

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



Διδακτορική διατριβή

**ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΑ
ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ(ΤΑΕΠ)
ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ ΛΑΜΠΡΟΥ

Λεμεσός, 2015

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ
ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ(ΤΑΕΠ) ΤΩΝ
ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

της

ΠΕΡΣΕΦΟΝΗΣ ΛΑΜΠΡΟΥ

Λεμεσός 2015

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

Τίτλος: ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ
ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ(ΤΑΕΠ) ΤΩΝ
ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Παρουσιάστηκε από

Περσεφόνη Λάμπρου

Επιβλέπων καθηγητής: **Δρ Ευριδίκη Παπασταύρου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μέλος εξεταστικής επιτροπής (Πρόεδρος): **Δρ Χρυσούλλα Λεμονίδου**, Καθηγήτρια Τμήμα
Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μέλος εξεταστικής επιτροπής: **Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής: **Δρ Αναστάσιος Μερκούρης**, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής: **Δρ Νίκος Μίτλεττον**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σεπτέμβριος, 2015

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Περσεφόνη Λάμπρου,2015

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.

Της παιδείας την μεν ρίζαν είναι πικράν τον δε καρπόν γλυκύν.

Ισοκράτης, 436-338 π.Χ., Αθηναίος ρήτορας

Παιδεία ευτυχούσι μεν εστί κόσμος, ατυχούσι δε καταφύγιον.

Ισοκράτης, 436-338 π.Χ., Αθηναίος ρήτορας

Αφιερωμένη στη μνήμη του πατέρα μου, οδοντίατρου Ανδρέα Λάμπρου, ο οποίος μου καλλιέργησε την αγάπη για την έρευνα και τη γνώση, και που μας άφησε για το μεγάλο ταξίδι της αιωνιότητας στις 27 Αυγούστου 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην εκπόνηση αυτού του διδακτορικού. Πολλοί με στήριξαν και με ενεθάρρυναν κατά τη διάρκεια του μεγάλου μου ταξιδιού προς το διδακτορικό. Είμαι ευγνώμων σε όλους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω προς την τριμελή συμβουλευτική επιτροπή. Ειδικότερα, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή και βαθύτατη εκτίμηση μου στην άμεσα επιβλέπουσα μου δρα Ευριδίκη Παπασταύρου. Η υπομονή, η κατανόηση, η συνεχής στήριξη, η εποικοδομητική καθοδήγηση της καθώς και τα πολυτιμότερα σχόλια της καθ' όλη τη διάρκεια των 5 ετών συνέβαλαν καταλυτικά στην πραγματοποίηση αυτού του ονείρου.

Ευχαριστώ το δρα Μερκούρη για τα χρησιμότερα σχόλια του και τη συμβολή του σε όλα τα στάδια των διδακτορικών μου σπουδών. Ειδικά, στο πρώτο προσχέδιο της διατριβής με βοήθησαν να επαναδιαμορφώσω το κείμενο με ένα συγυρισμένο και περιεκτικό τρόπο.

Ευχαριστώ το δρα Μίτλετον για τις πολυτιμότερες συμβουλές και εύστοχες παρατηρήσεις του σε όλα τα στάδια των σπουδών μου. Ειδικά, τα πολύ κατανοητά μαθήματα που μου προσέφερε στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας μας, με οδήγησαν να αντιληφθώ πόσο σημαντική είναι μια ορθολογική στατιστική ανάλυση.

Θερμά ευχαριστώ τα δύο εξωτερικά μέλη της εξεταστικής επιτροπής, δρα Ραφτόπουλο και δρα Λεμονίδου που αποδέκτηκαν να συμμετέχουν στην εξεταστική επιτροπή παρόλο το φόρτο εργασίας τους. Ειδικά, τη δρα Λεμονίδου που ανέλαβε το δύσκολο έργο της προεδρίας της εξεταστικής επιτροπής.

Χωρίς τη συμβολή των ιατρών και των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα και των νοσηλευτών που συντόνιζαν την προσπάθεια αυτή στα κατά τόπους νοσοκομεία, η έρευνα μας δεν θα ολοκληρωνόταν με τόση επιτυχία. Για αυτό τους ευχαριστώ όλους από τα βάθη της καρδιάς μου.

Ευχαριστώ το σύζυγο μου, δρα Σάββα Χριστοδούλου, για τη διαχρονική του στήριξη σε όλη τη διάρκεια των διδακτορικών μου σπουδών. Ειδικά, η καταλυτική του παρέμβαση στους συναδέλφους του, ήταν καθοριστική για την αυξημένη ανταπόκριση που είχα στην έρευνα. Τα δύο παιδιά μου Νεόφυτος και Μαρία-Νεφέλη ήταν δίπλα μου όλα αυτά τα χρόνια του διδακτορικού αλλά και των άλλων δύο μεταπτυχιακών μου. Ο γιος μου αρχικά είχε τις επιφυλάξεις του σχετικά με το εγχείρημα μου αλλά στο τέλος μου εκμυστηρεύτηκε ότι παίρνει κουράγιο στα δικά του διαβάσματα βλέποντας με στην ηλικία των 51 ετών να είμαι ακόμα φοιτήτρια. Η κόρη μου με στήριζε συνεχώς και με ακολούθησε και σε πρόγραμμα διαλέξεων όπου είχα πάρει μέρος, παρόλο που την επομένη έδινε εξετάσεις φυσικής στο σχολείο.

Η στήριξη από τη μητέρα μου Νεφέλη ήταν σημαντικότερη. Η ίδια έχοντας σπουδάσει οδοντιατρική σε μια εποχή που τα ήθη και τα έθιμα δεν επέτρεπαν στις γυναίκες να πάνε καν στο γυμνάσιο, με γαλούχησε με την επιθυμία να μαθαίνω όλο και περισσότερα στη ζωή μου και ουδέποτε στέρησε τόσο από μένα όσο και από τα 3 αδέρφια μου οτιδήποτε ζητούσαμε για να μάθουμε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια, το Επαγγελματικό Περιβάλλον στα νοσηλευτήρια αποτελεί πεδίο διερεύνησης λόγω κυρίως των αλλαγών που επήλθαν στα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά λόγω και της συνεχιζόμενης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Είναι προφανές ότι η κρίση έχει σοβαρές επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή των εργαζομένων, λαμβάνοντας υπόψη τα σκληρά μέτρα λιτότητας που έχουν ληφθεί από τα κράτη μέλη της Ε.Ε. Αυτά συμπεριλαμβάνουν περικοπές μισθών, πάγωμα στις προσλήψεις, αναστολή των προαγωγών, και έχουν αρκετές αρνητικές συνέπειες, όπως η απώλεια της τεχνογνωσίας, το χαμηλό ηθικό και η έλλειψη παρακίνησης των εργαζομένων αλλά και γενικότερα την πτώση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών. Η κρίση δεν θα μπορούσε να προσπεράσει τον τομέα της υγείας, του οποίου ο προϋπολογισμός έχει υποστεί δραστικές μειώσεις.

Η μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ αποκτά ιδιαίτερη σημασία, διότι με βάση την τρέχουσα γνώση, αυτό επηρεάζει τον τρόπο που παρέχεται η επείγουσα φροντίδα υγείας αλλά και την έκβαση της κατάστασης του ασθενούς και κατέπτεκταση την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η μελέτη του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος στα δημόσια ΤΑΕΠ της Κύπρου δεν έχει μελετηθεί ενώ είναι ελάχιστες οι διεθνείς μελέτες που έχουν εκπονηθεί και αφορούν το σημαντικότερο αυτό θέμα.

Σκοπός: Η παρούσα διατριβή είχε σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με το Επαγγελματικό Περιβάλλον στα δημόσια ΤΑΕΠ σε σχέση με την επαγγελματική τους ικανοποίηση και τις απόψεις τους σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης επείγουσας φροντίδας

Μέθοδος: Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας ήταν περιγραφικός-συγκριτικός και συσχέτισης. Η κύρια μεταβλητή της έρευνας ήταν η εξέταση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και δευτερευόντως η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και των απόψεων των συμμετεχόντων για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από όλα τα αυτόνομα ΤΑΕΠ των Κρατικών Νοσηλευτηρίων της Κύπρου, κατά την περίοδο Ιουλίου-Αυγούστου 2013. Στην έρευνα κλήθηκαν να συμμετάσχουν όλοι οι ιατροί και οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν στα ΤΑΕΠ. Συνολικά 224 άτομα (ποσοστό αναταπόκρισης 81%) πήραν μέρος στην έρευνα, 50 ιατροί και 174 νοσηλευτές.

Για την αξιολόγηση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Revised Professional Practice Environment-RPPE (Erickson et al. 2004), που αποτελείται από 39 ερωτήματα κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 4 (1=διαφωνώ έντονα μέχρι 4=συμφωνώ έντονα) και μετρά οκτώ χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος: ηγεσία και αυτονομία, έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος, επικοινωνία για τους ασθενείς, ομαδική εργασία, διαχείριση συγκρούσεων, διεπαγγελματικές σχέσεις, εσωτερική παρακίνηση και πολιτισμική ευαισθησία. Για τη μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το μέρος του ερωτηματολογίου των Warr-Cook-Wall (1979) που αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση και αποτελείται από 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 7 (1=έντονη δυσαρέσκεια μέχρι 7=έντονη ευαρέσκεια). Οι απόψεις για το κλίμα ασφάλειας αξιολογήθηκαν με το μέρος του ερωτηματολογίου «EMERGENCY MEDICAL SERVICES SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE» (Patterson & Huang 2010) που αφορά το κλίμα ασφάλειας και αποτελείται από 7

ερωτήσεις κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 5 (1=διαφωνώ έντονα μέχρι 5=συμφωνώ έντονα). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί τροποποίηση του εργαλείου SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE το οποίο εξετάζει τις γενικότερες στάσεις για την ασφάλεια και έχει προσαρμοστεί ειδικά για τα ΤΑΕΠ (Sexton et al. 2004). Μια μονήρης κλειστού τύπου ερώτηση μετρά τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 5 (1=πολύ κακή ποιότητα μέχρι 5=πολύ καλή ποιότητα). Έγινε στατιστική επεξεργασία επί των δεδομένων, η οποία περιελάμβανε περιγραφική στατιστική ανάλυση, δοκιμασίες συσχέτισης και μοντέλα μονομεταβλητής και πολυμεταβλητής ανάλυσης.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκαν οι σχετικές άδειες από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, και την Επιτροπή Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, την Υπηρεσία Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων καθώς και από τους συγγραφείς των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

Αποτελέσματα: Η αξιολόγηση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν έδειξε ότι όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αρκετά αξιόπιστα. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) 0,88, για την επαγγελματική ικανοποίηση 0,90 και για το EMS-SAQ (Safety Climate Domain) 0,62. Η μέση τιμή αξιολόγησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος σημειώθηκε στο 2,79 (σε κλίμακα 1-4), της επαγγελματικής ικανοποίησης 4,19 (σε κλίμακα 1-7), των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας 3,18 (σε κλίμακα 1-5), και των απόψεων για την ποιότητα 3,81(σε κλίμακα 1-5). Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή όλους τους δείκτες. Οι εργαζόμενοι στο μικρότερο ΤΑΕΠ αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή όλους

τους δείκτες. Καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και ορισμένων διαστάσεων του επαγγελματικού περιβάλλοντος όπως οι «Διεπαγγελματικές σχέσεις» ($p < 0,001$), «Εσωτερική παρακίνηση» ($p < 0,001$) και «Πολιτισμική ευαισθησία» ($p < 0,001$). Γενικά, ο παράγοντας «Ομαδική Εργασία» αξιολογείται με την υψηλότερη τιμή και ο παράγοντας «Έλεγχος στην άσκηση του Επαγγέλματος» με τη χαμηλότερη. Καταγράφεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος από τη μια και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης (Pearson=0,67), των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας των ασθενών (Pearson=0,57) και την ποιότητα της φροντίδας (Pearson=0,55) από την άλλη με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p < 0,001$). Ο παράγοντας του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος «Ηγεσία και Αυτονομία» εξηγεί κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) την επαγγελματική ικανοποίηση και κατά 28% τη μεταβλητότητα των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και ο παράγοντας «Διεπαγγελματικές Σχέσεις» (23%) τη μεταβλητότητα των απόψεων για την ποιότητα της φροντίδας.

Συζήτηση:

Ο δείκτης RPPE αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή σε σχέση με παλαιότερες έρευνες που συμπεριέλαβαν δείγματα από νοσηλευτές στην Κύπρο. Ο παράγοντας «ομαδική εργασία» έλαβε την υψηλότερη μέση τιμή και αυτό συμφωνεί με έρευνα στις Η.Π.Α όπου η καλή ομαδική εργασία στα ΤΑΕΠ συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση από το επαγγελματικό περιβάλλον. Η θετικότερη αποτίμηση στον παράγοντα «ομαδική εργασία» μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι το ΤΑΕΠ αποτελεί ένα τμήμα του νοσοκομείου όπου η συνεργασία με τα άλλα τμήματα είναι απαραίτητη. Ο παράγοντας «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» παρουσιάζει τη χαμηλότερη τιμή κάτι που

συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που συμπεριέλαβαν στο δείγμα τους νοσηλευτές από την Κύπρο. Οι ιατροί δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σχέση με τους νοσηλευτές κάτι που είναι εμφανές και σε άλλες πρόσφατες μελέτες στην Κύπρο. Το κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται θετικό, πράγμα που συμφωνεί με έρευνες τόσο στον ελληνικό-κυπριακό χώρο όσο και διεθνώς. Οι ιατροί είχαν θετικότερη άποψη για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία σε έρευνες που συμπεριέλαβαν τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές.

Συμπεράσματα-εισηγήσεις: Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος, της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της φροντίδας.

Η έρευνα εντόπισε αδυναμίες σε συγκεκριμένους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος που αξιολογήθηκαν με χαμηλές τιμές και μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο για το σχεδιασμό των κατάλληλων πολιτικών παρέμβασης.

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής υποδηλώνουν ότι με την επένδυση σε ένα καλό επαγγελματικό περιβάλλον βελτιώνεται η αίσθηση της παρεχόμενης ποιότητας και το κλίμα ασφάλειας των ασθενών. Η έρευνα μας παρουσιάζει την πρωτοτυπία ότι αξιολογεί ταυτόχρονα τις απόψεις για το Επαγγελματικό Περιβάλλον τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Στο χώρο της Κύπρου αλλά και τον ευρύτερο ελλαδικό χώρο είναι η πρώτη μελέτη η οποία επιχείρησε να διερευνήσει τις μεταβλητές αυτές στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων περιστατικών. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει συμβάλει τόσο η σύγκριση των απόψεων των δύο βασικών ομάδων επαγγελματιών υγείας – ιατρών και νοσηλευτών- σε ένα από τα πλέον νευραλγικά Τμήματα των νοσοκομείων, όσο και η

διασύνδεση των μεταβλητών «επαγγελματικό περιβάλλον, ικανοποίηση από την εργασία, ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας» για τα οποία ελάχιστες μελέτες υπάρχουν.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν παρεμβάσεις βελτίωσης του επαγγελματικού περιβάλλοντος οι οποίες θα συμβάλουν στη καλύτερη κατάσταση του κλίματος ασφάλειας και της αυτοαναφερόμενης ποιότητας φροντίδας και τη γενικότερη βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σε ερευνητικό επίπεδο, η μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει το έναυσμα για την εμβάθυνση σε ορισμένες διαστάσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος, ενώ ο σχεδιασμός θα μπορούσε να αναπαραχθεί για τη δημιουργία παρόμοιων μελετών σε άλλες χώρες και διαφορετικές κουλτούρες.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματικό περιβάλλον, ιατροί, νοσηλευτές, επαγγελματική ικανοποίηση, απόψεις, κλίμα ασφάλειας, αυτοαναφερόμενη ποιότητα φροντίδας

ABSTRACT

Introduction: Recent research evidence supports that the role of the professional practice environment is crucial for the delivery of quality care as it is significantly correlated with patient and physician/nurse outcomes. The professional practice environment in hospitals is receiving great interest mainly due to the changes that health systems have undergone worldwide but also due to the ongoing global economic crisis. It is obvious that this crisis has a serious impact on employment, given the harsh austerity measures taken by the EU Member States, including cuts in wages, freeze hiring recruitment, suspension of promotions, which have several negative consequences such as loss of expertise, low morale and lack of motivation among professionals and the general decline in living standards of citizens. The health sector, whose budget has undergone drastic reductions, could not be exempted from this vicious cycle. The study of the professional practice environment in Emergency Departments (EDs) is of particular importance because based on current knowledge, it affects the way emergency health care is provided as well as patients' outcomes and the quality of health services offered to the public. The professional practice environment in public EDs in Cyprus has not been studied extensively and only a few international studies concerning this topic of utmost importance have been carried out.

Aim: The purpose of this study was to explore physicians' and nurses' perceptions of their professional practice environment in public EDs hospital settings Cypruswide in relation to their job satisfaction and their views on the safety climate and quality of emergency services provided.

Method: A descriptive correlational study was performed among all nurses and physicians working in all five public autonomous EDs in July-August 2013 across the island. A total of 277 participants were eligible to participate and 224 questionnaires were completed and returned with an overall response rate of 80,9%.

To gain an understanding of the perceptions of the Professional Environment, the Revised Professional Practice Environment-RPPE instrument was used, consisting of 39 questions scaled from 1 to 4 (1 = strongly disagree to 4 = strongly agree), which measures eight characteristics: leadership and autonomy, control over practice, communication about patients, teamwork, handling disagreements, staff relationships, internal work motivation and cultural sensitivity. The two other instruments used were: Warr-Cook-Wall tool (job satisfaction component consisting of 10 items, captured on a 7-point Likert scale) and the Safety Climate Domain of the Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) (consisting of 7 questions scaled from 1-5). One question on a 5-point Likert scale measured the perceptions of the participants as regards quality of the care provided. Furthermore, participants were asked to provide relevant demographic information. The statistical analysis performed included descriptive statistical analysis, correlation tests and univariate and multivariate analysis models. Permissions were granted by the Research Committee of the Cyprus Ministry of Health and the Cyprus National Bioethics Committee. Permissions to use the instruments were obtained directly from the authors.

Results: The statistical analyses showed that all the tools used presented satisfactory reliability. Specifically, the Cronbach alpha reliability coefficient was for RPPE 0.88, for job satisfaction 0.90 and for the Safety Climate Domain of the EMS-SAQ 0.62. The

mean overall score for RPPE was 2.79 81 (on a scale 1-4), for job satisfaction 4.19 (on a scale 1-7), perceptions of the safety climate 3.18 (on a scale 1-5). and of the quality 3.81 (on a scale 1-5). Physicians assessed higher all indicators. Professionals in the smaller ED gave a higher assessment for all indicators. Statistically significant difference in mean values was recorded between professional groups and certain subscales of the professional environment like "interprofessional relations» (p <0,001), «internal motivation» (p <0,001) and "Cultural sensitivity» (p <0,001). In general, the subscale "teamwork" was assessed with the highest value and "control over practice" with the lowest. Moderate positive correlation was recorded between the Professional Environment and Job Satisfaction (Pearson = 0,67), perceptions about safety climate (Pearson = 0,57) and the quality of care (Pearson = 0,55) with statistically significant difference (p <0,001). "Leadership and autonomy" explained 37% of the variance job satisfaction and 28% of safety climate and the factor "Interprofessional relations" explained 23% of the variance of the quality of care.

Discussion: The RPPE index was evaluated in this study with a higher value in comparison to other surveys that included samples from nurses in Cyprus. 'Teamwork' received the highest value that is consistent with research in the US where good teamwork in EDs associated with increased satisfaction with the professional environment. The more positive evaluation of "teamwork" can be attributed to the fact that the ED is a part of the hospital where cooperation with other departments is essential. The factor "Control over practice" received the lowest value which is consistent with the results of other studies that included nurses from Cyprus. Physicians were more satisfied in relation to nurses, and that is evident in other recent studies in

Cyprus. The safety climate was not assessed positively which is in line with research in both the Greek and Cypriot area and internationally. The physicians expressed a more positive view on self-reported quality of care that is consistent with international research in the case the sample included both physicians and nurses.

Conclusions-suggestions: The results confirm the positive correlation between the professional environment, job satisfaction, and perceptions of safety climate and quality of care. The investigation identified weaknesses in specific characteristics of the Professional Environment, that were assessed with a lower score and these results can be a valuable tool for designing appropriate intervention measures and policies. The findings of this study suggest that investing in a good professional practice environment improves the assessment of the quality of the care provided and the patient safety climate. Our research shows the originality that it simultaneously assesses the perceptions about the Professional Environment of both physicians and nurses. In Cyprus and the wider Greek area, this is the first study which tried to explore these variables at the Accident and Emergency Departments. As regards, its contribution to the international literature it should be noted that the comparison of the perceptions of the two main groups of health professionals - physicians and nurses- in one of the most neuralgic departments of hospitals, and the interconnection of these variables (professional practice environment, job satisfaction, safety climate and quality of care) for which only a few studies exist. Based on the results of the study, interventions could be applied to improve the professional environment which will contribute to increasing the safety climate and quality of care as well as the overall improvement of health care services. At the research level, the study could trigger the deepening on certain

dimensions of the professional environment and the design could be replicated for the creation of similar studies in other countries and different cultures.

Key words: professional environment, physicians, nurses, job satisfaction, perceptions, safety climate, self-reported quality of care

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελίδα |
|---|--------|
| Περίληψη | viii |
| Abstract | xiv |
| Πίνακας περιεχομένων | xviii |
| Ευρετήριο πινάκων | xxii |
| Ευρετήριο διαγραμμάτων και γραφημάτων | xxiv |
| Συνομογραφίες-Σημείωση | xxv |
| A. Γενικό Μέρος | |
| Εισαγωγή | 1 |
| 1.Σύστημα Υγείας στην Κύπρο | 6 |
| 1.1.Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο | 11 |
| 1.2.Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο | 22 |
| 1.3.Το νέο προτεινόμενο Σύστημα Υγείας | 24 |
| 2.Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) | 28 |
| 2.1.Ορισμός και αποστολή του ΤΑΕΠ | 28 |
| 2.2. Υπέρμετρη προσέλευση στα ΤΑΕΠ | 31 |
| 2.3.Τα δημόσια ΤΑΕΠ στην Κύπρο | 32 |
| 3.Ορισμοί εννοιών | 45 |
| 3.1. Επαγγελματικό Περιβάλλον | 45 |
| 3.2.Επαγγελματική Ικανοποίηση | 49 |
| 3.3.Ασφάλεια Ασθενών | 50 |
| 3.4.Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας - Δείκτες ποιότητας στα ΤΑΕΠ | 52 |
| 4.Θεωρητικό Υπόβαθρο των βασικών εννοιών της μελέτης | 57 |
| 4.1. Επαγγελματικό Περιβάλλον | 57 |
| 4.2. Νοσοκομεία «Μαγνήτες» | 67 |
| 4.3.Επαγγελματική Ικανοποίηση | 74 |
| 4.4.Κλίμα Ασφάλειας | 77 |
| 4.5.Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας | 80 |
| 5.Εργαλεία Μέτρησης των απόψεων για το Επαγγελματικό Περιβάλλον, της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, και απόψεων για το Κλίμα Ασφάλειας και την Ποιότητα της Φροντίδας | 81 |
| 5.1.Εργαλεία μέτρησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος | 85 |
| 5.2.Εργαλεία μέτρησης της Επαγγελματικής Ικανοποίησης | 90 |
| 5.3. Εργαλεία μέτρησης των Απόψεων για το Κλίμα Ασφάλειας | |
| 5.4. Εργαλεία μέτρησης των Απόψεων για την Ποιότητα της φροντίδας | 93 |
| 6.Βιβλιογραφική ανασκόπηση | 97 |
| 6.1.Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση- Απόψεις για το επαγγελματικό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση | 97 |
| 6.2. Επαγγελματικό περιβάλλον και απόψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας | 116 |
| 6.3.Έρευνες σχετικές με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα στα ΤΑΕΠ | 129 |
| 7. Σημαντικότητα της μελέτης | 135 |

| | |
|--|-----|
| B. Ειδικό Μέρος | |
| 1.Υλικό και Μέθοδος | 147 |
| 1.1.Σχεδιασμός της μελέτης | 147 |
| 1.2.Σκοπός | 148 |
| 1.3. Επιμέρους Ερωτήματα | 148 |
| 1.4. Δείγμα της μελέτης-Κριτήρια επιλογής του δείγματος | 150 |
| 1.5. Ερευνητικά Εργαλεία | 150 |
| 1.5.1.Κριτήρια επιλογής εργαλείων | |
| 1.5.2.Εργαλείο διερεύνησης των απόψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον στο χώρο του ΤΑΕΠ | 153 |
| 1.5.3.Εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ | 153 |
| 1.5.4.Εργαλείο διερεύνησης των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ | 154 |
| 1.6.Η διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ | 156 |
| 1.7.Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας | 157 |
| 1.8.Διαδικασία συλλογής των δεδομένων | 157 |
| 1.9. Μελέτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας | 158 |
| 1.10.Ανάλυση των δεδομένων της έρευνας | 159 |
| 1.11.Περιγραφική στατιστική | 160 |
| 1.12.Στατιστικές δοκιμασίες- επιλογή των στατιστικών μοντέλων ανάλυσης | 160 |
| 2. Πιλοτική μελέτη | |
| 2.1.Ερευνητικό δείγμα και διαδικασία συλλογής των δεδομένων της πιλοτικής μελέτης | 165 |
| 2.2.Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης των απόψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον και των 8 επί μέρους παραγόντων του-Αξιοπιστία εργαλείου επαγγελματικής ικανοποίησης και εργαλείου για τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας | 166 |
| 2.3.Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της πιλοτικής εφαρμογής | 167 |
| 3. Έλεγχος αξιοπιστίας-Αξιοπιστία ερευνητικών εργαλείων του συνολικού δείγματος | 170 |
| 4. Αποτελέσματα της έρευνας | 172 |
| 4.1. Στατιστική ανάλυση δεδομένων – εκτιμήσεις | 175 |
| 4.1.1. Δημογραφικά στοιχεία | |
| 4.2.Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση | |
| 4.2.1.Αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος | 175 |
| 4.2.2.Μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης | 184 |
| 4.2.3.Αξιολόγηση των απόψεων για το Κλίμα Ασφάλειας | 186 |
| 4.2.4.Αξιολόγηση των απόψεων για την Ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας | 189 |
| 4.2.5. Επαγγελματικό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση | 190 |
| 4.2.6. Επαγγελματικό περιβάλλον και απόψεις για το κλίμα ασφάλειας | 192 |
| 4.2.7. Επαγγελματικό περιβάλλον και απόψεις ιατρών και νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα ΤΑΕΠ | 194 |
| 4.2.8.Διαφοροποίηση απόψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση, το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία | 197 |

| | |
|---|------------|
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 214 |
| ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 236 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ | 239 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 245 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 273 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 283 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑΕΠ (ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ) | 293 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΓΙΝΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ | 295 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ | 296 |

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | Σελ. |
|--|------|
| A.Γενικό Μέρος | |
| Πίνακας 1: Οι Άξονες Ποιότητας και Ασφάλειας των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας στα ΤΑΕΠ | 7 |
| Πίνακας 2: Νέα Επαρχιακά Δημόσια Νοσηλευτήρια στην Κύπρο | 13 |
| Πίνακας 3: Κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των ΤΑΕΠ ανά φύλο και επαρχία | 34 |
| Πίνακας 4: Δομή και Χωροταξία ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου | 38 |
| Πίνακας 5: Εξοπλισμός ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου | 40 |
| Πίνακας 6: Πρωτόκολλα/αλγόριθμοι και Διαδικασίες στα ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου | 41 |
| Πίνακας 7: Εργαλεία αξιολόγησης των απόψεων των νοσηλευτών για το επαγγελματικό περιβάλλον | 84 |
| Πίνακας 8: Εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών | 89 |
| Πίνακας 9 : Εργαλεία μέτρησης των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας | 93 |
| Πίνακας 10: Συνοπτική ποιοτική αξιολόγηση των ποσοτικών ερευνών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης | 112 |
| Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά των ποσοτικών μελετών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης | 113 |
| Πίνακας 12: Θέματα και ευρήματα των μελετών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης | 114 |
| B.Ειδικό Μέρος | |
| Πίνακας 13: Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των 8 παραγόντων του (πιλοτική εφαρμογή) | 166 |
| Πίνακας 14: Αξιοπιστία των εργαλείων επαγγελματικής ικανοποίησης και απόψεων για το κλίμα ασφάλειας (πιλοτική εφαρμογή) | 166 |
| Πίνακας 15: Δημογραφικά στοιχεία της πιλοτικής μελέτης | 167 |
| Πίνακας 16: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE), για την Επαγγελματική Ικανοποίηση, για τις απόψεις για το Κλίμα Ασφάλειας και την Αυτοαναφερόμενη Ποιότητα και των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (πιλοτική εφαρμογή) | 168 |
| Πίνακας 17: Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των 8 παραγόντων του | 170 |
| Πίνακας 18: Αξιοπιστία Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Ικανοποίησης και απόψεων για το Κλίμα Ασφάλειας | 171 |
| Πίνακας 19: Ανταπόκριση κατά επαγγελματική ομάδα και επαρχία | 174 |
| Πίνακας 20: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων | 174 |
| Πίνακας 21: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) και τους 8 παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με το συνολικό δείγμα ανά επαγγελματική ομάδα | 177 |
| Πίνακας 22. Μέσες τιμές των ερωτήσεων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (Τ.Α.) Θετική και Αρνητική αποτίμηση (%) | 178 |
| Πίνακας 23. Θετική και Αρνητική αποτίμηση (%) των ερωτήσεων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (Τ.Α.) ανά επαγγελματική ομάδα | 181 |
| Πίνακας 24: Μέσες τιμές για την επαγγελματική ικανοποίηση (τυπική απόκλιση) κατά επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα | 184 |
| Πίνακας 25: Μέσες τιμές ανά ερώτηση για τον παράγοντα επαγγελματική ικανοποίηση | 185 |

| | |
|--|-----|
| και ποσοστό θετικής και αρνητικής αποτίμησης | |
| Πίνακας 26: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας(τυπική απόκλιση) και επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα | 186 |
| Πίνακας 26Α: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας σε 100βαθμη κλίμακα(τυπική απόκλιση) και επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα | 187 |
| Πίνακας 27: Μέσες τιμές ανά ερώτηση για το κλίμα ασφάλειας, θετική και αρνητική αποτίμηση | 187 |
| Πίνακας 28: Μέσες τιμές των απόψεων για την ποιότητα της παρεχόμενης αυτοαναφερόμενης φροντίδας (τυπική απόκλιση) κατά επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα | 189 |
| Πίνακας 29: Γραμμική παλινδρόμηση «επαγγελματικής ικανοποίησης» με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Confidence Interval 95%) | 191 |
| Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης (εξηρητημένη μεταβλητή) | 192 |
| Πίνακας 31: Γραμμική παλινδρόμηση «απόψεων για το κλίμα ασφάλειας» με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Confidence Interval 95%) | 193 |
| Πίνακας 32: Πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας (εξηρητημένη μεταβλητή) | 194 |
| Πίνακας 33: Γραμμική παλινδρόμηση των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Confidence Interval 95%) | 196 |
| Πίνακας 34: Πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και των απόψεων για την Ποιότητα της παρεχόμενης αυτοαναφερόμενης φροντίδας (εξηρητημένη μεταβλητή) | 196 |
| Πίνακας 35: Μέσες τιμές του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των ομαδοποιημένων παραγόντων του και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες | 198 |
| Πίνακας 36: Μέσες τιμές της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες | 201 |
| Πίνακας 37: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες | 202 |
| Πίνακας 38: Μέσες τιμές των απόψεων για την ποιότητα της παρεχόμενης αυτοαναφερόμενης φροντίδας και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες | 202 |
| Πίνακας 39: Goodness of Fit Test and Hosmer and Lemeshow Test-Ασφάλεια, Ποιότητα, Ικανοποίηση | 208 |
| Πίνακας 40: Cox&Snell R square και Nagelkerke R square-Ασφάλεια, Ποιότητα, Ικανοποίηση | 208 |
| Πίνακας 41: Επίδραση του φύλου και της επαγγελματικής θέσης στις μεταβλητές «κλίμα ασφάλειας», «αυτοαναφερόμενη ποιότητα» και «επαγγελματική ικανοποίηση» | 209 |

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

| | |
|---|----|
| A. Γενικό Μέρος | |
| Διάγραμμα 1: Πληθυσμός στο τέλος του 2012 κατά επαρχία | 34 |
| Διάγραμμα 2: Αριθμός επισκέψεων ασθενών στα ΤΑΕΠ των Γενικών Νοσοκομείων της Κύπρου | 34 |
| Διάγραμμα 3: Σύστημα διαλογής ασθενών στα ΤΑΕΠ | 43 |
| Διάγραμμα 4: Οι διαστάσεις της ποιότητας σύμφωνα με το Maxwell | 54 |

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 5: <i>The MGH Professional Practice Model 2006 (προσαρμογή από το Fostering Nurse-led Care: Professional Practice for the Bedside Leader from Massachusetts General Hospital)</i> | 59 |
| Διάγραμμα 6: Αριθμός διαπίστευσης νοσοκομείων «Μαγνητών» από το 1993-2014 | 69 |
| Διάγραμμα 7: Το μοντέλο αναγνώρισης “Magnet” | 70 |
| Διάγραμμα 8: Απάντηση των εργαζομένων στην επαγγελματική μη-ικανοποίηση | 76 |
| Διάγραμμα 9: Παράγοντες διαμόρφωσης κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών | 77 |
| Διάγραμμα 10A και 10B : «Μοντέλο Ελβετικού Τυριού» | 79 |
| Διάγραμμα 11: Μοντέλο σημαντικότητας ενός ποιοτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος | 137 |
| B. Ειδικό μέρος | |
| Διάγραμμα 12: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) και τους 8 παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος ανά επαγγελματική ομάδα | 183 |
| Διάγραμμα 13: Θετική και αρνητική αποτίμηση για το επαγγελματικό περιβάλλον | 183 |
| Διάγραμμα 14: Θετική και αρνητική αποτίμηση για την επαγγελματική ικανοποίηση | 185 |
| Διάγραμμα 15: Θετική και αρνητική αποτίμηση του ομαδοποιημένου παράγοντα «κλίμα ασφάλειας» | 187 |
| Διάγραμμα 16: Θετική και αρνητική αποτίμηση των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας | 190 |
| Γράφημα 1: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ του δείκτη RPPE, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 198 |
| Γράφημα 2: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ του δείκτη RPPE και της ηλικιακής ομάδας των συμμετεχόντων | 199 |
| Γράφημα 3: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 200 |
| Γράφημα 4: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 202 |
| Γράφημα 5: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 203 |
| Γράφημα 6: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ RPPE, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 203 |
| Γράφημα 7: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ RPPE, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 204 |
| Γράφημα 8: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 204 |
| Γράφημα 9: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 205 |
| Γράφημα 10: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 205 |
| Γράφημα 11: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 206 |
| Γράφημα 12: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 206 |
| Γράφημα 13: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων | 207 |

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνικά

ΓεΣΥ-Γενικό Σχέδιο Υγείας

Ε.Ε.-Ευρωπαϊκή Ένωση

Η.Π.Α.-Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

ΜΕΘ-Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΜΑΦ- Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

Ο.Ο.Σ.Α.-Οργανισμός για Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη

Π.Ο.Υ.-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΤΑΕΠ -Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών

ΤΕΠΑΚ- Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Αγγλικά

ACLS-Advanced Cardiac Life Support

ALS- Advanced Life Support

ATLS-Advanced Trauma Life Support

BLS-Basic Life Support

ED –Emergency Department

EMS-SAQ- Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire

EU-European Union

ILS- Immediate Life Support

MGH Professional Practice Model- Massachusetts General Hospital Professional Practice Model

PALS-Pediatric Advanced Life Support

PES-NWI Practice Environment Scale-Nursing Work Index

PHTLS-Prehospital Trauma Life Support

PPE -Professional Practice Environment

RPPE -Revised Professional Practice Environment

SAQ -Safety Attitudes Questionnaire

Σημείωση

Στην παρούσα διατριβή διάφοροι όροι στο αρσενικό γένος (π.χ. ο νοσηλευτής, ο ασθενής) χρησιμοποιούνται περιγράφοντας και τα δύο γένη εκτός αν διαφορετικά ορίζεται στο κείμενο

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου». Η προστασία της υγείας είναι μία από τις θεμελιώδεις αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως κατοχυρώνονται στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το άρθρο 35 ορίζει ότι «καθένας έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε προληπτική φροντίδα υγείας, δικαίωμα να απολαμβάνει ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές». Η εξασφάλιση προσβάσιμης, ποιοτικής και οικονομικά βιώσιμης υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας αποτελούν τους τρεις κεντρικούς άξονες της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τον εκσυγχρονισμό του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής (European Commission 2013). Η στρατηγική της Ε.Ε. για την υγεία διέπεται από τις βασικές αρχές ότι η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό και έτσι η συνεκτίμηση της παραμέτρου της υγείας σε όλες τις πολιτικές είναι απαραίτητη και έχει 3 κύριους στόχους, ήτοι την προαγωγή της καλής υγείας σε μια Ευρώπη που γερνάει, την προστασία των πολιτών από απειλές για την υγεία και την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.

Η επένδυση στην υγεία συμβάλλει στην επίτευξη του στόχου της Ευρώπης 2020 για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη αλλά και να μειώσει την επιβάρυνση που συνιστά για την οικονομία η κακή υγεία. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό είναι η καλή υγεία του πληθυσμού. Η επένδυση στην υγεία μπορεί να οδηγήσει σε εξυπνότερες - όχι περισσότερες- δαπάνες (Tandon et al. 2001) που θα φέρνει την εξοικονόμηση και θα εξασφαλίζει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Σημαντική

βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας έχουν οι επενδύσεις στους επαγγελματίες υγείας (π.χ. η εκπαίδευση) και τον εξοπλισμό των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας καθώς και πρωτοβουλίες για την προώθηση της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ότι η **Επείγουσα Φροντίδα** Υγείας είναι ένα αναπόσπαστο και απαραίτητο μέρος της Δημόσιας Υγείας (Anderson et al. 2012). Το σύστημα παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας αποτελεί ένα παράγοντα κομβικής σημασίας στην αντιμετώπιση κρίσεων και καταστροφών σε μια χώρα και από το βαθμό οργάνωσής του εξαρτάται κατά κύριο λόγο η έγκαιρη και αποτελεσματική ανταπόκριση σε περιπτώσεις φυσικών ή άλλων καταστροφών (WHO 2008). Η παροχή επείγουσας φροντίδας υγείας μπορεί να γίνει είτε σε εξωνοσοκομειακό είτε σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον σε Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών. Στις Ευρωπαϊκές χώρες δεν υπάρχει ομοιομορφία όσον αφορά την οργάνωση του συστήματος παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας. Τα δύο κυριότερα μοντέλα οργάνωσης είναι το Γαλλογερμανικό και το Αγγλοαμερικανικό (Totter & Bellou 2013). Το Γαλλογερμανικό μοντέλο εστιάζεται κυρίως στην προνοσοκομειακή επείγουσα φροντίδα που παρέχεται εκτός του νοσοκομείου και που δεν υποστηρίζεται συνήθως από την παρουσία ξεχωριστών τμημάτων στο χώρο του νοσοκομείου. Το Αγγλοαμερικανικό μοντέλο προνοεί την ύπαρξη ξεχωριστού νοσοκομειακού τμήματος. Στη χώρα μας συναντούμε το δεύτερο μοντέλο που βασίζεται στη δημιουργία ενός ενδονοσοκομειακού τμήματος με στενότερη διασύνδεση με τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο εδράζεται.

Η διαφορά στην οργάνωση και λειτουργία των διαφόρων συστημάτων παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας είχε ως αποτέλεσμα την απουσία ενός ενιαίου μηχανισμού συλλογής πληροφοριών και στοιχείων σχετικά με την επείγουσα φροντίδα στην Ευρώπη και ως εκ τούτου ο αριθμός των σχετικών μελετών είναι περιορισμένος (Krafft & Castrillo-Riesgo 2003).

Τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) αποτελούν ένα είδος φίλτρου μεταξύ προ-νοσοκομειακής και ενδο-νοσοκομειακής φροντίδας. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, το ΤΑΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο *«την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση & αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο ιατρό»*.

Η πρόγνωση για τον οξέος πάσχοντα ασθενή στα ΤΑΕΠ εξαρτάται από την αρχική βαρύτητα της νόσου ή του τραύματος, από το επίπεδο και την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που του προσφέρεται και από το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μέχρι να του παρασχεθεί αυτή η φροντίδα (Αγγουριδάκης & Σμπυράκης 2010).

Το Επαγγελματικό Περιβάλλον στα ΤΑΕΠ αποκτά ιδιαίτερη σημασία, διότι με βάση την τρέχουσα γνώση, αυτό επηρεάζει τόσο την τρόπο που παρέχεται η επείγουσα φροντίδα υγείας όσο και την έκβαση της κατάστασης του ασθενούς και κατ'επέκτασιν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στον πληθυσμό (Fleischmann & Fulde 2007). Ως Επαγγελματικό Περιβάλλον μπορεί να οριστεί «το πολυσύνθετο κοινωνικό περιβάλλον όπου οι νοσηλευτές ασκούν το επάγγελμα τους και όπου υπάρχει μια

συνεχής ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν αποφάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο και μαζί με τους ασθενείς» (Wiskow et al. 2010).

Η μελέτη του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος στα δημόσια ΤΑΕΠ της Κύπρου δεν έχει μελετηθεί ενώ και ελάχιστες διεθνείς μελέτες έχουν εκπονηθεί που αφορούν το σημαντικότερο αυτό θέμα. Για το λόγο αυτό η παρούσα διατριβή διερευνά το Επαγγελματικό Περιβάλλον των δημοσίων ΤΑΕΠ συμπεριλαμβάνοντας συγκεκριμένους δομικούς του παράγοντες, σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών και των νοσηλευτών του τμήματος αυτού και τις απόψεις τους σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης σε αυτό επείγουσας φροντίδας.

Το κείμενο της διατριβής αποτελείται από δύο κύρια μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο *Γενικό* μέρος αναλύεται το εννοιολογικό πλαίσιο των όρων Επαγγελματικό Περιβάλλον, Επαγγελματική Ικανοποίηση, Κλίμα Ασφάλειας και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και πως αυτοί μελετήθηκαν από διάφορους ερευνητές. Γίνεται ακόμα αναφορά στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των μεταβλητών αυτών ενώ περιγράφεται το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Τέλος, περιγράφεται η διαδικασία και τα αποτελέσματα μιας ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σε σχέση με τους πιο πάνω όρους. Στο *Ειδικό μέρος* αναπτύσσεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε στην παρούσα ερευνητική διαδικασία, η περιγραφή του δείγματος και παρουσιάζονται τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων καθώς και η τεκμηρίωση χρησιμοποίησης των συγκεκριμένων εργαλείων έναντι άλλων. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας περιγράφονται λεπτομερώς και

επιπρόσθετα παρουσιάζονται σε πίνακες και διαγράμματα. Ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, η σύνδεση τους με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και επιχειρηματολογία σε σχέση με την υπάρχουσα κατάσταση στην Κύπρο. Επιπλέον, γίνονται εισηγήσεις, με βάση τα αποτελέσματα, έτσι που να είναι δυνατή η βελτίωση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος, της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, του Κλίματος Ασφάλειας και της Ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στα ΤΑΕΠ. Η διατριβή ολοκληρώνεται με τα *παραρτήματα*. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι δημοσιεύσεις και οι παρουσιάσεις σε συνέδρια που έχουν γίνει σε σχέση με την παρούσα έρευνα, καθώς και συγκεκριμένα έντυπα που αφορούν την εργασία όπως οι άδειες από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων και άλλα έντυπα που συμπληρώνουν το κυρίως κείμενο.

Κεφάλαιο 1

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Εισαγωγή

Γενικά, ως *σύστημα υγείας* ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Δικαίος et al. 1999). Σκοπός των διαφόρων συστημάτων υγείας είναι η βελτίωση της υγείας των πολιτών, η ελάττωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και η παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής. Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ε.Ε. δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή. Η γήρανση του πληθυσμού με την παρατεταμένη διάρκεια ζωής και η αλλαγή του νοσολογικού προτύπου από τη μια και η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνολογιών σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών από την άλλη, λειτουργούν καταλυτικά στην αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ένα περιβάλλον με περιορισμένους πόρους. Η γήρανση του πληθυσμού έχει επίπτωση στον τρόπο παροχής της επείγουσας φροντίδας λόγω του ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς παρουσιάζουν σύνθετα προβλήματα που προϋποθέτουν πολυπλοκότερη διερεύνηση και απαιτούν περισσότερο χρόνο για να διεκπεραιωθούν (Jayaprakash et al. 2009).

Οι **υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας υγείας** έχουν να διαδραματίσουν ένα σημαντικότατο ρόλο στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας εφόσον δρουν καταλυτικά στη διατήρηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας των

διαφόρων χωρών (Anderson et al. 2012). Η ποιότητα φροντίδας σχετίζεται με την επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, την αρτιότητα του εξοπλισμού και την ικανοποίηση των ασθενών. Η προσβασιμότητα εμπεριέχει τη γεωγραφική διάσταση, τις διαθέσιμες υπηρεσίες, το οικονομικό κόστος με το οποίο επιβαρύνεται ο ασθενής και την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας στην επικράτεια κυρίως στον Ελλαδικό χώρο (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999) (Πίνακας 1). Η βελτίωση της ποιότητας στηρίζεται στην υπόθεση ότι το νοσοκομείο κατανοεί τη βασική κοινωνική ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα και ζητά να βελτιώσει την αξία όλων όσων πράττει. Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύτιμοι και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας, διότι πρόθυμοι επαγγελματίες σημαίνει ικανοποιημένοι ασθενείς και μικρότερες διαχειριστικές δαπάνες.

Πίνακας 1:Οι Διαστάσεις Ποιότητας και Ασφάλειας των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας στα ΤΑΕΠ

| Διάσταση | Περιγραφή |
|-------------------------|--|
| Ασφάλεια | Αποφυγή βλάβης στον ασθενή |
| Αποτελεσματικότητα | Η παροχή υπηρεσιών που βασίζονται στην επιστημονική γνώση σε όλους όσους θα μπορούσαν να ωφεληθούν , και την αποχή από την παροχή υπηρεσιών / φροντίδα σε όσους δεν είναι πιθανό να έχουν όφελος |
| Ο ασθενής στο επίκεντρο | Παροχή φροντίδας που θα σέβεται και θα ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς, τις ανάγκες και τις αξίες του |
| Έγκαιρη παροχή | Μείωση της αναμονής και επιζήμιων καθυστερήσεων |
| Αποδοτικότητα | Αποφυγή σπατάλης ανθρώπινων και υλικών πόρων |
| Δίκαιη παροχή | Παροχή φροντίδας που δεν διαφέρει σε ποιότητα , λόγω των προσωπικών χαρακτηριστικών των ασθενών |

Προσαρμογή από **Framework for Quality and Safety in the Emergency Department 2012** (INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE 2012)

Δεδομένου ότι ένα σύστημα υγείας είναι εντάσεως εργασίας, το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο καθοριστικός παράγοντας λειτουργίας του. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα ΤΑΕΠ όπου οι εργαζόμενοι είναι αναγκασμένοι να παρέχουν την επείγουσα φροντίδα κάτω από ιδιόμορφες συνθήκες, όπως είναι ο περιορισμένος χρόνος δράσης, η επείγουσα φύση των περιστατικών και η ανάγκη άμεσης επέμβασης, τα πολλαπλά περιστατικά και άλλα (Georgopoulos 1985).

Οι βελτιώσεις στο επαγγελματικό περιβάλλον περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών οι οποίες επηρεάζουν τις οργανωτικές διοικητικές δομές και διαδικασίες, όπως επικοινωνία, ανατροφοδότηση, ορθολογική κατανομή πόρων, κατανομή ευθυνών μεταξύ των διαφόρων μερών και γενικότερα τη συνολική οργάνωση της παροχής φροντίδας υγείας. Καινοτόμες στρατηγικές που περιλαμβάνουν υποστηρικτικά επαγγελματικά περιβάλλοντα, προσωπική ανάπτυξη, εμπλουτισμό της εργασίας και εκπαίδευση θεωρούνται ότι συντείνουν στην παρακίνηση των επαγγελματιών υγείας και κατά συνέπεια στη βελτίωση της συνολικής απόδοσης (Rechel et al. 2006).

Το επαγγελματικό περιβάλλον στον τομέα της υγείας αποτελεί σημαντικό δομικό στοιχείο των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια από τις βασικές παραμέτρους που διασφαλίζουν τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας μέσα από μια μακρά διαδρομή στο χρόνο αναπτύχθηκαν, διευρύνθηκαν και οργανώθηκαν έτσι που σήμερα να αποτελούν ένα τεράστιο και πολύπλοκο σύστημα. Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και ευημερίας αποτελεί θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας που διαμορφώθηκε περισσότερο ως ιδέα στη μακρόχρονη ιστορία της ανθρωπότητας αλλά αναπτύχθηκε ουσιαστικά μετά το 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο και είναι κατ'εξοχή Ευρωπαϊκό φαινόμενο.

(Θεοδώρου et al. 2001). Παρατηρείται μια συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες που είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας γύρω από τα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Είναι πασιφανές ότι σήμερα οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία, της κουλτούρας στον οργανισμό και της διοίκησης αποτελεί αντικείμενο αυξανόμενης προσοχής (Krogstad & Hofoss 2006).

Το τελικό προϊόν των υπηρεσιών υγείας, το οποίο αξιολογεί ο χρήστης ασθενής, προκύπτει ως συνισταμένη των επιμέρους δραστηριοτήτων των συντελεστών των μονάδων υγείας. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αλληλεξάρτηση της ποιότητας όλων των τμημάτων και συντελεστών των υπηρεσιών υγείας και απαιτείται συντονισμός και συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία όλων των εργαζομένων, ώστε ο τελικός αποδέκτης, ο ασθενής, να μένει ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Η ποιότητα σχετίζεται άμεσα με την απόδοση των επαγγελματιών υγείας και για πολλά χρόνια υπήρχε η άποψη ότι η μειωμένη απόδοση των επαγγελματιών υγείας ήταν πρωτίστως αποτέλεσμα της έλλειψης τεχνογνωσίας και ικανοτήτων. Τα τελευταία χρόνια η αντίληψη αυτή άλλαξε και σήμερα γίνεται αναφορά σε τρεις ομάδες παραγόντων: τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο παρέχεται η υπηρεσία, τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των γνώσεων, της πείρας τους αλλά και την παρακίνηση για εργασία) και τα χαρακτηριστικά του

συστήματος υγείας (το ευρύτερο περιβάλλον, οι συνθήκες εργασίας, το πώς είναι οργανωμένο το σύστημα κ.α.). Οι τρεις αυτοί παράγοντες είναι αλληλένδετοι.

Σήμερα, όμως λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2008, που είχε μια βαθιά επίδραση στη ζωή των πολιτών, εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη δουλειά τους και παρατηρείται παρατεταμένη οικονομική δυσπραγία. Η οικονομική αυτή κρίση έχει οδηγήσει μια σειρά από κυβερνήσεις του ΟΟΣΑ στην εισαγωγή των μέτρων λιτότητας για τη μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων. Ο τομέας της υγείας, όπως και πολλά άλλα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, γνώρισαν εκτεταμένες περικοπές δαπανών και έχουν επίσης αποτελέσει αντικείμενο ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων (Gool & Pearson 2014). Δυστυχώς, οι περικοπές στους προϋπολογισμούς και ειδικά για την υγεία δεν οδήγησαν στην ανάκαμψη των δημοσίων οικονομικών. Τουναντίον, αύξησαν τα ψυχικά νοσήματα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, οδήγησαν στην επανεμφάνιση μεταδοτικών νοσημάτων, αύξησαν τις αυτοκτονίες (Reeves et al. 2014). Η αυξημένη χρήση των ΤΑΕΠ σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα φτώχειας (Svenson 2000) εφόσον στις χώρες αυτές η πρόσβαση σε επείγουσα φροντίδα είναι ευκολότερη λόγω μειωμένων τελών πρόσβασης. Η επένδυση στην υγεία όμως σε καιρούς αυστηρής λιτότητας όπως αυτούς που διανύουμε τώρα θα έχει μακροπρόθεσμα κέρδη εφόσον ο πληθυσμός θα είναι υγιής, οι επαγγελματίες υγείας περισσότερο εκπαιδευμένοι και συνεπώς πιο αποδοτικοί και παραγωγικοί (Reeves et al. 2013).

Η Κύπρος είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε. που δεν έχει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Στην Κύπρο λειτουργούν κατά κύριο λόγο δύο παράλληλα αλλά χωρίς συντονισμό συστήματα υγείας (Theodorou et al. 2012): ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό τη μελέτη συγκεκριμένων παραμέτρων στα δημόσια ΤΑΕΠ για αυτό και κρίνεται αναγκαία η περιγραφή του δημόσιου συστήματος της Κύπρου για να γίνει πιο κατανοητή η σημασία του τμήματος αυτού αλλά και πώς συγκεκριμένοι γενικότεροι παράγοντες επηρεάζουν τη λειτουργία του τμήματος αυτού.

1.1. Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο

Το Δημόσιο σύστημα υγείας χρονολογείται από το 1957, όταν η Κύπρος ήταν ακόμα Βρετανική αποικία. Κάποιες μεταρρυθμίσεις έγιναν κατά καιρούς με την κυριότερη το 1980, όπου μπήκαν για πρώτη φορά εισοδηματικά κριτήρια σε σχέση με την προσβασιμότητα στις κρατικές υπηρεσίες υγείας.

Ο Δημόσιος τομέας τυγχάνει διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Με κάποιες εξαιρέσεις, όλοι οι κάτοικοι σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας και χωρίς ραντεβού μπορούν να επισκεφθούν ένα ιατρό, συνήθως ένα Γενικό Ιατρό σε οποιοδήποτε αστικό ή αγροτικό κέντρο υγείας καταβάλλοντας το ανάλογο αντίτιμο.

Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία. Δεν υπάρχει μηχανισμός παραπομπής μεταξύ των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων. Ωστόσο, οι μακρές λίστες αναμονής για ορισμένες ειδικότητες ή εξειδικευμένες εξετάσεις προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Για το λόγο αυτό, μερικοί ασθενείς επιλέγουν να επισκεφθούν τους ειδικούς και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα καταβάλλοντας συγκεκριμένη αμοιβή. Ομοίως, οι ασθενείς που απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη μπορούν επίσης να επιλέξουν μεταξύ των

δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, αν και πάλι, το κόστος στον ιδιωτικό τομέα πρέπει να καταβάλλεται από τον ασθενή ή από τυχόν ασφάλεια υγείας του, ανάλογα. Όσον αφορά τις επισκέψεις στα ΤΑΕΠ, οι ασθενείς αποφασίζουν από μόνοι τους (στην περίπτωση που μπορούν να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον) κατά πόσον το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι επείγον. Δυστυχώς, λόγω της έλλειψης συστήματος “gatekeeper” από Γενικό Ιατρό, οι επισκέψεις αυτές πολλές φορές δεν είναι αναγκαίο να γίνονται και αυτό οδηγεί σε αύξησή τους στο ΤΑΕΠ. Σε χώρες της Ευρώπης, όπως τις Σκανδιναβικές, όπου υπάρχει οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν καταγράφεται συνωστισμός στα ΤΑΕΠ (Pines et al. 2011).

Το δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου είναι ιδιαίτερα συγκεντρωτικό και ελέγχεται αυστηρά από το Υπουργείο Υγείας. Το δημόσιο σύστημα αποτελείται από ένα μεγάλο δίκτυο παρόχων σε όλη τη χώρα, νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας. Κάθε προγραμματισμός στο δημόσιο τομέα προέρχεται από το Υπουργείο Υγείας και συνήθως κάθε σχεδιασμός ξεκινά από μια ομάδα διευθυντών του Υπουργείου Υγείας, υπό την καθοδήγηση του Γενικού Διευθυντή του Υπουργείου και υπόκειται σε τελική έγκριση από τον Υπουργό. Όταν όλα συζητηθούν και οι προτάσεις εγκριθούν διαμορφώνεται ένα πενταετές επιχειρησιακό σχέδιο, το οποίο υποβάλλεται μαζί με τον προϋπολογισμό του Υπουργείου στο Κοινοβούλιο για έγκριση. Φυσικά, κάθε σχέδιο ή ενέργεια πρέπει να συζητηθεί με το Υπουργείο Οικονομικών, προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής χρηματοδότηση. Τα νέα επαρχιακά δημόσια νοσοκομεία (Πίνακας 2) είναι: το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (414 κλίνες) και το Μακάρειο Νοσοκομείο (193 κλίνες) στη Λευκωσία, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (305 κλίνες), το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (172 κλίνες), το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου (135 κλίνες),

το Νοσοκομείο Αμμοχώστου (70 κλίνες), το Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας (40 κλίνες) και το Αγροτικό Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς (15 κλίνες). Παράλληλα λειτουργεί ένα δίκτυο δημοσίων αστικών (8) και αγροτικών (30) κέντρων υγείας σε παγκύπρια κλίμακα όπου παρέχεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πίνακας 2: Νέα Επαρχιακά Δημόσια Νοσηλευτήρια στην Κύπρο

| Επαρχία | Έτος ίδρυσης | Αριθμός κλινών |
|------------|--------------|----------------|
| Λευκωσία | 2006 | 414 |
| Λεμεσός | 1993 | 305 |
| Λάρνακα | 1984 | 172 |
| Πάφος | 1989 | 135 |
| Αμμόχωστος | 2008 | 70 |

Όλα τα κέντρα είναι καλά εξοπλισμένα και επαρκώς στελεχωμένα, ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών που τα επισκέπτονται (Cyprus Statistical Service 2011). Μια έρευνα που έγινε από τη Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου το 2008 διαπίστωσε ότι το 59,3% του πληθυσμού είχε επισκεφθεί έναν ειδικό κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών, ενώ μόνο το 11% είχε επισκεφτεί ένα Γενικό ιατρό (Cyprus Statistical Service 2011). Παρατηρείται μια αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στο δημόσιο τομέα λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης.

Όραμα του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου είναι η διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού και η παροχή αναβαθμισμένης ποιοτικά ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με έλεγχο των δαπανών και ταυτόχρονα σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2014b). Ακόμα, η συνεχής

ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, με εισαγωγή των αναγκαίων καινοτόμων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Κύρια χαρακτηριστικά της τρέχουσας στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας είναι η αναμόρφωση του τομέα της υγείας με συνεχή προσπάθεια για αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας/αποδοτικότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Επίσης, η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση νεοφανών και επανεμφανοζομένων απειλών για την υγεία και η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών/χρηστών των υπηρεσιών. Επιπλέον, η εκπλήρωση των υποχρεώσεων της χώρας μας ως μέλος της Ε.Ε., του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων Διεθνών Οργανισμών για αντιμετώπιση διεθνών προβλημάτων όπως την πρόληψη πανδημιών και τη διακίνηση επαγγελματιών υγείας και ασθενών όπου απαιτείται η διεθνής συνεργασία, η αλληλοενημέρωση και η αλληλοβοήθεια.

Για υλοποίηση της πιο πάνω στρατηγικής προωθείται αριθμός δράσεων, οι σημαντικότερες των οποίων αφορούν στην :

- Αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και των Τμημάτων/ Υπηρεσιών του με πλήρη αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας
- Εισαγωγή του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου
- Ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης για τα μεγάλα προβλήματα δημόσιας υγείας, όπως οι εξαρτησιογόνες ουσίες, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος κ.α.

- Υιοθέτηση διαδικασιών και εισαγωγή αποτελεσματικού ελέγχου στις δαπάνες για ασθενείς που αποστέλλονται στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό για υπηρεσίες υγείας που δεν προσφέρονται στα δημόσια νοσηλευτήρια
- Προώθηση της έρευνας και της ανάπτυξης της κυπριακής φαρμακοβιομηχανίας καθώς επίσης και η αλλαγή της δομής και του ρόλου των φαρμακευτικών υπηρεσιών έναντι των προμηθευτών
- Αναδιοργάνωση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης για ομαλή ένταξη τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ)
- Πλήρη μηχανογράφηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και των Κέντρων Υγείας
- Εφαρμογή στρατηγικών προγραμμάτων εποπτείας και ελέγχου για μείωση του χρόνου αναμονής για κλινικές/παρακλινικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις

Λόγω των μνημονιακών υποχρεώσεων της Κύπρου που προέκυψαν μετά την οικονομική καταστροφή το 2013, το Υπουργείο Υγείας προέβηκε σε συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις όπως την αλλαγή του δικαιώματος πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2013). Το δικαίωμα αυτό βασίζεται κυρίως σε εισοδηματικά κριτήρια και από την 1^η Αυγούστου 2013 (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2013) τέθηκαν σε ισχύ νέες ρυθμίσεις που αφορούν στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια. *Από την 1η Αυγούστου 2013, όλοι οι δικαιούχοι ασθενείς που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσηλευτηρίων θα καταβάλλουν το ποσό των €3,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €6,00 για επίσκεψη σε ειδικό ιατρό.*

- Επιπρόσθετα, θα καταβάλλουν το τέλος των €0,50 για κάθε χορηγούμενο φάρμακο και για κάθε εργαστηριακή εξέταση με μέγιστη δυνατή χρέωση τα €10,00 ανά συνταγή φαρμάκων ή ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων αντίστοιχα.
- Τα τέλη για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις θα καταβάλλονται με τη χρήση των «ενσήμων υγείας» τα οποία θα προαγοράζονται και θα επικολλούνται στις συνταγές φαρμάκων και στα έντυπα παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων.
- Ασθενείς οι οποίοι δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας εξακολουθούν να μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλοντας €15,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €30,00 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό. Για οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία τους παρασχεθεί τα καθορισμένα τέλη αναθεωρούνται από την 1η Αυγούστου 2013.

Τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των κρατικών νοσοκομείων παραμένουν στη διάθεση οποιουδήποτε πολίτη τα έχει ανάγκη. Οι ασθενείς που επισκέπτονται τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών καταβάλλουν το ποσό των €10,00, ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν. Από το πιο πάνω τέλος εξαιρούνται κάποιες ευάλωτες κατηγορίες πολιτών όπως είναι οι λήπτες δημοσίου βοηθήματος, οι στρατιώτες, οι ανάπηροι αγώνων, ένοικοι συγκεκριμένων ιδρυμάτων κλπ. Για τη διεκδίκηση απαλλαγής από το πιο πάνω τέλος απαιτείται η επίδειξη ταυτότητας νοσηλείας.

Ταυτότητα Νοσηλείας εκδίδεται κατά κανόνα σε Κύπριους και Ευρωπαίους πολίτες που είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου.

Από την 1η Αυγούστου 2013, ο πολίτης ο οποίος διεκδικεί Ταυτότητα Νοσηλείας θα πρέπει:

- (α) να έχει καταβάλει εισφορές σε ασφαλιστές απολαβές ή/και έχουν λογιστεί υπέρ του εξομοιούμενες περίοδοι ασφάλισης, τουλάχιστον για τρία συνολικά έτη
- (β) κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για ταυτότητα νοσηλείας θα πρέπει να έχει τακτοποιημένες τις φορολογικές του υποχρεώσεις.

Παράλληλα τα εισοδηματικά κριτήρια διαφοροποιούνται ως ακολούθως: Ταυτότητα νοσηλείας παρέχεται σε Άτομα χωρίς εξαρτώμενους των οποίων το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα δεν υπερβαίνει τις €15.400,00 καθώς και σε μέλη οικογενειών των οποίων το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα δεν υπερβαίνει τις €30.750,00, αυξανόμενο κατά €1.700,00 για κάθε εξαρτώμενο τέκνο. Σημαντική είναι και η διαφοροποίηση του όρου «εξαρτώμενος» που σύμφωνα με τις νέες διατάξεις επεκτείνεται σε παιδιά ηλικίας μέχρι 21 ετών ή και μεγαλύτερα νοουμένου ότι εξακολουθούν να συντηρούνται από τους γονείς, όπως είναι οι φοιτητές, οι στρατιώτες, κλπ.

Οι πάσχοντες από συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες θα εξακολουθήσουν να δικαιούνται επιπρόσθετες παροχές αναλόγως της ασθένειας τους.

Το ανθρώπινο δυναμικό και η στελέχωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο

Οι ιατροί, νοσηλευτές και λοιπό διοικητικό προσωπικό των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας του κρατικού τομέα είναι δημόσιοι υπάλληλοι, οι οποίοι διορίζονται με βάση τη Νομοθεσία που διέπει τις προσλήψεις στο δημόσιο τομέα. Η ανέλιξη και η αξιολόγηση των υπαλλήλων αυτών και γενικά το εργασιακό καθεστώς τους διέπεται από τον περί Δημοσίας Υπηρεσίας Νόμο και Κανονισμούς.

Το οργανόγραμμα των ιατρών περιλαμβάνει τις ακόλουθες θέσεις: Διευθυντής κλινικής, βοηθός διευθυντής, ιατρικός λειτουργός 1^{ης} και 2^{ης} τάξης. Εργοδοτούνται επίσης και έκτακτοι ιατρικοί λειτουργοί για να καλύπτονται οι ανάγκες των υπηρεσιών.

Το οργανόγραμμα των νοσηλευτών περιλαμβάνει τις ακόλουθες θέσεις: προϊσταμένης/ου, βοηθού προϊσταμένης/ου, πρώτου νοσηλευτικού λειτουργού, ανώτερου νοσηλευτικού λειτουργού, νοσηλευτικού λειτουργού (μόνιμου και έκτακτου).

Ουσιαστικά λόγω της απουσίας αυτονόμησης των κρατικών νοσηλευτηρίων, το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου είναι υπόλογο στις Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, το νοσηλευτικό προσωπικό στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και το διοικητικό προσωπικό στο τμήμα Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού του Υπουργείου Οικονομικών. Όπως είναι προφανές, υπάρχει κατακερματισμός της υπολογότητας των εργαζομένων λόγω του γεγονότος ότι κάθε μια επαγγελματική ομάδα ανήκει διοικητικά σε αντίστοιχη υπηρεσία είτε του ίδιου είτε διαφορετικού Υπουργείου. Ουσιαστικά, τα κρατικά νοσηλευτήρια διοικούνται κεντρικά από τις Ιατρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (Theodorou et al. 2012) με ελάχιστη εκχώρηση αρμοδιοτήτων διοίκησης στους κατά τόπους διευθυντές. Οι διευθυντές αυτοί έχουν πολύ περιορισμένες εξουσίες αναφορικά με τη στρατηγική, τον προγραμματισμό και τη λήψη αποφάσεων. Ακόμα και για τις προσφορές αναλωσίμων και εξοπλισμού την ευθύνη έχει κεντρικά το τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών. Δεν υπάρχει ξεχωριστή στρατηγική διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων και η πρόσληψη ως επίσης και η επαγγελματική ανέλιξη των εργαζομένων στα νοσοκομεία εκπορεύεται από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας. Ο τρόπος αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων δεν διαφέρει είτε

αυτοί είναι ιατροί είτε νοσηλευτές είτε διοικητικό προσωπικό και τα έντυπα αξιολόγησης¹ είναι κοινά για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι πέραν του 98% των δημοσίων υπαλλήλων στην Κύπρο αξιολογούνται ως εξαιρετοι μπορεί να αντιληφθεί κανείς πόσο μεγάλη ισοπέδωση επικρατεί και ουσιαστική έλλειψη κινήτρων. Ο τρόπος ανέλιξης του προσωπικού είναι αρκετά ανορθόδοξος, αφού βασικό στοιχείο για την προαγωγή του είναι τα έτη υπηρεσίας του και όχι το βιογραφικό και οι δυνατότητές του (Kaitelidou & Kontogianni 2012; Πέλεχας & Αντωνιάδης 2013).

Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των ιατρών μέχρι πρόσφατα γινόταν μόνο στο εξωτερικό. Μόλις το Σεπτέμβριο του 2013 άνοιξε τις πύλες της για πρωτοετείς φοιτητές η Ιατρική Σχολή στο Πανεπιστήμιο Κύπρου. Υπάρχουν όμως και 2 Ιατρικές Σχολές σε

¹Το έντυπο αξιολόγησης των δημοσίων υπαλλήλων (Ετήσια Υπηρεσιακή Έκθεση) αποτελείται από 5 μέρη. Το πρώτο μέρος, στην πρώτη ενότητα περιέχει τα ατομικά και υπηρεσιακά στοιχεία του αξιολογούμενου υπαλλήλου και συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Μεταξύ άλλων περιέχει και τα ακόλουθα: περιγραφή των καθηκόντων, αν υπάρχουν προβλήματα με τα καθήκοντα ή αν προτιμά άλλη εργασία, αν είχε ευκαιρίες χρησιμοποίησης των εμπειριών, ικανοτήτων και γνώσεων του και αν έχει αποκτήσει πρόσθετα σχετικά προσόντα. Η δεύτερη ενότητα συμπληρώνεται από τον άμεσα προϊστάμενο λειτουργό του αξιολογούμενου υπαλλήλου και περιέχει τα ακόλουθα: σχόλια σε σχέση με τις πληροφορίες που δόθηκαν από τον αξιολογούμενο στο πρώτο μέρος, αν έχουν σημειωθεί κατά τη διάρκεια του έτους παραλείψεις σε σχέση με τη διεξαγωγή της εργασίας που δυνατόν να επηρεάσουν δυσμενώς την αξιολόγηση και αν έχουν υποδειχθεί προς τον υπάλληλο τέτοιες παραλείψεις και αν ο υπάλληλος εξετέλεσε τα καθήκοντα που προβλέπονται από το σχέδιο υπηρεσίας. Στο δεύτερο μέρος που φέρει τον τίτλο «Εκτίμηση της επαγγελματικής αξίας του υπαλλήλου» καταγράφονται τα στοιχεία αξιολόγησης ως εξής: επαγγελματική κατάρτιση (αν ο υπάλληλος παρακολουθεί τις εξελίξεις στον τομέα εργασίας του και εμπλουτίζει τις γνώσεις του), απόδοση (αν αποδίδει στην εκτέλεση της εργασίας του σε ποσότητα και ποιότητα), υπηρεσιακό ενδιαφέρον, υπευθυνότητα, πρωτοβουλία, συνεργασία/σχέσεις με τους συναδέλφους του, συμπεριφορά προς τους πολίτες, διευθυντική/διοικητική ικανότητα (αν ο υπάλληλος διαθέτει τις απαιτούμενες ικανότητες για αποτελεσματικό, προγραμματισμό, οργάνωση, διεύθυνση, συντονισμό, εποπτεία και έλεγχο της εργασίας του και του προσωπικού που έχει στη διάθεση του). Τα στοιχεία αυτά αξιολογούνται σε κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 4 (1=εξαιρετα, 2=πολύ ικανοποιητικά, 3=ικανοποιητικά, 4=μη ικανοποιητικά). Τυχόν αρνητικά σχόλια καταγράφονται σε ειδικό μέρος αιτιολογημένα. Το τρίτο μέρος χρησιμοποιείται μόνο για περιπτώσεις προαγωγής του υπαλλήλου. Στο τέταρτο μέρος καταγράφεται η απόφαση της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης, τα ονόματα και οι υπογραφές των αξιολογούντων. Το πέμπτο μέρος συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο και ουσιαστικά αποτελείται από βεβαίωση του υπαλλήλου ότι του κοινοποιήθηκε αντίγραφο της υπηρεσιακής έκθεσης.

ιδιωτικά Πανεπιστήμια. Οι ιατροί στην Κύπρο εγγράφονται στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου που τηρείται βάσει της εναρμονισμένης με τις οικείες Ευρωπαϊκές Οδηγίες Νομοθεσίας (ΕΚ 2005/36 και 2013/55). Οι νοσηλευτές στην Κύπρο εγγράφονται στο Μητρώο Νοσηλευτών Κύπρου που τηρείται βάσει της εναρμονισμένης με τις οικείες Ευρωπαϊκές Οδηγίες (ΕΚ 2005/36 και 2013/55). Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο έχει αναβαθμιστεί σε πανεπιστημιακό επίπεδο από το 2007. Υπάρχουν νοσηλευτικές σχολές εκτός από το ΤΕΠΑΚ το οποίο είναι το μόνο δημόσιο Πανεπιστήμιο το οποίο διαθέτει Τμήμα Νοσηλευτικής και σε άλλα τρία ιδιωτικά πανεπιστήμια με πάρα πολλούς αποφοίτους, με αποτέλεσμα τη δυσκολία απορρόφησης τους από την Κυπριακή αγορά, γεγονός που τους αναγκάζει στην αναζήτηση εργασίας εκτός συνόρων.

Όπως προαναφέρθηκε, το 70% των ιατρών που εργάζονται στην Κύπρο είναι στον ιδιωτικό τομέα. Κατά την τελευταία δεκαετία, όλο και περισσότεροι ιατροί αποκτούν ειδικότητες και αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια μείωση της τάξης του 20% στον αριθμό των ιατρών γενικής ιατρικής μεταξύ των ετών 1995 και 2000 (Theodorou et al. 2012). Η Κύπρος είχε μια αρκετά σταθερή προμήθεια νοσηλευτών στην αγορά, από το 1990. Παρά το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας απασχολεί τους περισσότερους ιατρούς, η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στο δημόσιο τομέα. Το 1980, από 1707 συνολικά νοσηλευτές, 1427 (84%) απασχολούνταν στον δημόσιο τομέα. Το 2008, υπήρξε μια αύξηση σχεδόν 260% του αριθμού των νοσηλευτών που απασχολούνται στο δημόσιο τομέα (3710 νοσηλευτές).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο είναι Κύπριοι, παρόλο που ο αριθμός των ιατρών από χώρες της ΕΕ έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της μετανάστευσης από την Ελλάδα, συνεπεία της σοβαρής οικονομικής κρίσης

που ξέσπασε εκεί πριν να γίνει το ίδιο και στην Κύπρο. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια υπήρχε μια έλλειψη νοσηλευτών κάτι που οδήγησε σε προσλήψεις από άλλες χώρες, κυρίως την Ελλάδα και χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Λόγω της σοβαρής οικονομικής κρίσης που μαστίζει την Κύπρο ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, κυρίως ιατρών (Theodorou et al. 2012), δεν προτιμούν να επιστρέψουν στην Κύπρο μετά τις σπουδές τους στο εξωτερικό (κυρίως εκείνοι που σπουδάζουν στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία) λόγω καλύτερων όρων. Αυτή η "φυγή επιστημόνων" είναι ένα σοβαρότατο πρόβλημα που επιτείνει ακόμα περισσότερο τα ήδη συσσωρευμένα προβλήματα στον τόπο μας.

Δυστυχώς τα προβλήματα δεν θα μπορούσαν να λείπουν από τα δημόσια νοσηλευτήρια. Η κατάσταση χειροτερεύει μέρα με τη μέρα και το προσωπικό δεν μπορεί ν' ανταποκριθεί επαρκώς στα καθήκοντά του, με αποτέλεσμα η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών να πάσχει και σε κάποιες περιπτώσεις να παραβιάζονται οι αρχές της υγείας και της ασφάλειας (Λάμπρου 2014). Άλτο, επίσης, παραμένει και το πρόβλημα των πρόωρων αφυπηρετήσεων, καθώς και των αντικαταστάσεων σε περίπτωση που το προσωπικό λαμβάνει άδεια ασθενείας. Σημαντικό πρόβλημα είναι και η φυγή ιατρών στο εξωτερικό λόγω των πιο πάνω προβλημάτων. Από την άλλη, το μορατόριουμ στις νέες προσλήψεις στον δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα συνεχίζεται και για το 2014, καθιστώντας το αρμόδιο Υπουργείο ανήμπορο να επιλύσει τα σοβαρά και μεγάλα προβλήματα που έχουν προκύψει.

Τα δημόσια ΤΑΕΠ αποτελούν συνήθως την πύλη εισόδου προς τα νοσηλευτήρια και δυστυχώς τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν έχουν επηρεάσει και τα τμήματα αυτά με αποτέλεσμα δυσκολίες στη λειτουργία τους.

1.2.Ιδιωτικό σύστημα υγείας στην Κύπρο

Το ιδιωτικό σύστημα είναι σχεδόν εντελώς ξεχωριστό από το δημόσιο σύστημα και ως επί το πλείστον είναι ανεξέλεγκτο και χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την τσέπη του κάθε πολίτη και σε κάποιο βαθμό από την εθελοντική ασφάλιση υγείας. Τα δεδομένα που υπάρχουν καταδεικνύουν ότι το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι αρκετά ψηλό (Cyprus Statistical Service 2011).

Το ιδιωτικό σύστημα αποτελείται κυρίως από ανεξάρτητους παρόχους και εγκαταστάσεις ή ιδιωτικές επιχειρήσεις στις οποίες οι ιατροί συνήθως είναι και οι μέτοχοι. Λειτουργούν αρκετά ιδιωτικά νοσηλευτήρια, τα πλείστα των οποίων διαθέτουν ξεχωριστά ΤΑΕΠ. Άλλοι δευτερεύοντες φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν συγκεκριμένα σχέδια υγείας ημικρατικών οργανισμών.

Ένα σημαντικό τμήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Οι περισσότεροι από τους 1704 γιατρούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας, είτε σε ατομικές ή ομαδικές εγκαταστάσεις. Σχεδόν όλοι οι γιατροί στον ιδιωτικό τομέα είναι ειδικοί και υποστηρίζονται από σύγχρονο διαγνωστικό εξοπλισμό. Η πρόσβαση στην ιδιωτική περίθαλψη είναι εύκολη, χωρίς μεγάλα εμπόδια εκτός από το κόστος, και υπάρχει και η ελευθερία της επιλογής. Η επικρατούσα μέθοδος πληρωμής είναι με βάση τις τιμές της αγοράς.

Η παράλληλη και ασυντόνιστη λειτουργία των δύο προαναφερθέντων συστημάτων συνεπάγεται μηχανοποιητική συνέχεια της φροντίδας, επικάλυψη υπηρεσιών και άσκοπες σπατάλες (Theodorou & Cylus 2012). Επίσης, δημιουργεί ανισότητες στη χρηματοδότηση και πρόσβαση στη φροντίδα, ως επίσης και μη αποδοτική κατανομή και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Ενώ το δημόσιο σύστημα πάσχει από μεγάλες λίστες αναμονής για πολλές υπηρεσίες, μια κατάσταση που έχει επιδεινωθεί με την πρόσφατη οικονομική κρίση, στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει μια πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα ακριβών ιατρικών τεχνολογιών που υπολειτουργεί. Ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας, με ελλιπή συνέχεια της φροντίδας και κακή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης όσο και της ανυπαρξίας επικοινωνίας μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα είναι μια σημαντική αδυναμία του υφιστάμενου συστήματος που οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα και στους δύο τομείς. Στην Κύπρο παρατηρείται από όλα τα κράτη στην Ε.Ε. το ψηλότερο μερίδιο δαπανών στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το δημόσιο τομέα (58% με 48%) (European Commission 2014). Τρεις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών που πραγματοποιήθηκαν το 1996, 2002 και 2009 αποκαλύπτουν τις απόψεις των εξωτερικών ασθενών σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης (Theodorou et al. 2012). Τα αποτελέσματα των δύο πρώτων ερευνών αποκαλύπτουν μεγάλη ικανοποίηση με τα εξωτερικά ιατρεία τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχουν μικρές διαφορές μεταξύ των τομέων, με την μεγαλύτερη να σχετίζεται με το δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν τους παρόχους. Η βαθμολογία των δύο πρώτων ερευνών για τον ιδιωτικό τομέα ήταν ψηλότερη από το δημόσιο τομέα. Τα ευρήματα της τρίτης έρευνας δεν ήταν τόσο θετικά όσο εκείνα των δύο

προηγούμενων ερευνών. Μόνο το 61,9% των ασθενών ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι από την επίσκεψη σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ 14,5% ήταν δυσαρεστημένοι, με σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των νοσοκομείων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Κύπρος βρίσκεται στη χαμηλότερη θέση όσον αφορά τις δαπάνες υγείας επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος με ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 4% (European Commission 2014).

1.3. Το νέο προτεινόμενο σύστημα Υγείας

Μέσα στα πλαίσια αυτά, το Υπουργείο Υγείας προωθεί διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα της Υγείας της Κύπρου και καταβάλλονται από το Υπουργείο Υγείας και την κυπριακή Κυβέρνηση προσπάθειες με απώτερο στόχο τη μεταρρύθμιση ολόκληρου του συστήματος υγείας της χώρας για να υιοθετηθεί ένα βιώσιμο, λειτουργικό, αποτελεσματικό και καθολικό σύστημα υγείας για όλους. Για να αντιμετωπιστούν αυτές και άλλες αδυναμίες ένα νέο σύστημα υγείας έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει καθολική κάλυψη και να εισάξει τον ανταγωνισμό μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο, το σύστημα δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα λόγω κυρίως ανησυχιών για το κόστος. Το νέο σύστημα βάσει της σχετικής νομοθεσίας (Κυπριακή Δημοκρατία 2005) θα έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τα ακόλουθα:

- *Χρηματοδότηση από εισφορές των εργοδοτών, των μισθωτών, των αυτοεργοδοτούμενων, των εισοδηματιών και του Κράτους, το οποίο θα επωμισθεί και το μεγαλύτερο βάρος*
- *Αγορά υπηρεσιών υγείας τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από το δημόσιο τομέα*
- *Ελεύθερη επιλογή του παροχέα υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή*

- *Εφαρμογή του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού*
- *Οικονομική αυτονομία με τη σύσταση του Ταμείου Ασφάλισης Υγείας*
- *Σφαιρικός προϋπολογισμός (τα έξοδα δεν θα ξεπερνούν τα έσοδα) και μηχανισμός αναπροσαρμογής των τιμών αποζημίωσης προς τους παροχείς*
- *Καθολική κάλυψη*

Η νέα πρόταση της εφαρμογής και η δέσμευση της κυβέρνησης μπορεί να είναι σημάδια μιας νέας αρχής, αλλά απαιτούνται πολύ περισσότερα πέρα από την πολιτική δέσμευση. Υπάρχουν σημαντικά ζητήματα που παραμένουν άλυτα, συμπεριλαμβανομένου του κατά πόσο ο θεμιτός ανταγωνισμός μπορεί να υπάρξει μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι σήμερα αμείβονται διαφορετικά. Απαραίτητη επίσης για τον ανταγωνισμό είναι η αυτονομία των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Ίσως το πιο σημαντικό, είναι η κυβέρνηση να διασφαλίσει ότι κατά την εφαρμογή της νέου συστήματος υγείας, οι Κύπριοι θα προστατεύονται από την υπερβολική οικονομική επιβάρυνση και αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό δεν σημαίνει ότι θα γίνει εξασφαλίζοντας τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (απαλλάσσοντας τις π.χ. από τις συν-πληρωμές), αλλά και ότι και τα ποσοστά εισφοράς θα καθοριστούν σε ένα τέτοιο επίπεδο που δεν θα τίθεται σε κίνδυνο ο προϋπολογισμός των νοικοκυριών. Η τρέχουσα οικονομική κρίση προσφέρει μια ευκαιρία στην κυβέρνηση να εφαρμόσει την πολυαναμενόμενη μεταρρύθμιση, αλλά η Κύπρος πρέπει να προχωρήσει προσεκτικά και να θέσει ρεαλιστικά ορόσημα για την εφαρμογή του Νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας.

Τα κρατικά ΤΑΕΠ ουσιαστικά με βάση τις πρόνοιες της προτεινόμενης νομοθεσίας (άρθρο 32 του περί Γενικού Συστήματος Νόμου) θα λειτουργούν στα συμβεβλημένα με

τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας κρατικά νοσηλευτήρια υπό καθεστώς αυτονομίας. Οι δικαιούχοι ασθενείς θα εξετάζονται και είτε θα απολύονται, είτε θα παραπέμπονται σε οικογενειακό ιατρό, είτε θα εισάγονται στο νοσηλευτήριο (οι βασικές αρχές λειτουργίας των ΤΑΕΠ έχουν ετοιμαστεί από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας σε συνεργασία με τους σχετικούς φορείς, Ιατρικές Υπηρεσίες, Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος κλπ).

Σε πρόσφατη επίσκεψη του ο Ευρωπαίος Επίτροπος, αρμόδιος για θέματα Υγείας σε συνάντηση που είχε με τον Υπουργό Υγείας τόνισε μεταξύ άλλων ότι «όλες οι χώρες της Ευρώπης που επιδιώκουν τη διατήρηση ενός βιώσιμου συστήματος υγείας στη χώρα, προχωρούν σε μεταρρυθμίσεις. Κανένα σύστημα δημόσιας υγείας στην Ευρώπη δεν μπορεί να είναι βιώσιμο εάν δεν μεταρρυθμιστεί. Οι αλλαγές στην Κύπρο θα ήταν αναγκαίες με ή χωρίς την οικονομική κρίση. Αυτό που επισυνέβηκε είναι ότι η κρίση επιτάχυνε τις αλλαγές αυτές» (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2014a). Ο Υπουργός Υγείας, επεσήμανε ότι «το όραμα και η κατεύθυνση του Υπουργείου Υγείας είναι όπως όλοι οι πολίτες της Κύπρου έχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό και το πιο πολύτιμο αγαθό. Αυτή είναι η ευκαιρία που αυτή τη στιγμή έχουμε για να καταλύσουμε τις ανισότητες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας. Αυτή την ευκαιρία πρέπει να την αδράξουμε και να την εκμεταλλευτούμε» (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2014b). Μέσα στα πλαίσια αυτά, το Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε δημόσιο διάλογο με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς με σκοπό την ενημέρωση γύρω από τις βασικές αρχές των δύο νομοθετημάτων μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας στη χώρας μας. Οι βασικές αρχές που διέπουν τα δύο μεταρρυθμιστικά νομοθετήματα, αφορούν στην εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου

Υγείας (ΓεΣΥ) και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2014b).

Κεφάλαιο 2. ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΑΕΠ)

2.1.Ορισμός και αποστολή του Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ)

Το ΤΑΕΠ αποτελεί το συνδετικό κρίκο και έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο μεταξύ του ασθενούς και της οριστικής του αντιμετώπισης, καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας. Αποτελεί την πρώτη εντύπωση του ασθενούς όταν επισκέπτεται ένα νοσηλεύτήριο. Είναι ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον παροχής επείγουσας και κρίσιμης παροχής φροντίδας υγείας.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες (Ασκητοπούλου 1991) :

- Υποδέχεται, αντιμετωπίζει, διαγιγνώσκει και θεραπεύει το υπερ-επείγον περιστατικό και αυτό που απαιτεί άμεση αναζωογόνηση στη δική του ΜΕΘ ή ΜΑΦ για 12 έως 48 ώρες ανακουφίζοντας έτσι τη ΜΕΘ του νοσοκομείου, που δεν δέχεται βαρέως πάσχοντες που απαιτούν βραχυπρόθεσμη νοσηλεία.
- Υποδέχεται, σταθεροποιεί και ανάλογα διαγιγνώσκει ή/και θεραπεύει το υπερ-επείγον και επείγον περιστατικό πριν το προωθήσει ή/όχι για οριστική διάγνωση ή θεραπεία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου (αξονικός τομογράφος, χειρουργεία, θάλαμοι νοσηλείας).
- Υποδέχεται και αντιμετωπίζει προσωρινά ή οριστικά το επείγον ή ημι-επείγον περιστατικό, το οποίο μπορεί να νοσηλεύσει στη Βραχεία Νοσηλεία για 6 - 48 ώρες, εφόσον έχει μία μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία κλινική εικόνα μέχρις

όπου γίνεται η τελική του αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζεται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο.

- Κατευθύνει τους ασθενείς με μη-επείγοντα προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.
- Οργανώνει και συντονίζει το μαζικό ατύχημα ή τις μαζικές καταστροφές στην υγειονομική περιφέρεια που αυτό καλύπτει.
- Μετά την παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα ΤΑΕΠ, ο ασθενής ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του είτε παίρνει εξιτήριο, είτε εισάγεται σε νοσηλεύτήριο.

Οργανωτικά, αν και σχετικά μικρό σε μέγεθος, το ΤΑΕΠ αποτελεί ένα πολύπλοκο τμήμα σε ένα νοσοκομείο. Είναι μια ημιαυτόνομη οργανωτική οντότητα η οποία πρέπει να είναι σε θέση να ασχοληθεί με δύσκολα προβλήματα στο εσωτερικό του περιβάλλον όσο και σε σχέση με το νοσοκομείο αλλά και με το εξωτερικό περιβάλλον. Για την παροχή φροντίδας υγείας στον ασθενή, το ΤΑΕΠ θα πρέπει να στηρίζεται στην έγκαιρη συνεργασία, τις υπηρεσίες και τον εξοπλισμό των άλλων νοσοκομειακών μονάδων (Georgopoulos 1985).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (European Society for Emergency Medicine 2013) το ΤΑΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο *«την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση & αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξεία προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο ιατρό»*.

Τα ΤΑΕΠ χαρακτηρίζονται από 5 ειδικά γνωρίσματα (Woloshynowych et al. 2006) που δεν απαντώνται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, ήτοι:

- Δεν υπάρχει ανώτατο όριο στον αριθμό ασθενών που θα αναζητήσουν φροντίδα στο τμήμα
- Οι εργαζόμενοι στα ΤΑΕΠ παρέχουν φροντίδα σε πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα
- Υπάρχει αβεβαιότητα στο συγκεκριμένο τμήμα λόγω των διαφόρων προβλημάτων των ασθενών
- Υπάρχει χρονικός περιορισμός στην παροχή της φροντίδας λόγω των επειγόντων περιστατικών και δεν υπάρχει ανατροφοδότηση λόγω του ότι οι ασθενείς είτε απολύονται είτε εισάγονται στο νοσοκομείο
- Το προσωπικό στα ΤΑΕΠ εκτελεί συγκεκριμένες ιατρικές/νοσηλευτικές πράξεις και αυτό δυνατό να τους “στερήσει” από άλλες επαγγελματικές εμπειρίες

Τα προαναφερόμενα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με το σύστημα βάρδιας και την απόλυτη εξάρτηση των ΤΑΕΠ από άλλα νοσοκομειακά τμήματα (όπως ακτινολογικό, χημείο κλπ) (Ασκητοπούλου 1991) διαφοροποιούν την όλη εικόνα του ΤΑΕΠ από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, κάνοντας το πιο ευάλωτο σε ιατρικά/νοσηλευτικά λάθη που αντανακλούν στην ασφάλεια των ασθενών και κατ'επέκτασιν στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Τα ΤΑΕΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής δέχονται κάθε χρόνο πάνω από 119 εκατομμύρια επισκέψεις και στον Καναδά 12 εκατομμύρια. Παρατηρείται ετήσια αύξηση των επισκέψεων κατά 32% στις ΗΠΑ, από το 1996 μέχρι το 2006, τη στιγμή που ο αριθμός των ΤΑΕΠ στις χώρες αυτές μειώνεται. Η κατάσταση είναι παρόμοια και σε άλλα μέρη του κόσμου, όπως και στην Ευρώπη. Δυστυχώς λόγω της ανομοιογένειας

των συστημάτων παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας στην Γηραιά Ήπειρο, τα στοιχεία που υπάρχουν είναι ανά χώρα και όχι σε σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών (Blunt et al. 2010). Επίσης, η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής είναι σχετικά νέα στις χώρες της Ε.Ε. και δεν είναι σε όλες τις χώρες επίσημα αναγνωρισμένη ως τέτοια από τις αρμόδιες αρχές αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων (Jayaprakash et al. 2009). Οι χώρες της Ε.Ε. στις οποίες αναγνωρίζεται ως ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα είναι οι ακόλουθες: Βουλγαρία, Τσεχία, Ουγγαρία, Μάλτα, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Βέλγιο, Εσθονία, Ιταλία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Σλοβενία, Φινλανδία, Σουηδία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία (European Society for Emergency Medicine 2013).

2.2. Υπέρμετρη προσέλευση στα ΤΑΕΠ

Υπάρχει παγκόσμια έντονη ανησυχία αναφορικά με την υπέρμετρη προσέλευση στα ΤΑΕΠ. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι η υπέρμετρη προσέλευση στα ΤΑΕΠ δημιουργεί σοβαρότατα προβλήματα (Pines et al. 2011) στην αποδοτικότητα τόσο του ΤΑΕΠ αλλά και γενικότερα του συστήματος υγείας της χώρας εφόσον ο αριθμός των επισκέψεων στα ΤΑΕΠ προτείνεται και ως δείκτης αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας (P. Smith 2012). Δεν υπάρχει συμφωνημένη ακριβής αποτίμηση του όρου “υπέρμετρη προσέλευση”. Αυτή μπορεί να οριστεί ως “η αδυναμία του προσωπικού του ΤΑΕΠ να παράσχει επιθυμητή φροντίδα λόγω υπέρμετρης προσέλευσης ασθενών” (Jayaprakash et al. 2009). Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών Επείγουσας Φροντίδας έχει υιοθετήσει τον πιο κάτω ορισμό: “...*υπέρμετρη προσέλευση ασθενών είναι η κατάσταση κατά την οποία η καθορισμένη ανάγκη για επείγουσα φροντίδα υγείας υπερβαίνει τους διαθέσιμους*

πόρους στα ΤΑΕΠκαι αυτό μπορεί να συμβεί σε νοσοκομειακά ΤΑΕΠ όταν εκεί προσέρχονται περισσότεροι ασθενείς από όσους το προσωπικό του ΤΑΕΠ μπορεί να διαχειριστεί, όταν δεν υπάρχει επαρκής αριθμός κλινών στα ΤΑΕΠ και όταν ο χρόνος αναμονής για εξέταση είναι μεγαλύτερος από ένα λογικό όριο” (Schneider & Gallery 2003). Η έλλειψη νοσοκομειακών κλινών, η σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας των ασθενών, η κατά την κρίση του ασθενούς προσέλευση (όχι κατόπιν παραπομπής), ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού, το σύστημα διαλογής, η έλλειψη εμπειρίας από το προσωπικό των ΤΑΕΠ και οι καθυστερήσεις σε άλλα συνοδά τμήματα όπως το Ακτινολογικό αποτελούν τους κυριότερους λόγους για την υπερβολική προσέλευση στα ΤΑΕΠ (Derlet 2002; Jayaprakash et al. 2009). Το κυριότερο πρόβλημα με την υπερβολική προσέλευση είναι η αδυναμία αντιμετώπισης των ασθενών με αποτελεσματικό τρόπο και πολλές φορές ο κίνδυνος για την ασφάλεια τους (Trzeciak & Rivers 2003; Cowan & Trzeciak 2004). Ένας σημαντικότερος παράγοντας που οδηγεί σε υπερβολική προσέλευση ασθενών στα ΤΑΕΠ είναι η απόφαση του ασθενούς να αποταθεί εκεί για φροντίδα. Συνήθως οι λόγοι που επικαλούνται οι ασθενείς είναι η μη ικανοποιητική συνεργασία με το Γενικό Ιατρό και η αντίληψη ότι θα τύχουν ποιοτικότερης αντιμετώπισης (αρτιότερος εξοπλισμός στα ΤΑΕΠ) (Charante et al. 2008). Στην Ελλάδα και στην Κύπρο λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, η συρροή ασθενών (που μπορεί να μην παρουσιάζουν αμιγώς επείγοντα προβλήματα υγείας) στα ΤΑΕΠ έχει αυξηθεί (Λυδάκης et al. 2013; Λάμπρου 2014). Για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών αυτών λειτούργησε στο ΤΕΠ του Βενιζέλειου νοσοκομείου στο Ηράκλειο της Κρήτης ένα «Ιατρείο Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας» το οποίο είχε θετικές επιπτώσεις τόσο στη διαχείριση ασθενών με

ελάχισσνα προβλήματα υγείας όσο και σε ασθενείς με σοβαρότερα προβλήματα (Λυδάκης et al. 2013).

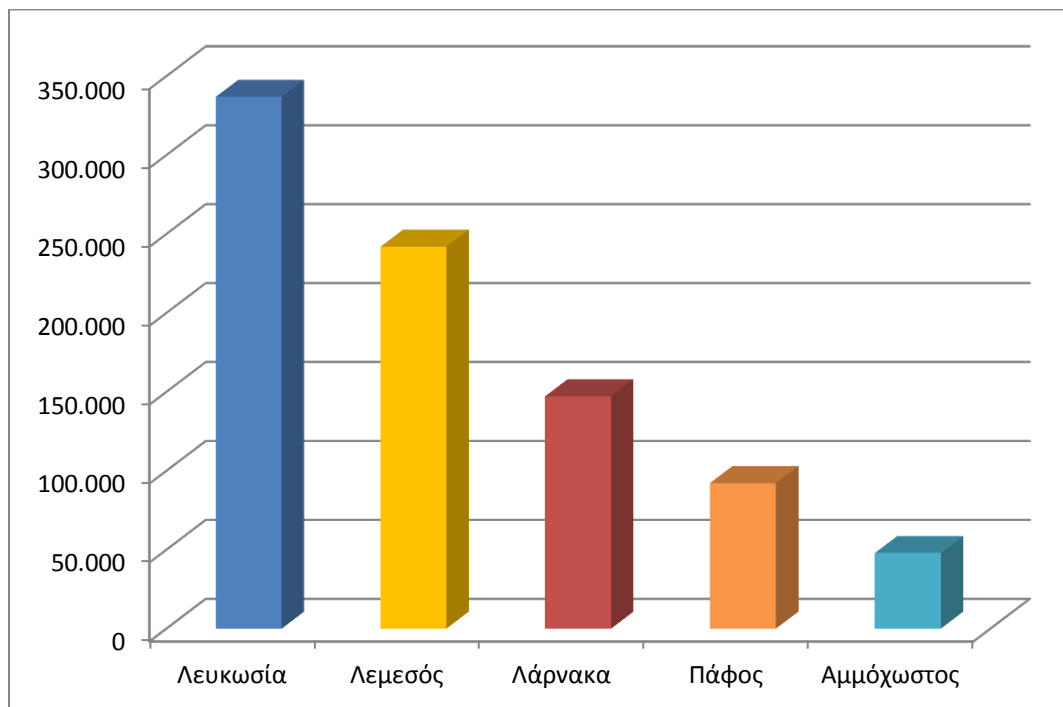
2.3.Τα Δημόσια Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) στην Κύπρο

Οργανωτική δομή ΤΑΕΠ

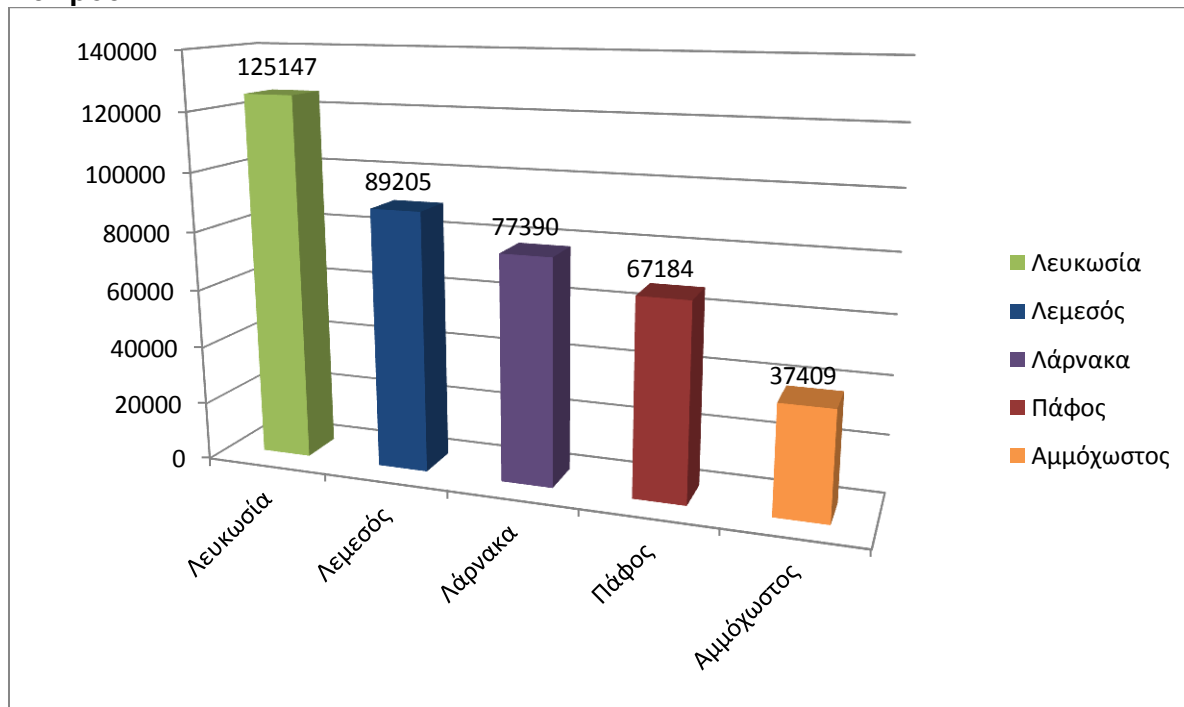
Κάθε επαρχιακό Νοσοκομείο στην Κύπρο διαθέτει αυτόνομο ΤΑΕΠ. Τα ΤΑΕΠ στην Κύπρο επισκέπτονται σύμφωνα με τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας 396.335 ασθενείς (στοιχεία 2012). Πιο συγκεκριμένα, στο ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας το 2012 προσήλθαν 125.147 (σε σύνολο πληθυσμού της επαρχίας 336.900), του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού 89.205 (σε σύνολο πληθυσμού της επαρχίας 241.900), του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας 77.390 (σε σύνολο πληθυσμού της επαρχίας 147.200), του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου 37.405 (σε σύνολο πληθυσμού της επαρχίας 47.900) και του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου 67.184 (σε σύνολο πληθυσμού της επαρχίας 92.00) (Διαγράμματα 1 και 2).

Στα ΤΑΕΠ των κρατικών νοσηλευτηρίων απασχολούνται συνολικά 67 ιατροί και 210 νοσηλευτές (προσωπική επικοινωνία με σημεία επαφής στα ΤΑΕΠ). Η κατανομή τους φαίνεται στον Πίνακα 3.

Διάγραμμα 1: Πληθυσμός στο τέλος του 2012 κατά επαρχία



Διάγραμμα 2: Αριθμός επισκέψεων ασθενών στα ΤΑΕΠ των Γενικών Νοσοκομείων της Κύπρου



Πίνακας 3: Κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των ΤΑΕΠ ανά φύλο και επαρχία

| Επαρχία | Ιατροί | | Σύνολο ιατρών ανά επαρχία | Νοσηλευτές | | Σύνολο νοσηλευτών ανά επαρχία |
|------------|--------|----------|---------------------------|------------|----------|-------------------------------|
| | Άνδρες | Γυναίκες | | Άνδρες | Γυναίκες | |
| Λευκωσία | 10 | 8 | 18 | 31 | 44 | 75 |
| Λεμεσός | 10 | 6 | 16 | 19 | 29 | 48 |
| Λάρνακα | 8 | 6 | 14 | 11 | 22 | 33 |
| Αμμόχωστος | 5 | 2 | 7 | 16 | 9 | 25 |
| Πάφος | 2 | 10 | 12 | 10 | 19 | 29 |
| Σύνολο | 35 | 32 | 67 | 87 | 123 | 210 |

Όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1 το σύστημα υγείας της Κύπρου βρίσκεται σε ένα μεταβατικό στάδιο και έχει ήδη ετοιμαστεί σχετική νέα νομοθεσία. Σύμφωνα με το τελευταίο προσχέδιο των βασικών αρχών λειτουργίας των ΤΑΕΠ, όπως διαμορφώθηκε από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, το οποίο αποσκοπεί να σκιαγραφήσει τις βασικές αρχές της παροχής επείγουσας φροντίδας στα πλαίσια του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ), καταγράφονται οι πιο κάτω ορισμοί:

Περίθαλψη σε περίπτωση ατυχήματος ορίζεται ως η άμεση, απαραίτητη φροντίδα που είναι αποτέλεσμα ατυχήματος για άτομα που έχουν υποστεί τραύμα ή βλάβη στην υγεία τους και χρειάζονται άμεση θεραπεία ή επείγουσα διάγνωση.

Επείγουσα φροντίδα υγείας ορίζεται ως η κατάσταση που απειλεί με άμεσο κίνδυνο τη ζωή ή μπορεί να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία ενός ατόμου ή υπάρχει μεγάλος

κίνδυνος να προκαλέσει μη αναστρέψιμη ανικανότητα σε περίπτωση που δεν παρασχεθεί άμεση φροντίδα υγείας.

Στα ΤΑΕΠ της Κύπρου εδώ και αρκετά χρόνια λειτουργεί το σύστημα διαλογής ασθενών (triage). Το σύστημα αυτό ασχολείται με το διαχωρισμό των ασθενών σε κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης τους. Βασικό πλεονέκτημα της διαλογής είναι η μείωση του χρόνου αναμονής ενώ σε περιπτώσεις μεγάλης προσέλευσης ασθενών, με τη διαλογή δίδεται προτεραιότητα στα σοβαρά περιστατικά. Ένα μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί η ανυπαρξία μιας και ενιαίας κλίμακας διαλογής και η δέσμευση ανθρώπινων πόρων που απαιτείται για τη διαλογή, ως επίσης και οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για το ποιος είναι ο πλέον αρμόδιος για τη διαλογή. Βασικός σκοπός της διαλογής είναι η αναγνώριση των ασθενών με απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή τους κατά την άφιξη στα ΤΑΕΠ και η ταχεία αντιμετώπιση τους. Δευτερεύοντες στόχοι είναι η ταξινόμηση των αναγκών των ασθενών, η ρύθμιση της ροής του ΤΑΕΠ και ο καθορισμός του κατάλληλου επιπέδου φροντίδας που μπορεί να είναι το ΤΑΕΠ ή και όχι. Η διαλογή είναι μια πολύ σημαντική λειτουργία καθώς εξασφαλίζει την τοποθέτηση του ασθενή στο σωστό τόπο και τη σωστή χρονική στιγμή ώστε να λάβει το σωστό επίπεδο φροντίδας. Είναι αναγκαίο το προσωπικό που διενεργεί τη διαλογή να έχει εμπειρία στα επείγοντα περιστατικά (Ασκητοπούλου 1991). Λίγα χρόνια μετά τη λειτουργία των Νέων Επαρχιακών Νοσηλευτηρίων εισήχθηκε το σύστημα διαλογής και στα κρατικά ΤΑΕΠ της Κύπρου. Τη διαλογή την κάνουν νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα για το σκοπό αυτό.

Η οργανωτική δομή των ΤΑΕΠ περιλαμβάνει την ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική-υποστηρικτική υπηρεσία.

Το ανθρώπινο δυναμικό και η στελέχωση των ΤΑΕΠ στην Κύπρο

Στα ΤΑΕΠ εργάζονται ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό. Οι Ιατροί, βάσει του οικείου σχεδίου υπηρεσίας θα πρέπει να κατέχουν ειδικότητα Παθολογίας, Ορθοπεδικής, Γενικής Ιατρικής και Χειρουργικής. Η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής δεν έχει ακόμα αναγνωριστεί στον τόπο μας. Οι πλείστοι επί του παρόντος εργαζόμενοι ιατροί κατέχουν τις ειδικότητες της Παθολογίας και Γενικής Ιατρικής. Οι νοσηλευτές είναι απόφοιτοι της Νοσηλευτικής Σχολής. Οι εργαζόμενοι ιατροί και νοσηλευτές στα ΤΑΕΠ παρακολουθούν διάφορα μικρής διάρκειας πιστοποιημένα προγράμματα σχετικά με την παροχή επείγουσας φροντίδα υγείας. Τα προγράμματα αυτά είναι: Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Advanced Trauma Life Support (ATLS), Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS), Basic Life Support (BLS), Immediate Life Support (ILS), Advanced Life Support (ALS).

Κτιριακή δομή και εξοπλισμός των ΤΑΕΠ

Για να εξεταστεί ενδελεχώς η δομή, χωροταξία, εξοπλισμός και πρωτόκολα των ΤΑΕΠ των Δημοσίων Νοσηλευτηρίων της Κύπρου, δόθηκαν σε λειτουργούς των συγκεκριμένων τμημάτων (ιατρό ή νοσηλευτή) σχετικά έντυπα προς συμπλήρωση. (Δυστυχώς δεν έχουμε στοιχεία από το ΤΑΕΠ Αμμοχώστου παρόλο που προσπαθήσαμε αρκετές φορές να τα πάρουμε. Από το ΤΑΕΠ Πάφου δεν μας δόθηκαν στοιχεία αναφορικά με τους αλγόριθμους). Τα περιεχόμενα των εντύπων αυτών πάρθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία (Ασκητοπούλου 1991). Όπως καταγράφεται στους πίνακες 4, 5 και 6 τα στοιχεία που δόθηκαν καταδεικνύουν ένα αρκετά υψηλό

επίπεδο επάρκειας τόσο σε δομικά στοιχεία, όσο και σε εξοπλισμό και πρωτόκολα. Από το ΤΑΕΠ Πάφου δεν μας δόθηκαν στοιχεία σχετικά με τους αλγόριθμους που ακολουθούν.

Πίνακας 4: Δομή και Χωροταξία ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου

| | Λευκωσία | Λεμεσός | Λάρνακα | Πάφος |
|---------------------------------------|--|---------------|-----------------------|---------------|
| Υποδοχή-Γραμματεία | √ | √ | √ | √ |
| Χώρος Διαλογής | √ | √ | √ (μη κατάλληλος) | √ |
| Αίθουσα Αναμονής | √ | √ | √ | √ |
| Χώρος ενημέρωσης συγγενών | | | | |
| Αίθουσα Αναζωογόνησης | √ | √ | √ | √ |
| Εξεταστήρια Αν ΝΑΙ, πόσα | √ <u>21</u> | √ <u>7</u> | √ <u>3</u> | √ <u>6</u> |
| Αίθουσα ελάσσονος τραύματος | √ | | √ | √ |
| Αίθουσα γύψου | √ | √ | √ | √ |
| Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας | √ (δεν λειτουργεί λόγω έλλειψης προσωπικού) | √ | √ | √ |
| Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών | √ | √ | √ (δεν λειτουργεί) | |
| Χώρος απομόνωσης διεγερτικών | | | | |

| | | | | |
|--|----------|------------------------------------|----------------|---|
| ασθενών | | | | |
| Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου (έκθεση σε τοξικές ουσίες, ραδιενεργά υλικά κλπ) | | | | |
| Ακτινολογικό εργαστήριο (αίθουσα για έλεγχο ακτινογραφιών) | ✓ | | ✓ | |
| Χώρος ανάπαυσης προσωπικού | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Χώρος εκπαίδευσης και έρευνας | ✓ | | | |
| Εφημερείο | ✓ | | | |
| Αποδυτήρια προσωπικού | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Γραφεία | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Αποθήκες | <u>4</u> | <u>2</u> | <u>2</u> | |
| Αν ΝΑΙ, πόσα | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | |
| Χώρος στάθμευσης ασθενοφόρων (τουλάχιστον 2 με όλες τις προδιαγραφές-εξωτερικές παροχές ρεύματος, σκέπαστρο, δυνατότητα άμεσης αποχώρησης) | ✓ | ✓ (χωρίς όλες τις προδιαγραφές) | ✓ | ✓ |
| Υποδομή για παραμονή διασωστών-πληρωμάτων ασθενοφόρων και ιατρικού προσωπικού σε χώρο αναμονής και διαμονής είτε πλησίον είτε εντός του ΤΑΕΠ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Μια είσοδος στο ΤΑΕΠ για ασθενείς που μεταφέρονται με | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | (χρησιμοποιείτ | |

| | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|---|
| ασθενοφόρα | | | αι και από οχήματα και από πεζούς) | |
| Μια είσοδος στο ΤΑΕΠ για ασθενείς πεζούς | ✓ | ✓ | | ✓ |

Πίνακας 5: Εξοπλισμός ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου

| | Λευκωσία | Λεμεσός | Λάρνακα | Πάφος |
|--|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------|
| Πολυκάναλος ΗΚΓγράφος Αν ΝΑΙ, αριθμός; | ✓ <u>6</u> | ✓ <u>2</u> | ✓ | ✓ <u>4</u> |
| Απινιδωτής μόνιτορ- με δυνατότητες ΗΚΓγραφικής παρακολούθησης, περιφερικής οξυμετρίας, μη επεμβατικής της αρτηριακής πίεσης και καπνογραφίας | ✓ <u>4</u> | ✓ (εκτός καπνογραφίας) | ✓ (εκτός καπνογραφίας) | ✓ <u>3</u> |
| Φορητός αναπνευστήρας με δυνατότητες μη επεμβατικού και επεμβατικού αερισμού | ✓ <u>5</u> | ✓ | | ✓ |
| Τροχήλατο ανάνηψης με τον εξοπλισμό του | ✓ <u>3</u> | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ειδικά φορεία μεταφοράς βαριά ασθενών-τραυματιών | | | ✓ | ✓ |
| Αντλία ελεγχόμενης χορήγησης υγρών | ✓ | | ✓ | |
| Πολυαναλυτής αερίων αίματος | ✓ | ✓ | | |
| Φορητός υπερηχοτομογράφος | ✓ | | | |
| Σάκος ανάνηψης με τον εξοπλισμό του | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Εύκαμπτο βρογχοσκόπιο | | | | |
| Σετ επείγουσας θωρακοτομής | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ψηφιακό ακτινολογικό εργαστήριο στο χώρο ή εγγύς του ΤΑΕΠ | ✓ <u>3</u> | ✓ | ✓ | ✓ |
| Αξονικός τομογράφος στο χώρο ή εγγύς του ΤΑΕΠ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Εκπαιδευτικός εξοπλισμός προσομοίωσης επεμβατικών ιατρικών πράξεων | | | | |

Πίνακας 6: Πρωτόκολα/αλγόριθμοι και Διαδικασίες στα ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου

| Πρωτόκολο/διαδικασία | Λευκωσία | Λεμεσός | Λάρνακα | Πάφος |
|---|----------|---------|---------|-------|
| 1. Αντιμετώπισης οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας | ✓ | ✓ | | |
| 2. Αντιμετώπισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου | ✓ | ✓ | | |
| 3. Αντιμετώπισης οξέων διαταραχών από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα | ✓ | | | |
| 4. Αντιμετώπισης οξείας κυκλοφοριακής κατάρρευσης (σοκ) | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5. Αντιμετώπισης καρδιακής ανακοπής | ✓ | ✓ | | |
| 6. Αντιμετώπισης βαρέος τραύματος | ✓ | ✓ | | |
| 7. Αντιμετώπιση κοιλιακού άλγους | ✓ | ✓ | | |
| 8. Ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων/υγρών | ✓ | ✓ | | |
| 9. Ενδοοστική έγχυση φαρμάκων/υγρών | | | | |
| 10. Αντιμετώπιση οξείας οσφυαλγίας | ✓ | ✓ | | |
| 11. Αντιμετώπιση υπέρτασικής κρίσης | ✓ | ✓ | | |
| 12. Αντιμετώπιση εγκαυμάτων | ✓ | ✓ | | |
| 13. Αντιμετώπιση υπο-υπεργλυκαιμίας | ✓ | ✓ | | |
| 14. Αντιμετώπιση πυρετού | ✓ | ✓ | | |
| 15. Αντιμετώπιση υποθερμίας | ✓ | ✓ | | |
| 16. Αντιμετώπιση αλλεργίας | ✓ | ✓ | | |
| 17. Αντιμετώπιση εσωτερικής αιμορραγίας | ✓ | ✓ | | |
| 18. Αντιμετώπιση δήγματος φιδιού | ✓ | ✓ | | |
| 19. Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων | ✓ | ✓ | | |
| 20. Καταγραφή προσωπικών αντικειμένων ασθενών | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 21. Διαδικασία εισαγωγής ασθενούς στο Νοσοκομείο | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 22. Διαδικασία μεταφοράς στο ακτινολογικό/αξονικό τομογράφο | ✓ | | | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|
| 23. Απόλυση από το ΤΑΕΠ | √ | | | |
| 24. Παρουσία συνοδών ασθενών | √ | | | |

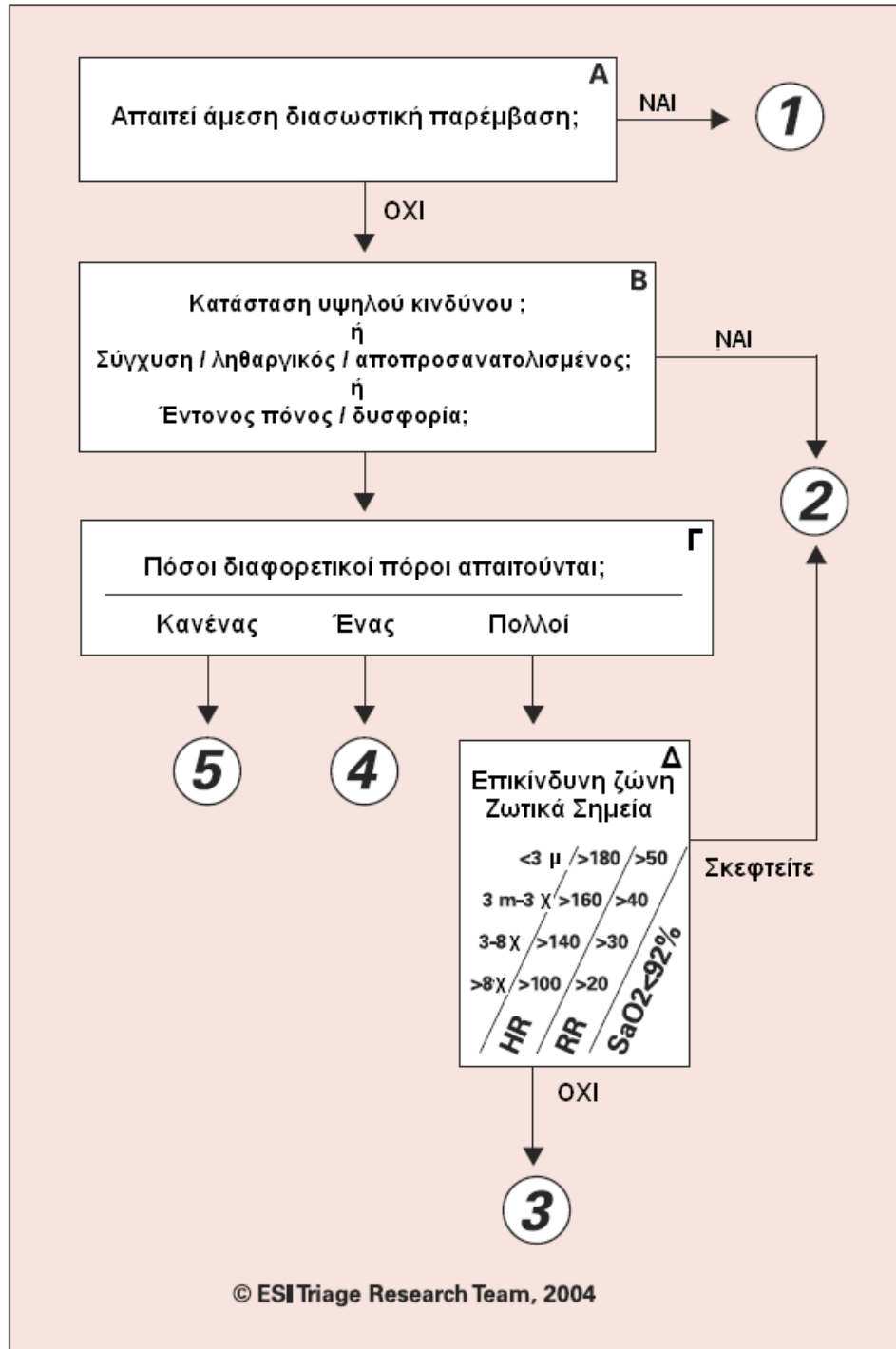
Σύστημα λειτουργίας των ΤΑΕΠ

Τα ΤΑΕΠ επισκέπτονται είτε περιπατητικοί ασθενείς είτε ασθενείς που μεταφέρονται εκεί με ασθενοφόρο. Υπάρχουν ξεχωριστές εισοδοί για τις δύο αυτές κατηγορίες. Ο ασθενής, εφόσον προσέρχεται από μόνος του και είναι περιπατητικός εγγράφεται, καταβάλλει το αντίτιμο των 10 ευρώ και ακολούθως περνά από τη διαλογή. Αφού αξιολογηθεί από το νοσηλευτή διαλογής (Διάγραμμα 3) τότε αναλόγως της σοβαρότητας της κατάστασης του καλείται με σειρά προτεραιότητας να εξεταστεί από διαθέσιμο ιατρό, αφού οδηγηθεί σε εξεταστήριο των ΤΑΕΠ. Αφού αξιολογηθεί και αντιμετωπιστεί από τον ιατρό των ΤΑΕΠ, τότε αναλόγως ή θα απολυθεί ή θα εισαχθεί στο νοσοκομείο.

Στην περίπτωση μεταφοράς του ασθενούς με ασθενοφόρο, αυτός εισάγεται από ξεχωριστή είσοδο στο ΤΑΕΠ. Κατά τη μεταφορά του προς το ΤΑΕΠ, ο ασθενής αξιολογείται από το νοσηλευτή-πλήρωμα του ασθενοφόρου. Ανάλογα δε με τη σοβαρότητα του περιστατικού, του δίδεται η ανάλογη προτεραιότητα και ακολουθεί η αντιμετώπιση του από την ομάδα του ΤΑΕΠ.

Διάγραμμα 3: Σύστημα διαλογής ασθενών στα ΤΑΕΠ

Αλγόριθμος διαλογής ESI v. 4



Σχέση των ΤΑΕΠ με τα άλλα τμήματα των νοσοκομείων

Το ΤΑΕΠ έχει στενότερη σχέση και διασύνδεση με τα υπόλοιπα τμήματα/κλινικές του νοσοκομείου (Georgoroulos 1985). Στην περίπτωση των ΤΑΕΠ της Κύπρου υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση με το ακτινολογικό τμήμα, το χημείο του νοσοκομείου, με όλες τις κλινικές, καθώς και με τα ΤΑΕΠ των άλλων επαρχιών, τα εξωτερικά ιατρεία και τα ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, πλησίον των ΤΑΕΠ είναι χωροταξικά τοποθετημένα τα Ακτινολογικά Τμήματα για εύκολη μεταφορά των ασθενών που χρήζουν των ανάλογων ακτινολογικών εξετάσεων. Στο χώρο των ΤΑΕΠ υπάρχει ειδικό σύστημα αποστολής των δειγμάτων (αιματολογικές και βιοχημικές αναλύσεις) κατευθείαν προς το χημείο για αποδοτικότερη διεκπεραίωση των εν λόγω διαγνωστικών εξετάσεων. Οι κλινικές των νοσηλευτηρίων βρίσκονται σε συνεχή συνεννόηση με τα ΤΑΕΠ μέσω της αποστολής ειδικευμένων/ειδικών ιατρών όταν αυτοί κριθεί αναγκαίο να κληθούν από τους ιατρούς των ΤΑΕΠ. Τα ΤΑΕΠ έχουν μεταξύ τους συνεργασία όσον αφορά τη μεταφορά ασθενών μεταξύ των διαφόρων επαρχιών και κυρίως το ΤΑΕΠ της Λευκωσίας υποδέχεται ασθενείς από τις επαρχίες λόγω του ότι στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας λειτουργούν κλινικές που δεν λειτουργούν σε άλλες επαρχίες (π.χ. Νευροχειρουργικό, Αγγειο-Θωρακο χειρουργικό). Όταν οι ασθενείς που εξετάζονται δεν χρήζουν νοσηλείας και απολύονται από τα ΤΑΕΠ, αυτοί μπορούν να παραπεμφθούν για περαιτέρω μη επείγουσα φροντίδα σε εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλευτήρια (δημόσια ή ιδιωτικά αναλόγως της προτίμησης των ασθενών).

Κεφάλαιο 3.ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

3.1.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το επαγγελματικό περιβάλλον μπορεί να διακριθεί σε γενικό και ειδικό, το ειδικό αποτελώντας μέρος του γενικού περιλαμβάνει τις συνθήκες εκείνες που επηρεάζουν άμεσα την επίτευξη των σκοπών του οργανισμού (Μερκούρης 2008;Robbins 2001). Άνκαι οι όροι «επαγγελματικό περιβάλλον» και «εργασιακό περιβάλλον» χρησιμοποιούνται πολλάκις ως συνώνυμες, εντούτοις αποτελούν εννοιολογικά δύο διαφορετικές οντότητες. Το εργασιακό περιβάλλον παροχής φροντίδας αναφέρεται ειδικότερα στα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας που είτε υποβοηθούν είτε παρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (ICN 2008). Επιπλέον, υπάρχουν δύο παρόμοιοι γενικοί ορισμοί «εργασιακό περιβάλλον» και «συνθήκες εργασίας» αλλά δεν υπάρχει συμφωνία όσον αφορά την ακριβή σημασία των δύο όρων. Παρόλα αυτά, το εργασιακό περιβάλλον σε γενικές γραμμές μπορεί να περιγραφεί σαν ο χώρος, οι συνθήκες και οι πέριξ επιδράσεις όπου οι άνθρωποι ασκούν μια δραστηριότητα. Στην περίπτωση της φροντίδας υγείας αναφέρεται σε μια ομάδα σταθερών χαρακτηριστικών ενός οργανισμού σχετικών με δομές και διαδικασίες στον οργανισμό αυτό που είτε υποβοηθούν είτε παρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (Lake 2002; Christian M. Rochefort & SeanP. Clarke 2010). Το πολυσύνθετο κοινωνικό περιβάλλον όπου οι νοσηλευτές ασκούν το επάγγελμα τους και όπου υπάρχει μια συνεχής ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν αποφάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο και μαζί με τους ασθενείς, καλείται επαγγελματικό περιβάλλον άσκησης της εργασίας (Wiskow et al 2010).

Το επαγγελματικό περιβάλλον στη Νοσηλευτική βιβλιογραφία, μπορεί να οριστεί ως το σύστημα που υποστηρίζει τον έλεγχο των νοσηλευτών πάνω στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, το περιβάλλον όπου παρέχεται η φροντίδα και τα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την επαγγελματική πρακτική (Aiken & Patricia 2000; Lake 2002). Άνκαι η επίδραση του επαγγελματικού περιβάλλοντος στην επαγγελματική πρακτική έχει περιγραφεί σε μεγάλο βαθμό κυρίως την τελευταία δεκαετία, αξίζει να αναφερθεί ότι και πριν το 2010 υπήρξαν προσπάθειες διαφόρων προσεγγίσεων του θέματος. Τη δεκαετία του 1980, το επαγγελματικό περιβάλλον διερευνήθηκε σε συνάρτηση με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Σε μετέπειτα στάδιο, τη δεκαετία του 1990, οι μελέτες εστιάστηκαν στην επίδραση του επαγγελματικού περιβάλλοντος στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τα νοσηλευτικά αποτελέσματα. Πιο πρόσφατα, το βάρος δόθηκε στη διασύνδεση του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την ασφάλεια των ασθενών (Van Bogaert et al. 2010). Το επαγγελματικό περιβάλλον αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη δομή, αποτελούμενη από πολυάριθμα συστατικά και συσχετίσεις μεταξύ αυτών. Σήμερα, για να ορίσει κανείς το επαγγελματικό περιβάλλον θα πρέπει να λάβει υπόψη συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πρακτική. Υιοθετώντας την υπόθεση ότι το επαγγελματικό περιβάλλον είναι πολυδιάστατο και πολύπλοκο, οι προσεγγίσεις που γίνονται οδηγούν σε βετλιωμένο επαγγελματισμό, ενθάρρυνση και ενδυνάμωση για τους νοσηλευτές και τελικά σε ασφάλεια για τους ασθενείς (Laschinger & Almost 2003). Ένα υγιές επαγγελματικό περιβάλλον υποστηρίζει τις ικανότητες των νοσηλευτών να ασκήσουν το επάγγελμά τους στο υψηλότερο επίπεδο κλινικής πρακτικής, να εργαστούν αποτελεσματικά μέσα

στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας και να διαχειριστούν αποδοτικότερα τους διαθέσιμους πόρους (Friese et al. 2008).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Εντατικής Φροντίδας (AACN 2002), το σήμα κατατεθέν του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές αντιπροσωπεύει ένα βέλτιστο επαγγελματικό χώρο, στον οποίο οι ασθενείς αποτελούν το επίκεντρο, οι νοσηλευτές υποστηρίζονται για να ασκήσουν την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική τους για την επίτευξη της επιθυμητής ασφάλειας των ασθενών και των βέλτιστων αποτελεσμάτων.

Όπως προαναφέρθηκε, το επαγγελματικό περιβάλλον είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη δομή που αποτελείται από διάφορα συστατικά στοιχεία και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των στοιχείων (Aiken et al. 2001). Κάποια από αυτά τα στοιχεία είναι: η αυτονομία, ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος, η ηγεσία, η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η εσωτερική παρακίνηση, οι διεπαγγελματικές σχέσεις, η ομαδική εργασία, η πολιτισμική ευαισθησία, η ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας, ο τρόπος διοίκησης, ο φόρτος εργασίας, η διαχείριση συγκρούσεων (Van Bogaert et al. 2010; Erickson et al. 2012a).

Ειδικότερα:

Η ηγεσία και αυτονομία αποτελούν τη διαδικασία όπου ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά/πράξεις άλλων για την επίτευξη επιθυμητών στόχων και η ιδιότητα να ασκεί κάποιος επαγγελματική δικαιοδοσία ορθά και έγκαιρα.

Ως «*ηγεσία*» μπορεί να οριστεί η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο επηρεάζει μια ομάδα ατόμων προκειμένου να επιτύχει ένα στόχο (Sandström & Borglin 2011). «*Αυτονομία*» μπορεί να οριστεί το δικαίωμα που παραχωρείται σε μια επαγγελματική

ομάδα και επομένως σε ένα έκαστο επαγγελματία της ομάδας αυτής να παρέχει φροντίδα υγείας χωρίς επίβλεψη (Dictionary n.d.).

«Οι διεπαγγελματικές σχέσεις» αποτελούν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών που διευκολύνουν την ανταλλαγή σημαντικών κλινικών πληροφοριών.

«Ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» μπορεί να οριστεί ως η επαρκής ενδομηματική οργάνωση που επηρεάζει τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων για την παροχή καλής φροντίδας.

«Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας» είναι ο βαθμός στον οποίο η πληροφόρηση για τον ασθενή δίδεται έγκαιρα σε αυτούς που θα πρέπει να ενημερωθούν.

«Η ομαδική εργασία» συμβολίζει την ενότητα στόχων μεταξύ των τμημάτων,

«η διαχείριση συγκρούσεων» αποτελεί το βαθμό που η διαχείριση συγκρούσεων λύεται με μια θετική προσέγγιση, «η εσωτερική παρακίνηση» είναι η ενδογενής ενθάρρυνση του επαγγελματία και η «πολιτισμική ευαισθησία» ισούται με ένα σύστημα αξιών για το σεβασμό της πολιτισμικής διαφορετικότητας (Erickson et al. 2004).

Ο ορισμός που θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα διατριβή είναι αυτός των Erickson και συν. (Erickson et al. 2004; Erickson et al. 2009) όπου καθορίζεται ως «επαγγελματικό περιβάλλον ένα περιβάλλον φροντίδας υγείας, στο οποίο απαντώνται τα ακόλουθα βασικά στοιχεία: «ηγεσία και αυτονομία», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», «διεπιστημονική επικοινωνία και ομαδική εργασία», «διαχείριση συγκρούσεων με προσέγγιση επίλυσης των προβλημάτων», «εσωτερική παρακίνηση», «πολιτισμική ευαισθησία για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε όλους τους ασθενείς».

3.2.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η Διοίκηση, ως λειτουργία, είναι μία τέχνη με επιστημονική βάση, που επιδιώκει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού (Farey 1993). Στην επιδίωξη αυτή το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον πλέον ουσιώδη και αποφασιστικό παράγοντα, ο οποίος υλοποιεί τους επιχειρησιακούς στόχους του οργανισμού και καθορίζει την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών που παρέχει. Για να θεωρηθεί όμως αρμονική η σχέση εργασία – άτομο, είναι πολύ σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Συνεπώς, η δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο τα άτομα και οι ομάδες θα μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά, δηλαδή να υλοποιούν τους στόχους του οργανισμού, αλλά ταυτόχρονα να αντλούν και ικανοποίηση από το έργο που εκτελούν, είναι αναγκαία προϋπόθεση.

Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως η γενική στάση του κάθε εργαζόμενου απέναντι στην εργασία του. Το αυξημένο ενδιαφέρον που επιδεικνύεται για την παράμετρο αυτή οφείλεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ικανοποίηση από την εργασία και την απόδοση του εργαζόμενου (Robbins 2001). Επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συνολική στάση του ατόμου στην εργασία του. Σύμφωνα με το Locke (Locke 1976) η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμά του ή την εργασιακή του πείρα. Η ικανοποίηση από την εργασία καθορίζεται από τη σύγκριση των εκ των προτέρων προσδοκιών του εργαζομένου σχετικά με την εργασία του και την πραγματική μετέπειτα εμπειρία του στην εργασία (Mihalič 2008). Έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται με πεποιθήσεις και

συναισθήματα που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και τη δουλειά τους (Lu et al. 2005) . Έχει περιγραφεί ως μια στάση με μια συναισθηματική και γνωστική συνιστώσα (Judge & Thoresen 2001).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να είναι εσωτερικοί ή εξωτερικοί (Lloyd, Streiner, Hahn, et al. 1994). Αυτοί μπορεί να είναι η αντιμισθία, η αυτονομία, η επαγγελματική ομάδα, οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών, οι ευθύνες και τα καθήκοντα και οι περιορισμοί του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Stamps et al. 1978). Το επαγγελματικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Bégat σε έρευνα του το 2005, η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών αντανακλάται σε 6 παράγοντες: επαγγελματικό στρες, σχέσεις με τους συναδέλφους, καλή συνεργασία και επικοινωνία, παρακίνηση, απαιτήσεις της εργασίας και επαγγελματική ενέλιξη (Bégat et al. 2005).

Ο ορισμός που θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα διατριβή είναι αυτός των Warr-Cook-Wall (Warr et al. 1979) όπου η «επαγγελματική ικανοποίηση» καθορίζεται ως ο βαθμός που το άτομο δηλώνει ευχαριστημένο με τα ενδογενή και εξωγενή χαρακτηριστικά του επαγγέλματος του.

3.3.ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ασφάλεια των ασθενών εμπερικλείει ένα φάσμα λαθών και ανεπαρκειών των διαφόρων συστημάτων που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας υγείας. Μπορεί να περιλαμβάνει λανθασμένες και καθυστερημένες διαγνώσεις, λανθασμένη φαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή, προβληματικό ιατρικό εξοπλισμό, νοσοκομειακές λοιμώξεις και

ατυχήματα, όπως οι πτώσεις. Κάθε περιστατικό είναι μοναδικό αλλά ενίοτε παρουσιάζονται ομοιότητες στα αίτια που προκάλεσαν το λάθος (Department of Health 2006).

Η ασφάλεια των ασθενών μπορεί να οριστεί ως μια αρχή στον τομέα της υγείας που εφαρμόζει τις μεθόδους της επιστήμης προς το στόχο της επίτευξης ενός αξιόπιστου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Είναι ένα χαρακτηριστικό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που ελαχιστοποιεί τη συχνότητα και τις επιπτώσεις των ανεπιθύμητων ενεργειών (Henriksen et al. 2008). Μπορεί επίσης, σύμφωνα με το Διεθνές Ινστιτούτο Ιατρικής να οριστεί ως η «απουσία τυχαίου τραυματισμού που προήλθε από τη φροντίδα υγείας ή από ιατρικό λάθος» (Aspden et al. 2004). Εφόσον η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας υγείας, οι οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν περιεκτικά συστήματα ασφάλειας των ασθενών, με τη συμπερίληψη μιας κουλτούρας ασφάλειας και οργανωσιακή υποστήριξη για διαδικασίες που προσβλέπουν στην ασφάλεια των ασθενών. Μια σημαντική παράμετρος ενός συστήματος ασφάλειας των ασθενών είναι η κουλτούρα που ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να είναι σε εγρήγορση για αναγνώριση πιθανών ή πραγματικών λαθών, λήψη μέτρων για πρόληψη της βλάβης και αναφορά κατάλληλων πληροφοριών σχετικά με λάθη (Mitchell 2008).

Η «κουλτούρα ασφάλειας» εξετάζει τον τρόπο που οι αντιλήψεις, οι αξίες, οι γνώσεις και οι συμπεριφορές του κάθε ατόμου καθορίζουν συλλογικά τη δέσμευση ενός οργανισμού στη διαχείριση της ασφάλειας. Δυστυχώς δεν υπάρχει ακριβές συμφωνημένο εννοιολογικό ή θεωρητικό πλαίσιο συσχέτισης της κουλτούρας και του κλίματος

ασφάλειας (Hann et al. 2007; Palmieri & Peterson 2010). Η κουλτούρα ασφάλειας είναι σχετικά σταθερή και κάθε μέλος συνεισφέρει (Wilson 2007a) στην προσπάθεια αυτή του οργανισμού να μάθει από τα λάθη και τα ατυχήματα.

Το κλίμα ασφάλειας αναφέρεται στο μετρήσιμο χαρακτηριστικό της κουλτούρας ασφάλειας και δίνει μια εικόνα της ασφάλειας μέσα στο χρόνο σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και μπορεί να μεταβληθεί. Το πώς δημιουργείται μια κουλτούρα που υποστηρίζει την ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα ερώτημα ξεχωριστού ενδιαφέροντος. Πολλές προσπάθειες έγιναν για να αναπτυχθούν τρόποι για τη μέτρηση αυτής της κουλτούρας στις κλινικές (Wakefield & Jorm 2009). Η ανάπτυξη «κουλτούρας ασφάλειας» σε ένα οργανισμό υγείας συμβάλλει στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Weaver & Lubomksi 2013). Η κουλτούρα ασφάλειας απορρέει από τις θεωρητικές αρχές της κοινωνιολογίας, της οργανωσιακής ψυχολογίας και των ανθρώπινων πόρων για αυτό και είναι πολύ σημαντική η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας σε ένα οργανισμό (Palmieri & Peterson 2010).

3.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα δεν συμβαίνει ποτέ τυχαία, είναι πάντα το αποτέλεσμα πρόθεσης, ειλικρινούς προσπάθειας, έξυπνης κατεύθυνσης και επιδέξιας και ικανούς εκτέλεσης. Είναι ουσιαστικά η σοφή επιλογή μεταξύ πολλών εναλλακτικών λύσεων (Al-Assaf & Sheikh 2004).

Η ποιότητα ετυμολογικά προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και τα κάνουν να ξεχωρίζουν από τα ομοειδή τους (Ραφτόπουλος 2009). Η ποιότητα

στις υπηρεσίες υγείας θα μπορούσε να οριστεί ο βαθμός στον οποίο η διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας αυξάνει τις δυνατότητες επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας του ασθενή, μειώνοντας ταυτόχρονα τις πιθανότητες αρνητικών επιπτώσεων, σύμφωνα με την ισχύουσα επιστημονική γνώση. Η ποιότητα αποκτά όλο και περισσότερο ενδιαφέρον, ειδικά σήμερα που οι διαθέσιμοι πόροι είναι πολύ περιορισμένοι (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999).

Η ποιότητα αποτελεί πλεονέκτημα στρατηγικής σημασίας για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας των υπηρεσιών και συνεπώς για τη βιωσιμότητα και ανάπτυξη κάθε οργανισμού. Μπορεί να επιτευχθεί όταν προσβάσιμες υπηρεσίες παρέχονται με ένα αποδοτικό, αποτελεσματικό και αποδεκτό τρόπο. Ποιοτικές υπηρεσίες είναι αυτές που επικεντρώνονται στον ασθενή και η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι ανάγκες και οι προσδοκίες του ασθενή ικανοποιούνται (Al Assaf 1998).

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις για το τι συνιστά την ποιότητα στον τομέα της υγείας. Οι συχνότερα αναφερόμενοι ορισμοί είναι:

- Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης (Donabedian 1985)
- Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή που εστιάζει στην ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του έτσι ώστε να ενσωματώνει την αποτελεσματικότητα και το κόστος των υπηρεσιών

- Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Institute of Medicine 1999)

Οι διαστάσεις με βάση τις οποίες μπορούμε να εκτιμήσουμε την ποιότητα είναι (Maxwell 1992) η πρόσβαση, η σχετικότητα με την ανάγκη, η αποτελεσματικότητα, η ισότητα, η αποδοτικότητα και η κοινωνική αποδοχή (Διάγραμμα 4)

Σύμφωνα με τον Donabedian (Donabedian 1988) τρία είναι τα βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας κάθε συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας:

- Η δομή του συστήματος (κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό, οικονομικοί πόροι που διατίθενται, τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας)
- Οι διαδικασίες που εφαρμόζονται για την παραγωγή/παροχή της φροντίδας (λήψη ιστορικού, εξετάσεις, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανεξέταση)
- Τα αποτελέσματα του συστήματος

Διάγραμμα 4: Οι διαστάσεις της ποιότητας σύμφωνα με το Maxwell



ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΑΕΠ

Έχουν διαμορφωθεί διάφοροι δείκτες που μετρούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα ΤΑΕΠ. Πιο κάτω καταγράφονται συγκεκριμένοι δείκτες ποιότητας που πάρθηκαν από διάφορα έντυπα που συντάχθηκαν σε χώρες τόσο της Ε.Ε. όσο και στις Η.Π.Α. και στον Καναδά (Ασκητοπούλου 1991; Hardern 2001; Woloshynowych et al. 2006; Scotia 2010; El Sayed 2012; International Federation for Emergency Medicine 2012).

Αναλυτικότερα, οι δείκτες αυτοί μπορεί να είναι ποσοτικοί ή ποιοτικοί.

Ποσοτικοί δείκτες

- Αριθμός ασθενών που αποχώρησαν χωρίς να έχουν εξεταστεί-υπολογίζεται ο αριθμός των ασθενών που έχουν εγγραφεί στα ΤΑΕΠ αλλά για κάποιο λόγο δεν παρέμειναν εκεί για να εξεταστούν από ιατρό
- Επάνοδος στο ΤΑΕΠ λόγω επιπλοκών εντός καθορισμένου χρονικού ορίου (48 ή 72 ώρες)- υπολογίζεται ο αριθμός των ασθενών που επανήλθαν στο ΤΑΕΠ μέσα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα παραπνοούμενοι για το ίδιο πρόβλημα για το οποίο είχαν προσέλθει αρχικά
- Χρόνος από την είσοδο του ασθενούς στο ΤΑΕΠ μέχρι την αρχική εκτίμηση- υπολογίζεται η χρονική διάρκεια από την άφιξη του ασθενούς στο ΤΑΕΠ μέχρι την εξέταση και αρχική εκτίμηση από τον ιατρό του ΤΑΕΠ
- Χρόνος από την αρχική εκτίμηση μέχρι την αντιμετώπιση (απόλυση από ΤΑΕΠ ή εισαγωγή στο νοσοκομείο)-υπολογίζεται η χρονική διάρκεια από την αρχική εκτίμηση του ασθενούς από τον ιατρό του ΤΑΕΠ μέχρι την πλήρη διεκπεραίωση του

- Συνολικός χρόνος από την άφιξη μέχρι τη διεκπεραίωση του ασθενούς- υπολογίζεται η χρονική διάρκεια από την άφιξη του ασθενούς στο ΤΑΕΠ μέχρι την πλήρη διεκπεραίωση του

Ποιοτικοί δείκτες

- Προσόντα προσωπικού ΤΑΕΠ-καταγράφονται τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα των επαγγελματιών υγείας του ΤΑΕΠ
- Ικανοποίηση ασθενών ΤΑΕΠ-καταγράφεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΑΕΠ με βάση συγκεκριμένες παραμέτρους (π.χ. χρόνος διεκπεραίωσης, συμπεριφορά προσωπικού κλπ)
- Ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας/διοικητικού προσωπικού ΤΑΕΠ-καταγράφεται ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών που εργάζονται στα ΤΑΕΠ με βάση συγκεκριμένες παραμέτρους

Δείκτες δομής και διαδικασιών

- Εξοπλισμός- καταγραφή συγκεκριμένων μηχανημάτων που θα πρέπει να είναι τοποθετημένα στο ΤΑΕΠ)
- Πρωτόκολα-ύπαρξη διοικητικών και κλινικών πρωτοκόλων που αφορούν συγκεκριμένες διοικητικές και κλινικές πρακτικές
- Χωροταξική διαμόρφωση-συμμόρφωση των χώρων του ΤΑΕΠ σύμφωνα με διεθνή πρότυπα χωροταξικής διαμόρφωσης

Κεφάλαιο 4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στις διάφορες θεωρίες που θεμελιώνουν τις βασικές έννοιες της παρούσας διατριβής. Αρχικά, γίνεται αναφορά στο θεωρητικό υπόβαθρο του επαγγελματικού περιβάλλοντος και ακολούθως, αναλύονται οι θεωρίες που αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση, την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

4.1. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Υπάρχουν αρκετές θεωρίες που αφορούν το επαγγελματικό περιβάλλον. Αρχή για τη μελέτη του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος έγινε από την Aiken και συν.το 2000 (Aiken et al. 2000) οι οποίοι αναγνωρίζοντας τη σημασία ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, διαμόρφωσαν το σχετικό θεωρητικό μοντέλο του νοσηλευτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος. Η προσπάθεια ανάγεται στις μελέτες που αφορούν τα νοσοκομεία «Μαγνήτες». Στα νοσοκομεία «Μαγνήτες», για πρώτη φορά ξεκίνησε να γίνεται συστηματική μελέτη των παραγόντων που διαμορφώνουν ένα υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον στα νοσοκομεία. Περισσότερες πληροφορίες για τα νοσοκομεία «Μαγνήτες» αναφέρονται στο κεφ. 4.2. Η βασική διαφορά των νοσοκομείων αυτών από τα συμβατικά νοσοκομεία είναι η επιδίωξη της αριστείας και το ότι λειτουργούν σαν υπόδειγμα οργάνωσης σε ένα νοσοκομείο που προάγει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα.

Μοντέλο επαγγελματικού περιβάλλοντος (Professional Practice Model)

The *Massachusetts General Hospital Professional Practice Model 2006* (Erickson JI, 2012)

Όπως προαναφέρθηκε, η σημασία ενός μοντέλου επαγγελματικού περιβάλλοντος έχει αναγνωριστεί από το 1983 με την αρχική μελέτη για τα Magnet Hospitals, η οποία ανέδειξε τρία βασικά χαρακτηριστικά του, ήτοι την αυτονομία, τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος και τις επαγγελματικές σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών. Το *MGH Professional Practice Model* βασίζεται πάνω στις πιο πάνω αρχές. Το μοντέλο αυτό σχεδιάστηκε για να βελτιώσει το μοντέλο που υιοθετήθηκε το 1996 στο Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης και αποτελεί ένα πλαίσιο που επιτρέπει στους νοσηλευτές να προγραμματίσουν και να διαχειριστούν καλύτερα την αλλαγή και που τους διευκολύνει να ασκήσουν το επάγγελμά τους σε σχέση με τους ασθενείς, με άλλους συναδέλφους και με τον οργανισμό γενικότερα. Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε για να χρησιμεύσει ως μοντέλο για βελτίωση των νοσηλευτικών αποτελεσμάτων των νοσοκομείων. Το μοντέλο αναγνωρίζει τη μοναδική συμβολή των νοσηλευτών μέσα στην διεπιστημονική ομάδα φροντίδας υγείας (Erickson et al. 2012b) και επιτρέπει στους νοσηλευτές να προβαίνουν σε ανασχεδιασμό για να διαχειρίζονται και να προσαρμόζονται στην αλλαγή. Αποτελεί ουσιαστικά ένα πλαίσιο του οποίου οι απορρέουσες δομές διευκολύνουν τον εντοπισμό των στόχων και των στρατηγικών του οργανισμού. Συστατικά στοιχεία του μοντέλου αυτού είναι: το όραμα και οι αξίες του οργανισμού, τα επίπεδα ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η οργανωσιακή κουλτούρα, η επαγγελματική ανάπτυξη, ο ασθενής ως επίκεντρο της φροντίδας, η

κλινική αναγνώριση και η ανάπτυξη, η συλλογική λήψη αποφάσεων, η έρευνα, η ομαδική εργασία, η καινοτομία και η επιχειρηματικότητα.



Διάγραμμα 5: The MGH Professional Practice Model 2006 (προσαρμογή από το *Fostering Nurse-led Care: Professional Practice for the Bedside Leader from Massachusetts General Hospital*)

Στη σημερινή εποχή, οι οικονομικές και οι πολιτιστικές συνθήκες έχουν δημιουργήσει μια βέλτιστη ευκαιρία να γίνει όραμα μια νέα κατεύθυνση για τη νοσηλευτική ως επάγγελμα. Αυτό οδήγησε στη διαμόρφωση ενός πλαισίου που στόχο έχει την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας από τους νοσηλευτές. Για το σκοπό αυτό, καταρτίστηκε ένα μοντέλο βέλτιστης επαγγελματικής πρακτικής (McClure et al. 1983). Αρχικά, το 1983 ξεκίνησε ο καταρτισμός ενός τέτοιου μοντέλου που σαν κύρια δομικά στοιχεία είχε την επαγγελματική αυτονομία, τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος και την εποικοδομητική συνεργασία με τους υπόλοιπους εταίρους, κυρίως τους ιατρούς. Το

μοντέλο αυτό είχε ως επίκεντρό του τον ασθενή (Erickson et al. 2012b). Έτσι, το 1996, δημιουργήθηκε ένα σύστημα αξιών που περιελάμβανε τα ακόλουθα:

- τη φιλοσοφία (υποδηλεί τις αξίες, τις αρχές και τις πεποιθήσεις που υποστηρίζουν την εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή και τη συνολική συνεισφορά των νοσηλευτών σε μια ποιοτική και ασφαλή φροντίδα)
- πρότυπα κλινικής πρακτικής (τα πρότυπα αυτά χρησιμεύουν από τη μια ως πυξίδα για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών αλλά επιπλέον προάγουν την κριτική σκέψη)
- συλλογική λήψη αποφάσεων (αποτελεί το αποτέλεσμα της συνεργασίας και της ομαδικής εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με απώτερο στόχο τη συνέργεια μεταξύ τους)
- επαγγελματική ανάπτυξη (στηρίζεται στη συνεχή επιμόρφωση των νοσηλευτών μέσα σε ένα κλίμα επαγγελματικής αυτονομίας)
- μοντέλο παροχής φροντίδας στον ασθενή (αποδοτική και αποτελεσματική παροχή φροντίδα υγείας στον ασθενή)
- πιστοποίηση επαγγελματικών προσόντων (αποτελεί ένα σύστημα επανεξέτασης επαγγελματικών προσόντων)
- έρευνα (αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ ακαδημαϊκής γνώσης και θεωρίας σε κλινική πρακτική)
- στοιχειοθετημένη πρακτική (είναι η κατανόηση του θεωρητικού υπόβαθρου της επαγγελματικής πρακτικής και η υιοθέτηση διαδικασιών που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος)

Αργότερα, το 2006, το μοντέλο αυτό (Διάγραμμα 5) αναθεωρήθηκε για να συνάδει με τις σύγχρονες αντιλήψεις και σε αυτό εσήχθησαν οι πιο κάτω αξίες:

- κουλτούρα διαλόγου (αποτελεί την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας πάνω σε θέματα που άπτονται της ποιοτικής και ασφαλούς παροχής φροντίδας υγείας στον ασθενή)
- κλινική ανάπτυξη και αναγνώριση (η ενσωμάτωση της θεωρίας στην επαγγελματική πρακτική και υιοθέτηση της διά βίου μάθησης)
- καινοτομία και επιχειρηματικότητα (η ενθάρρυνση της ανάπτυξης νέων πρακτικών που να αναδεικνύουν τη σημαντικότητα του ανθρώπινου δυναμικού για μια εξατομικευμένη φροντίδα)
- ο ασθενής στο επίκεντρο (περιλαμβάνει τους έξι άξονες που καθορίζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας-αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, έγκαιρη παροχή φροντίδας υγείας, εξατομικευμένη φροντίδα, ισότητα και ασφάλεια ασθενών)

Το ζητούμενο όμως ήταν να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος που θα διευκόλυne τις κλινικές εφαρμογές στο σχεδιασμό και διαχείριση της αλλαγής σε επαγγελματικούς χώρους, με την αξιολόγηση τυχόν νέων προγραμμάτων παρέμβασης για βελτίωση του χώρου εργασίας (Chang 2009). Έτσι στα τέλη του 1988 δημιουργήθηκε η κλίμακα μέτρησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (The Professional Practice Environment (PPE) Scale) από την Ives Erickson και τους συνεργάτες της (Erickson et al. 2012b) με βάση τη θεωρία των νοσοκομείων «Μαγνήτες». Αργότερα, ο δείκτης αυτός αναθεωρήθηκε και συμπεριέλαβε συνολικά 39 ερωτήματα που ομαδοποιούνται σε 8 επί μέρους παράγοντες:



Πιο αναλυτικά οι 8 παράγοντες παρουσιάζονται πιο κάτω:

- Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος = επαρκής ενδομηματική οργάνωση που επηρεάζει τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων για παροχή καλής φροντίδας
- Ηγεσία και Αυτονομία = η διαδικασία όπου ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά/πράξεις άλλων για την επίτευξη επιθυμητών στόχων και η ιδιότητα να ασκεί κάποιος επαγγελματική δικαιοδοσία ορθά και έγκαιρα
- Ομαδική Εργασία=συμβολίζει την ενότητα στόχων μεταξύ των τμημάτων ενός νοσηλευτηρίου
- Επικοινωνία αναφορικά με τους ασθενείς = ο βαθμός στον οποίο η πληροφόρηση για τον ασθενή δίδεται έγκαιρα σε αυτούς που θα πρέπει να ενημερωθούν
- Εσωτερική παρακίνηση=ενδογενής ενθάρρυνση του επαγγελματία

- Διαχείριση συγκρούσεων = ο βαθμός που η διαχείριση συγκρούσεων λύεται με μια θετική προσέγγιση
- Διεπαγγελματικές σχέσεις=οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών που διευκολύνουν την ανταλλαγή σημαντικών κλινικών πληροφοριών
- Πολιτισμική ευαισθησία=σύστημα αξιών για το σεβασμό της πολιτισμικής Διαφορετικότητας

Τα βασικά δομικά στοιχεία του επαγγελματικού μοντέλου περιλαμβάνουν παράγοντες παρακίνησης όπως περιγράφονται στη Θεωρία του Herzberg.

Θεωρίες Παρακίνησης- Θεωρία του Herzberg

Η παρακίνηση ή υποκίνηση είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει το σύνολο των κινήτρων της συμπεριφοράς, που κινητοποιούν τα στελέχη προκειμένου να παρακινήσουν να δράσει με ένα οργανωτικά «επιθυμητό» τρόπο. Ο όρος υποκίνηση ή παρακίνηση είναι «η διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των εργαζομένων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού». Η υποκίνηση είναι μια μόνο παράμετρος που επηρεάζει την απόδοση του εργαζομένου. Οι ικανότητες και δεξιότητες των εργαζομένων δεν αναπληρώνονται με την υποκίνηση. Η υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού βασίζεται στην παροχή κινήτρων και αμοιβών που ενισχύουν ή ενθαρρύνουν την επιθυμητή συμπεριφορά στο εργασιακό περιβάλλον. Η βάση για την υποκίνηση κάποιας συμπεριφοράς αποτελείται από τη σημασία που αποδίδεται από το άτομο για την ικανοποίηση των προσωπικών ή των επαγγελματικών του σκοπών και αναγκών σε μια προσπάθεια να διατηρήσει την οντότητα του στην κοινωνία που το περιβάλλει (Δικαίος et al. 1999).

Οι επικρατέστερες θεωρίες υποκίνησης είναι οι ακόλουθες:

- Η Θεωρία Ιεράρχησης των αναγκών του Maslow (1943)
- Η Θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (1964)
- Η Θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών του McClelland (1960)
- Η Θεωρία των Προσδοκιών (V.Vroom) (1964)
- Η Θεωρία της Ισοτιμίας (1963)
- Η Θεωρία ERG –existence, relatedness, growth (1969)
- Η Θεωρία της Στοχοθεσίας (Goalsetting) (1960)

Αρχικά, ο Maslow υποστήριξε ότι ο άνθρωπος έχει κάποιες ανάγκες, τις οποίες ταξινόμησε σε 5 κατηγορίες που ιεραρχούνται σαν μια πυραμίδα ως προς τη σειρά που πρέπει να ικανοποιούνται. Το μοντέλο του Maslow τροποποιήθηκε αργότερα από το Herzberg που παρουσίασε τη θεωρία των δύο παραγόντων. Στη μια κατηγορία ανήκουν η επίτευξη, η αναγνώριση, τα χαρακτηριστικά της εργασίας, η υπευθυνότητα και η επαγγελματική πρόοδος. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την ικανοποίηση και ονομάζονται κίνητρα ή εσωτερικοί παράγοντες. Η άλλη κατηγορία περιλαμβάνει την πολιτική του οργανισμού, τον τρόπο διοίκησης, την εποπτεία, τη χρηματική αμοιβή, τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων και εργοδότη και τις συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται εξωτερικοί ή παράγοντες υγιεινής (House & Wigdor 1967).

Οι παράγοντες υγιεινής δεν συνεπάγονται υποκίνηση αλλά όταν απουσιάζουν οδηγούν σε δυσαρέσκεια. Οι παράγοντες υποκίνησης έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν ικανοποίηση και ενεργούν ως κίνητρα.

Το επαγγελματικό περιβάλλον αποτελεί σημαντική παράμετρο επαγγελματικής ικανοποίησης σύμφωνα με τη θεωρία του Herzberg. Με βάση αυτή τη θεωρία, πρότεινε ότι το αντίθετο της ικανοποίησης δεν είναι η δυσαρέσκεια αλλά η μη ικανοποίηση και της δυσαρέσκειας η μη δυσαρέσκεια. Οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης δεν είναι αντίθετοι αλλά αποτελούν ξεχωριστές ομάδες παραγόντων. Οι παράγοντες δυσαρέσκειας αναφέρονται σε εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες και όταν αυτοί ικανοποιηθούν σημαίνει ότι οι άνθρωποι δεν είναι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους όχι όμως και ικανοποιημένοι. Οι παράγοντες ικανοποίησης αναφέρονται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζομένου και αν αυτοί ικανοποιηθούν σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Οι παράγοντες παρακίνησης έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν ικανοποίηση και ενεργούν ως κίνητρα. Συχνά οι διοικήσεις των νοσοκομείων προσπαθούν να λύσουν διάφορα θέματα στελέχωσης και χαμηλών επιπέδων επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού με την υιοθέτηση παραγόντων που σχετίζονται με τους παράγοντες δυσαρέσκειας, σύμφωνα με τη θεωρία του Herzberg. Οι παράγοντες αυτοί όπως υψηλότερες απολαβές, ευέλικτο ωράριο, μπορεί βραχυπρόθεσμα να προσελκύσουν επαγγελματίες υγείας σε ένα ίδρυμα, αλλά δεν παράγουν μακροχρόνια ικανοποίηση από την εργασία ή αποτροπή της τάσης φυγής (Lynn & Redman 2006). Οι εργαζόμενοι όμως μόνο πραγματικά παρακινούνται από παράγοντες που αναγνωρίζονται ως πραγματικά κίνητρα, όπως η αναγνώριση, για την εργασία, η ευθύνη και επαγγελματική ανάπτυξη. Οι παράγοντες

που καταγράφηκαν από το Herzberg ως παράγοντες υποκίνησης αποτελούν ουσιαστικά δομικά στοιχεία του επαγγελματικού μοντέλου όπως αυτό διαμορφώθηκε (McGLYNN et al. 2012).

Η τρίτη θεωρία (McClelland 1960) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικές ανθρώπινες ανάγκες: η ανάγκη για επίτευξη σκοπών, η ανάγκη για δημιουργία δεσμών και η ανάγκη για εξουσία. Οι διαπιστώσεις του McClelland μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποτελεσματική υποκίνηση των εργαζομένων αρκεί να διαπιστωθούν οι ανάγκες των εργαζομένων αυτών.

Σύμφωνα με τη θεωρία των προσδοκιών, η υποκίνηση είναι αποτέλεσμα συνδυασμού δύο παραγόντων της προτίμησης για κάποιο αποτέλεσμα και της προσδοκίας ότι μια συγκεκριμένη αντίδραση θα οδηγήσει σε αυτό το αποτέλεσμα. Η θεωρία αυτή εστιάζεται πάνω σε τρεις σχέσεις σύμφωνα με το Robbins, στη σχέση προσπάθειας-απόδοσης, στη σχέση απόδοσης-ανταμοιβής και στη σχέση ανταμοιβής-προσωπικών στόχων.

Η θεωρία της ισοτιμίας και της δικαιοσύνης βασίζεται στις δύο συνιστώσες παράμετρους που επηρεάζουν σημαντικά τη στάση των εργαζομένων απέναντι σε προσπάθειες υποκίνησης.

Η Θεωρία ERG –existence, relatedness, growth (Robbins & Judge 2012) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις ομάδες αναγκών: η πρώτη ομάδα αφορά τις φυσιολογικές ανάγκες και ανάγκες ασφάλειας-existence (αντιστοιχεί με τις δύο πρώτες βαθμίδες του Maslow), η δεύτερη αφορά την επιθυμία για διατήρηση σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων – relatedness (αντιστοιχεί με την τρίτη βαθμίδα του Maslow) και η ανάγκη για ανάπτυξη-growth (τέταρτη και πέμπτη βαθμίδα του Maslow). Παρόλο που υπάρχουν κοινά σημεία στη θεωρία αυτή και την πυραμίδα του Maslow εντούτοις η θεωρία ERG δεν υιοθετεί την

άκαμπτη άποψη της θεωρίας του Maslow ότι θα πρέπει να ικανοποιηθούν οι ανάγκες σταδιακά βάσει της πυραμίδας. Αντίθετα, υποστηρίζει ότι πολλαπλές ανάγκες θα μπορούσαν να επενεργήσουν ταυτόχρονα σαν κίνητρα. Η θεωρία ERG αναφέρει ότι τυχόν ματαίωση σε ανώτερη ανάγκη θα έχει επιπτώσεις και σε χαμηλότερη ανάγκη, π.χ. αν δεν ικανοποιούνται οι κοινωνικές ανάγκες τότε πιθανό να αναπτυχθεί η ανάγκη για ψηλότερη αμοιβή ή για καλύτερες συνθήκες εργασίας. Η θεωρία ERG εστιάζεται στις ιδιαιτερότητες του κάθε εργαζόμενου και εξηγεί ότι ανάλογα με την κουλτούρα του καθενός υπάρχει ιεράρχηση των διαφόρων κατηγοριών αναγκών.

Η Θεωρία Goal Setting (στοχοθεσίας) αναφέρει ότι ξεκάθαροι και απαιτητικοί στόχοι οδηγούν σε ψηλότερα επίπεδα απόδοσης.

Παρόλο που κάθε θεωρία για την οποία έγινε αναφορά πιο πάνω έχει τα δικά της ξεχωριστά χαρακτηριστικά, εντούτοις οι περισσότερες από αυτές συμπληρώνει η μια την άλλη. Οι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (παράγοντες υγιεινής/συντήρησης σύμφωνα με τη θεωρία του Herzberg) πρέπει να υφίστανται σε ικανοποιητικό επίπεδο για να μπορούν να λειτουργήσουν σαν παράγοντες υποκίνησης.

Οι έννοιες της υποκίνησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης δεν είναι όμοιες: Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συναισθηματική απάντηση του καθενός στην παρούσα επαγγελματική του κατάσταση ενώ η υποκίνηση αποτελεί την κατευθυντήριο δύναμη για να ικανοποιήσει κάποιος τις ανάγκες του (Alshallah 2003).

4.2.ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ «ΜΑΓΝΗΤΕΣ»

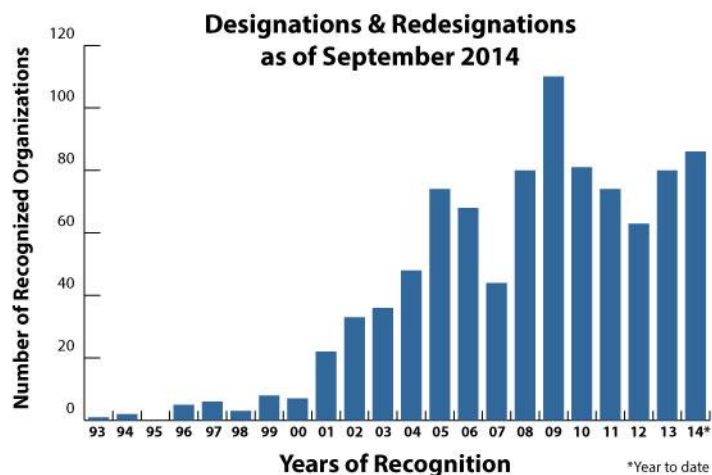


Όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 4.1. η αρχική προσπάθεια διερεύνησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος ξεκίνησε το 1981 από τα νοσοκομεία «Μαγνήτες» (McClure et al. 1983). Κατά τη διάρκεια της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στη δεκαετία του 1980 στις Η.Π.Α, μια ομάδα διορατικών νοσηλευτών-ερευνητών προσπάθησε να προσεγγίσει με ένα μοναδικό τρόπο και να κατανοήσει τη συγκεκριμένη έλλειψη (Drenkard 2010). Οι ερευνητές αυτοί διεξήγαγαν μια μεγάλη έρευνα με την υποστήριξη της Αμερικανικής Ακαδημίας Νοσηλευτικής, με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που ωθούσαν τους νοσηλευτές να παραμείνουν σε κάποια νοσοκομεία και όχι τη διερεύνηση των παραγόντων που τους ωθούσαν να φύγουν από κάποια νοσοκομεία. Αυτή η πρωτοποριακή έρευνα περιγράφεται το 1983 στο βιβλίο «Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses» και καταγράφει κάποιες παραμέτρους που οδηγούν στην προσέλκυση και παραμονή των νοσηλευτών, και που ονομάστηκαν αργότερα «δυνάμεις του μαγνητισμού» (McClure et al. 1983). Αργότερα, με βάση τις θεμελιακές αρχές της προαναφερομένης έρευνας, γύρω στο 1990, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών ίδρυσε το Πρόγραμμα Αναγνώρισης «Μαγνήτης» για να αναγνωρίσει την αριστεία στις νοσηλευτικές υπηρεσίες (Armstrong & Laschinger 2006) στα νοσοκομεία αυτά.

Η διάκριση «Magnet» απονέμεται από το Κέντρο Διαπίστευσης (ANCC), μια θυγατρική οργάνωση της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών, στα νοσοκομεία που πληρούν ένα σύνολο κριτηρίων που έχουν τεθεί για να μετρούν την ποιότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας τους (American Nurses Credentialing Center 2014). Στα νοσοκομεία αυτά επικρατεί άριστης ποιότητας επαγγελματικό περιβάλλον (Aiken et al. 1994; Choi et al. 2004; Cimiotti et al. 2005; Kelly et al. 2011). Μετέπειτα έρευνες κατέδειξαν ότι τα

νοσοκομεία «Μαγνήτες» ('magnethospitals') παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα (εκροές) από τα συμβατικά νοσοκομεία (Buchan 1999; Aiken et al. 2000; Linda H Aiken 2008). Το πρόγραμμα αυτό (MagnetRecognitionProgram®) αναγνωρίζει οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας για ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, νοσηλευτική αριστεία και καινοτόμες νοσηλευτικές πρακτικές. Οι κυριότερες αρχές στις οποίες βασίζεται η διάκριση αυτή είναι οι ακόλουθες: βελτίωση στη φροντίδα, την ασφάλεια (Armstrong & Laschinger 2006) και την ικανοποίηση του ασθενούς, κουλτούρα συνεργασίας, εξελιγμένη νοσηλευτική πρακτική, νέα πρότυπα και οικονομική αποδοτικότητα. Το πρόγραμμα «Magnet» όλο και μεγαλώνει και κερδίζει έδαφος στις Η.Π.Α. αλλά και αλλού (Διάγραμμα 6). Υπολογίζεται ότι το 7% των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. έχουν διαπιστευτεί με τη διάκριση “Magnet”. Συγκεκριμένα, 15 από τα 18 καλύτερα νέα νοσοκομεία και όλα (10 τον αριθμό) παιδιατρικά νοσοκομεία των Η.Π.Α. έχουν αναγνωριστεί ως «ANCC Magnet-recognized organizations».

Διάγραμμα 6: Αριθμός διαπίστευσης νοσοκομείων «Μαγνητών» από το 1993-2014



Απόδοση από το <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>

Τα νοσοκομεία «Magnet» φιλοξενούν υψηλότερα ποσοστά ικανοποιημένων νοσηλευτών (Aiken & Buchan 2008; Kelly et al. 2011) και βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα και επιπλέον αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών. Περίπου 7% των εγγεγραμμένων νοσοκομείων στις Η.Π.Α. είναι διαπιστευμένα με την πιστοποίηση «Magnet». Η διαπίστευση «Magnet» δεν αποτελεί ένα βραβείο, αλλά είναι αποδεικτικό στοιχείο νοσηλευτικής αριστείας (American Nurses Credentialing Center 2014).

Το μοντέλο ANCC (Model for the Magnet Recognition Program®) χρησιμεύει ως οδικός χάρτης για οργανισμούς που επιδιώκουν την αναγνώριση «Magnet» και παρέχει ένα πλαίσιο νοσηλευτικής πρακτικής και έρευνας για το μέλλον. Το τρίπτυχο του Donabedian για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Δομή-Διαδικασίες-Αποτελέσματα βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση των νοσοκομείων «Magnet» (Kramer & Schmalenberg 2005). Το μοντέλο περιλαμβάνει 14 «δυνάμεις μαγνητισμού» (Forces of Magnetism) κατανοημένες σε 5 ομάδες εστιάζοντας στη μέτρηση των εκροών/αποτελεσμάτων (outcome measurement) και στην εξορθολογισμένη τεκμηρίωση (streamlined documentation) (Διάγραμμα 7)

Διάγραμμα 7: Το μοντέλο αναγνώρισης “Magnet”



Προσαρμογή από το <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>

Όραμα των νοσοκομείων «Magnet»

Στο όραμα των νοσοκομείων «Magnet» καταγράφεται (American Nurses Credentialing Center 2014)ότι«οι αναγνωρισμένοι με ANCC Magnet οργανισμοί θα χρησιμεύουν ως πηγή γνώσης και εμπειρογνωμοσύνης για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο. Στηριγμένοι στις βασικές αρχές Magnet, θα είναι ευέλικτοι και θα προσπαθούν συνεχώς για την καινοτομία. Θα οδηγήσουν στην αναμόρφωση της υγειονομικής περίθαλψης, της νοσηλευτικής επιστήμης, καθώς και της φροντίδας του ασθενή , στην οικογένεια και την κοινότητα».

Το μοντέλο περιλαμβάνει τις εξής συνιστώσες:

- Τη μετασχηματιστική ηγεσία
- Τη διαρθρωτική ενδυνάμωση
- Τον υποδειγματικό τρόπο επαγγελματικής πρακτικής
- Νέες γνώσεις, καινοτομίες και βελτιώσεις
- Εμπειρικά Αποτελέσματα

Μετασχηματιστική ηγεσία

Η μετασχηματιστική ηγεσία έχει στόχο να οδηγήσει τους ανθρώπους εκεί όπου πρέπει,για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του μέλλοντος. Αυτό απαιτεί όραμα, επιρροή, κλινική γνώση, και μια ισχυρή τεχνογνωσία σχετική με την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική.

Διαρθρωτική Ενδυνάμωση

Οι στέρεες δομές και διαδικασίες που έχουν αναπτυχθεί από την ηγεσία παρέχουν ένα καινοτόμο περιβάλλον όπου ευδοκιμεί η ισχυρή επαγγελματική πρακτική και όπου η

αποστολή, το όραμα και οι αξίες έρχονται για να επιτύχουν τα αποτελέσματα που πιστεύεται ότι είναι σημαντικά για τον οργανισμό.

Υποδειγματική Επαγγελματική Πρακτική

Η αληθινή ουσία ενός οργανισμού «Magnet» πηγάζει από την υποδειγματική επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική. Αυτό συνεπάγεται μια ολοκληρωμένη κατανόηση του ρόλου της νοσηλευτικής και εφαρμογή του ρόλου αυτού στους ασθενείς, τις οικογένειες τους, την κοινότητα, και τη διεπιστημονική ομάδα.

Νέες γνώσεις, καινοτομίες και βελτιώσεις

Ισχυρή ηγεσία, ενθουσιώδεις επαγγελματίες, καθώς και υποδειγματική πρακτική είναι οι βασικές δομικές μονάδες για τους οργανισμούς «Magnet», αλλά αυτοί δεν είναι και οι τελικοί στόχοι. Οι οργανισμοί «Μαγνήτες» έχουν την ηθική και επαγγελματική ευθύνη να συμβάλουν στη φροντίδα των ασθενών, στην οργάνωση, και στην ανάπτυξη νέων γνώσεων, καινοτομιών και βελτιώσεων στο επάγγελμα των νοσηλευτών.

Εμπειρικά Αποτελέσματα

Η διαδικασία διαπίστευσης «Μαγνήτης» σήμερα εστιάζεται κυρίως στη δομή και τις διαδικασίες, με την παραδοχή ότι θα ακολουθήσουν και καλά αποτελέσματα.

Σε νοσοκομεία «Μαγνήτες» παρατηρήθηκαν καλύτερα αποτελέσματα παρά σε υποψήφια για διαπίστευση νοσοκομεία (Aiken et al. 2000). Νοσηλευτές που απασχολούνται σε νοσοκομεία «Μαγνήτες» βιώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης (Upenieks 2002) και ενδυνάμωσης λόγω της ευκολότερης πρόσβασης σε δομές ενδυνάμωσης (Upenieks 2003). Συγκεκριμένα, σε σύγκριση νοσοκομείων «Μαγνητών» με κοινά νοσοκομεία, βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τις διαφορές στη βαθμολόγηση για την ενδυνάμωση και την

επαγγελματική ικανοποίηση στα διαπιστευμένα νοσοκομεία περιελάμβαναν την ευκολότερη πρόσβαση στους νοσηλευτές-ηγέτες, στην καλύτερη υποστήριξη των αυτόνομης λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών από τους νοσηλευτές-ηγέτες και ευκολότερη πρόσβαση σε δομές επαγγελματικής ενδυνάμωσης (ευκαιρίες ανέλιξης, πληροφόρηση και διαθέσιμους πόρους).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ 3337 νοσηλευτών από νοσοκομεία «Μαγνήτες» και κοινά νοσοκομεία, διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία «Μαγνήτες» αξιολόγησαν με ψηλότερη βαθμολόγηση την οργανωσιακή υποστήριξη, την επαγγελματική ικανοποίηση και την πρόθεση παραμονής τους στα νοσοκομεία τους (Lacey et al. 2007; Hess & DesRoches 2011). Άλλες έρευνες κατέδειξαν ότι στα νοσοκομεία «Μαγνήτες» παρατηρούνται καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς (McHugh et al. 2013) (χαμηλότερη θνησιμότητα και υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών) (Scott et al. 1999).

Οι επί μέρους θεωρίες που αναπτύχθηκαν πιο πάνω και που αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας μελέτης είναι ουσιαστικά αλληλένδετες. Συνοπτικά, οι παράγοντες που καταγράφηκαν από το Herzberg ως παράγοντες παρακίνησης αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία του επαγγελματικού μοντέλου. Στα Magnet Hospitals όπου εφαρμόζεται το μοντέλο αυτό μετα τρία βασικά χαρακτηριστικά του, η αυτονομία, ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος και οι επαγγελματικές σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών, οδηγούν σε αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος όπως η κλινική αναγνώριση, η συλλογική λήψη αποφάσεων, η έρευνα, η ομαδική εργασία, η καινοτομία αποτελούν παράγοντες παρακίνησης. Στα νοσοκομεία Μαγνήτες, το Επαγγελματικό Περιβάλλον είναι

ευνοϊκότερο και πιο υποστηρικτικό σε σχέση με άλλα νοσοκομεία και οι νοσηλευτές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους με επακόλουθο, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η ασφάλεια των ασθενών να παρουσιάζονται βελτιωμένα.

4.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως «ο βαθμός της θετικής στάσης του εργαζομένου απέναντι στην εργασία του ως σύνολο ή στα επί μέρους συστατικά της εργασίας» (Weisman et al. 1980). Οι παράγοντες, που ρυθμίζουν και διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση διακρίνονται σε αυτούς που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον, με συγκεκριμένες διαστάσεις της εργασίας και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, δηλαδή την προσωπικότητα, τις αντιλήψεις και τις αξίες τους.

Σύμφωνα με το Milton Rokeach (Robbins & Judge 2012), ως αξίες ορίζονται οι καθολικές πεποιθήσεις του ατόμου, που διέπουν τις πράξεις και τις κρίσεις σε μια μεγάλη ποικιλία καταστάσεων. Οι αξίες αποτελούν ατομικά χαρακτηριστικά, που διαμορφώνονται ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το άτομο και που επηρεάζουν τις στάσεις, τις αντιλήψεις, τις ανάγκες και τα κίνητρά του στην εργασία του. Σε αντίθεση με τις ανάγκες, οι οποίες είναι ενδογενείς, οι αξίες είναι επίκτητες και εμφανίζονται ως προϊόν μάθησης και εμπειρίας, ο Rokeach ταξινομεί τις αξίες σε δύο γενικές κατηγορίες τις τερματικές, που αντανακλούν τις πεποιθήσεις του ατόμου για τους σκοπούς που πρέπει να πετύχει, όπως άνετη ζωή, οικογενειακή ασφάλεια, αυτοεκτίμηση και τις συντελεστικές, που εκφράζουν τις πεποιθήσεις του για τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων, όπως: φιλοδοξία, εντιμότητα, θάρρος, ανεξαρτησία, προσφορά, βοήθεια.

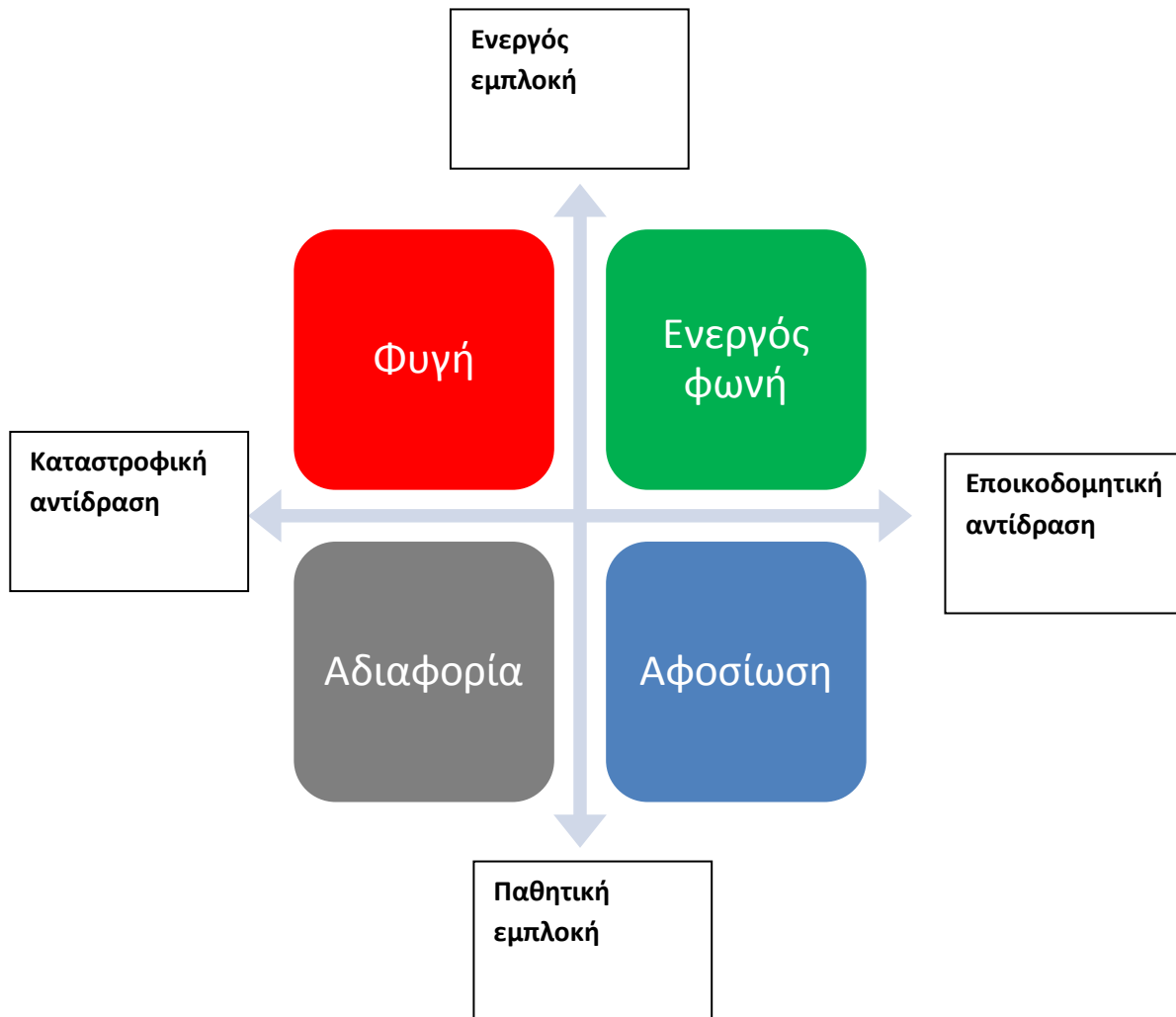
Σύμφωνα με άλλους ερευνητές ο κρισιμότερος προσδιοριστικός παράγοντας της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ο βαθμός και η φύση του συσχετισμού ανάμεσα στην εργασιακή πραγματικότητα και τις ατομικές αξίες. Το μέγεθος της διάστασης/ ταύτισης της πραγματικότητας με την επιθυμητή αξία επιδρά στη διαμόρφωση συναισθημάτων ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας (Locke & Latham 1990).

Το έντονο ενδιαφέρον που παρατηρείται αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με την επίδραση της ικανοποίησης στην απόδοση του επαγγελματία (Robbins & Judge 2012). Συγκεκριμένα, πολλές μελέτες διασυνδέουν την επαγγελματική ικανοποίηση με την παραγωγικότητα, την απουσία από την εργασία και τη φυγή από την εργασία.

Στο ατομικό επίπεδο του εργαζομένου η παραγωγικότητα πιθανότατα οδηγεί στην επαγγελματική ικανοποίηση, αλλά στο επίπεδο του οργανισμού, ένας οργανισμός είναι παραγωγικός όταν είναι ευχαριστημένοι οι εργαζόμενοι σε αυτό. Μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της απουσίας από την εργασία υπάρχει μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση όπως ισχύει και με τη φυγή από την εργασία.

Όσον αφορά το πώς οι εργαζόμενοι εκφράζουν τη μη ικανοποίησή τους, αυτό μπορεί να γίνει με 4 βασικούς τρόπους: να φύγουν οριστικά από τον οργανισμό ψάχνοντας για μια καινούρια εργασία (exit), με το να προτείνουν (ενεργά) μέτρα βελτίωσης των συνθηκών στον οργανισμό(voice), με το να αναμένουν να αλλάξουν από μόνες τους οι συνθήκες (παθητικά)(loyalty) ή να παραμένουν τελείως απαθείς(neglect) (με το να απουσιάζουν συστηματικά ή να αργούν να προσέλθουν στην εργασία τους, να μην καταβάλλουν την απαιτούμενη προσπάθεια, να αυξάνουν τα λάθη) (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 8: Απάντηση των εργαζομένων στην επαγγελματική μη-ικανοποίηση



Έχοντας δεδομένο ότι οι προσωπικές αξίες των εργαζομένων διαφέρουν μεταξύ τους, ο βαθμός σύμπτωσης των προσωπικών αξιών με τις αξίες του οργανισμού είναι πρωταρχικής σημασίας για τη διοίκηση ενός οργανισμού. Η απόδοση και επαγγελματική ικανοποίηση ενός εργαζομένου πιθανότατα θα είναι μεγαλύτερες αν και εφόσον οι προσωπικές του αξίες συμπίπτουν με τις αξίες του οργανισμού (Robbins & Judge 2012).

4.4. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρούσα εργασία μελετά, μεταξύ των άλλων, τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ. Οι απόψεις των εργαζομένων είναι δηλώσεις αξιολόγησης, είτε θετικές είτε αρνητικές, και αντικατοπτρίζουν το πώς νιώθει κάποιος για κάτι. Στους διάφορους οργανισμούς, οι απόψεις των εργαζομένων είναι πολύ σημαντικές επειδή προειδοποιούν, κατά κάποιο τρόπο, για πιθανά προβλήματα και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του εργαζομένου (Robbins & Judge 2012) διαμορφώνουν την κουλτούρα σε ένα οργανισμό (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9: Παράγοντες διαμόρφωσης κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών



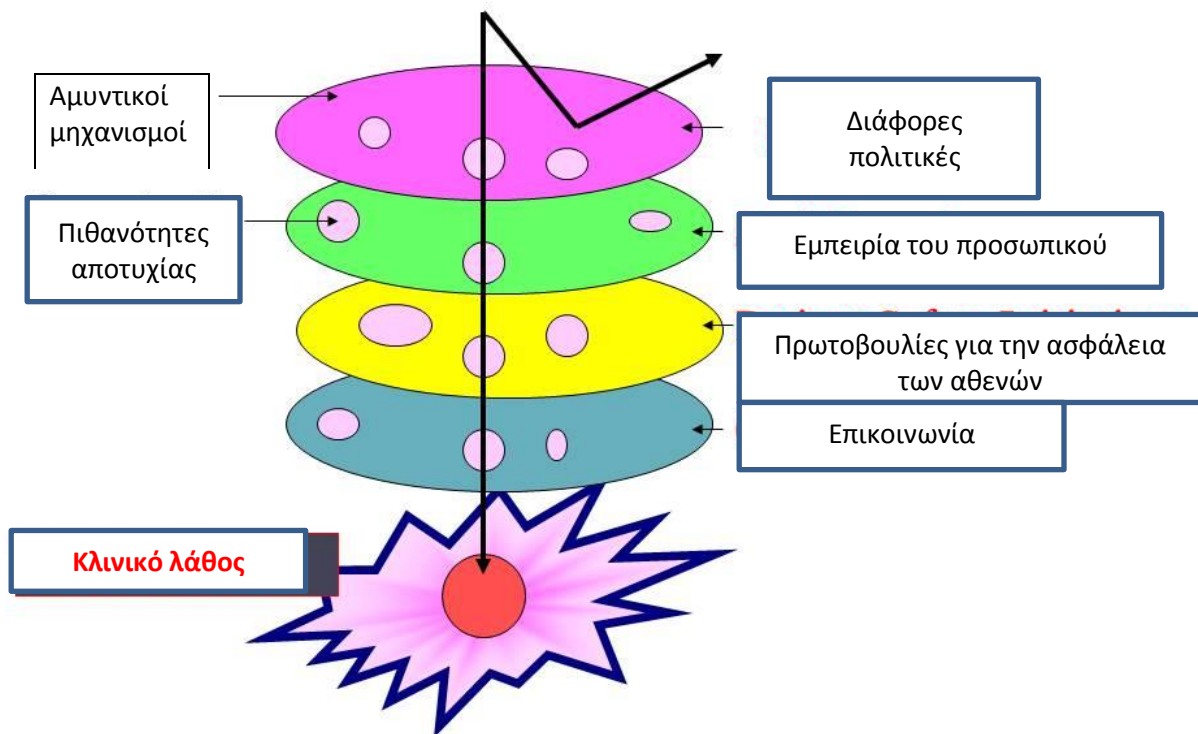
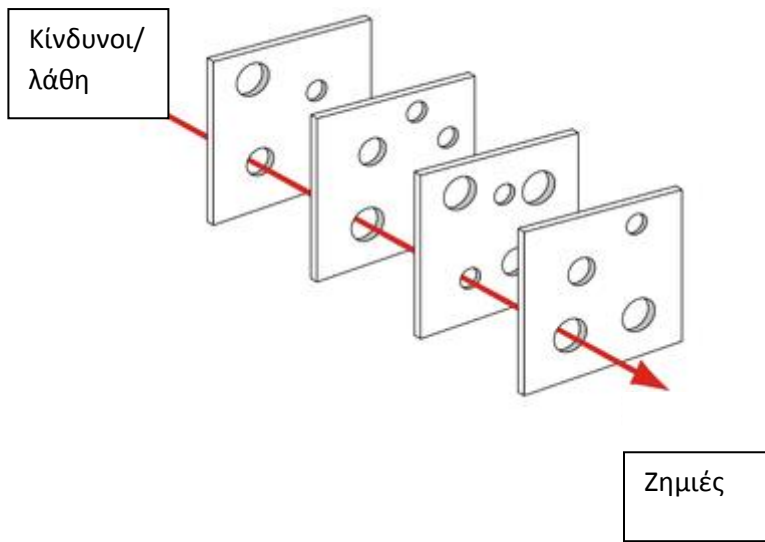
Οι ειδικοί στα θέματα ασφάλειας ασθενών συμφωνούν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία και η ομαδική εργασία είναι απαραίτητες για την παροχή μιας ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας. Η ομαδική εργασία αποτελεί μια από τις βασικότερες παραμέτρους στο πλαίσιο της ασφάλειας των ασθενών. Ως ομάδα ορίζεται όταν δύο ή περισσότερα άτομα ενεργούν δυναμικά, με αλληλεξάρτηση προσηλωμένοι σε ένα κοινό σκοπό. Τα άτομα έχουν συγκεκριμένους ρόλους και λειτουργίες. Η ομαδική εργασία

οδηγεί σε μείωση των κλινικών λαθών, βελτιώνει τα νοσηλευτικά και ιατρικά αποτελέσματα, αυξάνει την επαγγελματική ικανοποίηση.



Μια θεωρητική προσέγγιση για το πώς δημιουργούνται προβλήματα όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών είναι το «Μοντέλο Ελβετικού Τυριού» (SwissCheeseModel) (Reason 2000). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τα ατυχήματα συμβαίνουν λόγω πολλών παραγόντων και όχι μόνο ενός. Όταν αυτοί οι αρνητικοί παράγοντες ευθυγραμμιστούν τότε συμβαίνουν τα λάθη (Διαγράμματα 10Α και 10Β).

Διαγράμματα 10Α και 10Β: «Μοντέλο Ελβετικού Τυριού»



Προσαρμογή από το <http://correctionalnurse.net/2014/04/28/are-your-correctional-clinical-processes-like-swiss-cheese/>

4.5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις αναπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας γύρω από τα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Είναι πασιφανές ότι σήμερα οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών (Δικαίος et al. 1999).

Πολλοί ερευνητές βλέπουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως μια ομπρέλα κάτω από την οποία υπάρχει η ασφάλεια των ασθενών ενώ το Ινστιτούτο Ιατρικής θεωρεί την ασφάλεια των ασθενών αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητας στην φροντίδα υγείας.

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι μια πολυδιάστατη έννοια που καθορίζεται από κλινική αποτελεσματικότητα (ποιοτική φροντίδα είναι η φροντίδα που παρέχεται στοιχειοθετημένα με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων του ασθενούς), ασφάλεια (ποιοτική φροντίδα που παρέχεται με στόχο να αποφευχθούν κίνδυνοι και βλάβες που μπορούν να προληφθούν) και εμπειρία του ασθενούς (αποτελεί τη φροντίδα που δημιουργεί μια θετική εμπειρία σύμφωνα με τις προσδοκίες του ασθενούς, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του) (National quality board).

5.ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η αξιολόγηση των αλλαγών που επήλθαν ή προγραμματίζονται να γίνουν στο χώρο ασκήσεως του επαγγέλματος είναι υψίστης σημασίας για τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Στην πραγματικότητα, η όποια αξιολόγηση περιλαμβάνει την πρώτη/ αρχική μέτρηση (που χρησιμεύει ως βάση-baseline) και αφορά την τρέχουσα κατάσταση, αναγνωρίζει τομείς που χρήζουν βελτίωσης, και σε ένα μεταγενέστερο στάδιο σχεδιάζονται και εφαρμόζονται στρατηγικές για να επέλθει αποτελεσματική αλλαγή και τέλος ακολουθεί η ανατροφοδότηση. Η όλη αυτή διαδικασία προσφέρει εμπειριστατωμένη πληροφόρηση για τη διοίκηση και συμβάλλει στη λήψη στοιχειοθετημένων αποφάσεων για τη διασφάλιση των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Urden & Roode 1997;Caruano & Bokonoy 2004).

5.1. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Η περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με το επαγγελματικό περιβάλλον στα νοσοκομεία μπορεί να περιορίσει την ικανότητα της διοίκησης να αναπτύξει νέες στοιχειοθετημένες στρατηγικές που να οδηγούν σε βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και κατ'επέκτασιν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Η Laschinger υποστηρίζει (Laschinger 2001) ότι αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το επαγγελματικό περιβάλλον στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας προωθεί την επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών και νοσηλευτών και κατ'επέκτασιν την ικανοποίηση των ασθενών. Για να επέλθει βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος ως επίσης και των αποτελεσμάτων που αφορούν τους

ασθενείς και να είναι σε θέση η διοίκηση να υιοθετήσει συγκεκριμένες στρατηγικές, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί ένα εργαλείο που να μπορεί να αξιολογεί με ακριβή τρόπο το επαγγελματικό περιβάλλον. Το επαγγελματικό περιβάλλον μπορεί να αξιολογηθεί με τη μέτρηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά το επαγγελματικό τους περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα.

Εργαλεία μέτρησης του νοσηλευτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος ξεκίνησαν να δημιουργούνται κυρίως στις ΗΠΑ λίγο πριν το 1990. Αρχικά, το 1989 διαμορφώθηκε το εργαλείο NWI (NursingWorkIndex). Αργότερα, ο δείκτης αυτός αναθεωρήθηκε ως NWI-R (RevisedNursingWorkIndex) (Aiken & Patrician 2000) και μετά, το 2002 (Lake 2002) προστέθηκε η κλίμακα PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index). Η κλίμακα PES-NWI(Lake 2002) περιέχει 31 ερωτήσεις και μετρά 5 πεδία του επαγγελματικού περιβάλλοντος σε κλίμακα 1-4: συμμετοχή των νοσηλευτών στα θέματα του νοσοκομείου, ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας, νοσηλευτική ηγεσία, επάρκεια ανθρώπινων νοσηλευτικών πόρων και διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Οι δείκτες NWI-R και PES-NWI χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Lake 2002;Upenieks 2002;Budge et al. 2003;Friese et al. 2008). Παρ' όλα αυτά, ο δείκτης NWI-R έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο σε ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. στο Βέλγιο, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, Ιρλανδία). Παρά την ποικιλία των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος, πολλά από τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτά μπορούν να αναχθούν στο θεωρητικό υπόβαθρο που διέπει τα νοσοκομεία Magnet (McClure &

Hinshaw 2002). Αναλυτικότερα, ορισμένα από τα εργαλεία αυτά παρατίθενται στον Πίνακα 7.

Ο δείκτης NWI δημιουργήθηκε στη βάση της επαγγελματικής ικανοποίησης και των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων «Μαγνητών». Ο αναθεωρημένος δείκτης NWI-R βασικά διαφέρει από τον αρχικό δείκτη στο γεγονός ότι ο δεύτερος επικεντρώνεται περισσότερο στα νοσηλευτικά αποτελέσματα και τα θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή, παρά στην επαγγελματική ικανοποίηση. Ο NWI-R περιέχει λιγότερες ερωτήσεις από τον αρχικό. Οι μελέτες που αναφέρονται στον πίνακα 8 και χρησιμοποιούν ως βάση το δείκτη NWI ουσιαστικά δίνουν έμφαση στην αξιολόγηση συγκεκριμένων παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος.

Πριν δημιουργηθεί η κλίμακα PPE, οι ερευνητές κατασκεύασαν ένα μοντέλο επαγγελματικής πρακτικής στο οποίο καθοριζόταν το φάσμα επαγγελματικών δραστηριοτήτων των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικές κλινικές και διάφορα επίπεδα φροντίδας στο Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης στις Η.Π.Α. Τα κύρια συστατικά στοιχεία του μοντέλου αυτού, τα πλείστα προερχόμενα από τις μελέτες για τα νοσοκομεία «Μαγνήτες», περιελάμβαναν την ηγεσία και αυτονομία, τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος, τις διεπαγγελματικές σχέσεις, την επικοινωνία σχετικά με τους ασθενείς, την ομαδική εργασία, την εποικοδομητική επίλυση διαφορών, την εσωτερική παρακίνηση και την πολιτισμική ευαισθησία. Αυτό το μοντέλο ήταν το πλαίσιο για τη δημιουργία της αρχικής κλίμακας PPE.

Πίνακας 7: Εργαλεία αξιολόγησης των απόψεων των νοσηλευτών για το επαγγελματικό περιβάλλον

| Εργαλείο | Συγγραφέας/Μελέτη |
|---|--|
| NursingWorkIndex (NWI) | KramerandHafner 1989 |
| Work Quality Index (WQI) - to measure nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment | Whitley and Putzier 1994 |
| Assessment of Work Environment Schedule (AWES) - to measure nurses' work environment on nurse job satisfaction and morale | Nolan et al. 1998 |
| Revised Nursing Work Index(NWI-R) | AikenandPatrician 2000 |
| Ward Organization Features Scale (WOFS) - to identify the "sociotechnical work environment" of acute care hospitals | Adams & Bond 2000 |
| Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) | Lake 2002 |
| Practice environment index (PEI) | Estabrookset al. 2002 |
| Perceived Nursing Work Environment instrument (PNWE) | Choi et al. 2004 |
| Professional Practice Environment (PPE) Scale. | Erickson et al. 2004 |
| Essentials of Magnetism (EOM) tool | Kramer and Schmalenberg 2005 |
| Work Environment Scale (WES) – assess the social climate of worksettings, including relationshipsamong employees, betweenemployees and supervisors, and theunit's organizational structure andfunctioning | Dickens et al. 2005, Hayhurst et al. 2005 |
| NWI-RVL – previously translatedand validated NWI-R developed forresearch in the Dutch-speaking part of Belgium | van Bogaert et al.2009 |
| NWI-Extended Organisation (NWIEO) – to evaluate individual perceived psycho-social and organizational work factors (POWF) levels in order to focus interpretation on a collective approach which may indicate directions for preventive actions. | Bonneterre et al. 2011 |

Προσαρμογή από τον πίνακα «Instruments used in previous studies to evaluate the professional practice environment» (Saima Hinno 2012)

Η αρχική αυτή κλίμακα, που διαμορφώθηκε το 1998 (Erickson et al. 2004), περιελάμβανε 35 ερωτήματα που μετρούσαν τα 8 χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος που είχαν καθοριστεί ως ακολούθως: ηγεσία και αυτονομία (5 ερωτήσεις), τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος (6 ερωτήσεις), τις διεπαγγελματικές σχέσεις (2 ερωτήσεις), την επικοινωνία σχετικά με τους ασθενείς (3 ερωτήσεις), την ομαδική εργασία (4 ερωτήσεις), την εποικοδομητική επίλυση διαφορών (8 ερωτήσεις), την εσωτερική παρακίνηση (4 ερωτήσεις) και την πολιτισμική ευαισθησία (3 ερωτήσεις). Αφού έγινε ψυχομετρική αξιολόγηση της κλίμακας PPE, οι ερευνητές προχώρησαν στην αναπροσαρμογή ορισμένων ερωτήσεων και κάθε ερώτηση τοποθετήθηκε σε 4-βάθμια κλίμακα Likert («έντονα συμφωνώ», «συμφωνώ», «διαφωνώ», «έντονα διαφωνώ»). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε από το 1999 μέχρι το 2001 για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του επαγγελματικού περιβάλλοντος και για να ανιχνεύσει αλλαγές στο επαγγελματικό περιβάλλον από χρόνο σε χρόνο. Παρόλο που ο δείκτης εσωτερικής συνοχής του εργαλείου PPE σαν σύνολο και στις 7 από τις 8 επί μέρους παραμέτρους ήταν ικανοποιητικός (πάνω από 0,75), για την ομάδα «εσωτερική παρακίνηση» και για για μια ερώτηση στην ομάδα «διαχείριση συγκρούσεων» υπήρξε πρόβλημα. Ο δείκτης Cronbach alpha ήταν 0,63 για την «παρακίνηση». Έτσι προστέθηκαν άλλες 4 ερωτήσεις στην ομάδα «εσωτερική παρακίνηση» και η αναθεωρημένη κλίμακα RPPE περιέχει πια 39 ερωτήσεις. Το εργαλείο αξιολόγησης του Επαγγελματικού περιβάλλοντος έχει αποδειχθεί ότι έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και ήδη έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σε δείγματα στην Κύπρο (Papastavrou et al. 2011; Papastavrou & Efstathiou 2012b; Papastavrou et al. 2013; Papastavrou 2014).

Ένα πιο πρόσφατα χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος είναι (Sheingold & Sheingold 2013) αυτό που αφορά τροποποίηση του υφιστάμενου World Bank's Social Capital –Integrated Questionnaire (SC-IQ) και το οποίο χρησιμοποιήθηκε στις Η.Π.Α. Το εργαλείο αυτό διαμορφώθηκε για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στο νοσηλευτικό επαγγελματικό περιβάλλον και κατέγραψε ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Χρησιμεύει στην αξιολόγηση του νοσηλευτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος σε διάφορα τμήματα των νοσοκομείων. Η παρούσα διατριβή παρουσιάζει την αξιολόγηση των απόψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον με τη βοήθεια του εργαλείου RPPE. Οι λόγοι που συνέτειναν στην επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου αναφέρονται αναλυτικά στο Μέρος Β της διατριβής.

Είναι κοινός τόπος ότι το επαγγελματικό περιβάλλον περιέχει πολυδιάστατες έννοιες. Πιστεύεται ότι ένας σημαντικός περιορισμός των εργαλείων μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος πηγάζει από την έλλειψη ενός σαφούς εννοιολογικού υπόβαθρου, για να είναι σε θέση αξιολογήσει τα σύνθετα πλαίσια που αποτελούν το επαγγελματικό περιβάλλον. Μεταξύ των διαθέσιμων εργαλείων, που προαναφέρθηκαν, η κλίμακα PPE αποτελεί ίσως το μόνο εργαλείο που δημιουργήθηκε βάσει ενός θεωρητικού πλαισίου που πηγάζει από την τρέχουσα νοσηλευτική γνώση. Κάθε χαρακτηριστικό που απαρτίζει την κλίμακα PPE είναι το ότι τεκμηριώνεται από στέρεο θεωρητικό υπόβαθρο. Επιπλέον, η κλίμακα αυτή μετρά σύγχρονα χαρακτηριστικά, όπως η παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας και η επίλυση των συγκρούσεων, οι οποίες είναι κρίσιμες σε ένα σύγχρονο επαγγελματικό περιβάλλον. Σε γενικές γραμμές, η κλίμακα αναπτύχθηκε με βάση μια θεωρία που έχει πρακτική εφαρμογή και βοηθά τις επιστήμες υγείας να προχωρήσουν πέρα από τη θεωρητική

περιγραφή στην επεξήγηση, την πρόβλεψη και με τον τρόπο αυτό τον έλεγχο, τη βελτίωση και την αλλαγή του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Chang 2009).

5.2. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία πολυδιάστατη έννοια, που αντιπροσωπεύει τη συνολική στάση του ανθρώπου απέναντι στην εργασία του. Αποτελεί την ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση, που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμά του ή την εργασιακή του πείρα. Η ικανοποίηση των ιατρών από την εργασία τους σχετίζεται με την βελτιωμένη απόδοση τους, και η μειωμένη ικανοποίηση συνδέεται με αυξημένα κόστη, χαμηλή παραγωγικότητα και φροντίδα ανεπαρκούς ποιότητας. Η έρευνα στον τομέα της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει ιστορία πέραν των 40 ετών (Locke 1976; Quarstein et al. 1992; Spector 1997) και διάφορα ερευνητικά εργαλεία έχουν διαμορφωθεί, άλλα πολυδιάστατα και άλλα μονοδιάστατα, άλλα για εφαρμογή σε διάφορους επαγγελματίες και άλλα σε συγκεκριμένους επαγγελματίες (Hackman & Oldham 1975; Pelsma & Richard 1989; Beasley & Kern 1999). Η μελέτη για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ιατρών ξεκίνησε σχετικά πρόσφατα, αρχές της δεκαετίας του 1990.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας (Saane & Sluiter 2003). Ορισμένα φαίνονται στον Πίνακα 8. Κάποια από αυτά χρησιμοποιήθηκαν σε ιατρούς άλλα σε νοσηλευτές και άλλα και στις δύο επαγγελματικές ομάδες. Πολλοί ερευνητές δημιούργησαν από μόνοι τους ερωτηματολόγια βασιζόμενοι στη σχετική διεθνή βιβλιογραφία (Lorber & Savič 2012).

Ένα αξιόλογο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ιατρών των ΤΑΕΠ αποτελεί το εργαλείο που διαμορφώθηκε από τους Lloyd, Streiner, Hahn, Shannon (Lloyd, Streiner, Hahn, et al. 1994). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από δύο παραρτήματα, ήτοι το πρώτο αφορά τα ακόλουθα: διοικητική αυτονομία (22 ερωτήσεις), κλινική αυτονομία (8 ερωτήσεις), πόρους απαραίτητους για την εργασία (132 ερωτήσεις), εργασιακές σχέσεις (15 ερωτήσεις), τρόπο ζωής (17 ερωτήσεις), ευκαιρίες και προκλήσεις (5 ερωτήσεις). Το δεύτερο παράρτημα αποτελείται από 12 ερωτήσεις που αφορούν τη συνολική ικανοποίηση των ιατρών.

Το εργαλείο Job in General Scale (JIG) αποτελεί μέρος του εργαλείου Job Descriptive Index (JDI) και αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Το εργαλείο Andrew and Withey Job Satisfaction Questionnaire μελετά τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση και αποτελείται από 5 ερωτήσεις. Το εργαλείο EPJS απευθύνεται σε ιατρούς επείγουσας ιατρικής και αποτελείται από 79 ερωτήματα. Τα εργαλεία McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS), Measurement of Job Satisfaction (MJS) και Nurse Satisfaction Scale (NSS) απευθύνονται σε νοσηλευτές και αποτελούνται από 31, 38 και 24 ερωτήσεις αντίστοιχα.

Το εργαλείο αξιολόγησης επαγγελματικής ικανοποίησης που έχει σχεδιαστεί από τους Warr-Cook-Wall για γενική αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει προσαρμοστεί το 2002 από τους Simoensetal 2002 (Simoens et al. 2002), και χρησιμοποιηθεί από μετέπειτα ερευνητές σε επαγγελματίες υγείας. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 7 (1=έντονη δυσαρέσκεια μέχρι 7=έντονη ευαρέσκεια). Οι ερωτήσεις αφορούν τα ακόλουθα: ικανοποίηση από τις ώρες εργασίας, ικανοποιητική αμοιβή, αναγνώριση από καλή

επίδοση στην εργασία, ευκαιρίες χρησιμοποίησης των ικανοτήτων, σχέσεις με τους συναδέλφους, ελευθερία επιλογής μεθόδου εργασίας, εκχώρηση ευθύνης, συνθήκες εργασίας, ποικιλία στην εργασία και τέλος συνολική ικανοποίηση.

Δεν εντοπίστηκε εργαλείο που απευθύνεται αποκλειστικά σε νοσηλευτές ΤΑΕΠ. Στην παρούσα διατριβή έχει χρησιμοποιηθεί το μέρος του εργαλείου Warr-Cook-Wall που μελετά την επαγγελματική ικανοποίηση. Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο αναφέρονται αναλυτικά στο Μέρος Β της διατριβής. Συνοπτικά, το ερωτηματολόγιο αυτό έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε επαγγελματίες υγείας και είναι σύντομο, κάτι που διευκολύνει τη συμπλήρωση του από τους συμμετέχοντες.

Πίνακας 8: Εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών

| Εργαλείο | Συγγραφέας και πού απευθύνεται |
|--|--|
| Job Diagnostic Survey (JDS) | (Hackman & Oldham 1975) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |
| Stamps 1978 | Stamps 1978 (Stamps et al. 1978) Για επαγγελματίες υγείας |
| Job Descriptive Index(JDI) και Job Descriptive Index-revised (JDI-revised) | (Ironson & Smith 1989) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |
| Job in General Scale (JIG) | (Ironson & Smith 1989) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |
| McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS) | (Mueller & McCLOSKEY 1990) Σε νοσηλευτές |
| Job Characteristic Inventory (JCI) | (Fried 1991) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |
| Andrew and Withey Job Satisfaction Questionnaire | (Rentsch & Steel 1992) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |
| Nurse Satisfaction Scale (NSS) | (Ng 1993) Σε νοσηλευτές |
| Measurement of Job Satisfaction (MJS) | (Traynor & Wade 1993) Σε νοσηλευτές |
| Measurement of Wade and Degerhammar | (Traynor & Wade 1993) Σε νοσηλευτές |
| Work Role Inventory (WRI) | (MILLER & CAREY 1993) Γενικό για όλους τους επαγγελματίες |

| | |
|---|--|
| Emergency Physician Job Satisfaction Instrument (EPJS) | (Lloyd, Streiner, Hahn, et al. 1994) Σε ιατρούς επείγουσας ιατρικής |
| Organizational Job Satisfaction Scale (OJSS) | (Sauter & Boyle 1997) Σε νοσηλευτές |
| Program Directors Satisfaction Scale (PD-SAT) | (Beasley & Kern 1999) Επαγγελματίες υγείας |
| Satisfaction With Nursing Care and Work (SNCW) | (Berg & Hallberg 1999) Σε νοσηλευτές |
| Physician Worklife Survey (PWS) | (Konradetal. 1999) Σειατρούς |
| MSQ-revised | (Hirschfeld 2000) Σε νοσηλευτές |
| ABEM | Cydulka 2008 (Cydulka&Korte 2008) Σε ιατρούς επείγουσας ιατρικής |
| Warr Cook Wall Job Satisfaction Scale(Warr et al. 1979) | Warr Cook Wall Προσαρμοσμένο ειδικά για ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας από διάφορους μελετητές(Christl et al. 2010)(Szecsenyietal. 2011) |
| Nurse job satisfaction questionnaire of the Haddasah Medical Organization | Ganz 2014 (Ganz & Toren 2014) Σε νοσηλευτές |

5.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ο Zohar (1980) πρώτος έθεσε τα θεμέλια για την έρευνα σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας. Χρησιμοποίησε τον όρο «κλίμα ασφάλειας» για να περιγράψει τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ασφάλεια των εργαζομένων. Ως εκ τούτου, «το κλίμα ασφάλειας» αναφέρεται στις αντιλήψεις και τις στάσεις σχετικά με την ασφάλεια ως ένα ολοκληρωμένο μέρος του εργασιακού περιβάλλοντος (Zohar 2002a). Ως απάντηση στο όλο και περισσότερο αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ασφάλεια των ασθενών, το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής συμβούλεψαν τους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας να υιοθετήσουν τεχνικές διαχείρισης ασφάλειας (Flin et al. 2006).

Η «κουλτούρα ασφάλειας» εξετάζει τον τρόπο που οι απόψεις, οι αξίες, οι γνώσεις και οι συμπεριφορές του κάθε ατόμου καθορίζουν συλλογικά τη δέσμευση ενός οργανισμού

στη διαχείριση της ασφάλειας. Μπορούμε δηλαδή να καθορίσουμε την «κουλτούρα ασφάλειας» ως το προϊόν ατομικών και ομαδικών στάσεων, απόψεων και αξιών σχετικά με συμπεριφορές και διαδικασίες στον εργασιακό χώρο που επηρεάζονται σημαντικά από τις αποφάσεις της διεύθυνσης και το οποίο αποτέλεσμα επηρεάζει την ασφάλεια και την αξιοπιστία των συστημάτων και εκροών του οργανισμού. Το κλίμα ασφάλειας περιγράφει ουσιαστικά τα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού που συμβάλλουν στην ασφάλεια των εργαζομένων (Wilson 2007b; Palmieri & Peterson 2010). Το πώς δημιουργείται μια κουλτούρα που υποστηρίζει την ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα ερώτημα ξεχωριστού ενδιαφέροντος. Πολλές προσπάθειες έγιναν για να αναπτυχθούν τρόποι για τη μέτρηση αυτής της κουλτούρας στις κλινικές (Wakefield & Jorm 2009). Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται διάφορα εργαλεία μέτρησης των απόψεων σχετικά με την «κουλτούρα ασφάλειας».

Οι έρευνες που περιέχονται στον πίνακα χρησιμοποιήθηκαν σε διαφορετικά τμήματα υπηρεσιών υγείας. Το εργαλείο MSSA σχεδιάστηκε για ομάδες, ενώ τα υπόλοιπα για μεμονωμένα άτομα. Όλες οι έρευνες χρησιμοποίησαν μια 5 - βάθμια κλίμακα Likert , για να εκτιμηθεί ως επί το πλείστον η στάση των ερωτηθέντων απέναντι σε διάφορες πτυχές της ασφάλειας των ασθενών. Υπήρχε μια μεγάλη ποικιλία όσον αφορά τον αριθμό των ερωτήσεων που έπρεπε να απαντηθούν (19 -194). Μερικές από τις έρευνες αυτές αξιολογούν κοινές διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας των ασθενών όπως ηγεσία, πολιτικές και διαδικασίες, στελέχωση, επικοινωνία. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων ποικίλλουν σημαντικά. Δεν αναφέρθηκαν καθόλου για το CSS , αλλά ήταν υγιείς για το ερωτηματολόγιο VHAPSCQ, το HSOPS και το SAQ. Οι έρευνες έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο συγκρίσεις εντός ενός οργανισμού αλλά και μεταξύ

οργανισμών. Μόνο το SAQ χρησιμοποιήθηκε για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των απόψεων για την ασφάλεια των ασθενών και των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Αποτελείται από 60 ερωτήσεις και επιπλέον δημογραφικά στοιχεία. Χρειάζεται 10 με 15 λεπτά για να συμπληρωθεί και κάθε ερώτηση είναι σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert 1-5 (1=διαφωνώ απόλυτα, 5=συμφωνώ απόλυτα), και κάποιες ερωτήσεις του είναι αντίστροφα κωδικοποιημένες. Επίσης, οι κατασκευαστές συστήνουν τη μετατροπή των απαντήσεων σε 100-βάθμια κλίμακα, ως ακολούθως: 1=0%, 2=25%, 3=50%, 4=75% και 5=100%). Θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι >75%.

Αρχικά, το εργαλείο SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE χρησιμοποιήθηκε σε διάφορες νοσοκομειακές μονάδες όπως Μονάδες Εντατικής Φροντίδας, χειρουργεία κ.α (Sexton et al. 2004; Makary & Sexton 2006; Modak et al. 2007; D. T. Huang et al. 2007) αλλά τροποποιήθηκε αργότερα για χρησιμοποίηση σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Patterson et al. 2010).

Το εργαλείο «EMERGENCY MEDICAL SERVICES SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE» αποτελεί τροποποίηση του Safety Attitudes Questionnaire και ειδικότερα του ICU-SAQ version. Έγινε η ανάλογη λεκτική αναπροσαρμογή για τα Τμήματα Επειγόντων και κρατήθηκαν 30 βασικές ερωτήσεις. Αποτελείται συνολικά από 61 ερωτήσεις που αφορούν παραμέτρους που εξετάζονται στα εργαλεία για το επαγγελματικό περιβάλλον και την επαγγελματική ικανοποίηση και περιλαμβάνει 6 πεδία: κλίμα ασφάλειας, ομαδική εργασία, αναγνώριση έντασης (στρες), εργασιακές συνθήκες, θέματα διοίκησης, επαγγελματική ικανοποίηση (Sexton et al. 2004). Διαμορφώθηκε ειδικά για τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Ψυχομετρική αξιολόγηση του συνολικού ερωτηματολογίου έγινε το 2010 (Patterson et al. 2010) όπου αναφέρεται αποδεκτή αξιοπιστία στα 5 από τα 6 πεδία του. Για το κλίμα ασφάλειας ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,83. Σε επιβεβαιωτική ανάλυση οι δείκτες εγκυρότητας ήταν εντός αποδεκτών τιμών (CSDFr = 1.2; CFI = .95; NNFI = .92).

Πίνακας 9 : Εργαλεία μέτρησης των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας

| Εργαλείο | Συγγραφέας |
|---|---|
| Stanford instrument 30 questions | (Singer & Gaba 2003) |
| Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) 79 questions | (Nieva & Sorra 2003) |
| Veterans' Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ) | (Nieva & Sorra 2003) |
| Culture of Safety Survey (CSS) | Weingart SN et al. 2004 |
| Safety Attitudes Questionnaire 60 questions (ICU version and Ambulatory version) | (J. B. Sexton et al. 2006)(Modak et al. 2007) |
| Safety organizing Scale (SOS) 9 questions | (Vogus & Sutcliffe 2007) |
| SCS | (Pronovost et al. 2009) |
| Modified Stanford instrument 32 questions | (Ginsburg et al. 2010) |
| Emergency Medical Services- Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) | (Patterson et al. 2010) |
| PSCHO | (Hansen et al. 2011) |

5.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Υπάρχουν ουσιαστικά δύο τρόποι μέτρησης των απόψεων για την ποιότητα της φροντίδας. Έχουν αναπτυχθεί ερωτηματολόγια που αφορούν την ποιότητα της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής (ή συγγενείς του) και ερωτηματολόγια που αφορούν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, ερωτηματολόγια που έχουν σταθμιστεί και δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά και αφορούν το πρώτο είδος, όπως δηλαδή εκλαμβάνει την ποιότητα ο ασθενής, είναι η κλίμακα QUOTE

(Quality of Care through Patients' Eyes), η κλίμακα QPP (Quality of Care from the Patient's Perspectives), SERVQUAL (Service Quality Questionnaire), PJHQ (Patient Judgements of Hospital Quality Questionnaire) (Ραφτόπουλος 2009).

Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας μπορεί να μετρηθεί με βάση τις διαστάσεις της. Συγκεκριμένα, οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας, όπως καταγράφονται στην έκθεση των εμπειρογνομώνων της E.E. (EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) 2014) μπορεί να είναι: Αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, προσβασιμότητα, ισότητα, καταλληλότητα, έγκαιρη παροχή φροντίδας, αποδοχή, διαθεσιμότητα, βελτίωση της υγείας, ικανοποίηση ασθενών, πληροφόρηση, επάρκεια επαγγελματιών, σύγχρονος εξοπλισμός. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι η ποιότητα είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την ασφάλεια των ασθενών και ως εκ τούτου η μέτρηση των αντιλήψεων για την ασφάλεια των ασθενών είναι ένας έμμεσος δείκτης για την ποιότητα.

Ποιοτικές μελέτες (Thompson 2006) σχετικά με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι συνήθεις και μπορεί να περιλαμβάνουν προσωπικές συνεντεύξεις και καταγραφή συγκεκριμένων δομών (εξοπλισμό, χωροθέτηση κλπ) ή διαδικασίες (πρωτόκολα, αλγόριθμοι κλπ) ή ακόμα συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας (Murphy 2007;Renata Papp et al. 2014;Gonzalo et al. 2014). Οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται και αξιολογούν την ποιότητα σε σχέση με συγκεκριμένα πρότυπα αλλά και με βάση τις προσδοκίες τους (Redfern & Norman 1999).

Ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας είναι το Quality-of-care

index(Arnetz 1999) του οποίου οι ερωτήσεις βασίζονται σε πεδία που περιέχοντο σε ερωτηματολόγιο προς ασθενείς σχετικά με την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα (Arnetz & Arnetz 1996). Το ερωτηματολόγιο αυτό με κάποιες τροποποιήσεις χρησιμοποιήθηκε και από τον Hussein (Hussein 2014) σε νοσοκομεία της Σαουδικής Αραβίας.

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη και πάλι ταυτόχρονα μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών αναφορικά με τις απόψεις τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, έγιναν συνεντεύξεις και ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις σε παράγοντες θετικούς και αρνητικούς. Οι ακόλουθοι παράγοντες θεωρήθηκαν ως θετικοί: καλή ατμόσφαιρα, καλές σχέσεις ασθενών-νοσηλευτών, ενθάρρυνση των ασθενών, προληπτική φροντίδα, εξατομικευμένη φροντίδα, αποτελεσματική ηγεσία, καλή προετοιμασία των επαγγελματιών. Ως αρνητικοί χαρακτηρίστηκαν οι παράγοντες: έλλειψη σεβασμού, μη δίκαιη μεταχείριση ασθενών, έλλειψη ομαδικής εργασίας, έλλειψη παρακίνησης, ανεπαρκής συμπλήρωση ιατρικών φακέλων (Redfern & Hannan 2002). Παρόμοια διαδικασία ακολουθήθηκε και σε νοσοκομεία της Εσθονίας, Φινλανδίας, Γερμανίας, Ουγγαρίας, Ιταλίας, Λιθουανίας και Ισπανίας (R Papp et al. 2014) όπου με ομάδες εστίασης αξιολόγησαν οι απόψεις των ασθενών και προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχέση με την ποιότητα. Οι δείκτες που απομονώθηκαν είναι προσβασιμότητα, καταλληλότητα, εξατομικευμένη φροντίδα, συνέχεια της φροντίδας και συντονισμός.

Συνήθως τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα της φροντίδας, περιλαμβάνουν και τη διερεύνηση των αντιλήψεων και των ασθενών. Άλλες έρευνες χρησιμοποίησαν τις

αντιλήψεις για την ποιότητα σε σχέση με επαγγελματική ικανοποίηση ή νοσηλευτικά αποτελέσματα.

Για το ΤΑΕΠ ένας τρόπος μέτρησης της ποιότητας είναι η επί μέρους αξιολόγηση των τριών διαστάσεων της ποιότητας της φροντίδας υγείας, ήτοι δομή, διαδικασίες και αποτελέσματα με ειδικούς δείκτες (Sayed 2011).

Όσον αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας των ΤΑΕΠ για την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αυτές μπορούν να αξιολογηθούν μέσω ερωτηματολογίων που συμπεριλαμβάνουν δείκτες ποιότητας, όπως αυτοί αναφέρονται πιο πάνω ως επίσης και στο Κεφάλαιο 3.4. της παρούσας διατριβής.

Στη διατριβή αυτή θεωρήθηκε σημαντικό να προστεθεί μόνο μια ερώτηση για τις απόψεις των συμμετεχόντων για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ειδικότερα στην απουσία αντικειμενικών δεικτών ποιότητας στα ΤΑΕΠ όπως θα ήταν το προτιμητέο ως 5βαθμη κλίμακα. Επιπλέον, τα υπόλοιπα εργαλεία περιελάμβαναν στοιχεία που άπτονται της ποιότητας και έτσι έγινε προσπάθεια αποφυγής επανάληψης και επικάλυψης των ερωτήσεων.

Κεφάλαιο 6.ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

6.1.ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Μεταξύ Σεπτεμβρίου και Δεκεμβρίου 2012 πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Lambrou et al. 2014) με στόχο τον εντοπισμό εργασιών που να περιλαμβάνουν συσχέτιση των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον με την επαγγελματική ικανοποίηση. Η έρευνα αυτή επικαιροποιήθηκε στον Ιούνιο του 2013.

Σχετική βιβλιογραφία αναζητήθηκε σε τέσσερις βάσεις δεδομένων για τον εντοπισμό μελετών που να συσχετίζουν το επαγγελματικό περιβάλλον με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Η αναζήτηση περιελάμβανε τις ακόλουθες βάσεις δεδομένων:PubMed, GoogleScholar, Embase και Cinahl. Στόχος ήταν να βρεθούν μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ του έτους 2000 μέχρι και τον Ιούνιο του 2012 (καθώς επικεντρώνονται στις πιο πρόσφατες εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα). Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: επαγγελματικό περιβάλλον, νοσηλευτές, ιατροί και επαγγελματική ικανοποίηση. Οι ιατροί συμπεριλήφθησαν για να αυξηθεί ο αριθμός των μελετών. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης συνδυασμοί των λέξεων-κλειδιών στον τίτλο και την περίληψη. Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση «συσχέτισης του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την επαγγελματική ικανοποίηση» έγινε μόνο σε αγγλόφωνες βάσεις δεδομένων σύμφωνα με τα κριτήρια τα οποία είχε προκαθορίσει η ερευνητική ομάδα και σε σχέση με την υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία (Yonge & Anderson 2005; Bowling 2014). Τα κριτήρια συμπερίληψης των εργασιών στην εργασία

ήταν: 1) μελέτες συσχέτισης 2) να αξιολογούν τις αντιλήψεις σχετικά με το επαγγελματικό περιβάλλον σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση 3) το δείγμα να συμπεριελάμβανε νοσηλευτές, ιατρούς ή και τα δύο 4) να μετριέται η επαγγελματική ικανοποίηση ή και η μη ικανοποίηση 5) τα άρθρα να ήταν γραμμένα στην αγγλική γλώσσα. Οι μελέτες που εξετάζαν συγκεκριμένες διαστάσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος (π.χ. ηγεσία, την πρόθεση φυγής από τη θέση εργασίας) ή άλλων αποτελεσμάτων που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον (π.χ. επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση των ασθενών) αποκλείστηκαν, καθώς δεν πληρούσαν το κριτήριο της συσχέτισης του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την επαγγελματική ικανοποίηση. Κάθε περίληψη εξετάστηκε δύο φορές από δύο μελετητές ανεξάρτητα χρησιμοποιώντας τα κριτήρια συμπερίληψης. Οι σχετικές μελέτες ταξινομήθηκαν ανάλογα με το βαθμό συνάφειας τους με το πεδίο της εργασίας. Η αρχική διαλογή προέβλεπε το σχηματισμό ενός πίνακα με τα ακόλουθα στοιχεία: συγγραφέας, τίτλος, αντικείμενο, ημερομηνία δημοσίευσης, εργαλείο που χρησιμοποιείται, μεθοδολογία και αποτελέσματα. Στη συνέχεια, οι εξεταστές αξιολόγησαν εκ νέου τις μελέτες, όπου για κάθε περίπτωση, η απόφαση συμπερίληψης ή αποκλεισμού μιας μελέτης γινόταν από τον πρώτο εξεταστή και επικυρωνόταν από το δεύτερο. Στην απουσία κατευθυντήριων οδηγιών (όπως το PRISMA, MOOSE, STROBE κτλ) κατάλληλες για περιγραφικές μελέτες σύγκρισης και συσχέτισης, οι επιλογές περιορίζονταν σε κλίμακες (scales) ή checklists αξιολόγησης. Στην τελική απόφαση λήφθηκε υπόψη ότι η ίδια η Cochrane προτείνει να αποφεύγονται τυποποιημένες κλίμακες αξιολόγησης (scales) ενώ δίνεται το ελεύθερο στην ερευνητική ομάδα να επιλέξει τα διάφορα σημεία τα οποία κρίνει σημαντικά αναλόγως της περίπτωσης. Τα κριτήρια ποιότητας (Cumming & MacGregor

2008) που χρησιμοποιήθηκαν με συνολικό άθροισμα το 13 ήταν: σχεδιασμός, αξιοπιστία, εγκυρότητα, θεωρητικό υπόβαθρο, στατιστική ανάλυση, διαχείριση ακραίων τιμών, ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα, προστασία ανωνυμίας, συσχέτιση μεταξύ παραγόντων, εσωτερική συνοχή πέραν του 70%, η εξηρημένη μεταβλητή να μετριόταν με αξιόπιστο εργαλείο, το δείγμα να ήταν αρκετό και από πόσους χώρους προερχόταν.

Η συνολική βαθμολογία της ποιότητας ορίστηκε ως χαμηλή (0-4), μέτρια (5-9) και υψηλής ποιότητας (10-13). Μόνο 2 μελέτες είχαν βαθμολογία 11 και 6 μελέτες βαθμολογία 10, κάτι το οποίο καθιστά συνολικά 8 μελέτες υψηλής ποιότητας. Η αξιολόγηση αυτή διενεργήθηκε με την αξιολόγηση όλων των επιλέξιμων μελετών. Το υπόλοιπο των μελετών ήταν μέτριας ποιότητας, τέσσερις μελέτες είχαν ένα σκορ 9, μια 8 και μία 6. Στο επόμενο στάδιο έγινε σύνθεση των αποτελεσμάτων. Η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιείται για να συνθέσει τα αποτελέσματα από τις μελέτες. Οι δύο συγγραφείς της εργασίας έκαναν μια προκαταρκτική εξέταση για τον εντοπισμό και τη συνόψιση κοινών θεματικών ομάδων μεταξύ των μελετών. Κάθε συγγραφέας εκτελούσε τη σύνθεση ξεχωριστά, αλλά ταυτοχρόνως, αλλά τα θέματα συμφωνήθηκαν μέσω της συζήτησης.

Με τη χρήση των λέξεων-κλειδιών «επαγγελματικό περιβάλλον» και «νοσηλεύτες» και «επαγγελματική ικανοποίηση» βρέθηκαν 534 περιλήψεις. Με τη χρήση των λέξεων-κλειδιών «επαγγελματικό περιβάλλον» και «νοσηλεύτες» και «ιατροί» και «επαγγελματική ικανοποίηση» βρέθηκαν 83 άρθρα και 233 άρθρα με τη χρήση των λέξεων «επαγγελματικό περιβάλλον» και «ιατροί» και «επαγγελματική ικανοποίηση». Τίτλοι και περιλήψεις ελέχθηκαν και 33 μελέτες επιλέγηκαν για τη δεύτερη διαλογή. Μόνο οι 29 κρίθηκαν ότι πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης και από αυτές μετά από

ενδεδεγμένη έλεγχος των κριτηρίων αξιολόγησης επιλέχθηκαν 14 για τελική συμπερίληψη. Οι σχετικές μελέτες δημοσιεύθηκαν μεταξύ του 2002 και του 2012.

Κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των 14 μελετών, όλες βρέθηκαν να είναι με αναδρομικό σχεδιασμό, με 6 να έχουν τυχαία δειγματοληψία ή δείγμα ευκολίας. Τρεις από αυτές δεν δικαιολογούσαν το μέγεθος του δείγματος και μόνο σε δύο το δείγμα προερχόταν από περισσότερα από ένα σημεία. Σχεδόν σε όλες τις μελέτες η ανωνυμία προστατευόταν. Μόνο σε 4 από τις μελέτες τα ποσοστά ανταπόκρισης ήταν κάτω από το 60%. Όλες και οι 14 μελέτες χρησιμοποίησαν ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης των μεταβλητών, αλλά η εσωτερική συνοχή μετρήθηκε μόνο σε 5 από αυτές. Μια μεγάλη αδυναμία των μελετών ήταν η απουσία ενός θεωρητικού μοντέλου/ πλαισίου, εκτός από μία ερευνητική μελέτη. Σε όλες τις μελέτες υπήρχαν συσχετίσεις μεταξύ πολλαπλών παραγόντων, όπως το επαγγελματικό περιβάλλον με νοσηλευτικά αποτελέσματα ή την ποιότητα της φροντίδας και άλλοι. Μια άλλη αδυναμία ήταν η παράλειψη της διαχείρισης των ακραίων τιμών, εκτός για μία μελέτη. Στις περισσότερες από τις μελέτες (10) δεν υπάρχει καμία αναφορά σε οποιαδήποτε αξιολόγηση εγκυρότητας.

Επτά μελέτες διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και τον Καναδά, και μόνο δύο στην Ευρώπη. Οι άλλες πέντε έλαβαν χώρα στην Κίνα, την Ιαπωνία, την Ταϊλάνδη και τη Νότια Αφρική. Μόνο σε δύο μελέτες ήταν το δείγμα από ένα νοσοκομείο, ενώ στις υπόλοιπες ήταν από πολλά σημεία. Τα νοσοκομεία που μελετήθηκαν ήταν ως επί το πλείστον δημόσια και οινονοσοκομειακοί θάλαμοι όπου έγιναν οι έρευνες περιελάμβαναν μονάδες εντατικής φροντίδας, ογκολογικές πτέρυγες, γηροκομεία, παθολογικές και χειρουργικές πτέρυγες.

Τα εργαλεία NWI και PES-NWI ήταν αυτά που είχαν χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες μελέτες. Οι αντιλήψεις για το επαγγελματικό περιβάλλον και την επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών και νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας μελετήθηκαν από τον Freeborn (Freeborn et al. 2002) στις ΗΠΑ. Έγιναν μελέτες στον Καναδά (BakkerD. 2010;BakkerD. 2012) που απευθύνονταν σε νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων. Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία το 2005 (Bégat et al. 2005) αξιολόγησε το επαγγελματικό περιβάλλον σε συνάρτηση με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ηθική ευαισθησία και την ευημερία.Οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε παθολογικούς, χειρουργικούς και γηριατρικούς θαλάμους Η μελέτη της Aiken (L. H. Aiken et al. 2008) συμπεριελάμβανε το μεγαλύτερο δείγμα από τις μελέτες που απομονώθηκαν και ήταν πέραν των 10.000 νοσηλευτών σε 168 νοσηλευτήρια. Οι Heikkinen και συνεργάτες το 2008 μελέτησαν το επαγγελματικό περιβάλλον των νοσηλευτών σε σχέση με τα νοσηλευτικά αποτελέσματα στη Φινλανδία (Tervo-Heikkinen et al. 2008). Η έρευνα περιελάμβανε 664 νοσηλευτές σε 34 νοσοκομεία και 4045 ασθενείς, ταυτόχρονα. Το 2008, οι Kanai-Pak και συνεργάτες (Kanai-Pak & Aiken 2008) περιέγραψαν την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, την επαγγελματική μη ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας σε σχέση με το επαγγελματικό περιβάλλον σε δείγμα 5986 νοσηλευτών σε 302 μονάδες 19 νοσοκομείων στην Ιαπωνία. Οι Van Bogaert και συνεργάτες (Van Bogaert et al. 2010) διερεύνησαν τις επιπτώσεις των παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος και την επαγγελματική εξουθένωση στο επίπεδο της νοσηλευτικής μονάδας σε σχέση με τα σχετικά με το επάγγελμα αποτελέσματα και την ποιότητα της φροντίδας σε 4 βελγικά νοσοκομεία σε 42 μονάδες με ένα δείγμα 546 νοσηλευτές. Σε μελέτη των Rochefort και

συν. στον Καναδά (Rochefort & Clarke 2010) μελετήθηκε η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σε εντατικές μονάδες νεογνών σε σχέση με τον κατακερματισμό της φροντίδας, τα επαγγελματικά αποτελέσματα και την ποιότητα της φροντίδας. Οι Nantsupawat και συν. (Nantsupawat et al. 2011) αναφέρονται στις επιπτώσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της στελέχωσης στα νοσηλευτικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής ικανοποίησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της φροντίδας. Το δείγμα περιελάμβανε 5247 νοσηλευτές προερχόμενους από 39 συνολικά νοσοκομεία στην Ταϊλάνδη. Οι KeLiu και συν. (Liu et al. 2012) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ επαγγελματικού περιβάλλοντος επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και πρόθεσης για φυγή μεταξύ 1104 νοσηλευτών από 89 νοσηλευτικά τμήματα σε 21 νοσοκομεία στην Κίνα. Οι Klopper και συν. (Klopper et al. 2012) περιέλαβαν στη μελέτη τους ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στη Νότια Αφρική σε ένα δείγμα 935 νοσηλευτών. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει τη συσχέτιση του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας. Οι McGlynn και συν. (McGlynn et al. 2012) μελέτησαν στις Η.Π.Α. την επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με την ικανοποίηση από την εφαρμογή του μοντέλου επαγγελματικής πρακτικής. Το δείγμα προήλθε από ένα μόνο νοσοκομείο, από διαφορετικούς θαλάμους, με ποσοστό ανταπόκρισης 55%.

Για να διευκολυνθεί η ανάλυση στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ορίστηκαν τρεις βασικές ενότητες-συσχετίσεις ως ακολούθως: «Επαγγελματικό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση/μη ικανοποίηση», «επαγγελματικό περιβάλλον και

ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας» και «επάρκεια πόρων και επαγγελματική ικανοποίηση».

α) «Επαγγελματικό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση/μη ικανοποίηση»

Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν το επαγγελματικό τους περιβάλλον ως στρεσογόνο, κάτι που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική τους ικανοποίηση (Bégar et al. 2005). Σε πέντε (Kanai-Pak et al. 2008;Tervo-Heikkinen et al. 2008;Choi et al. 2011;Klopper et al. 2012;Liu et al. 2012) από τις αναλυθείσες μελέτες, μεγαλύτερα ποσοστά των νοσηλευτών σε «ασθενές» επαγγελματικό περιβάλλον δήλωναν μη ικανοποιημένοι και εξουθενωμένοι από την εργασία τους. Παρ'όλα αυτά, σε μια μελέτη εκπληκτικό ήταν το εύρημα ότι υπήρχε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης με το επαγγελματικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, στα τμήματα που είχε εφαρμοστεί το μοντέλο επαγγελματικής πρακτικής (αφορά μια στρατηγική που βοηθά τα νοσοκομεία να κρατήσουν τους νοσηλευτές στις θέσεις τους και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας), η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών ήταν χαμηλότερη. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η μελέτη διεξήχθη σε ένα μόνο νοσοκομείο και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν μόνο 55%.

β) «Επαγγελματικό περιβάλλον και ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας»

Το ποσοστό των νοσηλευτών που ανέφεραν ότι η ποιότητα της φροντίδας ήταν κακή ή μέτρια (όχι καλή ή εξαιρετική) ήταν διπλάσιο σε νοσοκομεία με κακό επαγγελματικό περιβάλλον παρά σε νοσοκομεία όπου οι νοσηλευτές αξιολογούσαν το επαγγελματικό περιβάλλον ως καλό (L. H. Aiken et al. 2008;Rochefort&Clarke 2010). Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παρουσίασε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με το

επαγγελματικό περιβάλλον και τα επίπεδα στελέχωσης. Νοσηλευτές σε νοσοκομεία με ευνοϊκό επαγγελματικό περιβάλλον είχαν περίπου 30% λιγότερες πιθανότητες από ότι οι νοσηλευτές σε νοσοκομεία με κακό επαγγελματικό περιβάλλον να αναφέρουν ότι η ποιότητα της φροντίδας ήταν κακή σε αντίθεση με την καλή (Nantsupawat et al. 2011). Σε μία μελέτη (Liu et al. 2012), οι συμβασιούχοι νοσηλευτές και αυτοί που είχαν ηλικία μικρότερη από 30 χρόνια ήταν πιο πιθανό να αφήσουν τη δουλειά τους από ό, τι οι μόνιμοι νοσηλευτές και αυτοί άνω των 30 ετών, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης δεν ήταν προγνωστικός παράγοντας για την επαγγελματική ικανοποίηση (Choi et al. 2011).

γ) «Επάρκεια πόρων και επαγγελματική ικανοποίηση»

Το επαγγελματικό περιβάλλον και το επίπεδο νοσηλευτικής στελέχωσης βρέθηκαν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική δυσαρέσκεια. Η διατήρηση των νοσηλευτών στις θέσεις τους και τα αποτελέσματα για τον ασθενή βελτιώνονται όταν οι νοσηλευτικοί ηγέτες φροντίζουν για επαρκή νοσηλευτική στελέχωση (L. H. Aiken et al. 2008). Η επάρκεια των πόρων σχετίζεται αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση (Rochefort & Clarke 2010). Κάθε αύξηση της τάξης του 10% σε άπειρους νοσηλευτές και κάθε μονάδα μείωσης της επάρκειας της στελέχωσης αυξάνει τις πιθανότητες οι νοσηλευτές να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική δυσαρέσκεια και ανεπαρκή ποιότητα (Kanai-Pak et al. 2008). Σε έρευνα στον Καναδά (Debra Bakker, Michael Conlon, Margaret Fitch, Esther Green, Lorna Butler 2010), το 39% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν υπήρχαν αρκετοί νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και η ανεπαρκής νοσηλευτική στελέχωση αναγνωρίστηκε ως προγνωστικός δείκτης της επαγγελματικής

δυσαρέσκειας. Η επάρκεια των πόρων σχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση (Freeborn et al. 2002;Choi et al. 2011).

Η συστηματική αυτή ανασκόπηση αποδεικνύει ότι οι θετικές απόψεις των νοσηλευτών για το επαγγελματικό τους περιβάλλον σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Η καθιέρωση θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος έχει θετικό αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας (Wiskow et al. 2010;Bégat et al. 2005;L. Aiken et al. 2008;Choi et al. 2011;Siedlecki & Hixson 2011;Roche et al. 2011).

Μετά τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν και άλλες μελέτες που δεικνύουν τις θετικές συσχετίσεις μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών (Arford & Zone-Smith 2005;McGILLIS & Doran 2007). Όπως τονίστηκε και στο κεφάλαιο 4.4., η συσχέτιση αυτή αποτελεί θεμελιακή αρχή του μοντέλου «Magnet» (Aiken & Patrician 2000;Linda H Aiken 2008).

Εξάλλου, ικανοποιημένοι επαγγελματίες υγείας έχουν ως αποτέλεσμα και ικανοποιημένους ασθενείς (Haas & Cook 2000;Scheurer & McKean 2009).

Επιπλέον, βρέθηκαν μελέτες σχετικές με την επαγγελματική ικανοποίηση ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία της Κύπρου και της Ελλάδας. Σε έρευνα σε δύο Ελληνικά νοσοκομεία το 2012 (Πέλεχας & Αντωνιάδης 2013) η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση ήταν χαμηλή τόσο μεταξύ των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε τέσσερα νοσοκομεία στην Κύπρο αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Μακρής et al. 2011) η ικανοποίηση αντλείται για τους ιατρούς κυρίως από το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας και από τη σχέση τους με τους ασθενείς, ενώ για τους νοσηλευτές καθοριστικός αναδείχτηκε και ο παράγοντας των αποδοχών. Σημαντικός

παράγοντας επαγγελματικής ικανοποίησης για όλους τους επαγγελματίες υγείας ήταν η αναγνώριση της προσφοράς τους. Σε συγκεκριμένες παραμέτρους οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν *λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι*. Οι παράμετροι αυτοί ήταν κατά σειρά: (α) η παροχή κινήτρων και γενικά συνθηκών υποκίνησης (β) η εξασφάλιση αντικειμενικότητας στις προαγωγές (γ) η αναγνώριση και η πρόωθηση της προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης (δ) ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένο το νοσοκομείο και η (ε) η αναγνώριση και η επιβράβευση των θετικών προσπαθειών.

Σε έρευνα στο νοσοκομείο Πάφου, η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας βρίσκεται σε αρκετά καλά επίπεδα με μέση τιμή 2,60 σε κλίμακα 1-5 (Χαραλάμπους 2012). Σε έρευνα μεταξύ των φαρμακοποιών του δημοσίου τομέα της Κύπρου, διαφάνηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες συναδέλφους τους (Παπανικολάου 2013). Έρευνα μεταξύ 123 ιατρών-διευθυντών κλινικών τμημάτων 15 Ελληνικών νοσοκομείων κατέδειξε ότι υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της εσωτερικής ποιότητας (Παντουβάκης & Μπογιατζίδης 2012).

Ένας άλλος παράγοντας που συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση είναι και η επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με τον ορισμό της Maslach (Maslach 2001) «επαγγελματική εξουθένωση» είναι η «απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται αρνητικά και με την αποδοτικότητα του εργαζομένου (Schaufeli & Maslach 1993). Ως πηγές επαγγελματικής

εξουθένωσης αναφέρονται η ηγεσία (υποστήριξη, γνώση, εμπειρία, καθοδήγηση ομάδας, αυτονομία), οι συνάδελφοι, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η σύγκρουση και ασάφεια ρόλων (Glasberg 2007). Όσον αφορά το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης στην Κύπρο, έρευνες έχουν δείξει πως η επαγγελματική εξουθένωση, η χαμηλή ικανοποίηση από τη διοίκηση και το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης (Ζήνωνος 2011; Κωνσταντίνου 2012) είναι σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της χαμηλής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση σε ιατρούς και νοσηλευτές τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών σε Ισπανικά νοσοκομεία σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα στήριξης από τους προϊστάμενους και χαμηλό έλεγχο στην εργασία (Escribà-Agüir 2006).

Επιπρόσθετα, η αυτονομία στο επάγγελμα και οι διεπαγγελματικές σχέσεις αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για επαγγελματική ικανοποίηση τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών (Lu et al. 2007; Scheurer & McKean 2009).

Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη διασύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα του επαγγελματικού περιβάλλοντος άσκησης της νοσηλευτικής και την ικανοποίηση από την εργασία, την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Κακό επαγγελματικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη (Szecsenyi et al. 2011), άγχος και επαγγελματική εξουθένωση, απουσίες από την εργασία που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την ποιότητα της περίθαλψης (Nantsupawat et al. 2011).

Σε μελέτη του Freeborn (Freeborn et al. 2002) σε ιατρούς και νοσηλευτές διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι σε γενικές γραμμές τόσο με το επαγγελματικό τους περιβάλλον όσο και με την εργασία τους. Σε άλλη μελέτη του ίδιου

ερευνητή, όπου μελετήθηκαν μόνο οι απόψεις των ιατρών φάνηκε ότι καθοριστικός παράγοντας του επαγγελματικού περιβάλλοντος για την ικανοποίηση των ιατρών ήταν ο «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» (Freeborn 2001). Ανασκόπηση που έγινε με σκοπό τη διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών κατέδειξε ότι η αυτονομία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίηση των ιατρών (Williams & Skinner 2003). Σε έρευνα σε 9 χώρες (L. H. Aiken et al. 2011) που έγινε μεταξύ των ετών 1999 και 2009 με συμμετοχή 98.9116 νοσηλευτών, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι καλύτερο επαγγελματικό περιβάλλον συνδέεται με υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση.

Από το 1980, το περιβάλλον άσκησης του επαγγέλματος στους οργανισμούς παροχής υγείας έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της αναδιοργάνωσης, του επανασχεδιασμού και της ανασυγκρότησης. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οριστεί ως οτιδήποτε έξω από τα σύνορα ενός οργανισμού και μπορεί να διακριθεί σε γενικό και ειδικό περιβάλλον, το ειδικό αποτελώντας μέρος του γενικού και περιλαμβάνει τις συνθήκες εκείνες που επηρεάζουν άμεσα την επίτευξη των σκοπών του οργανισμού (Robbins & Judge 2012; Μερκούρης 2008α). Άνκαι οι όροι «επαγγελματικό περιβάλλον» και «εργασιακό περιβάλλον» χρησιμοποιούνται πολλάκις ως συνώνυμες, εντούτοις αποτελούν εννοιολογικά δύο διαφορετικές οντότητες. Το πολυσύνθετο κοινωνικό περιβάλλον όπου οι νοσηλευτές ασκούν το επάγγελμά τους και όπου υπάρχει μια συνεχής ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν αποφάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο και μαζί με τους ασθενείς, καλείται επαγγελματικό περιβάλλον άσκησης της εργασίας (Wiskow et al. 2010). Το εργασιακό περιβάλλον παροχής φροντίδας αναφέρεται ειδικότερα στα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του

περιβάλλοντος εργασίας που είτε υποβοηθούν είτε παρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation 2008). Επιπλέον, υπάρχουν δύο παρόμοιοι γενικοί ορισμοί «εργασιακό περιβάλλον» και «συνθήκες εργασίας» αλλά δεν υπάρχει συμφωνία όσον αφορά την ακριβή σημασία των δύο όρων. Παρόλα αυτά, το εργασιακό περιβάλλον σε γενικές γραμμές μπορεί να περιγραφεί σαν ο χώρος, οι συνθήκες και οι πέραξ επιδράσεις όπου οι άνθρωποι ασκούν μια δραστηριότητα. Στην περίπτωση της φροντίδας υγείας αναφέρεται σε μια ομάδα σταθερών χαρακτηριστικών ενός οργανισμού σχετικών με δομές και διαδικασίες στον οργανισμό αυτό που είτε υποβοηθούν είτε παρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (Lake 2002; Rochefort & Clarke 2010; Klopper et al. 2012; McGlynn et al. 2012).

Από τις μελέτες που ανακτήθηκαν σχετικά με το επαγγελματικό περιβάλλον ελάχιστες αφορούσαν αποκλειστικά το επαγγελματικό περιβάλλον ως τέτοιο από μόνο του. Οι περισσότερες συνέδεαν το επαγγελματικό περιβάλλον ή συστατικά του στοιχεία, όπως ηγεσία και αυτονομία, ομαδική εργασία, έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος με την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα (σαν αντίληψη των συμμετεχόντων ή σε μέτρηση της θνησιμότητας ή σαν ικανοποίηση των ασθενών), με την επαγγελματική ικανοποίηση και τις αντιλήψεις για την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας. Οι μελέτες αυτές αποτελούν κυρίως ποσοτικές μελέτες. Περιγράφουν είτε τη σπουδαιότητα ενός ιδανικού μοντέλου επαγγελματικού περιβάλλοντος είτε και επιχειρούν την αξιολόγηση του από τους επαγγελματίες στις μονάδες υγείας. Οι περισσότερες μελέτες έχουν ασχοληθεί με

το επαγγελματικό περιβάλλον μέσα στα πλαίσια ευρύτερων θεμάτων όπως την επαγγελματική εξουθένωση, την τάση φυγής, την έλλειψη προσωπικού.

Τα εργαλεία τα οποία είχαν χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες μελέτες ήταν η κλίμακα PES-NWI (The “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index” (Lake 2002), κλίμακα RPPE και η κλίμακα NWI (“The Nursing Work Index-Revised”) (Aiken & Patrician 2000).

Ως σημαντικές παράμετροι ενός επιτυχημένου επαγγελματικού περιβάλλοντος αναφέρονται μεταξύ άλλων η παραχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού. Μη ικανοποιητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα συσχετίζονται με εργασιακή μη ικανοποίηση (McGlynn et al. 2012). Άλλες μελέτες συνδέουν θετικά την Ηγεσία και Αυτονομία με την Επαγγελματική Ικανοποίηση και την Ασφάλεια των ασθενών (Boen 2012; Jones et al. 2013) και άλλες την Ομαδική Εργασία με την Ασφάλεια των Ασθενών (Manser 2009; Hinno et al. 2009; Ajeigbe & McNeese-Smith 2013).

Σε πρόσφατη εργασία που έγινε σε επτά χώρες (Φινλανδία, Κύπρο, Ελλάδα, Πορτογαλία, Σουηδία, Τουρκία και Η.Π.Α.-Κάνσας) με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας RPPE σε συνολικό δείγμα 1.156 νοσηλευτών οι Κύπριοι νοσηλευτές δήλωσαν τη χαμηλότερη τιμή για όλα σχεδόν τα χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος που εξετάστηκαν, και οι νοσηλευτές στις Η.Π.Α. την ψηλότερη. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων από τη μισή από τις βόρειες χώρες της Ε.Ε., και τις Η.Π.Α. και από την άλλη των Μεσογειακών χωρών της Ε.Ε. (Papastavrou & Efstathiou 2012b) στο χαρακτηριστικό «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος».

Σε μελέτη που έγινε στην Ισπανία (Fuentelsaz-Gallego 2013) με τη χρήση του εργαλείου PES-NWI σε δείγμα 742 νοσηλευτών, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή το πεδίο του επαγγελματικού περιβάλλοντος «συμμετοχή των νοσηλευτών στα θέματα του νοσοκομείου» με υψηλότερη τιμή, ακολούθως την «νοσηλευτική ηγεσία», μετά τις «διεπαγγελματικές σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών», ακολουθούμενη από την «επάρκεια ανθρωπίνων πόρων» και τελευταία την «ποιότητα των υπηρεσιών».

Σε έρευνα στην Κύπρο, μεταξύ των ετών 2010 και 2011, σε δείγμα 433 νοσηλευτών (Papastavrou et al. 2013) με τη χρήση του εργαλείου RPPE παρατηρήθηκε ότι η υψηλότερη τιμή δόθηκε στην «εσωτερική παρακίνηση» και η χαμηλότερη στον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος». Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής κατέδειξε ότι αύξηση στη βαθμολόγηση των παραγόντων «ομαδική εργασία», «ηγεσία και αυτονομία» και «επικοινωνία για τους ασθενείς» οδηγεί σε ελάττωση του κατακερματισμού της παρεχόμενης φροντίδας (rationing). Η συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και παραλείψεων από μέρους των νοσηλευτών στη νοσηλευτική φροντίδα έχει στοιχειοθετηθεί (Schubert et al. 2012; Ausserhofer & Zander 2014). Η «εσωτερική παρακίνηση» αξιολογήθηκε με την υψηλότερη βαθμολογία και σε έρευνα σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κύπρο (Farmakas et al. 2014) με την «ομαδική εργασία» να καταλαμβάνει τη χαμηλότερη αξιολόγηση.

Σε μελέτη που έγινε το 2011 σε εννέα χώρες-Η.Π.Α., Κίνα, Ν.Κορέα, Θαϊλάνδη, Ιαπωνία, Νέα Ζηλανδία, Η.Β., Καναδά και Γερμανία διαπιστώθηκε ότι σε νοσοκομεία με καλύτερα επαγγελματικά περιβάλλοντα, οι νοσηλευτές παρουσίαζαν χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό μεταξύ 25 και 33% ότι το επαγγελματικό τους

περιβάλλον δεν ήταν καλό. Ο Freeborn (Freeborn et al. 2002) μελέτησε τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με το περιβάλλον άσκησης της εργασίας τους. Συγκεκριμένα, μελέτησε τις ακόλουθες διαστάσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος: αυτονομία, φόρτο εργασίας (αριθμός ασθενών), σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας υγείας, σχέσεις επαγγελματιών υγείας με ασθενείς, στρες, επιλογή του συγκεκριμένου οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, επαγγελματική ικανοποίηση (αντιμισθία, διάφορα ωφελήματα, δυνατότητα παροχής συνέχειας της φροντίδας στους ασθενείς). Στην έρευνα αυτή, οι ιατροί δήλωσαν ικανοποιημένοι με την επαγγελματική αυτονομία τους και τη μισθοδοσία τους, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές. Κοινός τομέας δυσαρέσκειας ήταν ο φόρτος εργασίας.

Πίνακας 10 : Συνοπτική ποιοτική αξιολόγηση των ποσοτικών ερευνών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης

| Κριτήρια | ΝΑΙ | ΟΧΙ/ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ ΑΝΑΦΟΡΑ |
|---|--------------------------|-------------------------|
| Σχεδιασμός Προοπτική/Αναδρομική μελέτη Δείγμα πιθανοτήτων | 14 6 | 0 8 |
| Δείγμα Κατάλληλο/δικαιολογημένο δείγμα Δείγμα που πάρθηκε από πέραν του ενός χώρου Προστασία Ανωνυμίας Ποσοστό ανταπόκρισης >60% | 11 12 13 10 | 3 2 1 5 |
| Μετρήσεις Μέτρηση κύριων μεταβλητών με αξιόπιστο εργαλείο Μέτρηση κύριων μεταβλητών με έγκυρο εργαλείο Η εξηγημένη μεταβλητή μετρείται με αξιόπιστο εργαλείο Εσωτερική συνοχή εργαλείου μέτρησης >70% Θεωρητικό υπόβαθρο | 14 13 14 4 1 | 0 1 0 10 13 |
| Στατιστική ανάλυση Εξετάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων παραγόντων Διαχείριση ακραίων τιμών | 14 1 | 0 13 |

Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά των ποσοτικών μελετών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης

| Συγγραφέας | Σκοπός | Σχεδιασμός | Δείγμα | Υπόθεση | Εργαλεία | Κλίμακα μέτρησης | Αξιολόγηση | Εγκυρότητα |
|-----------------|--|----------------------------------|---|---|--|--|---------------------------------|---|
| Freeborn (2002) | Σύγκριση των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον και την επαγγελματική ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας | Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο | 489 ιατροί και 264 επαγγελματίες υγείας | Υψηλά επίπεδα επαγγελματικής μη ικανοποίησης επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας και την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα | Δομημένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε από το Κέντρο Έρευνας για την Υγεία | Κάθε ερώτηση περιελάμβανε επιλογή 2-6 κατηγοριών απαντήσεων | Δεν αναφέρθηκε | Δεν αναφέρθηκε |
| Bakker(2004) | Διερεύνηση του επαγγελματικού περιβαλλοντός σε ογκολογικό τμήματα | Προοπτική/ περιγραφική έρευνα | 2002 Νοσηλεύτες | Υγιή επαγγελματικά περιβάλλοντα συσχετίζονται θετικά με ασφαλή φροντίδα. Ποιοτικοί χώροι εργασίας συνδέονται με αυξημένη προσέλευση και διατήρηση νοσηλευτών, αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση, λιγότερο στρες και χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και αυξημένη ικανοποίηση ασθενών | 1)NWI-R(βραχύτερη έκδοση) 2)Επαγγελματική ικανοποίηση 3)Αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας 4)Πρόθεση φυγής από την εργασία | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις και επανακωδικοποίηση με διχοτόμηση απαντήσεων σε συμφωνώ και διαφωνώ 2) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 3)+4) Likert κλίμακα με 3 διαβαθμίσεις | Δεν αναφέρθηκε | Εγκυρότητα άμεως |
| Begatt(2005) | Διερεύνηση ικανοποίησης νοσηλευτών σε σχέση με το ψυχοκοινωνικό τους επαγγελματικό | Περιγραφική και συσχετιστική | 71 Νοσηλεύτες από 2 νοσοκομεία | Η άσκηση της νοσηλευτικής είναι στρεσογόνα και η επαγγελματική εξουθένωση είναι υψηλή | 1)Work Environment Questionnaire(W EQ) 2) Moral Sensitivity Questionnaire(M | 1)WEQ- Likert κλίμακα με 6 διαβαθμίσεις 2)MSQ- Likert κλίμακα με 7 διαβαθμίσεις | 1)α= .91 2)α= .73 | WEQ και MSQ εγκυρότητα άμεως και δομής- Παραγοντική |
| Bakker(2006) | Διερεύνηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος σε ογκολογικά τμήματα | Προοπτική και συσχετιστική | 525 Νοσηλεύτες | Υγιή επαγγελματικά περιβάλλοντα συσχετίζονται θετικά με ασφαλή φροντίδα. Ποιοτικοί | 1)NWI-R(βραχύτερη έκδοση) 2)Επαγγελματική ικανοποίηση κή 3)Αντιλήψεις | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις και επανακωδικοποίηση με διχοτόμηση απαντήσεων | Δεν αναφέρθηκε | Εγκυρότητα άμεως |
| Aiken(2008) | Ανάλυση των επιπτώσεων του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα | Περιγραφική και συσχετιστική | 10184 νοσηλεύτες | Καλύτερη στελέχωση συνδέεται με καλύτερα νοσηλευτικά αποτελέσματα | 1)PES-NWI 2)MBI 3)Αριθμός θανάτων ασθενών μέσα σε 30 μέρες εισαγωγής και | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 1)α= .74, .82, .80 2) α= .92 | Καλές ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας PES-NWI |
| Heikkinen(2008) | Αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των | Συγχρονική έρευνα | 664 νοσηλεύτες σε 34 νοσοκομεία | Υπάρχει διασύνδεση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και των αποτελεσμάτων | 1)RN-WCBI από NWI-R για νοσηλεύτες 2)Αναθεωρημένη Κλίμακα Humane Caring | 1)Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 1) α= .737-.838 | Διερευνητική παραγοντική ανάλυση |

| | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|---|--|---|--|
| Kanai-Pak(2008) | Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, επαγγελματική μη | Συγχρονική έρευνα/λογιστική παλινδρόμηση | 5956 νοσηλεύτες σε 302 μονάδες | Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και η επαγγελματική | 1) Το ερωτηματολόγιο προέρχεται από το εργαλείο IHOS 2) MBI | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 2) Κλίμακα 0-6 | Δεν αναφέρθηκε | Δεν αναφέρθηκε |
| Van Bogaert(2009) | Διερεύνηση των επιπτώσεων παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής | Ανάλυση παλινδρόμησης | 546 νοσηλεύτες σε 42 μονάδες Βελγικών | Μελέτες τονίζουν τα πιθανά οφέλη ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος | 1) NWI-R 2) Μεταβλητές σχετικές με το επαγγελματικό | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 2) Εργαλείο | Δεν αναφέρθηκε | Δεν αναφέρθηκε |
| Rocheftort(2010) | Μελέτη της σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών του επαγγελματικού περιβάλλοντος και αντιλήψεων | Συγχρονική/συγχρονική έρευνα | 553 νοσηλεύτες σε μονάδες νεογνών στο | Η προσέκλυση και διατήρηση νοσηλευτών στη θέση τους και η ποιότητα της φροντίδας μπορούν να επηρεαστούν | 1) NWI-R 2) NEWRI 3) MBI 4) Εργαλείο Επαγγελματικής Ικανότητας | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 2) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 1) α= .84, .91, .90 2) α= .93, .93, .83, .81 | Εγκυρότητα δομής |
| Choi(2011) | Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών του επαγγελματικού περιβάλλοντος | Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων από έρευνα | 863 νοσηλεύτες σε 282 ιδρύματα | Ένα υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον σχετίζεται με υψηλότερη επαγγελματική ικανότητα | 1) Εργαλείο επαγγελματικής ικανότητας 2) PES-NWI | 1) 2) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 1) α= 0.83 2) α= 0.95 | 2) Εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται σε άλλες μελέτες |
| Nantsupawat (2011) | Διερεύνηση των επιπτώσεων του επαγγελματικού περιβάλλοντος | Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων έρευνας του | 5247 νοσηλεύτες σε 39 δημόσια | Νοσηλεύτες σε υποστηρικτικά επαγγελματικά περιβάλλοντα και με επαρκή στελέχωση είναι περισσότερα | 1) Ερωτηματολόγιο από το εργαλείο IHOS 2) PES-NWI 3) Νοσηλευτική στελέχωση | 2) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 4) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 2) α= .87, .90, .87, .91, .85 5) α= .87 | Εγκυρότητα όψης της Θαύλανδζικής εκδόσης του |
| Ke Liu(2012) | Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος, της | Συγχρονική/λογιστική παλινδρόμηση | 1104 νοσηλεύτες σε 89 | Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής εξουθένωσης | 1) Η κλίμακα China Hospital Nurse που περιλαμβάνει την κλίμακα PES-NWI και MBI | 1) 4 Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 2) 4 κατηγορίες κλίμακα με 7 διαβαθμίσεις | 1) α= .93 | Δεν αναφέρθηκε |
| Klopper(2012) | Περιγραφή του επαγγελματικού περιβάλλοντος, της επαγγελματικής | Συγχρονική μελέτη | 935 νοσηλεύτες στη Ν.Αφρική | Το επαγγελματικό περιβάλλον, η επαγγελματική ικανότητα και η επαγγελματική εξουθένωση | 1) PES-NWI 2) Εργαλείο επαγγελματικής ικανότητας 3) Πρόθεση φυγής | 1) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις 4) Likert κλίμακα με 7 διαβαθμίσεις | 1) α> .75 | Παραγοντική ανάλυση |
| McGlynn(2012) | Μέτρηση της επαγγελματικής ικανότητας και περιγραφή των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον των | Συγχρονική/περιγραφική | 101 νοσηλεύτες σε 4 νοσηλευτικές μονάδες | Θεωρία παρακίνησης του Herzberg | 1) Εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανότητας (Index of Work Satisfaction) 2) PES-NWI | 1) Likert κλίμακα με 7 διαβαθμίσεις 2) Likert κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις | 1) α= .77 2) α= .85 | Η εγκυρότητα των εργαλείων δοκιμάστηκε στα νοσοκομεία Magnet |

Πίνακας 12: Θέματα και ευρήματα των μελετών της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης

| Θέματα | Επιμέτρησι | Βιβλιογραφική |
|--|---|---|
| 1. Επαγγελματικό/εργασιακό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση/μη ικανοποίηση | <p>Οι νοσηλεύτες εκλαμβάνουν το επαγγελματικό τους περιβάλλον ως στρεσογόνο, κάτι το οποίο έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική τους ικανοποίηση</p> <p>Υψηλότερα ποσοστά νοσηλείων σε νοσοκομεία με μη ικανοποιητικό περιβάλλον αναφέρουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής μη ικανοποίησης</p> <p>Η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το επαγγελματικό περιβάλλον. Όταν τα χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος αξιολογούνται θετικότερα, το εργασιακό στρες ελαττώνεται και η επαγγελματική ικανοποίηση</p> <p>Καλύτερο επαγγελματικό περιβάλλον συνδέεται με καλύτερα νοσηλευτικά αποτελέσματα</p> <p>Θετικότερη αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος από τους νοσηλευτές σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση, πρόθεση παραμονής στη θέση τους και θετικότερες αντιλήψεις για την ποιότητα κλίμακα της επαγγελματικής ικανοποίησης.</p> <p>Κάθε μια μονάδα αύξησης στην αξιολόγηση της κλίμακας για το επαγγελματικό περιβάλλον οδηγούσε σε αύξηση κατά 0,586 μονάδες την κλίμακα της επαγγελματικής ικανοποίησης.</p> <p>Οι πιθανότητες να αναφερθεί υψηλός βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής μη ικανοποίησης ήταν μικρότερες στις νοσοκομεία που είχαν καλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση.</p> <p>Υπάρχει μια ασθενής ως δυνατή συσχέτιση μεταξύ όλων των υποκατηγοριών του επαγγελματικού περιβάλλοντος, της επαγγελματικής ικανοποίησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. $r=0.49, P<0.0001$</p> <p>Εκπληκτικώς, αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. $r=0.49, P<0.0001$</p> <p>Το ποσοστό των νοσηλευτών που ανέφεραν ότι η ποιότητα ήταν κακή ή μέτρια σε κακό επαγγελματικό περιβάλλον ήταν διπλάσιο από αυτό των νοσηλευτών σε καλό επαγγελματικό περιβάλλον</p> <p>Καλύτερο επαγγελματικό περιβάλλον σχετίζονται με καλύτερα νοσηλευτικά αποτελέσματα και θετικότερες αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας</p> <p>Η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών</p> <p>Το επαγγελματικό περιβάλλον σχετίζεται με επαγγελματική μη ικανοποίηση, επαγγελματική εξουθένωση και πρόθεση φυγής. Οι μόνιμοι νοσηλεύτες δήλωσαν σοβαρότερο επαγγελματικό εξουθένωση και επαγγελματική μη ικανοποίηση</p> <p>Οι συμβασιούχοι νοσηλεύτες και αυτοί με ηλικία κάτω των 30 ετών δήλωσαν μεγαλύτερη πρόθεση να αφήσουν τη θέση τους σε σχέση με τους μόνιμους νοσηλευτές και αυτούς πάνω από 30 ετών</p> <p>Οι αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με το επαγγελματικό περιβάλλον και τα επίπεδα στελέχωσης. Νοσηλεύτες σε θετικό επαγγελματικό περιβάλλον είχαν πιθανότητα να δηλώσουν κατά 30% λιγότερο ότι η φροντίδα</p> <p>Κοντές παράμετροι επαγγελματικής μη ικανοποίησης περιελάμβαναν φόρτο εργασίας (μεγάλος αριθμός ασθενών) και χρονική διαθεσιμότητα για τον ασθενή</p> <p>Οι νοσηλεύτες με μεγαλύτερο φόρτο ογκολογικών ασθενών (>80%) δήλωσαν ικανοποιημένοι ότι ήταν νοσηλευτές</p> <p>39% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν υπήρχαν αρκετοί εγγεγραμμένοι νοσηλεύτες για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και το ανεπαρκές επίπεδο στελέχωσης ήταν καθοριστικός παράγοντας επαγγελματικής μη ικανοποίησης</p> <p>Οι νοσηλεύτες που εξέφρασαν πρόθεση να φύγουν από τη θέση τους δήλωσαν κατά περίεργο τρόπο ότι ήταν ικανοποιημένοι σαν νοσηλεύτες</p> <p>Το επαγγελματικό περιβάλλον και το επίπεδο στελέχωσης παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική μη ικανοποίηση</p> <p>Μια αύξηση του 10% σε μη έμπειρους νοσηλευτές και μια μονάδα μείωσης στο λόγο επάρκειας προσωπικού/τόρων με τις σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών αυξάνει την πιθανότητα οι νοσηλεύτες να αναφερθούν υψηλά επαγγελματικά εξουθένωση και επαγγελματική μη ικανοποίηση και</p> <p>Υψηλότερο επίπεδο στελέχωσης σχετίζεται με χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση</p> | <p>Βιβλιογραφική</p> <p>Begat (2005)</p> <p>Aiken (2008)</p> <p>Heikkinen (2008)</p> <p>Kanai-Pak (2008)</p> <p>Van Bogaert(2009)</p> <p>Choi(2011)</p> <p>Ke Liu(2011)</p> <p>Klopper(2012)</p> <p>McGlynn (2012)</p> <p>Aiken (2008)</p> <p>Rochefort (2010)</p> <p>Choi (2011)</p> <p>Ke Liu(2011)</p> <p>Ke Liu(2011)</p> <p>Nantsupawat(2011)</p> <p>Freeborn (2002)</p> <p>Bakker (2004)</p> <p>Bakker (2004)</p> <p>Bakker (2006)</p> <p>Aiken (2008)</p> <p>Kanai-Pak (2008)</p> <p>Rochefort (2010)</p> <p>Choi(2011)</p> |
| 2. Επαγγελματικό περιβάλλον και αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας | <p>Η επάρκεια των πόρων συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών</p> | <p>Choi(2011)</p> |
| 3. Επαρκείς πόροι και επαγγελματική ικανοποίηση | <p>Η επάρκεια των πόρων συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών</p> | <p>Choi(2011)</p> |

6.2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Επιχειρήθηκε περιορισμένη/συνοπτική βιβλιογραφική ανασκόπηση τύπου Scoring Review (Pham et al. 2014). Η μορφή της εν λόγω ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκε για να συλλέξει πληροφορίες από μελέτες που να αποτελούν σύνθεση επαγγελματικού περιβάλλοντος και απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της φροντίδας. Ο κυριότερος λόγος της συγκεκριμένης επιλογής ήταν ο λιγοστός αριθμός τέτοιων μελετών που να συσχετίζουν ουσιαστικά τις μεταβλητές αυτές.

Ένα καλό επαγγελματικό περιβάλλον είναι απαραίτητο για να ενθαρρυνθούν και να μεγιστοποιηθούν οι δυνατότητες των επαγγελματιών υγείας ούτως ώστε να παρέχεται ποιοτική φροντίδα υγείας (Chang 2009; Armstrong et al. 2015). Μελέτες κατέδειξαν ότι το επαγγελματικό περιβάλλον συσχετίζεται με τα ιατρικά και νοσηλευτικά αποτελέσματα για τον ασθενή. Ένα υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από ποιοτική και ασφαλή φροντίδα υγείας, από επικοινωνιακές διεπαγγελματικές σχέσεις και ομαδική εργασία (Scott et al. 1999; Lin & Liang 2007; Friese et al. 2008). Όπως προαναφέρθηκε, μελέτες που ανακτήθηκαν αφορούν διερεύνηση όχι μόνο αποκλειστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος αλλά και συσχετίσεις μεταξύ αυτού και των αντιλήψεων για την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Laschinger & Fida 2015). Όσον αφορά την αξιολόγηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιήθηκε σε αρκετές μελέτες το εργαλείο Safety Attitudes Questionnaire-SAQ που αποτελείται από 6 επί μέρους πεδία: κλίμα ασφάλειας, ομαδική εργασία, διοίκηση, επαγγελματική ικανοποίηση, συνθήκες εργασίες και στρες. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται με ελάχιστες παραλλαγές σε ΜΕΘ,

χειρουργεία και άλλα τμήματα νοσοκομείων (JB Sexton & Helmreich 2006). Σε έρευνα σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε τριτοβάθμιο Γενικό Νοσοκομείο της Κύπρου μεταξύ 516 επαγγελματιών υγείας με τη χρήση του εργαλείου SAQ (Πετρίδης et al. 2013), το κλίμα ασφάλειας δεν κρίθηκε θετικό σε κάποια από τις 6 κατηγορίες που εξετάστηκαν αφού οι βαθμολογίες ήταν χαμηλότερες από αυτή που έχει οριστεί ως θετική (μεγαλύτερη ή ίση με 75%) (JB Sexton & Helmreich 2006). Οι λιγότερο έμπειροι βαθμολόγησαν χαμηλότερα όλους τους παράγοντες. Σε σύγκριση των αποτελεσμάτων της εργασίας αυτής με σχετικές έρευνες στον ελλαδικό χώρο, παρατηρούνται υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κατηγορίες. Αναφορικά με την Κυπριακή πραγματικότητα, η έρευνα αυτή είχε βελτιωμένα αποτελέσματα σε σχέση με ανάλογη μελέτη σε μαιευτήρια (Raftopoulos 2011) αλλά χειρότερα σε σχέση με εντατικές μονάδες (Raftopoulos & Pavlakis 2013). Το κλίμα ασφάλειας είχε μέση τιμή στην 100βάθμια κλίμακα 61,6% που είναι πιο χαμηλό από άλλες έρευνες σε ΜΕΘ (Raftopoulos&Pavlakis 2013) στην Κύπρο και σε άλλες χώρες (D. Huang et al. 2007).Με τη χρήση του εργαλείου HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) (Nieva & Sorra 2003) για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για το κλίμα ασφάλειας σε νοσοκομειακές κλινικές στην Κύπρο φάνηκε ότι οι παράμετροι για τις οποίες βρέθηκε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν η συνεργασία και η ομαδική εργασία (Πολυκάρπου 2013; Στυλιανού 2013). Το 2010 ο Patterson και συνεργάτες (Patterson et al. 2010) προσάρμοσαν το εργαλείο SAQ για τα ΤΑΕΠ.

Σε ένα χώρο όπως είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών υπάρχει αυξημένη απαίτηση για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το ΤΑΕΠ αποτελεί χώρο με

ιδιαιτερότητες λόγω της πληθώρας των διαφορετικών ασθενών που προσέρχονται σε αυτό με εντελώς διαφορετικές ανάγκες, λόγω της ανάγκης για συνεργασία με εργαστήρια και φαρμακείο, λόγω των διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών υγείας που πρέπει να συνεργαστούν.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Parasuraman και συνεργάτες (Parasuraman et al. 1988) φάνηκε ότι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν η αξιοπιστία που περιλαμβάνει έννοιες όπως την σταθερότητα της φροντίδας, την συνέπεια εκτέλεσης και τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν τον ασθενή, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ευγένεια η κατανόηση και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό του προσωπικού, την ασφάλεια, καθώς και το επαγγελματικό περιβάλλον εργασίας (Παπανικολάου 2007). Παράγοντες που υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΤΑΕΠ είναι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας και σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την οριζόντια ενδο-υπηρεσιακή συνεργασία και την ομαδική εργασία, η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας, καθηκοντολογίου και περιγραφών θέσεων εργασίας, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο καθώς και η μη ικανοποίηση του προσωπικού. Όλα τα προηγούμενα οδηγούν σε αδυναμία στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων αλλά και σε αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κωσταγιόλας et al. 2007).

Η αξιολόγηση της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας είναι πολυδιάστατη δραστηριότητα και τα συστήματα αξιολόγησης και διαχείρισης της ποιότητας πρέπει να είναι ευέλικτα και δυναμικά διαμορφώνοντας αξιόπιστους και έγκυρους δείκτες (ποιοτικούς και ποσοτικούς) για την απεικόνιση της κατάστασης στο ΤΑΕΠ. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του τμήματος θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Βασικός σκοπός της καθιέρωσης μετρήσεων διεργασιών των υπηρεσιών στο ΤΑΕΠ μέσω δεικτών είναι η απόκτηση της δυνατότητας ελέγχου όλων των παραγόντων που επηρεάζουν κάθε διεργασία, όπως το ανθρώπινο δυναμικό, τις μεθόδους εκτέλεσης των διεργασιών, την εισροή πληροφόρησης και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται. Η διαδικασία αποτίμησης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στο ΤΑΕΠ μέσω δεικτών εξασφαλίζει την παροχή ποιοτικής φροντίδας που είναι μετρήσιμη ώστε να αποδεικνύεται η αξία εφαρμογής της, να ελέγχεται η επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων και να αιτιολογείται η αποδοτικότητα εφαρμογής της με το κόστος (Κωσταγιόλας et al. 2007).

Συμπερασματικά, άξονες που επηρεάζουν την αξιολόγηση της ποιότητας των ΤΕΠ αποτελούν, οι εγκαταστάσεις που περιλαμβάνουν την χωροταξική εργονομία, τον εξοπλισμό, την ανανέωση των υλικών, το σύστημα λειτουργίας, η ανάπτυξη του προσωπικού που περιλαμβάνει την ύπαρξη συστήματος αξιολόγησης του προσωπικού, προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η ύπαρξη εσωτερικών μηχανισμών έλεγχου, οι διάφοροι χρόνοι αναμονής (από την άφιξη μέχρι την διαλογή, από την είσοδο στο εξεταστήριο έως την εξέταση από τον ιατρό, συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΑΕΠ από την άφιξη έως την έξοδο κλπ). Η διαμόρφωση των απαιτούμενων χώρων, η υλικοτεχνική υποδομή και η κατάλληλη στελέχωση με προσωπικό άρτια

εκπαιδευμένο ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του χώρου, θα καθορίσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα λάθους ή παράλειψης και θα εξασφαλίσουν την ασφαλή φροντίδα των ασθενών (Ασκητοπούλου 1991;Κωσταγιόλας et al. 2007;Μαλλιαρούetal. 2009).

Η θετική συσχέτιση ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος και ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα ως και αυξημένης επαγγελματικής ικανοποίησης αποτελεί εύρημα πολλών μελετών (Manojlovich 2005;McGILLIS & Doran 2007;Manojlovich & DeCicco 2007;Laschinger 2008;L. Aiken et al. 2008;Van Bogaert et al. 2010;Panunto & Guirardello 2013;Bogaert & Timmermans 2013;Ganz & Toren 2014).

Σε μελέτη σε δείγμα 364 νοσηλευτών στο Μίσιγκαν (Manojlovich 2005)που είχε σαν στόχο τη διερεύνηση του τρόπου επίδρασης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του επαγγελματικού περιβάλλοντος στον τρόπο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και κατ'επέκτασιν της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καταδείκτηκε ότι η αυτονομία στην άσκηση του επαγγέλματος αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την προσφορά ποιοτικής φροντίδας υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα βρίσκουμε και σε έρευνα στη Βραζιλία σε 129 νοσηλευτές εντατικής φροντίδας (Panunto & Guirardello 2013).

Σε έρευνα στο Οντάριο του Καναδά (McGILLIS & Doran 2007) σε 1.116 νοσηλευτές όπου διερευνήθηκαν οι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τα νοσηλευτικά αποτελέσματα, βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Σε άλλη έρευνα σε δείγμα 234 νοσηλευτών στις Η.Π.Α. (Laschinger 2008) τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι ένα υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον συνδέεται

με επαγγελματική ικανοποίηση και θετική αντίληψη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σε δείγμα 16.241 νοσηλευτών στις Η.Π.Α. διαφάνηκε και πάλι η θετική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικού περιβάλλοντος και ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί ένα χρήσιμο δείκτη απόδοσης στα νοσοκομεία (McHugh & Stimpfel 2012).

Σε έρευνα στην Κίνα σε 181 νοσοκομεία (L You, LH Aiken, DM Sloane, K Liu, G He 2013) οι νοσηλευτές σε καλύτερα επαγγελματικά περιβάλλοντα αξιολόγησαν την ποιότητα της φροντίδας με υψηλότερη τιμή και οι ασθενείς των νοσοκομείων αυτών αξιολόγησαν με τη σειρά τους τα νοσοκομεία αυτά ευνοϊκότερα.

Σε μελέτη σε δείγμα 10.184 νοσηλευτών και 232.342 ασθενών σε 168 νοσοκομεία της Πενσυλβάνια (L. H. Aiken et al. 2008) διαφάνηκε ότι η θετική αντίληψη για το επαγγελματικό περιβάλλον συνδέεται με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση, χαμηλότερη θνησιμότητα και καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Παρόμοια αποτελέσματα έχουμε και σε άλλες έρευνες στο Βέλγιο σε δείγμα 546 νοσηλευτών (Van Bogaert et al. 2010) και σε άλλο δείγμα 1.108 νοσηλευτών (Bogaert & Timmermans 2013) και στο Ισραήλ σε δείγμα νοσηλευτών από 17 νοσοκομεία της χώρας (Ganz & Toren 2014).

Σε πρόσφατη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που είχε σαν σκοπό τη μελέτη συσχέτισης του νοσηλευτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος με συγκεκριμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς, διαφάνηκε ότι γενικότερα τα δύο αυτά συνδέονται θετικά και ειδικά ο κίνδυνος επανεισαγωγής των ασθενών (εντός 30 ημερών) ελατούται όταν οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν καλύτερο επαγγελματικό περιβάλλον (Ma et al. 2014). Αυτό καταδεικνύει και τη θετική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικού

περιβάλλοντος και ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, εφόσον ο δείκτης επανεισαγωγής των ασθενών θεωρείται δείκτης ποιότητας (McHugh & Ma 2013).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν μελέτες που κατέδειξαν ότι η καλή ομαδική εργασία, όπου η επικοινωνία, ο συντονισμός και η ηγεσία ενισχύονται, συσχετίζεται με υψηλού επιπέδου κλινική απόδοση (Manser 2008). Η Ηγεσία είναι σηματοκότετατη για την παροχή καλών υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιεί δημιουργικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων στο χώρο εργασίας και ενθαρρύνει τη δημιουργία ενός θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος (WHO 2014). Σε έρευνα σε 4 ΜΕΘ στη Σαουδική Αραβία που έγινε μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (Hussein 2014), φάνηκε ότι η ηγεσία και η ομαδική εργασία είναι σημαντικοί παράγοντες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Αποτελέσματα δύο ερευνών που έγιναν σε ΜΕΘ και χειρουργεία κατέδειξαν την αδιαμφισβήτητη συσχέτιση ομαδικής εργασίας και ποιοτικής φροντίδας (Baggs & Schmitt 1999; J. Sexton et al. 2006). Καθοριστικοί παράγοντες για την ικανοποίηση των ιατρών, σύμφωνα με το Freeborn (Freeborn et al. 2002) αποτελούν η αυτονομία στην άσκηση του επαγγέλματος και η υποστήριξη από τους συναδέλφους-ομαδική εργασία (συστατικά στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος). Σε έρευνα σε νοσηλευτές ΜΕΘ χωρών της Ευρώπης με στόχο τη διερεύνηση των επιπέδων αυτονομίας σε σχέση με τη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών, διαπιστώθηκε ότι χαμηλό επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών έχει ως αποτέλεσμα χαμηλό επίπεδο συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών (Parathanassoglou et al. 2012).

Καλύτερες συνθήκες επαγγελματικού περιβάλλοντος συνδέονται με καλύτερα νοσηλευτικά αποτελέσματα (Kanai-Pak et al. 2008). Στην έρευνα Kanai-Pak διεφάνη ότι η πιθανότητα επαγγελματικής δυσαρέσκειας και κακής ποιότητας φροντίδας ήταν

σχεδόν διπλάσια σε νοσοκομεία που οι νοσηλευτές δήλωναν μη ικανοποιητικές σχέσεις με τους ιατρούς (οι σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών είναι μέρος του επαγγελματικού περιβάλλοντος).

Σε έρευνα στο Βέλγιο σε δείγμα 546 νοσηλευτών σε 4 Βελγικά νοσοκομεία, διαφάνηκε ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Van Bogaert et al. 2010). Το ποσοστό των νοσηλευτών που αναφέρουν ότι η ποιότητα της περίθαλψης ήταν κακή (και όχι καλή ή εξαιρετική) ήταν διπλάσια σε νοσοκομεία με κακά περιβάλλοντα παρά σε νοσοκομεία με καλύτερα (Aiken 2008) και το πιο ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας συνδεόταν με καλύτερους δείκτες των αποτελεσμάτων της εργασίας των νοσηλευτών και υψηλότερες βαθμολογίες της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Rochefort 2010). Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάστηκε να έχει στατιστική σημαντική συσχέτιση με το επαγγελματικό περιβάλλον και τα επίπεδα στελέχωσης. Οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία με ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας είχαν περίπου 30% λιγότερες πιθανότητες από τους νοσηλευτές σε νοσοκομεία με κακά περιβάλλοντα εργασίας να αναφέρουν ότι η ποιότητα της περίθαλψης ήταν κακή, σε αντίθεση με καλή ή εξαιρετική (Nantsupawat et al. 2011). Σε δείγμα 679 νοσηλευτών και 1.005 ασθενών σε 21 νοσοκομεία του Καναδά, διαφάνηκε ότι υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον συσχετίζεται με λιγότερες πτώσεις ασθενών και έτσι καλύτερη ποιότητα φροντίδας (Purdy et al. 2010). Παρόμοια αποτελέσματα φαίνονται και σε άλλη έρευνα στις Η.Π.Α. σε δείγμα 15.846 ασθενών και 1.095 νοσηλευτών όπου συγκεκριμένοι δείκτες ποιότητας (θνησιμότητα εντός 30 ημερών, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος που σχετιζόταν με καθετήρα)

όπου αποδεικνύεται ότι υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον οδηγεί σε ποιοτικότερα αποτελέσματα (Stone et al. 2007).

Σε έρευνα σε 936 ιατρούς και νοσηλευτές στη Σουηδία (Arnetz 1999) με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των εργαζομένων σχετικά με τις επιπτώσεις της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας, διαφάνηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται θετικά με θετική αντίληψη για την ποιότητα της φροντίδας. Σε έρευνα στην Αίγυπτο μεταξύ 129 νοσηλευτών ΜΕΘ, διαφάνηκε ότι υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της αντίληψης για την ποιότητα (El-aal & Hassan 2014).

Σε δείγμα 462 νοσηλευτών σε 25 ΜΕΘ στο νοτιοανατολικό Μίσιγκαν (Manojlovich & DeCicco 2007) διεξήχθη έρευνα που αποσκοπούσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον, της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών και αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Φάνηκε ότι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι πολύ σημαντικό για την επικοινωνία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών. Σε ποιοτική έρευνα στην Ολλανδία σε 4 ομάδες εστίασης (Kieft 2014) οι νοσηλευτές τόνισαν ότι η αυτονομία και ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος, ως επίσης και οι εποικοδομητικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων αποτελούν παράγοντες που βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας.

Στη Νότια Αφρική, όπου το 54% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι σκοπεύουν να αφήσουν τη δουλειά τους λόγω επαγγελματικής δυσαρέσκειας και όπου η ποιότητα της φροντίδας θεωρείται χειρότερη στα δημόσια νοσοκομεία από ότι στα ιδιωτικά, σε έρευνα που έγινε πρόσφατα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία (Coetzee et al. 2013), αναφέρθηκε ότι

παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ ενός θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος και επιθυμητών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς.

Σε έρευνα της Aiken (Aiken et al. 2012) και των συνεργατών της σε νοσηλευτικό προσωπικό σε 488 νοσοκομεία σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες και 617 νοσοκομεία στις Η.Π.Α., και παράλληλα σε ασθενείς 210 Ευρωπαϊκών νοσοκομείων και 430 νοσοκομείων των Η.Π.Α., διαπιστώθηκε ότι συνυπήρχαν ψηλές βαθμολογήσεις σε επαγγελματικό περιβάλλον και ποιότητα φροντίδας. Σε έρευνα σε ψυχιατρικά ιδρύματα σε δείγμα 357 νοσηλευτών καταδείχθηκε η θετική σχέση μεταξύ επαγγελματικού περιβάλλοντος και παροχής ποιοτικής φροντίδας (Bogaert & Clarke 2013).

Σε έρευνα μεταξύ 394 μελών του προσωπικού ΜΕΘ (Wheelan et al. 2003) στις Η.Π.Α., βρέθηκε ότι η θνησιμότητα παρουσίαζε μικρότερα ποσοστά στους εργαζόμενους που δήλωναν περισσότερο ευχαριστημένοι με την ομάδα τους (αποτελεσματική ομαδική εργασία).

Έρευνα που διεξήχθη σε 7 χώρες (Κύπρος, Φινλανδία, Ελλάδα, Κάνσας-Η.Π.Α., Πορτογαλία, Τουρκία και Σουηδία) κατέδειξε ότι οι νοσηλευτές που αξιολογούσαν θετικότερα το επαγγελματικό τους περιβάλλον είχαν την αντίληψη ότι παρείχαν εξατομικευμένη φροντίδα σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς (Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014). Σε άλλη έρευνα στη Φινλανδία σε 3 νοσοκομεία που είχε σκοπό τη διερεύνηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της εξατομικευμένης φροντίδας, φάνηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο και πιο συγκεκριμένα, η εξατομικευμένη φροντίδα συσχετιζόταν θετικά με τη «διαχείριση συγκρούσεων», την «παρακίνηση», τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος», την «αυτονομία», τις «σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών» και την «πολιτισμική ευαισθησία» (Charalambous et al.

2010). Σε άλλη έρευνα μεταξύ 874 νοσηλευτών (Suhonen et al. 2013) με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της εξατομικευμένης φροντίδας σε στέγες ευγηρίας στη Φινλανδία, διαφάνηκε ότι οι παράγοντες «εσωτερική παρακίνηση», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» και «αυτονομία» παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την εξατομικευμένη φροντίδα.

Σε έρευνα διερεύνησης της σχέσης μεταξύ επαγγελματικού περιβάλλοντος και κατακερματισμού της νοσηλευτικής εργασίας (rationing) (Papastavrou et al. 2013) με τη συμμετοχή 393 νοσηλευτών, παρατηρήθηκε ότι οι επί μέρους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος που συσχετιζόνταν στατιστικά με το rationing είναι οι ακόλουθοι: «εσωτερική παρακίνηση», «αυτονομία», «διεπαγγελματικές σχέσεις», «ομαδική εργασία» και «επικοινωνία για τους ασθενείς». Επιπλέον, ο κατακερματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια παράμετρος στενά συνδεδεμένη με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Σε ποιοτική έρευνα (με 26 συνεντεύξεις σε νοσηλευτές) που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία (Kieft 2014) με σκοπό τη διερεύνηση του τρόπου που επιδρά το επαγγελματικό περιβάλλον στην ποιότητα της φροντίδας, φάνηκε ότι μεταξύ άλλων ότι η «αυτονομία» και ο «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» δρούν θετικά προς την ποιοτική φροντίδα. Σε άλλη έρευνα σε 140 νοσηλευτές τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Kaddourah 2013), φάνηκε ότι η περιορισμένη αυτονομία και η ανεπαρκής επικοινωνία με τους ανώτερους οδηγεί σε επαγγελματική μη ικανοποίηση. Η επαγγελματική ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών είναι υψίστης σημασίας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, επειδή ικανοποιημένοι νοσηλευτές βελτιώνουν την ποιότητα

της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή (Kaddourah 2013). Σε έρευνα στη Νέα Ζηλανδία σε δείγμα 225 νοσηλευτών (Budge et al. 2003), οι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος «αυτονομία», «σχέσεις ιατρών –νοσηλευτών» και «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» αποδείχτηκαν καθοριστικοί για την ευημερία των νοσηλευτών. Σε έρευνα που έγινε στην Αγγλία σε δείγμα 10.022 νοσηλευτών οι τρεις παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος που προαναφέρθηκαν (στην έρευνα στη Νέα Ζηλανδία) βρέθηκαν με θετική συσχέτιση με την ποιότητα της φροντίδας και την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών (A. Rafferty et al. 2001). Η σχέση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και ειδικότερα της ηγεσίας και αυτονομίας με την ικανοποίηση των ασθενών αναδεικνύει ένα σημαντικό κρίκο στην βελτίωση της φροντίδας των ασθενών (Boen 2012). Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε έρευνα στη Σλοβενία σε 4 νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι η ηγεσία είναι θετικά συνδεδεμένη με την επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, οι νοσηλευτές που βρίσκονταν σε υψηλότερα ιεραρχική θέση δήλωναν πιο ικανοποιημένοι (Lorber & Skela Savič 2012). Αυτό παρατηρείται και σε άλλη έρευνα στην Ιταλία (Benedetto et al. 2011) όπου οι ιατρικοί και νοσηλευτικοί διευθυντές δήλωσαν υψηλότερη βαθμολόγηση όσον αφορά τις αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών. Η ηγεσία συνδέεται θετικά με τις αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών και στην έρευνα των Yang και συνεργατών σε νοσοκομεία της Ταϊβάν (Yang et al. 2009).

Σε έρευνα στη Τσεχία και Σλοβακία σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, φάνηκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της πρόθεσης φυγής από την εργασία (Gurková et al. 2013).

Σε έρευνα στη Σουηδία (Lindqvist et al. 2013) σε δείγμα 11.000 νοσηλευτών φάνηκε ότι σε μικρότερα νοσοκομεία οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό το επαγγελματικό τους περιβάλλον και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Έρευνες που διερεύνησαν τις πεπτοιθήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το θέμα της ασφάλειας συσχετίζουν στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος που περιέχονται σε εργαλεία που μετρούν τις αντιλήψεις αυτές όπως το SAQ. Σε έρευνα σε ΜΕΘ στην Κύπρο (Raftopoulos & Pavlakis 2013) σε δείγμα 132 νοσηλευτών με τη χρήση ολόκληρου του ερωτηματολογίου SAQ, διαφάνηκε ότι η ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίζεται στατιστικά με την ομαδική εργασία, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες να αξιολογούν τον παράγοντα αυτό με ψηλότερη τιμή. Σε άλλη έρευνα (Raftopoulos 2011) με τη χρήση του ίδιου εργαλείου σε 106 μαίες σε νοσοκομεία της Κύπρου, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι μεγαλύτερες και πιο έμπειρες μαίες αξιολόγησαν την ομαδική εργασία, το κλίμα ασφάλειας, την επαγγελματική ικανοποίηση και τις συνθήκες εργασίας με υψηλότερο βαθμό. Σε έρευνα στη Σουηδία σε 218 επαγγελματίες υγείας φάνηκε ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ευνοεί την ανάπτυξη κλίματος ασφάλειας των ασθενών (Nygren et al. 2013). Σε έρευνα μεταξύ 318 επαγγελματιών υγείας σε ΜΕΘ στις Η.Π.Α. (D. T. Huang et al. 2007), με τη χρήση του εργαλείου SAQ, οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τις συνθήκες εργασίας και τη διοίκηση με χαμηλότερη βαθμολογία. Αντιθέτως σε άλλη έρευνα (Pronovost 2003) σε δείγμα 395 επαγγελματιών υγείας με τη χρήση του Safety Climate Scale (SCS), οι νοσηλευτές έδωσαν υψηλότερη βαθμολόγηση στις πεπτοιθήσεις για την ασφάλεια.

Σε έρευνα στην Ιταλία σε δείγμα 346 επαγγελματιών υγείας, διαφάνηκε ότι αυτοί που ήταν ιεραρχικά σε υψηλότερη βαθμίδα αξιολόγησαν την ασφάλεια με πιο ψηλή

βαθμολογία και το συμπέρασμα ήταν ότι η καλή επικοινωνία και η εκπαίδευση οδηγούν στην ανάπτυξη κλίματος ασφάλειας (Benedetto et al. 2011). Σε έρευνα στην Αίγυπτο μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε ΜΕΘ και παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους, οι ιατροί αξιολόγησαν την ασφάλεια των ασθενών με ψηλότερη τιμή (Abbas 2008). Σε δείγμα 1.306 επαγγελματιών υγείας στη Νορβηγία σε διάφορα τμήματα των νοσοκομείων, οι ανώτεροι νοσηλευτές και ιατροί αξιολόγησαν την ασφάλεια των ασθενών με ψηλότερη τιμή (Deilkås & Hofoss 2008). Αντιθέτως σε άλλη έρευνα σε 195 επαγγελματίες υγείας στην Ταϊβάν, οι ιατροί έδωσαν χαμηλότερη βαθμολόγηση στην ασφάλεια των ασθενών από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Yang et al. 2009).



6.3.ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ, ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΤΑΕΠ

Δυστυχώς ελάχιστες μελέτες που να περιλαμβάνουν τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές εστιάζονται στη μελέτη των παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος, στις αντιλήψεις για την ασφάλεια και την ποιότητα στα ΤΑΕΠ (Ajeigbeetal. 2013).

Μελέτες που ανακτήθηκαν αφορούν απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το κλίμα ασφάλειας, την επαγγελματική ικανοποίηση, την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και συσχετίσεις μεταξύ επί μέρους συστατικών στοιχείων του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ με τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας, την ποιότητα και την επαγγελματική ικανοποίηση. Σε μελέτη στο Ιράν (Ghorbanian et al. 2012) με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηγεσίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης παραϊατρικού προσωπικού επείγουσας φροντίδας (σε 109 εργαζόμενους) διαφάνηκε ότι η μετασχηματιστική ηγεσία επιδρά καταλυτικά στην επαγγελματική ικανοποίησή τους.

Πηγές στρες μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών αναφέρονται η πίεση του χρόνου, οι κρίσιμες αποφάσεις που θα πρέπει να ληφθούν άμεσα, οι ανήσυχτοι ασθενείς που πολλές φορές παρακάμπτουν τους προσωπικούς τους ιατρούς και καταφεύγουν απευθείας στα ΤΑΕΠ, οι μη αποδοτικές σχέσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών και η ανεπαρκής ηγεσία (Phipps 1988).

Σε πρόσφατη μελέτη σε Γαλλικά νοσοκομεία (Estryn-Behar & Dorria 2011), βρέθηκε ότι οι ιατροί της επείγουσας ιατρικής δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα στρες από ότι οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων. Σε άλλη μελέτη στις Η.Π.Α. (Cydulka & Korte 2008), διαφάνηκε ότι οι ιατροί επείγουσας ιατρικής παρουσιάζουν πολύ ψηλά επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε εργασία στις Η.Π.Α. όπου παρόλη την υψηλή ικανοποίηση από την καριέρα τους, οι ιατροί επείγουσας φροντίδας ανέφεραν ψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Doan–Wiggins & Zun 1995). Εν αντιθέσει με τα αποτελέσματα αυτά, σε μελέτη στο Η.Β. το 2006 (LeBlanc & Heyworth 2007) διαφάνηκε ότι οι ιατροί επείγουσας φροντίδας δεν είναι τόσο

επαγγελματικά εξουθενωμένοι όσο πιστεύεται, αφού 87% δήλωσαν ότι είναι ενθουσιασμένοι με την εργασία τους στα ΤΑΕΠ και τονίστηκε ότι συναντούν καλές βάρδιες, κακές βάρδιες και βάρδιες με προκλήσεις αλλά ουδέποτε “βαρετές” βάρδιες.

Η ικανοποίηση των ιατρών των ΤΑΕΠ σχετίζεται με την ύπαρξη ευκαιριών ανάπτυξης και εκπαίδευσης και η ικανοποίηση των νοσηλευτών με την εσωτερική επικοινωνία στο τμήμα (Lloyd, Streiner & Shannon 1994; Bovier & Perneger 2003; SAWATZKY & Enns 2012). Σε μελέτη στις Η.Π.Α. όπου διερευνήθηκαν οι παράγοντες ικανοποίησης των ιατρών επείγουσας φροντίδας (Keller & Koenig 1989), διαφάνηκε ότι αυτοί είναι οι ακόλουθοι: χρησιμοποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων, ποικιλία στην εργασία, ενθουσιασμός και να είναι κάποιος μέλος μιας αποδοτικής ομάδας. Η αυξημένη ικανοποίηση των ιατρών έχει ως αποτέλεσμα την παροχή περισσότερων πληροφοριών στους ασθενείς και γενικά την ανάπτυξη οικειότητας μεταξύ ασθενών-ιατρών. Σε μελέτη στον Καναδά (Lloyd, Streiner & Shannon 1994), το 75,5% των ιατρών επείγουσας φροντίδας δήλωσε ότι ήταν ευχαριστημένο από την εργασία του. Σημαντικός παράγοντας για την επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ σε έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. σε χρονική διάρκεια τριών ετών (2009-2011) ήταν η σημαντική συσχέτιση της ομαδικής εργασίας με την επαγγελματική ικανοποίηση (Ajeigbe et al. 2014).

Σε έρευνα σε Βελγικά νοσοκομεία σε ΤΑΕΠ σε δείγμα 254 νοσηλευτών, αναφέρθηκε ότι οι νοσηλευτές στα τμήματα αυτά βιώνουν μεγαλύτερη πίεση χρόνου και χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας στην άσκηση του επαγγέλματος τους (Adriaenssens et al. 2011).

Δυστυχώς λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ (Patterson et al. 2010). Υπολογίζεται ότι το 50% όλων των ανεπιθύμητων συμβάντων που οδηγούν

σε θάνατο ή τραυματισμό επισυμβαίνουν στα ΤΑΕΠ, και το ένα τρίτο αυτών συνδέεται με την υπέρμετρη προσέλευση ασθενών (Shaw et al. 2009).

Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας στα ΤΑΕΠ σχετικά με το κλίμα ασφάλειας των ασθενών αποτελούν σημαντικό πεδίο διερεύνησης εφόσον σχετίζονται με την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας υγείας και διαφέρουν από ΤΑΕΠ σε ΤΑΕΠ. Σε έρευνα στις Η.Π.Α. σε 61 τμήματα φάνηκε ότι οι απόψεις των επαγγελματιών διέφεραν από τμήμα σε τμήμα. Σημαντικό εύρημα αποτέλεσε το γεγονός ότι στα ΤΑΕΠ με λιγότερο προσωπικό και λιγότερους ασθενείς δήλωσαν υψηλότερη βαθμολόγηση όσον αφορά την ασφάλεια (Patterson 2010). Σε άλλη έρευνα στις Η.Π.Α. σε δείγμα 416 επαγγελματιών σε ΤΑΕΠ που αποσκοπούσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της «κουλτούρας ασφάλειας» και συμβάντων σχετικών με την ασφάλεια (σε ασθενείς ή επαγγελματίες υγείας), φάνηκε ότι ατυχή συμβάντα συνδέονταν με χαμηλή βαθμολόγηση στο θέμα της ασφάλειας (Weaver & Wang 2011). Σε έρευνα (S Singer et al. 2009)σε 91 νοσοκομεία των Η.Π.Α. με τη χρήση των ερωτηματολογίων «Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)» και συγκεκριμένων δεικτών «Patient Safety Indicators (PSIs)» διαφάνηκε ότι υψηλότερα επίπεδα κλίματος ασφάλειας σχετίζονται με ασφαλέστερα νοσηλευτικά αποτελέσματα.

Σε άλλη έρευνα σε ΤΑΕΠ στις Η.Π.Α. φάνηκε ότι τόσο η καλή επικοινωνία όσο και η ομαδική εργασία σχετίζονται θετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας(Krug 2008;Patterson et al. 2010)και επίσης οδηγούν στην αποτροπή της φυγής των νοσηλευτών από τους χώρους εργασίας τους SAWATZKY & Enns 2012). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε έρευνα στις Η.Π.Α. (Jones et al. 2013). Σε έρευνα στην Ολλανδία (Noord & Wagner 2014) σε δείγμα 33 ΤΑΕΠ, διαφάνηκε ότι οι

ιατροί αξιολόγησαν θετικότερα την ασφάλεια των ασθενών από τους νοσηλευτές. Όλες οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας συσχετίστηκαν θετικά με την ασφάλεια των ασθενών και οι ακόλουθοι παράγοντες παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την ασφάλεια των ασθενών: ομαδική εργασία, αναφορά περιστατικών, επικοινωνία, ανατροφοδότηση σχετικά με λάθη που είχαν γίνει, υποστήριξη από τη διεύθυνση όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών. Σε έρευνα το 2009 σε Παιδιατρικά ΤΑΕΠ, οι ιατροί αξιολόγησαν το κλίμα ασφάλειας πιο ψηλά από τους νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, ιατροί και νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια πείρας αξιολόγησαν με ψηλότερο βαθμό την ασφάλεια από αυτούς με περισσότερη πείρα. Η μη υπέρμετρη προσέλευση ασθενών και η παρουσία επιτροπής ασφάλειας στα ΤΑΕΠ συνδέονται με θετικές εκτιμήσεις αναφορικά με την ασφάλεια.

Η έλλειψη επικοινωνίας με αποτέλεσμα την ανεπαρκή και μη αποδοτική ομαδική εργασία οδηγούν σε ιατρικά λάθη που υπονομεύουν την ασφάλεια των ασθενών. Η δημιουργία και καλλιέργεια μιας κουλτούρας ασφάλειας στα ΤΑΕΠ οδηγεί σε βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας για την προαγωγή της ποιότητας και της ασφάλειας στα ΤΑΕΠ (Krug 2008). Η ομαδική εργασία ιατρών-νοσηλευτών στα ΤΑΕΠ έχει επίδραση στην αυτονομία, τις αντιλήψεις για το επαγγελματικό περιβάλλον και τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος. Σε πρόγραμμα παρέμβασης στις Η.Π.Α. για τη βελτίωση των απόψεων των επαγγελματιών σε ΤΑΕΠ για το κλίμα ασφάλειας, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, παρατηρήθηκε αύξηση της τάξης του 9% στις θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ασφάλεια μετά το πέρας του προγράμματος (Jones et al. 2013). Σε παρόμοια έρευνα μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ, με

παρεμβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης για την ομαδική εργασία, διεφάνηκε ότι η ομάδα στην οποία είχε γίνει η εκπαιδευτική παρέμβαση δήλωνε θετικότερη βαθμολόγηση όσον αφορά τις παραμέτρους επαγγελματικό περιβάλλον, αυτονομία και έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος από την ομάδα ελέγχου (Ajeigbe & McNeese-Smith 2013). Παρόμοια προγράμματα παρέμβασης για την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας στα ΤΑΕΠ, που τονίζεται ότι συντείνει στην ανάπτυξη κλίματος ασφάλειας για τους ασθενείς αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Siassakos&Bristowe 2011; Mazzocato 2011; Turner 2012; Bristoweetal. 2012; Miller&Crandall 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στα ΤΑΕΠ για να γενικευτούν τα οποιαδήποτε αποτελέσματα ερευνών που να αφορούν το κλίμα ασφάλειας σε σχέση με το επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εξαιτίας της ποικιλομορφίας που συναντιούνται στα αποτελέσματα των ερευνών που ανακτήθηκαν (Collaetal. 2005;Palmieri&Peterson 2010;Patterson&Huang 2010).

Κεφάλαιο 7. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σήμερα υπάρχει σε διεθνές επίπεδο μια κρίση που αφορά τους επαγγελματίες υγείας και που χαρακτηρίζεται από πολλές ανισοροπίες. Πολλές χώρες βρίσκονται αντιμέτωπες με την πρόκληση της έλλειψης επαγγελματιών υγείας και σε άλλες οι ελλείψεις συνυπάρχουν με υποαπασχολούμενους και άνεργους επαγγελματίες υγείας. Βασικές αιτίες αναφέρονται τόσο η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης και αναποτελεσματικού σχεδιασμού αλλά και η ύπαρξη γεωγραφικών ανισοτήτων μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Οι λόγοι για την κρίση είναι ποικίλοι και πολύπλοκοι, αλλά ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες αναφέρεται ότι είναι το επαγγελματικό περιβάλλον. Σήμερα, που οι περικοπές στους προϋπολογισμούς της υγείας είναι συνήθης πρακτική από τις κυβερνήσεις των κρατών μελών της Ε.Ε., λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης, το κόστος ενός «ασθενούς» επαγγελματικού περιβάλλοντος σίγουρα οδηγεί σε υψηλότερες δαπάνες υγείας. Ως εκ τούτου, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (σε συνεργασία με τα διεθνή συμβούλια νοσηλευτών, ιατρών, οδοντιάτρων και άλλων επαγγελματιών υγείας) (International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation 2008), με εγκύκλιο τους τονίζουν τη σημασία ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος για τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στις θέσεις εργασίας τους και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και κατ'επέκταση της ασφάλειας των ασθενών.

Το επαγγελματικό περιβάλλον αποτελεί μια από τις σημαντικότερες έννοιες στον τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης (Fawcett 1980). Είναι ένα σημαντικότατο θέμα στη θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης και πρακτικής (Farley & Nyberg 1990). Οι νοσηλευτές που

εργάζονται σε ένα μη υποστηρικτικό επαγγελματικό περιβάλλον δεν παρέχουν την ασφαλή, αποδοτική και έγκαιρη φροντίδα που θα ήθελαν στους ασθενείς (Page 2004). Οι Farley and Nyberg (Farley & Nyberg 1990) τονίζουν την αναγκαιότητα της περιγραφής και της ανάλυσης του νοσηλευτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος και τη συσχέτιση που αυτό έχει με τα νοσηλευτικά αποτελέσματα αλλά και με τον τρόπο οργάνωσης των νοσηλευτικών τμημάτων και την ευημερία των νοσηλευτών. Ειδικότερα, αναφέρουν ότι η αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με τη νοσηλευτική πρακτική και άλλα παρεμφερή ζητήματα.

Η μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία επειδή είναι κοινός τόπος ότι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το περιβάλλον αυτό είναι εκ των ων ουκ άνευ για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας (S Hinno 2012). Παρόλη τη διαπίστωση ότι το επαγγελματικό περιβάλλον στον τομέα της υγείας είναι ζωτικής σημασίας (Διάγραμμα 11) για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, λίγοι οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας έχουν αναπτύξει περιεκτικές στρατηγικές που να αφορούν τα θέματα του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Lowe 2002).

Η σημασία ενός μοντέλου για το επαγγελματικό περιβάλλον αναγνωρίστηκε αρχικά με τη μελέτη για τα νοσοκομεία «Μαγνήτες». Στη μελέτη αυτή αναφέρθηκαν τρία σημαντικά χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος, ήτοι η αυτονομία, ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος και οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (Erickson et al. 2012b). Το επαγγελματικό περιβάλλον στα Νοσηλευτήρια και σε άλλους χώρους παροχής φροντίδας υγείας έχει μελετηθεί στο διεθνή κυρίως

χώρο και ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. Στην Ευρώπη, παρόλο που είναι αναγνωρισμένη η ανάγκη βελτίωσης του επαγγελματικού περιβάλλοντος, το θέμα αυτό δεν έχει πάρει ακόμα τη θέση προτεραιότητας που του αξίζει (Hinno et al. 2009).

Διάγραμμα 11: Μοντέλο σημαντικότητας ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος



Η καθιέρωση ενός θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος είναι υψίστης σημασίας, για τη διασφάλιση της ευημερίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και κατ'επέκτασιν της ασφάλειας και της υγείας των ασθενών (International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation 2008). Εξάλλου, σε πρόσφατη έκθεση εμπειρογνομώνων της Ε.Ε. για θέματα ποιότητας στην υγεία, τονίστηκε η στενότερη σχέση μεταξύ ποιότητας και ασφάλειας και διατυπώθηκε η άποψη ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μια βασική διάσταση της ποιότητας. Το θέμα της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών ηγέρθηκε εντονότερα πρόσφατα και αποτελεί προτεραιότητα για την Ε.Ε., ειδικά τώρα που επίκειται η εφαρμογή της Οδηγίας 2011/24/ΕΚ για τη διασυνοριακή περίθαλψη (EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) 2014).

Το επαγγελματικό περιβάλλον έχει μελετηθεί ιδιαίτερα σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Van Bogaert et al. 2010; Kanai-Pak et al. 2008; Rochefort & Clarke 2010; Gunnarsdóttir et al. 2009) και την ικανοποίηση και ασφάλεια των ασθενών, την παρακίνηση των επαγγελματιών υγείας και τη διαχείριση/επίλυση συγκρούσεων στον επαγγελματικό χώρο. Έχει τονιστεί διαχρονικά η ανάγκη να τεθεί η ασφάλεια των ασθενών στην πρώτη γραμμή στον τομέα της υγείας. Οι απόψεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας είναι υψίστης σημασίας για την ανάπτυξη μιας θετικής κουλτούρας στο χώρο εργασίας όπου θα παρέχεται ασφαλής και ποιοτική φροντίδα υγείας (Westrum 2004). Η βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς είναι μια σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκόσμια (Department of Health 2006) και προϋπόθεση αυτής είναι η ανάπτυξη ενός θετικού κλίματος ασφάλειας στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας (Abbas 2008).

Η βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος οδηγεί στην παραμονή και διατήρηση ικανοποιημένων (Kelly et al. 2011) και λιγότερο εξουθενωμένων επαγγελματιών υγείας (Kutney-Lee et al. 2013) και παράλληλα στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Choi et al. 2012; Coetzee et al. 2013; Shanget al. 2013) με αποτέλεσμα ικανοποιημένους ασθενείς (Aiken et al. 2012). Το ανεπαρκές επαγγελματικό περιβάλλον συνδέεται με αρνητικά νοσηλευτικά αποτελέσματα και κακή ποιότητα φροντίδας υγείας και η ποιότητα της φροντίδας είναι αλληλένδετη με την ασφάλεια των ασθενών (Aiken et al. 2011).

Οι παράγοντες, που ρυθμίζουν και διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση διακρίνονται σε αυτούς που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον (Sultana et al.

2009), με συγκεκριμένες διαστάσεις της εργασίας και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, δηλαδή την προσωπικότητα, τις αντιλήψεις και τις αξίες τους. Η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας, καθώς και των κινήτρων ή αντικινήτρων, που την διαφοροποιούν, είναι απαραίτητη σε κάθε οργανισμό που επιδιώκει επιτυχή επιχειρηματικά αποτελέσματα. Η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων του πρέπει να αποτελεί ένα από τα ουσιώδη θέματα, που να τον απασχολούν. Ειδικά, στις μονάδες παροχής φροντίδας υγείας όπου το ανθρώπινο δυναμικό συνδέεται άμεσα με τον πολίτη, είναι αναγκαίο να υιοθετηθεί ένα πιο ανθρωποκεντρικό μοντέλο διοίκησης, αφού η ικανοποίηση των εργαζομένων επηρεάζει τόσο την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού, αλλά και την επαγγελματική και προσωπική ζωή (Ποζουκίδου 2007). Υπάρχει ένα αρκετά μεγάλο ενδιαφέρον σε παγκόσμια κλίμακα σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Scheurer & McKean 2009). Αρκετή σημασία δίδεται στην παράμετρο αυτή λόγω κυρίως της διασύνδεσης που έχει με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Haas & Cook 2000; Nikic & Arandjelovic 2008).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση είναι το επαγγελματικό περιβάλλον (NELSON 2010). Το αυξημένο ενδιαφέρον που επιδεικνύεται για την ικανοποίηση οφείλεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ικανοποίηση από την εργασία και την απόδοση του εργαζόμενου (Robbins 2001).

Μη ικανοποιητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα τη χαμηλή επαγγελματική τους

ικανοποίηση (Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work). Ικανοποιημένοι επαγγελματίες σίγουρα διαδραματίζουν ένα καίριο ρόλο στην επιτυχία ενός οργανισμού (Lorber & Skela Savič 2012).

Οι νοσηλευτές στα ΤΑΕΠ είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε στρεσογόνες και απρόβλεπτες καταστάσεις και αναφέρουν μεγαλύτερη πίεση χρόνου και μικρότερη αυτονομία στην άσκηση του επαγγέλματος τους σε σχέση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (Adriaenssens et al. 2011). Όμως, αναφέρουν περισσότερες ευκαιρίες ανάπτυξης ικανοτήτων και καλύτερη κοινωνική στήριξη από τους συναδέλφους τους (Adriaenssens et al. 2011). Αποτελεσματικές νοσηλευτικές στρατηγικές ηγεσίας στα ΤΑΕΠ είναι υψίστης σημασίας για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου επείγουσας νοσηλευτικής πρακτικής για να είναι δυνατή η δημιουργία ενός επαγγελματικού περιβάλλοντος που θα αποτρέψει τη φυγή των νοσηλευτών και θα αυξήσει την επαγγελματική τους ικανοποίηση (Raup 2008). Όσον αφορά τους ιατρούς των ΤΑΕΠ, η επαγγελματική ικανοποίησή τους εξαρτάται από την ηλικία, την εκπαίδευση, την αυτονομία, τη διάρκεια και το καθεστώς εργοδότησης τους (εάν είναι πλήρους ή μερικής απασχόλησης), τον όγκο εργασίας και το αν το νοσοκομείο τους ήταν διαπιστευμένο με κάποιο ποιοτικό πρότυπο (B. Lin et al. 2008).

Η ανάπτυξη «κουλτούρας ασφάλειας» σε ένα οργανισμό υγείας συμβάλλει στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Weaver & Lubomksi 2013). Στα ΤΑΕΠ η παροχή φροντίδας αποτελεί μια πολύπλοκη και επικίνδυνη διαδικασία που είναι επιρρεπής σε λάθη. Εκτός από τις γενικές

δυσκολίες που είναι κοινές και με άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν εντοπιστεί μια σειρά από προβλήματα που εμφανίζονται συχνότερα στα ΤΑΕΠ. Πρώτιστο θέμα είναι το θέμα «χρόνος» που υποβάλλει σε μια άμεση και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία λόγω της κρισιμότητας και σοβαρότητας των περιστατικών. Το θέμα αυτό συνδέεται με την πολλαπλότητα των επειγόντων περιστατικών και το φόρτο εργασίας στα ΤΑΕΠ. Επίσης, το γεγονός ότι δεν υπάρχει παρακολούθηση μετά την αντιμετώπιση στα ΤΑΕΠ δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την αναγνώριση τυχόν λαθών (Woloshynowych et al. 2006).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία πολλές μελέτες έχουν γίνει σε Μονάδες Εντατικής Φροντίδας (Kanai-Pak et al. 2008;Tervo-Heikkinen et al. 2008;Hinno et al. 2009;Van Bogaert et al. 2010), σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία(Roche et al. 2011;Farmakas et al. 2014), σε Ορθοπαιδικούς θαλάμους(Papastavrou et al. 2011;Papastavrou 2014), σε Μονάδες Αιμοδιάλυσης, σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία (Kotzer & Arellana 2008;Rochefort & Clarke 2010) και σε Γενικά Νοσοκομεία (Bégat et al. 2005;Gunnarsdóttir et al. 2009) σχετικά με το επαγγελματικό περιβάλλον.

Η μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος των ΤΑΕΠ σε συνάρτηση με την επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών και νοσηλευτών, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών είναι πολύπλοκα ζητήματα που απαιτούν πολυεπίπεδη εμπλοκή. Επιπλέον, η έρευνα στον τομέα της μελέτης του επαγγελματικού περιβάλλοντος στο ΤΑΕΠ, το ιδιόμορφο αυτό τμήμα των νοσηλευτηρίων δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη (Georgopoulos 1985;Patterson et al. 2010;Sayed 2011). Είναι προφανές ότι η έρευνα στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών στα ΤΑΕΠ βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο (Bigham & Buick 2011).

Το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών της επείγουσας ιατρικής έχει σημαντικό αντίκτυπο στο κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Lloyd, Streiner, Hahn, et al. 1994). Η κουλτούρα ασφάλειας σε ένα οργανισμό έχει αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών (SJ Singer et al. 2009).

Αξίζει να τονιστεί ότι η παρούσα είναι η πρώτη έρευνα που αξιολογεί το επαγγελματικό περιβάλλον στα ΤΑΕΠ και περιλαμβάνει τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές, για αυτό και τα αποτελέσματα της θα αποτελέσουν βάση για περαιτέρω μελέτη του όλου θέματος με τη συμπερίληψη και άλλων ομάδων επαγγελματιών υγείας, εκτός από νοσηλευτές και ιατρούς.

Το μέλλον στα επαγγέλματα υγείας βασίζεται στη διερεύνηση των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος (Lake 2002) και η παρούσα διατριβή έχει σκοπό να εμπλουτίσει την υπάρχουσα γνώση όσον αφορά τους παράγοντες που συνθέτουν το επαγγελματικό περιβάλλον (με όλες τις σημαντικές παραμέτρους του), την επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών και των νοσηλευτών και την ποιότητα της φροντίδας και ασφάλεια των ασθενών των ΤΑΕΠ.

Κατά την αξιολόγηση του επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης, θα πρέπει το επίκεντρο να εστιάζεται στο πώς οι εργαζόμενοι αισθάνονται σχετικά με την εργασία τους και τις προσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, καθώς και για το πώς η ηγεσία επηρεάζει την ικανοποίηση των εργαζομένων. Χωρίς αμφιβολία, ικανοποιημένοι εργαζόμενοι είναι ο απώτερος στόχος του κάθε ηγέτη. Από την άλλη πλευρά, ο στόχος του κάθε εργαζόμενου είναι να βρεί το είδος της εργασίας που ταιριάζει με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά του, να του δίνει τη δυνατότητα επιτυχίας και να του παρέχει ευκαιρίες για ανέλιξη. Ικανοποιημένοι εργαζόμενοι τείνουν να είναι πιο παραγωγικοί,

καθώς και άμεση συσχέτιση έχει αποδειχθεί μεταξύ της ικανοποίησης του προσωπικού και η ικανοποίηση των ασθενών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Tzeng 2002).

Από οργανωσιακής άποψης το ΤΑΕΠ άν και είναι ένα μικρό τμήμα του νοσοκομείου, εντούτοις αποτελεί ένα αρκετά πολύπλοκο και «προβληματικό» κομμάτι. Το ΤΑΕΠ είναι μια ημιαυτόνομη οντότητα που οφείλει να αντεπεξέλθει τόσο σε εσωτερικά δύσκολα προβλήματα σε σχέση με το νοσοκομείο όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον (Georgoroulos 1985). Οι περισσότεροι παράγοντες που αναφέρθηκαν πιο πάνω και αφορούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στοιχεία που επηρεάζουν το επαγγελματικό περιβάλλον απαντώνται στα ΤΑΕΠ και επηρεάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τμημάτων αυτών. Η ανάγκη για ομαδική εργασία και επικοινωνία στα ΤΑΕΠ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την εύρυθμη λειτουργία τους και το αποτέλεσμα της συνεργασίας καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών (Turner 2012), τη μείωση των ιατρογενών λαθών και την ελάττωση των ωρών αναμονής (Manser 2009). Η επικοινωνία στα ΤΑΕΠ είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και η οποιαδήποτε διαταραχή της δυνατόν να οδηγήσει σε ανεπαρκή φροντίδα του ασθενή, απώλεια πληροφοριών, καθυστερήσεις και μειωμένη αποδοτικότητα (Krug 2008). Η μέτρηση της ποιότητας στα ΤΑΕΠ είναι πολύ σημαντική εφόσον ένας κύριος στόχος των τμημάτων αυτών είναι να ελαττώσει τη θνησιμότητα και την αναπηρία από το τραύμα και την καρδιακή ανακοπή (ElSayed 2011). Εφόσον οι περισσότεροι ασθενείς προσέρχονται στο ΤΑΕΠ με συμπτώματα και χωρίς συγκεκριμένη διάγνωση, είναι επιτακτικό οι επαγγελματίες υγείας στο τμήμα αυτό να έχουν επαρκείς ικανότητες και είναι πολύ καλά εκπαιδευμένοι για να μπορούν να προσφέρουν υψηλής ποιότητας

φροντίδα υγείας που να βασίζεται σε βασικές αρχές και πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις (Burström & Letterstål 2014).

Λόγω της διαφορετικότητας των επιπέδων σοβαρότητας των περιστατικών που προσέρχονται στα ΤΑΕΠ, της μεγάλης προσέλευσης και της πολλαπλότητας και πολυπλοκότητας των περιστατικών, για να είναι επιτυχημένο ένα ΤΑΕΠ απαιτείται αποτελεσματική διοίκηση για να συντονίζει αυτό το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Almeida 2004).

Πρωτοτυπία της μελέτης

Οι βασικότεροι εταίροι στην παροχή της φροντίδας υγείας είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές, χωρίς αυτό βέβαια να παραγνωρίζει και τη συνεισφορά των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας στην παροχή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Η αρμονική συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία των νοσηλευτηρίων τόσο σανσυνολικές οντότητες αλλά και σαν επιμέρους κλινικά τμήματα. Η μελέτη των δύο αυτών επαγγελματικών ομάδων είναι άκρως σημαντική ειδικά σήμερα που οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι και η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας είναι όσο ποτέ άλλοτε το ζητούμενο. Το επαγγελματικό περιβάλλον στα νοσηλευτήρια αλλά και ειδικότερα στα ΤΑΕΠ δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Οι απόψεις των ιατρών τόσο των ΤΑΕΠ αλλά και των άλλων κλινικών τμημάτων για το επαγγελματικό περιβάλλον δεν αποτέλεσαν πεδίο συστηματικής μελέτης. Ειδικότερα, στο χώρο των ΤΑΕΠ, όπου οι σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών και το ευρύτερο επαγγελματικό περιβάλλον είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έχουν άμεσο αντίκτυπο στην έκβαση της υγείας των ασθενών, η έρευνα στον τομέα αυτό δεν είναι ανεπτυγμένη.

Προηγούμενες σχετικές μελέτες περιορίζονται είτε στη διερεύνηση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος σε κλινικές των νοσοκομείων εκτός του ΤΑΕΠ είτε σε συμπερίληψη μόνο μιας επαγγελματικής ομάδας-αυτής των νοσηλευτών- απουσιάζοντας η διερεύνηση των απόψεων και των ιατρών ταυτόχρονα. Τα κενά αυτά καλύπτονται από την παρούσα έρευνα. Είναι σαφές ότι η διατριβή αυτή αποτελεί την πρώτη προσπάθεια μελέτης του συγκεκριμένου θέματος στην Κύπρο, αλλά και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Ως εκ τούτου, μια βασική πρωτοτυπία της μελέτης αυτής εστιάζεται κυρίως στη συμπερίληψη και της επαγγελματικής ομάδας των ιατρών σαν πληθυσμός-στόχος στη χρήση του εργαλείου του επαγγελματικού περιβάλλοντος. Μέσα από μία συγκριτική προσέγγιση διερευνώνται οι απόψεις τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών των δημοσίων ΤΑΕΠ αναφορικά με το Επαγγελματικό Περιβάλλον, την Επαγγελματική Ικανοποίηση, το Κλίμα Ασφάλειας και η Αυτοαναφερόμενη Ποιότητα της φροντίδας.

Επίσης, είναι σημαντική η συνεισφορά της μελέτης στη μεθοδολογία της έρευνας με την πολιτισμική προσαρμογή των ερευνητικών εργαλείων τα οποία έχουν σταθμιστεί με πολλαπλές δοκιμασίες ελέγχου και μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο σε ιατρούς όσο και σε νοσηλευτές σε νοσοκομεία του ελληνικού χώρου.

Με την πρώτη αυτή προσπάθεια θα ανοίξει ο δρόμος για τη χρησιμοποίηση του έγκυρου αυτού εργαλείου και σε ιατρούς και έτσι θα γίνει πιο εκτεταμένα η σύγκριση μεταξύ των δύο αυτών σημαντικών συντελεστών της παροχής φροντίδας υγείας.Εξάλλου, οι οποιεσδήποτε διαφορές θα μπορούν να χρησιμεύσουν προς όφελος του κοινού σκοπού που δεν είναι άλλος από την αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας στον ασθενή.

Μια άλλη σημαντική πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης είναι η ταυτόχρονη μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος, της επαγγελματικής ικανοποίησης, του κλίματος ασφάλειας και της αυτοαναφερόμενης ποιότητας. Με τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών αναδεικνύονται καλύτερα τα συστατικά στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τόσο την επαγγελματική ικανοποίηση, όσο και το κλίμα ασφάλειας αλλά και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα και γίνεται ξεκάθαρο πώς αυτά τα επί μέρους στοιχεία εξηγούν τις άλλες τρεις μεταβλητές.

Επιλέον, η χρησιμοποίηση του εργαλείου του επαγγελματικού περιβάλλοντος και ο συνδυασμός των προαναφερομένων εργαλείων στα συγκεκριμένα σηματικότατα νοσηλευτικά τμήματα τα ΤΑΕΠ αποτελεί μια ακόμα πρωτοτυπία, λόγω του αδιαμφισβήτητου γεγονότος ότι η έρευνα στο νευραλγικότατο αυτό τμήμα των νοσηλευτηρίων δεν είναι επαρκώς αναπτυγμένη. Η συνεισφορά της παρούσας έρευνας είναι ιδιαίτερα σημαντική και χρήσιμη διότι θα συμβάλει στην κατανόηση των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών των δημοσίων ΤΑΕΠ για το Επαγγελματικό Περιβάλλον και παρέχει υλικό και πληροφορίες οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη στοχευόμενων παρεμβάσεων τόσο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης των ιατρών και νοσηλευτών όσο και στη βελτιστοποίηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών στο νευραλγικό αυτό τμήμα του νοσοκομείου.

B.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο1. Υλικό και Μέθοδος

1.1.Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική-συγκριτική και συσχέτισης. Θα επιχειρηθεί σύγκριση μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, ιατρών και νοσηλευτών καθώς και σύγκριση των απόψεων τους σε σχέση με το επαγγελματικό περιβάλλον, την ικανοποίηση από την εργασία τους, την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το συγκεκριμένο είδος μελέτης επιλέχθηκε γιατί δεν αρκείται στην περιγραφή ενός φαινομένου, αλλά επιδιώκει τον εντοπισμό με στατιστικά μέσα, σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών (Kerlinger 1986; Wood & Haber 1994).Ο λόγος της επιλογής της διεξαγωγής ποσοτικής έρευνας σχετίζεται άμεσα με τα ερευνητικά ερωτήματα (Polit & Beck 2004; Μερκούρης 2008b). Συγκεκριμένα, μέσω της ποσοτικής έρευνας είναι δυνατή η διερεύνηση (περιγραφή) του δείκτη αξιολόγησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων, η αξιολόγηση των απόψεων για την ποιότητα της φροντίδας και το κλίμα ασφάλειας όπως την αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες όπως επίσης και των δημογραφικών παραγόντων που τις επηρεάζουν. Ταυτόχρονα, η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης παρέχει τη δυνατότητα τα αποτελέσματα να συγκριθούν με στοιχεία άλλων ερευνών με παρόμοια ερευνητική μέθοδο, αλλά και να γενικευθούν, υπό προϋποθέσεις, στον υπό διερεύνηση πληθυσμό (Μερκούρης 2008;Bowling 2009).Υπόθεση μας ήταν ότι οι απόψεις των συμμετεχόντων για το επαγγελματικό τους

περιβάλλον πιθανό να σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πέντε ΤΑΕΠ των Κρατικών Νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Συμμετείχαν όλοι οι ιατροί και οι νοσηλευτές των ΤΑΕΠ.

1.2.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με το Επαγγελματικό Περιβάλλον στα δημόσια ΤΑΕΠ σε σχέση με την επαγγελματική τους ικανοποίηση και τις απόψεις τους σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης επείγουσας φροντίδας.

1.3.Επιμέρους ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το επαγγελματικό τους περιβάλλον; Υπάρχει διαφορά στις απόψεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων;
2. Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ από την εργασία τους; Υπάρχει διαφορά του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων;
3. Ποιες είναι οι απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ; Υπάρχει διαφορά στις απόψεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων;
4. Ποιες είναι οι απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας η οποία παρέχεται στα ΤΑΕΠ; Υπάρχει διαφορά στις απόψεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων;

5. Ποια σχέση υπάρχει μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών του ΤΑΕΠ; Αν υπάρχει σχέση μεταξύ των επί μέρους παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής ικανοποίησης, τότε σε ποιο βαθμό αυτοί οι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να καθορίσουν την επαγγελματική ικανοποίηση;
6. Ποια σχέση υπάρχει μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το κλίμα ασφάλειας; Αν υπάρχει σχέση μεταξύ των επί μέρους παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, τότε σε ποιο βαθμό αυτοί οι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να καθορίσουν τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας;
7. Ποια σχέση υπάρχει μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα ΤΑΕΠ; Αν υπάρχει σχέση μεταξύ των επί μέρους παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τότε σε ποιο βαθμό αυτοί οι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να καθορίσουν τις απόψεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας;
8. Διαφοροποιούνται οι απόψεις για το επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση, το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία;

1.4. Δείγμα της μελέτης-Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν όλοι οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ (απογραφή) για αυτό και δεν τίθεται θέμα αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα έπρεπε να ήταν εγγεγραμμένοι ιατροί και νοσηλευτές (βάσει της ισχύουσας οικείας νομοθεσίας) εργαζόμενοι στο ΤΑΕΠ για τουλάχιστον περίοδο έξη μηνών, ούτως ώστε να έχουν εξοικειωθεί με το σύστημα λειτουργίας των ΤΑΕΠ. Η συμμετοχή στην έρευνα έγινε πάνω σε εντελώς εθελοντική βάση μετά από πληροφορημένη συναίνεση.

Δόθηκαν ερωτηματολόγια στους ιατρούς και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου, Πάφου, που πληρούσαν τις πιο πάνω προϋποθέσεις. Συνολικά στα ΤΑΕΠ εργάζονται 277 άτομα-67 ιατροί και 210 νοσηλευτές και τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε όλους εφού στην ουσία πρόκειται περί απογραφής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Ιουλίου-Αυγούστου 2013.

1.5. Ερευνητικά εργαλεία

Στις μελέτες οι οποίες πραγματεύονται τα θέματα του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος, την Επαγγελματική Ικανοποίηση των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ, τις απόψεις για την Ασφάλεια των ασθενών και την Ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας έχει χρησιμοποιηθεί ποικιλία εργαλείων μέτρησης (περιγράφονται αναλυτικά στο Μέρος Α, κεφάλαιο 6).

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιβαλλόταν η χρησιμοποίηση πέραν του ενός εργαλείων μέτρησης γι' αυτό και κρίθηκε αναγκαία η χρησιμοποίηση τριών εργαλείων: ενός για τη διερεύνηση των απόψεων για το Επαγγελματικό Περιβάλλον, ενός για τη μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και ενός για τη διερεύνηση των

απόψεων σχετικά με το Κλίμα Ασφάλειας στα ΤΑΕΠ. Μετά, προστέθηκε μια ερώτηση σχετικά με τις απόψεις για την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας στα ΤΑΕΠ. Τέλος, ζητήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία.

1.5.1. Κριτήρια επιλογής ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια θα έπρεπε να:

- Σχετίζονται άμεσα και να απαντούν στα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα
- Είναι σύντομα σε έκταση, έτσι που να διευκολύνεται η πλήρης και εύκολη συμπλήρωσή τους
- Έχουν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες
- Έχουν χρησιμοποιηθεί στον πληθυσμό της έρευνας (ιατρούς και νοσηλευτές)
- Είναι κατανοητά στον υπό διερεύνηση πληθυσμό
- Βασίζονται σε θεωρητικό υπόβαθρο και σαφείς ορισμούς εννοιών, γεγονός που να αποδίδει αξία στο περιεχόμενό τους
- Να είναι όσο το δυνατό πιο ειδικά για το υπό εξέταση επαγγελματικό περιβάλλον, δηλαδή το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.

Μετά από διεξοδική συζήτηση με τους επιβλέποντες καθηγητές και έχοντας υπόψη τα πιο πάνω κριτήρια επιλέγηκαν τα πιο κάτω εργαλεία:

- Revised Professional Practice Environment (RPPE) μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος (ΑΠΕΑ)
- Το μέρος του ερωτηματολογίου WARR-COOK-WALL (Job Satisfaction Scale) μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης

- Το μέρος του Emergency Medicine Services-Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) (Safety Climate Domain) που αφορά την αξιολόγηση των απόψεων σχετικά με το κλίμα ασφάλειας
- Μια γενική ερώτηση για την αξιολόγηση των απόψεων σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Τα πιο πάνω ερωτηματολόγια κρίθηκαν κατάλληλα για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα. Τα εργαλεία έχουν ληφθεί από τη διεθνή βιβλιογραφία, έχει αξιολογηθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία τους και έχουν χρησιμοποιηθεί σε συγκεκριμένες μελέτες .

1.5.2.Εργαλείο διερεύνησης των απόψεων για το Επαγγελματικό Περιβάλλον στο χώρο του ΤΑΕΠ

Εργαλεία διερεύνησης των απόψεων για το Επαγγελματικό Περιβάλλον στη νοσηλευτική ξεκίνησαν να δημιουργούνται κυρίως στις ΗΠΑ λίγο πριν το 1990 (περιγράφονται αναλυτικά στο Μέρος Α, κεφάλαιο 6). Παρά την ποικιλία των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος, πολλά από τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτά μπορούν να αναχθούν στο θεωρητικό υπόβαθρο που διέπει τα νοσοκομεία Magnet (κεφάλαιο 4). Ερευνητικά εργαλεία τα οποία να εξετάζουν το επαγγελματικό περιβάλλον στα ΤΑΕΠ δεν έχουν βρεθεί στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, γι' αυτό και θεωρήθηκε ικανοποιητική η χρησιμοποίηση ενός γενικότερου εργαλείου.

Η αρχική κλίμακα Professional Practice Environment (PPE) σχεδιάστηκε στα τέλη του 1998 στις ΗΠΑ για να αξιολογεί τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το επαγγελματικό τους περιβάλλον. Αργότερα, το 2005 μετά από επανεξέταση της

κλίμακας προστέθηκαν και άλλες ερωτήσεις και έγιναν όλες 42 συνολικά τον αριθμό. Μετά από διάφορες παραγοντικές αναλύσεις (επιβεβαιωτική και διερευνητική) διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο με 39 ερωτήσεις, το οποίο ονομάστηκε Revised PPE. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο Revised PPE , αποτελείται από 39 ερωτήματα κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 4 (1=διαφωνώ έντονα μέχρι 4=συμφωνώ έντονα) και μετρά οκτώ χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος όπως ηγεσία και αυτονομία, έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος, επικοινωνία με τους ασθενείς, ομαδική εργασία, διαχείριση συγκρούσεων, διεπαγγελματικές σχέσεις, εσωτερική παρακίνηση και πολιτισμική ευαισθησία (Erickson et al. 2004; Erickson et al. 2009b).

Οι ερωτήσεις του πρώτου ερωτηματολογίου βοήθησαν να απαντηθεί το επιμέρους ερώτημα της παρούσας εργασίας, που αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το επαγγελματικό περιβάλλον στα ΤΑΕΠ.

Το εργαλείο RPPE, ήταν το βασικό εργαλείο σε αυτή τη μελέτη λόγω του ότι το Επαγγελματικό Περιβάλλον αποτελούσε το κύριο ερευνητικό ερώτημα. Λόγω του ότι δεν κάλυπτε επαρκώς το θέμα των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας ούτε και τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, έγινε αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία για συμπληρωματικά εργαλεία για τις άλλες υπό μελέτη έννοιες. Ένα βασικό κριτήριο καταλληλότητας για την επιλογή συγκεκριμένων εργαλείων ήταν και η έκτασή τους και ως αποτέλεσμα ο χρόνος συμπλήρωσής τους, αφού το RPPE κρίθηκε ως ιδιαίτερα εκτενές (39 ερωτήσεις).

1.5.3.Εργαλείο μέτρησης του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ

Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης ικανοποίησης από την εργασία το οποίο έχει σχεδιαστεί από τους Warr-Cook-Wall (Warr et al. 1979) για την αξιολόγηση των στάσεων για την εργασία «work attitudes». Λόγω του μεγάλου μεγέθους του εργαλείου RPPE και της επικάλυψης διαφόρων ερωτήσεων με ερωτήσεις του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, δόθηκε μόνο το συγκεκριμένο μέρος που αφορά στην επαγγελματική ικανοποίηση. Μετά από εξέταση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν και άλλες μελέτες σε επαγγελματίες υγείας (σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Γερμανία και Ηνωμένο Βασίλειο) στις οποίες χρησιμοποιήθηκε μόνο η διάσταση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Sibbald et al. 2000;Simoens et al. 2002;Christl et al. 2010;Szecsenyi et al. 2011;Goetz et al. 2011).

Το μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση αποτελείται από 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 7 (1=έντονη δυσαρέσκεια μέχρι 7=έντονη ευαρέσκεια). Οι ερωτήσεις αφορούν τα ακόλουθα: ικανοποίηση από τις ώρες εργασίας, ικανοποιητική αμοιβή, αναγνώριση από καλή επίδοση στην εργασία, ευκαιρίες χρησιμοποίησης των ικανοτήτων, σχέσεις με τους συναδέλφους, ελευθερία επιλογής μεθόδου εργασίας, εκχώρηση ευθύνης, συνθήκες εργασίας, ποικιλία στην εργασία και τέλος συνολική ικανοποίηση.

Οι ερωτήσεις του εργαλείου αυτού θα βοηθήσουν να απαντηθεί το επιμέρους ερώτημα της παρούσας εργασίας, που αφορούσε τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ.

1.5.4.Εργαλείο διερεύνησης των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο SAQ το οποίο εξετάζει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών χρησιμοποιήθηκε σε διάφορες νοσοκομειακές μονάδες όπως Μονάδες Εντατικής Φροντίδας, χειρουργεία κ.α (Sexton et al. 2004;J. B. Sexton et al. 2006;Modak et al. 2007;Huang et al. 2007). Το αρχικό αυτό ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 61 ερωτήσεις που αφορούν 6 πεδία: κλίμα ασφάλειας, ομαδική εργασία, αναγνώριση έντασης (στρες), εργασιακές συνθήκες, θέματα διοίκησης, εργασιακή ικανοποίηση (Sexton et al. 2004).

Αργότερα το SAQ τροποποιήθηκε για χρησιμοποίηση σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Patterson et al. 2010), το «EMERGENCY MEDICAL SERVICES SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE» το οποίο και θεωρήθηκε κατάλληλο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης αφού είχε προσαρμοστεί ακριβώς για τα υπό εξέταση Τμήματα. Όμως μετά από μελέτη του EMS-SAQ και του RPPE παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν αρκετές επικαλύψεις, γιαυτό και αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μόνο ένα μέρος του ερωτηματολογίου EMS-SAQ, δηλαδή αυτό που αφορά τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κλίμα ασφάλειας. Το μέρος αυτό αποτελείται από 7 ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο πεδίο των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και τη διαχείριση των λαθών στο ΤΑΕΠ. Επιπρόσθετα, τόσο το ερωτηματολόγιο EMS-SAQ όσο και το RPPE είναι αρκετά μακροσκελή και λόγω του ότι ορισμένα σημεία του EMS-SAQ επικαλύπτονταν από το RPPE, θεωρήθηκε σκόπιμο να δοθεί μόνο το μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά το κλίμα ασφάλειας (Relihan et al. 2009). Αφού έγινε επικοινωνία με τους κατασκευαστές του εργαλείου EMS-SAQ, εξασφαλίστηκε η άδεια τους να χρησιμοποιηθεί μόνο το συγκεκριμένο μέρος που αφορά το κλίμα ασφάλειας, αφού οι ερωτήσεις των υπολοίπων πέντε διαστάσεων καλύπτονταν σε μεγάλο βαθμό

από αντίστοιχες ερωτήσεις του RPPE και του ερωτηματολογίου για την επαγγελματική ικανοποίηση. Το μέρος του ερωτηματολογίου EMS-SAQ που αφορά στο κλίμα ασφάλειας, αποτελείται από 7 ερωτήσεις κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 5 (1=διαφωνώ έντονα μέχρι 5=συμφωνώ έντονα). Οι ερωτήσεις του εργαλείου αυτού θα βοηθήσουν να απαντηθεί το τρίτο επιμέρους ερώτημα της παρούσας εργασίας, που αφορά στη διερεύνηση των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ σχετικά με το κλίμα ασφάλειας.

1.6. Η διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και των αντιλήψεων των ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ

Το εργαλείο RPPE είχε ήδη μεταφραστεί στα ελληνικά και είχε χρησιμοποιηθεί σε διεθνείς και εθνικές μελέτες στην Κύπρο (Papastavrou et al. 2011; Papastavrou et al. 2013; Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014). Για τη μετάφραση των υπόλοιπων ερωτηματολογίων ακολουθήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες MAPI (MAPI Research Institute 2009). Συγκεκριμένα, μεταφράστηκαν τα ερωτηματολόγια για την Επαγγελματική Ικανοποίηση και τις αντιλήψεις για την Ασφάλεια. Έγινε αρχικά μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά από 3 άτομα (ένα ιατρό, ένα νοσηλεύτη και ένα πολίτη-με πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας) και κατόπιν έγινε συνάντηση της ερευνητικής ομάδας όπου αποφασίστηκε ποια μετάφραση ανά ερώτηση ήταν η καταλληλότερη. Μετά, τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από τέταρτο άτομο-νοσηλεύτη αντίστροφα στα Αγγλικά προκειμένου να εξασφαλισθεί η ακριβής απόδοση τους στα ελληνικά. Στη συνέχεια έγινε σχολαστικός έλεγχος και συζήτηση από την ερευνητική ομάδα (expert panel) και τέλος έγιναν

ορισμένες αλλαγές και ελάχιστες γλωσσικές βελτιώσεις ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοση στα ελληνικά.

1.7.Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

Το ερευνητικό πρωτόκολλο, συμπεριλαμβανομένων και των ερωτηματολογίων υποβλήθηκαν και εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ερευνών του Υπουργείου Υγείας και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ ΕΠ 2011.01.46) σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία για τη διεξαγωγή ερευνών στην Κύπρο. Έγινε επίσης «Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας» στην Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Η διεξαγωγή της έρευνας κινήθηκε στα πλαίσια που απαιτούνται για τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας(Karr 2006), όπως η διασφάλιση ανωνυμίας, η εμπιστευτικότητα και η πληροφορημένη συναίνεση. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κρίθηκε ως συναίνεση γι' αυτό και δεν χρειάστηκε οι συμμετέχοντες να υπογράψουν ξεχωριστό έντυπο.Επίσης, έχουν διασφαλιστεί όλες οι απαραίτητες άδειες για τη μετάφραση και χρήση των εργαλείων από τους ερευνητές οι οποίοι τα κατασκεύασαν. Όλες οι απαντήσεις καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή στον οποίο πρόσβαση έχουν μόνο οι ερευνητές. Η ασφάλεια των στοιχείων διασφαλίστηκε από αριθμό μηχανισμών όπως κώδικες πρόσβασης κλπ και τα ερωτηματολόγια φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο στον οποίο πρόσβαση έχει μόνο ο ερευνητής και ο επιστημονικός υπεύθυνος.

1.8.Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Μετά την έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου, και για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ορίστηκαν «σημεία

επαφής» που είχαν την ευθύνη διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων. Οι λειτουργοί αυτοί αφού έδιναν το σετ των ερωτηματολογίων (που αποτελείτο από ενημερωτική επιστολή, δημογραφικά στοιχεία, μια ερώτηση για τις αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας, το ερωτηματολόγιο των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον, το ερωτηματολόγιο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και το ερωτηματολόγιο για τις αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών) ζητούσαν από τους συμμετέχοντες να το επιστρέψουν συμπληρωμένο εντός μιας βδομάδας και παράλληλα διαβεβαίωναν ότι θα τηρείτο η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα.

Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του συνόλου και των τριών ερευνητικών εργαλείων (συμπεριλαμβανομένων και των δημογραφικών στοιχείων) υπολογίστηκε σε περίπου 40 λεπτά. Η συμπλήρωση έγινε σε χώρο εκτός των ΤΑΕΠ. Στις τρεις μέρες μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων, ο λειτουργός-σημείο επαφής προέβαινε σε υπενθύμιση προς τους εν δυνάμει συμμετέχοντες για να προχωρήσουν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Μετά τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου, τα σημεία επαφής προέβαιναν στη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων και τα παρέδιδαν στην κύρια ερευνήτρια. Ακολουθούσε η αρίθμηση, κωδικοποίηση και μεταφορά των δεδομένων στο πρόγραμμα SPSS μέχρι τη συμπλήρωση ολόκληρου του δείγματος. Η ανταποκρισιμότητα ήταν της τάξης του 81%.

1.9. Μελέτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας

Αξιοπιστία ενός ερευνητικού εργαλείου μπορεί να οριστεί ως *η έκταση στην οποία το εργαλείο δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις και αναφέρεται στην αναλογία ακρίβειας και ανακρίβειας στη μέτρηση* (Cronbach 1951) (Polit & Hungler 1995). Στις εκτιμήσεις εσωτερικής συνοχής, συντελεστής αξιοπιστίας είναι ο

συντελεστής α του Cronbach (Cronbach's alpha or coefficient alpha) ένας ευρύτατα διαδεδομένος δείκτης με τον οποίο υπολογίζεται η εσωτερική συνοχή ή η ομοιογένεια ενός οργάνου το οποίο αποτελείται από διάφορα υποτομήματα. Η μελέτη της εσωτερικής συνοχής του εργαλείου έγινε χρησιμοποιώντας το συντελεστή Cronbach alpha. Ο συντελεστής αυτός μπορεί να υπολογιστεί σχετικά εύκολα με μια μόνο δοκιμασία και μπορεί να (Cronbach 1951) πάρει τιμές από το 0 μέχρι το 1. Όσο μεγαλύτερη η τιμή του α , η δοκιμασία θεωρείται πιο αξιόπιστη. Συνήθως μια τιμή 0,7 και πάνω θεωρείται αποδεκτή (Nunally & Bernstein 1978). Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ένας ψηλός συντελεστής α δεν συνεπάγεται πάντα υψηλή εσωτερική συνοχή. Αυτό μπορεί να συμβεί γιατί ο συντελεστής α επηρεάζεται και από το μέγεθος του εργαλείου, στην περίπτωση που αυτό είναι βραχύ (Nunally & Bernstein 1978; Streiner 2003; Tavakol & Dennick 2011).

Όσον αφορά στην εγκυρότητα του εργαλείου RPPE, αυτή έγινε σε δείγμα 393 νοσηλευτών (Papastavrou et al., 2015, accepted for publication at the Journal of Nursing Measurement) με επιβεβαιωτική και διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Συγκεκριμένα, στην παραγοντική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι η πρόταση για 7 ομαδοποιημένους παράγοντες εξηγεί το 55,03% της μεταβλητότητας.

Για τα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και των απόψεων των συμμετεχόντων για το κλίμα ασφάλειας λόγω κυρίως του μικρού αριθμού ερωτήσεων που τα αποτελούσαν, πραγματοποιήθηκε εγκυρότητα όψεως (<http://dissertation.laerd.com/face-validity.php>) από ομάδα ειδικών, που δείχνει ότι ένα εργαλείο μέτρησης φαίνεται ότι εκτιμά την έννοια που αναφέρεται ότι μετράει. Στην εγκυρότητα όψεως γίνεται μια αδρή υποκειμενική εκτίμηση του εργαλείου μέτρησης σε

σχέση με αυτό που αναμένεται να μετρήσει και εάν το περιεχόμενο των ερωτήσεων είναι εννοιολογικά σχετικό με ότι προτίθεται να μετρήσει.

1.10.Ανάλυση των δεδομένων της έρευνας

Τα δεδομένα τα οποία συγκεντρώθηκαν από τη συμπλήρωση των κλιμάκων RPPE, Επαγγελματικής Ικανοποίησης, Απόψεων για την Ασφάλεια και την Ποιότητα, καθώς και των δημογραφικών στοιχείων κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στο λογισμικό SPSS 21. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και περαιτέρω αναλύσεις και στατιστικές δοκιμασίες που περιγράφονται πιο κάτω.

1.11.Περιγραφική στατιστική

Για την περιγραφή της κατανομής των τιμών των δεικτών στο δείγμα της μελέτης υπολογίστηκαν μέτρα κεντρικής θέσης (εύρος τιμών και μέση τιμή), μέτρα διασποράς (τυπική απόκλιση), μέτρα ασυμμετρίας και κύρτωσης, καθώς και πίνακες συχνοτήτων.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά με την μορφή ιστογραμμάτων και κυκλικών διαγραμμάτων. Η συνολική βαθμολογία κρίθηκε ως προτιμότερη για σκοπούς σύγκρισης μεταξύ των διαφόρων παραγόντων λόγω του ότι έχουν διαφορετικό αριθμό ερωτήσεων και ως αποτέλεσμα η συνολική βαθμολογία αποκτά διαφορετική ερμηνεία, αφού έχουν διαφορετικό θεωρητικό εύρος τιμών.

1.12.Στατιστικές δοκιμασίες- επιλογή των στατιστικών μοντέλων ανάλυσης

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των κατηγορικών μεταβλητών (επαγγελματική ομάδα) έγινε υπολογίζοντας τους δείκτες Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk (Pagano, Marcello, Gauvreau 2000). Από τα πιο πάνω προέκυψε ότι η επαγγελματική ομάδα και οι μέσες τιμές των απαντήσεων στην κλίμακα τύπου Likert

των ερευνητικών εργαλείων ακολουθούν την κανονική κατανομή. Με βάση αυτά τα δεδομένα, η εφαρμογή παραμετρικών δοκιμασιών φαίνεται εκ πρώτης όψεως ιδανική επιλογή.

Για τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου που αναφέρονται στο επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση, το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της φροντίδας, σύμφωνα με την δοκιμασία των Shapiro-Wilk (Shapiro και Wilk., 1965) χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές δοκιμασίες όπως το t-τεστ (έλεγχοι υποθέσεων για δύο ανεξάρτητα δείγματα – έλεγχος συνάρτησης (independent t-tests) και η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA).

Με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση διαφορών μεταξύ των συγκρινόμενων επαγγελματικών ομάδων σε σχέση με το επαγγελματικό περιβάλλον και στους επιμέρους παράγοντες που το αποτελούν, επιχειρήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών των μεταβλητών. Εφόσον ένας από τους σκοπούς της έρευνας ήταν ο έλεγχος για τη διαφορά μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων (ιατροί και νοσηλεύτες) ως προς τη μέση τιμή εφαρμόστηκε η δοκιμασία t-τεστ. Για σκοπούς διενέργειας συγκρίσεων μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες.

Η δοκιμασία ANOVA χρησιμοποιήθηκε στις περιπτώσεις σύγκρισης των μέσων τιμών των συνεχών μεταβλητών με την επαρχία εργασίας των συμμετεχόντων και τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας.

Για την ανάλυση των σχέσεων μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συσχέτισης Pearson correlation coefficient (r) και έλεγχος για τη στατιστική σημαντικότητα του συντελεστή συσχέτισης. Με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Pearson γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη ή όχι συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών

μεταβλητών, με το συντελεστή αυτό να παίρνει τιμές από -1 έως και +1. Ο βαθμός της ευθύγραμμης/γραμμικής (linear) συσχέτισης αξιολογείται με την τιμή του r και η κατεύθυνση με το πρόσημο του (Μερκούρης 2008b). Η ερμηνεία όμως του δείκτη αυτού γίνεται με το r^2 που ονομάζεται συντελεστής προσδιορισμού και προσδιορίζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της μιας μεταβλητής που εξηγείται από την άλλη. Έτσι, προχωρήσαμε στο μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης μεταξύ των επιμέρους παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος και της Ασφάλειας, Ποιότητας και Ικανοποίησης (μονομεταβλητό μοντέλο). Με τη δοκιμασία αυτή σκοπεύουμε να διαπιστώσουμε ποιοι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και σε ποιο βαθμό μπορούν να καθορίσουν την ποιότητα, την ικανοποίηση και την ασφάλεια.

Σε δεύτερο στάδιο επιχειρήθηκε πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση κατά στάδια (Stepwise multiple regression) με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (ως ανεξάρτητες μεταβλητές) και το κλίμα ασφάλειας, Ποιότητα και Ικανοποίηση (ως εξηρημένες μεταβλητές) με σκοπό τη διερεύνηση ποιοι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος προβλέπουν και σε ποιο βαθμό το κλίμα ασφάλειας, την ποιότητα και την ικανοποίηση.

Σε τρίτο στάδιο, αφού διχοτομήθηκαν οι εξηρημένες μεταβλητές για να απαντηθεί το ερώτημα που αφορά τυχόν διαφοροποίηση των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, την ποιότητα και την ικανοποίηση αλλά και για σκοπούς σύγκρισης με τα αποτελέσματα άλλων μελετών όπου είχαν χρησιμοποιηθεί ίδια εργαλεία (Patterson et al. 2010; Shaw et al. 2009; Benedetto et al. 2011) πραγματοποιήθηκε δίτιμη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης (binary logistic regression) (Long & Freese 2006). Ως εξηρημένες μεταβλητές ορίστηκαν το κλίμα ασφάλειας (1-3=αρνητική αντίληψη και 4-5=θετική

αντίληψη), η Ποιότητα(1-3=αρνητική αντίληψη και 4-5=θετική αντίληψη) και η Ικανοποίηση (1-4=αρνητική αντίληψη και 5-7=θετική αντίληψη) και ως ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο και η επαγγελματική ομάδα συμμετεχόντων.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων όσον αφορά στην λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης στηρίχθηκε στην μεταβολή του σχετικού λόγου των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (OddsRatio) της εξαρτημένης μεταβλητής για κάθε μοναδιαία αύξηση στην τιμή μιας συνεχούς ανεξάρτητης μεταβλητής και για κάθε αλλαγή επιπέδου μιας ποιοτικής μεταβλητής σε σχέση με την ομάδα αναφοράς. Στα αριθμητικά μοντέλα υπολογίστηκε η εκθετική τιμή του συντελεστή παλινδρόμησης b [$\exp(b)$], η οποία εκφράζει την μεταβολή στην αναμενόμενη τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής για κάθε μοναδιαία μεταβολή, ή αλλαγή επιπέδου των ανεξάρτητων μεταβλητών (Long & Freese 2006). Σκοπός της δοκιμασίας αυτής ήταν να διερευνηθούν ποια δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων σχετίζονται και πώς με την επαγγελματική ικανοποίηση, το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα.

Για σκοπούς διερεύνησης της σχέσης των παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος με το κλίμα ασφάλειας, την ποιότητα της φροντίδας και την επαγγελματική ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με τις εν λόγω μεταβλητές ως εξηρημένες συνεχείς μεταβλητές. Η μετατροπή σε δίτιμη μεταβλητή έγινε για σκοπούς σύγκρισης των απόψεων μεταξύ ανδρών-γυναικών και νοσηλευτών-ιατρών για το κλίμα ασφάλειας (συνολική κλίμακα 7 ερωτήσεων), την επαγγελματική ικανοποίηση (συνολική κλίμακα 10 ερωτήσεων) και την ποιότητα (1 ερώτηση). Αν και ο διαχωρισμός σε θετική και αρνητική αποτίμηση (με το μεσαίο σημείο να συμπεριλαμβάνεται ως αρνητική) είναι ουσιαστικά αυθαίρετη έγινε τόσο (α) για σκοπούς

σύγκρισης των αποτελεσμάτων με προηγούμενες μελέτες οι οποίες είχαν χρησιμοποιήσει ανάλογες προσεγγίσεις όσο και (β) για να εκτιμηθεί ένα μέγεθος αποτελέσματος ως προς την γενικότερη τάση θετικής αποτίμησης μεταξύ των επαγγελματιών ομάδων λαμβάνοντας υπόψη τη συγχυτική επίδραση του φύλου.

Κεφάλαιο 2: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Για σκοπούς ελέγχου των ερωτηματολογίων (Lavrakas 2008) (αναγνωσιμότητα, κατανόηση ερωτήσεων, διαπίστωση δυσνόητων σημείων) έγινε πιλοτική δοκιμή τους τον Ιούλιο του 2012. Ένας κύριος λόγος που έγινε η πιλοτική μελέτη ήταν διότι το εργαλείο μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ιατρούς.

Αναλυτικά οι σκοποί της πιλοτικής μελέτης ήταν:

- Ο έλεγχος της κατανόησης και της μετάφρασης και η τυχόν ύπαρξη παραλείψεων ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές στα ερωτηματολόγια.
- Ο έλεγχος του απαραίτητου χρόνου που χρειάζεται για τη συμπλήρωσή τους.
- Ο προκαταρκτικός έλεγχος της αξιοπιστίας όλων των ερωτηματολογίων.
- Η επιβεβαίωση της καταλληλότητας των στατιστικών μεθόδων ανάλυσης που θα ακολουθούνταν.

2.1.Ερευνητικό δείγμα και διαδικασία συλλογής των δεδομένων της πιλοτικής μελέτης

Το δείγμα περιελάμβανε 35 άτομα (25 νοσηλευτές και 10 ιατρούς). Ο αριθμός αυτός κρίθηκε επαρκής με βάση το συνολικό δείγμα των 277 ατόμων (Hertzog 2008). Τα άτομα που επιλέγηκαν για την πιλοτική εφαρμογή των ερωτηματολογίων ήταν ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας της επαρχίας Λευκωσίας, γιατί ήταν πιο εύκολα προσβάσιμοι και πολλοί από αυτούς είχαν εργαστεί προηγουμένως σε ΤΑΕΠ . Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε εκτός του χώρου εργασίας των συμμετεχόντων.

2.2.Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των 8 επί μέρους παραγόντων του

Η ανάλυση αξιοπιστίας κατέδειξε τα αποτελέσματα που φαίνονται στον Πίνακα 13. Η αξιοπιστία του συνολικού δείκτη RPPE ήταν 0,89, τιμή που θεωρείται ικανοποιητική. Όσον αφορά στις τιμές της αξιοπιστίας των εργαλείων για τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας ήταν και για τα δύο εργαλεία ικανοποιητικές.

Πίνακας 13: Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των 8 παραγόντων του (πιλοτική εφαρμογή)

| Παράγοντας | Δείκτης (Cronbach α) | Αριθμός ερωτήσεων |
|--------------------------------------|----------------------|-------------------|
| RPPE | 0,89 | 39 |
| Εσωτερική Παρακίνηση | 0,87 | 8 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,79 | 5 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,78 | 3 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,71 | 2 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 0,70 | 9 |
| Ηγεσία | 0,60 | 5 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,60 | 3 |
| Ομαδική εργασία | 0,30 | 4 |

Πίνακας 14: Αξιοπιστία των εργαλείων επαγγελματικής ικανοποίησης και απόψεων για το κλίμα ασφάλειας (πιλοτική εφαρμογή)

| Παράγοντας | Δείκτης (Cronbach α) | Αριθμός ερωτήσεων |
|-------------|----------------------|-------------------|
| Ικανοποίηση | 0,86 | 10 |
| Ασφάλεια | 0,73 | 7 |

2.3. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της πιλοτικής εφαρμογής

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος στατιστικών εφαρμογών SPSS (Statistical Package for Social Science version 19.0). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες και ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-55, όπως φαίνεται στον Πίνακα 15. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της τάξης του 80% είχε υπηρετήσει σε ΤΑΕΠ.

Πίνακας 15: Δημογραφικά στοιχεία της πιλοτικής μελέτης

| Μεταβλητές σχετικά με δημογραφικά στοιχεία και την εργασία | Συνολικός αριθμός (N=35) | Ιατροί (N=10) | Νοσηλευτές (N=25) |
|--|--------------------------|---------------|-------------------|
| ΦΥΛΟ | | | |
| Άνδρες | 11 | 1 | 10 |
| Γυναίκες | 23 | 9 | 14 |
| Ελλείπουσα τιμή | 1 | | |
| ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ | | | |
| 26-35 | 1 | - | 1 |
| 36-45 | 13 | 2 | 11 |
| 46-55 | 17 | 7 | 10 |
| >55 | 3 | 1 | 2 |
| Ελλείπουσα τιμή | 1 | | |
| ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΤΑΕΠ | | | |
| Ναι | 28 | 9 | 19 |
| Όχι | 6 | 1 | 5 |
| Ελλείπουσα τιμή | 1 | | |

Πίνακας 16: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον(RPPE), για την Επαγγελματική Ικανοποίηση, για τις απόψεις για το κλίμα Ασφάλειας και την Ποιότητα και των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (πιλοτική εφαρμογή)

| | Συνολική Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση | Ιατροί (Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση) | Νοσηλευτές (Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση) | p- value |
|---|--|--|--|-------------|
| RPPE(1-4) | 2,74(0,26) | 2,74(0,22) | 2,74(0,28) | 0,94 |
| Ικανοποίηση(1-7) | 4,74(0,69) | 4,86(0,54) | 4,69(0,75) | 0,53 |
| Ασφάλεια (1-5) | 3,41(0,51) | 3,44(0,56) | 3,39(0,51) | 0,81 |
| Ποιότητα (1-5) | 3,85(0,61) | 3,70(0,48) | 3,92(0,65) | 0,35 |
| Εσωτερική Παρακίνηση (1-4) | 3,16(0,44) | 3,05(0,42) | 3,20(0,44) | 0,35 |
| Ηγεσία (1-4) | 2,80(0,32) | 2,77(0,26) | 2,82(0,34) | 0,66 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις (1-4) | 2,80(0,38) | 3,05(0,15) | 2,70(0,40) | 0,01 |
| Πολιτισμική ευαισθησία (1-4) | 2,77(0,48) | 2,73(0,26) | 2,78(0,55) | 0,77 |
| Διαχείριση συγκρούσεων(1-4) | 2,69(0,32) | 2,72(0,30) | 2,68(0,33) | 0,73 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς (1-4) | 2,68(0,43) | 2,67(0,31) | 2,69(0,47) | 0,87 |
| Ομαδική εργασία (1-4) | 2,53(0,35) | 2,45(0,33) | 2,56(0,36) | 0,41 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος(1-4) | 2,31(0,55) | 2,46(0,28) | 2,18(0,50) | 0,21 |

Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρείται στο επίπεδο 0,05

Η μέση τιμή για τη συνολική κλίμακα αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος ήταν 2,74 σε κλίμακα 1-4 (1= διαφωνώ έντονα,4= συμφωνώ έντονα) με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να την αξιολογούν με τον ίδιο βαθμό. Οι ιατροί δηλώνουν επαγγελματικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές (4,86 έναντι 4,69 σε κλίμακα 1-7, όπου 1=έντονα δυσαρεστημένος, 7=έντονα ευχαριστημένος) με μέση τιμή 4,74 χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά. Οι ιατροί έχουν θετικότερες αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών (3,44 έναντι 3,39 σε κλίμακα 1-5, 1=διαφωνώ έντονα,5=συμφωνώ έντονα). Όσον αφορά στις αντιλήψεις για την ποιότητα, οι

νοσηλευτές έχουν θετικότερες αντιλήψεις από τους ιατρούς (3,92 έναντι 3,70 σε κλίμακα 1-5, 1=πολύ κακή, 5=πολύ καλή), χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά. Αναφορικά με τις μέσες τιμές των 8 επί μέρους παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος, ο παράγοντας «εσωτερική παρακίνηση» παρουσιάζεται με τη μεγαλύτερη μέση τιμή και ο παράγοντας «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» με τη χαμηλότερη.

Μόνο στον παράγοντα «διεπαγγελματικές σχέσεις» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Πίνακας 16). Οι ιατροί δίνουν υψηλότερες μέσες τιμές στους ακόλουθους παράγοντες: διεπαγγελματικές σχέσεις, διαχείριση συγκρούσεων και έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος.

Σε διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών μεταξύ τους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απόψεων για την ποιότητα και το κλίμα ασφάλειας, μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και το επαγγελματικό περιβάλλον, μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων για την ασφάλεια. Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ ικανοποίησης και επαγγελματικού περιβάλλοντος με συντελεστή Pearson= 0,737.

Κεφάλαιο 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Αξιοπιστία ερευνητικών εργαλείων του συνολικού δείγματος

Η τιμή του Cronbach α που βρέθηκε για τη συνολική κλίμακα του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν 0,88, τιμή που θεωρείται αρκετά ικανοποιητική. Ο παράγοντας «εσωτερική παρακίνηση» σημείωσε την υψηλότερη αξιοπιστία μεταξύ των 8 επί μέρους παραγόντων και η «ομαδική εργασία» τη χαμηλότερη. Η «διαχείριση συγκρούσεων», η «επικοινωνία για τους ασθενείς» και η «ομαδική εργασία» σημείωσαν χαμηλότερες τιμές αξιοπιστίας (κάτω από 0,70). Ο μικρός αριθμός ερωτήσεων (Tavakol & Dennick 2011) των παραγόντων «επικοινωνία για τους ασθενείς» και «ομαδική εργασία» που περιλαμβάνουν οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι μια από τις αιτίες που εμφανίζουν χαμηλή τιμή (<0,60) αλλά και το γεγονός ότι κάποιες από τις ερωτήσεις τους είναι αντίστροφα κωδικοποιημένες (Rodebaugh et al. 2007).

Πίνακας 17: Αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των 8 παραγόντων του

| | Αξιοπιστία Cronbach α | Αριθμός Ερωτήσεων |
|--------------------------------------|--|--------------------------|
| RPPE(1-4) | 0,88 | 39 |
| Εσωτερική παρακίνηση | 0,82 | 8 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,81 | 5 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,77 | 3 |
| Ηγεσία και αυτονομία | 0,74 | 5 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,71 | 2 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 0,60 | 9 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,36 | 3 |
| Ομαδική εργασία | 0,32 | 4 |

Πίνακας 18: Αξιοπιστία Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Ικανοποίησης και απόψεων για το κλίμα Ασφάλειας

| | Αξιοπιστία Cronbach a | Αριθμός ερωτήσεων |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Ικανοποίηση από την εργασία | 0,90 | 10 |
| Απόψεις για το κλίμα Ασφάλειας | 0,62 | 7 |

Αναφορικά με την αξιοπιστία των 2 άλλων ερευνητικών εργαλείων, αυτή λαμβάνει ικανοποιητική τιμή για την επαγγελματική ικανοποίηση αλλά μόνο 0,62 για τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας.

Κεφάλαιο 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής ανάλυσης που αφορούν τη στατιστική ανάλυση και τις εκτιμήσεις. Αρχικά, γίνεται αναφορά στα κυριότερα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των απαντήσεων των ερωτηματολογίων στο σύνολο του δείγματος, μετά κατά επαγγελματική ομάδα και κατά επαρχία.

Ακολούθως, παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά αποτελέσματα που αφορούν στην αξιολόγηση των αντιλήψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας, και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και τα αποτελέσματα της γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης (μονοπαραγοντικής και πολυπαραγοντικής ανάλυσης).

4.1. Στατιστική ανάλυση δεδομένων – εκτιμήσεις

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων περιελάμβανε δύο στάδια: α. Τη διαφοροποίηση των δύο επαγγελματικών ομάδων των συμμετεχόντων όσον αφορά τις απόψεις τους για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (ως σύνολο και με τους 8 επιμέρους παράγοντες του), τη μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την Ποιότητα της φροντίδας και β. τη διερεύνηση της σχέσης των 8 επί μέρους παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος με την Επαγγελματική Ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την Ποιότητα. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS (Statistical Package for Social Science version 21).

4.1.1.Δημογραφικά στοιχεία

Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν 224 άτομα, 50 ιατροί και 174 νοσηλευτές των ΤΑΕΠ (ποσοστό ανταπόκρισης 81%) (Πίνακας 19) και η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Ιουλίου-Αυγούστου 2013. Μεγάλα σχετικά ποσοστά ανταπόκρισης παρουσιάζονται στις επαρχίες Β και Δ. Συγκεκριμένα, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης για την επαρχία Α ήταν 72,5%, για τη Β 92,7%, τη Γ 76,7%, για τη Δ 95,4% και για την Ε 63,3%. Το ποσοστό ανταπόκρισης των νοσηλευτών ήταν μεγαλύτερο από εκείνο των ιατρών (82,8% έναντι 74,6%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες με ποσοστό 54% και με τους πλείστους, 79%, να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-45. Για σκοπούς προστασίας της ανωνυμίας, η ηλικία δεν συμπεριλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο ως συνεχής μεταβλητή (λόγω της συμπερίληψης στο δείγμα και μικρών ΤΑΕΠ) αλλά ως κατηγορική μεταβλητή με τις ηλικιακές ομάδες που εμφανίζονται στον Πίνακα 20. Η μέση τιμή των ετών εμπειρίας στην ιατρική/νοσηλευτική ήταν 13,41 (Τ.Α.=9,73) και η αντίστοιχη μέση τιμή των ετών πείρας στο ΤΑΕΠ ήταν τα 8,39 (Τ.Α.=7,32) έτη. Οι ιατροί είχαν περισσότερα χρόνια υπηρεσίας τόσο γενικά όσο και στα ΤΑΕΠ. Ο μέσος όρος του αριθμού των ασθενών που ανέφεραν ότι εξυπηρετούν στη βάρδιά τους ήταν 67 (Τ.Α.=39). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι εξυπηρετούν στη βάρδια τους κατά μέσο όρο 75 ασθενείς, ενώ οι ιατροί ανέφεραν 40 (Πίνακας 20). Αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με την επείγουσα ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, όπως ATLS, ALS, ILS και PHTLS, ένα πολύ υψηλό ποσοστό πέραν του 87% δήλωσαν ότι τα είχαν παρακολουθήσει.

Πίνακας 19: Ανταπόκριση κατά επαγγελματική ομάδα και επαρχία

| Επαρχία | Ιατροί | Νοσηλευτές | Ιατροί που ανταποκρίθηκαν | Νοσηλευτές που ανταποκρίθηκαν | Ποσοστό ανταπόκρισης ιατρών | Ποσοστό ανταπόκρισης νοσηλευτών % | Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ανά επαρχία % |
|-----------|--------|------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| A | 20 | 71 | 17 | 49 | 85,0 | 69,1 | 72,5 |
| B | 16 | 53 | 12 | 52 | 75,0 | 98,1 | 92,7 |
| Γ | 13 | 30 | 8 | 25 | 61,5 | 83,3 | 76,7 |
| Δ | 12 | 32 | 11 | 31 | 91,6 | 96,8 | 95,4 |
| E | 6 | 24 | 2 | 17 | 33,3 | 70,8 | 63,3 |
| Παγκύπρια | 67 | 210 | 50 | 174 | 74,6 | 82,8 | 80,9 |

Πίνακας 20: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

| Δημογραφικές μεταβλητές | Συνολικός αριθμός (N=224) | Ιατροί (N=50) | Νοσηλευτές (N=174) |
|--|---------------------------|---------------|--------------------|
| ΦΥΛΟ | | | |
| Ανδρες | 101(46,1%) | 21(43,8%) | 80(46,8%) |
| Γυναίκες | 118(53,9%) | 27(56,3%) | 91(53,2%) |
| Ελλείπουσες τιμές | 5 | 2 | 3 |
| ΕΠΑΡΧΙΑ | | | |
| A | 66(29,5%) | 17(34,0%) | 49(28,2%) |
| B | 64(28,6%) | 12(24,0%) | 52(29,9%) |
| Γ | 33(14,7%) | 8(16,0%) | 25(14,4%) |
| Δ | 42(18,8%) | 11(22,0%) | 31(17,8%) |
| E | 19(8,5%) | 2(4,0%) | 17(9,8%) |
| ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ | | | |
| <25 | 11(4,9%) | - | 11(6,4%) |
| 25-35 | 110(49,3%) | 9(18,0%) | 101(58,4%) |
| 36-45 | 68(30,5%) | 28(56,0%) | 40(23,1%) |
| 46-55 | 28(12,6%) | 9(18,0%) | 19(11,0%) |
| >55 | 6(2,7%) | 4(8,0%) | 2(1,2%) |
| Ελλείπουσες τιμές | 1 | | 1 |
| ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΣΕ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (Τ.Α.) | 13,41(9,73) | 19,65(8,49) | 11,65(9,35) |
| ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΚΑΙ ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ | (1-39) | (3-35) | (1-39) |
| ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΑ ΤΑΕΠ (Τ.Α.) | 8,39(7,32) | 11,08(7,95) | 7,63(6,97) |
| ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΚΑΙ ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ | (1-30) | (1-26) | (1-30) |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΑΙ ΑΝΑ ΒΑΡΔΙΑ(Τ.Α.) | 67,42(39,51) | 40,29(23,54) | 75,01(39,79) |
| ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΚΑΙ ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ | (6-260) | (15-120) | (6-260) |

4.2.Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

4.2.1.Αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος

Για την περιγραφή της κατανομής των τιμών των δεικτών στο δείγμα της μελέτης υπολογίστηκαν μέτρα κεντρικής θέσης (εύρος τιμών και μέση τιμή) και μέτρα διασποράς (τυπική απόκλιση). Τα αποτελέσματα αυτά απαντούν στο ερώτημα της εργασίας που αφορά τις αντιλήψεις των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το επαγγελματικό τους περιβάλλον. Για λεπτομερέστερη ανάλυση των 39 επί μέρους ερωτήσεων, έγινε πίνακας με τις μέσες τιμές ανά ερώτηση. Για σκοπούς πληρέστερης κατανόησης του τρόπου που απάντησαν οι συμμετέχοντες, έγινε διχοτόμηση όλων των απαντήσεων ως ακολούθως: Οι απαντήσεις 1 και 2 (διαφωνώ έντονα και διαφωνώ) κωδικοποιήθηκαν με την τιμή ένα και οι απαντήσεις 3 και 4 (συμφωνώ έντονα και συμφωνώ) με την τιμή δύο, έτσι στην επανακωδικοποίηση ουσιαστικά η θετική αποτίμηση της κάθε ερώτησης σημειώνεται με τον αριθμό 2 και η αρνητική με τον αριθμό 1. Στους Πίνακες 22 και 23 φαίνονται τα εν λόγω αποτελέσματα. Η ερώτηση με τη μικρότερη μέση τιμή (αφορά το συνολικό δείγμα) είναι αυτή με τον αριθμό 7, που ανήκει στον παράγοντα «έλεγχος στην εργασία» με μέση τιμή 1,90 και θετική αποτίμηση μόνο κατά 15,2%. Η ερώτηση με τη μεγαλύτερη μέση τιμή είναι η 22 (αντίστροφα κωδικοποιημένη) με θετική αποτίμηση 98,7% και μέση τιμή 3,53.

Όπως φαίνεται πιο πάνω, σε ορισμένες ερωτήσεις, ήτοι στις 5,7,9,15,17,18,19,20,21,22,27,30,31,32,33,34 τα ποσοστά της θετικής ή αρνητικής αποτίμησης είναι έντονα είτε θετικά είτε αρνητικά. Η ερώτηση 22 παρουσιάζει έντονα θετική αποτίμηση ακολουθούμενη από τις ερωτήσεις 20, 21 και 27. Και οι 3 αυτές

ερωτήσεις έχουν αντίστροφη κωδικοποίηση και ανήκουν στον παράγοντα «Διαχείριση Συγκρούσεων».

Όσον αφορά την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η έρευνα κατέδειξε τα ακόλουθα: Η μέση τιμή για το δείκτη αξιολόγησης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) ήταν 2,79. Ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη τιμή ήταν η «ομαδική εργασία» και ο παράγοντας με τη μικρότερη ο «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» (Πίνακας 21). Πιο αναλυτικά, για τον ομαδοποιημένο παράγοντα «ηγεσία και αυτονομία» καταγράφηκε μέση τιμή συνολικά 2,63, για τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος» 2,03, «επικοινωνία για τους ασθενείς» 2,89, «ομαδική εργασία» 3,20, «διαχείριση συγκρούσεων» 2,91, «διεπαγγελματικές σχέσεις» 2,67, «εσωτερική παρακίνηση» 3,08 και «πολιτισμική ευαισθησία» 2,59 (Διάγραμμα 13).

Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή το δείκτη RPPE με 2,84 ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν μέση τιμή 2,73. Οι ιατροί αξιολόγησαν με μεγαλύτερη τιμή όλους τους επί μέρους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (διάγραμμα 13) εκτός από τον παράγοντα «εργασιακή παρακίνηση» με τους νοσηλευτές να αξιολογούν με μεγαλύτερη τιμή το συγκεκριμένο παράγοντα και η διαφορά αυτή είναι στατιστικώς σημαντική (p -value $<0,05$). Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρείται και στους παράγοντες «διεπαγγελματικές σχέσεις» και «πολιτισμική ευαισθησία» με τους ιατρούς να αξιολογούν με μεγαλύτερη τιμή τους παράγοντες αυτούς.

Πίνακας 21: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον(RPPE) και τους 8 παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με το συνολικό δείγμα ανά επαγγελματική ομάδα

| | Αριθμός ερωτήσεων | Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων (N=224) Μέσες τιμές(T.A.) Εύρος τιμών | Ιατροί (N=50) Μέσες τιμές | Νοσηλευτές (N=174) Μέσες τιμές | p-value |
|---|---------------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| RPPE(1-4) 1=Διαφωνώ έντονα 4=Συμφωνώ έντονα | 39(όλες) | 2,79(0,30) 1,85-3,74 | 2,84(0,25) | 2,73(0,33) | 0,073 |
| Ομαδική εργασία | 4(16, R*17,R*18,R*19) | 3,20(0,43) 1,00-4,00 | 3,29(0,38) | 3,18(0,44) | 0,481 |
| Εσωτερική παρακίνηση | 8(29,30,31,32,33,34,35,36) | 3,08(0,46) 1,00-3,60 | 2,98(0,28) | 3,11(0,50) | 0,000 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 9(23,24,25,26,28,R*20,R*21,R*22,R*27) | 2,91(0,32) 1,67-3,56 | 3,02(0,27) | 2,88(0,33) | 0,566 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 3(13,14,R*15) | 2,89(0,44) 1,00-3,67 | 2,98(0,43) | 2,87(0,44) | 0,948 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 2(4,12) | 2,67(0,60) 1,00-4,00 | 2,94(0,42) | 2,60(0,63) | 0,000 |
| Ηγεσία και αυτονομία | 5(1,2,3,8,11) | 2,63(0,50) 1,20-4,00 | 2,69(0,39) | 2,61(0,53) | 0,067 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 3(37,38,39) | 2,59(0,59) 1,00-4,00 | 2,62(0,42) | 2,58(0,63) | 0,024 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 5(5,6,7,9,10) | 2,03(0,49) 1,00-3,60 | 2,23(0,47) | 1,97(0,49) | 0,810 |
| R*reversecodedquestion p< 0,05 | | | | | |

| Πίνακας 22: Μέσες τιμές των ερωτήσεων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (Τ.Α.) Θετική και Αρνητική αποτίμηση (%) (συνολικό δείγμα) | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| ΕΡΩΤΗΣΗ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ | Μέση τιμή (Τ.Α.) | Θετική αποτίμηση % | Αρνητική αποτίμηση % |
| 1. Τα στελέχη στηρίζουν το προσωπικό του τμήματος / της μονάδας. | Ηγεσία και Αυτονομία | 2,58(0,71) | 61,2 | 38,8 |
| 2. Ο κλάδος μου ελέγχει την επαγγελματική άσκηση των μελών του | Ηγεσία και Αυτονομία | 2,46(0,71) | 48,7 | 51,3 |
| 3. Είμαι ελεύθερος/η να διαχειρίζομαι σημαντικές καταστάσεις του αρρώστου και λαμβάνω αποφάσεις για θέματα εργασίας | Ηγεσία και Αυτονομία | 2,54(0,69) | 54,9 | 45,1 |
| 4. Υπάρχει συνεργασία ως ομάδα μεταξύ προσωπικού μονάδας / τμήματος και γιατρών | Διεπαγγελματικές σχέσεις | 2,74(0,65) | 69,2 | 30,8 |
| 5. Έχω στη διάθεσή μου επαρκείς υποστηρικτικές υπηρεσίες που μου επιτρέπουν να διαθέτω χρόνο με τους ασθενείς μου | Έλεγχος στην εργασία | 2,06(0,63) | 20,1 | 79,9 |
| 6. Έχω αρκετό χρόνο και ευκαιρίες να συζητώ με συναδέλφους προβλήματα διαχείρισης ασθενών | Έλεγχος στην εργασία | 2,15(0,63) | 26,8 | 73,2 |
| 7. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς | Έλεγχος στην εργασία | 1,90(0,67) | 15,2 | 84,8 |
| 8. Ο/η προϊστάμενος/η της μονάδας / τμήματός μου είναι καλός/ή διαχειριστής και ηγέτης | Ηγεσία και Αυτονομία | 2,85(0,74) | 72,8 | 27,2 |
| 9. Το προσωπικό είναι επαρκές για τη διεκπεραίωση της εργασίας | Έλεγχος στην εργασία | 1,96(0,69) | 18,8 | 81,2 |
| 10. Προσφέρονται ευκαιρίες απασχόλησης σε πολύ εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας . | Έλεγχος στην εργασία | 2,10(0,65) | 24,1 | 75,9 |
| 11. Ο προϊστάμενος/η της μονάδας/τμήματός μου στηρίζει το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων έστω και αν προκύψει σύγκρουση με γιατρό | Ηγεσία και Αυτονομία | 2,75(0,75) | 70,1 | 29,9 |
| 12. Οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ γιατρών και προσωπικού είναι καλές | Διεπαγγελματικές σχέσεις | 2,62(0,72) | 65,2 | 34,8 |
| 13. Πληροφορίες για την κατάσταση των ασθενών είναι διαθέσιμες όταν τις χρειαστώ | Επικοινωνία για τους ασθενείς | 2,62(0,67) | 63,8 | 36,2 |
| 14. Η πληροφόρηση είναι άμεση όταν σημειώνονται αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς | Επικοινωνία για τους ασθενείς | 2,62(0,61) | 62,5 | 37,5 |

| | | | | |
|---|-------------------------------|------------|------|------|
| 15. Παρατηρούνται καθυστερήσεις χωρίς λόγο στη διοχέτευση πληροφοριών αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών | Επικοινωνία για τους ασθενείς | 3,45(0,76) | 94,6 | 5,4 |
| 16. Η μονάδα /το τμήμα μου διατηρεί εποικοδομητικές εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες στο νοσοκομείο | Ομαδική εργασία | 2,52(0,67) | 56,3 | 43,7 |
| 17. Η μονάδα/τμήμα μου δεν λαμβάνει την απαιτούμενη συνεργασία από τις άλλες νοσοκομειακές | Ομαδική εργασία | 3,37(0,71) | 95,5 | 4,5 |
| 18. Άλλες μονάδες/τμήματα του νοσοκομείου δεν φαίνεται να έχουν καλή άποψη για τη μονάδα/τμήμα μου | Ομαδική εργασία | 3,43(0,74) | 95,1 | 4,9 |
| 19. Ανεπαρκείς εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες του νοσοκομείου περιορίζουν την αποτελεσματικότητα της εργασίας της μονάδας | Ομαδική εργασία | 3,50(0,89) | 91,1 | 8,9 |
| 20. Όταν το προσωπικό διαφωνεί, αγνοεί το ζήτημα και προσποιείται ότι αυτό «θα παρέλθει.» | Διαχείριση συγκρούσεων | 3,52(0,62) | 97,8 | 2,2 |
| 21. Οι περισσότερες συγκρούσεις προκύπτουν μεταξύ των μελών του κλάδου μου | Διαχείριση συγκρούσεων | 3,36(0,58) | 98,2 | 1,8 |
| 22. Το προσωπικό αποσύρεται όταν υπάρχουν συγκρούσεις. | Διαχείριση συγκρούσεων | 3,53(0,57) | 98,7 | 1,3 |
| 23. Όλες οι απόψεις εξετάζονται προσεκτικά προκειμένου να καταλήξουμε στην καλύτερη λύση στο πρόβλημα | Διαχείριση συγκρούσεων | 2,36(0,73) | 46,9 | 53,1 |
| 24. Όλο το προσωπικό εργάζεται σκληρά για να καταλήξει στην καλύτερη δυνατή λύση | Διαχείριση συγκρούσεων | 2,63(0,77) | 61,6 | 38,4 |
| 25. Σε περίπτωση ασυμφωνίας ή σύγκρουσης ανάμεσα στο προσωπικό, το πρόβλημα δε διευθετείται μέχρις ότου όλοι να είναι ικανοποιημένοι με την απόφαση | Διαχείριση συγκρούσεων | 2,51(0,72) | 39,7 | 60,3 |
| 26. Όλοι συμβάλλουν με την πείρα και εμπειρογνωμοσύνη τους, ώστε να προκύψει η καλύτερη λύση | Διαχείριση συγκρούσεων | 3,51(0,62) | 54,5 | 45,5 |
| 27. Οι διαφωνίες ανάμεσα στο προσωπικό αγνοούνται ή αποφεύγονται | Διαχείριση συγκρούσεων | 2,49(0,61) | 97,8 | 2,2 |
| 28. Το προσωπικό που εμπλέκεται σε κάποια διαφωνία ή σύγκρουση διευθετεί τη διένεξη συναινετικά | Διαχείριση συγκρούσεων | 2,50(0,61) | 55,4 | 44,6 |
| 29. Η άποψη μου για τον εαυτό μου βελτιώνεται όταν εργάζομαι σε αυτή τη μονάδα/τμήμα | Εσωτερική παρακίνηση | 2,84(0,73) | 74,6 | 25,4 |
| 30. Αισθάνομαι άσημα και δυσαρεστημένος/η όταν ανακαλύπτω ότι δεν απέδωσα τόσο καλά όσο θα έπρεπε | Εσωτερική παρακίνηση | 3,12(0,69) | 89,3 | 10,7 |

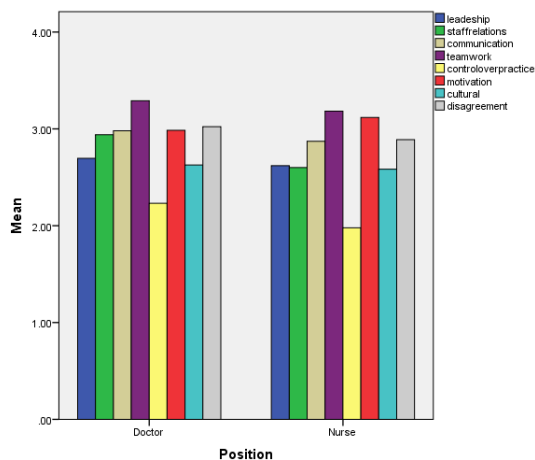
| | | | | |
|--|-------------------------------|------------|------|------|
| 31. Αισθάνομαι προσωπική ευθύνη σε μεγάλο βαθμό για τη δουλειά που κάνω | Εσωτερική παρακίνηση | 3,28(0,67) | 92,4 | 7,6 |
| 32. Αισθάνομαι μεγάλη προσωπική ικανοποίηση, όταν κάνω σωστά τη δουλειά μου | Εσωτερική παρακίνηση | 3,37(0,63) | 94,6 | 5,4 |
| 33. Η δουλειά μου είναι ενδιαφέρουσα και αυτό με κινητοποιεί να την κάνω όσο καλύτερο μπορώ. | Εσωτερική παρακίνηση | 3,34(0,64) | 94,6 | 5,4 |
| 34. Η εργασία μου σε αυτή τη μονάδα/τμήμα μου δίνει την ευκαιρία να αποκτήσω νέες γνώσεις και δεξιότητες | Εσωτερική παρακίνηση | 3,21(0,71) | 88,4 | 11,6 |
| 35. Το εργασιακό περιβάλλον μου με ενδυναμώνει και με κινητοποιεί να αποδώ καλά | Εσωτερική παρακίνηση | 2,73(0,80) | 63,4 | 36,6 |
| 36. Η εργασία μου σε αυτό το περιβάλλον, επαυξάνει την αίσθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης | Εσωτερική παρακίνηση | 2,82(0,78) | 71,4 | 28,6 |
| 37. Το προσωπικό έχει πρόσβαση στους αναγκαίους πόρους για την παροχή κατάλληλης πολιτισμικής φροντίδας | Πολιτισμική ευαισθησία | 2,40(0,79) | 42,9 | 57,1 |
| 38. Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες παρέχει | Πολιτισμική ευαισθησία | 2,64(0,71) | 64,7 | 35,3 |
| 39. Το προσωπικό σέβεται τη διαφορετικότητα των μελών της ομάδας φροντίδας υγείας. | Πολιτισμική ευαισθησία | 2,75(0,65) | 72,3 | 27,7 |

Οι ερωτήσεις που φαίνονται έντονα σκιασμένες είναι κωδικοποιημένες αντίστροφα

| Πίνακας 23: Θετική και Αρνητική αποτίμηση (%) ανά ερώτηση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος ανά επαγγελματική ομάδα | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------|
| | Ιατροί Θετική αποτίμηση % | Ιατροί Αρνητική αποτίμηση % | Νοσηλευτές Θετική αποτίμηση % | Νοσηλευτές Αρνητική αποτίμηση % | |
| 1. Τα στελέχη στηρίζουν το προσωπικό του τμήματος / της μονάδας. | 68 | 32 | 60 | 40 | p=0,009 |
| 2. Ο κλάδος μου ελέγχει την επαγγελματική άσκηση των μελών του | 44 | 56 | 50 | 50 | p=0,114 |
| 3. Είμαι ελεύθερος/η να διαχειρίζομαι σημαντικές καταστάσεις του αρρώστου και λαμβάνω αποφάσεις για θέματα εργασίας | 88 | 12 | 45 | 55 | p<0,001 |
| 4. Υπάρχει συνεργασία ως ομάδα μεταξύ προσωπικού μονάδας / τμήματος και γιατρών | 90 | 10 | 63 | 37 | p<0,001 |
| 5. Έχω στη διάθεσή μου επαρκείς υποστηρικτικές υπηρεσίες που μου επιτρέπουν να διαθέτω χρόνο με τους ασθενείς μου | 44 | 56 | 13 | 87 | p<0,001 |
| 6. Έχω αρκετό χρόνο και ευκαιρίες να συζητώ με συναδέλφους προβλήματα διαχείρισης ασθενών | 32 | 68 | 25 | 75 | p=0,084 |
| 7. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς | 26 | 74 | 12 | 88 | p<0,001 |
| 8. Ο/η προϊστάμενος/η της μονάδας / τμήματός μου είναι καλός/ή διαχειριστής και ηγέτης | 60 | 40 | 76 | 24 | p<0,001 |
| 9. Το προσωπικό είναι επαρκές για τη διεκπεραίωση της εργασίας | 30 | 70 | 15 | 85 | p<0,001 |
| 10. Προσφέρονται ευκαιρίες απασχόλησης σε πολύ εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας . | 20 | 80 | 25 | 75 | p=0,105 |
| 11. Ο προϊστάμενος/η της μονάδας/τμήματός μου στηρίζει το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων έστω και αν προκύψει σύγκρουση με γιατρό | 78 | 22 | 67 | 33 | p=0,002 |
| 12. Οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ γιατρών και προσωπικού είναι καλές | 90 | 10 | 58 | 42 | p<0,001 |
| 13. Πληροφορίες για την κατάσταση των ασθενών είναι διαθέσιμες όταν τις χρειαστώ | 76 | 24 | 60 | 40 | p<0,001 |
| 14. Η πληροφόρηση είναι άμεση όταν σημειώνονται αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς | 62 | 38 | 62 | 38 | p=0,871 |
| 15. Παρατηρούνται καθυστερήσεις χωρίς λόγο στη διοχέτευση πληροφοριών αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών | 98 | 2 | 94 | 6 | p=0,014 |
| 16. Η μονάδα /το τμήμα μου διατηρεί εποικοδομητικές εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες στο νοσοκομείο | 64 | 36 | 54 | 46 | p=0,002 |
| 17. Η μονάδα/τμήμα μου δεν λαμβάνει την απαιτούμενη συνεργασία από τις άλλες νοσοκομειακές | 98 | 2 | 95 | 5 | p=0,051 |
| 18. Άλλες μονάδες/τμήματα του νοσοκομείου δεν φαίνεται να έχουν καλή άποψη για τη μονάδα/τμήμα μου | 96 | 4 | 95 | 5 | p=0,498 |
| 19. Ανεπαρκείς εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες | 92 | 8 | 91 | 9 | p=0,600 |

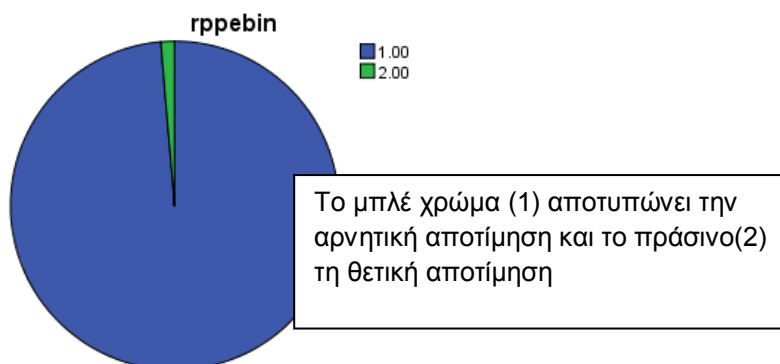
| | | | | | |
|---|-----|----|----|----|---------|
| του νοσοκομείου περιορίζουν την αποτελεσματικότητα της εργασίας της μονάδας | | | | | |
| 20. Όταν το προσωπικό διαφωνεί, αγνοεί το ζήτημα και προσποιείται ότι αυτό «θα παρέλθει.» | 100 | 0 | 97 | 3 | p=0,013 |
| 21. Οι περισσότερες συγκρούσεις προκύπτουν μεταξύ των μελών του κλάδου μου | 100 | 0 | 97 | 3 | p=0,028 |
| 22. Το προσωπικό αποσύρεται όταν υπάρχουν συγκρούσεις. | 100 | 0 | 98 | 2 | p=0,059 |
| 23. Όλες οι απόψεις εξετάζονται προσεκτικά προκειμένου να καταλήξουμε στην καλύτερη λύση στο πρόβλημα | 56 | 44 | 44 | 56 | p=0,949 |
| 24. Όλο το προσωπικό εργάζεται σκληρά για να καταλήξει στην καλύτερη δυνατή λύση | 74 | 26 | 58 | 42 | p<0,001 |
| 25. Σε περίπτωση ασυμφωνίας ή σύγκρουσης ανάμεσα στο προσωπικό, το πρόβλημα δε διευθετείται μέχρις ότου όλοι να είναι ικανοποιημένοι με την απόφαση | 42 | 58 | 40 | 60 | p=0,498 |
| 26. Όλοι συμβάλλουν με την πείρα και εμπειρογνωμοσύνη τους, ώστε να προκύψει η καλύτερη λύση | 44 | 56 | 46 | 54 | p=0,587 |
| 27. Οι διαφωνίες ανάμεσα στο προσωπικό αγνοούνται ή αποφεύγονται | 100 | 0 | 97 | 3 | p=0,013 |
| 28. Το προσωπικό που εμπλέκεται σε κάποια διαφωνία ή σύγκρουση διευθετεί τη διένεξη συναινετικά | 72 | 28 | 50 | 50 | p<0,001 |
| 29. Η άποψη μου για τον εαυτό μου βελτιώνεται όταν εργάζομαι σε αυτή τη μονάδα/τμήμα | 84 | 16 | 72 | 28 | p<0,001 |
| 30. Αισθάνομαι άσχημα και δυσαρεστημένος/η όταν ανακαλύπτω ότι δεν απέδωσα τόσο καλά όσο θα έπρεπε | 94 | 6 | 88 | 12 | p=0,011 |
| 31. Αισθάνομαι προσωπική ευθύνη σε μεγάλο βαθμό για τη δουλειά που κάνω | 98 | 2 | 90 | 10 | p<0,001 |
| 32. Αισθάνομαι μεγάλη προσωπική ικανοποίηση, όταν κάνω σωστά τη δουλειά μου | 98 | 2 | 93 | 7 | p=0,014 |
| 33. Η δουλειά μου είναι ενδιαφέρουσα και αυτό με κινητοποιεί να την κάνω όσο καλύτερο μπορώ. | 94 | 6 | 95 | 5 | p=0,650 |
| 34. Η εργασία μου σε αυτή τη μονάδα/τμήμα μου δίνει την ευκαιρία να αποκτήσω νέες γνώσεις και δεξιότητες | 86 | 14 | 89 | 11 | p=0,243 |
| 35. Το εργασιακό περιβάλλον μου με ενδυναμώνει και με κινητοποιεί να αποδίδω καλά | 68 | 32 | 62 | 38 | p=0,091 |
| 36. Η εργασία μου σε αυτό το περιβάλλον, επαυξάνει την αίσθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης | 70 | 30 | 72 | 28 | p=0,622 |
| 37. Το προσωπικό έχει πρόσβαση στους αναγκαίους πόρους για την παροχή κατάλληλης πολιτισμικής φροντίδας | 60 | 40 | 43 | 57 | p=0,303 |
| 38. Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες παρέχει | 74 | 26 | 62 | 38 | p<0,001 |
| 39. Το προσωπικό σέβεται τη διαφορετικότητα των μελών της ομάδας φροντίδας υγείας. | 80 | 20 | 70 | 30 | p=0,002 |

Διάγραμμα 12: Μέσες τιμές για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) και τους 8 παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος ανά επαγγελματική ομάδα



Για πληρέστερη ανάλυση όσον αφορά τον τρόπο που αξιολόγησαν οι συμμετέχοντες το επαγγελματικό περιβάλλον, διχοτομήθηκε ο κάθε ομαδοποιημένος παράγοντας του επαγγελματικού περιβάλλοντος ως ακολούθως: οι απαντήσεις 1 και 2 (διαφωνώ έντονα και διαφωνώ) κωδικοποιήθηκαν με την τιμή ένα και οι απαντήσεις 3 και 4 (συμφωνώ έντονα και συμφωνώ) με την τιμή δύο, έτσι στην επανακωδικοποίηση ουσιαστικά η θετική αποτίμηση σημειώνεται με τον αριθμό 2 και η αρνητική με τον αριθμό 1. Μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 1,3% αποτίμησε θετικά το επαγγελματικό περιβάλλον (Διάγραμμα 13).

Διάγραμμα 13: Θετική και αρνητική αποτίμηση για το επαγγελματικό περιβάλλον



4.2.2.Μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Τα αποτελέσματα που αφορούν την απάντηση στο δεύτερο ερώτημα σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ από την εργασία τους, καταγράφονται πιο κάτω.

Η μέση τιμή για την ικανοποίηση από την εργασία ήταν 4,19 σε κλίμακα διαβάθμισης 1-7 (1=έντονα δυσαρεστημένος, 7=έντονα ικανοποιημένος). Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον δείκτη αυτό, με 4,34 (Τ.Α.=0,83) ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν μέση τιμή 4,14 (Τ.Α.=1,02), χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά. Σε όλες τις ερωτήσεις, εκτός της ερώτησης για την «ικανοποίηση με τις ώρες εργασίας», οι ιατροί δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές.

Πίνακας 24: Μέσες τιμές των απόψεων για την επαγγελματική ικανοποίηση (τυπική απόκλιση) κατά επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα

| | Αριθμός ερωτήσεων | Συνολικός αριθμός (N=224) Μέση τιμή Ελάχιστο=1,40 Μέγιστο=6,90 | Ιατροί (N=50) Μέση τιμή Ελάχιστο=2,30 Μέγιστο=6,00 | Νοσηλευτές (N=174) Μέση τιμή Ελάχιστο=1,40 Μέγιστο=6,90 | Συνολικά (N=224) Μέση τιμή Μέγιστη και ελάχιστη τιμή | p-value |
|-------------------|-------------------|---|---|--|---|---------|
| Ικανοποίηση (1-7) | 10 | 4,19(0,98) | 4,34(0,83) | 4,14(1,02) | 4,79-3,59 | 0,086 |

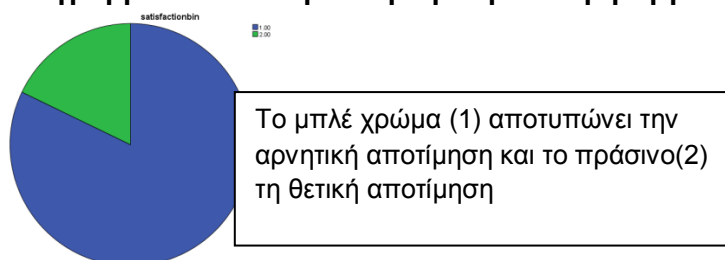
Για σκοπούς πληρέστερης κατανόησης του τρόπου που απάντησαν οι συμμετέχοντες, έγινε διχοτόμηση των απαντήσεων ως ακολούθως: Οι απαντήσεις 1 μέχρι 5 επανακωδικοποιήθηκαν με την τιμή 1 και οι απαντήσεις 6 μέχρι 7 με την τιμή δύο, έτσι στην επανακωδικοποίηση ουσιαστικά η θετική αποτίμηση της κάθε ερώτησης σημειώνεται με τον αριθμό 2 και η αρνητική με τον αριθμό 1. Η συνολική αρνητική αποτίμηση για την επαγγελματική ικανοποίηση (ομαδοποιημένος παράγοντας που συμπεριέλαβε και τις 10 ερωτήσεις) ήταν 82,1% (Διάγραμμα 14). Καμμία ερώτηση δεν

συγκέντρωσε μεγάλο ποσοστό θετικής αποτίμησης. Το ψηλότερο ποσοστό θετικής αποτίμησης παρουσιάζεται στην ερώτηση που αφορά στην ικανοποίηση από τους συναδέλφους και συνεργάτες (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Μέσες τιμές ανά ερώτηση για τον παράγοντα ικανοποίηση και ποσοστό θετικής και αρνητικής αποτίμησης κατά επαγγελματική ομάδα

| Ερωτήσεις | Ιατροί | Νοσηλεύτες | Αρνητική αποτίμηση % | Θετική αποτίμηση% |
|---|--------|------------|----------------------|-------------------|
| 1. Ικανοποίηση με τις ώρες εργασίας | 4,38 | 4,91 | 74,6 | 25,4 |
| 2. Αμοιβή | 3,78 | 3,66 | 91,5 | 8,5 |
| 3. Αναγνώριση που λαμβάνετε για την καλή εργασία που επιτελείτε | 3,96 | 3,49 | 92,9 | 7,1 |
| 4. Ευκαιρίες αξιοποίησης δυνατοτήτων | 4,18 | 3,90 | 90,6 | 9,4 |
| 5. Ελευθερία να επιλέξετε τον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε | 4,16 | 3,70 | 90,6 | 9,4 |
| 6. Επίπεδο υπευθυνότητας που σας δίνεται | 4,86 | 4,42 | 83,0 | 17,0 |
| 7. Ποικιλία στην εργασία | 5,04 | 4,67 | 76,8 | 23,2 |
| 8. Κατάσταση φυσικών συνθηκών εργασίας | 3,74 | 3,68 | 87,5 | 12,5 |
| 9. Συναδέλφοι και συνεργάτες | 4,86 | 4,72 | 70,1 | 29,9 |
| 10. Συνολική ικανοποίηση | 4,50 | 4,41 | 92,6 | 17,4 |

Διάγραμμα 14: Θετική και αρνητική αποτίμηση για την επαγγελματική ικανοποίηση



4.2.3.Αξιολόγηση των απόψεων σχετικά με το κλίμα Ασφάλειας

Τα αποτελέσματα που αφορούν την απάντηση στο 3^ο ερώτημα σχετικά με τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών καταγράφονται πιο κάτω. Σε κλίμακα 1-5 (1=διαφωνώ έντονα, 5=συμφωνώ έντονα) η μέση τιμή ήταν 3,18 (Τ.Α.=0,51) . Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον δείκτη αυτό με 3,25 (Τ.Α.=0,48) ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν μέση τιμή 3,16 (Τ.Α.=0,53), χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας(τυπική απόκλιση) και επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα

| | Αριθμός ερωτήσεων | Συνολικός αριθμός (N=224) Μέση τιμή Ελάχιστο=1,86 Μέγιστο=4,57 | Ιατροί (N=50) Μέση τιμή Ελάχιστο=2,00 Μέγιστο=4,29 | Νοσηλευτές (N=174) Μέση τιμή Ελάχιστο=1,86 Μέγιστο=4,57 | p-value |
|----------------|-------------------|---|---|--|---------|
| Ασφάλεια (1-5) | 7 | 3,18(0,51) | 3,25(0,48) | 3,16(0,53) | 0,283 |

Στις οδηγίες που εστάληκαν για την ανάλυση των αποτελεσμάτων αναφερόταν ότι υπάρχουν 2 τρόποι παρουσίασης των αποτελεσμάτων -με τις μέσες τιμές και μετατροπή σε 100βάθμια κλίμακα. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους υπερτερεί η μετατροπή των αποτελεσμάτων σε 100-βάθμια κλίμακα είναι (α) η σύγκριση μεταξύ των 6 διαστάσεων του υπό αναφορά ερωτηματολογίου και (β) οι εξωτερικές συγκρίσεις με άλλες μελέτες. Σε αυτή την μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο το κλίμα ασφάλειας, επομένως δεν τίθεται θέμα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των άλλων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου. Βέβαια, για σκοπούς εξωτερικής σύγκρισης με άλλες μελέτες, έχει γίνει επίσης μετατροπή σε 100-βάθμια κλίμακα. Πιο κάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της 100-βάθμιας κλίμακας.

Πίνακας 26A: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας σε 100βαθμη κλίμακα(τυπική απόκλιση) και επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα

| Επαγγελματική Ομάδα | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση Τιμή (Τ.Α.) |
|---------------------|---------------|--------------|------------------|
| Ιατροί N=50 | 25,00 | 82,14 | 56,28(12,13) |
| Νοσηλευτές N=174 | 21,43 | 89,29 | 54,19(12,92) |

Πίνακας 27: Μέσες τιμές ανά ερώτηση για τον παράγοντα κλίμα ασφάλειας και θετική και αρνητική αποτίμηση κατά επαγγελματική ομάδα

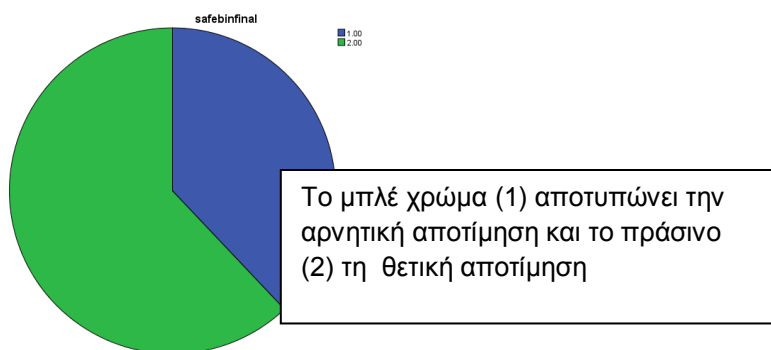
| Ερωτήσεις | Ιατροί Μέση τιμή | Νοσηλευτές Μέση τιμή | Αρνητική αποτίμηση % | Θετική αποτίμηση % |
|--|---------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Θα ένιωθα ασφαλής να ελάμβανα περίθαλψη σε αυτό το ΤΑΕΠ ως ασθενής. | 3,74 | 3,71 | 36,2 | 63,8 |
| 2. Τα ιατρικά λάθη τα διαχειρίζονται κατάλληλα σε αυτό το ΤΑΕΠ. | 3,44 | 3,11 | 62,9 | 37,1 |
| 3. Παίρνω κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου. | 3,20 | 2,94 | 59,3 | 39,7 |
| 4. Είναι δύσκολο να συζητήσεις για λάθη σε αυτό το ΤΑΕΠ*. | 2,22 | 2,41 | 82,1 | 17,9 |
| 5. Οι συνάδελφοι μου με ενθαρρύνουν να αναφέρω όποιες ανησυχίες μπορεί να έχω αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών. | 3,30 | 3,29 | 52,7 | 47,3 |
| 6. Η κουλτούρα σε αυτό το ΤΑΕΠ διευκολύνει στο να μαθαίνουμε από τα λάθη των άλλων. | 3,26 | 3,19 | 51,3 | 48,7 |
| 7. Γνωρίζω τους κατάλληλους τρόπους για να απευθύνω ερωτήσεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. | 3,60 | 3,51 | 38,8 | 61,2 |

*αντίστροφα κωδικοποιημένη(reversecoded)

Σύμφωνα με το κατασκευαστή του εν λόγω εργαλείου θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι ίσα (=) ή μεγαλύτερα (>) από 75% (J Sexton & Helmreich 2006). Η μέση βαθμολογία για όλο το δείγμα ήταν 54,66% (T.A.=12,75). Οι ιατροί βαθμολόγησαν την πιο πάνω κλίμακα με υψηλότερη τιμή από τους νοσηλευτές (56,28 έναντι 54,19% αντίστοιχα) χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά (Πίνακας 26^Α).

Για σκοπούς πληρέστερης κατανόησης του τρόπου που απάντησαν οι συμμετέχοντες, έγινε διχοτόμηση των απαντήσεων ως ακολούθως: Οι απαντήσεις 1 μέχρι 3 επανακωδικοποιήθηκαν με την τιμή 1 και οι απαντήσεις 4 και 5 με την τιμή δύο, έτσι στην επανακωδικοποίηση ουσιαστικά η θετική αποτίμηση της κάθε ερώτησης σημειώνεται με τον αριθμό 2 και η αρνητική με τον αριθμό 1. Η συνολική θετική αποτίμηση για τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας(ομαδοποιημένος παράγοντας που συμπεριέλαβε και τις 7 ερωτήσεις) ήταν 62,1% (Διάγραμμα 15). Δύο ερωτήσεις συγκέντρωσαν μεγάλο ποσοστό θετικής αποτίμησης. Το ψηλότερο ποσοστό θετικής αποτίμησης παρουσιάζεται στην ερώτηση που αφορά την ασφάλεια που θα ένιωθε ο συμμετέχοντας αν ελάμβανε περίθαλψη στο ΤΑΕΠ στο οποίο εργάζεται (Πίνακας 27, Διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15: Θετική και αρνητική αποτίμηση του ομαδοποιημένου παράγοντα «κλίμα ασφάλειας»



4.2.4.Αξιολόγηση των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη Ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Τα αποτελέσματα που αφορούν την απάντηση στο 4^ο ερώτημα αναφορικά με τις απόψεις των συμμετεχόντων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καταγράφονται πιο κάτω.

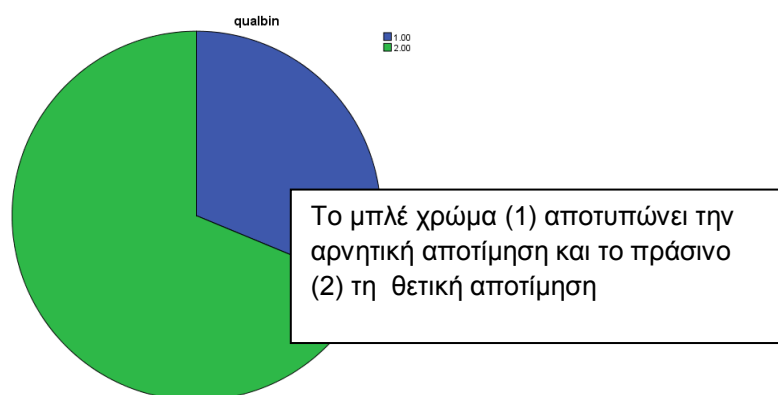
Η μέση τιμή για τις απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ήταν 3,81 (T.A.=0,76) σε κλίμακα διαβάθμισης 1-5 (1=πολύ κακή ποιότητα, 5=πολύ καλή ποιότητα). Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον δείκτη αυτό, με 4,04 (T.A.=0,60) ενώ για τους νοσηλευτές η μέση τιμή ήταν 3,74 (T.A.=0,79), με στατιστικώς σημαντική διαφορά (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Μέσες τιμές των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (τυπική απόκλιση) κατά επαγγελματική ομάδα σε σχέση με το συνολικό δείγμα

| | Συνολικό δείγμα (N=224) Μέση τιμή (T.A.) | Ιατροί (N=50) | Νοσηλευτές (N=174) | p-value |
|--------------------------------|---|---------------|--------------------|---------|
| Αυτοαναφερόμενη Ποιότητα (1-5) | 3,81(0,76) | 4,04(0,60) | 3,74(0,79) | 0,01 |

Για σκοπούς πληρέστερης κατανόησης του τρόπου που απάντησαν οι συμμετέχοντες, έγινε διχοτόμηση των απαντήσεων ως ακολούθως: Οι απαντήσεις 1 μέχρι 3 επανακωδικοποιήθηκαν με την τιμή 1 και οι απαντήσεις 4 και 5 με την τιμή δύο, έτσι στην επανακωδικοποίηση ουσιαστικά η θετική αποτίμηση σημειώνεται με τον αριθμό 2 και η αρνητική με τον αριθμό 1. Η συνολική θετική αποτίμηση για τις απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ήταν 68,1% (Διάγραμμα 16).

Διάγραμμα 16: Θετική και αρνητική αποτίμηση των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας



4.2.5. Επαγγελματικό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση

Για να απαντηθεί στο 5^ο ερώτημα της εργασίας, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών. Διαπιστώνουμε ότι παρουσιάζεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,000$) με το συντελεστή Pearson να παίρνει την τιμή 0,665.

Με σκοπό να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και σε ποιο βαθμό μπορούν να καθορίσουν την επαγγελματική ικανοποίηση επιχειρήθηκε υπολογισμός μοντέλου κατ'αρχάς απλής γραμμικής (Πίνακας 29) και μετά βηματικής πολυμεταβλητής παλινδρόμησης (Πίνακας 30). Με τις δοκιμασίες αυτές απαντούμε στο μέρος του ερωτήματος που αφορά τον τρόπο που οι επί μέρους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος μπορούν να εξηγήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση.

Όσον αφορά την «ικανοποίηση» με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος παρατηρείται θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες με τον παράγοντα «ηγεσία» να παίρνει τη μεγαλύτερη τιμή και τον παράγοντα «ομαδική εργασία» να σημειώνει τη μικρότερη. Ειδικά, ο συντελεστής συσχέτισης R (Pearson) στον παράγοντα «ηγεσία» δείχνει μια μέτρια θετική συσχέτιση με την «επαγγελματική

ικανοποίηση» της τάξεως του 0,607. Αυτό υποδηλεί ότι για κάθε μονάδα αύξησης στην «ηγεσία» (B) αυξάνεται κατά 1,182 η «ικανοποίηση». Το R^2 παίρνει τιμή= 0,369, το οποίο ερμηνεύεται ότι η «ηγεσία» εξηγεί το 37% της μεταβλητότητας της «επαγγελματικής ικανοποίησης». Ο παράγοντας «πολιτισμική ευαισθησία» εξηγεί το 29% της μεταβλητότητας της «επαγγελματικής ικανοποίησης» και ο παράγοντας «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» εξηγεί το 28% της μεταβλητότητας της «επαγγελματικής ικανοποίησης».

Πίνακας 29: Γραμμική παλινδρόμηση «επαγγελματικής ικανοποίησης» με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Confidence Interval 95%)

| | Μονομεταβλητό μοντέλο | | | R | R ² |
|---|--|-------------------|---------------------|-------|----------------|
| | Συντελεστής B (unstandardized coefficient B) | Standard error | p- value(<0.001) | | |
| Ηγεσία | 1,182 | 0,10 | 0,000 | 0,607 | 0,369 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 1,038 | 0,11 | 0,000 | 0,523 | 0,274 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,777 | 0,09 | 0,000 | 0,467 | 0,218 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,729 | 0,14 | 0,000 | 0,328 | 0,108 |
| Ομαδική εργασία | 0,506 | 0,14 | 0,001 | 0,223 | 0,050 |
| Παρακίνηση | 0,848 | 0,13 | 0,000 | 0,398 | 0,159 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,891 | 0,09 | 0,000 | 0,540 | 0,291 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 1,225 | 0,18 | 0,000 | 0,408 | 0,167 |

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του μοντέλου βηματικής πολυμεταβλητής παλινδρόμησης όσον αφορά την «επαγγελματική ικανοποίηση». Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Το μοντέλο περιέχει 4 από τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος με κατάληξη σε 4 στάδια και προβλέπει το 48% (Adjusted $R^2=0,477$) της «ικανοποίησης». Οι παράγοντες «ηγεσία», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» και «πολιτισμική ευαισθησία» προβλέπουν κατά κύριο λόγο την «ικανοποίηση» και η «παρακίνηση» κατά δεύτερο. Η «ηγεσία» είχε τη μεγαλύτερη συνεισφορά, ακολουθούμενη από τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος» και την «πολιτισμική ευαισθησία».

| Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης (εξηρτημένη μεταβλητή) | | | | | |
|---|--------|-------|-------|-------|------------------------|
| Στάδιο 1: | b | SEb | β | Sig. | AdjustedR ² |
| Σταθερή | 1,078 | 0,279 | | 0,000 | |
| Ηγεσία | 1,182 | 0,104 | 0,607 | 0,000 | 0,366 |
| Στάδιο 2: | | | | | |
| Σταθερή | 0,585 | 0,278 | | 0,037 | |
| Ηγεσία | 0,902 | 0,111 | 0,464 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,604 | 0,153 | 0,304 | 0,000 | 0,436 |
| Στάδιο 3: | | | | | |
| Σταθερή | 0,331 | 0,278 | | 0,236 | |
| Ηγεσία | 0,710 | 0,119 | 0,365 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,492 | 0,114 | 0,248 | 0,000 | |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,381 | 0,099 | 0,231 | 0,000 | 0,469 |
| Στάδιο 4: | | | | | |
| Σταθερή | -0,147 | 0,356 | | 0,681 | |
| Ηγεσία | 0,657 | 0,120 | 0,338 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,501 | 0,113 | 0,253 | 0,000 | |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,313 | 0,104 | 0,190 | 0,003 | |
| Παρακίνηση | 0,251 | 0,119 | 0,118 | 0,035 | 0,477 |

4.2.6. Επαγγελματικό περιβάλλον και απόψεις για το κλίμα ασφάλειας

Προκειμένου να απαντηθεί το 6^ο ερώτημα της εργασίας, έγινε συσχέτιση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας. Διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,000$) με το συνετελεστή Pearson να παίρνει την τιμή 0,573.

Με σκοπό να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και σε ποιο βαθμό μπορούν να καθορίσουν τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας, επιχειρήθηκε υπολογισμός μοντέλου κατ'αρχάς απλής γραμμικής (Πίνακας 31) και μετά βηματικής πολυμεταβλητής παλινδρόμησης (Πίνακας 32). Με τις δοκιμασίες αυτές απαντήθηκε το μέρος του ερωτήματος που αφορούσε τον τρόπο που οι επί μέρους παράγοντες του

επαγγελματικού περιβάλλοντος μπορούν να εξηγήσουν τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το κλίμα ασφάλειας.

Όσον αφορά στις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το κλίμα ασφάλειας με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, παρατηρείται θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες με τον παράγοντα «ηγεσία» να παίρνει τη μεγαλύτερη τιμή και τον παράγοντα «ομαδική εργασία» να σημειώνει τη μικρότερη. Ειδικά, ο συντελεστής συσχέτισης R (Pearson) στον παράγοντα «ηγεσία» δείχνει μια μέτρια θετική συσχέτιση με την «επαγγελματική ικανοποίηση» της τάξεως του 0,529. Αυτό υποδηλεί ότι για κάθε μονάδα αύξησης στην «ηγεσία» (B) αυξάνονται κατά 0,532 οι αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών. Το R^2 παίρνει τιμή = 0,280, το οποίο ερμηνεύεται ότι η «ηγεσία» εξηγεί το 28% της μεταβλητότητας των αντιλήψεων για την ασφάλεια των ασθενών.

Πίνακας 31: Γραμμική παλινδρόμηση των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας των ασθενών με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Confidence Interval 95%)

| | Μονομεταβλητό μοντέλο | | | R | R^2 |
|---|--|-------------------|---------------------|-------|-------|
| | Συντελεστής B (unstandardized coefficient B) | Standard error | p- value(<0.001) | | |
| Ηγεσία | 0,532 | 0,05 | 0,000 | 0,529 | 0,280 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,488 | 0,06 | 0,000 | 0,476 | 0,226 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,373 | 0,05 | 0,000 | 0,445 | 0,198 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,365 | 0,07 | 0,000 | 0,318 | 0,101 |
| Ομαδική εργασία | 0,300 | 0,07 | 0,000 | 0,256 | 0,065 |
| Παρακίνηση | 0,339 | 0,07 | 0,000 | 0,308 | 0,095 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,372 | 0,05 | 0,000 | 0,463 | 0,190 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 0,490 | 0,09 | 0,000 | 0,316 | 0,100 |

Το μοντέλο περιέχει 3 από τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος με κατάληξη σε 3 στάδια και προβλέπει το 36% ($AdjustedR^2=0,359$) του κλίματος ασφάλειας. Οι παράγοντες «ηγεσία» και «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» προβλέπουν κατά κύριο λόγο τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και η «πολιτισμική

ευαισθησία» κατά δεύτερο. Η «ηγεσία» είχε τη μεγαλύτερη συνεισφορά, ακολουθούμενη από τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος» και την «πολιτισμική ευαισθησία». Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 32: Πολυμεταβλητή βηματική πανινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας (εξηρητημένη μεταβλητή)

| Στάδιο 1: | b | SEb | β | Sig. | Adjusted R2 |
|--------------------------------------|-------|-------|---------|-------|-------------|
| Σταθερή | 1,783 | 0,154 | | 0,000 | |
| Ηγεσία | 0,532 | 0,057 | 0,129 | 0,000 | 0,277 |
| Στάδιο 2: | | | | | |
| Σταθερή | 1,540 | 0,156 | | 0,000 | |
| Ηγεσία | 0,394 | 0,062 | 0,392 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,298 | 0,063 | 0,291 | 0,000 | 0,346 |
| Στάδιο 3: | | | | | |
| Σταθερή | 1,460 | 0,159 | | 0,000 | |
| Ηγεσία | 0,334 | 0,068 | 0,032 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,262 | 0,065 | 0,256 | 0,000 | |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,121 | 0,057 | 0,142 | 0,034 | 0,359 |

4.2.7. Επαγγελματικό περιβάλλον και απόψεις ιατρών και νοσηλευτών για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα ΤΑΕΠ

Για να απαντηθεί το 7^ο ερώτημα της εργασίας, προχωρήσαμε σε συσχέτιση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,000$) με το συντελεστή Pearson να παίρνει την τιμή 0,546.

Με σκοπό να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και σε ποιο βαθμό μπορούν να καθορίσουν τις απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας επιχειρήθηκε υπολογισμός μοντέλου κατ'αρχάς απλής

γραμμικής (Πίνακας 33) και μετά βηματικής πολυμεταβλητής παλινδρόμησης (Πίνακας 34). Με τις δοκιμασίες αυτές απαντήθηκε το μέρος του ερωτήματος που αφορά στον τρόπο που οι επί μέρους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος μπορούν να εξηγήσουν τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Όσον αφορά στις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, στο μοντέλο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης παρατηρείται θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες με τον παράγοντα «διεπαγγελματικές σχέσεις» να παίρνει τη μεγαλύτερη τιμή και τον παράγοντα «ομαδική εργασία» να σημειώνει τη μικρότερη. Ειδικά, ο συντελεστής συσχέτισης R (Pearson) στον παράγοντα «διεπαγγελματικές σχέσεις» δείχνει μια ασθενή θετική συσχέτιση με τις απόψεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και είναι της τάξεως του 0,481. Αυτό υποδηλεί ότι για κάθε μονάδα αύξησης στην «διεπαγγελματικές σχέσεις» (B) αυξάνονται κατά 0,605 οι απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα. Το R^2 παίρνει τιμή = 0,188 το οποίο ερμηνεύεται ότι ο παράγοντας «διεπαγγελματικές σχέσεις» εξηγεί το 23% της μεταβλητότητας της αυτοαναφερόμενης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Στο μοντέλο βηματικής πολυμεταβλητής παλινδρόμησης, όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Το μοντέλο περιέχει 4 από τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος με κατάληξη σε 4 στάδια και προβλέπει το 32% ($\text{Adjusted } R^2 = 0,320$) της αυτοαναφερόμενης «ποιότητας». Οι παράγοντες «διεπαγγελματικές σχέσεις», «παρακίνηση» και «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» προβλέπουν κατά κύριο λόγο την «ποιότητα» και η «επικοινωνία» κατά

δεύτερο. Ο παράγοντας «διεπαγγελματικές σχέσεις» είχε τη μεγαλύτερη συνεισφορά, ακολουθούμενος από τους παράγοντες «παρακίνηση», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» και «επικοινωνία».

Πίνακας 33: Γραμμική παλινδρόμηση των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (ConfidenceInterval 95%)

| | Μονομεταβλητό μοντέλο | | | R | R ² |
|--|--|-------------------|---------------------|-------|----------------|
| | ΣυντελεστήςB (unstandardizedcoefficient B) | Standard error | p- value(<0.001) | | |
| Ηγεσία | 0,654 | 0,09 | 0,000 | 0,434 | 0,188 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,647 | 0,09 | 0,000 | 0,420 | 0,177 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,605 | 0,07 | 0,000 | 0,481 | 0,232 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,625 | 0,11 | 0,000 | 0,363 | 0,132 |
| Ομαδική εργασία | 0,388 | 0,11 | 0,001 | 0,220 | 0,49 |
| Παρακίνηση | 0,548 | 0,10 | 0,000 | 0,332 | 0,110 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,512 | 0,07 | 0,000 | 0,400 | 0,160 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 0,729 | 0,14 | 0,000 | 0,313 | 0,098 |

Πίνακας 34: Πολυμεταβλητή βηματική παλινδρόμηση των 8 παραγόντων του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (ανεξάρτητες μεταβλητές) και των απόψεων για την Αυτοαναφερόμενη Ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (εξηρητημένη μεταβλητή)

| Στάδιο 1: | b | SEb | β | Sig. | AdjustedR ² |
|--|-------|-------|-------|-------|------------------------|
| Σταθερή | 2,189 | 0,203 | | 0,000 | |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,605 | 0,074 | 0,481 | 0,000 | 0,228 |
| Στάδιο 2: | | | | | |
| Σταθερή | 1,145 | 0,321 | | 0,000 | |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,540 | 0,073 | 0,430 | 0,000 | |
| Παρακίνηση | 0,394 | 0,096 | 0,239 | 0,000 | 0,280 |
| Στάδιο 3: | | | | | |
| Σταθερή | 0,964 | 0,320 | | 0,003 | |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,417 | 0,082 | 0,322 | 0,000 | |
| Παρακίνηση | 0,354 | 0,095 | 0,214 | 0,000 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,313 | 0,101 | 0,203 | 0,002 | 0,307 |
| Στάδιο 4: | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Σταθερή | 0,565 | 0,362 | | 0,120 | |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,372 | 0,083 | 0,296 | 0,000 | |
| Παρακίνηση | 0,323 | 0,095 | 0,195 | 0,001 | |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,269 | 0,101 | 0,175 | 0,009 | |
| Επικοινωνία | 0,243 | 0,106 | 0,141 | 0,024 | 0,320 |

4.2.8. Διαφοροποίηση απόψεων για το επαγγελματικό περιβάλλον, την επαγγελματική ικανοποίηση, το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

Για να απαντηθεί το 8^ο ερώτημα της εργασίας διενεργήθηκαν δοκιμασίες συσχέτισης δημογραφικών στοιχείων με τις μεταβλητές της μελέτης. Σε συσχέτιση του φύλου των συμμετεχόντων με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και το συνολικό Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) δεν διεφάνη στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές. Εν πάσει όμως περιπτώσει, αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλους τους παράγοντες, οι γυναίκες είχαν την τάση να αξιολογούν με υψηλότερη τιμή τους υπό εξέτασιν παράγοντες.

Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων με τους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της επαρχίας και των παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος «επικοινωνία για τους ασθενείς», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», «παρακίνηση», «πολιτισμική ευαισθησία» και συνολικό Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE) (Πίνακας 35). Στην επαρχία Ε παρατηρείται η υψηλότερη μέση τιμή όσον αφορά όλους τους υπό εξέτασιν παράγοντες. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές εμφανίζονται στους ακόλουθους

παράγοντες: «επικοινωνία», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», «εσωτερική παρακίνηση», «πολιτισμική ευαισθησία» και στο συνολικό Επαγγελματικό Περιβάλλον.

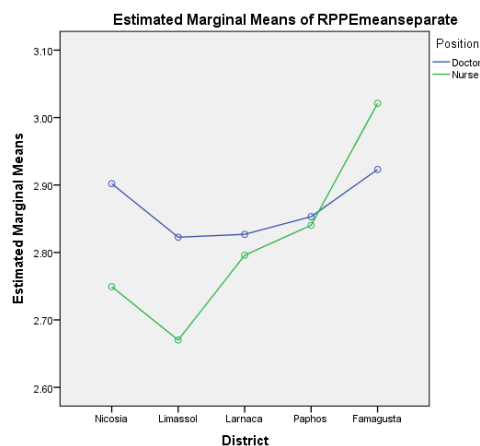
Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων και της επαγγελματικής ομάδας με το επαγγελματικό περιβάλλον δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,637$) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γράφημα 1).

Πίνακας 35: Μέσες τιμές του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος (RPPE) και των ομαδοποιημένων παραγόντων του και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες

| Παράγοντας | Επαρχία Α | Επαρχία Β | Επαρχία Γ | Επαρχία Δ | Επαρχία Ε | p-value |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Ηγεσία | 2,60(0,55) | 2,54(0,53) | 2,61(0,38) | 2,71(0,50) | 2,91(0,29) | 0,052 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 2,66(0,61) | 2,60(0,58) | 2,63(0,62) | 2,67(0,65) | 3,00(0,40) | 0,178 |
| Επικοινωνία | 2,85(0,48) | 2,80(0,47) | 2,87(0,38) | 2,99(0,37) | 3,14(0,30) | 0,028 |
| Ομαδική εργασία | 3,25(0,44) | 3,09(0,52) | 3,25(0,32) | 3,24(0,38) | 3,23(0,332) | 0,228 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 2,08(0,51) | 1,88(0,49) | 2,03(0,40) | 2,00(0,48) | 2,45(0,55) | 0,000 |
| Παρακίνηση | 3,06(0,44) | 2,95(0,46) | 3,22(0,42) | 3,12(0,43) | 3,27(0,54) | 0,019 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 2,52(0,64) | 2,52(0,51) | 2,46(0,40) | 2,09(0,71) | 3,07(0,46) | 0,002 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 2,91(0,32) | 2,87(0,37) | 2,88(0,25) | 2,98(0,32) | 2,97(0,26) | 0,406 |
| RPPE | 2,78(0,31) | 2,69(0,31) | 2,80(0,23) | 2,84(0,30) | 3,01(0,21) | 0,002 |

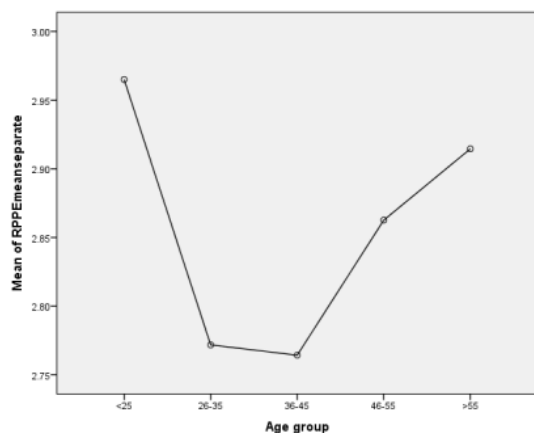
Η διαφορά των μέσων τιμών είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05

Γράφημα 1: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ του δείκτη RPPE, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων



Συσχετίζοντας την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και το συνολικό δείκτη RPPE (Γράφημα 2), δεν διαφάνηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά των μέσων τιμών. Παρατηρήθηκε ότι οι νεαρότεροι συμμετέχοντες και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν την τάση να αξιολογούν το επαγγελματικό τους περιβάλλον με υψηλότερες τιμές.

Γράφημα 2: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ του δείκτη RPPE και της ηλικιακής ομάδας των συμμετεχόντων



Όσον αφορά τη συσχέτιση της επαρχίας εργασίας των εργαζομένων με την επαγγελματική ικανοποίηση, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 36, η ψηλότερη τιμή καταγράφεται στην επαρχία Ε, χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,086$).

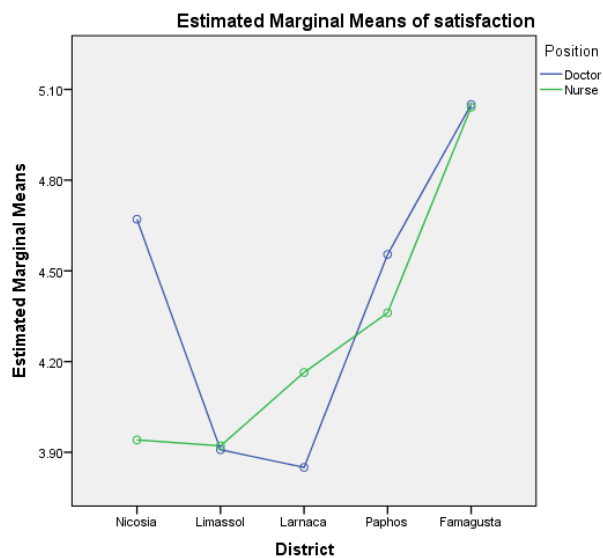
Στη συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,831$), αλλά οι γυναίκες (4,20) έχουν την τάση να δηλώνουν πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες (4,17).

Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων και της επαγγελματικής ομάδας με την επαγγελματική ικανοποίηση δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,169$) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γράφημα 3).

Πίνακας 36: Μέσες τιμές της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες

| Επαρχία | Μέση τιμή (Τ.Α.) N=224 p=0,086 | Ιατροί N=50 | Νοσηλευτές N=174 |
|---------|--------------------------------------|----------------|---------------------|
| A | 4,12 | 4,67 | 3,94 |
| B | 3,91 | 3,90 | 3,92 |
| Γ | 4,08 | 3,85 | 4,16 |
| Δ | 4,41 | 4,55 | 4,36 |
| E | 5,04 | 4,50 | 4,53 |

Γράφημα 3: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων



Όσον αφορά στις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας σε σχέση με την επαρχία των συμμετεχόντων, η έρευνα κατέδειξε ότι στην επαρχία Ε συναντάται η υψηλότερη μέση τιμή, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 38. Σχετικά με το φύλο και τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας, η έρευνα κατέδειξε ότι οι άνδρες έχουν την τάση να το αξιολογούν με υψηλότερη τιμή (3,23) έναντι των γυναικών (3,15) χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,094$).

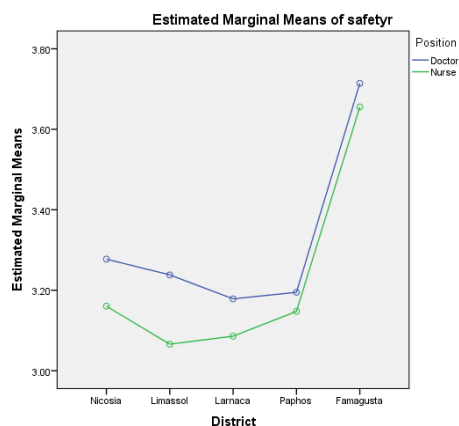
Πίνακας 37: Μέσες τιμές των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες

| Επαρχία | Μέση τιμή (Τ.Α.) N=224 $p=0,094$ | Ιατροί N=50 | Νοσηλευτές N=174 |
|---------|--|----------------|---------------------|
| A | 3,19(0,53) | 3,27(0,54) | 3,16(0,53) |
| B | 3,09(0,54) | 3,23(0,43) | 3,06(0,56) |
| Γ | 3,10(0,39) | 3,17(0,56) | 3,08(0,34) |
| Δ | 3,15(0,42) | 3,19(0,45) | 3,14(0,42) |
| Ε | 3,66(0,42) | 3,71(0,00) | 3,65(0,43) |

Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων και της επαγγελματικής ομάδας με τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,932$) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γράφημα 4).

Συσχετίζοντας τις απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με την επαρχία εργασίας των συμμετεχόντων, η έρευνα κατέδειξε ότι στην επαρχία Ε συναντάται η υψηλότερη μέση τιμή, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 38 με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,01$).

Γράφημα 4: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων



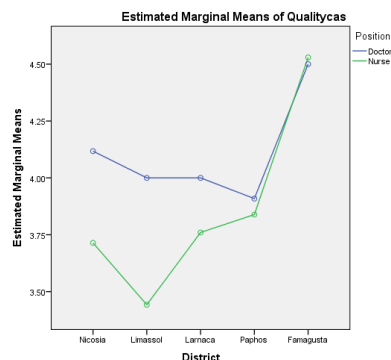
Σχετικά με το φύλο και τις απόψεις για την ποιότητα, η έρευνα κατέδειξε ότι οι άνδρες έχουν την τάση να αξιολογούν την ασφάλεια ελαφρώς με υψηλότερη τιμή (3,85 έναντι 3,77), χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,441$).

Πίνακας 38: Μέσες τιμές των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τυπική απόκλιση (SD) σε σχέση με τις επαρχίες

| Επαρχία | Μέση τιμή (T.A.) N=224 $p=0,01$ | Ιατροί N=50 | Νοσηλευτές N=174 |
|---------|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| A | 3,82(0,76) | 4,12(0,33) | 3,71(0,84) |
| B | 3,55(0,75) | 4,00(0,74) | 3,44(0,72) |
| Γ | 3,82(0,81) | 4,00(0,93) | 3,76(0,78) |
| Δ | 3,86(0,65) | 3,91(0,54) | 3,84(0,69) |
| E | 4,53(0,51) | 4,50(0,71) | 4,53(0,51) |

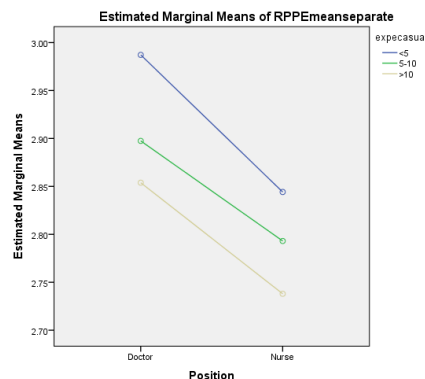
Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων και της επαγγελματικής ομάδας με τις αντιλήψεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,355$) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γράφημα 5).

Γράφημα 5: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, της επαρχίας και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

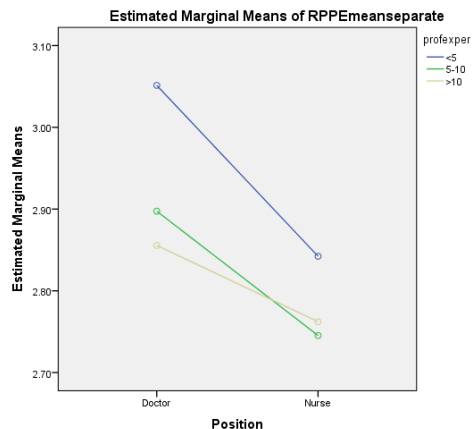


Σε συσχέτιση της εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα με την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,766$ και $p=0,861$ αντίστοιχα) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γραφήματα 6 και 7). Οι έχοντες μικρότερη πείρα και ανήκουν στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών έχουν την τάση να αποτιμούν με υψηλότερη τιμή το επαγγελματικό περιβάλλον.

Γράφημα 6: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ RPPE, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

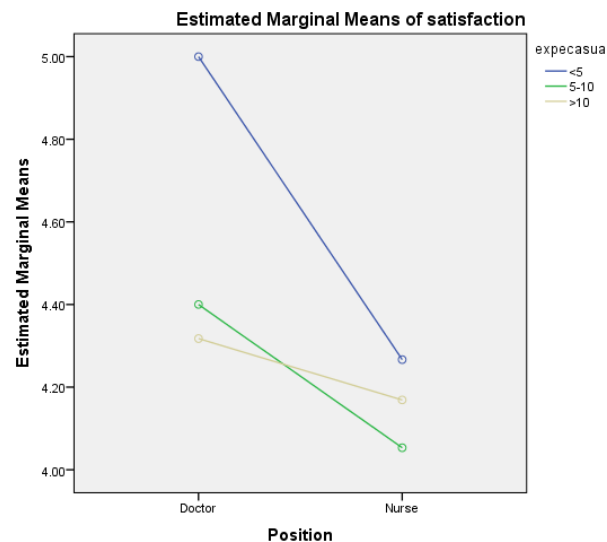


Γράφημα 7: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ RPPE, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

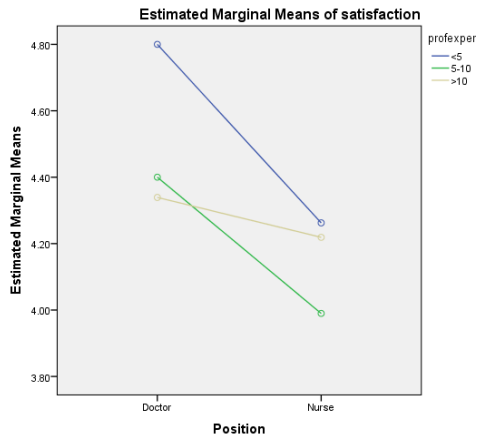


Σε συσχέτιση της συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της εμπειρίας στο ΤΑΕΠ με την επαγγελματική ικανοποίηση δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,690$ και $p=0,757$, αντίστοιχα) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γραφήματα 8 και 9). Οι έχοντες μικρότερη πείρα και ανήκουν στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών έχουν την τάση να αποτιμούν με υψηλότερη τιμή την επαγγελματική ικανοποίηση.

Γράφημα 8: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

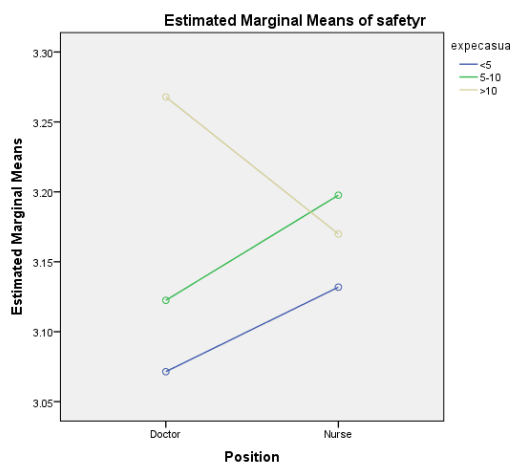


Γράφημα 9: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

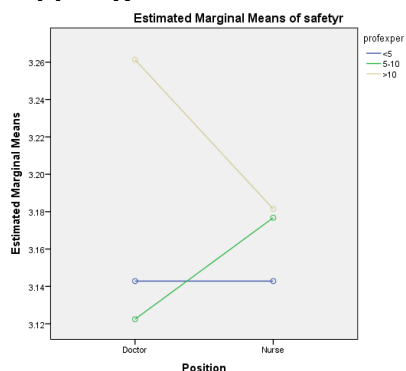


Σε συσχέτιση της συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της εμπειρίας στο ΤΑΕΠ με τις απόψεις για την ασφάλεια δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,711$ και $p=0,837$, αντίστοιχα) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γραφήματα 10 και 11). Οι έχοντες μεγαλύτερη πείρα και ανήκουν στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών έχουν την τάση να αποτιμούν με υψηλότερη τιμή την ασφάλεια των ασθενών.

Γράφημα 10: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

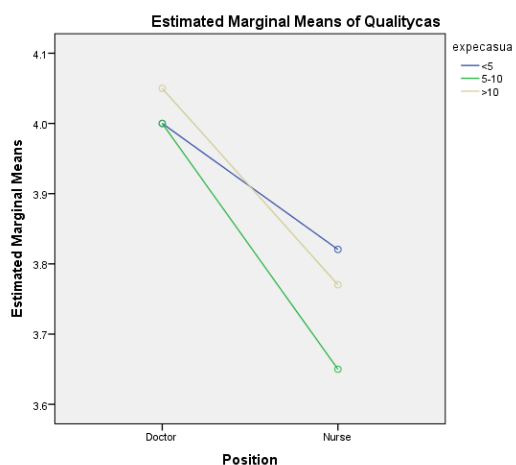


Γράφημα 11: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων

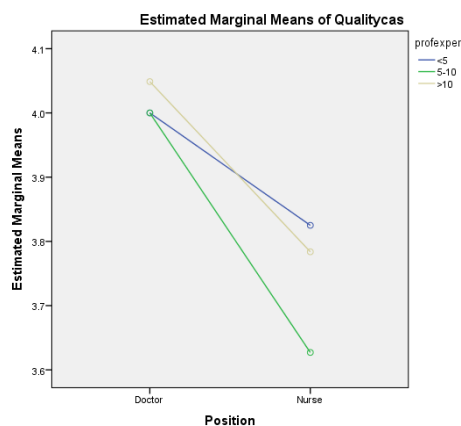


Σε συσχέτιση της συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της εμπειρίας στο ΤΑΕΠ με τις απόψεις για την ποιότητα δεν καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,960$ και $p=0,941$, αντίστοιχα) μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Γραφήματα 12 και 13). Οι έχοντες μεγαλύτερη πείρα και ανήκουν στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών έχουν την τάση να αποτιμούν με υψηλότερη τιμή την αυτοαναφερόμενη ποιότητα.

Γράφημα 12: Γράφημα κρημνού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, των ετών εμπειρίας στο ΤΑΕΠ και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων



Γράφημα 13: Γράφημα κρημού σχέσης μεταξύ των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, των ετών συνολικής εμπειρίας στο επάγγελμα και της επαγγελματικής ομάδας των συμμετεχόντων



Για να ολοκληρωθεί η απάντηση στο 8^ο ερώτημα της εργασίας και με σκοπό να διερευνηθούν πώς συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων σχετίζονται με τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα, αλλά και την επαγγελματική ικανοποίηση έγινε δίτιμη λογιστική ανάλυση.

Πριν τη διενέργεια της δίτιμης λογιστικής ανάλυσης (binary logistic regression) οι απαντήσεις στις συνεχείς εξηρημένες μεταβλητές «απόψεις για το κλίμα ασφάλειας», «επαγγελματική ικανοποίηση» και «απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα» διχοτομήθηκαν ως ακολούθως:

- Απόψεις για το κλίμα Ασφάλειας (1-3=αρνητική αντίληψη και 4-5=θετική αντίληψη)
- Απόψεις για την Αυτοαναφερόμενη Ποιότητα (1-3=αρνητική αντίληψη και 4-5=θετική αντίληψη)
- Επαγγελματική Ικανοποίηση (1-4=αρνητική αντίληψη και 5-7=θετική αντίληψη)

Ανεξάρτητες μεταβλητές καθορίστηκαν το Φύλο και η Επαγγελματική ομάδα των συμμετεχόντων. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 39 ο δείκτης Goodness of Fit Test (Omnibus Tests of Model Coefficients) στην «ασφάλεια» και «ποιότητα» έχει στατιστικώς σημαντικές τιμές χ^2 , ενώ στην περίπτωση της «ικανοποίησης» δεν ισχύει το ίδιο. Όμως,

όσον αφορά τον άλλο δείκτη προσαρμογής (Hosmer and Lemeshow Test), το μοντέλο παρουσιάζεται καλύτερο με όλες τις εξηρημένες μεταβλητές να παρουσιάζουν τιμές καλής προσαρμογής σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Οι δείκτες Cox&Snell R square και Nagelkerke R square παρέχουν μια ένδειξη της μεταβλητότητας της εξηρημένης μεταβλητής που εξηγείται από το μοντέλο (Πίνακας 40). Έτσι, για την «ασφάλεια», ένα ποσοστό μεταξύ 4 και 11% της μεταβλητότητας εξηγείται από τις μεταβλητές αυτές. Για την «ποιότητα», το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 4-6% και για την «ικανοποίηση» 0,5-0,7%.

Πίνακας 39: Goodness of Fit Test and Hosmer and Lemeshow Test-Ασφάλεια, Ποιότητα, Ικανοποίηση

| Εξηρημένη Μεταβλητή | Omnibus Tests of Model Coefficients (Sig.<0,05) | Hosmer and Lemeshow Test (Sig.>0,05) |
|---------------------|---|--------------------------------------|
| Ασφάλεια | Chi-square=9,131 Sig=0,010 | Chi-square=0,479 Sig=0,787 |
| Ποιότητα | Chi-square=10,325 Sig=0,006 | Chi-square=5,161 Sig=0,076 |
| Ικανοποίηση | Chi-square=1,088 Sig=0,580 | Chi-square=1,394 Sig=0,498 |

Πίνακας 40: Cox&Snell R square και Nagelkerke R square-Ασφάλεια, Ποιότητα, Ικανοποίηση

| Εξηρημένη Μεταβλητή | Cox&Snell R square | Nagelkerke R square |
|---------------------|--------------------|---------------------|
| Ασφάλεια | 0.041 | 0.113 |
| Ποιότητα | 0.046 | 0.065 |
| Ικανοποίηση | 0.005 | 0.007 |

Συνοπτικά, στον Πίνακα 41, φαίνονται τα αποτελέσματα της δίτιμης λογιστικής ανάλυσης (μονομεταβλητό και πολυμεταβλητό μοντέλο). Οι πιθανότητες ένας νοσηλευτής να αποτιμήσει θετικά την «ασφάλεια» είναι περίπου 2 (1,62) φορές περισσότερες από ένα ιατρό. Οι πιθανότητες ενός άνδρα να αποτιμήσει θετικά την «ασφάλεια» είναι περίπου 7(1000/141) φορές περισσότερες από μια γυναίκα (στατιστικώς σημαντικό μοντέλο, p-value=0,012 για το φύλο).

Πίνακας 41: Επίδραση του φύλου και της επαγγελματικής θέσης στις μεταβλητές «κλίμα ασφάλειας», «αυτοαναφερόμενη ποιότητα» και «ικανοποίηση»

| <u>Ασφάλεια</u> | Μονομεταβλητή | p-value | Πολυμεταβλητό | p-value |
|--|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| Φύλο – (0=άνδρες,1=γυναίκες) | 0,14(95%CI 0,30-0,653) | 0,012 | 0,142(95%CI 0,031-0,657) | 0,012 |
| Επαγγελματική ομάδα (0=ιατρ, 1=νοσηλ) | 1,62 (95%CI 0,347-7,650) | 0,540 | 1,525(95%CI 0,319-7,298) | 0,597 |
| <u>Ποιότητα</u> | | | | |
| Φύλο – (0=άνδρες,1=γυναίκες) | 0,574(95%CI 0,319-1,032) | 0,064 | 0,554(95%CI 0,305-1,006) | 0,052 |
| Επαγγελματική ομάδα (0=ιατρ, 1=νοσηλ) | 0,34495%CI 0,152-0,779) | 0,011 | 0,35895%CI 0,156-0,819) | 0,015 |
| <u>Ικανοποίηση</u> | | | | |
| Φύλο – (0=άνδρες,1=γυναίκες) | 0,902(95%CI 0,484-1,683) | 0,746 | 0,894(95%CI 0,479-1,671) | 0,726 |
| Επαγγελματική ομάδα (0=ιατρ, 1=νοσηλ) | 0,718(95%CI 0,352-1,468) | 0,364 | 0,691(95%CI 0,337-1,420) | 0,315 |

Οι πιθανότητες ένας ιατρός να αποτιμήσει θετικά την «αυτοαναφερόμενη ποιότητα» είναι περίπου 3 φορές περισσότερες από ένα νοσηλευτή. Οι πιθανότητες ενός άνδρα να

αποτιμήσει θετικά την «ποιότητα» είναι περίπου 2 φορές περισσότερες από μια γυναίκα (στατιστικώς σημαντικό μοντέλο, $p\text{-value}=0,011$ για την επαγγελματική ομάδα).

Οι πιθανότητες ένας ιατρός να αποτιμήσει θετικά την «ικανοποίηση» είναι περίπου 1,5 φορές περισσότερες από ένα νοσηλεύτη. Οι πιθανότητες ενός άνδρα να αποτιμήσει θετικά την «ποιότητα» είναι περίπου 1,1 φορές περισσότερες από μια γυναίκα (χωρίς στατιστικώς σημαντικές διαφορές).

Παρατηρείται ισχυρή σχέση του φύλου με τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας η οποία φαίνεται ανεξάρτητη της σχέσης της επαγγελματικής ομάδας. Δεν παρατηρείται καμιά στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αποτίμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων και του φύλου. Καταγράφεται ανεξάρτητη σχέση του φύλου και της επαγγελματικής ομάδας με την ποιότητα όπου οι νοσηλευτές και οι γυναίκες πιο πιθανό να αξιολογήσουν την αυτοαναφερόμενη ποιότητα χαμηλότερα. Οι νοσηλευτές αποτιμούν χαμηλότερα την επαγγελματική ικανοποίηση αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με το Επαγγελματικό Περιβάλλον στα δημόσια ΤΑΕΠ σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση και τις απόψεις τους σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης επείγουσας φροντίδας.

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί την πρώτη προσπάθεια μελέτης του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος και που συμπεριλαμβάνει όχι μόνο νοσηλευτές αλλά και ιατρούς. Η κατανόηση των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για το επαγγελματικό τους περιβάλλον είναι κομβικής σημασίας διότι είναι γνωστή η διασύνδεση ενός θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος στο χώρο της υγείας με επιθυμητά αποτελέσματα για τους επαγγελματίες, τους ασθενείς και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (Aiken & Patrician 2000).

Το δείγμα περιελάμβανε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ παγκύπρια για αυτό και θεωρείται αντιπροσωπευτικό. Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν 224 άτομα, ήτοι 50 ιατροί και 174 νοσηλευτές των ΤΑΕΠ (ποσοστό ανταπόκρισης 81%). Το ποσοστό ανταπόκρισης θεωρείται αρκετά υψηλό αν λάβει κανείς υπόψη ότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι διστακτικοί στο να συμμετέχουν σε έρευνες (Donaldson & Moirour 1999). Το ποσοστό ανταπόκρισης των νοσηλευτών ήταν μεγαλύτερο από εκείνο των ιατρών (82,8% έναντι 74,6%) κάτι που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία (Deilkås & Hofoss 2008). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες με ποσοστό 54% με τους πλείστους, να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-45. Ο λόγος που η ηλικιακή ομάδα είναι σχετικά μικρή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το ΤΑΕΠ θεωρείται πολύ απαιτητικό και οι νεαρότεροι πιστεύεται ότι είναι σε θέση να

ανταποκριθούν αποδοτικότερα στις δύσκολες συνθήκες εργασίας. Η μέση τιμή των ετών πείρας στην ιατρική/νοσηλευτική ήταν 13,41 και η αντίστοιχη μέση τιμή των ετών πείρας στο ΤΑΕΠ ήταν τα 8,39 έτη.

Οι ιατροί είχαν περισσότερα χρόνια υπηρεσίας τόσο γενικά στην ιατρική όσο και στα ΤΑΕΠ. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι νοσηλευτές υπόκεινται σε ένα σύστημα κυκλικής εναλλαξιμότητας εντός των νοσηλευτηρίων και ως εκ τούτου δεν παραμένουν επί μακρόν σε ένα μόνο τμήμα όπως είναι και το ΤΑΕΠ. Τα κύρια ευρήματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος μπορούν να συνοψιστούν ως ακολούθως: Οι ιατροί αποτίμησαν θετικότερα το δείκτη RPPE από τους νοσηλευτές. Οι ιατροί αξιολόγησαν με μεγαλύτερη τιμή και τους 8 επί μέρους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος εκτός από τον παράγοντα «εσωτερική παρακίνηση» με τους νοσηλευτές να αξιολογούν με μεγαλύτερη τιμή το συγκεκριμένο παράγοντα και τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική. Όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση, οι ιατροί δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές. Αναφορικά με τις αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης αυτοαναφερόμενης φροντίδας οι ιατροί αξιολόγησαν και τους δύο αυτούς δείκτες με υψηλότερη τιμή (για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα η διαφορά ήταν στατιστικώς σημαντική) .

Στον έλεγχο αξιοπιστίας του εργαλείου για το Επαγγελματικό Περιβάλλον (RPPE), οι τιμές Cronbach α ήταν για το συνολικό RPPE και για τους πέντε επιμέρους παράγοντες «Εσωτερική παρακίνηση», «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», «Πολιτισμική ευαισθησία», «Ηγεσία και αυτονομία», «Διεπαγγελματικές σχέσεις» ικανοποιητικές μεταξύ 0,71-0,88 (Pallant 2001). Η πιο χαμηλή τιμή αξιοπιστίας βρέθηκε στον

παράγοντα «ομαδική εργασία». Ο μικρός αριθμός ερωτήσεων (Tavakol & Dennick 2011) που περιλαμβάνει ο παράγοντας αυτός μπορεί να είναι μια από τις αιτίες που εμφανίζει χαμηλή τιμή αλλά και το γεγονός ότι από τις 4 ερωτήσεις του οι τρεις είναι αντίστροφα κωδικοποιημένες (Rodebaugh et al. 2007). Η αξιοπιστία του παράγοντα αυτού ήταν επίσης χαμηλή και σε άλλη πρόσφατη έρευνα (Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014).

Ο παράγοντας «διαχείριση συγκρούσεων» παρουσίασε συντελεστή Cronbach $\alpha = 0,60$, που θεωρείται σχετικά χαμηλός. Στον παράγοντα αυτό αντιστοιχούσαν 9 ερωτήσεις από τις οποίες οι 4 ήταν αντίστροφα κωδικοποιημένες και ίσως αυτός να είναι και πάλι ο λόγος της χαμηλής τιμής (Rodebaugh et al. 2007). Η αξιοπιστία του παράγοντα αυτού ήταν επίσης χαμηλή και σε άλλες έρευνες (Papastavrou et al. 2013; Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014).

Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης RPPE αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή σε σχέση με παλαιότερες έρευνες που συμπεριέλαβαν δείγματα από νοσηλευτές στην Κύπρο. Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή για το RPPE ήταν 2,79, ενώ στην έρευνα Papastavrou (Papastavrou & Efstathiou 2012b) ήταν 2,68, στην έρευνα Farmakas (Farmakas et al. 2014) ήταν 2,69 και στην έρευνα Papastavrou (Papastavrou et al. 2013) ήταν 2,76. Οι ιατροί έδωσαν υψηλότερη τιμή στο δείκτη RPPE από τους νοσηλευτές. Η γενικά θετικότερη αξιολόγηση του δείκτη για το Επαγγελματικό Περιβάλλον στην παρούσα εργασία δυνατόν να οφείλεται στο γεγονός ότι το ΤΑΕΠ θεωρείται ένα ιδιαίτερο τμήμα στο νοσοκομείο (Georgopoulos 1985; Woloshynowych et al. 2006) που ουσιαστικά αποτελεί τον «καθρέφτη» του νοσηλευτικού ιδρύματος. Τα άτομα που εργάζονται εκεί

νώθουν περήφανα και αντιμετωπίζουν ποικιλία περιστατικών αλλά συνάμα αισθάνονται ότι σώζουν ζωές.

Στην παρούσα έρευνα, ο παράγοντας του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος που λαμβάνει την υψηλότερη μέση τιμή είναι η «ομαδική εργασία». Αυτό συμφωνεί με έρευνα στις Η.Π.Α όπου η καλή ομαδική εργασία στα ΤΑΕΠ συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση από το επαγγελματικό περιβάλλον (Ajeigbe & McNeese-Smith 2013). Ο παράγοντας αυτός αποτελεί εξωγενή παράγοντα παρακίνησης. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα στις έρευνες Papastavrou (Papastavrou & Efstathiou 2012b; Papastavrou & Andreou 2013; Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014) και Farmakas (Farmakas et al. 2014), όπου οι υψηλότερες τιμές ανάμεσα στους 8 επί μέρους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος απαντώνται στην «εργασιακή παρακίνηση». Ο παράγοντας αυτός στην παρούσα έρευνα πήρε τη δεύτερη μεγαλύτερη μέση τιμή. Οι ιατροί αξιολόγησαν με μεγαλύτερη τιμή όλους τους επί μέρους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος εκτός από τον παράγοντα «εσωτερική παρακίνηση», όπου μεγαλύτερη μέση τιμή έδωσαν οι νοσηλευτές και η διαφορά αυτή ήταν στατιστικώς σημαντική ($p\text{-value}<0,05$). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι υπό τις σημερινές συνθήκες οικονομικής κρίσης που διέρχεται η Κύπρος με τις περικοπές μισθών και άλλων ωφελημάτων που είχαν μέχρι πρόσφατα οι ιατροί των ΤΑΕΠ, αισθάνονται ότι ενώ προσφέρουν περισσότερα, οι απολαβές τους έχουν μειωθεί σημαντικά. Εξάλλου λόγω της απουσίας αυτονόμησης στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, οι ιατροί θεωρούνται δημόσιοι υπάλληλοι και οι απολαβές τους είναι συγκριτικά με ιατρούς άλλων κρατών μελών της Ε.Ε. χαμηλότεροι (Reginato & Grosso 2011). Οι απολαβές θεωρούνται από τους ιατρούς σημαντική παράμετρος για την επαγγελματική

ικανοποίηση (Sultana et al. 2009). Ένα κίνητρο που είχαν οι ιατροί στην Κύπρο να εργοδοτηθούν στα ΤΑΕΠ ήταν και οι αυξημένες απολαβές σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους στα άλλα τμήματα. Το πλεονέκτημα αυτό έχει σχεδόν καταργηθεί λόγω του μνημονίου που συνομολογήθηκε μεταξύ της Κύπρου και της Τρόικα το 2013. Σε έρευνα το 2010 (Lambrou 2010) σχετικά με τους παράγοντες παρακίνησης και που συμπεριέλαβε ιατρούς και από άλλες κλινικές, οι ιατροί του ΤΑΕΠ Λευκωσίας είχαν αξιολογήσει θετικότερα τον παράγοντα «απολαβές» από τους υπόλοιπους νοσοκομειακούς συναδέλφους τους. Σε έρευνα που έγινε σε Ελληνικά νοσοκομεία (Kontodimopoulos et al. 2009) σχετικά με τους παράγοντες παρακίνησης των εργαζομένων, ο παράγοντας «απολαβές» θεωρήθηκε σημαντικός. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα έρευνας σε ΤΑΕΠ στην Ταϊβάν-συμμετείχαν ιατροί και νοσηλευτές- όπου η παρακίνηση αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή από τους ιατρούς και η εσωτερική επικοινωνία στο τμήμα αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή από τους νοσηλευτές (B. Lin et al. 2008). Ο παράγοντας «παρακίνηση» αποτελείται από ερωτήσεις που σχετίζονται με την εκτίμηση και θεωρείται ενδογενής παράγοντας υποκίνησης σύμφωνα με το Herzberg (Herzberg 2005) αντιστοιχώντας στην ψηλότερη βαθμίδα της πυραμίδας του Maslow (Δικαίος et al. 1999).

Η θετικότερη αποτίμηση στον παράγοντα «ομαδική εργασία» στη δική μας έρευνα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το ΤΑΕΠ αποτελεί ένα τμήμα του νοσοκομείου όπου η συνεργασία με τα άλλα τμήματα είναι απαραίτητη για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του (Georgoroulos 1985). Εν πάσει όμως περιπτώσει, το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Όσον αφορά στους επιμέρους παράγοντες του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος, καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στις μέσες τιμές στους παράγοντες «Διεπαγγελματικές σχέσεις», «Εσωτερική παρακίνηση» και «Πολιτισμική ευαισθησία». Τα ευρήματα αυτά δεν συμφωνούν με έρευνα που έγινε σε ΤΑΕΠ στην Ταϊβάν όπου οι νοσηλευτές δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από τους ιατρούς για την «επικοινωνία για τους ασθενείς» (B. Y.-J. Lin et al. 2008). Στην Κύπρο λόγω της ανισότητας στην επαγγελματική αυτονομία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, οι πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς διοχετεύονται στους νοσηλευτές από τους ιατρούς σε όχι αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, κάτι που είναι εμφανές στη διαφορετική αποτίμηση που κάνουν οι ιατροί από τους νοσηλευτές στις 3 ερωτήσεις του παράγοντα αυτού (ερωτήσεις 13,14,και 15-Πίνακας 23).

Ο παράγοντας «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» παρουσιάζει τη χαμηλότερη τιμή στην παρούσα εργασία κάτι που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που συμπεριέλαβαν στο δείγμα τους νοσηλευτές από την Κύπρο (Papastavrou & Efstathiou 2012b; Papastavrou & Andreou 2013; Papastavrou, Acaroglu, et al. 2014). Εξάλλου, η θετική αποτίμηση συγκεκριμένων ερωτήσεων (5,7,9) του RPPE (Πίνακας 23) που περιέχονται στον παράγοντα αυτό από τους νοσηλευτές παραμένει σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την αποτίμηση από τους ιατρούς με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον παράγοντα αυτό κάτι που συμφωνεί και με τη διεθνή βιβλιογραφία σε παρόμοιες μελέτες όπου συμμετείχαν ιατροί και νοσηλευτές (Freeborn et al. 2002). Η χαμηλότερη τιμή που έδωσαν οι νοσηλευτές μπορεί να εξηγήσει και την χαμηλότερη αξιολόγηση στο επαγγελματικό περιβάλλον (Ajeigbe & McNeese-Smith 2013). Η αξιολόγηση της αυτονομίας, του ελέγχου στην

άσκηση επαγγέλματος και των διεπαγγελματικών σχέσεων συνδέονται με χαμηλότερη αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Panunto & Guirardello 2013) κάτι που συμβαίνει και στην παρούσα έρευνα όπου οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τους παράγοντες αυτούς αρνητικότερα από τους ιατρούς και κατ'επέκτασιν το επαγγελματικό περιβάλλον. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα έρευνας που έγινε στο Βέλγιο σε αριθμό 254 νοσηλευτών σε 15 ΤΑΕΠ μεταξύ των ετών 2007 και 2008, και όπου οι νοσηλευτές ανέφεραν χαμηλότερη επαγγελματική αυτονομία και περισσότερη πίεση χρόνου σε σχέση με νοσηλευτές σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων (Adriaenssens et al. 2011). Επίσης σε έρευνα μεταξύ Ευρωπαίων νοσηλευτών εντατικής φροντίδας σε δείγμα 255 ατόμων, τα ευρήματα κατέδειξαν ότι η αυτονομία συσχετιζόταν θετικά με τη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών (Parathanassoglou et al. 2012) κάτι που παρατηρείται και στη δική μας έρευνα όπου οι νοσηλευτές αξιολόγησαν με χαμηλότερο βαθμό τον παράγοντα «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» και τις «Διεπαγγελματικές σχέσεις». Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε έρευνα στην Τσεχία και Σλοβακία (Gurkoná et al. 2013) όπου οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι καθοριστικός παράγοντας για τη φυγή τους από τη χώρα για εργασία στο εξωτερικό ήταν και η μη ικανοποίησή τους σε σχέση με τον «Έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος». Η χαμηλή αξιολόγηση για το θέμα του «ελέγχου στην άσκηση του επαγγέλματος» μπορεί να αποδοθεί και στο γεγονός ότι μόλις πρόσφατα άρχισαν να αποφοιτούν από Πανεπιστημιακή σχολή οι νοσηλευτές στην Κύπρο και μέχρι τότε υπήρχε διάχυτη η εντύπωση ότι οι νοσηλευτές "υστερούσαν" κατά κάποιο τρόπο στο επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης από τους ιατρούς. Πέρα από το θέμα της εκπαίδευσης, υπάρχει μία σχετική έλλειψη νομικής κατοχύρωσης του ρόλου και των δραστηριοτήτων του επαγγέλματος των νοσηλευτών,

γεγονός που κάνει την αυτόνομη άσκηση του δύσκολη. Επίσης, η έλλειψη επαγγελματικής αυτονομίας των νοσηλευτών και ειδικά στα ΤΑΕΠ όπου διεξήχθη η έρευνα μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές, όπως ήδη αναφέρθηκε, υπόκεινται σε ένα σύστημα “rotation” εντός του νοσοκομείου και δεν παραμένουν επί μακρόν στο συγκεκριμένο τμήμα και αυτό δυνατό να τους αποκλείει από την αποτελεσματική αυτόνομη άσκηση του επαγγέλματός τους εφόσον πιθανόν να θεωρείται από τους ιατρούς ότι δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία στο χώρο των ΤΑΕΠ.

Αναφορικά με την αξιολόγηση στον παράγοντα «Πολιτισμική ευαισθησία» που παρουσιάζεται με τη χαμηλότερη τιμή στην παρούσα έρευνα σε σχέση με τις άλλες έρευνες (Papastavrou & Efstathiou 2012a; Papastavrou, Efstathiou, et al. 2014) αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι στα ΤΑΕΠ προσέρχονται όλοι οι έχοντες επείγον (ή ακόμα και έλασσον) πρόβλημα υγείας ανεξαρτήτου εθνικότητας. Η πρόσβαση στα ΤΑΕΠ θεωρείται ευκολότερη και φθηνότερη από μη δικαιούχους κρατικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Λυδάκης et al. 2013). Λαμβάνοντας υπόψη ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (Eurostat 2014) η Κύπρος κατέχει τη δεύτερη θέση μετά το Λουξεμβούργο στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε αριθμό μεταναστών σε αναλογία γηγενούς πληθυσμού, είναι κατανοητό το μέγεθος της προσέλευσης ξένων στα ΤΑΕΠ, ειδικά μετά την προσχώρηση της Κύπρου στην Ε.Ε. το 2004. Πολλές φορές το προσωπικό αδυνατώντας να αντεπεξέλθει στα πραγματικά επείγοντα περιστατικά, υποχρεούται να αντιμετωπίσει και περιπτώσεις μη επειγόντων περιστατικών κυρίως από αλλοδαπούς λόγω των προαναφερομένων λόγων. Εξάλλου, από το 2013 που η Κύπρος αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου οικονομική κρίση παρατηρείται έλλειψη

προσωπικού στα κρατικά νοσηλευτήρια με αποτέλεσμα τον αυξημένο φόρτο εργασίας. Η έλλειψη επαρκούς αριθμού προσωπικού λόγω πολιτικών λιτότητας είναι γεγονός και σε άλλες χώρες της Ε.Ε. όπου εφαρμόστηκαν παρόμοιες πολιτικές (Aiken & Sloane 2013).

Όσον αφορά στον παράγοντα «ομαδική εργασία» ο οποίος σημείωσε την υψηλότερη μέση τιμή, το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την ελληνική (Πέλεχας & Αντωνιάδης 2013) και διεθνή βιβλιογραφία (Relihan et al. 2009). Σε έρευνες που έγιναν σε ΤΑΕΠ βρέθηκε ότι η «ομαδική εργασία» αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων αυτών, τόσο σύμφωνα με τις απόψεις των ιατρών όσο και των νοσηλευτών (Keller & Koenig 1989; SAWATZKY & Enns 2012; Ajeigbe et al. 2014).

Το ΤΑΕΠ, όπως έχει προαναφερθεί, είναι εκ των πραγμάτων υποχρεωμένο να συνεργάζεται στενά με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου για να μπορεί να διεκπεραιώνει το σημαντικό ρόλο του (Georgopoulos 1985).

Αξίζει, επίσης, να γίνει αναφορά και στη σύγκριση μεταξύ των 5 επαρχιών όπου διεξήχθη η έρευνα. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στους 4 από τους 8 παράγοντες και στο συνολική τιμή του επαγγελματικού περιβάλλοντος RPPE. Οι νοσηλευτές στο μικρότερο ΤΑΕΠ αξιολόγησαν τόσο το συνολικό RPPE όσο και τους 8 επί μέρους παράγοντες του με υψηλότερη τιμή. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα πρόσφατης εργασίας που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε δείγμα 11.000 εγγεγραμμένων νοσηλευτών (Lindqvist et al. 2013) όπου οι νοσηλευτές σε μικρά νοσοκομεία αξιολόγησαν το επαγγελματικό τους περιβάλλον με υψηλότερες τιμές σε σχέση με αυτούς των μεγαλύτερων νοσοκομείων. Με την άποψη αυτή και το αποτέλεσμα σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση, η οποία έλαβε υψηλότερη

τιμή στην επαρχία Ε, που είναι η μικρότερη επαρχία, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Επιπλέον, στην επαρχία Ε βρέθηκε υψηλότερη μέση τιμή και στις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί λόγω του ότι το επαγγελματικό περιβάλλον παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις αντιλήψεις για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι στα μικρά νοσοκομεία οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων είναι στενότερες και αναπτύσσονται φιλικές και διαπροσωπικές σχέσεις σε διάφορα επίπεδα, οι οποίες ενισχύουν το πνεύμα συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων. Οι θετικές διεπαγγελματικές και διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλουν θετικά στην αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση και στην αντίληψη για υψηλότερη ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα (Budge et al. 2003).

Οι ιατροί δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σχέση με τους νοσηλευτές, χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά. Ένας λόγος που ίσως οι νοσηλευτές δήλωσαν λιγότερο επαγγελματικά ικανοποιημένοι μπορεί να θεωρηθεί και το γεγονός ότι υπάρχει το σύστημα κυκλικής εναλλαξιμότητας εντός των νοσηλευτηρίων που αφορά τους νοσηλευτές και ως εκ τούτου δεν προλαβαίνουν να «στεριώσουν» σε ένα τμήμα. Σε όλες τις ερωτήσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης, εκτός της ερώτησης για την «ικανοποίηση με τις ώρες εργασίας», οι ιατροί δήλωναν περισσότερο ευχαριστημένοι από τους νοσηλευτές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές εργάζονται με τα ίδια ωράρια σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου (ενιαίο σύστημα βάρδιας), εν αντιθέσει με τους ιατρούς που εργάζονται στο ΤΑΕΠ με ειδικά ωράρια (βάρδιες). Στην παρούσα εργασία, οι πιθανότητες ένας ιατρός να αποτιμήσει

θετικά την «επαγγελματική ικανοποίηση» ήταν περίπου 1,5 φορές περισσότερες από ένα νοσηλεύτη. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ιατρών έναντι των νοσηλευτών είναι εμφανής και σε άλλες πρόσφατες μελέτες που στο δείγμα περιελάμβαναν τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές στην Κύπρο (Μακρής et al. 2011), και στο εξωτερικό όπως αυτή που έγινε σε ΜΕΘ στη Νορβηγία (Myhren et al. 2013). Σε έρευνα για την επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου (Μακρής et al. 2011) διαφάνηκε ότι οι εργαζόμενοι στο μικρότερο υπό μελέτη νοσοκομείο ήταν οι περισσότερο ικανοποιημένοι. Οι ιατροί δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αυτά της παρούσας έρευνας.

Μία εξήγηση για το ότι οι νοσηλευτές δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τους ιατρούς είναι το ότι δεν έχουν τον ίδιο βαθμό αυτονομίας στο επάγγελμα τους σε σχέση με τους ιατρούς και όπως έχει διαφανεί στη βιβλιογραφία ο παράγοντας αυτονομία στο επάγγελμα αποτελεί προγνωστικό παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης (M. Rafferty et al. 2001). Για το νοσηλευτικό προσωπικό η ενθάρρυνση και καθοδήγηση από τον άμεσα προϊστάμενο και η οργάνωση της εργασίας αποτελούν σύμφωνα με εργασία των Krogstad et al τους κυριότερους παράγοντες ικανοποίησης (Krogstad & Hofoss 2006). Εφόσον στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ασθενέστερη αποτίμηση στον παράγοντα «ηγεσία και αυτονομία» από τους νοσηλευτές σε σχέση με τους ιατρούς, η επαγγελματική ικανοποίησή τους μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενο εύρημα.

Αντίθετα ευρήματα, όμως, παρουσίασε έρευνα το 2010 στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας όπου οι νοσηλευτές δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από τους ιατρούς (Lambrou 2010). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο είδος του δείγματος της έρευνας του

2010, το οποίο περιελάμβανε ιατρούς και νοσηλευτές από διάφορες κλινικές του νοσοκομείου και όχι μόνο από το ΤΑΕΠ. Βέβαια η χαμηλή ικανοποίηση των ιατρών από την εργασία τους στα κρατικά νοσηλευτήρια τεκμαίρεται και από την τάση φυγής από το δημόσιο προς τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης η «ισοπέδωση» του συγκεκριμένου επαγγελματικού κλάδου (των ιατρών) με άλλους κλάδους οι οποίοι απαιτούν λιγότερα έτη σπουδών, εξειδίκευσης, ευθύνης κλπ, καθώς και με τη γενικότερη δημοσιούπαλληλική ιδιότητα πιθανό να αποτελεί ακόμη ένα λόγο απογοήτευσης των ιατρών από την εργασία τους στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Ωστόσο, παρατηρώντας την τιμή της επαγγελματικής ικανοποίησης, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές του ΤΑΕΠ αξιολογούν την επαγγελματική τους ικανοποίηση με σχετικά υψηλό βαθμό. Αυτό διαπιστώνεται και σε εργασία του Coomber (2007), όπου αναφέρεται ότι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία σε σύγκριση με αυτούς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (Coomber & Barriball 2007). Οι νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης θεωρείται ότι αποτελούν άριστη επένδυση για ένα νοσηλευτήριο διότι συμβάλλουν στην επίτευξη καλύτερων νοσηλευτικών αποτελεσμάτων σε σχέση με τους ασθενείς αλλά και οι ίδιοι νιώθοντας ότι έχουν περισσότερα επιστημονικά εφόδια αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι και έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση (L. Aiken et al. 2011). Το προσωπικό των ΤΑΕΠ παρακολουθεί αρκετά εξειδικευμένα σεμινάρια για να μπορεί να φέρνει σε πέρας τη δύσκολη αποστολή του. Οι λειτουργοί θα πρέπει να έχουν τα απαιτούμενα επιπλέον προσόντα όπως ATLS, ALS, ILS και PHTLS. Αυτό τονίζεται ιδιαίτερα στη διακήρυξη πολιτικής τόσο της European Society for Emergency Medicine (European Society for Emergency Medicine 2013) όσο και του

College of Emergency Nursing Australasia (College of Emergency Nursing Australasia 2014).

Στη συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αλλά οι γυναίκες έχουν την τάση να δηλώνουν πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες. Αυτό είναι δύσκολο να ερμηνευτεί και παρακινδυνευμένο να γενικευτεί εφόσον και σε άλλη έρευνα στην Κύπρο (Μακρής et al. 2011) παρουσιάζονται ανομοιογενή αποτελέσματα (Cydulka & Korte 2008; Blaauw et al. 2013; Myhren et al. 2013).

Όσον αφορά στους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος που εξηγούν την επαγγελματική ικανοποίηση, η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι τη μεγαλύτερη συνεισφορά έχει ο παράγοντας «ηγεσία και αυτονομία». Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδουν οι κατασκευαστές του εργαλείου του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Aiken et al. 1997), «ηγεσία και αυτονομία» είναι *«η διαδικασία όπου ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά/πράξεις άλλων για την επίτευξη επιθυμητών στόχων και η ιδιότητα να ασκεί κάποιος επαγγελματική δικαιοδοσία ορθά και έγκαιρα»*. Το εύρημα αυτό αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, σε μελέτες που περιλαμβάνουν ταυτόχρονα τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές, αλλά και σε έρευνες που απευθύνονται μόνο στη μια επαγγελματική ομάδα (Freeborn et al. 2002; McGlynn et al. 2012). Επίσης, ο παράγοντας «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», που ερμηνεύεται ως *«η επαρκής ενδομημητική οργάνωση που επηρεάζει τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων για παροχή καλής φροντίδας»* (Aiken et al. 2000), επηρεάζει την έκβαση της επαγγελματικής ικανοποίησης, κάτι που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία

(Cummings et al. 2010; Cowden 2011; Boev 2012; Fuentelsaz-Gallego 2013; Jones et al. 2013).

Η υπόθεση ότι θετικό επαγγελματικό περιβάλλον συσχετίζεται θετικά με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση και που είναι και η βασική αρχή των νοσοκομείων «Μαγνητών» (Aiken & Patrician 2000) αποδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής ικανοποίησης με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Αυτό φαίνεται και σε μελέτες που διεξήχθησαν τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Η.Π.Α. αλλά και σε χώρες της Ασίας (Lambrou et al. 2014).

Προχωρώντας στην αξιολόγηση των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στα ΤΑΕΠ, προκύπτει ότι οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή το δείκτη αυτό. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με ευρήματα σε άλλες έρευνες (Shaw et al. 2009; Patterson et al. 2010; Noord & Wagner 2014). Σύμφωνα, όμως με την αξιολόγηση της 100 βάθμιας κλίμακας του κλίματος ασφάλειας του εργαλείου EMS-SAQ, το κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται θετικό (η θετική βαθμολογία ορίστηκε ως μεγαλύτερη ίση με 75%). Αυτό συμφωνεί και με άλλες έρευνες τόσο στον ελληνικό-κυπριακό χώρο (Raftopoulos 2011; Raftopoulos & Pavlakis 2013; Πετρίδης et al. 2013) όσο και σε διεθνείς έρευνες (D. Huang et al. 2007; Huang et al. 2010) αλλά η τιμή παρουσιάζεται χαμηλότερη. Η χαμηλή αυτή βαθμολόγηση του κλίματος ασφάλειας στα ΤΑΕΠ της Κύπρου αντανακλά τις απόψεις του προσωπικού αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών και τη διαχείριση των ιατρικών/νοσηλευτικών λαθών. Είναι σημαντικό να αναπτυχθεί ένα σύστημα ανατροφοδότησης για την απόδοση του προσωπικού και ένα κατάλληλο σύστημα διαχείρισης των λαθών.

Στην τρέχουσα έρευνα το κλίμα ασφάλειας δεν κρίθηκε θετικό λαμβάνοντας βαθμολογία 54,66%, με τους ιατρούς να δίνουν υψηλότερη βαθμολογία από τους νοσηλευτές (56,28 έναντι 54,18% αντίστοιχα) χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά. Η αξιολόγηση αυτή είναι ψηλότερη από έρευνα που έγινε σε μαιευτικούς θαλάμους σε νοσοκομείο της Κύπρου, όπου το κλίμα ασφάλειας και πάλι δεν κρίθηκε θετικό αλλά η μέση τιμή που καταγράφηκε ήταν 55,82% (Raftopoulos 2011).

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μελέτη σε νοσοκομείο της Ιρλανδίας σε Μονάδα Επείγουσας Παθολογίας (Relihan et al. 2009) όπου οι νοσηλευτές αξιολόγησαν με υψηλότερη βαθμολογία το κλίμα ασφάλειας.

Οι απόψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας ποικίλλουν σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων. Στην παρούσα έρευνα οι έχοντες μεγαλύτερη πείρα στα ΤΑΕΠ και ανήκουν στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών έχουν την τάση να αποτιμούν υψηλότερα την ασφάλεια των ασθενών. Μια εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί στο συγκεκριμένο εύρημα είναι ότι οι έχοντες μεγαλύτερη πείρα στο ΤΑΕΠ λόγω της μακροχρόνιας έκθεσής τους σε περιστατικά δύσκολα, έχοντας περισσότερη εξοικείωση με την επείγουσα φροντίδα και ίσως μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, αξιολογούν την ασφάλεια των ασθενών υψηλότερα. Τα αποτελέσματα αυτά ήταν χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά και είτε συμφωνούν με άλλες έρευνες (Patterson 2010; Raftopoulos 2011) είτε έρχονται σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν όμως σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων (Shaw et al. 2009; Relihan et al. 2009). Η έρευνα της Shaw αφορούσε παιδιατρικά τμήματα επειγόντων περιστατικών και ίσως σε αυτό να οφείλεται η διαφορά στο αποτέλεσμα. Είναι όμως παρακινδυνευμένο να επιχειρούνται ακριβείς συγκρίσεις χωρίς να

λαμβάνεται υπόψη και το κοινωνικό περιβάλλον της κάθε χώρας ως επίσης και το δείγμα των συμμετεχόντων καθώς και το νοσοκομειακό τμήμα όπου διεξήχθη η κάθε έρευνα.

Στην παρούσα έρευνα παρουσιάζεται θετική συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας, κάτι που συμφωνεί και με τη διεθνή βιβλιογραφία (Krug 2008; Patterson & Huang 2010; Ghorbanian et al. 2012). Ο παράγοντας του επαγγελματικού περιβάλλοντος «ηγεσία και αυτονομία» και στην περίπτωση των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας παρουσιάζεται ως ο πιο καθοριστικός ακολουθούμενος από τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος», κάτι που επίσης συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Manser 2009; McHugh & Ma 2013). Οι ιατροί αξιολόγησαν το επαγγελματικό περιβάλλον υψηλότερα από τους νοσηλευτές αλλά είχαν και θετικότερη αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί, σύμφωνα με το Zohar (Zohar 2002b), εφόσον η επίδραση του τρόπου διοίκησης αντανακλάται στις αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας. Συγκεκριμένα, την ερώτηση 3 του εργαλείου RPPE (3. *Είμαι ελεύθερος να διαχειρίζομαι σημαντικές καταστάσεις του αρρώστου και λαμβάνω αποφάσεις για θέματα εργασίας*) οι ιατροί την αποτίμησαν θετικά με ένα ψηλό ποσοστό του 88% ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν θετική αποτίμηση μόνο με ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 45%. Αυτή η στάση των νοσηλευτών ίσως να αποδίδει σε κάποιο βαθμό την χαμηλότερη αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας εφόσον έχει βρεθεί στην παρούσα έρευνα ότι ο παράγοντας του επαγγελματικού περιβάλλοντος «ηγεσία και αυτονομία» ερμηνεύει σε σύγκριση με τους υπόλοιπους παράγοντες κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τη μεταβλητότητα των αντιλήψεων για την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι δεν ισχύει απαραίτητα, σε περίπτωση

που οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το κλίμα ασφάλειας είναι σχετικά χαμηλές, ότι θα πρέπει να υπάρχει και πρόβλημα ασφάλειας στο εν λόγω νοσηλευτικό τμήμα (Sexton et al. 2006). Πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και εν γένει πιο γενικευμένα συμπεράσματα θα μπορούσε να δώσει έρευνα σε διάφορα τμήματα ενός νοσηλευτηρίου για το θέμα των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια των ασθενών σε συνάρτηση με συγκεκριμένα μετρήσιμα αποτελέσματα που αφορούν την ασφαλή παροχή επείγουσας φροντίδας στους ασθενείς.

Οι ιατροί είχαν θετικότερη άποψη για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία σε έρευνες που συμπεριέλαβαν τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές αλλά και ασθενείς (Molzahn 1997; Shannon 2002). Διαπιστώνεται επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες «διεπαγγελματικές σχέσεις», «παρακίνηση» και «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» προβλέπουν κατά κύριο λόγο την «ποιότητα», κάτι που βρίσκουμε και σε άλλες μελέτες (Baggs & Schmitt 1999; Sexton et al. 2006). Η ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας είναι αποτέλεσμα της καλής επικοινωνίας, ομαδικής εργασίας και συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Wilson 2007a).

Ειδικότερα, στα ΤΑΕΠ, η καλή επικοινωνία και η ομαδική εργασία σχετίζονται θετικά με την ποιότητα της φροντίδας (Parasuraman et al. 1988; Krug 2008; Patterson & Huang 2010). Στην παρούσα έρευνα, ο παράγοντας του επαγγελματικού περιβάλλοντος «διεπαγγελματικές σχέσεις» που εκφράζει ουσιαστικά τη συνεργασία εντός του ΤΑΕΠ προβλέπει κατά το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες τις

απόψεις για την ποιότητα της φροντίδας. Οι ιατροί αξιολόγησαν τον παράγοντα αυτό υψηλότερα και ίσως εκεί να οφείλεται η θετικότερη άποψη για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σε Ελβετικά ΤΑΕΠ (Ummenhofer et al. 2001) όπου οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τον παράγοντα «διεπαγγελματικές σχέσεις» χαμηλότερα από τους ιατρούς (σε αξιολόγηση προγράμματος για την ποιότητα της φροντίδας) και ως κύριο λόγο πρόταξαν την ανεπαρκή αυτονομία του επαγγέλματος τους. Η ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας στα ΤΑΕΠ είναι εκ των ων ουκ άνευ για την ασφάλεια των ασθενών (Athlin 2013). Εν πάσει όμως περιπτώσει, η αγαστή συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών που απασχολούνται στο ΤΑΕΠ συμβάλλει στην πρόληψη και αποφυγή των ιατρικών λαθών που υπονομεύουν την ασφάλεια των ασθενών (Krug 2008). Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής στην πρόταση πολιτικής που δημοσιεύεται στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής τονίζει ότι βασική επιδίωξή της είναι η διασφάλιση υψίστης ποιότητας επείγουσας φροντίδας και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την προσήλωση στις αρχές της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της συνεργασίας και των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ (European Society for Emergency Medicine 2013). Η Διεθνής Ομοσπονδία Επείγουσας Ιατρικής σε έκθεσή της για την ανάπτυξη ενός πλαισίου ποιότητας και ασφάλειας τονίζει ότι η ανεπαρκής και μη συντονισμένη ομαδική εργασία σε συνάρτηση με ανεπαρκή ηγεσία αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες παροχής ποιοτικής φροντίδας στα ΤΑΕΠ (International Federation for Emergency Medicine 2012). Στην παρούσα εργασία ο παράγοντας «ηγεσία» παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την «ποιότητα» κάτι που πιθανόν να εξηγήσει τη σημαντικότητα της ισχυρής ηγεσίας με την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της

φροντίδας. Η κλινική ηγεσία αποκτά ένα ιδιαίτερο ρόλο στο σχεδιασμό της παροχής των υπηρεσιών υγείας (Millward & Bryan 2005) και οι κομβικές ικανότητες που απαιτούνται αφορούν κυρίως στις συμπεριφορές και στις ικανότητες για τη βελτίωση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας και την επαγγελματική αξιοπιστία (Holmboe & Bradley 2003). Ο ρόλος αυτός είναι καθοριστικός στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής, στη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων στο κλινικό τμήμα καθώς και των αποφάσεων που σχετίζονται με τους ασθενείς (Ham 2003). Μέτρα και πολιτικές που έχουν σαν στόχο τη βελτίωση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας στην κλινική θεραπεία δεν μπορούν να υλοποιηθούν χωρίς την άμεση συμμετοχή των ιατρικών και νοσηλευτικών διευθυντών τόσο στον αρχικό σχεδιασμό όσο και στην υλοποίησή τους (Badrick & Preston 2001). Η σημαντικότητα του ρόλου της ηγεσίας στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας είναι εύρημα και άλλων πρόσφατων μελετών τόσο στο διεθνή (Armstrong 2015; Laschinger & Fida 2015; Regan 2015) όσο και στον ελλαδικό χώρο (Παντουβάκης & Μπογιατζίδης 2012).

Αξίζει να γίνει αναφορά και στο θέμα της αξιολόγησης της αυτοαναφερόμενης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας μεταξύ διαφόρων χωρών. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που έγινε σε 12 χώρες και που μελέτησε μεταξύ άλλων τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Aiken et al. 2012) διαφάνηκε ότι στην Ελλάδα και στην Ισπανία, χώρες που επλήγησαν από σοβαρή οικονομική κρίση, η αξιολόγηση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας της φροντίδας ήταν χαμηλότερη από άλλες χώρες με καλύτερη οικονομική κατάσταση. Ο φόρτος εργασίας ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές ως ένα μείζον γενεσιουργό αίτιο της χαμηλής

αξιολόγησης της αυτοαναφερόμενης ποιότητας. Η Κύπρος λόγω των μνημονιακών της υποχρεώσεων και της δεινής οικονομικής κατάστασης στην οποία περιήλθε από το 2013, παρουσιάζει παρόμοια χαρακτηριστικά όσον αφορά την υπέρμετρη προσέλευση των ασθενών στα ΤΑΕΠ λόγω ευκολότερης προσβασιμότητας στο τμήμα αυτό που εργάζεται 24 ώρες την ημέρα και όπου το κόστος πρόσβασης είναι μόνο 10 ευρώ. Η παγοποίηση/αναστολή των νέων προσλήψεων και των αντικαταστάσεων των εργαζομένων που αφυπηρέτησαν έχουν επιτείνει το πρόβλημα με αποτέλεσμα την έλλειψη επαρκούς αριθμού προσωπικού με σοβαρές συνέπειες στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στα ΤΑΕΠ.

Συνοπτικά, η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι το επαγγελματικό περιβάλλον συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η «ηγεσία και αυτονομία» και «ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» ήταν καθοριστικοί παράγοντες για τις αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών και για την επαγγελματική ικανοποίηση. Ο παράγοντας του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος «Ηγεσία και Αυτονομία» εξηγεί κατά το μεγαλύτερο ποσοστό την επαγγελματική ικανοποίηση και τη μεταβλητότητα των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και ο παράγοντας «Διεπαγγελματικές Σχέσεις» τη μεταβλητότητα των απόψεων για την ποιότητα της φροντίδας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης, και γίνεται επιβεβαίωση των αρχών που διέπουν τόσο το “Professional Practice Model” όσο και τα Νοσοκομεία «Μαγνήτες». Η στατιστικώς σημαντική σχέση που παρουσιάζεται μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της φροντίδας επιβεβαιώνουν τις

υποθέσεις μας για την αλληλένδετη σχέση που υπάρχει μεταξύ των συγκεκριμένων μεταβλητών, όπως αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο του Θεωρητικού Υπόβαθρου της μελέτης.

Παρεμβάσεις που αφορούν το θέμα της «ηγεσίας» είναι απαραίτητο να γίνουν εφόσον δρομολογείται στην Κύπρο το νέο σύστημα υγείας που σίγουρα θα έχει ανάγκη ιατρικούς αλλά και νοσηλευτικούς ηγέτες. Τέτοια εκπαίδευση κρίθηκε απαραίτητη και πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο στα πλαίσια της αναδιάρθρωσης και βελτίωσης του συστήματος υγείας της χώρας αυτής (Emprey & Lees 2002). Οι «διεπαγγελματικές σχέσεις» αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τις απόψεις για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της φροντίδας. Η έρευνα μας περιελάμβανε τόσο νοσηλευτές όσο και ιατρούς και είναι η πρώτη του είδους της που διεξάγεται ταυτόχρονα και στις δύο επαγγελματικές ομάδες σε ΤΑΕΠ. Επιπλέον, το εργαλείο για την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος για πρώτη φορά χρησιμοποιείται σε ιατρούς. Η αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν στην παρούσα έρευνα υψηλότερη από άλλες έρευνες που είχαν συμπεριλάβει Κύπριους νοσηλευτές και αυτό μπορεί να οφείλεται στη συμμετοχή και ιατρών στο δείγμα.

Οι θεωρίες πάνω στις οποίες στηρίχθηκε η παρούσα εργασία επιβεβαιώνονται μέσα από τα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη, το επαγγελματικό περιβάλλον συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η «ηγεσία και αυτονομία» και «ο έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», συστατικά στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και για την επαγγελματική ικανοποίηση. Η παρούσα

έρευνα κατέδειξε ότι ο παράγοντας «Ηγεσία και Αυτονομία» εξηγεί κατά το μεγαλύτερο ποσοστό την επαγγελματική ικανοποίηση και τη μεταβλητότητα των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και ο παράγοντας «Διεπαγγελματικές Σχέσεις» τη μεταβλητότητα των απόψεων για την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της φροντίδας. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συνάφεια με το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης και ουσιαστικά επιβεβαιώνουν τις αρχές που διέπουν τόσο το “Professional Practice Model” όσο και τα Νοσοκομεία «Μαγνήτες». Όπως και στα MagnetHospitals όπου εφαρμόζεται το μοντέλο αυτό και που παρατηρείται αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση, έτσι και στην παρούσα εργασία η αυξημένη αξιολόγηση για το επαγγελματικό περιβάλλον αντικατοπτρίζεται στην αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση.

Η στατιστικώς σημαντική σχέση που παρουσιάζεται μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης, των απόψεων για το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της φροντίδας επιβεβαιώνουν, επίσης, την αλληλένδετη σχέση που υπάρχει μεταξύ των συγκεκριμένων μεταβλητών, όπως αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο του Θεωρητικού Υπόβαθρου της μελέτης.

Επιπλέον, οι παράγοντες που καταγράφηκαν από το Herzberg ως παράγοντες παρακίνησης και που αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία του επαγγελματικού μοντέλου (αυτονομία, έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος και επαγγελματικές σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών) επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα ότι εξηγούν κατά ένα μεγάλο ποσοστό την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα της φροντίδας.

Εφόσον η διασύνδεση του επαγγελματικού περιβάλλοντος με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για την ποιότητα της φροντίδας και το κλίμα ασφάλειας

επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη, οι επιπτώσεις ενός δυσμενούς επαγγελματικού περιβάλλοντος και χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης τόσο στην ποιότητα της φροντίδας όσο και στην ασφάλεια των ασθενών δεν μπορούν να αμφισβητηθούν.

Η μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος και των παραγόντων που το συναποτελούν ειδικά στα ΤΑΕΠ είναι πολύ σημαντική γιατί η έκβαση της υγείας των ασθενών αποτελεί ουσιαστική και βασική παράμετρο της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το Επαγγελματικό Περιβάλλον αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της παροχής φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία γενικότερα αλλά και ειδικότερα στα ΤΑΕΠ. Η μελέτη του συγκεκριμένου θέματος καθίσταται σχετικά δύσκολη λόγω της πολυδιάστατης και πολυσύνθετης φύσης του τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που ο πληθυσμός στόχος ήταν όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΑΕΠ (απογραφή) των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου και η ανταπόκριση ήταν αρκετά υψηλή, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε ευρύτερο πλαίσιο λόγω του μικρού μεγέθους της χώρας. Επιπλέον, άνκαι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν πάνω σε εθελοντική βάση, εντούτοις υπάρχει πιθανότητα τα άτομα που δεν συμμετείχαν να είχαν διαφορετικές απόψεις οι οποίες ενδεχομένως να διαφοροποιούσαν το αποτέλεσμα. Επίσης, ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν περιγραφικό και διερευνητικός και τα αποτελέσματα έχουν ερμηνευτεί μέσα στα πλαίσια

παλαιότερων μελετών χωρίς να μπορεί να δοθεί περαιτέρω εξήγηση των υπό μελέτη παραμέτρων.

Το σημαντικότερο μειονέκτημα της μελέτης αυτής αφορά στα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια τα οποία εμπεριέχουν το στοιχείο της υποκειμενικότητας, καθώς και της τάσης που υπάρχει να δίνονται θετικές αξιολογήσεις (BurnsandGrove 2005). Ίσως, κάποιες ερωτήσεις να τις έχουν εκλάβει οι συμμετέχοντες με διαφορετικό τρόπο κάτι που ίσως διαφοροποιεί και τα αποτελέσματα σε σχέση με άλλες παρόμοιες έρευνες. Σε μελλοντικές μελέτες τόσο το επαγγελματικό περιβάλλον όσο και η ποιότητα και το κλίμα ασφάλειας θα μπορούσαν να εξεταστούν με πιο αντικειμενικούς και μετρήσιμους δείκτες. Η αξιολόγηση αυτή θα μπορούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες για το επαγγελματικό περιβάλλον και τη σχέση του με την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών, οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την εφαρμογή διορθωτικών μέτρων και σχετικών παρεμβάσεων.

Για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας χρησιμοποιήθηκε μέρος του ερωτηματολογίου EMS-SAQ και όχι ολόκληρο το ερωτηματολόγιο, σε συνεννόηση με τους κατασκευαστές του εργαλείου αυτού. Αυτό ίσως στερεί τη δυνατότητα να διερευνηθεί η συντρέχουσα εγκυρότητα του εν λόγω εργαλείου με άλλα σταθμισμένα εργαλεία. Προτιμήθηκε η πραγματιστική προσέγγιση τόσο για να περιοριστεί η έκταση του πακέτου των ερευνητικών εργαλείων και ο χρόνος συμπλήρωσης σε μια προσπάθεια να διατηρηθεί ψηλό επίπεδο ανταπόκρισης.

Οι ερωτήσεις αφορούν την αξιολόγηση των απόψεων των συμμετεχόντων για τις μεταβλητές της έρευνας και δεν βασίζονται σε μετρήσιμα μεγέθη, για αυτό και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να θεωρηθούν απόλυτα αντικειμενικά.

Θα ήταν χρήσιμο να γίνει περαιτέρω έρευνα και σε άλλα τμήματα των δημοσίων αλλά και των ιδιωτικών νοσοκομείων τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο πάνω στα θέματα που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, δηλαδή αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος σε συνδυασμό με την επαγγελματική ικανοποίηση, τις απόψεις για το κλίμα ασφάλειας και την αυτοαναφερόμενη ποιότητα. Επιπλέον, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ολόκληρο το ερωτηματολόγιο EMS-SAQ, για σκοπούς σύγκρισης με άλλες χώρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζουν τη σημασία ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και κατ'επέκτασιν της ασφάλειας των ασθενών. Τα ΤΑΕΠ αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα τμήματα των νοσηλευτηρίων και αποτελούν τον καθρέφτη των νοσοκομείων και γενικότερα δείκτη αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας (Smith 2012). Τα ιδιόμορφα χαρακτηριστικά του τμήματος αυτού (Department of Health 2006) όπου οι σωστές για τον ασθενή αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται άμεσα, απαιτούν την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ουσιαστικά μια πρώτη μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ και συμπεριλαμβάνει τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές. Εκτός από την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος, μελετήθηκε η επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών και νοσηλευτών, οι απόψεις τους για το κλίμα ασφάλειας και την ποιότητα της φροντίδας. Διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Έχουν εντοπιστεί αδυναμίες σε συγκεκριμένους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, ειδικά στον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος». Ο παράγοντας αυτός έχει αναφερθεί σε πολλές μελέτες ως καθοριστικός για την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα, ο παράγοντας «ηγεσία και αυτονομία» βρέθηκε ότι εξηγεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό την επαγγελματική ικανοποίηση και τις αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών. Ο παράγοντας «διεπαγγελματικές σχέσεις» παρουσιάζεται στην έρευνα αυτή να αξιολογείται σχετικά χαμηλά, για αυτό και εκπαίδευση στην ομαδική εργασία εντός του ΤΑΕΠ θα μπορούσε να φέρει θετικά αποτελέσματα τόσο στις

απόψεις για το κλίμα ασφάλειας όσο και στην ποιότητα της φροντίδας(Jones et al. 2013).

Η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας στον τόπο μας οδηγεί ένα μεγάλο μέρος χρόνιων περιστατικών στα ΤΑΕΠ για προβλήματα που δεν είναι επείγοντα. Επιπλέον, η αντιμετώπιση του επείγοντος μεταξύ του προνοσοκομειακού και νοσοκομειακού χώρου δεν είναι συνεχής όπως πρέπει να είναι. Είτε απουσιάζει η σωστή αντιμετώπιση στο προνοσοκομειακό επίπεδο, είτε όταν αυτή έχει ξεκινήσει προνοσοκομειακά συχνά καθυστερεί να συνεχιστεί σε νοσοκομειακό επίπεδο.

Η ανεπαρκής ως ελλιπής γνώση του αντικειμένου της Επείγουσας Ιατρικής μεταξύ των ιατρών (από το προπτυχιακό μέχρι το μεταπτυχιακό επίπεδο) επηρεάζει αρνητικά την ενασχόλησή τους με αυτό το αντικείμενο. Η Επείγουσα Ιατρική αναγνωρίζεται σήμερα ως ανεξάρτητη ειδικότητα σε 9 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Οδηγία 2005/36/ΕΚ) ενώ σε ορισμένα άλλα κράτη της Ε.Κ. υπάρχει σαν εξειδίκευση. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) θεωρεί ότι η παροχή επείγουσών ιατρικών φροντίδων υψηλών προδιαγραφών απαιτεί ιατρούς με ειδική εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική, γιατί αυτός είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (με κλινικά όσο και οικονομικά κριτήρια) για να παρασχεθεί υψηλής ποιότητας φροντίδα κατά τη διάρκεια των κρίσιμων αρχικών σταδίων μιας επείγουσας θεραπείας.

Αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις σχετικά με το σύστημα υγείας και εμπλέκονται στον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού στον τόπο μας θα πρέπει να λάβουν τα σχετικά μηνύματα και να προωθήσουν στοχευμένα προγράμματα παρέμβασης. Η εφαρμογή πρωτοβουλιών για την προαγωγή ενός υποστηρικτικού επαγγελματικού περιβάλλοντος είναι υψίστης σημασίας διότι σχετίζεται και με τη ανταγωνιστική θέση

των νοσηλευτηρίων (Ritter-Teitel 2002), ειδικά τώρα που επίκειται η εισαγωγή του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας που προνοεί την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων και την ανάπτυξη ανταγωνισμού μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Οι ιατρικές και νοσηλευτικές διοικήσεις θα πρέπει να υιοθετήσουν στρατηγικές δημιουργίας ενός επαγγελματικού περιβάλλοντος που θα προάγει την ομαδική εργασία, η οποία με τη σειρά της υποστηρίζει καλύτερη ποιότητα φροντίδας, ασφαλέστερη φροντίδα για τους ασθενείς και τελικά ευχαριστημένους επαγγελματίες υγείας.

Προγράμματα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στον Στρατηγικό Προγραμματισμό, την Ηγεσία, τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας με τη χρήση αξιόπιστου και έγκυρο εργαλείου, όπως το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης-CAF Κ.Π.Α.) (Engel 2002) αναμένεται να συμβάλουν στη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων προς τους πολίτες. Σύμφωνα με το Κ.Π.Α., τα άριστα αποτελέσματα ως προς την οργανωτική απόδοση, τους πολίτες και την κοινωνία εξαρτώνται από την ηγεσία, τη στρατηγική και τον προγραμματισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τις συνεργασίες και τους πόρους και τις διοικητικές διαδικασίες. Το Κ.Π.Α. αποτελεί μια ολιστική ανάλυση της οργανωτικής απόδοσης προσεγγίζοντάς την από διαφορετικές οπτικές ταυτόχρονα.

Άνκαι η αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν στην παρούσα εργασία θετικότερη από άλλες έρευνες που είχαν διεξαχθεί στην Κύπρο, εντούτοις σε σύγκριση με διεθνείς μελέτες υστερεί και θα μπορούσε να βελτιωθεί ακόμα περισσότερο. Βέβαια η πιστή σύγκριση των αποτελεσμάτων μας όσον αφορά το επαγγελματικό περιβάλλον με άλλες έρευνες δεν μπορεί να είναι πλήρως αποδεκτή λόγω της συμπερίληψης στο δείγμα μας και ιατρών εκτός από νοσηλευτές. Περαιτέρω συστηματική διερεύνηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος αλλά και των αποτελεσμάτων που αφορούν τον ασθενή

σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων με τη συμπερίληψη και ιατρών στο ερευνητικό δείγμα τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό είναι απαραίτητη για να εξαχθούν πιο αξιόπιστα και ασφαλή συμπεράσματα.

Συνεπώς τα αποτελέσματα της θα πρέπει να αξιολογηθούν από τους ιθύνοντες για να ληφθούν τα ανάλογα διορθωτικά μέτρα με απώτερο στόχο την περαιτέρω βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής ικανοποίησης στο νευραλγικό αυτό τμήμα των νοσηλευτηρίων και κατ'επέκτασιν την παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας στο κοινό, ειδικά τη σημερινή εποχή μεσούσης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα πρέπει να γίνει μια συντονισμένη προσπάθεια-σε εθνικό επίπεδο- κατάρτισης συγκεκριμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης που να εστιάζονται στους πιο κάτω άξονες:

- Ομαδική εργασία (Morello & Lowthian 2013; Athlin 2013; Brand et al. 2015) στα ΤΑΕΠ και ανάπτυξη δεξιοτήτων ηγεσίας με τη συμμετοχή μικτών ομάδων ιατρών και νοσηλευτών. Η ηγεσία (Waugh & Streib 2006) συνδέεται με την υπολογιότητα και ενθαρρύνει την καινοτομία και την αναγνώριση.
- Η ηγεσία αφορά τη δημιουργία του οράματος και η διοίκηση αφορά τη λήψη αποφάσεων και την ισορροπημένη εμπλοκή των εργαζομένων. Εφαρμογή ασκήσεων προσομοίωσης για τη μεταφορά της τεκμηρίωσης σε πράξη. Ενίσχυση των υφισταμένων γνώσεων και ικανοτήτων των συμμετεχόντων με νέες μεθόδους διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, παρακίνησης και ενθάρρυνσης, σχεδιασμό περιεχομένου εργασίας, οργάνωση και οργανωσιακή συμπεριφορά,

σχεδιασμού μετρήσιμων κριτηρίων απόδοσης του προσωπικού, διεξαγωγής αξιολογήσεων αλλά και πως να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά συγκρούσεις και διαφωνίες στον επαγγελματικό χώρο

- Υιοθέτηση και εφαρμογή διοικητικών και κλινικών πρωτοκόλλων όσον αφορά διαδικασίες και αντιμετώπιση περιστατικών στα ΤΑΕΠ (η ύπαρξη πρωτοκόλλων (Scotia 2010) συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών)
- Εισαγωγή προγραμμάτων κατάρτισης νεοεισερχομένων ιατρών και νοσηλευτών στα ΤΑΕΠ
- Εισαγωγή προγράμματος κινήτρων για προσέλκυση ιατρών στα ΤΑΕΠ με αναγνώριση και στην Κύπρο της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής σαν βασικής ιατρικής ειδικότητας (Ασκητοπούλου 1991)
- Εισαγωγή προγραμμάτων συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης (Graff 2002)
- Συγκρότηση διεπαγγελματικών ομάδων με σκοπό κατ' αρχάς την ευαισθητοποίηση για τη σημασία του θέματος της ασφάλειας των ασθενών και την περαιτέρω συζήτηση για να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα των υπηρεσιών (European Society for Emergency Medicine 2013)
- Πιστοποίηση με ανάλογα πρότυπα ποιότητας και υιοθέτηση δεικτών ποιότητας καθώς και εισαγωγή συστήματος καταγραφής και διερεύνησης ανεπιθύμητων περιστατικών (που άπτονται της ασφάλειας των ασθενών)
- Ενθάρρυνση διεξαγωγής ερευνών που να άπτονται των σημαντικών παραμέτρων που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα (επαγγελματικό

περιβάλλον, επαγγελματική ικανοποίηση, απόψεις για το κλίμα ασφάλειας, απόψεις σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας) αλλά και κλινικής θεματολογίας

- Ενθάρρυνση συμμετοχής σε σχετικά προγράμματα της Ε.Ε. για ανταλλαγή απόψεων με χώρες της Ε.Ε. και υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών
- Οργάνωση τακτικών συναντήσεων για παρουσίαση κλινικών περιστατικών από το προσωπικό
- Διεξαγωγή έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών των ΤΑΕΠ με ταυτόχρονη βελτίωση του νομοθετικού πλαισίου για τα δικαιώματα των ασθενών χωρίς όμως να παραβλάπτεται η αποδοτικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών
- Συγκρότηση πολυθεματικής ομάδας με τα υπόλοιπα τμήματα των νοσοκομείων για καλύτερο συντονισμό
- Αξιολόγηση των προγραμμάτων παρέμβασης και ανάλογη ανατροφοδότηση

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AACN, 2002. *AACN's Healthy Work Environments Initiative*,
- Abbas, H., 2008. Perception of front-line healthcare providers toward patient safety: A preliminary study in a university hospital in Egypt. *Topics in Advanced ...*
- Adriaenssens, J. et al., 2011. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), pp.1317–28.
- Aiken, L. et al., 2011. The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*.
- Aiken, L. & Buchan, J., 2008. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical ...*
- Aiken, L., Clarke, S. & Sloane, D., 2008. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. ... *nursing administration*.
- Aiken, L., Havens, D. & Sloane, D., 2000. The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals. *AJN The American Journal of ...*
- Aiken, L. & Patrician, P., 2000. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing research*.
- Aiken, L., Sermeus, W. & Heede, K. Van den, 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*.
- Aiken, L. & Sloane, D., 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of ...*
- Aiken, L., Smith, H. & Lake, E., 1994. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical care*.
- Aiken, L., Sochalski, J. & Lake, E., 1997. Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical care*.
- Aiken, L.H. et al., 2001. An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The Case for Reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(4), pp.255–263.

- Aiken, L.H. et al., 2008. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), pp.223–9.
- Aiken, L.H. et al., 2011. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 23(4), pp.357–64.
- Ajeigbe, D. et al., 2014. Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction. *J Nurs Care*.
- Ajeigbe, D. & McNeese-Smith, D., 2013. Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *Journal of Nursing*
- Al-Assaf, A. & Sheikh, M., 2004. *Quality improvement in primary health care: a practical guide.*,
- Almeida, S., 2004. Nursing perspectives on the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America*.
- Alshallah, S., 2003. Job satisfaction and motivation: how do we inspire employees? *Radiology management*.
- American Nurses Credentialing Center, 2014. ANCC MAGNET RECOGNITION PROGRAM. Available at: <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>.
- Anderson, P.D. et al., 2012. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Annals of emergency medicine*, 60(1), pp.35–44.e3.
- Arford, P. & Zone-Smith, L., 2005. Organizational commitment to professional practice models. *Journal of nursing administration*.
- Armstrong, K. & Laschinger, H., 2006. Structural empowerment, Magnet hospital characteristics, and patient safety culture: making the link. *Journal of Nursing Care Quality*.
- Armstrong, S., 2015. The activities of hospital nursing unit managers and quality of patient care in South African hospitals: a paradox? *Global Health*
- Armstrong, S., Rispel, L. & Penn-Kekana, L., 2015. The activities of hospital nursing unit managers and quality of patient care in South African hospitals: a paradox? *Global health action*.
- Arnetz, B., 1999. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*.

- Arnetz, J. & Arnetz, B., 1996. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Aspden, P. et al., 2004. *Patient safety: achieving a new standard for care*,
- Al Assaf, A.F., 1998. *Managed Care Quality A practical Guide*, Florida: CRC Press LLC.
- Athlin, Å., 2013. Effects of multidisciplinary teamwork on lead times and patient flow in the emergency department: a longitudinal interventional cohort study. *Scandinavian journal of*
- Ausserhofer, D. & Zander, B., 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality &*
- Badrick, T. & Preston, A., 2001. Influences on the implementation of TQM in health care organisations: professional bureaucracies, ownership and complexity. *Australian Health Review*.
- Baggs, J. & Schmitt, M., 1999. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical care*
- Bakker, D., Conlon, M., Fitch, M., Green, E., Butler, L., Olson, K., & Cummings, G. (2012). Canadian Oncology Nurse Work Environments: Part II. Nursing Leadership, 25(1), 68-89., Canadian Oncology Nurse Work Environments: Part II.
- Beasley, B. & Kern, D., 1999. A job-satisfaction measure for internal medicine residency program directors. ... *Medicine*.
- Bé gat, I., Ellefsen, B. & Severinsson, E., 2005. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study. *Journal of nursing management*, 13(3), pp.221–30.
- Benedetto, A. Di, Pelliccia, F. & Moretti, M., 2011. What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. *Journal of*
- Berg, A. & Hallberg, I., 1999. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical. *Journal of Psychiatric and Mental Health*
- Bigham, B. & Buick, J., 2011. Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature. ... *Emergency Care*.

- Blaauw, D., Ditlopo, P. & Maseko, F., 2013. Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Global health*
- Blunt, I., Bardsley, M. & Dixon, J., 2010. Trends in emergency admissions in England 2004-2009: is greater efficiency breeding inefficiency. *The Nuffield Trust*.
- Boev, C., 2012. The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship*.
- Bogaert, P. & Clarke, S., 2013. Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. ... *of advanced nursing*.
- Van Bogaert, P. et al., 2010. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), pp.1664–74.
- Bogaert, P. Van & Timmermans, O., 2013. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care. ... *journal of nursing*
- Bovier, P. & Perneger, T., 2003. Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*.
- Bowling, A., 2014. *Research methods in health*,
- Brand, S., Slee, K. & Chang, Y., 2015. Team strategies and tools to enhance performance and patient safety training: The effect of training on both nursing staff perceptions regarding physician behaviors. *Journal of Hospital*
- Bristowe, K. et al., 2012. Teamwork for clinical emergencies:interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qualitative Health Research*.
- Buchan, J., 1999. Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*.
- Budge, C., Carryer, J. & Wood, S., 2003. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of advanced nursing*, 42(3), pp.260–8.
- Burström, L. & Letterstål, A., 2014. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and. *BMC health services*

- Capuano, T. & Bokovoy, J., 2004. Work flow analysis: eliminating non-value-added work. *Journal of Nursing*
- Chang, C., 2009. *Development and evaluation of psychometric properties of the Chinese version of the professional practice environment scale in Taiwan*,
- Charalambous, A. et al., 2010. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International nursing review*, 57(4), pp.500–7.
- Charante, E.M. van, Riet, G. ter & Bindels, P., 2008. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient education and*
- Choi, J. et al., 2004. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*.
- Choi, J., Flynn, L. & Aiken, L.H., 2012. Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(4), pp.484–92.
- Choi, S.P.-P. et al., 2011. Stabilizing and destabilizing forces in the nursing work environment: a qualitative study on turnover intention. *International journal of nursing studies*, 48(10), pp.1290–301.
- Christl, B. et al., 2010. Readiness for organisational change among general practice staff. *Quality & safety in health care*, 19(5), p.e12.
- Cimiotti, J., Quinlan, P. & Larson, E., 2005. The magnet process and the perceived work environment of nurses. *Nursing*
- Coetzee, S. et al., 2013. A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A. *International journal of*
- Colla, J.B. et al., 2005. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality & safety in health care*, 14(5), pp.364–366.
- College of Emergency Nursing Australasia, 2014. *2014 Annual Report*,
- Coomber, B. & Barriball, K.L., 2007. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*, 44(2), pp.297–314.
- Cowan, R. & Trzeciak, S., 2004. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical care*.

- Cowden, T., 2011. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of nursing*
- Cronbach, L., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*.
- Cummings, G. & MacGregor, T., 2008. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health*
- Cummings, G.G. et al., 2010. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), pp.363–85.
- Cydulka, R.K. & Korte, R., 2008. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Annals of emergency medicine*, 51(6), pp.714–722.e1.
- Cyprus Statistical Service, 2011. *Health and Hospitals Statistics*, Nicosia.
- Debra Bakker, Michael Conlon, Margaret Fitch, Esther Green, Lorna Butler, K.O. and G.C., 2010. Canadian oncology nurse work environments: part I. *Journal of nursing leadership*.
- Deilkås, E. & Hofoss, D., 2008. Psychometric properties of the Norwegian version of the safety attitudes questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). *BMC health services research*.
- Department of Health, 2006. *Safety First A report for patients, clinicians and healthcare managers*, UK.
- Derlet, R., 2002. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Annals of emergency medicine*.
- Dictionary, F.M., Professional Autonomy. Available at: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/professional+autonomy>.
- Doan–Wiggins, L. & Zun, L., 1995. Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. *Academic*
- Donabedian, A., 1985. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 1) pdf by.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: How can it be assessed? *Jama*.
- Donaldson, G. & Moinpour, C., 1999. Physician Participation in Research Surveys A Randomized Study of Inducements to Return Mailed Research Questionnaires. *Evaluation & the*

- Drenkard, K., 2010. The business case for Magnet®. *Journal of Nursing Administration*.
- El-aal, N. & Hassan, N., 2014. Relationships between Staff Nurses' Satisfaction with Quality of Work and their Levels of Depression, Anxiety, and Stress in Critical Care Units. *Journal of American Science*.
- Empey, D. & Lees, P., 2002. Medical leadership. *BMJ*.
- Engel, C., 2002. Common Assessment Framework: the state of affairs. *Eipascope*.
- Erickson, J., Jones, D. & Ditomassi, M., 2012a. *Fostering Nurse-led Care: Professional Practice for the Bedside Leader from Massachusetts General Hospital*,
- Erickson, J., Jones, D. & Ditomassi, M., 2012b. *Fostering Nurse-led Care: Professional Practice for the Bedside Leader from Massachusetts General Hospital*,
- Erickson, J.I. et al., 2004. Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 36(3), pp.279–85.
- Erickson, J.I. et al., 2009a. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. *The Journal of nursing administration*, 39(5), pp.236–43.
- Erickson, J.I. et al., 2009b. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. *The Journal of nursing administration*, 39(5), pp.236–43.
- Escribà-Agüir, V., 2006. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of*
- Estryn-Behar, M. & Doppia, M., 2011. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine*
- European Commission, 2014. *HEALTH AND HEALTH SYSTEMS*, Brussels.
- European Commission, 2013. *Investing in Health*, Brussels.
- European Society for Emergency Medicine, 2013. *POLICY STATEMENT ON EMERGENCY MEDICINE IN EUROPE*,
- Eurostat, 2014. *Migration and migrant population statistics*,

- EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH & (EXPH), 2014. *Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety*, Brussels.
- Farey, P., 1993. Mapping the leader/manager. *Management Education & Development*.
- Farley, M. & Nyberg, J., 1990. Environment as a major element in nursing administration practice theory development. ... *publication of the National League for Nursing*.
- Farmakas, a et al., 2014. Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(1), pp.39–45.
- Fawcett, J., 1980. A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing. *Nurse educator*.
- Fleischmann, T. & Fulde, G., 2007. Emergency medicine in modern Europe. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 19(4), pp.300–2.
- Flin, R., Burns, C. & Mearns, K., 2006. Measuring safety climate in health care. ... *safety in health care*.
- Freeborn, D., 2001. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*.
- Freeborn, D.K., Hooker, R.S. & Pope, C.R., 2002. Satisfaction and Well-Being of Primary Care Providers in Managed Care. *Evaluation & the Health Professions*, 25(2), pp.239–254.
- Fried, Y., 1991. Meta-analytic comparison of the Job Diagnostic Survey and Job Characteristics Inventory as correlates of work satisfaction and performance. *Journal of Applied Psychology*.
- Friese, C.R. et al., 2008. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*, 43(4), pp.1145–63.
- Fuentelsaz-Gallego, C., 2013. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. ... *journal of nursing*
- Ganz, F. & Toren, O., 2014. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel journal of health policy research*.
- Georgopoulos, B.S., 1985. Organization structure and the performance of hospital emergency services. *Annals of emergency medicine*, 14(7), pp.677–84.

- Ghorbanian, A., Bahadori, M. & Nejati, M., 2012. The relationship between managers' leadership styles and emergency medical technicians' job satisfaction. *The Australasian medical journal*, 5(1), pp.1–7.
- Ginsburg, L.R. et al., 2010. The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. *Health services research*, 45(3), pp.607–32.
- Glasberg, A., 2007. Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced*
- Goetz, K. et al., 2011. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC family practice*, 12(1), p.137.
- Gonzalo, J.D. et al., 2014. Quality and safety during the off hours in medicine units: A mixed methods study of front-line provider perspectives. *Journal of hospital medicine : an official publication of the Society of Hospital Medicine*.
- Gool, K. van & Pearson, M., 2014. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries.
- Graff, L., 2002. Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), pp.1091–1107.
- Gunnarsdóttir, S. et al., 2009. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 46(7), pp.920–7.
- Gurková, E. et al., 2013. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. *International nursing review*, 60(1), pp.112–21.
- Haas, J. & Cook, E., 2000. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of general*
- Hackman, J. & Oldham, G., 1975. Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*.
- Ham, C., 2003. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*.
- Hann, M., Bower, P. & Campbell, S., 2007. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family*
- Hansen, L., Williams, M. & Singer, S., 2011. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health services research*.

- Hardern, R., 2001. Standards in accident and emergency medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*.
- Hertzog, M., 2008. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in nursing & health*.
- Herzberg, F., 2005. Motivation-hygiene theory. *chair in human resources at the State University of*
- Hess, R. & DesRoches, C., 2011. Perceptions of nurses in magnet® hospitals, non-magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. *Journal of Nursing*
- Hinno, S. et al., 2009. Nurses' perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *Journal of nursing management*, 17(8), pp.965–74.
- Hinno, S., 2012. The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. ... *journal of caring*
- Hinno, S., 2012. *The Professional Practice Environment Hospital Nurses' Perspectives in Three European Countries*. University of Eastern Finland Kuopio.
- Hirschfeld, R., 2000. Does revising the intrinsic and extrinsic subscales of the Minnesota Satisfaction Questionnaire short form make a difference? *Educational and Psychological Measurement*.
- Holmboe, E. & Bradley, E., 2003. Characteristics of physician leaders working to improve the quality of care in acute myocardial infarction. ... *Journal on Quality*
- House, R. & Wigdor, L., 1967. Herzberg's dual-factor theory of job satisfaction and motivation: a review of the evidence and a criticism. *Personnel Psychology*.
- Huang, D., Clermont, G. & Sexton, J., 2007. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution*. *Critical care*
- Huang, D.T. et al., 2010. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 22(3), pp.151–61.
- Huang, D.T. et al., 2007. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical care medicine*, 35(1), pp.165–76.
- Hussein, A.H.M., 2014. Relationship between nurses' and physicians' perceptions of organizational health and quality of patient care. *Eastern Mediterranean health*

journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale = al-Majallah al-ṣiḥḥīyah li-sharq al-mutawassiṭ, 20(10), pp.634–42.

Institute of Medicine, 1999. Definition of Quality. Available at:
[http://www.iom.edu/Global/News Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx](http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx).

International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, W.M.A., 2008. *Positive practice environments for health care professionals*,

INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012. *Framework for Quality and Safety in the Emergency Department*,

Ironson, G. & Smith, P., 1989. Construction of a Job in General scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied ...*

Jayaprakash, N. et al., 2009. Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective. *The western journal of emergency medicine*, 10(4), pp.233–9.

Jones, F., Podila, P. & Powers, C., 2013. Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. *Journal of Nursing Administration*.

Judge, T. & Thoresen, C., 2001. The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological bulletin*.

Kaddourah, B., 2013. Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. ... *of clinical nursing*.

Kaitelidou, D. & Kontogianni, A., 2012. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. ... *management*.

Kanai-Pak, M. et al., 2008. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of clinical nursing*, 17(24), pp.3324–9.

Kanai-Pak, M. & Aiken, L., 2008. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of clinical ...*

Kapp, M.B., 2006. Ethical and legal issues in research involving human subjects: do you want a piece of me? *Journal of clinical pathology*, 59(4), pp.335–9.

- Keller, K. & Koenig, W., 1989. Sources of stress and satisfaction in emergency practice. *The Journal of emergency medicine*.
- Kelly, L., McHugh, M. & Aiken, L., 2011. Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing*.
- Kieft, R., 2014. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services ...*
- Klopper, H.C. et al., 2012. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *Journal of nursing management*, 20(5), pp.685–95.
- Konrad, T., Williams, E. & Linzer, M., 1999. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. *Medical care*.
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V. & Niakas, D., 2009. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC health services research*, 9(1), p.164.
- Kotzer, A.M. & Arellana, K., 2008. Defining an evidence-based work environment for nursing in the USA. *Journal of clinical nursing*, 17(12), pp.1652–9.
- Krafft, T. & Castrillo-Riesgo, L., 2003. European Emergency Data Project (EED Project) EMS data-based Health Surveillance System. *The European ...*
- Kramer, M. & Schmalenberg, C., 2005. Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*.
- Krogstad, U. & Hofoss, D., 2006. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human resources for ...*
- Krug, S., 2008. The art of communication: strategies to improve efficiency, quality of care and patient safety in the emergency department. *Pediatric radiology*.
- Kutney-Lee, A. et al., 2013. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. ... *journal of nursing studies*.
- L You, LH Aiken, DM Sloane, K Liu, G He, Y.H., 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *international journal of nursing studies*.
- Lacey, S., Cox, K. & Lorfing, K., 2007. Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing ...*

- Lake, E.T., 2002. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), pp.176–88.
- Lambrou, P., 2010. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. ... *resources for health*.
- Lambrou, P. et al., 2014. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *hospitals*.
- Laschinger, H., 2008. Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing worklife model. *Journal of Nursing Care Quality*.
- Laschinger, H., 2001. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing*
- Laschinger, H. & Fida, R., 2015. Linking Nurses' Perceptions of Patient Care Quality to Job Satisfaction: The Role of Authentic Leadership and Empowering Professional Practice Environments. *Journal of Nursing Administration*.
- Laschinger, H.K.S. & Almost, J., 2003. Workplace Empowerment and Making the Link. , 33(7), pp.410–422.
- Lavrakas, P., 2008. Encyclopedia of Survey Research Methods: AM.
- LeBlanc, C. & Heyworth, J., 2007. Emergency physicians:“ burned out” or“ fired up”? *CJEM*.
- Lin, B. et al., 2008. Physician and nurse job climates in hospital-based emergency departments in Taiwan: management and implications. *Journal of medical*
- Lin, B.Y.-J. et al., 2008. Physician and Nurse Job Climates in Hospital-Based Emergency Departments in Taiwan: Management and Implications. *Journal of Medical Systems*, 32(4), pp.269–281.
- Lin, L. & Liang, B., 2007. Addressing the nursing work environment to promote patient safety. *Nursing Forum*.
- Linda H Aiken, J.B.J. and Anne M., 2008. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *J Clin*. 2008; *journal of clinical nursing*, 17(24), pp.3330–3337.
- Lindqvist, R. et al., 2013. Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of nursing management*.

- Liu, K. et al., 2012. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), pp.1476–85.
- Lloyd, S., Streiner, D., Hahn, E., et al., 1994. Development of the emergency physician job satisfaction measurement instrument. *The American journal of emergency medicine*, 12(1), pp.1–10.
- Lloyd, S., Streiner, D. & Shannon, S., 1994. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *The Journal of emergency medicine*.
- Locke, E., 1976. The Nature and Causes of Job Satisfaction¹. *Hand book*.
- Locke, E. & Latham, G., 1990. Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological science*.
- Long, J. & Freese, J., 2006. *Regression models for categorical dependent variables using Stata*,
- Lorber, M. & Savič, B.S., 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*.
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53(3), pp.263–270.
- Lowe, G., 2002. High-quality healthcare workplaces: A vision and action plan. *Hospital Quarterly*.
- Lu, H., While, A. & Barriball, K., 2007. Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International journal of nursing studies*.
- Lu, H., While, A. & Barriball, K.L., 2005. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*.
- Lynn, M. & Redman, R., 2006. Staff nurses and their solutions to the nursing shortage. *Western Journal of Nursing Research*.
- Ma, C., Shang, J. & Stone, P. w, 2014. “Can nurse work environment influence readmission risk?”—a systematic review.
- Makary, M. & Sexton, J., 2006. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American ...*

- Manojlovich, M., 2005. Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *Nursing research*.
- Manojlovich, M. & DeCicco, B., 2007. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*.
- Manser, T., 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.
- MAPI Research Institute, 2009. *Linguistic validation methodology*,
- Maslach, C., 2001. Job burnout. *Annual review of ...*
- Maxwell, R., 1992. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in health care*.
- Mazzocato, P., 2011. Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scand J Trauma ...*
- McClure, M. et al., 1983. Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses.
- McClure, M. & Hinshaw, A., 2002. *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*,
- McGILLIS, H. & Doran, D., 2007. Nurses' perceptions of hospital work environments. *Journal of Nursing Management*.
- McGlynn, K. et al., 2012. Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *Journal of nursing management*, 20(2), pp.260–5.
- McHugh, M. et al., 2013. Lower mortality in magnet hospitals. *Medical care*.
- McHugh, M. & Ma, C., 2013. Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia. *Medical care*.
- McHugh, M. & Stimpfel, A., 2012. Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Research in nursing & health*.
- Mihalič, R., 2008. Increase satisfaction and loyalty of employees. *Škofja Loka (Slovenia): Mihalič & Partner*.
- Miller, D. & Crandall, C., 2012. Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations. *Academic Emergency ...*

- MILLER, J. & CAREY, S., 1993. Work role inventory: a guide to job satisfaction. *Nursing management*.
- Millward, L. & Bryan, K., 2005. Clinical leadership in health care: a position statement. *Leadership in Health Services*.
- Mitchell, P., 2008. Defining patient safety and quality care. *Patient safety and quality: An evidence-based*
- Modak, I. et al., 2007. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire--ambulatory version. *Journal of general internal medicine*, 22(1), pp.1–5.
- Molzahn, A., 1997. Quality of life of individuals with end stage renal disease: perceptions of patients, nurses, and physicians. ... *Nephrology Nurses'*
- Morello, R. & Lowthian, J., 2013. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. ... *quality & safety*.
- Mueller, C. & McCLOSKEY, J., 1990. Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*.
- Murphy, K., 2007. Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*.
- Myhren, H., Ekeberg, Ø. & Stokland, O., 2013. Job Satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical care research and practice*.
- Nantsupawat, A. et al., 2011. Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 43(4), pp.426–32.
- National quality board, *Quality in the new health system -Maintaining and improving quality from April 2013*,
- Ng, S., 1993. A job satisfaction scale for nurses. *New Zealand Journal of Psychology*.
- Nieva, V. & Sorra, J., 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*.
- Nikic, D. & Arandjelovic, M., 2008. Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica*

- Noord, I.V.-V. & Wagner, C., 2014. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *International journal for*
- Nunally, J.C. & Bernstein, I.H., 1978. *Psychometric Theory* McGraw Hill, ed., New York.
- Nygren, M., Roback, K. & Öhrn, A., 2013. Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC health services*
- Pagano, Marcello, Gauvreau, K., 2000. *ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ* των Ε. ΕΛΛΗΝ, ed., Αθήνα.
- Page, A., 2004. *Keeping Patients Safe:: Transforming the Work Environment of Nurses*,
- Pallant, J., 2001. *SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 10)*.
- Palmieri, P. & Peterson, L., 2010. Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment, and translation to human resource management. ... *in Health Care*
- Panunto, M.R. & Guirardello, E.D.B., 2013. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(3), pp.765–72.
- Papastavrou, E. et al., 2011. Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory: a methodological study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(3), pp.435–43.
- Papastavrou, E., 2014. Cypriot and Greek nurses' perceptions of the professional practice environment. *International nursing*
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., et al., 2014. Cypriot and Greek nurses' perceptions of the professional practice environment. *International nursing review*, pp.1–8.
- Papastavrou, E. et al., 2013. Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clinical nursing research*.
- Papastavrou, E., Acaroglu, R. & Sendir, M., 2014. The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International Journal of*
- Papastavrou, E. & Andreou, P., 2013. Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clinical nursing*

- Papastavrou, E. & Efstathiou, G., 2012a. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. ... *of advanced nursing*.
- Papastavrou, E. & Efstathiou, G., 2012b. A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *Journal of nursing*
- Papathanassoglou, E.D.E. et al., 2012. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(2), pp.e41–52.
- Papp, R. et al., 2014. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC family practice*, 15, p.128.
- Papp, R., Borbas, I. & Dobos, E., 2014. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC family*
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L., 1988. Servqual. *Journal of retailing*.
- Patterson, P., 2010. Variation in emergency medical services workplace safety culture. ... *Emergency Care*.
- Patterson, P. & Huang, D., 2010. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *American Journal of*
- Patterson, P.D. et al., 2010. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 25(2), pp.109–15.
- Pelsma, D. & Richard, G., 1989. The Quality of Teacher Work Life Survey: A measure of teacher stress and job satisfaction. *Measurement and*
- Pham, M. et al., 2014. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*.
- Phipps, L., 1988. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*.
- Pines, J.M. et al., 2011. International perspectives on emergency department crowding. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(12), pp.1358–70.
- Polit, D. & Beck, C., 2004. *Nursing research: Principles and methods*,

- Polit, D. & Hungler, B., 1995. *Nursing Research, Principles and Methods* 5th ed.,
- Pronovost, P., 2003. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. ... *safety in health care*.
- Pronovost, P., Sexton, J. & Pham, J., 2009. Measurement of quality and assurance of safety in the critically ill. *Clinics in chest*
- Purdy, N. et al., 2010. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing*
- Quarstein, V., McAfee, R. & Glassman, M., 1992. The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human Relations*.
- Rafferty, a M., Ball, J. & Aiken, L.H., 2001. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in health care : QHC*, 10 Suppl 2(Suppl II), pp.ii32–7.
- Rafferty, A., Ball, J. & Aiken, L., 2001. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health care*.
- Raftopoulos, V., 2011. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC health services*
- Raftopoulos, V. & Pavlakis, A., 2013. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of critical care*.
- Raup, G., 2008. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *Journal of Emergency Nursing*.
- Reason, J., 2000. Human error: models and management. *Bmj*.
- Rechel, B., Dubois, C. & McKee, M., 2006. The health care workforce in Europe: learning from experience.
- Redfern, S. & Hannan, S., 2002. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health & social care in*
- Redfern, S. & Norman, I., 1999. Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: an application of the critical incident technique. Part 2. *Journal of clinical nursing*.

- Reeves, A. et al., 2014. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*.
- Reeves, A., Basu, S. & McKee, M., 2013. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth. *Globalization &*
- Regan, S., 2015. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of nursing*
- Reginato, E. & Grosso, R., 2011. *European Hospital Doctors' Salaries*,
- Relihan, E. et al., 2009. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish journal of medical*
- Rentsch, J. & Steel, R., 1992. Construct and concurrent validation of the Andrews and Withey job satisfaction questionnaire. *Educational and Psychological*
- Ritter-Teitel, J., 2002. The impact of restructuring on professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*.
- Robbins, S. & Judge, T., 2012. *Organizational Behavior 15th Edition*,
- Roche, M., Duffield, C. & White, E., 2011. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International journal of nursing studies*, 48(12), pp.1475–86.
- Rochefort, C.M. & Clarke, S.P., 2010. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of advanced nursing*, 66(10), pp.2213–24.
- Rodebaugh, T., Woods, C. & Heimberg, R., 2007. The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*.
- Saane, N. Van & Sluiter, J., 2003. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational*
- Sandström, B. & Borglin, G., 2011. Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. ... *-Based Nursing*.
- Sauter, M. & Boyle, D., 1997. Psychometric evaluation of the organizational job satisfaction scale. *Journal of nursing*

- SAWATZKY, J. & Enns, C., 2012. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of nursing*
- Sayed, M. El, 2011. Measuring quality in emergency medical services: a review of clinical performance indicators. *Emergency medicine international*.
- El Sayed, M.J., 2012. Measuring quality in emergency medical services: a review of clinical performance indicators. *Emergency medicine international*, 2012, p.161630.
- Schaufeli, W. & Maslach, C., 1993. Historical and conceptual development of burnout. ... *burnout: Recent developments in*
- Scheurer, D. & McKean, S., 2009. US physician satisfaction: a systematic review. *Journal of hospital*
- Schneider, S. & Gallery, M., 2003. Emergency department crowding: a point in time. *Annals of Emergency*
- Schubert, M. et al., 2012. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for*
- Scotia, N., 2010. Nova Scotia Emergency Care Standards. , (November).
- Scott, J., Sochalski, J. & Aiken, L., 1999. Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*.
- Sexton, J. & Helmreich, R., 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. ... *services research*.
- Sexton, J. & Helmreich, R., 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services*
- Sexton, J., Makary, M. & Tersigni, A., 2006. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel.
- Sexton, J., Thomas, E. & Helmreich, R., 2004. Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. *Austin: The University of*
- Sexton, J.B. et al., 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6, p.44.
- Shang, D. et al., 2013. Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer nursing*.

- Shannon, S., 2002. Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Journal of Nursing*
- Shaw, K.N. et al., 2009. Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics*, 124(2), pp.485–93.
- Sheingold, B. & Sheingold, S., 2013. Using a social capital framework to enhance measurement of the nursing work environment. *Journal of nursing management*.
- Siassakos, D. & Bristowe, K., 2011. Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study. ... *Journal of Obstetrics*
- Sibbald, B. et al., 2000. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family practice*, 17(5), pp.364–71.
- Siedlecki, S. & Hixson, E., 2011. Development and Psychometric Exploration of the Professional Practice Environment Assessment Scale. *Journal of Nursing Scholarship*.
- Simoens, S., Scott, A. & Sibbald, B., 2002. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs. *Scottish medical journal*.
- Singer, S., Falwell, A. & Gaba, D., 2009. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health care*
- Singer, S. & Gaba, D., 2003. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. ... *safety in health care*.
- Singer, S., Lin, S. & Falwell, A., 2009. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health services*
- Smith, P., 2012. WHAT IS THE SCOPE FOR HEALTH SYSTEM EFFICIENCY GAINS AND HOW CAN THEY BE ACHIEVED? *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 18(3).
- Smith, P.C., 2012. WHAT IS THE SCOPE FOR HEALTH SYSTEM EFFICIENCY GAINS AND HOW CAN THEY BE ACHIEVED? *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 18(3), pp.3–6.
- Spector, P., 1997. Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences.
- Stamps, P. et al., 1978. Measurement of work satisfaction among health professionals. *Medical Care*.

- Stone, P., Mooney-Kane, C. & Larson, E., 2007. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical care*.
- Streiner, D., 2003. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*.
- Suhonen, R. et al., 2013. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of advanced nursing*, pp.1–13.
- Sultana, A. et al., 2009. Level of Job Satisfaction in Doctors. *Journal of Rawalpindi*
- Svenson, J.E., 2000. Patterns of use of emergency medical transport: A population-based study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(2), pp.130–134.
- Szecsényi, J. et al., 2011. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ quality & safety*, 20(6), pp.508–14.
- Tandon, A. et al., 2001. *Measuring overall health system performance for 191 countries*,
- Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*.
- Tervo-Heikkinen, T. et al., 2008. Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses. *International journal of nursing practice*, 14(5), pp.357–65.
- Theodorou, M. et al., 2012. *Cyprus: Health system review. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Theodorou, M. & Cylus, J., 2012. CONTRIBUTIONS, CO-PAYS AND COMPUTERS: HEALTH SYSTEM REFORM IN CYPRUS. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 18(3).
- Thompson, G., 2006. Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. ... of *Advanced Nursing*.
- Totten, V. & Bellou, A., 2013. Development of Emergency Medicine in Europe. *Academic Emergency Medicine*.
- Traynor, M. & Wade, B., 1993. The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*.

- Trzeciak, S. & Rivers, E., 2003. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency medicine journal*.
- Turner, P., 2012. Implementation of TeamSTEPPS in the emergency department. *Critical care nursing quarterly*.
- Tzeng, H., 2002. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*.
- Ummenhofer, W., Amsler, F. & Sutter, P., 2001. Team performance in the emergency room: assessment of inter-disciplinary attitudes. *Resuscitation*.
- Upenieks, V., 2002. Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*.
- Upenieks, V., 2003. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*.
- Urden, L. & Roode, J., 1997. Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *Journal of Nursing Administration*.
- Vogus, T. & Sutcliffe, K., 2007. The safety organizing scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*.
- Wakefield, J. & Jorm, C., 2009. Patient safety—a balanced measurement framework. *Australian Health Review*.
- Warr, P., Cook, J. & Wall, T., 1979. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of occupational Psychology*.
- Waugh, W. & Streib, G., 2006. Collaboration and leadership for effective emergency management. *Public administration review*.
- Weaver, M. & Wang, H., 2011. The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehospital*
- Weaver, S. & Lubomksi, L., 2013. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy A Systematic Review. *Annals of internal*
- Weisman, C.S., Alexander, C.S. & Chase, G. a, 1980. Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study. *Health services research*, 15(4), pp.341–64.

- Westrum, R., 2004. A typology of organisational cultures. *Quality and safety in health care*.
- Wheelan, S., Burchill, C. & Tilin, F., 2003. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*.
- WHO, 2008. *Emergency Medical Services Systems in the European Union*, Denmark.
- WHO, 2014. Guidelines: HIV. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>.
- Williams, E. & Skinner, A., 2003. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health care management review*.
- Wilson, K., 2007a. *Does safety culture predict clinical outcomes?*,
- Wilson, K., 2007b. *Does safety culture predict clinical outcomes?*,
- Wiskow, C., Albrecht, T. & Pietro, C. De, 2010. *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*, Copenhagen.
- Woloshynowych, M. et al., 2006. *Enhancing Safety in Accident and Emergency Care*, London.
- World Health Organization, Definition of Health. Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Yang, C., Wang, Y. & Chang, S., 2009. A study on the leadership behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry. *World Academy of ...*
- Yonge, O. & Anderson, M., 2005. An inventory of nursing education research. *International Journal of ...*
- Zohar, D., 2002a. Modifying supervisory practices to improve subunit safety: a leadership-based intervention model. *Journal of Applied psychology*.
- Zohar, D., 2002b. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*.
- Αγγουριδάκης, Π. & Συμπυράκης, Ν., 2010. *Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α.*, Αθήνα.
- Αλεξιάδης, .Α.Δ. & Σιγάλας, Ι., 1999. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομειών Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

- Ασκητοπούλου, Ε., 1991. *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Δικαίος, Κ. et al., 1999. *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ζήνωνος, Ι., 2011. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους φυσιοθεραπευτές της Κύπρου-Μέτρα πρόληψης του. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ "Κυψέλη."*
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κυπριακή Δημοκρατία, 2005. *Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 62(Ι) του 2005*, Κύπρος.
- Κωνσταντίνου, Δ., 2012. Διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών και πηγών στήριξης του Νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ "Κυψέλη."*
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ., 2007. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου,*
- Λάμπρου, Έ., 2014. Κάθε μέρα και χειρότερα τα νοσοκομεία. *Η Σημερινή*.
- Λυδάκης, Χ. et al., 2013. Συνωστισμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ο ρόλος του "Ιατρείου Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας." *Archives of Hellenic Medicine*.
- Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ. & Μίτλεττον, Ν., 2011. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2), pp.234–244.
- Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π. & Ζυγά, Σ., 2009. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επείγοντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1).
- Μερκούρης, Α., 2008a. *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Μερκούρης, Α., 2008b. *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας* ίων ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ed., Αθήνα.
- Παντουβάκης, Α. & Μπογιατζίδης, Π., 2012. Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), pp.44–50.
- Παπανικολάου, Β., 2007. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.*

- Παπανικολάου, Γ., 2013. Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και του στρες των φαρμακοποιών στο δημόσιο τομέα της Κύπρου. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ “Κυψέλη.”*
- Πέλεχας, Ε. & Αντωνιάδης, Α., 2013. Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), pp.325–334.
- Πετρίδης, Ε., Λαβράνος, Γ. & Ραφτόπουλος, Β., 2013. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(4), pp.449–455.
- Ποζουκίδου, Α., 2007. Επαγγελματική ικανοποίηση ανθρώπινου δυναμικού: η σημασία της στις μονάδες υγείας.
- Πολυκάρπου, Γ., 2013. Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ “Κυψέλη.”*
- Ραφτόπουλος, Β., 2009. *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*, Λευκωσία.
- Στυλιανού, Χ., 2013. Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στις ογκολογικές κλινικές των δημοσίων γενικών νοσοκομείων της Κύπρου. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ “Κυψέλη.”*
- Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2013. Αναθεώρηση Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στα Δημόσια Νοσηλευτήρια από 1/8/2013. Available at: http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page93_gr/page93_gr?opendocument.
- Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2014a. Ευρωπαϊκή Επιτροπή: ορθή η κατεύθυνση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Κύπρο και την υποστηρίζουμε με κάθε τρόπο. Available at: <http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/087F544A02833005C2257D65002685D4?OpenDocument>.
- Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2014b. Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, προς όλους τους πολίτες, για όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Available at: <http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/89D70222BB03B46EC2257D69001D9675?OpenDocument>.
- Χαραλάμπους, Δ., 2012. Οργανωσιακή κουλτούρα, βαθμός ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων και επαγγελματική ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας του Γ Ν Πάφου. *Ψηφιακό Αποθετήριο ΑΠΚΥ “Κυψέλη.”*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

07/01/2012

✓ κα Περσεφόνη Λάμπρου
Ανδρέα Ζησιμόπουλου 25, Έγκωμη
2402
Λευκωσία

Κυρία,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Εργασιακό περιβάλλον, ικανοποίηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας στα ΤΑΕΓΓ» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 13/01/2012 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Νοείτε ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ: 22772263 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>
email igeorgiou@moh.gov.cy

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με Εκτίμηση,



(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ: 22772263 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>
email igeorgiou@moh.gov.cy



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

13 Φεβρουαρίου 2012

Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Βοηθό Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού

Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας

Βοηθό Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Πάφου

Βοηθό Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου

Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή προώθησης
Ερευνών του Υπουργείου Υγείας

— Αναφέρω στο πιο πάνω θέμα και σας ενημερώσω πως η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει παραχωρήσει σχετική άδεια στην Δρ. Περσεφόνη Λάμπρου για διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «Εργασιακό περιβάλλον, ικανοποίηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας στα ΤΑΕΠ» .

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.26
Αρ. Τηλ. 22818433



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

30 Ιανουαρίου 2012

Κυρία Περσεφόνη Λάμπρου
Ανδρέα Ζησιμοπούλου 25
2402 Έγκωμη

Θέμα: Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης που υποβάλατε στο Γραφείο μας με ημερομηνία 18/1/2012, αναφορικά με τη δημιουργία αρχείου ως μέρος της διδακτορικής διατριβής σας με τίτλο «Εργασιακό περιβάλλον, ικανοποίηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας στα ΤΑΕΠ» και σε συνέχεια της διευκρινιστικής επιστολής σας με ημερ. 24/1/2012, η Γνωστοποίησή σας φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 (Νόμος 138(I)/2001).

Η εν λόγω Γνωστοποίηση έχει καταχωρηθεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου, το οποίο είναι προσβάσιμο στο κοινό.

Με εκτίμηση,

(Μαρία Μιχαλίδου)
Για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

5/11/11

Hello Persefoni -

I wanted to follow up with you regarding the physician versioning of the RPPE. The team working on the physician application of the RPPE here in the US is going to be a little delayed in the development/ content validation of the textual changes. Thus, their work isn't at the point we can share any edits/efforts to the RPPE instrument at this point.

However, as you may know we have several versions of the RPPE for non-nursing populations (physical therapy, social work, respiratory therapy, etc). Those have very minor text adjustments to the questions (most often simply replacing nurse with respiratory therapist).

So if this is something that would be interested in doing with/ for the physician population you are working with and are willing to share your suggested changes with us we would be interested in exploring that with you as an alternative. (for integrity purposes - MGH maintains approval rights to all RPPE edits/ changes).

Also, I believe I previously mentioned...our Yvonne L. Munn Nursing Research Center website with links to much more about the RPPE. Included in this list is a formal "request for use" document. Would you mind completing that document and submitting to me for our purposes tracking use of the RPPE?

<http://www.mghpcs.org/MunnCenter/> (the middle column)

Thanks again, I look forward to continued communications.

Jeff

As a side - I just read your work motivation paper very interesting work. I'm interested to hear of your Work Motivation findings using the RPPE. Coincidentally, yesterday we just had a long discussion on the topic of nurses motivation to work.

Best, Jeff

Yes, you have my permission to convert the survey to Greek. I simply ask that subsequent publication of your research cite our original studies and the source of the survey material.

Best wishes,

Jerris Hedges

2011/10/9 savvas christodoulou <persoula@cytanet.com.cy>

Dear Dr Hedges,

My name is Ms Persefoni Lambrou and I am a dentist at the Dental Services of the Ministry of Health of Cyprus. I am a PhD student at the Cyprus University of Technology; School of Health Sciences, Department of Nursing. My thesis has the title: Professional Practice Environment - Physicians , Nurses and Patient Satisfaction in the Emergency Room.

During the literature review I found two very interesting articles you are the corresponding author: SPEED study (2002) and the Literature Review on Patient Satisfaction in the ER (2000).

I would like to have your permission to translate the questionnaire of SPEED in the Greek language, in order to use it on ER patients in the 5 state Cyprus Hospitals.

For any further information, you can contact my tutor Dr Evridiki Papastavrou (e.papastavrou@cut.ac.cy) or me.

Thanking you in anticipation,

Persefoni Lambrou
DDS, MPSM, MHSM, PhD(c)

--

Jerris R. Hedges, MD, MS, MMM
Professor & Dean
Barry & Virginia Weinman - Endowed Chair
John A. Burns School of Medicine
University of Hawaii - Manoa

To: "persoula@cytanet.com.cy"
<persoula@cytanet.com.cy>

Subject: SAQ

CC: "Patterson, Daniel"

Date: Wed, 15 Feb 2012 16:36:59
+0200

Status: Normal

From: "Weaver, Matthew D"

<pattersond@upmc.edu>

<weavermd@upmc.edu>

Reply-to: "Weaver, Matthew D"
<weavermd@upmc.edu>

Attachments: A04D2B24A095634A912B4F45742AEF77@upmc.edu
(2.10k) huang_ICU_SAQ_variance.pdf (2626k) EMSSAQ_Instrument.pdf
(139k)

A04D2B24A095634A912B4F45742AEF77@upmc.edu

Persefoni,

Thank you for interest. I've attached a couple of documents, the EMSSAQ instrument that we used, and also the ICUSAQ. We adapted the EMSSAQ from the ICUSAQ. We adapted the wording of the questions to be specific to EMS providers. The wording on the EMSSAQ may not be quite what you are looking for. The ICU saq references units, hospitals, and personnel as opposed to partners and agencies. It is included in the appendix of the Huang article. It may serve your needs a little better. Comparing the two could also help you to adapt your own Emergency Department version if you like.

Thanks again and best wishes,
Matt

Begin forwarded message:

From: savvas christodoulou
<persoula@cytanet.com.cy<persoula@cytanet.com.cy>>
Subject: The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire
Date: February 14, 2012 3:34:30 PM EST
To: <pattersond@upmc.edu<pattersond@upmc.edu>>
Reply-To: <persoula@cytanet.com.cy<persoula@cytanet.com.cy>>

Dear Dr Patterson,

My name is Persefoni Lambrou and I am a doctoral student at the Cyprus University of Technology (School of Health Sciences-Department of Nursing). My thesis is about the Professional Environment at the Emergency Room of the 5 Public Hospitals of Cyprus. We are going to use the rPPE questionnaire. I am going also to measure the professionals (doctors and nurses) satisfaction and patients satisfaction.

I read your article "The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire P. Daniel Patterson, PhD, MPH, David T. Huang, MD, MPH, Rollin J. Fairbanks, MD, MS, and Henry E. Wang, MD, MS. which was indeed very interesting. I would be most grateful if you could send me the questionnaire "Emergency Medical Service Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ)". I am planning to use only the section relevant to safety climate.

My tutor is Dr Evridiki Papastavrou

(e.papastavrou@cut.ac.cy<e.papastavrou@cut.ac.cy>).

If you need any further clarifications please contact me or my tutor.

Thanking you in anticipation,

A04D2B24A095634A912B4F45742AEF77@upmc.edu

Persefoni,

Thank you for interest. I've attached a couple of documents, the EMSSAQ instrument that we used, and also the ICUSAQ. We adapted the EMSSAQ from the ICUSAQ. We adapted

the wording of the questions to be specific to EMS providers. The wording on the EMSSAQ may not be quite what you are looking for. The ICU saq references units, hospitals, and personnel as opposed to partners and agencies. It is included in the appendix of the Huang article. It may serve your needs a little better. Comparing the two could also help you to adapt your own Emergency Department version if you like.

Thanks again and best wishes,

Matt

Begin forwarded message:

From: savvas christodoulou

<persoula@cytanet.com.cy<persoula@cytanet.com.cy>>

Subject: The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire

Date: February 14, 2012 3:34:30 PM EST

To: <pattersond@upmc.edu<pattersond@upmc.edu>>

Reply-To: <persoula@cytanet.com.cy<persoula@cytanet.com.cy>>

Dear Dr Patterson,

My name is Persefoni Lambrou and I am a doctoral student at the Cyprus University of Technology (School of Health Sciences-Department of Nursing). My thesis is about the Professional Environment at the Emergency Room of the 5 Public Hospitals of Cyprus. We are going to use the rPPE questionnaire. I am going also to measure the professionals (doctors and nurses) satisfaction and patients satisfaction.

I read your article "The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire P. Daniel Patterson, PhD, MPH, David T. Huang, MD, MPH, Rollin J. Fairbanks, MD, MS, and Henry E. Wang, MD, MS. which was indeed very interesting. I would be most grateful if you could send me the questionnaire "Emergency Medical Service Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ)". I am planning to use only the section relevant to safety climate.

My tutor is Dr Evridiki Papastavrou

(e.papastavrou@cut.ac.cy<e.papastavrou@cut.ac.cy>).

If you need any further clarifications please contact me or my tutor.

Thanking you in anticipation,
Persefoni Lambrou
DDS, MPSM, MHSM, PhD(c)

huang_ICU_SAQ_variance.pdf

EMSSAQ_Instrument.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ «WARR-COOK-WALL Job Satisfaction Scale»

Κλίμακα διαβάθμισης 1-7 (Likert)

(1=έντονη δυσαρέσκεια μέχρι 7=έντονη ευαρέσκεια)

| | |
|--|--|
| 1. Satisfaction with hours of work | |
| 2. Remuneration | |
| 3. Recognition you get for good work | |
| 4. Opportunity to use abilities | |
| 5. Freedom to choose method of working | |
| 6. Amount of responsibility given | |
| 7. Amount of variety in job | |
| 8. physical working conditions | |
| 9. colleagues and fellow workers | |
| 10. overall satisfaction | |

Καλυπτική επιστολή για ιατρούς και νοσηλευτές

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

Σχολή Επιστημών Υγείας-

Τμήμα Νοσηλευτικής

Αγαπητέ/ή Συνάδελφε

Στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής μου στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου διεξάγουμε έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση των αντιλήψεων των ιατρών και νοσηλευτών των ΤΑΕΠ σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον και τη μέτρηση της ικανοποίησης τους από την εργασία. Απώτερος στόχος της έρευνας είναι η συνεχής αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ στην Κύπρο.

Την τελευταία δεκαετία, οι οικονομικές και διάφορες άλλες πιέσεις στον τομέα της υγείας έχουν οδηγήσει σε δραματικές αλλαγές τόσο στον αριθμό απασχόλησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσο και στον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας.

Τα αποτελέσματα από την έρευνα θα κατατεθούν στο Υπουργείο Υγείας και όλους του αρμόδιους φορείς ώστε να είναι στη διάθεση της αρμόδιας αρχής για την ανάπτυξη στρατηγικού σχεδιασμού που αφορά στην ορθολογική αξιοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απόλυτα σημαντική και αναγκαία για να μπορέσουν να επιτευχθούν οι στόχοι και οι σκοποί της. Για να απαντήσετε στα ερωτηματολόγια, θα χρειαστεί να δαπανήσετε ένα μικρό μέρος του χρόνου σας. Τα ερωτηματολόγια μπορούν να επιστραφούν στον/στην Η διεξαγωγή της έρευνας έχει εγκριθεί από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνας του Υπουργείου Υγείας και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και έχει γίνει η σχετική γνωστοποίηση στον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Πρόσβαση στα στοιχεία της έρευνας θα έχουν μόνο η ερευνητική ομάδα του πανεπιστημίου που εμπλέκεται στην μελέτη και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Σας ευχαριστούμε για την συμβολή σας στην ερευνητική αυτή προσπάθεια και σας διαβεβαιώνουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν προς όφελος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και κατ' επέκτασιν προς όφελος τόσο των ιατρών και νοσηλευτών όσο και των ασθενών.

Για οποιεσδήποτε πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Με εκτίμηση

Περσεφόνη Λάμπρου-Χριστοδούλου, οδοντίατρος

Διδακτορική φοιτήτρια

Τηλ. 99685190

Άμεση επιβλέπουσα

Δρ Ευριδίκη Παπασταύρου

Επίκουρη Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Δημογραφικά Στοιχεία

Οι πιο κάτω ερωτήσεις ζητούν κάποιες δημογραφικές πληροφορίες. Τα δεδομένα από τις απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να ερμηνεύσουμε τα ευρήματα της έρευνας. Παρακαλούμε βάλτε \checkmark στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε τα κενά.

1. Φύλο 1 Άρρεν 2 Θήλυ
2. Ηλικία <25 25-35 36-45 46-55 >55

3. **Επίπεδο Εκπαίδευσης** που έχετε ολοκληρώσει
 Δίπλωμα Πτυχίο Μεταβασικό Μάστερ Ειδικότητα
 Διδακτορικό

4. **Εμπειρία στην άσκηση ιατρικής/νοσηλευτικής(συνολικά)**.....σε χρόνια
 Αν έχετε εμπειρία μικρότερη του ενός έτους αναφέρατε σε μήνες.....

5. **Εμπειρία στην άσκηση ιατρικής/ νοσηλευτικής στο ΤΑΕΠ που εργάζεσθε
 τώρα(συνολικά)** σε χρόνια
 Αν έχετε εμπειρία μικρότερη του ενός έτους, αναφέρατε σε μήνες.....

6. **Θέση:**

| | |
|---|--|
| <p>A) Ιατρός</p> <p>Διευθυντής <input type="checkbox"/></p> <p>Αναπλ. Διευθυντής <input type="checkbox"/></p> <p>Ιατρικός Λειτουργός Α΄τάξης <input type="checkbox"/></p> <p>Έκτακτος Ιατρικός Λειτουργός <input type="checkbox"/></p> | <p>B) Νοσηλεύτης</p> <p>Προϊσταμένη/ος <input type="checkbox"/></p> <p>Β.Προϊσταμένη/ος <input type="checkbox"/></p> <p>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός <input type="checkbox"/></p> <p>Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός <input type="checkbox"/></p> <p>Νοσηλευτικός Λειτουργός <input type="checkbox"/></p> <p>Έκτακτος Νοσηλευτικός Λειτουργός <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|

7. **Πόσους ασθενείς περίπου εξετάζετε/ εξυπηρετείτε σε κάθε βάρδια σας?**

8. **Σε μια κλίμακα από 1-5 (1=πολύ κακή ποιότητα και 5=πολύ καλή ποιότητα) ποιος αριθμός, κατά την γνώμη σας, αντιπροσωπεύει καλύτερα την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στο ΤΑΕΠ όπου εργάζεστε?**

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Πολύ κακή ποιότητα 1 | Κακή ποιότητα 2 | Μέτρια ποιότητα 3 | Καλή ποιότητα 4 | Πολύ καλή ποιότητα 5 |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

9. **Σημειώστε με √ σε ποιο ΤΑΕΠ εργάζεστε**

| | | | | |
|-------------------|-----------------|------------------|---------------|--------------------|
| ΤΑΕΠ Λευκωσίας | ΤΑΕΠ Λεμεσού | ΤΑΕΠ Λάρνακας | ΤΑΕΠ Πάφου | ΤΑΕΠ Αμμοχώστου |
|-------------------|-----------------|------------------|---------------|--------------------|

Revised Professional Practice Environment (RPPE)

Οδηγίες: Παρακαλείσθε όπως διαβάσετε τις προτάσεις στις σελίδες που ακολουθούν και κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει με μεγαλύτερη ακρίβεια το βαθμό, στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτές. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Στο τέλος της κλίμακας, υπάρχει χώρος για οποιαδήποτε σχόλια.

| A\A | Ερώτηση | Διαφ νώ έντονα | Διαφ νώ | Συμφ ωνώ | Συμφων ώ έντονα |
|-----|--|----------------------|------------|-------------|--------------------|
| 1 | Τα στελέχη στηρίζουν το προσωπικό του τμήματος / της μονάδας | | | | |
| 2 | Ο κλάδος μου ελέγχει την επαγγελματική άσκηση των μελών του | | | | |
| 3 | Είμαι ελεύθερος/η να διαχειρίζομαι σημαντικές καταστάσεις του αρρώστου και λαμβάνω αποφάσεις για θέματα εργασίας | | | | |
| 4 | Υπάρχει συνεργασία ως ομάδα μεταξύ προσωπικού μονάδας / τμήματος και γιατρών | | | | |
| 5 | Έχω στη διάθεσή μου επαρκείς υποστηρικτικές υπηρεσίες που μου επιτρέπουν να διαθέτω χρόνο με τους ασθενείς μου | | | | |
| 6 | Έχω αρκετό χρόνο και ευκαιρίες να συζητώ με συναδέλφους προβλήματα διαχείρισης ασθενών | | | | |
| 7 | Υπάρχει επαρκές προσωπικό για παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς | | | | |
| 8 | Ο/η προϊστάμενος/η της μονάδας / τμήματός μου είναι καλός/ή διαχειριστής και ηγέτης | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 9 | Το προσωπικό είναι επαρκές για τη διεκπεραίωση της εργασίας | | | | |
| 10 | Προσφέρονται ευκαιρίες απασχόλησης σε πολύ εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας | | | | |
| 11 | Ο προϊστάμενος/η της μονάδας/τμήματός μου στηρίζει το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων έστω και αν προκύψει σύγκρουση με γιατρό | | | | |
| 12 | Οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ γιατρών και προσωπικού είναι καλές | | | | |
| 13 | Πληροφορίες για την κατάσταση των ασθενών είναι διαθέσιμες όταν τις χρειαστώ | | | | |
| 14 | Η πληροφόρηση είναι άμεση όταν σημειώνονται αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς | | | | |
| 15 | Παρατηρούνται καθυστερήσεις χωρίς λόγο στη διοχέτευση πληροφοριών αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών | | | | |
| 16 | Η μονάδα /το τμήμα μου διατηρεί επικοινωνητικές εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες στο νοσοκομείο | | | | |
| 17 | Η μονάδα/τμήμα μου δεν λαμβάνει την απαιτούμενη συνεργασία από τις άλλες νοσοκομειακές | | | | |
| 18 | Άλλες μονάδες/τμήματα του νοσοκομείου δεν φαίνεται να έχουν καλή άποψη για τη μονάδα/τμήμα μου | | | | |
| 19 | Ανεπαρκείς εργασιακές σχέσεις με άλλες ομάδες του νοσοκομείου περιορίζουν την αποτελεσματικότητα της εργασίας της μονάδας | | | | |
| 20 | Όταν το προσωπικό διαφωνεί, αγνοεί το ζήτημα και προσποιείται ότι αυτό «θα παρέλθει.» | | | | |
| 21 | Οι περισσότερες συγκρούσεις προκύπτουν μεταξύ των μελών του κλάδου μου | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 22 | Το προσωπικό αποσύρεται όταν υπάρχουν συγκρούσεις | | | | |
| 23 | Όλες οι απόψεις εξετάζονται προσεκτικά προκειμένου να καταλήξουμε στην καλύτερη λύση στο πρόβλημα | | | | |
| 24 | Όλο το προσωπικό εργάζεται σκληρά για να καταλήξει στην καλύτερη δυνατή λύση | | | | |
| 25 | Σε περίπτωση ασυμφωνίας ή σύγκρουσης ανάμεσα στο προσωπικό, το πρόβλημα δε διευθετείται μέχρις ότου όλοι να είναι ικανοποιημένοι με την απόφαση | | | | |
| 26 | Όλοι συμβάλλουν με την πείρα και εμπειρογνωμοσύνη τους, ώστε να προκύψει η καλύτερη λύση για κάποια σύγκρουση. | | | | |
| 27 | Οι διαφωνίες ανάμεσα στο προσωπικό αγνοούνται ή αποφεύγονται | | | | |
| 28 | Το προσωπικό που εμπλέκεται σε κάποια διαφωνία ή σύγκρουση διευθετεί τη διένεξη συναινετικά | | | | |
| 29 | Η άποψη μου για τον εαυτό μου βελτιώνεται όταν εργάζομαι σε αυτή τη μονάδα/τμήμα | | | | |
| 30 | Αισθάνομαι άσχημα και δυσαρεστημένος/η όταν ανακαλύπτω ότι δεν απέδωσα τόσο καλά όσο θα έπρεπε | | | | |
| 31 | Αισθάνομαι προσωπική ευθύνη σε μεγάλο βαθμό για τη δουλειά που κάνω | | | | |
| 32 | Αισθάνομαι μεγάλη προσωπική ικανοποίηση, όταν κάνω σωστά τη δουλειά μου | | | | |
| 33 | Η δουλειά μου είναι ενδιαφέρουσα και αυτό με κινητοποιεί να την κάνω όσο καλύτερο μπορώ. | | | | |
| 34 | Η εργασία μου σε αυτή τη μονάδα/τμήμα μου δίνει την ευκαιρία να αποκτήσω νέες γνώσεις και δεξιότητες | | | | |
| 35 | Το εργασιακό περιβάλλον μου με | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| | ενδυναμώνει και με κινητοποιεί να αποδίδω καλά | | | | |
| 36 | Η εργασία μου σε αυτό το περιβάλλον, επαυξάνει την αίσθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης | | | | |
| 37 | Το προσωπικό έχει πρόσβαση στους αναγκαίους πόρους για την παροχή κατάλληλης πολιτισμικής φροντίδας | | | | |
| 38 | Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες παρέχει φροντίδα | | | | |
| 39 | Το προσωπικό σέβεται την διαφορετικότητα των μελών της ομάδας φροντίδας υγείας | | | | |

Ερωτηματολόγιο WARR-COOK-WALL Job Satisfaction Scale

Παρακαλώ σημειώστε σε σχέση με τις παρακάτω δηλώσεις και παρακαλώ αναφέρετε πόσο ευχαριστημένος(η) είστε, χρησιμοποιώντας την κλίμακα 1 μέχρι 7 (1= έντονα δυσαρεστημένος(η) και 7= έντονα ικανοποιημένος(η))

| | Έντονα δυσαρεστημ ένος(η) | Πολύ δυσαρεστημ ένος(η) | Δυσαρεστημ ένος(η) | Ούτε δυσαρεστημ ένος(η), ούτε ικανοποιημέ νος(η) | Ικανοποιημέ νος(η) | Πολύ ικανοποιημέ νος(η) | Έντονα ικανοποιημέ νος(η) |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Ικανοποίηση με τις ώρες εργασίας | | | | | | | |
| Αμοιβή | | | | | | | |
| Αναγνώριση που λαμβάνετε για την καλή εργασία που επιτελείτε | | | | | | | |
| Ευκαιρίες αξιοποίησης δυνατοτήτων | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Ελευθερία να επιλέξετε τον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε | | | | | | | |
| Επίπεδο υπευθυνότητας που σας δίνεται | | | | | | | |
| Ποσότητα ποικιλίας στην εργασία | | | | | | | |
| Κατάσταση φυσικών συνθηκών εργασίας | | | | | | | |
| Συνάδελφοι και συνεργάτες | | | | | | | |
| Συνολική ικανοποίηση | | | | | | | |

Τροποποιημένο Ερωτηματολόγιο EMERGENCY MEDICAL SERVICES SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE

Παρακαλείσθε όπως διαβάσετε τις προτάσεις που ακολουθούν και κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει με μεγαλύτερη ακρίβεια το βαθμό, στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτές. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

| | Διαφωνώ έντονα | Διαφωνώ | Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ έντονα |
|--|----------------|---------|----------------------------|---------|----------------|
| Θα ένιωθα ασφαλής να ελάμβανα περίθαλψη στα ΤΑΕΠ των Γενικών Νοσοκομείων ως ασθενής. | | | | | |
| Τα ιατρικά λάθη τα διαχειρίζονται κατάλληλα στο ΤΑΕΠ των Γενικών Νοσοκομείων. | | | | | |
| Παίρνω κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου. | | | | | |
| Είναι δύσκολο να συζητήσεις για λάθη στα ΤΑΕΠ. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Οι συνάδελφοι μου με ενθαρρύνουν να αναφέρω όποιες ανησυχίες μπορεί να έχω αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών. | | | | | |
| Η κουλτούρα στα ΤΑΕΠ διευκολύνει στο να μαθαίνουμε από τα λάθη των άλλων. | | | | | |
| Γνωρίζω τους κατάλληλους τρόπους για να απευθύνω ερωτήσεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. | | | | | |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑΕΠ (ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ)

Ο Περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμος του 2001 (90(Ι)/2001)

ΤΜΗΜΑ Β. ΤΜΗΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

(1) Ορισμός

(α) Το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Α.Ε.Π.) είναι το τμήμα του νοσηλευτηρίου το οποίο δέχεται, εξετάζει και περιθάλπει κάθε επείγον και έκτακτο παθολογικό και χειρουργικό περιστατικό.

(β) Το Τ.Α.Ε.Π., εφόσον περιλαμβάνεται στην άδεια λειτουργίας ιδιωτικού νοσηλευτηρίου, πρέπει να λειτουργεί καθημερινά σε 24ωρη βάση.

(2) Θέση στο κτίριο - Σχέση με άλλα τμήματα

(α) Το Τ.Α.Ε.Π. πρέπει να έχει ιδιαίτερη εξωτερική είσοδο ευδιάκριτη από την είσοδο του περιβάλλοντος χώρου. Η είσοδος του Τ.Α.Ε.Π. πρέπει να συνδέεται άμεσα με ράμπες κατάλληλες για μικρά αυτοκίνητα ασθενοφόρα, ανάπηρους και πεζούς.

(β) Η μεταφορά του ασθενούς από το ασθενοφόρο στην είσοδο του Τμήματος πρέπει να γίνεται σε χώρο στεγασμένο.

(3) Πρέπει να υπάρχει εύκολη επικοινωνία με τα ακόλουθα τμήματα—

- Τα διαγνωστικά εργαστήρια,
- τη μονάδα εμφραγμάτων,
- τις νοσηλευτικές μονάδες,
- τις νεογνικές μονάδες, εφόσον υπάρχει τέτοιο τμήμα,
- τα χειρουργεία.

(4) Λειτουργική Οργάνωση

(α) Βασικές λειτουργικές ενότητες είναι—

- Είσοδος, υποδοχή, αναμονή·
- Εξέταση, διάγνωση, θεραπεία.

(β) Το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να διαθέτει σηπτικό χειρουργείο για μικροεπεμβάσεις (συρραφή τραυμάτων και άλλες παρόμοιες επεμβάσεις).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

| Απαραίτητοι Χώροι | Ελάχιστη ωφέλιμη επιφάνεια (μ2) |
|--|---------------------------------|
| ΕΙΣΟΔΟΣ - ΑΝΑΜΟΝΗ - ΧΩΡΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | |
| Είσοδος/οι-Ανεμοφράχτη/ες | |
| Αναμονή | |
| Γραφείων πληροφοριών-Υποδοχή | 6 ανά εργαζόμενο |
| Χώροι υγιεινής κοινού | 6 |
| Γραφείο προϊσταμένης | 6 |
| Γραφείο ιατρών | 12 |
| Χώρος τραυματιοφορέων | 6 |
| Σταθμός ή χώρος φορέων και αναπηρικών καρεκλών | 6 |
| Σταθμός ή χώρος φορέων και αναπηρικών καρεκλών | |
| ΕΞΕΤΑΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ | |
| Θαλαμίσκοι εξέτασης: | |
| (α) Μικρός | 6 |
| (β) μεγάλος | 10 |
| Σταθμός και εργασία νοσηλευτών | 15 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΓΙΝΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

- Lambrou, P., Papastavrou E., Middleton N., Merkouris A., "Professional Practice Environment and Job Satisfaction among nurses and physicians in Emergency Departments of Cyprus Public Hospitals" 10th European Conference of the Commonwealth Nurses' Federation "Advancing Nursing and Midwifery through Evidence Based Practice", Larnaca, Cyprus 15/3/2013
- P. Lambrou., E. Papastavrou., N Middleton., A Merkouris. "Professional environment, satisfaction of patients and health professionals in Emergency Departments." 19th Congress of Cyprus' Nursing and Midwifery Association, Paphos, Cyprus- 30/11/2012
- P. Lambrou., E. Papastavrou., N Middleton., A Merkouris. "Job Satisfaction of health professionals at the Cyprus' Emergency Departments "20th Congress of Cyprus' Nursing and Midwifery Association, Nicosia, Cyprus- 30/11/2013
- P. Lambrou., E. Papastavrou., N Middleton., A Merkouris. "Professional Practice Environment at the Cyprus' Emergency Departments "21st Congress of Cyprus' Nursing and Midwifery Association, Ayia Napa, Cyprus- 14/11/2014

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

1. Lambrou, P., Merkouris, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2014). Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Science Journal*, VOLUME 8 (2014), ISSUE 3



SYSTEMATIC REVIEW

Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies

Persefoni Lambrou¹, Anastasios Merkouris², Nicos Middleton³, Evridiki Papastavrou³

1. DDS, PhD(c), Department of Nursing, Cyprus University of Technology
2. RN, PhD, Associate Professor - Department of Nursing, Dean of the School of Sciences of the Cyprus University of Technology
3. PhD statistics, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology
4. RN, PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology

Abstract

Aims: This systematic review aims at exploring the impact of the professional practice environment on nurses' job satisfaction.
Background: A growing body of research has documented an association between the quality of nursing professional practice environments and nurse satisfaction, patient satisfaction and quality of care.
Method: Fourteen studies were identified through a systematic search of the literature. Eligibility criteria included only quantitative studies that examined factors correlating the nursing professional practice environment and job satisfaction. Quality assessments were completed on all studies according to predefined criteria. Data extraction and analysis of the studies examined revealed three main areas: correlations of the professional practice environment and nurses' job satisfaction; resource adequacy; and quality of care.

Results: The results document evidence of the effect of Professional Practice Environment (PPE) on job satisfaction, burnout and intention to leave. The PPE was correlated to the nurses' ratings of the quality of nursing care. Nurse staffing levels and nurse-physician relations were also correlated with job satisfaction.

Conclusions: Hospital officials and decision makers need to work towards the implementation of a Positive Professional Environment so that the professionals' job satisfaction is secured at the highest possible level, particularly in this current and worsening world financial crisis.

Corresponding author: Lambrou Persefoni, 25 Andreas Zisimopoulos str., 2402, Nicosia, Cyprus,
Email: persoula@cytanet.com.cy

Introduction

Under the Lisbon strategy¹ the European Union (EU) Member States have acknowledged the major contribution that guaranteeing quality and productivity at work can play a major role in promoting economic growth and employment. Furthermore, the World Health Organization (WHO)² indicates that the work environment constitutes an important factor in the recruitment and retention of health professionals, and the characteristics of the work environment affect the quality of care both directly and indirectly. Addressing the work environment, therefore, plays a critical role in ensuring both the supply of a health workforce as well as the enhancement, effectiveness and motivation of that workforce. In the EU, improvement of the quality of work has been an integrative part of the European Social Agenda and the European Employment Guidelines since 2000. The Positive Practice Campaign³ jointly launched by several international health-professional associations, describes characteristics of work environments that ensure the health, safety and well-being of staff, while



simultaneously supporting high-quality patient care. The International Council of Nurses and other affiliated organizations suggest that, due to today's global health workforce crisis, establishing positive practice environments across health sectors worldwide is of paramount importance if patient safety and health workers' wellbeing are to be guaranteed. The complex social environment where nurses carry out their practice, and where there is a continuous need for health-care workers to make decisions individually, as a group and together with patients, is called the *professional practice environment*.² A nursing practice environment refers to the organizational characteristics of a work setting that facilitates or constrains professional nursing practice.² Furthermore, there are two similar general terms, "working environment" and "working conditions", but there is no agreed definition of these terms. Nevertheless, the working environment generally could be described as the place, conditions and surrounding influences in which people carry out an activity. In the case of health care it refers to a set of concrete or abstract features of an organization, related to both the structures and processes in that organization that are perceived by nurses as either facilitating or constraining their professional practice.⁴⁻⁸ A healthy practice environment can be defined as a work setting where policies, procedures and systems are designed in such a manner that they meet the organizational objectives and succeed in personal satisfaction at work.⁷ The theoretical foundation of the professional practice environment is predicated on collaborative decision-making to ensure that all stakeholders have the opportunity to knowingly participate in change.⁹

The nurses' professional environment is receiving international interest, because there is a growing consensus that identifying opportunities for improving working conditions in hospitals is essential to maintain adequate staffing, high-

quality care, nurses' job satisfaction and hence their retention.^{10, 11} Improving the practice environment, including patient to nurse ratios holds promise for retaining a qualified and committed nurse workforce, reducing the rates of nurse burnout and job dissatisfaction and benefiting patients in terms of better quality care.⁷ Nurses' perceptions of their professional environment influence their job satisfaction. Traditional job satisfaction relates to the feeling an individual has about his/her job. It is affected by intrinsic (recognition, work itself or responsibility) and extrinsic factors (working conditions, company policy or salary), which have an influence on job satisfaction.¹² Inadequate hospital nurse staffing contribute to uneven quality of care, medical errors, and adverse patient outcomes.¹³

Job satisfaction can be defined as an employee's affective reaction to a job, based on comparing actual outcomes with desired outcomes and is a multifaceted construct inclusive of both intrinsic and extrinsic job factors. Extrinsic factors include tangible aspects of the work like salary and benefits while intrinsic factors include personal and professional development opportunities and recognition.⁷ Hospitals with poorer staffing and less adequate resources tend to appear with higher levels of nurses' dissatisfaction and poorer quality patient care.¹⁴

Nurses in Chinese hospitals with better work environments had lower odds of job dissatisfaction and of reporting poor or fair quality patient care and patients in such hospitals were more likely to be satisfied with nursing communications, and to recommend their hospitals.^{14,15}

The correlation between job satisfaction, nurse empowerment and the professional practice environment are at the foundation of the Magnet Recognition Model.^{16,17} In addition, the American Association of Critical Care Nurses has conducted



considerable research on the topic of Healthy Work Environment.¹⁸ While there is already a substantial amount of literature on the professional practice environment and job satisfaction, there are only fragmented pieces of knowledge on any correlations between these issues. In more detail, what are critically missing or limited are correlational studies regarding professional practice environment as a whole and job satisfaction. Correlational studies were found regarding only specific elements of the professional practice environment (i.e. nurses-physicians relationships or nursing leadership) and job satisfaction.

To address the gap of linking PPE with job satisfaction, this review was conducted to gain an in-depth understanding and explore the correlation between the professional practice environment and nurse job satisfaction. The purpose of this paper is to describe the findings of a systematic review of studies that examined the correlation of the professional practice environment and nurse job satisfaction.

Methodology

The search was performed between September and December 2012 and updated in June 2013. Relevant literature was searched across four databases to identify studies on nursing professional practice environment and nurses' job satisfaction. The database search included: Pubmed, Google Scholar, Embase and Cinahl. The aim was to find studies published between 2000 and June 2012 (as they focus on most recent developments in this area) that examined correlations between nursing professional practice environment and job satisfaction. The key search items used included *professional environment AND nurses AND physicians AND satisfaction*. (We included the word *physicians* to increase the number of studies). Combinations of the keywords in the title and abstract were used.

Inclusion criteria

All papers were reviewed according to the following inclusion criteria:

- 1) correlational studies
- 2) measured nurses' perceptions about professional practice environment in relation with job satisfaction
- 3) a sample including nurses, physicians or both
- 4) measured job satisfaction or dissatisfaction
- 5) English language articles.

Studies examining specific dimensions of the work environment (e.g. leadership, intention to leave) or other outcomes related with the professional environment (e.g. burnout, and patients' satisfaction) were excluded, as they do not satisfy the criterion of correlating PPE and job satisfaction.

Screening

Each abstract was examined twice by two reviewers independently using the inclusion criteria. Studies were excluded if they did not examine the relationship between nursing professional practice environment as a whole and job satisfaction. The relevant studies were classified according to the degree of relevance with the scope of the study. The initial screening included the formation of a table with the following elements: author, title, objective, date of publication, instrument used, methodology and results. Then, the reviewers re-examined the studies, isolated and accepted or rejected them accordingly. For each case, a decision was taken to either exclude the paper or select it for the next step. In-depth examination of each article and data extraction were completed by the first reviewer and then validated by the second. It was still possible at this step to exclude a paper if it was deemed irrelevant or methodologically flawed according to the redefined criteria as presented in Table 1.

Data extraction

Data extracted from the studies included: author, date of publication, aim, design, subjects/sample



testing, theoretical framework, measurements/instruments, scorings, reliability and validity, according to the quality assessment criteria stated in Table 1.

Quality review assessment

All papers selected were assessed for methodological quality prior to inclusion in the review using a standardized critical appraisal instrument¹⁹ especially adapted for correlational studies.^{20, 21} This assessment tool measured overall quality based on research design, sampling method, measurement and statistical analysis. The tool comprised of 13 items, with a possible maximum score of 13 and all items were given a weight of 1 point each. An overall quality rating was assigned as low (0-4), moderate (5-9) and high quality (10-13). Only 2 studies had a score of 11 and 6 studies a score of 10, which makes in total 8 studies of high quality. This evaluation was carried out to assess all eligible studies. The rest of the studies were of moderate quality, in more detail four studies had a score of 9, one of 8 and one of 6. A summary of the quality assessment is presented in table 1.

Synthesis of results

Content analysis was used to synthesize the results from the studies. Two authors performed a preliminary synthesis to identify and summarize shared and contested constructs between and across the studies. Each author performed the synthesis separately but simultaneously, as this is considered most informative, and the resulting themes were agreed through discussion.

Results

Search results

The database searches resulted in the following citations: By using the key words "professional environment" AND "nurses" AND "satisfaction" 534 abstracts were found across all databases;

when using "professional environment" AND "nurses" AND "physicians" AND "satisfaction" 83 articles were found and 233 articles when using "professional environment" AND "physicians" AND "satisfaction". Titles and abstracts were screened and checked excluding duplicates, of which 33 were selected for second screening. Of these 29 were judged to meet the inclusion criteria and selected for full review. These were screened in greater depth using inclusion criteria, and finally 14 studies were retained. The relevant studies were published between 2002 and 2012 (See figure for summary of search results).

Quality assessment

In the quality assessment of the 14 studies, all of them were found to be of prospective/retrospective design, with 6 of them having random or convenience samples. Three of them did not justify the sample size and only two had sample drawn from more than one site. Nearly in all studies anonymity was protected. Only in 4 of the studies the response rates were below 60%.

All 14 studies used a valid and reliable instrument to measure the variables, but internal consistency was measured only in 5 of them. A big weakness of the studies was the absence of a theoretical model/framework except for one study. In all studies correlations were analyzed with multiple factors, like PPE with nursing outcomes or quality of nursing care and others. Another weakness was the omission of management of outliers, except for one study. In most of the studies (10) there is no mention of any validity evaluation. The characteristics of the studies included are presented in Table 2

Analytical findings

Seven studies were carried out in the USA and Canada, and only two in Europe. The other five took place in China, Japan, Thailand and South



Africa. Only in two studies was the sample drawn from one hospital, the rest being multi-sited. The hospitals studied were mostly public ones and the wards examined ranged from acute care units to oncology wards, nursing homes, medical and surgical wards.

The "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index"(PES-NWI)⁴ and "The Nursing Work Index-Revised" (NWI)¹⁷ were the instruments

used in most studies. Perceptions about "practice environment" and "job satisfaction" of physician assistants, nurse practitioners and primary care physicians were studied by Freeborn (2002)²² in the USA. Bakker^{23, 24} targeted only oncological

nurses and the research design was prospective and descriptive. Nurses were surveyed twice with a two year interval between data collection times. The study carried out in Norway by Begat in 2005²⁵ measured the practice environment as well as nurses' perceptions of moral sensitivity and well-being. The targeted professionals worked in acute medical and surgical units as well as in geriatric wards of two hospitals. In Aiken's study²⁶ the sample drawn was the biggest and comprised of more than 10.000 nurses. In addition, in the same study, the hospitals studied included 168 of the 210 adult acute care hospitals. Heikkinen in 2008²⁷ examined the nurses' work environment and nursing outcomes in Finland. A cross sectional survey of 664 registered nurses in 34 acute care inpatient hospital wards was performed and patient data was collected from 4045 patients simultaneously. In 2008, Kanai-Pak¹⁴ described nurse burnout, job dissatisfaction and quality of care in Japanese hospitals in association with work environment factors. The sample was collected from 5986 staff nurses in 302 units in 19 acute hospitals. Van Bogaert in 2009²⁸ investigated impacts of practice environment factors and burnout at the nursing unit level on job outcomes and nurse assessed quality of care in 4 Belgian hospitals in 42 units with a sample 546 staff nurses.

Rocheftort in 2010⁶ studied the relationship

between work environment characteristics and neonatal intensive care unit nurses' perceptions of care rationing, job outcomes and quality of care in Canada. Nantsupawat¹³ refers to the impact of nurse work environment and staffing on nurse outcomes, including job satisfaction and burnout and on the quality of nursing care. The data were collected from 13 general and 26 regional hospitals in Thailand, with a sample of 5247 nurses. KeLiu²⁹ examined the relationship between hospital work environments and job satisfaction, job-related burnout and intention to leave among 1104 nurses from 89 medical, surgical and intensive care units in 21 hospitals in China. Klopper in 2012⁷ included in the study private hospitals as well as national referral hospitals in South Africa in a sample of 935 nurses. The objective of this study was to describe the practice environment, job satisfaction and burnout of critical-care nurses in South Africa and the relationship between them. McGlynn (2012)⁸ studied in the USA 'job satisfaction' and 'satisfaction with the professional practice environment' of registered nurses in places where a professional practice model was implemented as well as the relationship between these two variables. The sample was drawn from only one hospital, from different types of wards, with a response rate of 55%.

Three main correlations were defined as "themes" to facilitate the analysis. In particular, these are: "Professional/working environment as related to nurses' satisfaction and dissatisfaction", "Professional environment and ratings of quality of nursing care" and "resource adequacy and job satisfaction". See Table 3.

a) Professional/working environment as related to nurses' satisfaction and dissatisfaction

Nurses perceived their Professional Working Environment as stressful, which had a negative effect on their job satisfaction.²⁵ In 5 studies, higher percentages of the nurses in hospitals with poor care environments reported dissatisfaction



and high burnout levels with their jobs.^{7, 27-30} In more detail, registered nurses' (RN) satisfaction with their present job was positively related to work environment²⁷ and likelihoods of having higher burnout and job dissatisfaction were lower in units with good environments than in units with poor environments.²⁹ Better work environments were associated with better nurse outcomes in contrast to job-related burnout and job dissatisfaction.¹⁴ The overall nursing practice environment was a significant predictor of RN job satisfaction.³⁰

Nevertheless, in one study most surprising was the high negative relationship between overall job satisfaction with the professional practice environment. Correlations between the total scores on the two instruments used by McGlynn,⁸ indicated a statistically negative correlation between job satisfaction and satisfaction with the practice environment. In more detail, where a professional practice model is in place, that is a strategy that aids hospitals in maintaining their nursing workforce and increasing the quality of nurses' work life through its positive effect on nurses' job satisfaction, nurses reported moderately low overall work satisfaction. This result may be due to the fact that the study was carried out in only one hospital and only 55% of the eligible nurses participated.

b) Professional environment and ratings of quality of nursing care

The percentage of nurses reporting that the quality of care was poor or fair (rather than good or excellent) was twice as high in hospitals with poor care environments as in hospitals with better ones²⁶ and more favourable work environments were related to better indicators of nurses' job outcomes and higher ratings of the quality of nursing care.⁵ The quality of nursing care was significantly associated with the hospitals' nurse work environments and staffing levels. Nurses in hospitals with favourable work environments

were roughly 30% less likely than nurses in hospitals with poor work environments to report that the quality of care was only poor or fair as opposed to good or excellent.¹³ In one study contract nurses and nurses younger than 30 years old were more likely to leave their job than permanent nurses and those aged 30 years and over,²⁹ whereas other age and education levels were not significant predictors of RN job satisfaction.³⁰

c) Resource adequacy and job satisfaction

The care environment and nurse staffing were found to have significant effects on burnout and job dissatisfaction. Nurse retention and patient outcomes are improved when the nurse leaders improve staffing.³¹ Higher ratings of nurse staffing and resource adequacy were related to lower emotional exhaustion scores.⁶ Each 10% increase in inexperienced nurses and each unit decrease in staffing-resource adequacy and nurse-physician relations increases the odds in nurses exhibiting high nurse burnout and job dissatisfaction and the odds of their reporting only poor or fair quality of care.¹⁴ 39% of participants reported that there were not enough registered nurses to provide quality patient care and inadequate nurse staffing was identified²³ as a predictor of job dissatisfaction. Resource adequacy was positively associated with RN job satisfaction.^{22,30}

Discussion

The results of this review provided evidence that nurses' perceptions of their professional practice environment and resource adequacy, are related to nurse satisfaction and patient outcomes such as nurse perceived quality of care. Establishing positive practice environments across health sectors worldwide is of paramount importance if patient safety and health workers' wellbeing are to be guaranteed. Positive Practice Environments are settings that support excellence and decent work.² In particular, they strive to ensure the



health, safety and personal wellbeing of staff, support quality patient care and improve the motivation, productivity and performance of individuals and organizations. Positive changes in the work environment result in a higher employee retention rate, which leads to better teamwork, increased continuity of patient care, and ultimately improvements in patient outcomes.

Health care is changing. Ageing populations, new therapeutic possibilities and rising expectations have made the provision of health care much more complex than in the past. At the heart of these changes are the health professionals.³²

The overall goal of every healthcare organization is to systematically develop and reinforce organizational strategies, structures and processes that improve the organization's effectiveness in achieving quality patient care and employee job satisfaction. Thus, healthy work environments are linked to patients' satisfaction and to retention, reduced turnover, increased attraction, job satisfaction and lower degree of job stress and burnout.

Transitions in health care have globally sparked public and professional concern regarding the professional practice environment for nurses and its effect on the quality of care. Nurses make up the largest cohort of health providers. A professional practice environment is needed to enhance and optimize nurses' potentials to deliver quality patient care. Research supports the belief that the nurses' professional practice environment significantly relates to nurse and patient outcomes. The professional practice environment has been implicated as a variable that impacts patient outcomes.³³ The professional practice environment for nurses is an important topic of study across many health care systems. An environment without support for nurses performing professional practice hinders the delivery of good health care for patients. From the studies retrieved, it is evident that in comparison

to the available published literature on professional practice environment and job satisfaction separately, little research has focused exclusively on the correlation between the two variables. Intention to leave and burnout as well as building elements of the professional environment like nurses' physicians relationships, quality of care, patients' outcome are prominent in many studies. On the other hand, the study of the correlation between professional practice environment as a whole and job satisfaction is limited. It is prominent in many of the selected studies that increasing percentages of the nurses in hospitals with poor environments report high burnout levels and dissatisfaction with their jobs. Nurses reported more positive job experiences and fewer concerns with care quality and patients had significantly lower risks of death and failure to rescue in hospitals with better care environments.

²⁶ If nurses perceive their working environment as stressful, that has a negative impact on job satisfaction.²⁵ Many research reports support that the key to the nursing shortage is attention to nursing work environments. An important aspect of the practice environment associated with job satisfaction includes leadership and support for nurses. Nursing managers can contribute to nurses' satisfaction by ensuring among others that staff receive recognition for a job well done.³⁰ Management and leadership are important for the delivery of good health services. These two terms are not the same thing but they are necessarily linked and complementary. The manager's job is to plan, organize and coordinate. An effective nursing manager who consults with staff and provides positive feedback is crucial in increasing job satisfaction.³⁴ As it is well known that nurses' work environment is a major determinant of patient and nurse welfare, we can fairly claim that nurses' professional environment is of positive influence on nursing outcomes.²⁷ Furthermore, the subscales "nurse manager ability, leadership and support" and "nurse participation in hospital affairs" had the strongest correlations with the "job satisfaction" in the



studies reviewed, thus confirming that these elements play a critical role in the development of a positive practice environment.⁷ Improving nurses' work environment from poor to better was associated with a 50% decrease in job dissatisfaction and a 33% decrease in burnout among nurses.²⁹ Positive ratings of nurse practice environment factors are also associated with improved job outcomes and higher nurse ratings of quality of care.²⁸

Limitations

The intention of this review was to examine the available research studies that explored the correlation of professional practice environment and nurse job satisfaction. Details of the participants in the studies included were not fully described and were complicated by the various titles used due to the fact that the studies had been carried out in different countries with different health systems. In some studies the participants were nurses as well as other health professionals, thus making the summarization of the results not so homogeneous. A major limitation can be the inclusion of only quantitative studies in this review. Thus, there is a need for examining the issue of the relation of the professional practice environment with job satisfaction through further exploration of studies that use different methodological approaches.

Conclusions

Evidence suggests that the work environment is an important factor in the recruitment and retention of health workers. Furthermore, the work environment can influence the quality of care and patient safety. As a working definition, an attractive and supportive workplace in this case can be described as an environment that attracts individuals into the health professions, encourages them to remain in the health workforce and enables them to perform effectively.

In most studies it was evident that there is a positive relationship between nursing professional practice environment and job satisfaction. Nevertheless, further studies are needed to determine and measure the degree of such correlations. The knowledge gained from future studies that result in the development of theoretical concepts and theories will add to the knowledge available in the area of nursing management. Professional Practice Environments demonstrate a commitment to safety in the workplace, leading to overall job satisfaction. When health professionals are satisfied with their jobs, rates of absenteeism and turnover decrease, staff morale and productivity increase, and work performance as a whole improves. Safe patient care is directly and positively linked to the quality of nurses' work environments.

The insights gained from the synthesis of the studies reviewed allow us to have a better understanding of the impact of the professional practice environment on job satisfaction and what implications this relation might have on various aspects of the provision of health care. Further work is needed to investigate this relationship so that theoretical concepts could be developed and knowledge will be added in the area of an efficient and effective professional practice environment that will contribute to the upgrade of the quality of the health services provided.

This review will provide health policy-makers and managers with an effective tool to promote a sound professional practice environment so that job satisfaction is secured and ultimately health organizations can achieve the goal of providing quality care for health consumers. These findings suggest that investing in a good professional practice environment is reflected in nurses' well-being and job satisfaction, thus improving the outcomes for patients.

Table 1: Summary of quality assessment of the quantitative studies

| Criteria | Yes | No/not mentioned |
|---|-----|------------------|
| Design | | |
| Prospective/retrospective studies | 14 | 0 |
| Probability sampling | 6 | 8 |
| Sample | | |
| Appropriate/justified sample | 11 | 3 |
| Sample drawn from more than one site | 12 | 2 |
| Anonymity protected | 13 | 1 |
| Response rate >60% | 10 | 5 |
| Measurement | | |
| Factor measured reliably | 14 | 0 |
| Factor measured using a valid instrument | 13 | 1 |
| Dependent variable measured using a reliable instrument | 14 | 0 |
| Internal consistency of scale >70% | 4 | 10 |
| Theoretical model/framework | 1 | 13 |
| Statistical analysis | | |
| Correlations analysed when multiple factors studied | 14 | 0 |
| Management of outliers managed | 1 | 13 |



Figure: Search and retrieval process

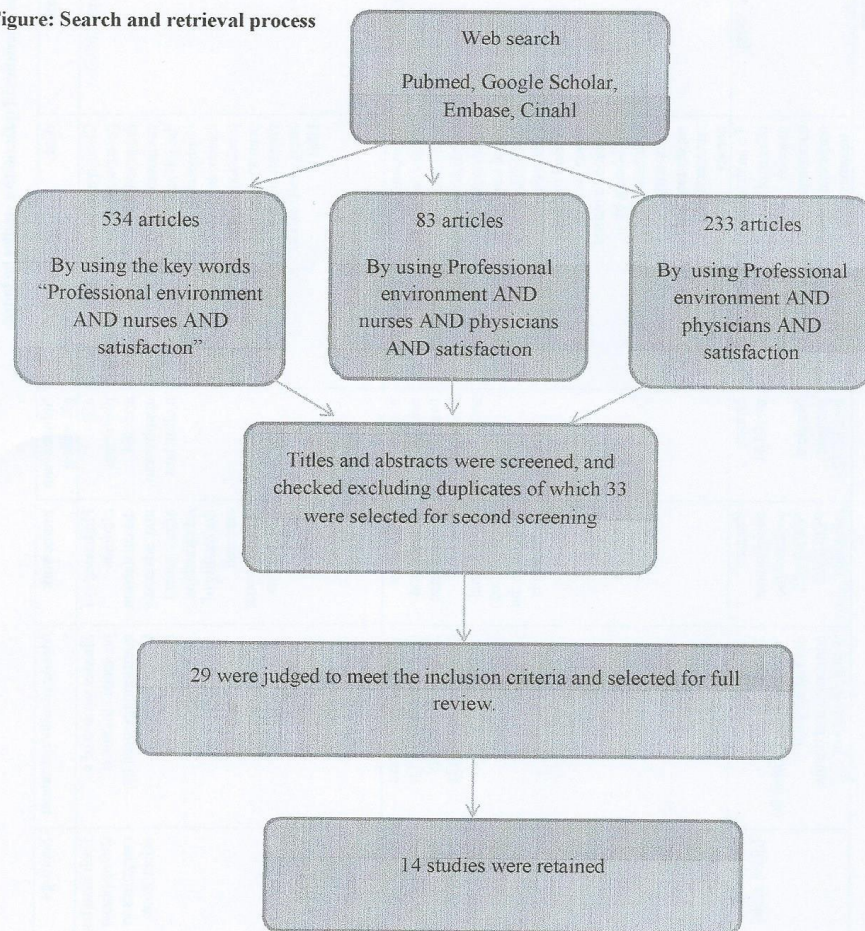


Table 2: Characteristics of quantitative studies included

| Reference | Aim | Design | Subjects/sample testing | Framework | Measurements/instruments | Scorings | Reliability | Validity |
|--------------------|--|-------------------------------------|--|---|---|--|--|--|
| 1. Frechorn (2002) | Comparison of perceptions about the practice environment and the job satisfaction of physician assistants, nurse practitioners and primary care physicians in a large group model HMO | Self administered mail survey | 483 physicians and 264 nonphysician clinicians | High levels of clinician dissatisfaction may adversely affect patient relationships, the quality of care and organizational effectiveness | Shorter version of a pretested structured questionnaire used by Center for Health Research | Each item had 2-6 response categories to select from | Not reported | Not reported |
| 2. Begall (2005) | To examine nurses' satisfaction with their psychosocial work environment, their moral sensitivity and differences in outcomes of clinical nursing supervision in relation to nurses' well-being by systematically comparing supervised and unsupervised nurses | Descriptive and correlational study | Nurses selected from 2 hospitals n=71 | Nursing is stressful and the incidence of occupational stress-related burnout in the profession is high | 1) Work Environment Questionnaire (WEQ) 2) Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) | 1) WEQ-6 point Likert scale 2) MSQ-7 point Likert scale | 1) $\alpha = .91$ 2) $\alpha = .73$ | WEQ and MSQ Content and construct validity reported elsewhere Factor analysis |
| 3. Alken (2008) | To analyse the effects of nurse practice environments on nurse and patient outcomes after | Descriptive and correlational study | Nurses n=10184 Surgical patients n=2,12,412 | Practice environment scales of the NWI-3 of 5 PES-NWI subscales | 1) PES-NWI 2) NMBI 3) Patient deaths within 30 days of hospital admission and deaths within 30 days of home | 1) 4-point Likert scale | 1) $\alpha = .74$, .82, .80 2) $\alpha = .92$ | Favorable Psychometric properties of the PES-NWI |

P. 888 | 308



| | | | | | | | | | |
|----|-----------------|---|---|---|---|---|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | | accounting for nurse staffing and education | | in 168 Pennsylvania hospitals (out of 210 adult acute care hospitals) | (evidence concerns better staffing to better outcomes) | admission among patients with complications | | reported elsewhere | |
| 4. | Hekkinen(2008) | To assess the relationship between nurses' work environment and nursing outcomes | Cross sectional survey | 664 registered nurses on 34 acute care hospital inpatient wards 4045 patients | Link between nurses, job satisfaction and patient outcomes such as mortality rate and patient satisfaction- conceptual framework based on earlier studies | 1) RN- WQBI from NWT-R for nurses 2) Humane Caring Scale-revised | 1)4-point Likert scale | 1) $\alpha=.737-.838$ | Exploratory factor analysis |
| 5. | Kanai-Pak(2008) | To describe nurse burnout, job dissatisfaction and quality of care in Japanese hospitals and to determine how these outcomes are associated with work environment factors | Cross sectional survey/ logistic regression | 5956 staff nurses on 302 units in 19 acute hospitals in Japan/ convenience sample | Nurse burnout and job dissatisfaction are associated with poor nurse retention and uneven quality of care | 1)The survey instrument was adapted from the broader instrument used in the IHOS questionnaire 2) MBI | 1)4-point Likert scale 2)Scale 0-6 | Not reported | Not reported |



| | | | | | | | | | |
|----|-------------------|---|---|--|--|--|--|---|-----------------------------------|
| 6. | Van Bogaert(2009) | To investigate impacts of practice environment factors and burnout at the nursing unit level on job outcomes and nurse assessed quality of care in acute hospital nurses | Survey/ regression analysis | 546 staff nurses from 42 units of Belgian hospitals (random selection) | Studies have highlighted potential benefits of various dimensions of supportive practice environments | 1)NWI-R 2)Job outcome variables: nurse satisfaction with current job, intention to stay and nurse-assessed quality of care 3)MBI | 1)4-point Likert scale 2)Nurse satisfaction with 4 Likert scale. Intention to stay with dichotomous, quality with 4 Likert scale 3)5-point Likert scale | Not reported | Reported elsewhere |
| 7. | Rochefort(2010) | Study of the relationship between work environment characteristics and neonatal intensive care unit nurses' perceptions of care rationing, job outcomes and quality of care | A cross sectional correlational survey design | 553 nurses in all neonatal intensive care units in Quebec Canada | Attention to work environments might improve nurse recruitment and retention and the quality of care | 1)NWI-R 2)NEWRI 3)MBI 4)Job satisfaction | 1)4-point Likert scale 2)4-point Likert scale 3)7-point Likert scale 4)4-point Likert scale | 1)α= .84, .91, .90 2) α=.93, .93, .83, .81 | Construct and predictive validity |
| 8 | Bakker(2010) | To examine oncology nursing work environments and to determine the presence of workplace and professional practice factors | Prospective descriptive research | Nurses n=2002 | Healthy work environments are positively associated with safe patient care. Quality workplaces are linked to increased recruitment and retention | 1)NWI-R(shorter version) 2)Job satisfaction 3)Perception of nursing practice and quality of care 4)Intention to leave | 1)4-point Likert scale and re-categorised into dichotomous agree or disagree 2)4-point Likert scale 3)7+4) 3 point scale | Not mentioned | Pretested for face validity |

| | | | | | | | | | |
|-----|-------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|
| 9. | Choi(2011) | To examine relationships between aspects of the nursing practice environment and job satisfaction among RNs in nursing homes | A secondary data analysis of a subset of nurse survey data collected in 2006-2007 multilevel analysis | 863 RNs as staff RNs in 282 skilled nursing facilities in New Jersey | A supportive practice environment is significantly associated with higher job satisfaction among RNs working in nursing homes-The nursing organization and outcomes model(Aiken 2002) | 1)Job satisfaction 2)PES-NWI | 1)-2)4-point Likert scale | 1) α =0.83 2) α =0.95 | 2)Content validity mentioned elsewhere |
| 10. | Nantsipawai(2011) | To determine the impact of nurse work environment and staffing on nurse outcomes including job satisfaction and burnout and on quality of nursing care | Correlational design using secondary data analysis of the 2007 Thai Nurse Survey/ multivariate logistic regression | 5247 nurses across 39 public hospitals in Thailand | Nurses in hospitals with supportive nurse work environments and adequate staffing are more satisfied with their jobs | 1)Instrument adapted from IHOS 2)PES-NWI 3) Nurse staffing 4)Job dissatisfaction 5)MBI-HSS 6)Quality of nursing care 1)NWI-R(shorter version) 2)Job satisfaction 3)Perception of nursing | 2)4-point Likert scale 4)4-point Likert scale 6)4-point Likert scale | 2) α = .87, .90, .87, .91, .85 5) α =.87 | Face validity of the Thai version of IHOS verified |
| 11. | Bakker(2012) | To examine oncology nursing work | Prospective descriptive research | Nurses n=525 | Healthy work environments are positively | 1)4-point Likert scale 2)Job satisfaction 3)Perception of nursing | 1)4-point Likert scale and | Not mentioned | Initial questionnaire |

Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies *Health Science Journal* 2014;8(3) p. 298-311



| | | | | | | | | | |
|-----|---------------|--|---|--|--|--|---|------------------|-----------------------------|
| | | environments and to determine the presence of workplace and professional practice factors | | | associated with safe patient care. Quality workplaces are linked to increased recruitment and retention of nurses, improved job satisfaction, less stress and burnout and increased patient satisfaction | practices and quality of care 4)intention to leave | recategorised into dichotomous agree or disagree 2) 4-point Likert scale 3)1-4) 3 point scale | | pretested for face validity |
| 12. | Ke Liu(2012) | Examine the relationship between hospital work environments and job satisfaction, job related burnout and intention to leave among nurses in China | Cross sectional study/ logistic regression analysis | 1104 bedside nurses in 89 medical, surgical and intensive care units in 21 hospitals/stratified convenience sample | Association between the quality of nurse environments and nurse satisfaction and turnover, patient satisfaction and quality of care | The China Hospital Nurse Survey including the Practice Environment Scale of the NWI and MBI 1)PES-NWI 2) Nurse job satisfaction 3)MBI 4)intention to leave | 1)4-point Likert scale 2)Four response categories 3)Scores 27 or greater considered as high burnout 4) single dichotomous response | 1) $\alpha= .93$ | Not reported |
| 13. | Klopper(2012) | To describe the practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses | Cross sectional study | 935 nurses | The practice environment, job satisfaction and burnout are associated and that positive practice environments increase job | 1)PES-NWI 2)Job satisfaction 3)intention to leave 4)MBI 5)Nurse reported quality of care 6)patient safety issues | 1) 4-point Likert scale 2) 3) 4)7 scale | 1) $\alpha>.75$ | Factor analysis |

| | | | | | | | | | |
|-----|---------------|---|-----------------------------|--|--|---|---|--|--|
| 14. | McGlynn(2012) | Describes the initial assessment of job satisfaction and satisfaction with the professional practice environment of registered nurses | Descriptive cross sectional | 101 participants from 4 patient care units | satisfaction and lower levels of burnout Herzberg Motivation Theory | 1) Job satisfaction measured with Index of Work Satisfaction 2) JES-NWI-4 Likert scale | 1) 71 Likert scale 2) 4 Likert scale | 1) $\alpha = .77$ 2) $\alpha = .85$ | The discriminant validity of the scale was supported in Magnet hospitals |
|-----|---------------|---|-----------------------------|--|--|---|---|--|--|

Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies *Health Science Journal* 2014; 8 (3) p 313-318 | 313

Table 3: Themes and findings

| Themes | Findings | Source |
|---|--|---|
| Professional/working environment as related to nurses' satisfaction and dissatisfaction | Nurses' perceive their PWE as stressful which has a negative effect on their job satisfaction | Begat (2005) |
| | Higher percentages of the nurses in hospitals with poor care environments reported high burnout levels and dissatisfaction with their jobs | Aiken (2008) |
| | The study confirmed that RNs satisfaction with their present job was positively related to work environment. When professional environment attributes were evaluated to be better, also nurses' work stress decreased and nurses' satisfaction indicators increased linearly | Heikkinen(2008) |
| | Better work environments were associated with better nurse outcomes (job-related burnout and job dissatisfaction) | Kanai-Pak (2008) |
| | Higher unit-level ratings of the three nurse practice environment dimensions were significantly associated with lower levels of burnout measured on each of the three dimensions as well as with job satisfaction, intent to stay in nursing and positive assessments of the quality of care at the unit and the last shift | Van Bogaert(2009) |
| | The overall nursing practice environment was a significant predictor of RN job satisfaction. For each 1 unit increase in the composite score of the PEW-NWI TN's job satisfaction increased 586 points on average | Choi(2011) |
| | The odds ratios implied that in fully adjusted models, the likelihoods of having higher burnout and job dissatisfaction were lower in units with good environments than in units with poor environments by OR of 0,67 and 0,50 respectively | Ke Liu(2011) |
| | There is a weak to strong correlation between all the subscales of the practice environment, job satisfaction and burnout | Klopper(2012) |
| | Correlations between the total scores on the two instruments indicated a statistically negative correlation between job satisfaction and satisfaction with the practice environment ($r=-0,49$, $P<0,0001$). Most surprising was the high negative relationship between overall job satisfaction with the professional practice environment | McGlynn (2012) |
| | Professional environment and ratings of quality of nursing care | The percentage of nurses who reported that the quality of care was poor or fair (rather than good or excellent) was twice as high in hospitals with poor care environments as in hospitals with better ones |
| More favourable work environments were | | Rocheftort (2010) |



| | | |
|--|--|-------------------|
| | related to better indicators of nurses' job outcomes and higher ratings of the quality of nursing care | |
| | Age and education level were not significant predictors of RN job satisfaction | Choi (2011) |
| | Professional environment was related with dissatisfaction, burnout and intention to leave The study indicated that permanent nurses experienced more severe job dissatisfaction and high burnout | Ke Liu(2011) |
| | Contract nurses and nurses younger than 30 years old were more likely to leave their job than permanent nurses and those aged 30 years and over | Ke Liu(2011) |
| | The quality of nursing care was significantly associated with the hospitals' nurse work environments and staffing levels. Nurses in hospitals with favourable work environments were roughly 30% less likely than nurses in hospitals with poor work environments to report that the quality of care was only poor or fair as opposed to good or excellent | Nantsupawat(2011) |
| Resource adequacy and job satisfaction | Common areas of dissatisfaction included patient load and amount of time spent with patients | Freeborn (2002) |
| | More nurses with a higher cancer workload (>80%) indicated that they were satisfied being a nurse | Bakker (2010) |
| | 39% of participants reported that there were not enough registered nurse to provide quality patient care and inadequate nurse staffing was identified as a predictor of job dissatisfaction | Bakker (2010) |
| | Nurses who indicated an intention to leave also reported satisfaction being a nurse(surprising) | Bakker (2012) |
| | The care environment and nurse staffing had significant effects on burnout and job dissatisfaction | Aiken (2008) |
| | Each 10% increase in inexperienced nurses and each unit decrease in staffing-resource adequacy and nurse-physician relations increases the odds in nurses exhibiting high nurse burnout and job dissatisfaction and the odds of their reporting only poor or fair quality of care | Kanai-Pak (2008) |
| | Higher ratings of nurse staffing and resource adequacy were related to lower emotional exhaustion scores | Rochefort (2010) |
| | Resource adequacy was positively associated with RN job satisfaction | Choi(2011) |

**References**

1. Commission of the European Communities. Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work [Internet]. Brussels 21.2.2007; 2007. Report No.: COM(2007) 62 final. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52007DC0062>
2. Wiskow C, Albrecht T, Pietro C De. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. Copenhagen; 2010. Report No.: Policy Brief 15.
3. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation WMA. Positive practice environments for health care professionals [Internet]. 2008. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/17d_FS-Positive_Practice_Environments_HC_Professionals.pdf
4. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health* 2002;25(3):176-88.
5. Hoffart N, Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs* 1996;12(6):354-64.
6. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs* 2010;66(10):2213-24.
7. Klopper HC, Coetzee SK, Pretorius R, Bester P. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *J Nurs Manag* 2012;20(5):685-95.
8. McGlynn K, Griffin MQ, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *J Nurs Manag* 2012;20(2):260-5.
9. Erickson JI, Duffy ME, Ditomassi M, Jones D. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. *J Nurs Adm* 2009;39(5):236-43.
10. Hino S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K, Aaviksoo A. Nurses' perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *J Nurs Manag* 2009;17(8):965-74.
11. Rafferty A M, Ball J, Aiken LH. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care* 2001;10 Suppl 2(Suppl II):ii32-7.
12. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* 2011;20(6):508-14.
13. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum O-A, Aunguroch Y, Aiken LH. Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(4):426-32.
14. Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J Clin Nurs* 2008;17(24):3324-9.
15. You L, Aiken LH, Sloane DM, Liu K, He G, Hu Y. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud* 2013;50(2), 154-161.
16. Aiken LH, Buchan J, Ball J, Rafferty AM. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *J Clin Nurs* 2008;17(24):3330-7.
17. Aiken L, Patricia P. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2000; 49(3), 146-153.
18. Erickson J, Jones D, Ditomassi M. Fostering Nurse-led Care: Professional Practice for the



- Bedside Leader from Massachusetts General Hospital Sigma Theta Tau 2012 Chapter 2
19. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong C a, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2010;47(3):363–85.
 20. Thorpe C, Ryan B, McLean SL, Burt a, Stewart M, Brown JB, et al. How to obtain excellent response rates when surveying physicians. *Fam Pract* 2009;26(1):65–8.
 21. Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clin Nurs Res* 2014;23(3):314–35.
 22. Freeborn DK, Hooker RS, Pope CR. Satisfaction and Well-Being of Primary Care Providers in Managed Care. *Eval Health Prof* 2002;25(2):239–54.
 23. Bakker D, Conlon M, Fitch M, Green E. Canadian oncology nurse work environments: part I. *Nursing Leadership* 2010;22(4):50–68.
 24. Bakker D, Conlon M, Fitch M, Green E, Butler L, Olson K, et al. Canadian Oncology Nurse Work Environments: Part II. *Nursing Leadership* 2012;25(1):68–89.
 25. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *J Nurs Manag* 2005;13(3):221–30.
 26. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 2008;38(5):223–9.
 27. Tervo-Heikkinen T, Partanen P, Aalto P, Vehviläinen-Julkunen K. Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses. *Int J Nurs Pract* 2008;14(5):357–65.
 28. Van Bogaert P, Clarke S, Roelant E, Meulemans H, Van de Heyning P. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs* 2010;19(11-12):1664–74.
 29. Liu K, You L-M, Chen S-X, Hao Y-T, Zhu X-W, Zhang L-F, et al. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *J Clin Nurs* 2012;21(9-10):1476–85.
 30. Choi SP-P, Pang SM-C, Cheung K, Wong TK-S. Stabilizing and destabilizing forces in the nursing work environment: a qualitative study on turnover intention. *Int J Nurs Stud* 2011;48(10):1290–301.
 31. Aiken L, Clarke S, Sloane D. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 2008; 38(5):223–9
 32. Rechel B, Dubois C, McKee M. The health care workforce in Europe: learning from experience. 2006
 33. Siedlecki S, Hixson E. Development and Psychometric Exploration of the Professional Practice Environment Assessment Scale. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(4), 421-425.
 34. Roche M, Duffield C, White E. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *Int J Nurs Stud* 2011;48(12):1475–86.

2. Λάμπρου Περσεφόνη, Παπασταύρου Ευριδίκη, Μερκούρης Αναστάσιος, Μίτλετον Νίκος,
«Αξιολόγηση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος στα ΓΑΕΠ των Κρατικών Νοσηλευτήριων της Κύπρου», Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά 2013, Τόμος 14, Τεύχος 2

Αξιολόγηση του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου
The perceptions of nurses and physicians working in the Cyprus Public Accident and Emergency Rooms of their Professional Practice Environment

Περίληψη

Λάμπρου Περσεφόνη
PhD (c),
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας

Παπασταύρου Ευριδίκη,
PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Μερκούρης Αναστάσιος,
PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Μίτλετον Νίκος,
PhD, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Υποβλήθηκε: Δεκέμβριο 2013
Εγκρίθηκε: Δεκέμβριο 2013

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Περσεφόνη Λάμπρου,
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο:
persoula@cytanet.com.cy

Lambrou Persefoni,
DDS, PhD(c),
Cyprus University of Technology,
Department of Nursing,
School of Health Studies.

Papastavrou Evridiki,
PhD, Assistant Professor,
Cyprus University of Technology,
Department of Nursing,
School of Health Studies.

Merkouris Anastasios,
PhD, Associate Professor,
Department Deputy Chair,
Cyprus University of Technology,
Department of Nursing,
School of Health Studies

Middleton Nicos,
PhD, Assistant Professor,
Cyprus University of Technology,
Department of Nursing,
School of Health Studies

Submitted: December 2013
Accepted: December 2013

Correspondence author:
Persefoni Lambrou,
Email: persoula@cytanet.com.cy

Εισαγωγή: Η έρευνα στον τομέα της μελέτης του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) των νοσηλευτηρίων δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη. Μελέτες κατέδειξαν ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η ασφάλεια των ασθενών επηρεάζεται από το επαγγελματικό περιβάλλον στα νοσηλευτήρια.

Σκοπός: Η μελέτη των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών των ΤΑΕΠ των κρατικών Νοσηλευτηρίων για το Επαγγελματικό τους περιβάλλον

Μέθοδος: Συγχρονική, περιγραφική και συγκριτική προσέγγιση, με τη διανομή των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων RPPE μέτρησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος. Συμμετείχαν 50 ιατροί και 174 νοσηλευτές των ΤΑΕΠ και η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά την περίοδο Ιουλίου-Αυγούστου 2013.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 224 άτομα, με ποσοστό ανταπόκρισης 81%. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,887. Η μέση τιμή αξιολόγησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν RPPE=2,79. Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον δείκτη αυτό με 2,84 ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν μέση τιμή 2,73. Καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και των παραγόντων «Διεπαγγελματικές σχέσεις», «Εργασιακή παρακίνηση» και «Πολιτισμική ευαισθησία».

Συμπέρασμα: Η έρευνα μας παρουσιάζει την πρωτοτυπία ότι συμπεριλαμβάνει τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της θα πρέπει να αξιολογηθούν από τους ιθύνοντες για να παρθούν τα ανάλογα μέτρα με απώτερο στόχο τη βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος στο νευρολογικό αυτό τμήμα των νοσηλευτηρίων.

Λέξεις κλειδιά: ιατρός, νοσηλεύτης, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, επαγγελματικό περιβάλλον

Abstract

Introduction: The quality of care provision and patient safety is affected by professional practice environment. The research on the professional practice environment at the Hospital Emergency Rooms is not adequately developed.

Aim: To describe and measure nurses' and physicians' perceptions of their professional practice environment in Emergency Rooms.

Method: A descriptive, cross sectional, comparative survey was used to collect data from nurses(n=174) and physicians(n=50) working in Cyprus' Public Hospitals' Emergency Rooms using the 39-item Revised Professional Practice Environment instrument.

Results: The survey involved a total of 224 participants with a response rate of 81%. The Cronbach a reliability coefficient was 0,887. The mean value of RPPE was 2,79. Physicians assessed this index with 2,84 while nurses gave an average 2,73. Statistically significant differences were recorded between the two professional groups as regards "Interprofessional Relations", "Work motivation" and "Cultural sensitivity".

Conclusion: Our research includes both doctors and nurses. Therefore, the results should be evaluated by decision makers and the appropriate measures should be taken to improve the professional practice environment in this crucial hospital department.

Key words: physician, nurse, Accident and Emergency room, professional practice environment

Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (σε συνεργασία με τα διεθνή συμβούλια νοσηλευτών, ιατρών, οδοντιάτρων και άλλων επαγγελματιών υγείας), τονίζουν τη σημασία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στις θέσεις εργασίας τους και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση της ασφάλειας των ασθενών. Το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) αποτελεί ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον παροχής επείγουσας και κρίσιμης παροχής φροντίδας υγείας. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο στις ΗΠΑ και στον Καναδά συμβαίνουν πάνω από 131 εκατομμύρια επισκέψεις ΑΕΙζει να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ (Schull et al 2011) από το 1996 μέχρι το 2006 παρατηρήθηκε ετήσια αύξηση των επισκέψεων κατά 32% τη στιγμή που ο αριθμός των ΤΑΕΠ ελαττώνεται. Η κατάσταση είναι παρόμοια και σε άλλα μέρη του κόσμου, όπως στην Ευρώπη.

Τα ΤΑΕΠ στην Κύπρο επισκέπτονται σύμφωνα με τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας (στοιχεία 2008) γύρω στους 392.740 ασθενείς ετησίως. Πιο συγκεκριμένα, στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας προσέρχονται 128.781, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού 94.796, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας 70.934, Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου 32.757 και Γενικό Νοσοκομείο Πάφου 65.472 (Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων, 2009).

Η μελέτη αυτή έχει σαν στόχο να διερευνήσει το θέμα και να καλύψει κενά γνώσης τα οποία έχουν διαπιστωθεί στη βιβλιογραφία σε σχέση με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι εργάζονται στα ΤΑΕΠ των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου για το επαγγελματικό περιβάλλον.

Θεωρητικό Υπόβαθρο - Επαγγελματικό περιβάλλον

Από το 1980, το περιβάλλον άσκησης του επαγγέλματος στους οργανισμούς παροχής υγείας έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της αναδιοργάνωσης, του επανασχεδιασμού και της ανασυγκρότησης. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οριστεί ως στιγμιότυπο έξω από τα σύνορα ενός οργανισμού και μπορεί να διακριθεί σε γενικό και ειδικό περιβάλλον, το ειδικό αποτελώντας μέρος του γενικού και περιλαμβάνει τις συνθήκες εκείνες που επηρεάζουν άμεσα την επίτευξη των σκοπών του οργανισμού (Μερκούρης 2008) (Robbins 2001). Άνκαι οι όροι «επαγγελματικό περιβάλλον» και «εργασιακό περιβάλλον» χρησιμοποιούνται πολλάκις ως συνώνυμες, εντούτοις αποτελούν εννοιολογικά δύο διαφορετικές οντότητες. Το πολυσύνθετο κοινωνικό περιβάλλον όπου οι νοσηλευτές ασκούν το επάγγελμά τους και όπου υπάρχει μια συνεχής ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν αποφάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο και μαζί με τους ασθενείς, καλείται επαγγελματικό περιβάλλον άσκησης της εργασίας (Wiskow et al 2010). Το εργασιακό περιβάλλον παροχής φροντίδας αναφέρεται ειδικότερα στα οργανωσιακά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας που είτε υποβοηθούν είτε πα-

ρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (ICN 2008). Επιπλέον, υπάρχουν δύο παρόμοιοι γενικοί ορισμοί «εργασιακό περιβάλλον» και «συνθήκες εργασίας» αλλά δεν υπάρχει συμφωνία όσον αφορά την ακριβή σημασία των δύο όρων. Παρόλα αυτά, το εργασιακό περιβάλλον σε γενικές γραμμές μπορεί να περιγραφεί σαν ο χώρος, οι συνθήκες και οι περίξ επιδράσεις όπου οι άνθρωποι ασκούν μια δραστηριότητα. Στην περίπτωση της φροντίδας υγείας αναφέρεται σε μια ομάδα σταθερών χαρακτηριστικών ενός οργανισμού σχετικών με δομές και διαδικασίες στον οργανισμό αυτό που είτε υποβοηθούν είτε παρεμποδίζουν την άσκηση του επαγγέλματος (Lake 2002, Christian M. Rochefort & Sean P. Clarke 2010, Klopner Hester 2012, McGLYNN 2012).

Η πολυπλοκότητα της οργανωτικής δομής των κρατικών νοσηλευτηρίων και οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας, καθιστούν το επαγγελματικό περιβάλλον απαιτητικό και δύσκολο, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν επείγουσες καταστάσεις και καταστάσεις κρίσεως. Λόγω της συγκεκριμένης δομής απαιτείται συστηματική αλληλεπίδραση των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων υγείας για να επιτευχθεί η παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας.

Η σημασία του επαγγελματικού περιβάλλοντος στην παροχή φροντίδας έχει τονιστεί σε διάφορες διακηρύξεις και διεθνή κείμενα, όπως το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών το οποίο διακήρυξε ότι οι ασθενείς και το κοινό γενικότερα έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα από επαγγελματίες υγείας σε ένα εργασιακό χώρο που υποστηρίζει και ενθαρρύνει ενθουσιώδεις επαγγελματίες υγείας (ICN 2008).

Ως σημαντικές παράμετροι ενός επιτυχημένου επαγγελματικού περιβάλλοντος αναφέρονται μεταξύ άλλων η παραχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού. Μη ικανοποιητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα συσχετίζονται με εργασιακή μη ικανοποίηση (McGlynn et al 2012).

Οργανωτικά, αν και σχετικά μικρό σε μέγεθος, το ΤΑΕΠ συνιστά ένα πολύπλοκο τμήμα σε ένα νοσοκομείο. Αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες μονάδες ενός νοσηλευτηρίου αλλά παράλληλα είναι μια ημιαυτόνομη οργανωτική οντότητα που ασχολείται με δύσκολα προβλήματα τόσο στο εσωτερικό της σε σχέση με το νοσοκομείο όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον. Για την αποτελεσματική διεκπεραίωση των επειγόντων περιστατικών, το ΤΑΕΠ βασίζεται στην έγκαιρη συνεργασία με άλλες νοσοκομειακές μονάδες (Georgoroulos 1985).

Τα ΤΑΕΠ χαρακτηρίζονται από 6 ειδικά χαρακτηριστικά (Imperial College London: Enhancing Safety in A+E, May 2006) που δεν απαντούνται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, ήτοι:

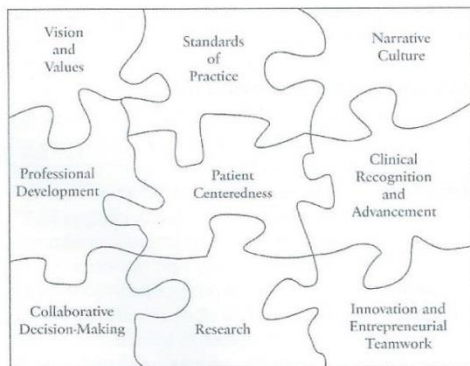
- Δεν υπάρχει ανώτατο όριο στον αριθμό ασθενών που θα αναζητήσουν φροντίδα στο τμήμα (unboundedness)
- Οι εργαζόμενοι στα ΤΑΕΠ παρέχουν φροντίδα σε πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα (multiplicity)
- Υπάρχει αβεβαιότητα στο συγκεκριμένο τμήμα λόγω των διαφόρων προβλημάτων των ασθενών (uncertainty)

- Υπάρχει χρονικός περιορισμός στην παροχή της φροντίδας λόγω των επειγόντων περιστατικών (time constraints)
- Δεν υπάρχει ανατροφοδότηση λόγω του ότι οι ασθενείς είτε απολύονται είτε εισάγονται στο νοσοκομείο (lack of feedback)
- Το προσωπικό στα ΤΑΕΠ εκτελεί συγκεκριμένες ιατρικές/νοσηλευτικές πράξεις και αυτό δυνατό να τους "στερήσει" συγκεκριμένες επαγγελματικές εμπειρίες (reduced opportunity to practice)

Τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες του ΤΑΕΠ ως ένα ξεχωριστό επαγγελματικό περιβάλλον, σε συνδυασμό με το σύστημα βάρδιας και την απόλυτη εξάρτηση των ΤΑΕΠ από άλλα νοσοκομειακά τμήματα (όπως ακτινολογικό, χημείο κλπ) καθώς και η έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην επείγουσα ιατρική/νοσηλευτική διαφοροποιούν την όλη εικόνα του ΤΑΕΠ από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, κάνοντας το πιο ευάλωτο σε ιατρικά/νοσηλευτικά λάθη που αντανακλούν στην ασφάλεια των ασθενών και κατ' επέκτασιν στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Μοντέλο επαγγελματικού περιβάλλοντος (Professional Practice Model) - The MGH Professional Practice Model 2006 (Erickson JI 2012)

Η μελέτη βασίζεται στο μοντέλο Massachusetts General Hospital Model (MGHM) για το περιβάλλον επαγγελματικής άσκησης. Η σημασία ενός μοντέλου περιβάλλοντος έχει αναγνωριστεί από το 1983 με την αρχική μελέτη για τα Magnet Hospitals, η οποία ανέδειξε τρία βασικά χαρακτηριστικά του, ήτοι την αυτονομία, τον έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος και τις επαγγελματικές σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών. Το MGH Professional Practice Model βασίζεται πάνω στις πιο πάνω αρχές, σχεδιάστηκε για να βελτιώσει το μοντέλο που υιοθετήθηκε το 1996 και αποτελεί ένα πλαίσιο που επιτρέπει στους νοσηλευτές να προγραμματίσουν και να διαχειριστούν καλύτερα την αλλαγή και που τους διευκολύνει να ασκήσουν το επάγγελμα τους.



Γράφημα 1: Προσαρμογή από Erickson et al (2012)

Συστατικά στοιχεία του μοντέλου αυτού είναι: το όραμα και οι αξίες του οργανισμού, τα επίπεδα ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η οργανωσιακή κουλτούρα, η επαγγελματική ανάπτυξη, ο ασθενής ως επίκεντρο της φροντίδας, η κλινική αναγνώριση και η ανάπτυξη, η συλλογική λήψη αποφάσεων, η έρευνα, η ομαδική εργασία, η καινοτομία και η επιχειρηματικότητα (Γράφημα 1).

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν διάφορα άρθρα τα οποία αφορούν το επαγγελματικό περιβάλλον στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας. Τα άρθρα αυτά αποτελούν κυρίως ποσοτικές μελέτες. Περιγράφουν είτε τη σπουδαιότητα ενός ιδανικού μοντέλου επαγγελματικού περιβάλλοντος είτε και επιχειρούν την αξιολόγηση του από τους εργαζόμενους στις μονάδες υγείας. Οι περισσότερες μελέτες έχουν ασχοληθεί με το θέμα μέσα στα πλαίσια ευρύτερων μελετών όπως την επαγγελματική εξουθένωση, την τάση φυγής, την έλλειψη προσωπικού. Σε πρόσφατη εργασία που έγινε σε επτά χώρες σε συνολικό δείγμα 1156 νοσηλευτών σχετικά με την αντίληψη τους αναφορικά με το επαγγελματικό τους περιβάλλον με τη χρησιμοποίηση του δείκτη RPPE, οι Κύπριοι νοσηλευτές είχαν δηλώσει τη χαμηλότερη τιμή σε σχέση με την αντίληψη τους για όλους σχεδόν τους τομείς του επαγγελματικού περιβάλλοντος, και οι νοσηλευτές στις Η.Π.Α. την ψηλότερη. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων από τις βόρειες χώρες της Ε.Ε., των Η.Π.Α. και των Μεσογειακών χωρών της Ε.Ε. (Papastavrou et al 2011). Σε μελέτη που έγινε το 2011 σε εννέα χώρες - Η.Π.Α., Κίνα, Ν. Κορέα, Θαϊλάνδη, Ιαπωνία, Νέα Ζηλανδία, Η.Β., Καναδά και Γερμανία (Aiken et al 2011) διαπιστώθηκε ότι σε νοσοκομεία με καλύτερα επαγγελματικά περιβάλλοντα, οι νοσηλευτές παρουσίαζαν χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών στη Ν.Κορέα και το 60% στην Ιαπωνία δήλωσαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό μεταξύ 25 και 33% ότι το επαγγελματικό τους περιβάλλον δεν ήταν καλό. Σε έρευνα στην Κύπρο το 2012 (Farmakas et al 2013) σε 248 νοσηλευτές ψυχικής υγείας (κοινωνικής και νοσοκομειακής νοσηλευτικής), με τη χρήση του ερωτηματολογίου RPPE τα αποτελέσματα κατέδειξαν υψηλότερα επίπεδα αξιολόγησης του επαγγελματικού περιβάλλοντος στους νοσηλευτές της κοινωνικής ψυχιατρικής, ήτοι 2,73 με 2,66 αντίστοιχα. Σε έρευνα που διεξήχθη μεταξύ 393 νοσηλευτών από παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους στην Κύπρο το 2012, τα αποτελέσματα ο δείκτης RPPE κατέγραψε τιμή 2,76 (Papastavrou et al 2013). Σε άλλη έρευνα στη Φινλανδία (Suhonen, R. et al 2013) σε δείγμα 874 νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα νοσηλείας ηλικιωμένων ατόμων με τη χρήση του ίδιου εργαλείου, τα αποτελέσματα του δείκτη RPPE κυμάνθηκαν από 2,84 μέχρι και 2,90.

Δυστυχώς ελάχιστες μελέτες που να περιλαμβάνουν και ιατρούς και νοσηλευτές εστιάζονται στη μελέτη των

παραγόντων του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ (Ajeigbe et al. 2013) για αυτό και η παρούσα μελέτη προσδοκά να προσθέσει γνώση στον τομέα αυτό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών των Κυπριακών ΤΑΕΠ για το Επαγγελματικό τους Περιβάλλον. Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

1. Πώς αξιολογούν οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ το επαγγελματικό τους περιβάλλον;
2. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους ιατρούς και νοσηλευτές όσον αφορά την αξιολόγηση του επαγγελματικού τους περιβάλλοντος;

Μέθοδος

Μέθοδος και Δείγμα

Η μελέτη ήταν παγκύπριας εμβέλειας, συγχρονική, επισκόπησης και συσχέτισης. Ο κύριος λόγος της επιλογής της περιγραφικής μελέτης είναι ότι η σχετική με τα ερωτήματα έρευνα στην Κύπρο βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και τα θέματα δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, επομένως η χρησιμοποίηση αυτού του τύπου κρίνεται κατάλληλη για την ανάπτυξη μιας βάσης δεδομένων που θα αποτελέσουν το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα.

Για σκοπούς μεγιστοποίησης του ποσοστού ανταπόκρισης, δόθηκαν ερωτηματολόγια σε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές των ΤΑΕΠ Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου, Πάφου. Για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ορίστηκαν «σημεία επαφής» που είχαν την ευθύνη διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να ήταν εγγεγραμμένοι ιατροί και νοσηλευτές (βάσει της ισχύουσας οικείας νομοθεσίας), εργαζόμενοι στο ΤΑΕΠ για τουλάχιστον περίοδο έξι μηνών. Η συμμετοχή στην έρευνα έγινε πάνω σε εντελώς εθελοντική βάση.

Εργαλείο/Ερωτηματολόγιο

Εργαλείο διερεύνησης των παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο του ΤΑΕΠ

Η αυθεντική κλίμακα Professional Practice Environment (PPE) σχεδιάστηκε στα τέλη του 1998. Αργότερα, το 2005 μετά από επανεξέταση της κλίμακας προστέθηκαν και άλλες ερωτήσεις και έγιναν όλες 42 συνολικά τον αριθμό. Μετά από διάφορες παραγοντικές αναλύσεις (επιβεβαιωτική και διερευνητική) διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο με 39 ερωτήσεις, το οποίο ονομάστηκε Revised PPE.

Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο Revised PPE (Erickson et al. 2009), αποτελείται από 39 ερωτήματα κλειστού τύπου με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 μέχρι το 4 (1=διαφωνώ έντονα μέχρι 4=συμφωνώ έντονα). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιηθεί σε πρόσφατη εργασία (PAPASTAVROU et al. 2011). Ο αναθεωρημένος δείκτης RPPE (Erickson et al. 2009) βασίζεται στον πρότερο δείκτη PPE, και μετρά οκτώ χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος όπως ηγεσία και αυτονομία, έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος, επικοινωνία με τους ασθενείς, ομαδική εργασία, δια-

χείριση συγκρούσεων, διεπαγγελματικές σχέσεις, εργασιακή παρακίνηση και πολιτισμική ευαισθησία και αποτελείται από 39 ερωτήσεις.

Μαζί με το προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο δόθηκε και ερωτηματολόγιο όπου καταγράφηκαν διάφορα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Η έρευνα διενεργήθηκε μεταξύ Ιουλίου και Αυγούστου 2013 σε όλα τα ΤΑΕΠ της Κύπρου, ήτοι Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και Αμμοχώστου.

Ηθική και δεοντολογία

Το πρωτόκολλο της ερευνητικής διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένων και των ερωτηματολογίων εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ερευνών του Υπουργείου Υγείας και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Έγινε επίσης «Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας» στην Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Η διεξαγωγή της έρευνας κινήθηκε στα πλαίσια που απαιτούνται για τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε υπολογισμός ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικής απόκλισης. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων και των φύλων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία t-test, ενώ για τις συγκρίσεις μεταξύ των επαρχιών η δοκιμασία Άνοβα. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS (Statistical Package for Social Science version 21).

Αποτελέσματα

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στη συνέπεια και ακρίβεια των τιμών που λαμβάνονται από αυτό. Ο βασικός τύπος συντελεστή για εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής είναι ο συντελεστής άλφα του Cronbach. Η τιμή που βρέθηκε για τις 39 μεταβλητές του ερωτηματολογίου του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν 0,887 τιμή που θεωρείται αρκετά ικανοποιητική. Οι τιμές του συντελεστή αυτού στους επιμέρους 8 παράγοντες φαίνονται στον Πίνακα 1.

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν 224 άτομα, ήτοι 50 ιατροί και 174 νοσηλευτές, με συνολικό παγκύπριο ποσοστό ανταπόκρισης γύρω στο 81%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες με ποσοστό 54% και με τους πλείστους, 79%, να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-45. Η μέση τιμή των ετών πείρας στην ιατρική/νοσηλευτική ήταν 13,41 και η αντίστοιχη μέση τιμή των ετών πείρας στο ΤΑΕΠ ήταν τα 8,39 έτη. Ο μέσος όρος του αριθμού των ασθενών που ανέφεραν ότι εξυπηρετούν στη βάρδια τους ήταν 67. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι εξυπηρετούν στη βάρδια τους κατά μέσο όρο 75 ασθενείς, ενώ οι ιατροί ανέφεραν τον αριθμό αυτό σε 40.

Αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τα ΤΑΕΠ, όπως ATLS, ALS, ILS και PHTLS, ένα πολύ υψηλό ποσοστό πέραν του 87% δήλωσαν ότι τα είχαν παρακολουθήσει.

Αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος

Όσον αφορά την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η έρευνα κατέδειξε τα ακόλουθα: Η μέση τιμή για τον δείκτη RPPE ήταν 2,79 (μεγιστή και ελαχιστή) 1-4. Οι ιατροί αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τον δείκτη αυτό με 2,84 ενώ οι νοσηλευτές έδωσαν μέση τιμή 2,73. Πιο αναλυτικά, για τον ομαδοποιημένο παράγοντα «ηγεσία και αυτονομία» καταγράφηκε μέση τιμή συνολικά 2,63, για τον «έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος» 2,03, «επικοινωνία για τους ασθενείς» 2,89, «ομαδική εργασία» 3,20, «διαχείριση συγκρούσεων» 2,91, «διεπαγγελματικές σχέσεις» 2,67, «εργασιακή παρακίνηση» 3,08 και «πολιτισμική ευαισθησία» 2,59. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των ιατρών και νοσηλευτών φαίνονται στον πίνακα 1.

Με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση για στατιστικές σημαντική επίδραση της επαγγελματικής ομάδας στο επαγγελματικό περιβάλλον και στους επιμέρους παράγοντες που το αποτελούν, επιχειρήθηκε σύγκριση των μέ-

σων τιμών των μεταβλητών. Στον πίνακα 1 καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ της επαγγελματικής ομάδας και των παραγόντων «Διεπαγγελματικές σχέσεις», «Εργασιακή παρακίνηση» και «Πολιτισμική ευαισθησία». Συγκεκριμένα, οι ιατροί βαθμολόγησαν τον ομαδοποιημένο παράγοντα «Διεπαγγελματικές σχέσεις» και «Πολιτισμική ευαισθησία» με υψηλότερη τιμή.

Σε συσχέτιση του φύλου των συμμετεχόντων με τους 8 παράγοντες του περιβάλλοντος και το συνολικό RPPE δεν διεφάνη στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές. Εν πάσει όμως περιπτώσει, αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλους τους παράγοντες, οι γυναίκες αξιολόγησαν με υψηλότερη τιμή τους υπό εξέταση παράγοντες.

Σε συσχέτιση της επαρχίας των συμμετεχόντων με τους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 2. Καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ της επαρχίας και των παραγόντων «επικοινωνία για τους ασθενείς», «έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος», «παρακίνηση», «πολιτισμική ευαισθησία» και RPPE.

Σε συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας των συμμετεχόντων με τους 8 παράγοντες του επαγγελματικού περι-

Πίνακας 1: Μέσες τιμές RPPE και ομαδοποιημένων παραγόντων, αξιοπιστία και τυπική απόκλιση σε σχέση με το συνολικό δείγμα

| | Αξιοπιστία Cronbach a | Συνολικός αριθμός (N=224) Μέσες τιμές | Ιατροί (N=50) Μέσες τιμές | Νοσηλευτές (N=174) Μέσες τιμές | p-value |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------|
| RPPE(1-4) | 0,88 | 2,79(0,30) | 2,84(0,25) | 2,73(0,33) | 0,073 |
| Ηγεσία και αυτονομία | 0,74 | 2,63(0,50) | 2,69(0,39) | 2,61(0,53) | 0,067 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 0,81 | 2,03(0,49) | 2,23(0,47) | 1,97(0,49) | 0,810 |
| Επικοινωνία για τους ασθενείς | 0,36 | 2,89(0,44) | 2,98(0,43) | 2,87(0,44) | 0,948 |
| Ομαδική εργασία | 0,32 | 3,20(0,43) | 3,29(0,38) | 3,18(0,44) | 0,481 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 0,60 | 2,91(0,32) | 3,02(0,27) | 2,88(0,33) | 0,566 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 0,71 | 2,67(0,60) | 2,94(0,42) | 2,60(0,63) | 0,000 |
| Εργασιακή παρακίνηση | 0,82 | 3,08(0,46) | 2,98(0,28) | 3,11(0,50) | 0,000 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 0,77 | 2,59(0,59) | 2,62(0,42) | 2,58(0,63) | 0,024 |

Η διαφορά μέσων τιμών είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05

Πίνακας 2: Μέσες τιμές RPPE, ομαδοποιημένων παραγόντων και τυπική απόκλιση σε σχέση με τις επαρχίες

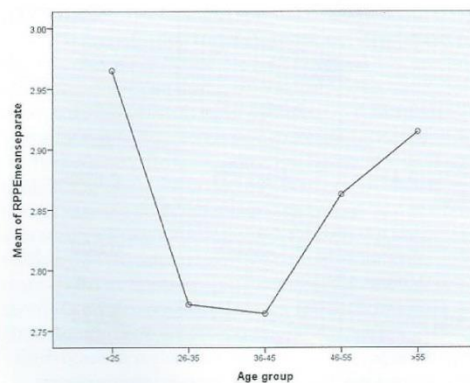
| Παράγοντας | Επαρχία Α | Επαρχία Β | Επαρχία Γ | Επαρχία Δ | Επαρχία Ε | p-value |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Ηγεσία | 2,60(0,55) | 2,54(0,53) | 2,61(0,38) | 2,71(0,50) | 2,91(0,29) | 0,052 |
| Διεπαγγελματικές σχέσεις | 2,66(0,61) | 2,60(0,58) | 2,63(0,62) | 2,67(0,65) | 3,00(0,40) | 0,178 |
| Επικοινωνία | 2,85(0,48) | 2,80(0,47) | 2,87(0,38) | 2,99(0,37) | 3,14(0,30) | 0,028 |
| Ομαδική εργασία | 3,25(0,44) | 3,09(0,52) | 3,25(0,32) | 3,24(0,38) | 3,23(0,332) | 0,228 |
| Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος | 2,08(0,51) | 1,88(0,49) | 2,03(0,40) | 2,00(0,48) | 2,45(0,55) | 0,000 |
| Παρακίνηση | 3,06(0,44) | 2,95(0,46) | 3,22(0,42) | 3,12(0,43) | 3,27(0,54) | 0,019 |
| Πολιτισμική ευαισθησία | 2,52(0,64) | 2,52(0,51) | 2,46(0,40) | 2,09(0,71) | 3,07(0,46) | 0,002 |
| Διαχείριση συγκρούσεων | 2,91(0,32) | 2,87(0,37) | 2,88(0,25) | 2,98(0,32) | 2,97(0,26) | 0,406 |
| RPPE | 2,78(0,31) | 2,69(0,31) | 2,80(0,23) | 2,84(0,30) | 3,01(0,21) | 0,002 |

Η διαφορά μέσων τιμών είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05

βάλλοντος και το συνολικό δείκτη RPPE (γράφημα 2), δεν διαφάνηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μέσων τιμών. Παρατηρήθηκε ότι οι νεώτεροι συμμετέχοντες και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία αξιολογούν το επαγγελματικό τους περιβάλλον με υψηλότερες τιμές.

Συζήτηση

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών των Κυπριακών



Γράφημα 2: Συσχέτιση ηλικιακής ομάδας με RPPE

ΤΑΕΠ για το Επαγγελματικό τους Περιβάλλον. Τα ευρήματα μας προσομοιάζουν με αυτά άλλων μελετών όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη μελέτη που συμπεριλαμβάνει όχι μόνο νοσηλευτές αλλά και ιατρούς.

Στη δική μας έρευνα ο δείκτης RPPE αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή σε σχέση με έρευνες του 2011 και 2012 που συμπεριέλαβαν δείγματα και από την Κύπρο (Papastavrou et al 2011, Farmakas et al 2012, Papastavrou et al 2013). Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή της δικής μας έρευνας για το RPPE ήταν 2,79, ενώ στην έρευνα Papastavrou (2011) ήταν 2,68, στην έρευνα Farmakas (2012) ήταν 2,69 και στην έρευνα Papastavrou (2013) ήταν 2,76. Οι ιατροί έδωσαν υψηλότερη τιμή στο δείκτη αυτό με 2,84 και οι νοσηλευτές 2,73. Όπως παρατηρούμε, η αξιολόγηση των νοσηλευτών και στις τρεις αυτές υπό αναφορά μελέτες είναι περίπου στα ίδια επίπεδα. Μια πιθανή εξήγηση για την υψηλότερη τιμή της δικής μας έρευνας μπορεί να είναι το γεγονός ότι το ΤΑΕΠ θεωρείται ένα μοναδικό τμήμα στο νοσοκομείο όπου οι λειτουργοί θα πρέπει να έχουν τα απαιτούμενα επιπλέον προσόντα όπως ATLS, ALS, ILS και PHTLS και είναι αναγκασμένοι να εργάζονται ομαδικά για να μπορούν να φέρουν σε πέρας την αποστολή τους. Αυτό τονίζεται ιδιαίτερα στη διακήρυξη πολιτικής τόσο της European Society for Emergency Medicine όσο και του College of Emergency Nursing Australasia. Επίσης, νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δηλώνουν

υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία σε σύγκριση με αυτούς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (Coomber et al 2007).

Στις έρευνες Papastavrou (2011), Farmakas (2012) και Papastavrou (2013) οι υψηλότερες τιμές ανάμεσα στους 8 επί μέρους παράγοντες απαντώνται στην «εσωτερική παρακίνηση». Το ίδιο μοτίβο ακολουθεί και πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στη Φινλανδία το 2012 (Suhoonen R. et al 2013) όπως και άλλες έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα και Κύπρο (Kontodimopoulos et al 2009, Lambrou et al 2010, Gaki et al 2012) όπου η «παρακίνηση» καταγράφει την υψηλότερη τιμή, ήτοι 3,14. Στη δική μας έρευνα ο παράγοντας αυτός κατατάσσεται δεύτερος με πρώτο παράγοντα την «ομαδική εργασία». Αυτό συμφωνεί με έρευνα στις Η.Π.Α όπου η καλή ομαδική εργασία συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση από το επαγγελματικό περιβάλλον (Ajeigbe et al 2013).

Στις πλείστες των περιπτώσεων, εξαιρουμένης μόνο της αντίληψης για τον παράγοντα «παρακίνηση», οι ιατροί αξιολογούν με υψηλότερες τιμές τους επί μέρους παράγοντες. Καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στις μέσες τιμές στους παράγοντες «Διεπαγγελματικές σχέσεις», «Εργασιακή παρακίνηση» και «Πολιτισμική ευαισθησία». Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα έρευνας σε ΤΑΕΠ στην Ταϊβάν –συμμετείχαν ιατροί και νοσηλευτές– όπου η παρακίνηση αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή από τους ιατρούς και η εσωτερική επικοινωνία στο τμήμα αξιολογήθηκε με υψηλότερη τιμή από τους νοσηλευτές (Lin BY et al 2008). Ο παράγοντας «παρακίνηση» αποτελείται από ερωτήσεις που σχετίζονται με την περηφάνεια και την εκτίμηση και θεωρείται ενδογενής παράγοντας υποκίνησης σύμφωνα με το Herzberg και αντιστοιχεί στην ψηλότερη βαθμίδα του Maslow. Στη δική μας έρευνα οι ιατροί των ΤΑΕΠ σε αντίθεση με τους άλλους συναδέλφους τους στο νοσοκομείο εργάζονται με το σύστημα βάρδιας σε αντίθεση με τους νοσηλευτές όπου όλοι εργάζονται με το ίδιο σύστημα ανεξαρτήτως τμήματος και σε έρευνα που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας το 2009, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά (Lambrou et al 2010) μεταξύ των αποδοχών και του τομέα εργασίας, ειδικά στους ιατρούς του ΤΑΕΠ. Ίσως αυτό να εξηγεί τη διαφορά με άλλες έρευνες. Επίσης, σημειώνεται ότι η πρόσληψη και η ανέλιξη των ιατρών ακολουθεί μια δεδομένη οδό μέσω των διαδικασιών και νομοθετικών ρυθμίσεων που αφορούν την ευρύτερη Κυπριακή δημόσια υπηρεσία. Εν πάσει όμως περιπτώσει, το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ο παράγοντας «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» παρουσιάζει τη χαμηλότερη τιμή στην εργασία μας κάτι που συμφωνεί και με την εργασία Papastavrou (2011). Η χαμηλότερη τιμή που έδωσαν οι νοσηλευτές μπορεί να εξηγήσει και την χαμηλή αξιολόγηση στο επαγγελματικό περιβάλλον (Ajeigbe et al 2013). Η αξιολόγηση της αυτονομίας, του ελέγχου στην άσκηση επαγγέλματος και των διεπαγγελματικών σχέσεων συνδέονται με χαμηλότερη αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλο-

ντος (Panunto et al 2013). Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στο Βέλγιο σε αριθμό 254 νοσηλευτών σε 15 ΤΑΕΠ μεταξύ των ετών 2007 και 2008, οι νοσηλευτές ανέφεραν χαμηλότερη επαγγελματική αυτονομία και περισσότερη πίεση χρόνου σε σχέση με νοσηλευτές σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων (Adriaenssens et al 2011). Επίσης σε έρευνα μεταξύ Ευρωπαίων νοσηλευτών εντατικής φροντίδας σε δείγμα 255 ατόμων (Parathanassoglou et al 2012) τα ευρήματα κατέδειξαν ότι η αυτονομία συσχετιζόταν θετικά με τις συνεργασίες ιατρών-νοσηλευτών κάτι που παρατηρείται και στη δική μας έρευνα όπου οι νοσηλευτές αξιολόγησαν με χαμηλότερο βαθμό τον παράγοντα «Έλεγχος στην άσκηση του επαγγέλματος» και τις «Διεπαγγελματικές σχέσεις». Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε έρευνα στη Τσεχία και Σλοβακία (Gurkon_ et al 2012) όπου οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι καθοριστικός παράγοντας για τη φυγή τους από τη χώρα τους για εργασία στο εξωτερικό ήταν και η ικανοποίησή τους σε σχέση με τον «Έλεγχο στην άσκηση του επαγγέλματος».

Όσον αφορά τους υπόλοιπους παράγοντες, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι προσομοιάζουν με τα αντίστοιχα των ερευνών Papastavrou (2011), Farmakas (2012), Papastavrou (2013) και Papastavrou (2013 - υπό δημοσίευση).

Αναφορικά με την αξιολόγηση στον παράγοντα «Πολιτισμική ευαισθησία» που παρουσιάζεται με τη χαμηλότερη τιμή στη δική μας έρευνα σε σχέση με τις έρευνες Papastavrou (2011), Farmakas (2012), Papastavrou (2013) και Papastavrou (2013) αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι στα ΤΑΕΠ προσέρχονται όλοι οι έχοντες επίγονο πρόβλημα ανεξαρτήτου εθνικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat η Κύπρος κατέχει τη δεύτερη θέση μετά το Λουξεμβούργο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) σε αριθμό μεταναστών σε αναλογία γηγενούς πληθυσμού με 27 μετανάστες κάθε 1000 κατοίκους, είναι κατανοητό το μέγεθος της προσέλευσης ξένων στα ΤΑΕΠ, ειδικά μετά την προσχώρηση της Κύπρου στην Ε.Ε. το 2004. Η απότομη αυτή αύξηση προκαλεί ανησυχία στο γηγενή πληθυσμό και ουσιαστικά βρῖσκει τους Κυπρίους απροετοίμαστους να δεχτούν την επικείμενη πολυπολιτισμικότητα.

Αξίζει επίσης να γίνει αναφορά και στη σύγκριση μεταξύ των 5 επαρχιών όπου διεξήχθη η έρευνα. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στους 4 από τους 8 παράγοντες και στο συνολικό RPPE. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα πρόσφατης εργασίας που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε δείγμα 11.000 εργαζομένων νοσηλευτών (Lindqvist et al 2013) όπου οι νοσηλευτές σε μικρά νοσοκομεία αξιολόγησαν το επαγγελματικό τους περιβάλλον με υψηλότερες τιμές σε σχέση με αυτούς των μεγαλύτερων νοσοκομείων. Στη δική μας έρευνα, η «επικοινωνία», που στην προκειμένη περίπτωση αφορά την επικοινωνία του ΤΑΕΠ με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, στο μικρότερο ΤΑΕΠ καταγράφει την υψηλότερη τιμή. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι σε ένα μικρότερο νοσοκομείο οι εργαζόμενοι

είναι λιγότεροι σε αριθμό και γνωρίζονται καλύτερα μεταξύ τους. Επίσης, στο μικρότερο ΤΑΕΠ οι ιατροί εργάζονται και στα εξωτερικά ιατρεία, ως εκ τούτου οι σχέσεις με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου είναι καλύτερες.

Σίγουρα κάποιοι περιορισμοί σχετικοί με την παρούσα μελέτη θα πρέπει να αναφερθούν. Η έρευνα μας περιλάμβανε τόσο νοσηλευτές όσο και ιατρούς και είναι η πρώτη του είδους της που διεξάγεται ταυτόχρονα και στις δύο επαγγελματικές ομάδες σε ΤΑΕΠ. Ίσως, κάποιες ερωτήσεις θα τις έχουν εκλάβει οι συμμετέχοντες με διαφορετικό τρόπο κάτι που ίσως διαφοροποιεί και τα αποτελέσματα. Η ομάδα ερωτήσεων που αφορά την ομαδική εργασία, σχετίζεται με τη συνεργασία του ΤΑΕΠ με άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Το δείγμα, παρόλο που η ανταπόκριση ήταν αρκετά υψηλή, δεν είναι τόσο μεγάλο για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπεράσματα

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζουν τη σημασία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση της ασφάλειας των ασθενών. Τα ΤΑΕΠ αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα τμήματα των νοσηλευτηρίων και η έρευνα στον τομέα της μελέτης του επαγγελματικού περιβάλλοντος σε αυτά δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη. Η έρευνα μας αποτελεί ουσιαστικά μια πρώτη μελέτη του επαγγελματικού περιβάλλοντος στα ΤΑΕΠ και συμπεριλαμβάνει τόσο ιατρούς όσο και νοσηλευτές. Συνεπώς τα αποτελέσματα της θα πρέπει να αξιολογηθούν από τους ιδώνοντες για να παρθούν τα ανάλογα διορθωτικά μέτρα με απώτερο στόχο τη βελτίωση του επαγγελματικού περιβάλλοντος στο νευραλγικό αυτό τμήμα των νοσηλευτηρίων.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Πηγές διαδικτύου

- COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work-Brussels, 21.2.2007COM (2007) 62 final
- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (PPE Fact Sheet 2008) - ICN/PC/OF/June 2008
- www.managementstudyguide.com/leadership-management.htm
- www.mof.gov.cy/mof/cystat
- www.eusem.org
- www.cena.org.au
- http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics

Αγγλική βιβλιογραφία

- Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S, "Exploring the burden of emergency care: predictors of stress health outcomes in emergency nurses." *Journal of advanced nursing* 67.6 (2011): 1317-1328.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. & Aunguroch, Y. 2011, "Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, no. 4, pp. 357-364.
- Ajeigbe, D. O., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Phillips, L. R. (2013). Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 142-148.
- Coomber, Billie, and K. Louise Barriball. "Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature." *International journal of nursing studies* 44.2 (2007): 297-314.
- Erickson, J.I., Duffy, M.E., Ditomassi, M. & Jones, D. 2009, "Psychometric evaluation of the revised professional practice environment (RPPE) scale", *Journal of Nursing Administration*, vol. 39, no. 5, pp. 236.
- Erickson, J.I., Jones, D., Ditomassi M. 2012. Fostering Nurse-Led care. Professional Practice for the bedside leader from Massachusetts General Hospital. Sigma Theta Tau International.
- Farmakas, A; Papastavrou, E; Siskou, O; Karayiannis, G; Theodorou, M, Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2013, Wiley Online Library
- Gaki, Eleni, Nick Kontodimopoulos, and Dimitris Niakas. "Investigating demographic, work related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses." *Journal of nursing management* (2012).
- Georgopoulos, Basil S. "Organization structure and the performance of hospital emergency services." *Annals of emergency medicine* 14.7 (1985): 677-684.
- Gurkov_E, So_sov_MS, Harokov_S, Ziakov_K, Serfelov_R, Zamboriov_M. "Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses." *International nursing review* (2012).
- Klopper, H.C., Coetzee, S.K., Pretorius, R. & Bester, P. 2012, "Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa", *Journal of nursing management*.
- Kontodimopoulos, Nick, Victoria Paleologou, and Dimitris Niakas. "Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals." *BMC health services research* 9.1 (2009): 164.
- Lambrou, Persefoni, Nick Kontodimopoulos, and Dimitris Niakas. "Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital." *Hum Resour Health* 8 (2010): 26.
- Lake, E.T. 2002, "Development of the practice environment scale of the nursing work index", *Research in nursing & health*, vol. 25, no. 3, pp. 176-188.
- Lin, B. Y. J., Hsu, C. P. C., Chao, M. C., Luh, S. P., Hung, S. W., & Breen, G. M. (2008). Physician and nurse job climates in hospital-based emergency departments in Taiwan: management and implications. *Journal of medical systems*, 32(4), 269-281.

- Lindqvist R, Alenius LS, Griffiths P, Runesdotter S, Tishelman C "Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions." *Journal of nursing management* (2013).
- McGlynn, K., Griffin, M.Q., Donahue, M. & Fitzpartick, J.J. 2012, "Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model", *Journal of nursing management*.
- Panunto, Marcia Raquel, and Edinéis de Brito Guirardello. "Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21.3 (2013): 765-772.
- Papastavrou, Evridiki, Georgios Efstathiou, Rengin Acaroglu, LUZ DA, MARIA DEOLINDA ANTUNES, AGNETA BERG, EWA IDVALL et al. "A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment." *Journal of nursing management* 20, no. 2 (2012): 236-248.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., & De Geest, S. (2013). Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clinical nursing research*.
- Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Gianakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW., "Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses." *American journal of critical care* 21.2 (2012): e41-e52.
- Robbins P. Stephen *Organizational Behaviour*, 2001, Prentice Hall International Inc. U.S.A.
- Rochefort, C.M. & Clarke, S.P. 2010, "Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units", *Journal of advanced nursing*, vol. 66, no. 10, pp. 2213-2224.
- Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, Zwarenstein M, Anderson GM., "Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators." *CJEM* 13.5 (2011): 300.
- Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., & Charalambous, A. (2013). The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of advanced nursing*.
- Wiskow, C., Albrecht, T. & De Pietro, C. 2010, *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*, World Health Organization.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ασκητοπούλου Ε. *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική* Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 37.
- Δημητρόπουλος Ε. (2001). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας: Ένα Συστημικό Δυναμικό Μοντέλο*, Έλλην, 3η έκδοση, Αθήνα.
- Δικαίος Κ. Κουτούζης Μ. Πολύζος Ν. Σιγάλας Ι. Χλέτσος Μ. *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας* 1999 12:395-400.
- Μερκούρης Αναστάσιος (2008), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

3. Lambrou, P., Papastavrou, E., Merkouris, A., & Middleton, N. (2014). Professional environment and patient safety in emergency departments. *International Emergency Nursing*. DOI: 10.1016/j.ienj.2014.07.009



Contents lists available at ScienceDirect

International Emergency Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aaen

Professional environment and patient safety in emergency departments

Persefoni Lambrou PhD(c) (Doctoral Student)*, Evridiki Papastavrou PhD (Assistant Professor), Anastasios Merkouris PhD (Associate Professor – Deputy Chair Acting Dean, School of Health Sciences), Nicos Middleton PhD (Assistant Professor)

Cyprus University of Technology, Department of Nursing, School of Health Sciences, 15, Bragadinou str., 3041, Limassol, Cyprus

ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 May 2014
Received in revised form 19 July 2014
Accepted 28 July 2014

Keywords:

Emergency department
Professional environment
Patient safety
Physician
Nurse

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine nurses' and physicians' perceptions of professional environment and its association with patient safety in public emergency departments in Cyprus. A total of 224 professionals (174 nurses and 50 physicians) participated ($rr=81\%$). Data were collected using the "Revised Professional Practice Environment" (RPPE) instrument and the Safety Climate Domain of the "Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire" (EMS-SAQ). The mean overall score of RPPE was 2.79 ($SD=0.30$), among physicians 2.84 ($SD=0.25$) and nurses 2.73 ($SD=0.33$) (P -value = 0.07). Statistically significant differences were observed between the two study groups regarding "staff relationships", "motivation" and "cultural sensitivity" (P -values < 0.05). No significant differences were observed as regards EMS-SAQ (3.25 vs. 3.16 respectively; P -value = 0.28). All 8 components of the RPPE exhibited significant association with patient safety. Linear and stepwise regression analyses showed that "leadership" explains 28% of the variance of safety. This relationship suggests improvements in professional environment with the ultimate goal of improving patient safety.

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) (Wiskow et al., 2010) indicates that the work environment constitutes an important factor in the recruitment and retention of health professionals, and that the characteristics of the work environment affect the quality of care both directly and indirectly. The complex social environment where health professionals carry out their practice, and where there is a continuous need for health-care workers to make decisions individually, as a group and together with patients, has been named the *professional practice environment* (Wiskow et al., 2010).

Several international health professionals' associations (International Council of Nurses et al., 2008) suggest that due to the global health workforce crisis, establishing positive practice environments across health sectors is of paramount importance if patient safety and health workers' wellbeing are to be guaranteed (Wiskow et al., 2010). Improving the practice environment has been shown to be a successful strategy for retention and job satisfaction (Dekeyser Ganz and Toren, 2014). The role of the professional practice

environment is crucial for the delivery of quality care as it is correlated with patient and nurse outcomes (Papastavrou et al., 2014b).

2. Background

The accident and emergency department, alias emergency department (ED), is a unique location at which patients are guaranteed access to emergency care 24 hours a day, 7 days a week (Ajeigbe et al., 2013). All EDs have an obligation to deliver care that is demonstrably safe and of the highest possible quality. "Safe" refers to "patient safety", and means freedom from unnecessary harm or potential harm associated with the patient's health care (Zohar, 1980). Safety culture refers to the shared perceptions or attitudes of a work group toward safety (Zohar, 1980). Recent research has examined safety culture in hospital inpatient settings, intensive care units (ICUs), nursing wards and ambulatory care (Modak et al., 2007; Sexton et al., 2006; Shaw et al., 2009). Few studies, however, have evaluated workplace safety culture in EDs (Patterson et al., 2010). Very few studies that include both physicians and nurses focus on the study of the factors influencing the ED practice environment (Ajeigbe et al., 2013).

The importance of a model for the environment was recognized in 1983 with the initial study for Magnet Hospitals, which highlighted three important features namely autonomy, control over practice and professional relationships between nurses and

Funding: This study was funded by the Cyprus University of Technology.

* Corresponding author. Tel.: +357 99685190; fax: +357 25002864.
E-mail address: persefoni@cytanet.com.cy (P. Lambrou).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.07.009>
1755-599X/© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Please cite this article in press as: Persefoni Lambrou, Evridiki Papastavrou, Anastasios Merkouris, Nicos Middleton, Professional environment and patient safety in emergency departments, International Emergency Nursing (2014), doi: 10.1016/j.ienj.2014.07.009

physicians. The MGH Professional Practice Model is based on these principles, and it is designed to improve the previous model adopted in 1996 (Erickson et al., 2012). Components of this model are: the vision and values of the organization, the level of quality of care, the organizational culture, professional development, patient-centered care, clinical recognition and development, collaborative decision making, research, teamwork innovation and entrepreneurship. Some of these components have an indirect or direct impact on patient safety. This model guided the development of the original version of the Professional Practice Environment (PPE) Scale (Erickson et al., 2004). In a recent international study with a total sample of 1166 nurses (from Finland, Cyprus, Greece, Portugal, Sweden, Turkey and Kansas, USA) using the Revised Professional Practice Environment Scale, Cypriot nurses gave the lowest scores while United States' nurses scored the highest assessments of their nursing PPE. Differences between participants from the Nordic EU countries, USA and Mediterranean EU countries as regards RPPE scale were observed (Papastavrou et al., 2012). In another study, conducted in 2011 in nine countries (Aiken et al., 2011), it was found that nurses in hospitals with better professional environments had lower burnout and reported higher satisfaction from their work. Specifically, one third of nurses in South Korea and 60% in Japan reported high levels of burnout reporting that in between 25% and 33% of cases the professional environment was not good. According to a survey carried out in Belgium among 254 nurses in 15 EDs between 2007 and 2008, nurses reported lower professional autonomy and time pressure compared with nurses in other hospital departments (Adriaenssens et al., 2011). A survey conducted among European intensive care nurses in a sample of 255 (Papathanassioglou et al., 2012) showed that "autonomy" is positively correlated with the cooperation of physicians and nurses.

Patient safety is a key foundation of good quality health care. The provision of quality care and patient safety is affected by professional practice environment (Laschinger and Leiter, 2006). The importance of patient safety in the emergency departments has been well documented (Ajelgbe et al., 2014; Verbeek-Van Noord et al., 2014; Woloshynowych et al., 2006), but there is a lack of studies examining the association between the professional practice environment and patient safety in these critical hospital areas.

This study aims to examine ED's nurses' and physicians' perceptions of their professional practice environment, as well as the extent of the association with their assessment of patient safety across public general hospitals in Cyprus. Given the body of evidence described above, the study hypothesis is that a positive association will be observed between characteristics of the professional environment and perceptions of safety among healthcare professionals. The following research questions were set:

- (i) What is the magnitude of the association between physicians' and nurses' perceptions of professional practice environment and patient safety?
- (ii) Are there between-professions differences in perceptions of the elements of the professional environment and patient safety?
- (iii) Which characteristics of the professional environment are more strongly associated with perceptions of patient safety?

3. Methods

3.1. Settings

Autonomous EDs are located in every Cyprus District General Hospital (5 in number). A descriptive correlational study was performed among all nurses and physicians working in all EDs across the five public general hospitals on the island.

3.2. Data collection

Data collection took place during June, July and August 2013.

3.3. Sample

To be eligible for the study, respondents were required to:

- (1) Be registered as nurse or physician according to the National Legislation in line with the EU Professional Qualifications Directive (2005/36/EU) (The European Parliament and the Council of European Union)
- (2) Have worked in the Emergency Department for a period of at least 6 months.

A total of 277 participants were eligible to participate and 224 questionnaires were completed and returned (174 of 210 eligible nurses – response rate 82.8%, and 50 of the 67 physicians – response rate 74.65%) (overall response rate was 80.9%).

3.4. Instruments

The instruments used were (a) the Revised Professional Practice Environment (RPPE) Scale (Erickson et al., 2009) and (b) the Safety Climate Domain of the Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) (Patterson et al., 2010). Furthermore, participants were asked to provide demographic and other information such as age, gender, total work experience and number of years of experience in the ED. The RPPE scale designed in 1998 (Erickson et al., 2004) consists of 39 items and measures eight professional practice environment characteristics, that is: *leadership and autonomy in clinical practice (5 items), control over practice (5 items), communication about patients (3 items), teamwork (4 items), handling disagreements (9 items), staff relationships (2 items), internal work motivation (8 items) and cultural sensitivity (3 items)*. The RPPE uses a 4-point Likert-type scale for each item which ranges from strongly disagree (option 1) to strongly agree (option 4). The tool was shown to have good psychometric properties in a sample of 849 professionals in Boston (USA) (Erickson et al., 2004). The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ) is a 60-item survey tool that collects information on respondents' perceptions of the safety culture of an organization. Responses to EMS-SAQ items are captured on a 5-point Likert scale. It measures six domains of safety culture: Safety Climate, Teamwork Climate, Perceptions of Management, Stress Recognition, Perceptions of Working Conditions and Job Satisfaction. The questionnaire was originally developed by adapting the previously validated Intensive Care Unit Safety Attitudes Questionnaire (Patterson et al., 2010; Sexton et al., 2006). The safety climate score is scaled to range from 0 to 100. (1 = Disagree Strongly = 0, 2 = Disagree Slightly = 25, 3 = Neutral = 50, 4 = Agree Slightly = 75, 5 = Agree Strongly = 100). A score of more than or equal to 75 indicates a positive safety climate. The Safety Climate Domain of the EMS-SAQ was translated into the Greek language and the backward and forward translation was followed by discussions and agreement about the content, concept criteria and semantic equivalence of the terms used (MAPI Research Institute, 2009). The Safety Climate Domain included seven questions (3, 4, 8, 9, 14, 15, 22 – Question 9 was reverse coded to match the positive valence of the other questions).

4. Ethical considerations

Permissions were granted by the Research Committee of the Cyprus Ministry of Health and the Cyprus National Bioethics Committee. Permissions to use the instruments were obtained directly from the authors. Contact persons in each hospital distributed the

questionnaires to the physicians and nurses who, upon completion, deposited them in sealed envelopes in designated boxes or offices in each participating ED. Before the respondents received the questionnaire, written and verbal information about the purpose of the study was provided, including the voluntary nature of their participation, the right to withdraw and a guarantee of the maintenance of anonymity and confidentiality of the data.

5. Data and results

5.1. Data analysis

Descriptive statistics such as means and standard deviations were calculated for the overall scale scores for RPPE and EMS-SAQ, the sub-scales of the RPPE as well as for each item separately. The internal consistency of each of the RPPE sub-scales was assessed using Cronbach's alpha coefficient. Differences in mean scores between the two study groups (nurses and physicians) were viewed as by demographic characteristics of the participants (such as age-group, gender, length of employment) and were assessed using one way ANOVA or independent t-tests as appropriate. Bivariate association between the overall and individual RPPE sub-scales and the EMS-SAQ was evaluated using Pearson's correlation coefficients. Additionally, all eight sub-scales of the RPPE were entered in a stepwise multiple regression model in order to assess which of the RPPE factors are the best predictors of EMS-SAQ scores and the total variance explained. Logistic regression analyses explored the relationships between the professional group, the gender of the participants as independent variables and the safety domain as dependent binary variable. Data were analyzed using SPSS for Windows 21.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA). The Cronbach's alpha coefficient was found for the RPPE as total = 0.88 and for the 8 subscales separately as displayed in Table 1.

The same procedure was followed for EMS-SAQ (Safety Climate Domain). The Cronbach's alpha coefficient was 0.61. This coefficient is relatively low compared with other studies where the same instrument was used (Modak et al., 2007; Patterson et al., 2010; Sexton et al., 2006). Responses from the 7 questions relating to safety climate were averaged.

Table 1 summarizes the results of the reliability of RPPE, RPPE and 8 factors' mean values and mean values of EMS-SAQ. Outliers as regards the eight subscales of the RPPE were identified. Further analyses were conducted without the outliers for "communication about patients", "teamwork" and "handling disagreements" but results relating to reliability of these three subscales did not change.

The majority of the respondents (49.3%) were between 25 and 35 years of age. There was a substantial age difference between the two professional groups as 58.4% of the nurses were younger than 35 years of age whereas this figure was only 18% in the case of the

physicians. Just over half of the respondents were female (53.9%) and this was the case among both physicians and nurses (56.3% and 53.2% respectively). This reflects the true gender distribution in ED based on official statistics (Cyprus Statistical Service, 2011). Most of the respondents had long professional experience and were also well experienced in the ED, especially the physicians (\bar{x} = 19.65, SD = 8.49) as compared to nurses (\bar{x} = 7.63, SD = 6.97). The participants stated that they provided care for an average of 67 patients per shift. More than 87% of the participants (nurses and physicians) had obtained an additional certification after their basic training.

Regarding the scores of the RPPE, the mean value for the overall scale was \bar{x} = 2.79 (SD = 0.30). On average, the physicians assessed the RPPE slightly higher with \bar{x} = 2.84 (SD = 0.25) compared to \bar{x} = 2.73 (SD = 0.33) among nurses; *P*-value for difference = 0.07. Overall, the highest mean score was for "teamwork" \bar{x} = 3.20 (SD = 0.43) while the lowest score was for subscale "control over practice" \bar{x} = 2.03 (SD = 0.49). As shown in Table 1, statistically significant differences were observed between the two professional groups in terms of "staff relationships", "internal motivation" and "cultural sensitivity". The mean score for the Safety Climate Domain of the EMS-SAQ was \bar{x} = 3.18 (SD = 0.51) for the total sample. With a mean score of \bar{x} = 3.25 (SD = 0.48) among physicians and \bar{x} = 3.16 (SD = 0.51) among nurses, there were no statistically significant differences between the two study groups in their assessment of patient safety. Mean domain scores equal to or above 75 are considered "high" or "positive" scores and indicate that an ED's employees have a favorable (or positive) perception of an agency's internal systems and policies that impact on everyday activities with respect to a specific domain. Low scores reflect a less than favorable or negative employee perception within a domain. The safety climate score in this study was particularly low with a mean \bar{x} = 43.75 (SD = 14.25). There were moderate positive correlations between RPPE and all its components with the EMS-SAQ (all Pearson's correlation coefficients statistically significant at the 0.01 level). The factors with the strongest correlation with safety were "leadership" (r = 0.53), followed by "control over practice" (r = 0.48), "staff relations" (r = 0.45) and "cultural sensitivity" (r = 0.44) while the weakest was with "teamwork" (r = 0.26). The rest of the correlations were "communication about patients" (r = 0.32), "handling disagreement" (r = 0.32), and "internal motivation" (r = 0.31). These are shown in Tables 2 and 3 along with the results of the simple and multiple linear regression analysis.

The impact of the eight RPPE subscales (independent variables) on safety climate (dependent) was explored using simple linear and stepwise multiple regression. The results of the simple linear regression indicate that "leadership" explains 28% of the variance in "safety". "Control over practice" explains 22% of the variance in "safety". The analytical findings are shown in Table 3.

Table 1
Reliability of RPPE, RPPE 8 factors' mean values, mean values of EMS-SAQ and standard deviation (SD).

| | Cronbach's alpha | Number of items | Mean and SD: total sample (N = 224) | Mean and SD: physicians (N = 50) | Mean and SD: nurses (N = 174) | Maximum-minimum | <i>P</i> -value* |
|--|------------------|-----------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| RPPE(1-4) | 0.88 | 39 | 2.79 (0.30) | 2.84 (0.25) | 2.73 (0.33) | 3.52-1.90 | 0.07 |
| Leadership and autonomy in clinical practice | 0.74 | 5 | 2.63 (0.50) | 2.69 (0.39) | 2.61 (0.53) | 2.84-2.46 | 0.06 |
| Control over practice | 0.81 | 5 | 2.03 (0.49) | 2.23 (0.47) | 1.97 (0.49) | 2.14-1.90 | 0.81 |
| Communication about patients | 0.36 | 3 | 2.89 (0.44) | 2.98 (0.43) | 2.87 (0.44) | 3.45-2.61 | 0.95 |
| Teamwork | 0.32 | 4 | 3.20 (0.43) | 3.29 (0.38) | 3.18 (0.44) | 3.50-2.52 | 0.48 |
| Handling disagreements | 0.60 | 9 | 2.91 (0.32) | 3.07 (0.27) | 2.88 (0.33) | 3.52-2.33 | 0.57 |
| Staff relationships | 0.71 | 2 | 2.67 (0.60) | 2.94 (0.42) | 2.60 (0.63) | 2.73-2.61 | 0.00 |
| Internal work motivation | 0.82 | 8 | 3.08 (0.46) | 2.98 (0.28) | 3.11 (0.50) | 3.36-2.72 | 0.00 |
| Cultural sensitivity | 0.77 | 3 | 2.59 (0.59) | 2.62 (0.42) | 2.58 (0.63) | 2.74-2.39 | 0.02 |
| EMS-SAQ instrument (1-5) | 0.61 | 7 | 3.18 (0.51) | 3.25 (0.48) | 3.16 (0.51) | 4.43-1.86 | 0.31 |

* Difference in mean values is significant at the 0.05 level.

Table 2
Correlation and regression coefficients from simple linear regression model of the 8 RPPE subscales (independent variables) on safety (dependent variable).

| RPPE scale and subscales | Simple linear regression | | | | | Adjusted R ² |
|--------------------------|--|-----------|---------|------|----------------|-------------------------|
| | Unstandardized b coefficient (per 1 unit increase) | St. error | P-value | r | R ² | |
| RPPE | 0.96 | 0.09 | 0.00 | 0.57 | 0.33 | 0.32 |
| Leadership | 0.53 | 0.05 | 0.00 | 0.53 | 0.28 | 0.27 |
| Control over practice | 0.49 | 0.06 | 0.00 | 0.48 | 0.22 | 0.22 |
| Staff relations | 0.37 | 0.05 | 0.00 | 0.44 | 0.19 | 0.19 |
| Communication | 0.36 | 0.07 | 0.00 | 0.32 | 0.10 | 0.09 |
| Teamwork | 0.30 | 0.07 | 0.00 | 0.25 | 0.06 | 0.06 |
| Motivation | 0.34 | 0.07 | 0.00 | 0.31 | 0.09 | 0.09 |
| Cultural sensitivity | 0.37 | 0.05 | 0.00 | 0.46 | 0.19 | 0.18 |
| Disagreement | 0.49 | 0.09 | 0.00 | 0.32 | 0.10 | 0.09 |

Table 3
Stepwise multiple regression model of the 8 RPPE subscales (independent variables) on safety (dependent variable).

| | b | SEb | β | Sig. | Adjusted R ² |
|-------------------------|------|------|---------|------|-------------------------|
| Step 1: | | | | | |
| Constant | 1.78 | 0.15 | | 0.00 | |
| Leadership and autonomy | 0.53 | 0.05 | 0.13 | 0.00 | 0.28 |
| Step 2: | | | | | |
| Constant | 1.54 | 0.16 | | 0.00 | |
| Leadership and autonomy | 0.39 | 0.06 | 0.39 | 0.00 | |
| Control over practice | 0.29 | 0.06 | 0.29 | 0.00 | 0.35 |
| Step 3: | | | | | |
| Constant | 1.46 | 0.16 | | 0.00 | |
| Leadership and autonomy | 0.33 | 0.07 | 0.33 | 0.00 | |
| Control over practice | 0.26 | 0.06 | 0.26 | 0.00 | |
| Cultural sensitivity | 0.12 | 0.06 | 0.14 | 0.03 | 0.36 |

All eight subscales of the RPPE were used in a stepwise multiple regression analysis to predict "safety". The prediction model was reached in 3 steps with five subscales removed. The emergent model was statistically significant (F -value (3.22) = 41.09, $P < 0.001$) explaining 35.60% (adjusted R²) of the variance of "safety". Three of the RPPE sub-scales ("leadership", "control over practice" and "cultural sensitivity") were statistically significant predictors of this model (Table 3). No problems with multi-co-linearity were detected based on tolerance values ranging from 0.64 to 0.73 and VIF values ranging from 1.38 to 1.56. Logistic regression analyses explored the relationships between safety as dependent variable and professional group and gender as independent variables. The odds of a nurse reporting positive safety perceptions are about 2 times the odds of a physician. The odds of a male reporting positive safety perceptions are about 7 times the odds of a female (Table 4).

6. Discussion

The results of our study showed that physicians and nurses have different perceptions of their PPE in the ED, especially as regards staff relationships ($P = 0.00$), internal work motivation ($P = 0.00$), and cultural sensitivity ($P = 0.024$). Relating to patient safety, it seems that both professional groups share similar perceptions. This approach of exploring the perceptions of both physicians and nurses

in the EDs is important, given the complexities of the work environment and the nature of their work in the particular area and its effects on patient safety. However, because there are very few national or international studies specifically on the ED, the discussion is more general including the professional environment in other settings of acute care hospitals. The participants in our survey assessed RPPE index at a higher score compared to surveys of 2011, 2012 and 2013 that included samples from Cyprus but from different settings where only nurses took part in those surveys (Papastavrou et al., 2014a,b). Specifically, the mean RPPE value of our research was $\bar{x} = 2.79$, while in previous surveys nurses gave lower scores, for example $\bar{x} = 2.68$ in orthopedic and surgical wards (Papastavrou et al., 2012), and $\bar{x} = 2.76$ in medical-surgical units (Papastavrou et al., 2014a). Physicians graded this indicator with $\bar{x} = 2.84$ in contrast with nurses who gave a mean of $\bar{x} = 2.73$. In another study in Finland (Suhonen et al., 2013), in a sample of 874 nurses working in elderly nursing centers, the results of the RPPE index ranged from $\bar{x} = 2.84$ to $\bar{x} = 2.90$. The evaluation of nurses in all three above studies is about the same. One possible explanation for the overall higher assessment of our research as well as the higher assessment by nurses (in comparison to the results of the other studies carried out in Cyprus) may be the fact that the EDs are considered to be a kind of "special" department (Georgopoulos, 1985; Woloshynowych et al., 2006) in the hospital where the professionals should acquire additional qualifications such as Advanced Trauma Life Support (ATLS), Advanced Life Support (ALS), Immediate Life Support (ILS) and Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) and work in teams to be able to carry out their mission.

Working in teams is emphasized in the policy statement of the European Society for Emergency Medicine (2013). Nurses with higher levels of education report higher levels of job satisfaction than those with lower educational level (Coomber and Barriball, 2007). The previous surveys mentioned with the use of the RPPE (Farmakas et al., 2014; Papastavrou et al., 2014a,b) revealed the highest value among the eight RPPE subscales in "internal motivation". The same pattern follows and in a recent survey conducted in Finland in 2012 (Suhonen et al., 2013) as well as in other surveys carried out in Greece and Cyprus (Kontodimopoulos et al., 2009; Lambrou et al., 2010), where "motivation" records the highest value. In our survey, this factor ranked second and the top ranking factor was "teamwork". This is consistent with recent research in the United States, where good

Table 4
Logistic regression model of safety (dependent variable) and gender and professional group (independent variables).

| Safety | % Positive perception | Simple model (95%CI) | P-value | Multivariate model (95%CI) | P-value |
|---|-----------------------|----------------------|---------|----------------------------|---------|
| Gender – (0 = male, 1 = female) | | 0.14 (0.30–0.65) | 0.01 | 0.14 (0.03–0.65) | 0.01 |
| Females vs. males | 1.7% vs. 10.9% | | | | |
| Profession – (0 = physicians, 1 = nurses) | | 1.62 (0.35–7.65) | 0.54 | 1.52 (0.32–7.29) | 0.59 |
| Physicians vs. nurses | 4.0% vs. 6.3% | | | | |

Please cite this article in press as: Persefoni Lambrou, Evridiki Papastavrou, Anastasios Merkouris, Nicos Middleton, Professional environment and patient safety in emergency departments, International Emergency Nursing (2014), doi: 10.1016/j.inen.2014.07.009

teamwork is associated with increased satisfaction with the work environment (Ajeigbe et al., 2013). In most cases, excluding only the factor "motivation", the physicians assessed all the subscales with higher values. Statistically significant difference was recorded between physicians and nurses in the mean values of the subscales "staff relationships", "internal motivation" and "cultural sensitivity". This is in contrast with the findings of a study (targeted to physicians and nurses) in ED settings where "motivation" was assessed with a higher score by physicians and "internal communication" was evaluated with a higher score by nurses (Lin et al., 2008). The factor "motivation" consists of questions related to pride and appreciation and is considered as an intrinsic factor according to Herzberg (House and Wigdor, 1967). In our survey, physicians working in the ED (unlike the rest of their colleagues in the hospital) work on a shift system with a different remuneration rate as regards their overtime payments, whereas nurses all over the hospital work under the same system. Recent research carried out in Cyprus (Lambrou et al., 2010) presented statistically significant differences between remuneration and hospital department, especially for ER physicians. This may explain the difference presented in our results (Kontodimopoulos et al., 2009; Palcologou et al., 2006). In any case, this issue needs further investigation.

The subscale "control over practice" has the lowest score in our study. This finding is consistent with nurses' reports from other studies. The lowest score provided by nurses can consequently explain the lower rating of the professional environment (Ajeigbe et al., 2013). The assessment of "autonomy", "control over practice" and "staff relationships" are associated with lower rating for the professional environment (Panunto and Guirardello, 2013).

As regards the evaluation of the "cultural sensitivity" subscale which has a lower score in our study in relation to the previous surveys in Cyprus, this could be explained by the fact that the EDs in Cyprus are visited by those with urgent problems regardless of nationality. Taking into account that according to Eurostat figures (Eurostat, 2014), Cyprus ranks second after Luxembourg in the European Union (EU) in the proportion of immigrants to the native population (27 immigrants every 1000 inhabitants), it is easily understood how big the number of foreigners visiting Cyprus' EDs is, especially after the accession of Cyprus into the EU in 2004.

A comparison across the five provinces where the research was conducted revealed statistically significant differences in 4 out of 8 subscales and the total RPPE. This finding is in line with the findings of a recent study carried out in Sweden in a sample of 11,000 registered nurses (Lindqvist et al., 2013) where nurses in small hospitals evaluated their professional environment with higher scores than those in bigger hospitals. In our research, where "teamwork" concerns the communication of the ED with the other hospital departments, the smallest ED registers the highest score. This can be explained by the fact that in a smaller hospital, employees know each other better as their number is limited. The findings of this study demonstrated a positive correlation between nurses' and physicians' perceptions of professional practice environment with patient safety, which goes some way to confirming this relationship. The elements of the professional practice environment were all positively and significantly correlated with the patient safety, except the "teamwork" factor, for which a weak correlation was found. Participants' perceptions of professional practice environment explained 28% of the variance in patient safety and within these perceptions the concept of leadership seems to be the most influential and explanatory of their perceptions of safe care. This is consistent with the results of Huang's research where "lower perceptions of management were significantly associated with higher hospital mortality" (Huang et al., 2010, p. 155). In our study, physicians had higher safety culture scores than nurses. This is in line with other studies (Patterson et al., 2010; Shaw et al., 2009). The physicians in our survey graded RPPE with a higher score, so this could be an explanation

of this phenomenon, as safety climate surveys reflect the influence of management on safety (Zohar, 2002). Perceptions of safety varied with total work experience and experience in the ED. Participants with less working experience (less than 10 years) gave a higher score to safety than those with an experience of more than 10 years. On the other hand, those with less than 5 years' experience in the ED gave a lower value to safety than the more experienced ones. As regards age and safety, the younger respondents (less than 35 years old) rated safety lower than those between 36 and 55 and the older ones gave the highest score. Nevertheless, no significant differences were observed between these variables. This finding is in contrast with the results of Shaw et al.'s study (Shaw et al., 2009) where nurses and physicians with less than 3 years of experience reported higher safety climate scores than did those with more experience. This difference may be explained by the different sample used by Shaw et al. (2009) who investigated patient safety in pediatric ED.

6.1. Clinical implications

There are several implications for practice arising from the results of this study. Their importance lies in association of patient safety with certain factors of the professional practice environment that can be modified and changed. The findings point to the need for a continuous assessment of the level of patient safety and provide data to medical and nursing management for improving the PPE, so as to facilitate the development of a safe care environment. This study also provides evidence as to the importance of leadership among physicians and nurses who work together to provide all necessary care to patients. The clinical significance of the results of this study is that they can provide nurse and physician leaders with information they need to focus on leadership interventions on the problematic areas to create an environment which is conducive to the delivery of safe and high quality care.

6.2. Limitations

Our research included nurses and physicians and is the first of its kind to be conducted simultaneously in both professional groups in EDs as regards the Professional Practice Environment Questionnaire. Some questions could have been perceived by the participants in different ways, and this may have had an impact on the results. The sample, although the response rate was quite high, is not large enough to draw firm conclusions. In addition, a relatively low Cronbach alpha was observed for two factors of the PPE as well as for EMS-SAQ (safety domain), but this may be explained by the small numbers of items in each of these.

7. Conclusions

This study provides preliminary evidence of an association between professional practice environment ratings, especially "leadership and autonomy", and "safety culture" scores in the EDs. Achievement of a culture conducive to patient safety may be an admirable goal in its own right, but more effort should be expended on understanding the relationship between measures of a positive professional practice environment and a patient safety climate, which in turn is directly related to patient outcomes. Future work should continue to develop methods for assessing professional practice environments and safety culture associated with desirable patient outcomes.

Acknowledgements

We would like to thank Jeffrey M. Adams for giving us the permission to use the RPPE questionnaire and Weaver Matthew for

giving us the permission to translate and use the EMS-SAQ (Safety Climate Domain). The authors are grateful to the nurses and physicians who participated in the study and Gerry Barret for the language checking.

References

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., Maes, S., 2011. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes to emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1317–1328.
- Aiken, L.H., Sloane, P.M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., et al., 2011. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23, 357–364.
- Ajeigbe, D., McNeese-Smith, D., Leach, L.S., Phillips, L.R., 2013. Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *The Journal of Nursing Administration*, 43, 142–148.
- Ajeigbe, D., McNeese-Smith, D., Phillips, L., Leach, L., 2014. Effect of Nurse-physician teamwork in the emergency department nurse and physician perception of job satisfaction. *The Journal of Nursing Care*, 3, 141. doi:10.4172/2167-1168.1000141.
- Coomber, B., Barriball, K.L., 2007. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297–314.
- Cyprus Statistical Service, 2011. Health and Hospitals Statistics, Nicosia.
- Dekeyser Ganz, R., Toren, C., 2014. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3, 7.
- Erickson, J., Jones, D., Ditomassi, M., 2012. Fostering Nurse-Led Care: Professional Practice for the Bedside Leader. From Massachusetts General Hospital, Sigma Theta Tau, Indianapolis, IN.
- Erickson, J.L., Duffy, M.E., Ditomassi, M., Jones, D., 2009. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. *The Journal of Nursing Administration*, 39, 236–243.
- Erickson, J.L., Duffy, M.E., Gibbons, M.P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M., Jones, D., 2004. Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 279–285.
- European Society for Emergency Medicine (2013) Policy statement on emergency medicine in Europe. [http://www.ensem.org/cms/assets/1/pdf/policy accessed 8/8/2014](http://www.ensem.org/cms/assets/1/pdf/policy%20statement%202013.pdf).
- Eurostat (2014) Migration and migrant population statistics. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration accessed 8/8/2014](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration).
- Farmakias, A., Papastavrou, E., Siskou, O., Karziyanis, G., Theodorou, M., 2014. Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 39–45.
- Georgopoulos, B.S., 1985. Organization structure and the performance of hospital emergency services. *Annals of Emergency Medicine*, 14, 677–684.
- House, R., Wigdor, L., 1967. Herzberg's dual-factor theory of job satisfaction and motivation: a review of the evidence and a criticism. *Personnel Psychology*, 20, 369–390.
- Huang, D.T., Clermont, C., Kong, L., Weissfeld, L.A., Sexton, J.B., Rowan, K.M., et al., 2010. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22, 151–161.
- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008) Positive practice environments for health care professionals. <http://www.whpa.org/ppe-fact-health.pdf>
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V., Niakas, D., 2009. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Services Research*, 9, 164.
- Lambrou, P., Kontodimopoulos, N., Niakas, D., 2010. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health*, 8, 26.
- Laschinger, H., Leiter, M., 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259–267.
- Jin, B.Y., Jsu, C.-P.C., Chao, M.-C., Luh, S.-P., Hung, S.-W., Breen, G.-M., 2008. Physician and nurse job climates in hospital-based emergency departments in Taiwan: management and implications. *Journal of Medical Systems*, 32, 269–281.
- Lindqvist, R., Alenius, L.S., Griffiths, P., Kunesdotter, S., Tishelman, C., 2013. Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*. doi:10.1111/jonm.12123.
- MAP Research Institute (2009) Linguistic validation methodology. http://www.mapi-institute.com/linguistic_validation/methodology.
- Modak, I., Sexton, J.B., Lux, T.R., Helmreich, R.L., Thomas, E.J., 2007. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1–5.
- Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A., Aletas, V., Niakas, D., 2006. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. *BMC Health Services Research*, 6, 118.
- Panuto, M.K., Cutraredello, E.D.B., 2013. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 765–772.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroglu, R., DA Luz, M.D., Berg, A., Idvall, E., et al., 2012. A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *Journal of Nursing Management*, 20, 236–248.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M., De Geest, S., 2014a. Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clinical Nursing Research*, 23, 314–335.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., Katajisto, J., Suhonen, R., 2014b. Cypriot and Greek nurses' perceptions of the professional practice environment. *International Nursing Review*, 1–8.
- Papathanassoglou, E.D.E., Karanikola, M.N.K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., Albarrañ, J.W., 2012. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21, e41–e52.
- Patterson, P.D., Huang, D.T., Fairbanks, R.J., Wang, H.E., 2010. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *American Journal of Medical Quality*, 25, 109–115.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neillands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., et al., 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
- Staw, K.N., Ruddy, R.M., Olsen, C.S., Lillis, K.A., Mahajan, P.V., Dean, J.M., et al., 2009. Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics*, 124, 485–493.
- Suhonen, R., Suitt, M., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Charalambous, A., 2013. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 1–13.
- Verbeek-Van Noort, J., Wagner, C., Van Dyck, C., Twisk, J.W., De Bruijne, M.C., 2014. Is staff associated with patient safety in the emergency department? A study of culture perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 64–70.
- Wiskow, C., Albrecht, T., De Pietro, C., 2010. How to Create an Attractive and Supportive Working Environment for Health Professionals. World Health Organization, Copenhagen.
- Woloshynowych, M., Davis, K., Brown, R., Wears, R., Vincent, C., Lyons, M., 2006. Enhancing Safety in Accident and Emergency Care. *Clinical Safety Research Unit, London*.
- Zohar, D., 1980. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *The Journal of Applied Psychology*, 65, 96–102.
- Zohar, D., 2002. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 75–92.