed 11.1.21).
- Farley, D., Zheng, H., Rousi, E., Leotsakos, A., 2013. Evaluation of the WHO Multi - Professional Patient Safety Curriculum Guide.
- Feringa, M.M., De Swardt, H.C., Havenga, Y., 2018. Registered nurses’ knowledge, attitude, practice and

- regulation regarding their scope of practice: A literature review. *Int. J. Africa Nurs. Sci.* <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.04.001>
- Fisher, M., Kieman Matthew, 2019. Student nurses' lived experience of patient safety and raising concerns. *Nurse Educ. Today* 77, 1–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.015>
- Fisher, M., Kiernan, M., 2019. Student nurses' lived experience of patient safety and raising concerns. *Nurse Educ. Today* 77, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.015>
- Flott, K., Fontana, G., Darzi, A., 2019. The Global State of Patient Safety.
- Francis, R.Q., 2015. Freedom to Speak Up, NHS. <https://doi.org/10.7748/ns.31.27.32.s39>
- Frank, J., Brien, S., 2009a. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions, Canadian Patient Safety Institute. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000148>
- Frank, J., Brien, S. (Eds.), 2009b. The Safety Competencies, The Safety Competencies. Enhancing Patient Safety Across the Health professions. Ottawa, Ontario, Canada. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000148>
- Gibbon, B., Crane, J., 2018. The impact of 'missed care' on the professional socialisation of nursing students: A qualitative research study. *Nurse Educ. Today* 66, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.002>
- Ginsburg, L., Castel, E., Tregunno, D., Norton, P.G., 2012. The H-PEPSS: An instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual. Saf.* 21, 676–684. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000601>
- Ginsburg, L.R., Tregunno, D., Norton, P.G., 2013. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ Qual. Saf.* 22, 147–154. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001308>
- Gleason, K.T., VanGraafeiland, B., Commodore-Mensah, Y., Walrath, J., Immelt, S., Ray, E., Dennison Himmelfarb, C.R., 2019. The impact of an innovative curriculum to introduce patient safety and quality improvement content. *BMC Med. Educ.* 19, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1604-0>
- Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D., Schocken, D., 2015. Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to support educational design: A modified Delphi study. *Med. Teach.* 37, 572–577. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.959910>
- Gordon, M., Darbyshire, D., Baker, P., 2012. Non-technical skills training to enhance patient safety: A systematic review. *Med. Educ.* <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04343.x>
- Greenway, K., Butt, G., Walthall, H., 2019. What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Educ. Pract.* <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.005>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G.B., Ball, J., 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J. Adv. Nurs.* <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Grober, E.D., Bohnen, J.M.A., 2005. Defining medical error. *Can. J. Surg.* 48, 39.
- Hannan, E., Ahmad, A., O'Brien, A., Ramjit, S., Mansoor, S., Toomey, D., 2021. The surgical admission

- proforma: the impact on quality and completeness of surgical admission documentation. *Ir. J. Med. Sci.* <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02475-1>
- Hensel, D., 2014. Typologies of professional identity among graduating baccalaureate-prepared nurses. *J. Nurs. Scholarsh.* 46, 125–133. <https://doi.org/10.1111/jnu.12052>
- Hong, Q.N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I., 2018. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide, McGill.
- Huang, F.F., Shen, X.Y., Chen, X.L., He, L.P., Huang, S.F., Li, J.X., 2020. Self-reported confidence in patient safety competencies among Chinese nursing students: A multi-site cross-sectional survey. *BMC Med. Educ.* 20, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1945-8>
- Hwang, J.I., Yoon, T.Y., Jin, H.J., Park, Y., Park, J.Y., Lee, B.J., 2016. Patient safety competence for final-year health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course. *J. Interprof. Care* 30, 732–738. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1218446>
- Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A.M., Kaučič, B.M., Filej, B., Riklikienė, O., Flores Vizcaya-Moreno, M., Perez-Cañaveras, R.M., De Raeve, P., Mikkonen, K., 2019. Assessment of nursing students’ competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *Int. J. Nurs. Stud.* 100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103414>
- Institute of Medicine, 2001. *Shaping the Future; Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, Iom. National Academic Press, Washington, D.C. <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Council of Nurses, 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses*, International Council of Nurses.
- Jamshidi, N., Molazem, Z., Sharif, F., Torabizadeh, C., Kalyani, M.N., 2016. The Challenges of Nursing Students in the Clinical Learning Environment: A Qualitative Study. *Sci. World J.* 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/1846178>
- Jang, H., Lee, N.J., 2017. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. *PLoS One* 12, 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183536>
- Jang, H., Su-Yeon Park, C., Lee, N.J., An, J.Y., Song, T.M., Jang, H., Park, S.Y., 2014. Psychometric evaluation of a patient safety competency self-evaluation tool for nursing students. *J. Nurs. Educ.* 53, 550–562. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140922-01>
- Jones, T.L., 2014. Validation of the perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) instrument. *Nurs. Forum* 49, 77–87. <https://doi.org/10.1111/nuf.12076>
- Jones, T.L., Hamilton, P., Murry, N., 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int. J. Nurs. Stud.* 52, 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B.J., 2006. Missed Nursing Care A Qualitative Study. *J. Nurs. Care Qual.* 21, 306–313.
- Kalisch, B.J., Landstrom, G., Williams, R.A., 2009a. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs. Outlook* 57, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., Hinshaw, A.S., 2009b. Missed nursing care: A concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 65, 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

- Kalisch, B.J., Lee, S., Dabney, B.W., 2014. Outcomes of inpatient mobilization: A literature review. *J. Clin. Nurs.* 23, 1486–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.12315>
- Killam, L.A., Mossey, S., Montgomery, P., Timmermans, K.E., 2013. First year nursing students' viewpoints about compromised clinical safety. *Nurse Educ. Today* 33, 475–480. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.010>
- Kim, L., Lyder, C.H., Mcneese-Smith, D., Leach, L.S., Needleman, J., 2015. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 71, 2490–2503. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
- Kim, Y.M., Yoon, Y.S., Hong, H.C., Min, A., 2019. Effects of a patient safety course using a flipped classroom approach among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ. Today* 79, 180–187. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2019.05.033>
- Kirwan, M., Riklikiene, O., Gotlib, J., Fuster, P., Borta, M., 2019. Regulation and current status of patient safety content in pre-registration nurse education in 27 countries: Findings from the Rationing - Missed nursing care (RANCARE) COST Action project. *Nurse Educ. Pract.* 37, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.04.013>
- Kyngäs, H., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., 2020. The Application of Content Analysis in Nursing Science Research, *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6>
- Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N.A.N., Lawthers, A.N.N.G., Localio, A.R., Barnes, B.A., Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., Li, M., Hiatt, H., 1991. The Nature of Adverse events in Hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.* 324, 377–384.
- Lee, E., Kim, Y., 2020. The relationship of moral sensitivity and patient safety attitudes with nursing students' perceptions of disclosure of patient safety incidents: A cross-sectional study. *PLoS One* 15. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0227585>
- Lee, J.J., Clarke, C.L., Carson, M.N., 2018. Nursing students' learning dynamics and influencing factors in clinical contexts. *Nurse Educ. Pract.* 29, 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.003>
- Lee, N.J., Jang, H., Park, S.Y., 2016. Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study. *Nurs. Heal. Sci.* 18, 163–171. <https://doi.org/10.1111/nhs.12237>
- Lee, S.E., Lee, M.H., Peters, A.B., Gwon, S.H., 2020. Assessment of patient safety and cultural competencies among senior baccalaureate nursing students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124225>
- Lee, S.E., Morse, B.L., Kim, N.W., 2021. Patient safety educational interventions: A systematic review with recommendations for nurse educators. *Nurs. Open* 1–13. <https://doi.org/10.1002/nop2.955>
- Leotsakos, A., Ardolino, A., Cheung, R., Zheng, H., Barraclough, B., Walton, M., 2014. Educating future leaders in patient safety. *J. Multidiscip. Healthc.* 7, 381–388. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S53792>
- Levett-Jones, T., Andersen, P., Bogossian, F., Cooper, S., Guinea, S., Hopmans, R., McKenna, L., Pich, J., Reid-Searl, K., Seaton, P., 2020. A cross-sectional survey of nursing students' patient safety knowledge. *Nurse Educ. Today* 88, 104372. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104372>
- Lukewich, J., Edge, D.S., Tranmer, J., Raymond, J., Miron, J., Ginsburg, L., van DenKerkhof, E., 2015.

- Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annual cross-sectional study (2010-2013). *Int. J. Nurs. Stud.* 52, 930–938. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.010>
- MacMillan, K., 2016. The Hidden Curriculum: What Are We Actually Teaching about the Fundamentals of Care? *Nurs. Leadersh. (Tor. Ont.)*. 29, 37–46. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24644>
- Madigosky, W.S., Headrick, L.A., Nelson, K., Cox, K.R., Anderson, T., 2006. Changing medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety. *Acad. Med.* 81, 94–101.
- Mahdy, A.Y., 2020. Student Nursing Competency; Definition, Components and levels: A Systematic Review. *Merit Res. J. Med. Med. Sci.* 8, 169–177. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3834806>
- Makary, M.A., Daniel, M., 2016. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Manaseki-Holland, S., Richard, J.L., Chen, Y.-F., Gupta, K.K., Chilton, P.J., Hofer, T.P., 2019. Ranking Hospitals Based on Preventable Hospital Death Rates: A Systematic Review With Implications for Both Direct Measurement and Indirect Measurement Through Standardized Mortality Rates, *The Milbank Quarterly*.
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., Rajendrababu, A., 2020. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nurs. Philos.* 21, 1–15. <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Mansour, M., 2015. Factor analysis of nursing students' perception of patient safety education. *Nurse Educ. Today* 35, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.020>
- Mansour, M., 2012. Current assessment of patient safety education. *Br. J. Nurs.* 21, 536–543. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.9.536>
- Mansour, M., Skull, A., Parker, M., 2015. Evaluation of World Health Organization Multi-Professional Patient Safety Curriculum Topics in Nursing Education: Pre-test, post-test, none-experimental study. *J. Prof. Nurs.* 31, 432–439. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.03.002>
- Mansour, M.J., Al Shadafan, S.F., Abu-Sneineh, F.T., AlAmer, M.M., 2018. Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. *Open Nurs. J.* 12, 125–132. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010125>
- Mariani, B., Cantrell, M.A., Meakim, C., Jenkinson, A., 2015. Improving students' safety practice behaviors through a simulation-based learning experience. *J. Nurs. Educ.* 54, S35–S38. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150218-05>
- Mbuthia, N.N., Moleki, M.M., 2019. Preregistration nursing students' perceived confidence in learning about patient safety in selected Kenyan universities. *Curacionis* 42, 1–7. <https://doi.org/10.4102/curacionis.v42i1.1974>
- Mira, J.J., Navarro, I.M., Guilabert, M., Poblete, R., Franco, A.L., Jiménez, P., Aquino, M., Fernández-Trujillo, F.J., Lorenzo, S., Vitaller, J., De Valle, Y.D., Aibar, C., Aranaz, J.M., De Pedro, J.A., 2015. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am. J. Public Heal.* 38, 110–119.
- Mok, W., Wang, W., Cooper, S., Neo Kim Ang, E., Ying Liaw, S., 2015. Attitudes towards vital signs monitoring in the detection of clinical deterioration: scale development and survey of ward nurses.

- Int. J. Qual. Heal. Care 27, 207–213. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv019>
- Montgomery, P., Killam, L., Mossey, S., Heerschap, C., 2014. Third year nursing students' viewpoints about circumstances which threaten safety in the clinical setting. *Nurse Educ. Today* 34, 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.019>
- Mossey, S., Montgomery, P., Raymond, J.M., Killam, L.A., 2012. Typology of undergraduate nursing students' unsafe clinical practices: Q-methodology. *J. Nurs. Educ.* 51, 245–253. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120309-01>
- National Patient Safety Agency, 2004. Seven steps to patient safety The full reference guide. Npsa 188. [https://doi.org/Date accessed 30/03/14](https://doi.org/Date%20accessed%2030/03/14)
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K.H., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, Å., Brinchmann, B.S., Andersen, B., 2008. Clinical prioritisations of healthcare for the aged - Professional roles. *J. Med. Ethics* 34, 332–335. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.020693>
- Noviyanti, L.W., Handiyani, H., Gayatri, D., 2018. Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use of quality circles. *BMC Nurs.* 17. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0318-7>
- Okuyama, J.H.H., Galvao, T.F., Silva, M.T., 2018. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *Sci. World J.* 11. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
- Ousey, K., Gallagher, P., 2007. The theory-practice relationship in nursing: A debate. *Nurse Educ. Pract.* 7, 199–205. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.02.001>
- Palese, A., Bassi, E., Tommasini, C., Vesca, R., Di Falco, A., De Lucia, P., Mulloni, G., Paoletti, F., Rissolo, R., Sist, L., Sanson, G., Guardini, I., Bressan, V., Mesaglio, M., Papastavrou, E., Blackman, I., 2019. Developing policies and actions in response to missed nursing care: A consensus process. *J. Nurs. Manag.* 27, 1492–1504. <https://doi.org/10.1111/jonm.12835>
- Palese, A., Chiappinotto, S., Canino, E., Martinenghi, G., Sist, R., Milani, L., Marcomini, I., Grasseti, L., Destrebecq, A., 2021. Unfinished Nursing Care Survey for Students (UNCS4S): A multicentric validation study. *Nurse Educ. Today* 102, 104908. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104908>
- Palese, A., Zabalegui, A., Sigurdardottir, A.K., Bergin, M., Dobrowolska, B., Gasser, C., Pajnkihar, M., Jackson, C., 2014. Bologna process, more or less: Nursing education in the European Economic Area: A discussion paper. *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh.* 11, 1–11. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0022>
- Papastavrou, E. and the R.C., 2016. Rationing -Missed Care:An international and multidimensional problem, (COST Action CA15208). RANCARE Technical Annex, Overview Summary. Brussel.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Efstathiou, G., 2013. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int. J. Health Plann. Manage.* 29, 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Merkouris, A., 2014a. Linking patient satisfaction with nursing care: The case of care rationing - a correlational study. *BMC Nurs.* 13, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-26>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., De Geest, S., 2014b. Rationing of Nursing Care

- Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clin. Nurs. Res.* 23, 314–335. <https://doi.org/10.1177/1054773812469543>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Vryonides, S., 2014c. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs. Ethics* 21, 583–93. <https://doi.org/10.1177/0969733013513210>
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C., Merkouris, A., 2016a. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 21, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.002>
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., Andreou, C., 2016b. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study. *BMC Nurs.* 15, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0164-4>
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Karlou, C., Patiraki, E., Jarosova, D., Balogh, Z., Merkouris, A., Suhonen, R., 2016c. Patients' decisional control over care: A cross-national comparison from both the patients' and nurses' points of view. *Scand. J. Caring Sci.* 30, 26–36. <https://doi.org/10.1111/scs.12218>
- Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H., 2010. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Educ. Pract.* 10, 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.07.003>
- Papathanassoglou, E., 2010. Psychological support and outcomes for icu patients. *Nurs. Crit. Care* 15, 118–128. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00383.x>
- Piscotty, R., Grobbel, C., Abele, C., 2013. Initial psychometric evaluation of the nursing quality and safety self-inventory. *J. Nurs. Educ.* 52, 269–274. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130412-03>
- Pitkänen, S., Kääriäinen, M., Oikarainen, A., Tuomikoski, A.M., Elo, S., Ruotsalainen, H., Saarikoski, M., Kärämänoja, T., Mikkonen, K., 2018. Healthcare students' evaluation of the clinical learning environment and supervision – a cross-sectional study. *Nurse Educ. Today* 62, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.005>
- Rafferty, A.M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., Luk Bruyneel, 2019. Health systems through nursing : Evidence from 14 European countries, World Health Organisation.
- RANCARE Consortium COST Action CA 15208, 2016. Memorandum of Understanding for the implementation of the Cost Action “Rationing -Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem”(RANCARE) CA 15208. Brussel.
- Raso, A., Ligozzi, L., Garrino, L., Dimonte, V., 2019. Nursing profession and nurses' contribution to nursing education as seen through students' eyes: A qualitative study. *Nurs. Forum* 54, 414–424. <https://doi.org/10.1111/nuf.12349>
- Raymond, J., Medves, J., Godfrey, C., 2016. Perspectives on Patient Safety Among Practical Nursing Students. *Can. J. Nurs. Res.* 48, 41–47. <https://doi.org/10.1177/0844562116664260>
- Raymond, J.M., Medves, J.M., Godfrey, C.M., 2017. Baccalaureate nursing students' confidence on patient safety. *J. Nurs. Educ. Pract.* 7, 56. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n6p56>
- Reason, J., 2000. Safety paradoxes and safety culture. *Inj. Control Saf. Promot.* 7, 3–14. [https://doi.org/10.1076/1566-0974\(200003\)7:1;1-v;ft003](https://doi.org/10.1076/1566-0974(200003)7:1;1-v;ft003)

- Rebeschi, L.M., 2020. Perceived Patient Safety Competence of Baccalaureate Nursing Students: A Descriptive Comparative Study. *SAGE Open Nurs.* 6, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2377960820930134>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B., Griffiths, P., 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J. Clin. Nurs.* 27, 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- RN4CAST, 2017. RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing)Final Report Summary | [WWW Document]. FP7 | CORDIS | Eur. Comm. URL <https://cordis.europa.eu/project/id/223468/reporting> (accessed 10.27.21).
- Rodwin, B.A., Bilan, V.P., Merchant, N.B., Steffens, C.G., Grimshaw, A.A., Bastian, L.A., Gunderson, C.G., 2020. Rate of Preventable Mortality in Hospitalized Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med.* 35, 2099–2106. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05592-5>
- Saarikoski, M., Isoaho, H., Warne, T., Leino-Kilpi, H., 2008. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *Int. J. Nurs. Stud.* 45, 1233–1237. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.009>
- Saarikoski, M., Kaila, P., Lambrinou, E., Pérez Cañaveras, R.M., Tichelaar, E., Tomietto, M., Warne, T., 2013. Students’ experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: An empirical study in a Western European context. *Nurse Educ. Pract.* 13, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.013>
- Saarikoski, M., Marrow, C., Abreu, W., Riklikiene, O., Özbicakçi, S., 2007. Student nurses’ experience of supervision and Mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Educ. Pract.* 7, 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.02.006>
- Saarikoski, M., Warne, T., Kaila, P., Leino-Kilpi, H., 2009. The role of the nurse teacher in clinical practice: An empirical study of Finnish student nurse experiences. *Nurse Educ. Today* 29, 595–600. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.005>
- Schnall, R., Stone, P., Currie, L., Desjardins, K., John, R.M., Bakken, S., 2008. Development of a self-report instrument to measure patient safety attitudes, skills, and knowledge. *J. Nurs. Scholarsh.* 40, 391–394. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00256.x>
- Schubert, M., Clarke, S.P., Glass, T.R., Schaffert-Witvliet, B., De Geest, S., 2009. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *Int. J. Nurs. Stud.* 46, 884–893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M., De Geest, S., 2008. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int. J. Qual. Heal. Care* 20, 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
- Scott, P.A., Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., Christiansen, K., Toffoli, L., Papastavrou, E., On behalf of the RANCARE Consortium COST – CA 15208, 2019. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nurs. Ethics* 26, 1528–1539. <https://doi.org/10.1177/0969733018759831>



- Scully, N.J., 2011. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian* 18, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.002>
- Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D., 2011. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Shalaby, S., Seweid, M., Shalaby, S.A., Seweid, M.M., El-Soussi, A.H., 2018. Critically ill patient safety in nursing education: Students' practices and perception Priorities of critical care nursing research and assessing self directed learning View project Post simulation debriefing View project Critically ill patient safety in nursing education: Students' practices and perception. *Artic. Int. J. Healthc.* 4. <https://doi.org/10.5430/ijh.v4n2p1>
- Shanty, J.A., Gropelli, T., 2018. Self-reported patient safety competence among nursing, respiratory care, and nuclear medicine technology students. *J. Allied Health* 47, 141–146.
- Simou, E., Koutsogeorgou, E., 2014. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy (New. York)*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
- Skaalvik, M.W., Normann, H.K., Henriksen, N., 2011. Clinical learning environment and supervision: Experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *J. Clin. Nurs.* 20, 2294–2304. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03727.x>
- Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N.S., 2017. The economics of patient safety, OECD Health Working Papers.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., Nortvedt, P., 2010. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes - a qualitative study. *Scand. J. Caring Sci.* 24, 533–540. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>
- Smith, E.L., Cronenwett, L., Sherwood, G., 2007. Current assessments of quality and safety education in nursing. *Nurs. Outlook* 55, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.005>
- Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., Pearson, P.H., 2014. Patient safety in nursing education: Contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Educ. Today* 34, 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.025>
- Steven, A., Tella, S., Turunen, H., Flores Vizcaya-Moreno, M., Pérez-Cañaveras, R.M., Porrás, J., Bagnasco, A., Sasso, L., Myhre, K., Sara-aho, A., Ringstad, Ø., Pearson, P., 2019. Shared learning from national to international contexts: a research and innovation collaboration to enhance education for patient safety. *J. Res. Nurs.* 24, 149–164. <https://doi.org/10.1177/1744987118824628>
- Stomski, N., Gluyas, H., Andrus, P., Williams, A., Hopkins, M., Walters, J., Sandy, M., Morrison, P., 2018. The influence of situation awareness training on nurses' confidence about patient safety skills: A prospective cohort study. *Nurse Educ. Today* 63, 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.019>
- Storm-Versloot, M.N., Verweij, L., Lucas, C., Ludikhuizen, J., Goslings, J.C., Legemate, D.A., Vermeulen, H., 2014. Clinical relevance of routinely measured vital signs in hospitalized patients: A systematic review. *J. Nurs. Scholarsh.* 46, 39–49. <https://doi.org/10.1111/jnu.12048>
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M.L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S.,

- Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., Monnet, D.L., 2018. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two european point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance* 23, 1–18. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
- Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Papastavrou, E., 2012. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: An international comparative study. *J. Clin. Nurs.* 21, 1155–1167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03833.x>
- Suhonen, R., Gustafsson, M.L., Katajisto, J., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., 2010. Individualized care scale - Nurse version: A Finnish validation study. *J. Eval. Clin. Pract.* 16, 145–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x>
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadóttir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorssen, K., Harvey, C., Toffoli, L., Scott, P.A., 2018. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int. J. Nurs. Stud.* <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
- Sulima, M., 2019. Measuring Patient Safety Competence Among Nursing Students in the Classroom and Clinical Settings. *Nurs. Educ. Perspect.* 40, 1–6. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000460>
- Sullivan, D.T., Hirst, D., Cronenwett, L., 2009. Assessing quality and safety competencies of graduating prelicensure nursing students. *Nurs. Outlook* 57, 323–331. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.08.004>
- Sundler, A.J., Björk, M., Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A.K., Gustafsson, M., 2014. Student nurses' experiences of the clinical learning environment in relation to the organization of supervision: A questionnaire survey. *Nurse Educ. Today* 34, 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.023>
- Tella, Susanna, Smith, Nancy Jane, Partanen, Pirjo, Jamookeeah, D., Lamidi, M.L., Turunen, Hannele, 2015. Learning to ensure patient safety in clinical settings: Comparing Finnish and British nursing students' perceptions. *J. Clin. Nurs.* 24, 2954–2964. <https://doi.org/10.1111/jocn.12914>
- Tella, S., Liukka, M., Jamookeeah, D., Smith, N.J., Partanen, P., Turunen, H., 2014. What do nursing students learn about patient safety? an integrative literature review. *J. Nurs. Educ.* 53, 7–21. <https://doi.org/10.3928/01484834-20131209-04>
- Tella, S., Smith, N.J., Partanen, P., Turunen, Hannele, Smith, M.N., Hons, B.A., Smith, N.J., Partanen, P., Turunen, H., Smith, M.N., Hons, B.A., 2015. Learning Patient Safety in Academic Settings: A Comparative Study of Finnish and British Nursing Students' Perceptions. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 12, 154–164. <https://doi.org/10.1111/wvn.12088>
- The Patient Safety and Quality of Care Working Group (PSQCWG), 2014. Education and training in patient safety across Europe Work of the Education and Training in Patient Safety Subgroup of the Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Thoesen Coleman, M., McLean, A., Williams, L., Hasan, K., 2017. Improvement in interprofessional student learning and patient outcomes. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.05.003>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., Førde, R., 2011. Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. *Nurs. Ethics* 18, 386–396. <https://doi.org/10.1177/0969733011398099>

- Tregunno, D., Ginsburg, L., Clarke, B., Norton, P., 2014. Integrating patient safety into health professionals' curricula: A qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives. *BMJ Qual. Saf.* 23, 257–264. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001900>
- Usher, K., Woods, C., Conway, J., Lea, J., Parker, V., Barrett, F., O'Shea, E., Jackson, D., 2018. Patient safety content and delivery in pre-registration nursing curricula: A national cross-sectional survey study. *Nurse Educ. Today* 66, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.013>
- Usher, K., Woods, C., Parmenter, G., Hutchinson, M., Mannix, J., Power, T., Chaboyer, W., Latimer, S., Mills, J., Siegloff, L., Jackson, D., 2017. Self-reported confidence in patient safety knowledge among Australian undergraduate nursing students : A multi-site cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 71, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.006>
- Vaismoradi, M., Bondas, T., Jasper, M., Turunen, H., 2014. Nursing students' perspectives and suggestions on patient safety-implications for developing the nursing education curriculum in iran. *Nurse Educ. Today* 34, 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.10.002>
- Vaismoradi, M., Salsali, M., Marck, P., 2011. Patient safety: Nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *Int. Nurs. Rev.* 58, 434–442. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00882.x>
- Vaismoradi, M., Salsali, M., Turunen, H., Bondas, T., 2012. A qualitative study on Iranian nurses' experiences and perspectives on how to provide safe care in clinical practice. *J. Res. Nurs.* 18, 351–365. <https://doi.org/10.1177/1744987112451578>
- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P.A., Khakurel, J., Vizcaya-Moreno, F., 2020. Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 3–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- VanDenKerkhof, E., Sears, N., Edge, D.S., Tregunno, D., Ginsburg, L., 2017. Patient safety in practical nurses' education: A cross-sectional survey of newly registered practical nurses in Canada. *Nurse Educ. Today* 51, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.01.003>
- Vincent, C., Neale, G., Woloshynowych, M., 2001. Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *Br. Med. J.* 322, 517–519. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Eleftheriou, C., Merkouris, A., 2018. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nurs. Ethics* 25, 707–723. <https://doi.org/10.1177/0969733016664979>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Merkouris, A., 2015. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs. Ethics* 22, 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Walton, M.M., Shaw, T., Barnet, S., Ross, J., 2006. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Qual. Saf. Heal. Care* 15, 437–442. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019216>
- WHO, 2020. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 [WWW Document]. World Heal. Organ. URL <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705> (accessed 10.26.21).
- WHO, 2016. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020, WHO publication. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0247-x>

- WHO, 2011. Patient safety curriculum guide. Multi-Professional Edition., World Health Organisation. <https://doi.org/10.1097/00001888-200005000-00082>
- World Health Organization, 2009. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1: Final Technical Report January 2009. Geneva.
- World Health Organisation (WHO), 2020. Patient safety, WHO. World Health Organization.
- World Health Organisation (WHO), 2019. Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety.
- Wu, A.W., Busch, I.M., 2019. Patient safety: A new basic science for professional education. *GMS J. Med. Educ.* 36, 1–15. <https://doi.org/10.3205/zma001229>
- Yu, A., Fontana, G., Darzi, A., 2016. Evaluation of Education and Training Interventions for Patient Safety.
- Αγαθαγγέλου, Μ., 2011. Ιατρική αμελεια, in: 1ο Επιστημονικό Συνέδριο. Παγκύπριος Συνδέσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων.
- Ελληνική Δημοκρατία, 1986. ΦΕΚ\_183\_1986-αροφasi\_e5\_1797 fek 183 b 14-4-1986 (2).pdf. 183.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. Δεύτερη έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο για την υλοποίηση της σύστασης 2009/C 151/01 του Συμβουλίου σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της καταπολέμησης λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Βρυξέλλες. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ομάδα εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της, 2014. Συστήματα υποβολής εκθέσεων και αποκόμισης διδαγμάτων για συμβάντα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών σε ολόκληρη την Ευρώπη.
- Ηγουμενίδης, Μ., 2020. Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις στις επιστήμες υγείας, 1st ed, Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις στις επιστήμες υγείας. OPPORTUNA, Πάτρα.
- Λουραντάκη, Ι., Κατσαλιάκη, Κ., 2017. Η διερεύνηση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34, 191–206.
- Μοιρασγεντή, Μ., Σμυρνάκης, Ε., Παναγοπούλου, Ε., Μπένος, Α., 2018. Η ασφάλεια των ασθενών και ο ρόλος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. *Arch. Hell. Med.* 9, 665–670.
- Μπελλάλη, Θ., 2018. Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/ πράξη; *ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ* 11, 3–7.
- Ουζουνή, Χ., Κωνσταντίνος, Ν., Κωνσταντίνος, Κ., Θεόδωρος, Κ., 2009. Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση-Μια ποιοτική μελέτη. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 8, 354–366.
- Παναγιώτου, Α., 2015. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 32, 354–363.
- Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2013. Κλινική Άσκηση Φοιτητών Νοσηλευτικής-Προυποθέσεις για Αποτελεσματική Κλινική Εκπαίδευση. Κύπρος.
- Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2012. Ο περι νοσηλευτικής & μαιευτικής νομος.

