



**Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΕ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ»**

Μάστου Χρυσή (512363)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ Ρόκα Βασιλική

Αθήνα, Ιούνιος 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή/της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΕ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ»

ΜΑΣΤΟΥ ΧΡΥΣΗ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Συν - Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Ρόκα Βασιλική

Δρ Παλιούρας Δημήτριος

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Αθήνα, Ιούνιος 2024

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο τέλος του ταξιδιού μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα του ΕΑΠ θέλω να ευχαριστήσω το σύνολο των εκπαιδευτών της ενότητας «Διοίκηση Μονάδων Υγείας».

Για τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής, εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες μου στη Δρ Ρόκα Βασιλική για την καθοδήγηση και τις συμβουλές της, στους Tim Freeman και Αγγελική Δρελιώζη για την ευγενική παραχώρηση του ερωτηματολογίου, τη διοίκηση του νοσοκομείου που εργάζομαι για την πολύτιμη συνδρομή και στους συμμετέχοντες στην έρευνα για τον πολύτιμο χρόνο τους.

Ειδικότερες ευχαριστίες στην Πελαγία και τον Νεκτάριο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η απαίτηση για βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας και η θέληση για αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται, οδήγησε στην ανάπτυξη της έννοιας της Κλινικής Διακυβέρνησης (ΚΔ) ως εργαλείο για την επίτευξη του στόχου. Μολαταύτα, η εφαρμογή και η ετοιμότητα προσαρμογής στα νέα δεδομένα, εξαρτάται από το κλίμα αποδοχής του εγχειρήματος.

Σκοπός: Ο σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνηθούν παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη περί της Κλινικής Διακυβέρνησης του προσωπικού ενός στρατιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών.

Δείγμα και Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε μια συγχρονική μελέτη, με δειγματοληψία ευκολίας, σε προσωπικό στρατιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν τον Φεβρουάριο του 2024 και προέρχονται από 180 εργαζόμενους του νοσοκομείου, αριθμός που αντιστοιχεί στο 53% των διανεμηθέντων ερωτηματολογίων (340 ερωτηματολόγια).

Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα από τη Δρ Δρελιώζη. Η διανομή συντελέστηκε είτε ψηφιακά μέσω της εφαρμογής (Google forms) είτε έντυπα. Για την εξαγωγή των στατιστικών συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (Superior Performance Software System).

Αποτελέσματα: Από τη στατιστική ανάλυση εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ορισμένων μεταβλητών (οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, χρόνος στην παρούσα θέση εργασίας, συνολικός χρόνος υπηρεσίας, σχέση εργασίας, ωράριο) με επιμέρους απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο. Επίσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» και των μεταβλητών «Οικογενειακή κατάσταση» ($p=0.01$, effect size=0.05) και «Εκπαίδευση» ($p=0.00$, effect size=0.09), καθώς και του παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» και της μεταβλητής «Εκπαίδευση» ($p=0.04$, effect size=0.06). Ως προς το κλίμα Κλινικής Διακυβέρνησης, τα αποτελέσματα προσομοίαζαν με τα αντίστοιχα σε ελληνικά νοσοκομεία. Αναδείχθηκε μία ελαφρώς θετική προς ελαφρώς αρνητική στάση έναντι των διαδικασιών της ΚΔ καθώς οι τιμές των απαντήσεων κυμαίνονταν περί του μέσου όρου (3) του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, ο παράγοντας «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας» έλαβε Μ.Ο 2.92 ενώ οι παράγοντες «Προληπτική διαχείριση κινδύνου», «Οργανωσιακή μάθηση», «Συνεργασία με συναδέλφους», «Ευκαιρίες κατάρτισης

και εξέλιξης» και «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» έλαβαν Μ.Ο 3.01, 3.07, 3.17, 3.34 και 3.57 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενοι στο εν λόγω νοσοκομείο διαφαίνεται ότι δεν έχουν ενστερνιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό την κουλτούρα που διέπει την υιοθέτηση των αρχών της ΚΔ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου έχει περιθώρια προώθησης της συγκεκριμένης κουλτούρας και της περαιτέρω καλλιέργειας του κατάλληλου εδάφους υποδοχής των διαδικασιών της ΚΔ.

Λέξεις-κλειδιά: κλινική διακυβέρνηση, Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), ποιότητα, κουλτούρα, στρατιωτικό νοσοκομείο, υγειονομικό προσωπικό

ABSTRACT

Introduction: The demand for quality improvement in the Health sector and the will to upgrade the services provided, led to the development of the concept of Clinical Governance, as a tool to achieve the goal. However, the implementation and readiness to adapt to the new data depends on the climate of reception of the project.

Purpose: The purpose of this dissertation is to investigate factors that influence the perception of Clinical Governance of the staff of a military hospital in Athens.

Sample and Methodology: A cross-sectional study was conducted, with convenience sampling, among the personnel of a military hospital in Athens. The data were collected in February 2024 and come from 180 hospital employees, a number that corresponds to 53% of the distributed questionnaires (340 questionnaires). As a tool was used the Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), weighted in the Greek language by Dr. Dreliozi. The distribution was done either digitally through the application (Google forms) or in print. The SPSS program (Superior Performance Software System) was used to derive the statistical conclusions.

Results: Statistical analysis identified statistically significant correlations of certain variables (marital status, education, time in current job, total service time, employment relationship, hours) with individual responses to the questionnaire. A statistically significant correlation was also found between the factor "Preventive risk management" and the variables "Marital status" ($p=0.01$, effect size=0.05) and "Education" ($p=0.00$, effect size=0.09), as well as the factor "Organizational learning" and the variable "Education" ($p=0.04$, effect size=0.06). Regarding the Clinical Governance climate, the results were almost similar to those in other Greek hospitals. A slightly positive to slightly negative attitude towards clinical governance procedures was indicated. The response values ranged around the mean (mean=3). In particular, the mean for the factor "climate of guilt and punishment" was 2.92. The means for the factors "preventive risk management", "organizational learning", "cooperation with colleagues", "training and development opportunities" and "planning for quality improvement and change" were 3.01, 3.07, 3.17, 3.34 and 3.57 respectively.

Conclusions: The employees of the hospital in question seem to have not sufficiently embraced the culture that governs the adoption of the principles of the clinical governance. There are indications that the administration of the specific hospital has room to promote the specific

culture and the further cultivation of the appropriate climate for receiving the relevant procedures.

Key – words: clinical governance, Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ), quality, culture, military hospital, health sector personnel

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	13
2.1 Ορισμός της ποιότητας.....	13
2.2 Διαστάσεις της ποιότητας.....	14
2.3 Δείκτες ποιότητας και ασφάλειας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ.....	18
3.1. Εισαγωγή – εννοιολογικός προσδιορισμός της ΚΔ.....	18
3.2. Συσχέτιση της ΚΔ με την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	19
3.3. Το Αυστραλιανό Μοντέλο.....	21
3.3.1 Η Κλινική Διακυβέρνηση στην Αυστραλία.....	21
3.3.2 Το Πλαίσιο του αυστραλιανού μοντέλου ΚΔ.....	21
3.3.3 Τα συστατικά του αυστραλιανού πλαισίου ΚΔ.....	22
3.3.4. Ενσωματωμένα πρότυπα στο αυστραλιανό μοντέλο ΚΔ.....	23
3.3.5 Ρόλοι και ευθύνες στο αυστραλιανό μοντέλο ΚΔ.....	24
3.3.6 επικαιροποίηση Πλαισίου του αυστραλιανού μοντέλου ΚΔ (2019).....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	33
6.1 Σκοπός και Ερωτήματα.....	33
6.2 Δείγμα και Δειγματοληψία.....	33
6.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων – ερευνητικά εργαλεία.....	34
6.4 Δεοντολογία της Έρευνας.....	36
6.5 Στατιστική Ανάλυση.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	39

7.2 Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας	43
7.3 Ταξινόμηση των ερωτήσεων ανά παράγοντα ΚΔ	44
7.4 Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις για ερωτήσεις ερωτηματολογίου	48
7.4 Ταξινόμηση των παραγόντων ΚΔ.....	58
7.5 Έλεγχοι One-Way ANOVA για παράγοντες κλίματος ΚΔ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I:Αναλυτικά αποτελέσματα διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Διαγράμματα κανονικής κατανομής απαντήσεων σε επιμέρους παράγοντες ΚΔ. ...	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Ερευνητικό εργαλείο	84
α. Ερωτηματολόγιο	84
β. Άδειες χρήσης ερωτηματολογίου	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Αδειοδότηση από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.....	90

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Διαστάσεις ποιότητας στη Υγεία.....	14
Διάγραμμα 2: Διαστάσεις ποιότητας στην Υγεία ως προς τον ΠΟΥ.....	15
Διάγραμμα 3: Κατηγορίες Δεικτών Ποιότητας.....	16
Διάγραμμα 4: Στόχοι/κατευθύνσεις για την Κλινική Διακυβέρνηση.....	20
Διάγραμμα 5: Θεμελιώδεις αξίες για την Κλινική Διακυβέρνηση.....	20
Διάγραμμα 6: Περιεχόμενα αυστραλιανού Πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης.....	22
Διάγραμμα 7: Συστατικά αυστραλιανού πλαισίου ΚΔ.....	22
Διάγραμμα 8: Πρότυπα ενσωματωμένα στο αυστραλιανό πλαίσιο ΚΔ.....	24
Διάγραμμα 9: Ενσωματωμένα νέα στοιχεία στο αυστραλιανό πλαίσιο ΚΔ	26
Διάγραμμα 10: Μελετώμενοι προσδιοριστές (δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία) ..	34
Διάγραμμα 11: Οι «κατά Freeman» παράγοντες κλίματος ΚΔ.....	35
Διάγραμμα 12: Δημογραφικά στοιχεία (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)	42
Διάγραμμα 13: Δημογραφικά στοιχεία (αριθμός τέκνων, βαθμίδα εκπαίδευσης, έτη στην παρούσα θέση).....	42
Διάγραμμα 14: Δημογραφικά στοιχεία (έτη συνολικής υπηρεσίας, υπηρεσία συμμετέχοντος)	43
Διάγραμμα 15: Δημογραφικά στοιχεία (σχέση εργασίας, τύπος ωραρίου).....	43
Διάγραμμα 16: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 35.....	49
Διάγραμμα 17: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 47.....	50
Διάγραμμα 18: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 31.....	51
Διάγραμμα 19: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 25.....	51
Διάγραμμα 20: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 14.....	52
Διάγραμμα 21: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 54.....	53
Διάγραμμα 22: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 11.....	53
Διάγραμμα 23: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 31.....	54
Διάγραμμα 24: Συσχέτιση «χρόνου στην παρούσα θέση εργασίας» με ερώτηση α/α 12	55
Διάγραμμα 25: Συσχέτιση «χρόνου στην παρούσα θέση εργασίας» με ερώτηση α/α 49	56
Διάγραμμα 26: Συσχέτιση «συνολικού χρόνου υπηρεσίας» με ερώτηση α/α 57.....	56
Διάγραμμα 27: Συσχέτιση «σχέσης εργασίας» με ερώτηση α/α 35	57
Διάγραμμα 28: Συσχέτιση «τύπου ωραρίου» με ερώτηση α/α 3.....	58
Διάγραμμα 29: Βαθμολογία παραγόντων κλίματος ΚΔ.....	59
Διάγραμμα 30: Συσχέτιση παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» με την μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση»	61
Διάγραμμα 31: Συσχέτιση παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» με την μεταβλητή «εκπαίδευση».....	62
Διάγραμμα 32: Συσχέτιση παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» με την μεταβλητή «εκπαίδευση».....	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτήσεων σε παράγοντες κλίματος ΚΔ	35
Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)	39
Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, εργασιακή εμπειρία, τρέχουσα θέση εργασίας).....	40
Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (εργασιακή σχέση, τύπος ωραρίου)	41
Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, σχέση εργασίας, ωράριο).....	41
Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των έξι παραγόντων (Cronbach's Alpha Coefficient)	43
Πίνακας 7: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή».....	44
Πίνακας 8: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου».....	45
Πίνακας 9: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας»	46
Πίνακας 10: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους».....	46
Πίνακας 11: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης».....	47
Πίνακας 12: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση»	47
Πίνακας 13: Αποτελέσματα μη παραμετρικών ελέγχων	48
Πίνακας 14: Κατάταξη παραγόντων βάσει των μέσων όρων (διακριτές μεταβλητές)	58
Πίνακας 15: Κατάταξη παραγόντων βάσει των μέσων όρων (συνεχείς τιμές μεταβλητών) .	59
Πίνακας 16: Αποτελέσματα ελέγχων ANOVA	60
Πίνακας 17: Συγκριτικά αποτελέσματα ως προς τους παράγοντες ΚΔ	65
Πίνακας 18: Συγκριτικά αποτελέσματα συσχετίσεων παραγόντων και μεταβλητών.	69
Πίνακας 19: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή».....	79
Πίνακας 20: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου»	80
Πίνακας 21: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας»	80
Πίνακας 22: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους»	81
Πίνακας 23: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης»	81
Πίνακας 24: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση»	82

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα, αποτελεί για τη σύγχρονη εποχή κύριο διακύβευμα. Η ατέρμονη προσπάθεια προκειμένου να επιτευχθεί η διασφάλισή της αφορά στο σύνολο των εφοδιαστικών αλυσίδων του σήμερα και συνεπώς αντανακλάται και στον τομέα της Υγείας.

Από τις πρώτες πιθανώς προσεγγίσεις των Ρωμαίων, προς αναζήτηση της ποιότητας στα στρατιωτικά νοσοκομεία έως εκείνες των καλόγερων κατά τον Μεσαίωνα, έχει σαφώς διανυθεί μεγάλη απόσταση. Η αποτύπωση της φροντίδας που επιχείρησε η Florence Nightingale, οι προσεγγίσεις μέσω στατιστικής των Dr Joseph Juran και W. Edwards Deming καθώς και η κουλτούρα των Ιαπώνων περί ποιότητας στον τομέα της βιομηχανίας, αποτέλεσαν σαφώς θεμελιώδη βήματα. Τέτοιες προσεγγίσεις οδήγησαν με σταδιακό τρόπο στην ίδρυση της Επιτροπής Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (JCAHO), το 1951 στις ΗΠΑ, η οποία - με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας- στόχευσε στην καθιέρωση ορισμένων δεικτών ποιότητας. Μολαταύτα, οι γενόμενες ετεροχρονισμένες συστάσεις που έγιναν από το συμβούλιο της Ευρώπης (1995) και η συναφής συμφωνία συνεργασίας (1998) δεν έχουν εισέτι μετουσιωθεί από το σύνολο των χωρών της ΕΕ σε αντίστοιχη στρατηγική (π.χ. Κύπρος, Ελλάδα) (Ραφτόπουλος, 2020).

Σήμερα, η ανάπτυξη στην τεχνολογία εισαγάγει νέα δεδομένα που εφάπτονται της διαδικασίας της διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της Υγείας. Η σύγχρονη εποχή παρέχει εργαλεία προς υποβοήθηση του οικουμενικού σχεδιασμού της Υγείας και της επίδειξης προσαρμοστικότητας των δομών/συστημάτων στις προσδοκίες των ασθενών παρόλη την πολυπλοκότητα και ιδιαιτερότητα του τομέα. Στο πλαίσιο αυτής της προσαρμοστικότητας, κατέστη κατανοητό ότι η ασφάλεια και η ποιότητα δεν αποτελούν υποχρέωση μεμονωμένων ρόλων (π.χ. κλινικοί ιατροί) αλλά προσεγγίζεται ως προϊόν συλλογικής προσπάθειας που απαιτεί παράλληλα κεντρικό σχεδιασμό και ενορχήστρωση. Ως λύση προς αυτήν την κατεύθυνση αναφύεται η Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ).

Η ΚΔ αποτελεί σημαντικό εργαλείο που δύναται να τελεσφορήσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της Υγείας καθόσον μέσα από την υιοθέτηση εστιάζεται η μέριμνα της διοίκησης σε επιμέρους συνιστώσες όπως παραδείγματος χάρη η ασφάλεια, ο κλινικός έλεγχος, η διαχείριση κινδύνων και η εκπαίδευση. Η ΚΔ αποτελεί προβολή της κουλτούρας της κεντρικής διακυβέρνησης στον τομέα της Υγείας και η βέλτιστη αποδοχή

τυχόν εφαρμογής των αρχών της σε μία Μονάδα Υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλου κλίματος από το εμπλεκόμενο προσωπικό.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, στο γενικό μέρος παρουσιάζονται οι έννοιες της ποιότητας στον τομέα της Υγείας, της Κλινικής Διακυβέρνησης (ΚΔ) και της οργανωσιακής κουλτούρας. Η επιλογή των προς παρουσίαση εννοιών αποσκοπεί στη διασύνδεση της ΚΔ με την ποιότητα καθόσον η πρώτη έννοια αποτελεί εργαλείο για την εξασφάλιση της δεύτερης έννοιας. Ακολούθως, η οργανωσιακή κουλτούρα, παρουσιάζεται συνοπτικά προκείμενου να διασυνδεθεί ως έννοια με την επιτυχή εφαρμογή της ΚΔ σε οιονδήποτε οργανισμό ή πάροχο υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα προς κατανόηση της έννοιας της ΚΔ παρουσιάζεται επιγραμματικά ένα υπαρκτό μοντέλο ως αυτό έχει προσδιοριστεί από το αυστραλιανό Υπουργείο Υγείας.

Στο Ειδικό μέρος, με τη χρήση του Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) ανιχνεύεται μέσα από στατιστική ανάλυση το κλίμα αποδοχής της ΚΔ σε ένα στρατιωτικό νοσοκομείο των Αθηνών. Περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας που διενεργήθηκε σε n= 180 εργαζόμενους του εν λόγω νοσοκομείου. Τέλος, μέσω της περιγραφικής στατιστικής καθώς και διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων επιχειρείται η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ερευνητική προσέγγιση των εννοιών που «συνδιαλέγονται» με τη Κλινική Διακυβέρνηση, η παρουσίαση της έννοιας αυτής και η διερεύνηση του κλίματος αποδοχής της ΚΔ σε ένα στρατιωτικό νοσοκομείο των Αθηνών. Τα αποτελέσματα δύναται να αποτελέσουν εργαλείο διοίκησης και αναπροσαρμογής του μάνατζμεντ του νοσοκομείου για την τυχόν περαιτέρω υποστήριξη των αλλαγών και δη της μελλοντικής ενσωμάτωσης των διαδικασιών Κλινικής Διακυβέρνησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Δεδομένης της σημαντικότητας του αγαθού της υγείας αλλά και της εγγενούς επικινδυνότητας που εμπερικλείεται στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η διερεύνηση και αναμόχλευση της αξίας της ποιότητας και της ασφάλειας στην υγεία καθώς και η ανάληψη σχετικών πρωτοβουλιών για την εξασφάλισή της κρίνονται τεκμηριωμένα δικαιολογημένες (Raftopoulos and Pavlakis, 2013).

Το 2019, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) υπενθύμισε εκ νέου την κρισιμότητα της ποιότητας και της ασφάλειας στον τομέα της υγείας και διατύπωσε την παρότρυνσή του προς τα διάφορα εμπλεκόμενα κράτη προκειμένου αυτά να παράσχουν συνδρομή στην εντεινόμενη πρόκληση διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας στην υγεία. Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ κατέδειξε την εκ μέρους ορισμένων κρατών καθυστέρηση στην ανάληψη δράσεων προς την επίτευξη του σκοπού (WHO, 2019).

2.1 Ορισμός της ποιότητας

Λαμβανομένου υπόψη ότι η «φυσιογνωμία» της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και ειδικότερα όταν αυτή προβάλλεται σε θέματα που άπτονται παροχής υπηρεσιών υγείας, γίνεται αντιληπτή η ύπαρξη πληθώρας προσεγγίσεων προκειμένου η ποιότητα στην υγεία να προσδιοριστεί εννοιολογικά (Ραφτόπουλος, 2020). Άλλωστε, ως έννοια ορίζεται με διαφορετικό τρόπο λαμβανομένης υπόψη της οπτικής γωνίας εκάστου εμπλεκόμενου με τους χρήστες, τους επαγγελματίες υγείας και τους διοικητές δομών (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Κατά τον Kahn «ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας με βάση κάποια προσυμφωνημένα πρότυπα ποιότητας». Περαιτέρω, οι Krishnan και Monroe διατυπώνουν ότι «η ποιότητα είναι η ικανότητα- όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί το χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές του». Τέλος, ο Donabedian κάνει συσχέτιση του όρου με τα ίδια τα συστήματα που στοχεύουν στην εξασφάλιση της ποιότητας και διατυπώνει την άποψη ότι «οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν σοβαρό πρόβλημα κατανόησης της σχέσης ανάμεσα στη διασφάλιση της ποιότητας και τα συστήματα. Δεν αρκεί μόνο ο σχεδιασμός των συστημάτων. Η σημαντική διάσταση για την επιτυχία ενός συστήματος είναι η Ηθική».

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της Υγείας αφορά στο σύνολο διαδικασιών που συνθέτουν το τελικό αποτέλεσμα (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές και λοιπές) και οι σχετικές απαιτήσεις διασφάλισης της διαφοροποιούνται μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Επί παραδείγματι οι προσδοκίες για υποδομές στον δημόσιο τομέα υγείας υπολείπονται έναντι αυτών που λαμβάνουν χώρα στον ιδιωτικό (Κυριόπουλος και συν. 2003).

Αναφορικά με ειδικότερους ορισμούς και προσεγγίσεις της ποιότητας, στη βιβλιογραφία υφίσταται η διάκριση της σε δύο επιμέρους συστατικά (τεχνική και διαπροσωπική) (Donabedian, 1988).

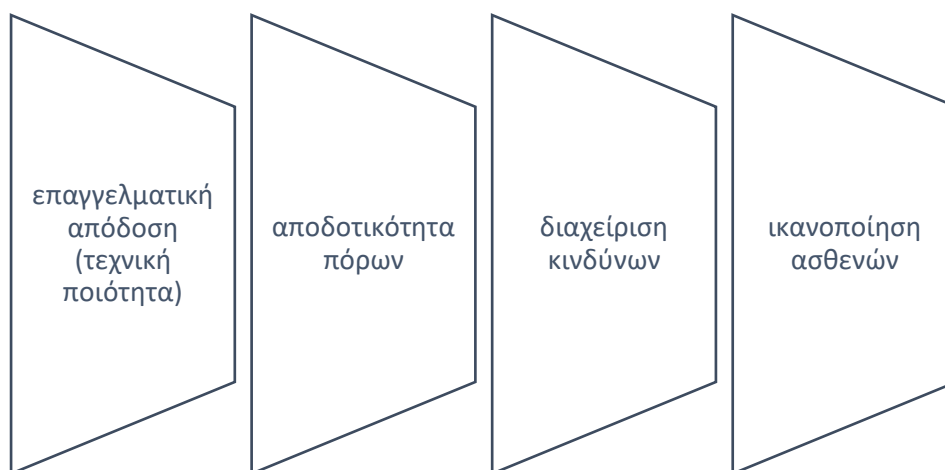
2.2 Διαστάσεις της ποιότητας

Η ποιότητα στην Υγεία σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία αντικατοπτρίζεται σε ποικίλες διαστάσεις όπως αυτές παρουσιάζονται στο ακόλουθο Διάγραμμα 1 (Ραφτόπουλος, 2020).



Διάγραμμα 1: Διαστάσεις ποιότητας στη Υγεία

Ειδικότερα, ως προς τον ΠΟΥ η ποιότητα όταν αυτή μελετάται υπό το πρίσμα της ΚΔ συνίσταται σε τέσσερις γενικές κατηγορίες (Διάγραμμα 2) (Sally and Donaldson, 1998). Οι δε συνιστώσες της ποιότητας και ασφάλειας ως προς την Υγεία, ανέρχονται σε 48 (Runciman et al., 2010).



Διάγραμμα 2: Διαστάσεις ποιότητας στην Υγεία ως προς τον ΠΟΥ

Προγενέστερες προσεγγίσεις μνημονεύουν την απαίτηση συνδυασμού διαστάσεων που προσδιορίζονται με έτερο τρόπο. Για παράδειγμα, ο Maxwell R.J (1992) αναλύει έξι διαστάσεις (πρόσβαση, ισότητα, συνάφεια, αποδοχή, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα) (Maxwell, 1992) ενώ ο Donabedian A. (1998) περιορίζεται σε τρεις γενικότερες διαστάσεις (ποιότητα δομής διαδικασίας και αποτελέσματος).

2.3 Δείκτες ποιότητας και ασφάλειας

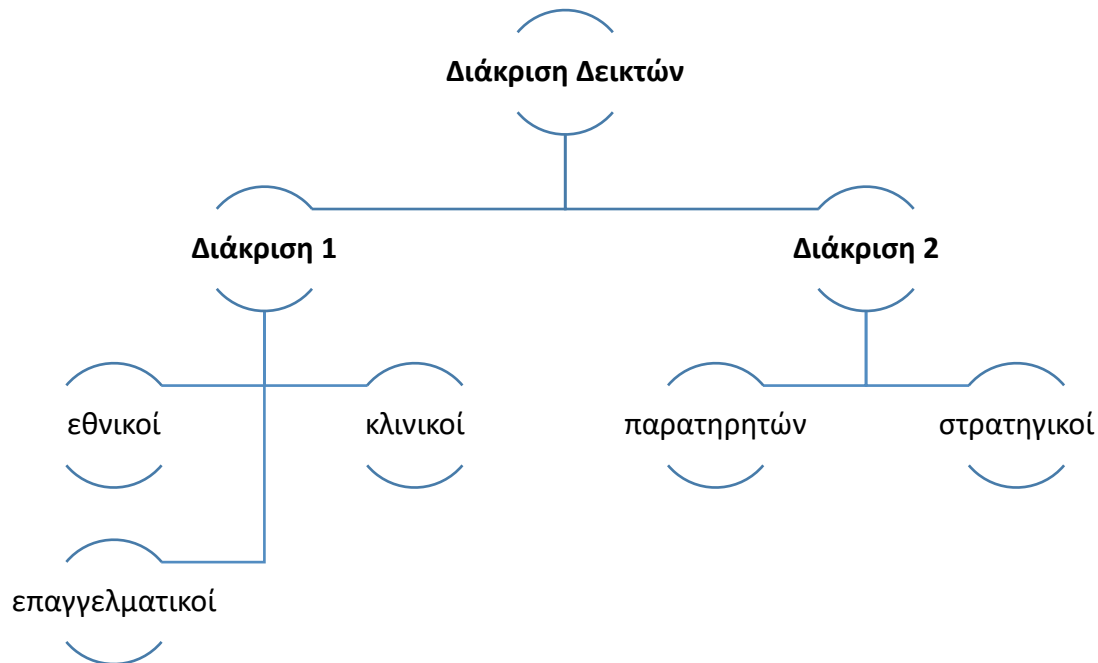
Οι διαστάσεις της ποιότητας αναφορικά με την υγεία δύνανται να ανάγονται σε ποιοτικά δεδομένα. Η σχετική μεταποίηση των πληροφοριών ως προς την ποιότητα σε αριθμητικά και μετρήσιμα πραγματοποιείται με την χρήση δεικτών που έχουν για τον σκοπό αυτό αναπτυχθεί. Οι δείκτες αυτοί δεν αποτελούν αυτοσκοπό και ούτε αναπτύσσονται ως στείρο μέτρο ποιότητας.

Σύμφωνα με τη θέση της Κοινής Επιτροπής Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) το 1989, οι δείκτες μπορούν να συνδράμουν στην αξιολόγηση των επιμέρους λειτουργιών που εμπεριέχονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας (διακυβέρνηση, υποστήριξη, διαχείριση και κλινικές λειτουργίες (JCAHO, 1989).

Ουσιαστικά, οι δείκτες συνιστούν εφελκυστικό προκειμένου να διενεργείται αξιολόγηση και η ανίχνευση τυχόν περιθωρίων βελτίωσης ενώ παράλληλα υπόκεινται και οι ίδιοι σε αναθεώρηση, αξιολόγηση και σε έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς τους (Azami-Aghdash et al., 2015). Οι δείκτες, αποτελούν εργαλειοποιημένη και ποσοτικοποιημένη βάση προς χρήση από τη Διοίκηση και προς όφελος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

καθώς εξυπηρετούν διαδικασίες αξιολόγησης, προτεραιοποίησης, ρύθμισης, πιστοποίησης και λήψης απόφασης (Braithwaite & Travaglia, 2008).

Μία κατηγοριοποίηση των σχετικών δεικτών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3 (Ραφτόπουλος, 2020).



Διάγραμμα 3: Κατηγορίες Δεικτών Ποιότητας

Ως παρουσιάζεται στο ανωτέρω Διάγραμμα 3, οι δείκτες ποιότητας, κατά την μία έννοια διάκρισης τους, αναλύονται σε:

- Εθνικούς, που σχετίζονται με τον έλεγχο της αποδοτικότητας ευρύτερων και στρατηγικών στόχων (π.χ. θνησιμότητα, νοσηρότητα).
- Κλινικούς, που αφορούν στην διαδραστική σχέση ανάμεσα στους κλινικούς φροντιστές και τους ασθενείς (π.χ. επανεισαγωγές, διάρκεια νοσηλείας κ.α.).
- Επαγγελματικούς, οι οποίοι είναι πιο ειδικοί και αφορούν σε συγκεκριμένους τομείς (π.χ. της νοσηλευτικής φροντίδας) (Καραθανάση, 2008).

Κατά τη δεύτερη έννοια της διάκρισης, οι δείκτες αυτοί διαχωρίζονται σε:

- Δείκτες παρατηρητών, οι οποίοι εστιάζουν σε διαδικασίες σοβαρές και πιθανώς δυνάμενες να αποφευχθούν. Επιπλέον οι δείκτες αυτοί μελετούν τα αποδεκτά όρια συχνότητας υπό μελέτη συμβάντων.

- Στρατηγικούς, οι οποίοι εστιάζουν στην ευρύτερη στοχοθεσία και στον προσανατολισμό μιας επιμέρους Μονάδας Υγείας ή ενός συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

3.1. Εισαγωγή – εννοιολογικός προσδιορισμός της ΚΔ

Η Κλινική Διακυβέρνηση ως έννοια έχει ιδιαιτέρως αναπτυχθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Ουσιαστικά, η ΚΔ ως εργαλείο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της Υγείας, εμφανίζεται ως σημαντική προσθήκη στην φαρέτρα της Πολιτείας προκειμένου βελτιωθούν παράμετροι που άπτονται θεμάτων όπως ο κλινικός έλεγχος, η ασφάλεια, η ποιότητα, η διαχείριση κινδύνων και η εκπαίδευση. Συνιστά τον αντικατοπτρισμό της φιλοσοφίας της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον πεδίο της Υγείας που στο ευρύτερο πλαίσιο έρχεται να εμψύσει την αντίληψη για απαίτηση ποιοτικής παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (Smith and Harris, 1999). Υπό αυτό το πρίσμα, η ΚΔ είναι σίγουρα αλληλένδετη με την γενικότερη κεντρική διακυβέρνηση και δεν υπολείπεται σημασίας όταν συγκρίνεται με λοιπές διαστάσεις της (πχ. δημοσιονομική διακυβέρνηση).

Ως έννοια - αμφισβητήσιμη κατά το παρελθόν (Freeman, 2003) - η ΚΔ εμφανίζεται στη σχετική βιβλιογραφία ως αυτή ορίστηκε από την αγγλική Διεύθυνση Υγείας και σύμφωνα με την οποία «μπορεί να οριστεί ως ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι εθνικοί οργανισμοί είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων περίθαλψης δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο θα ανθίσει η αριστεία στην κλινική φροντίδα» (Wilson, 1998; Crinson, 1999).

Η πρώτη εισαγωγή του όρου συντελέστηκε το 1983 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε μια προσπάθεια για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας μέσω τεσσάρων διαστάσεων: την επαγγελματική απόδοση, την κατανομή πόρων, τη διαχείριση κινδύνων και την ικανοποίηση ασθενών (Penny, 2000). Έκτοτε, εκφράστηκε από ποικίλους οργανισμούς και από διαφορετική οπτική γωνία έχοντας πάντα σαν κοινό χαρακτηριστικό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και τη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας του ασθενή (Lugon and Secker-Walker, 1999), τονίζοντας κατά περίπτωση και εισάγοντας εντοπισθείσες επιμέρους παραμέτρους (π.χ. υψηλά πρότυπα, διαφάνεια, λογοδοσία, κοινή στρατηγική, ατομική υπευθυνότητα, διαχείριση πόρων, σχεδιασμός πλαισίων, πληροφορική υποστήριξη κ.α.) (Chandra Vanu Som, 2004).

Ωστόσο, η εννοιολογική της προσέγγιση γίνεται πιο προσιτή όταν επιχειρείται υπό το ευρύ πρίσμα της οργανωτικής διακυβέρνησης (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

Όταν μελετάται ο σχεδιασμός της ΚΔ σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής, καθίσταται πιο σαφές ότι η ΚΔ αφορά στην παροχή γενικών και ειδικών κατευθύνσεων σε επίπεδο στρατηγικό προκειμένου να επιτευχθεί η επιτήρηση/έλεγχος των δραστηριοτήτων και η εξασφάλιση ενός πλαισίου για τη λογοδοσία και τη διαχείριση κινδύνου. Περιλαμβάνει, δηλαδή, το σχεδιασμό της προοπτικής και εργαλεία ανατροφοδότησης για την επίτευξη στόχων και την ανίχνευση περιθωρίων βελτίωσης στον τομέα της Υγείας.

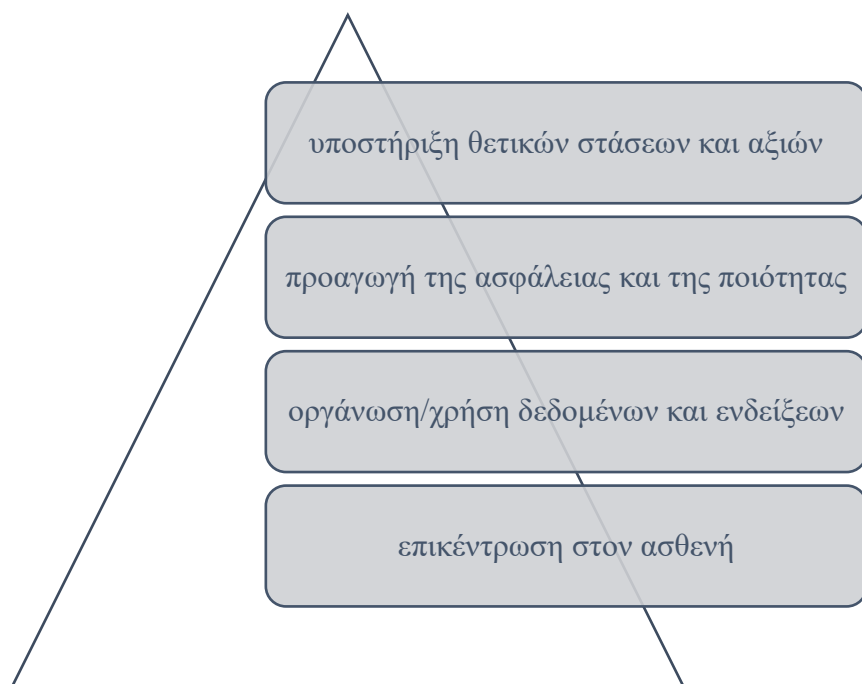
Μοντέλα ΚΔ έχουν αναπτυχθεί σε ορισμένες χώρες ανά τον κόσμο (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία κ.α.). Στην παρούσα διπλωματική εργασία αναλύεται συνοπτικά και σε επόμενη ενότητα ένα εξ αυτών (Αυστραλιανό) προκειμένου να γίνει περισσότερο σαφές το εγχείρημα της ΚΔ.

3.2. Συσχέτιση της ΚΔ με την ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας αποτελεί το κεντρικό διακύβευμα της ΚΔ. Οι διαστάσεις και τα εργαλεία καθιέρωσης της ΚΔ ως αναλύθηκαν παραπάνω τείνουν να ταυτίζονται με τις διαστάσεις και τα εργαλεία διασφάλισης της ποιότητας στον τομέα της Υγείας.

Οι ευρύτερες κατευθύνσεις/στόχοι για την υλοποίηση του στόχου της ΚΔ, συνοπτικά, εκφράστηκε από τους Braithwaite και Travaglia (2008) ως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4 (Braithwaite & Travaglia, 2008).

Ο καθορισμός των στόχων και η παροχή κατευθύνσεων αποτελούν αρμοδιότητα της ηγεσίας/ανώτατης διοίκησης που οφείλει, να τελεί σε επαγρύπνηση για την εξασφάλιση των μέσων και πόρων και τη στήριξη των εμπλεκόμενων στο εγχείρημα προκειμένου προωθηθεί η θετική τους στάση. Υπό αυτό το πρίσμα, έχουν περιγραφεί θεμελιώδεις αξίες προς καλλιέργεια και εφαρμογή από το σύνολο των στελεχών του Οργανισμού ως αναλύονται στο Διάγραμμα 5 (Braithwaite & Travaglia, 2008).



Διάγραμμα 4: Στόχοι/κατευθύνσεις για την Κλινική Διακυβέρνηση

Ευθύνη	Ανάθεση	Χρηματοδότηση	Απόδοση	Πληροφορίες
Επιβολή	Συνεχής βελτίωση	Διαχείριση απορρήτου	Διασφάλιση ποιότητας	Συνεχιζόμενη εκπαίδευση
Εστίαση στην ηθική	Διαχείριση κινδύνων	Πιστοποίηση επαγγελματιών	Εφαρμογή προτύπων	Συμμετοχή στη διαπίστευση
Οργάνωση/χρήση στοιχείων και ενδείξεων	Υποστήριξη πρακτικών που βασίζονται σε ενδείξεις	Έλεγχος - επιθεώρηση	Διαχείριση γνώσης	Εστίαση στον ασθενή
Ενθάρρυνση συμμετοχής χρηστών	Επικέντρωση στην ασφάλεια του ασθενή	Δημοσιοποίηση	Εξασφάλιση συναίνεσης ασθενούς	Διαχείριση παραπόνων

Διάγραμμα 5: Θεμελιώδεις αξίες για την Κλινική Διακυβέρνηση

3.3. Το Αυστραλιανό Μοντέλο

3.3.1 Η Κλινική Διακυβέρνηση στην Αυστραλία

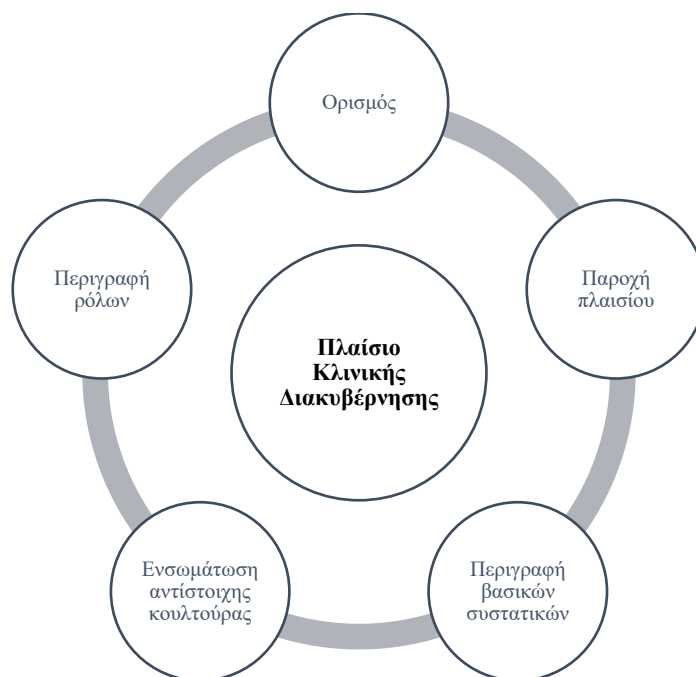
Το αυστραλιανό υγειονομικό σύστημα φέρει τα συνήθη χαρακτηριστικά της πολυπλοκότητας των υγειονομικών συστημάτων των περισσότερων προηγμένων χωρών. Στη βάση του ομοσπονδιακού κοινοβουλευτικού συστήματος που έχει υιοθετηθεί στην Αυστραλία, η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας φέρεται κεντρικά και διαχέεται στην κοινοπολιτεία και στα επιμέρους κράτη/περιφέρειες (Spigelman and Rendalls, 2015).

Μολονότι το πάγιο αίτημα των πελατών/ασθενών αναφορικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας φαίνεται να ικανοποιείται σε ποσοστό αρκετά υψηλό, εντούτοις, σε κάθε περίπτωση γίνεται αποδεκτό ότι ελλοχεύουν κίνδυνοι ως προς τη διασφάλιση ποιότητας στην Υγεία και εκτιμάται ότι απαιτείται εγρήγορση προκειμένου να εξασφαλίζεται συνεχής βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται και να εξαλείφονται κατά το δυνατόν ανακύπτουσες αστοχίες (π.χ. υγειονομικές ανισότητες).

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω και έχοντας ως στόχο τον συναφή συντονισμό, η αρμόδια «Επιτροπή για την Ασφάλεια και την Ποιότητα στην Υγεία» ανέπτυξε το «Εθνικό Πρότυπο Πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης» το οποίο βασίζεται στα «Πρότυπα της Εθνικής Υπηρεσίας Ασφάλειας και Ποιότητας Υγείας (NSQHS)» (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

3.3.2 Το Πλαίσιο του αυστραλιανού μοντέλου ΚΔ

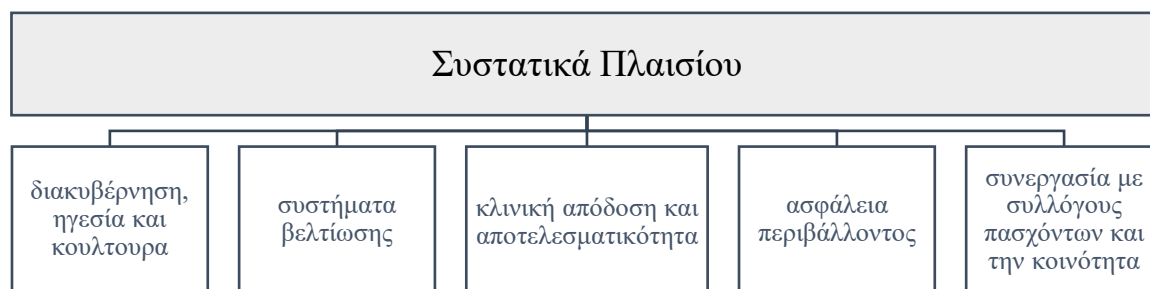
Το παρουσιασμένο το 2017 αυστραλιανό Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης επιχειρεί να περιγράψει με πολυπρισματικό τρόπο τα στοιχεία που απαιτούνται προκειμένου να καθιερωθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΚΔ (Διάγραμμα 6). Το πλαίσιο αυτό, αποσκοπεί στην επίτευξη υψηλής ποιότητας και ασφαλούς παροχή υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και στην ανίχνευση δυνατοτήτων και περιθωρίων για μελλοντική βελτίωση (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).



Διάγραμμα 6: Περιεχόμενα αυστραλιανού Πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης

3.3.3 Τα συστατικά του αυστραλιανού πλαισίου ΚΔ

Το Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης στην Αυστραλία αποτέλεσε έργο της αρμόδιας Επιτροπής σε συνεργασία με άλλους ποικίλους φορείς. Το εν λόγω Πλαίσιο δεν διατυπώθηκε ως ευχολόγιο και γενικευμένη πρόταση βελτίωσης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Τουναντίον, η σχετική συμμόρφωση των νοσοκομείων κατέστη με σαφήνεια υποχρεωτική και επιπλέον η τήρηση των καθιερωμένων ετέθη σε παρακολούθηση και έλεγχο. Στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζονται, τα συστατικά του συγκεκριμένου Πλαισίου (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).



Διάγραμμα 7: Συστατικά αυστραλιανού πλαισίου ΚΔ

Διακυβέρνηση, ηγεσία και κουλτούρα

Το συστατικό αυτό αφορά στην εκ των προτέρων παραδοχή ότι η ΚΔ συνιστά τμήμα της κεντρικής διακυβέρνησης. Η ΚΔ απαιτεί την καθιέρωση δέσμης πρωτοβουλιών και ενεργειών

από την ηγεσία (διαφάνεια, σαφείς στόχοι) αλλά και την ανάληψη πρωτοβουλιών προκειμένου αναπτυχθεί ο αντίστοιχος κοινός τρόπος σκέψης και η μεταλαμπάδευση του οράματος επιτυχούς έκβασης και βιωσιμότητας του εγχειρήματος.

Συστήματα ασφάλειας και βελτίωσης

Το συστατικό αυτό αναφέρεται στην «έγχυση» διάφορων εξειδικευμένων προτύπων στα συστήματα ασφάλειας και ποιότητας. Τα πρότυπα αυτά προορίζονται για χρήση ακόμα και σε πρακτικό επίπεδο.

Κλινική απόδοση και αποτελεσματικότητα

Το συστατικό αυτό, σχετίζεται με την ανάπτυξη και την ιχνηλάτηση των ικανοτήτων και των επαγγελματικών προσόντων του προσωπικού όπως επίσης και με την εποπτεία του εκτελούμενου έργου τους.

Ασφαλές περιβάλλον

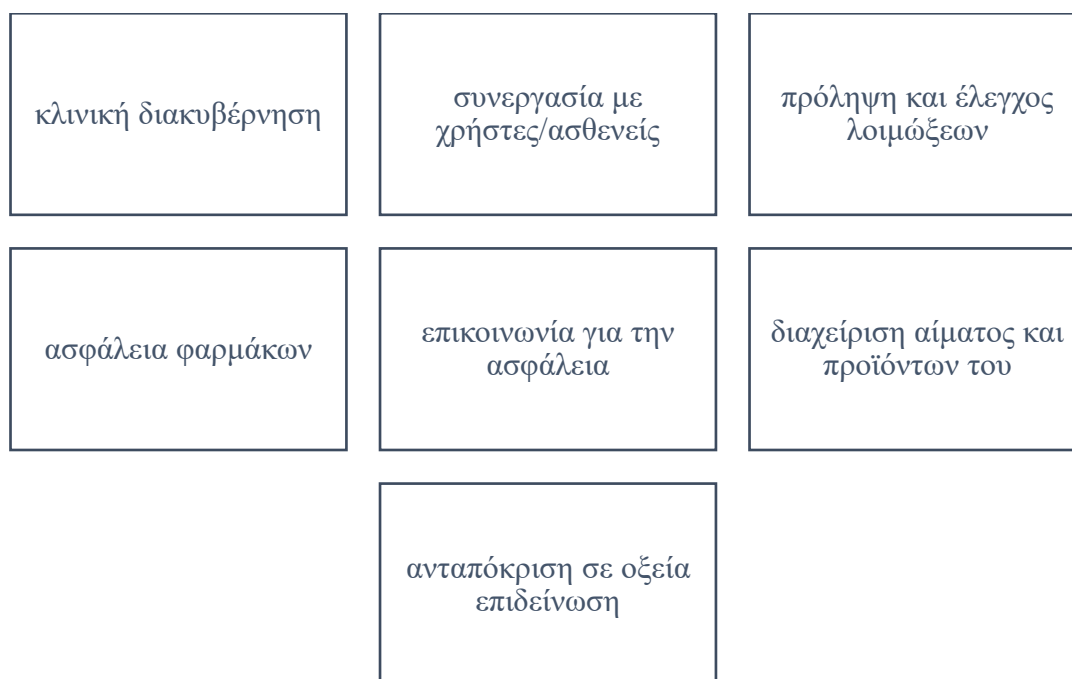
Το συστατικό αυτό αφορά στη λήψη μέριμνας για την κατάλληλη διαμόρφωση και ανάπτυξη του εργασιακού περιβάλλοντος ώστε να επιτυγχάνεται η ασφαλής ανάπτυξη των δράσεων τους.

Συνεργασία με συλλόγους πασχόντων και με την κοινότητα

Το συστατικό αυτό, προσβλέπει στην καθιέρωση πλαισίου αναφορικά με τη συνεργασία με τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Παρέχεται η δυνατότητα στους λήπτες να αποτελούν σημαντική συνιστώσα της ΚΔ μέσω της πρόνοιας για ανάδρομη από μέρους τους πληροφόρηση ή/και ενθάρρυνση πρωτοβουλίας για συμμετοχική προσπάθεια ενδοσκόπησης του εγχειρήματος και αυτοβελτίωσής του.

3.3.4. Ενσωματωμένα πρότυπα στο αυστραλιανό μοντέλο ΚΔ

Στο αυστραλιανό πλαίσιο περιλαμβάνονται αναλυτικά παραρτήματα που καταγράφουν πρότυπα αναφορικά σχετιζόμενα με τους τομείς στο Διάγραμμα 8. Τα επιλεγθέντα αυτά πρότυπα, συνιστούν τη βάση προκειμένου επί αυτής να αναπτυχθούν περαιτέρω τα εσωτερικά συστήματα όλων των επιμέρους οργανισμών και μονάδων υγείας (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).



Διάγραμμα 8: Πρότυπα ενσωματωμένα στο αυστραλιανό πλαίσιο ΚΔ

3.3.5 Ρόλοι και ευθύνες στο αυστραλιανό μοντέλο ΚΔ

Το αυστραλιανό πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης ενσωματώνει και αναλύει τους ειδικούς επιμέρους ρόλους και τις ευθύνες των εμπλεκόμενων οργάνων που συμμετέχουν στο εγχείρημα (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017). Οι εν λόγω ρόλοι συνοπτικά περιγράφονται στη συνέχεια:

α. Ρόλος ληπτών υπηρεσιών υγείας

- Χρήση συστημάτων και συνεισφορά στον σχεδιασμό.
- Ανίχνευση των δυνατοτήτων βελτίωσης.
- Παροχή ανατροφοδότησης.

β. Ρόλος προσωπικού

- Συμμετοχή στην ανάπτυξη του συστήματος και την μέτρηση της απόδοσης.
- Επικοινωνία του οράματος.
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση.
- Κάλυψη διευθυντικών θέσεων.
- Παροχή της φροντίδας εντός του πλαισίου.
- Ενημέρωση ασθενών.
- Ενθάρρυνση ασθενών για υποβολή προτάσεων.

- Συνεργασία με ομάδες ληπτών φροντίδας υγείας.

γ. Ρόλος Διευθυντών

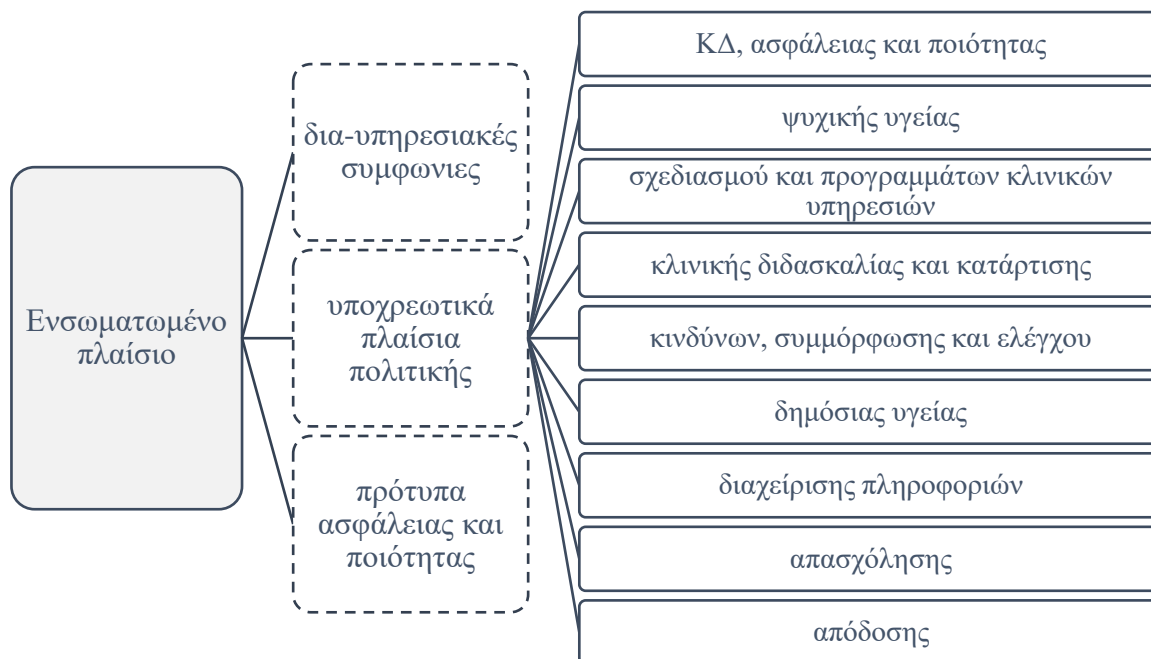
- Επικοινωνία οράματος.
- Συντονισμός εκπαίδευσης.
- Υποστήριξη εμπλεκόμενου προσωπικού.
- Ενσωμάτωση προτύπων στις λειτουργίες της Δομής.
- Συνεργασία με αντίστοιχους φορείς.
- Περιοδικός έλεγχος.
- Υποβολή αναφορών ιεραρχικά.
- Συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών που προκύπτουν από την ανατροφοδότηση που παρέχουν οι ασθενείς.
- Εξασφάλιση συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς.

δ. Ρόλος Κυβερνητικού/ Συντονιστικού φορέα

- Καθοδήγηση.
- Ενεργός δέσμευση.
- Κατανομή πόρων.
- Συντονισμός και στήριξη εκπαιδευτικών κύκλων.
- Έλεγχος και παρακολούθηση του project.
- Ενσωμάτωση περιοδικών επιμέρους ελέγχων.
- Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τους Διευθυντές.

3.3.6 Επικαιροποίηση Πλαισίου του αυστραλιανού μοντέλου ΚΔ (2019)

Λαμβάνοντας υπόψη τις εξουσιοδοτήσεις που παρείχε η αυστραλιανή κοινοπολιτεία στις Πολιτείες και Περιφέρειες, το 2019 εκδόθηκε από τη Δυτική Αυστραλία η αναθεωρημένη έκδοση του δυτικο-αυστραλιανού πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης (WA Department of Health, 2019). Με τη νεότερη αυτή έκδοση επανεξετάστηκαν ορισμένα στοιχεία στο πλαίσιο της πρότερης δέσμευσης για τη αέναη βελτίωση του εγχειρήματος. Ουσιαστικά, συγκεκριμενοποιήθηκαν οι διάφοροι ρόλοι και ενσωματώνονται ρυθμίσεις για τη διασφάλιση και την διευκόλυνση του εγχειρήματος σε τακτικό επίπεδο όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 9.



Διάγραμμα 9: Ενσωματωμένα νέα στοιχεία στο αυστραλιανό πλαίσιο ΚΔ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται συνοπτικά οι έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος προκειμένου να συσχετισθούν με την παρούσα μελέτη υπό το πρίσμα ότι αυτή μελετά/διερευνά το εικαζόμενο κλίμα αποδοχής της ΚΔ σε ένα οργανισμό/μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο της μελέτης θεωριών μανάτζμεντ και της αναζήτησης βελτίωσης της αποδοτικότητας, αναπτύχθηκε ενδιαφέρον για την ανάδειξη του ρόλου που διαδραματίζουν στις επιδόσεις των διάφορων συστημάτων υγείας, οι συμμετέχοντες σε αυτό, οι οποίοι και αποτελούν άυλους πόρους (Douglas and Ryman, 2003).

Το οργανωσιακό κλίμα συνίσταται από συνδυασμό άυλων πόρων οι οποίοι, φέροντας ανθρώπινα χαρακτηριστικά, συνεργάζονται μεταξύ τους και δύναται να συντελέσουν στη βελτίωση των επιδόσεων του οργανισμού (Patterson et al., 2004) που πολλάκις υπόκειται σε δομικές αλλαγές. Για τη βέλτιστη προσαρμογή στις αλλαγές απαιτείται συχνά ο μετασχηματισμός της υφιστάμενης κουλτούρας (Scott et al., 2003).

Η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας έχει περιγραφεί ποικιλοτρόπως. Στην ευρύτερη της προσέγγιση εμπερικλείει ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων (π.χ. γλώσσα, ένδυση, πεποιθήσεις, αξίες κλπ.) που είναι ενσωματωμένα στον οργανισμό και καθορίζουν τους κανόνες και τον χαρακτήρα του (Schein, 2010). Στην περίπτωση των ερευνητών που δεν θεωρούν την κουλτούρα ως περιγραφικό στοιχείο ενός οργανισμού αλλά ως συνιστώσα διακριτή υποκείμενη σε τροποποίηση και ανακατεύθυνση (Langfield-Smith, 1995), υπεισέρχεται η πεποίθηση ότι η κατανόηση της κουλτούρας δύναται να αποτελέσει εργαλείο διοίκησης και υλοποίησης επιθυμητών αλλαγών (Scott et al., 2003).

Αν και ο όρος του οργανωσιακού κλίματος χρησιμοποιείται συχνά ως εναλλακτικός αυτού της οργανωσιακής κουλτούρας, ο πρώτος φέρεται να αναφέρεται στην ποσοτικοποιημένη έκφραση του δεύτερου (Ivanecovich, 2008). Οι δύο έννοιες είναι αλληλένδετες και η λεπτή διαχωριστική γραμμή που αποσαφηνίζει τους δύο όρους θα μπορούσε να ειπωθεί συνοπτικά ως ακολούθως: η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται σε σταθερές αξίες, πεποιθήσεις, τελετουργίες και σύμβολα που διαχέουν στον οργανισμό ενώ το οργανωσιακό κλίμα αφορά σε

μοτίβα στάσεων, συμπεριφορών και συναισθημάτων που είναι επαναλαμβανόμενα και χαρακτηρίζουν τον τρόπο ζωής στον οργανισμό (Isaksen, 2007).

Έτερη έκφανση της διαφοράς των δύο συναφών όρων, αναφέρεται στην σταθερότητα και ανθεκτικότητα των στοιχείων που συνθέτουν την κουλτούρα σε αντίθεση με την «επιφανειακότητα» των συστατικών του κλίματος (π.χ. γνώμες, αντιδράσεις, τάσεις των εργαζομένων) ως αυτά προβάλλονται σε επικείμενες οργανωσιακές μεταβολές (Schneider, 1990).

Σε κάθε περίπτωση και παρά την εννοιολογική σύγχυση των όρων, η αναγνώριση και κατανόηση του κλίματος μίας δομής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ουσιώδες εργαλείο για τη Διοίκηση (Carlucci and Schiuma 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Για τις ανάγκες της παρούσας διπλωματικής εργασίας και προς παρουσίαση και αξιοποίηση των μελετών/ερευνών που αφορούν στην ιχνηλάτηση του κλίματος αποδοχής της ΚΔ, η ερεύνα στη διεθνή βιβλιογραφία επικεντρώθηκε αρχικώς στην αναζήτηση στοιχείων που περιγράφουν την έννοια και αποσαφηνίζουν (ή προσεγγίζουν) τις διαστάσεις της ποιότητας και της ΚΔ. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed και Google Scholar με τη χρήση της λέξης κλειδί <κλινική διακυβέρνηση> στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, από το 1998 και εντεύθεν. Εντοπίστηκαν με αυτόν τον τρόπο οι υποψήφιες μελέτες και αναγνώστηκαν οι περιλήψεις τους ώστε να επιβεβαιωθεί η συνάφειά τους με το θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Τέλος, αναγνώστηκε το πλήρες κείμενο των επιλεχθέντων πηγών προκειμένου, κατά το δυνατόν, να συγκερατηθούν προς χρήση οι πρωτογενείς, και δημοσιευθείσες σε έγκριτα διεθνή επιστημονικά περιοδικά μελέτες.

Εντοπίστηκε πλήθος μελετών που σκιαγράφησαν το θεωρητικό πλαίσιο και όρισαν την έννοια της ΚΔ (Sally and Donaldson, 1998; Wilson, 1998; Lugon and Secker-Walker, 1999; Smith and Harris, 1999; Penny, 2001; Braithwait and Travaglia, 2008; Burca et al., 2008; Greenfield et al., 2011; Prenestini, et al., 2015; Spigelman and Rendalls. 2015; Macfarlane, 2019; Flynn and Brennan, 2020; Mistry, 2021).

Άλλες μελέτες εστίαζαν στην ανάδειξη/προσδιορισμό της αξίας της ΚΔ ή αποσκοπούσαν στην παράθεση προτάσεων βελτίωσης της διαδικασίας ή εφαρμογής της σε πρακτικό επίπεδο (Crimson, 1999; Azami-Aghdash, et al., 2015; Davies, et al., 2015; Flynn, et al., 2015; Gauld and Horsburgh, 2015; Sadeghi Bazargani, et al., 2015; Ferdosi et al., 2016; Mohaghegh et al., 2016; Sarchielli, et al., 2016; Gauld et al., 2017; Pearson, 2017; Vali et al., 2017; Veenstra et al., 2017; Walshe and Chambers, 2017; Poscia, et al., 2018; Μάλλιου, 2018; Cleary and Duke, 2019; Brescia et al., 2019; Ziari et al., 2019; Chitha et al., 2021; Veenstra, 2022; Sariakçali and Biçer, 2023).

Εντοπίστηκε βιβλιογραφία που συνέδεε και διερευνούσε την ΚΔ σε συνδυασμό με εξειδικευμένα επιστημονικά πεδία, όπως π.χ. την οδοντιατρική (Patel and Jenkyn, 2021), την επεμβατική καρδιολογία (Clements and Koukounaras, 2023), του ελέγχου λοιμώξεων (Halton et al., 2017), την κτηνιατρική (Oxtoby and Mossop, 2016), την παιδιατρική (Breathnach and

Lane, 2017; Curtis, 2020), τη μεταμόσχευση νεφρών (Cacciola et al., 2022), τους καρδιαγγειακούς κινδύνους (Aguilar Martin et al., 2019).

Ειδικότερα, αναφορικά με τη διερεύνηση του κλίματος αποδοχής της ΚΔ και της κουλτούρας του φορέα υιοθέτησης της διαδικασίας, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει πλήθος μελετών (Hogan et al., 2007; Konteh et al., 2008; Ravaghi et al., 2014, Gauld and Horsburgh, 2015; MacVane Phipps, 2015; Gauld and Horsburgh, 2016; McSherry and Snowden, 2019; Mirzaei et al., 2019; Ziari et al., 2019; Azilaku et al., 2021). Ωστόσο η αναζήτηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που αφορούσαν τη διερεύνηση του κλίματος αποδοχής της ΚΔ με τη χρήση του Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) και επιλέχθηκε ως χρονικό διάστημα αναζήτησης η περίοδος 2010-2023. Ωστόσο, αυτονόητα, η έναρξη της μελέτης/ανάγνωσης ερευνών πραγματοποιήθηκε με την έρευνα του Freeman (2003) που ανέπτυξε το Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) το οποίο και χρησιμοποιείται στην παρούσα εργασία.

Από την έρευνά του ο Freeman, ανέδειξε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ιεραρχική κουλτούρα και το κλίμα ΚΔ για τέσσερις δομές του βρετανικού συστήματος υγείας.

Παλαιότερα, τα συμπεράσματα των Karassavidoy et al., (2011), βασίζονταν σε τρία δημόσια νοσοκομεία και ανέφεραν την απουσία του υποστηρικτικού κλίματος για τον ενστερνισμό της ΚΔ.

Το ίδιο συμπέρασμα ως προς την υποστήριξη του κλίματος ΚΔ διατύπωσε και η Δρ Δρελιώζη (2014) μέσω της διδακτορικής της διατριβής που διερευνούσε το κλίμα σε δύο νοσοκομεία, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό. Επιπλέον, ανέκυψε ότι και για τα δύο νοσοκομεία επιμέρους πτυχές της ΚΔ έτειναν να χαίρουν ελαφρώς θετικής αντίληψης (π.χ. δίκαιη επιβολή ποινών) έναντι άλλων (π.χ. ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη). Σημαντικό όμως εύρημα, ήταν το γεγονός ότι το εν γένει κλίμα στο δημόσιο νοσοκομείο ήταν πιο αρνητικό συγκρινόμενο με αυτό του ιδιωτικού νοσοκομείου.

Ομοίως, άλλη έρευνα σε ελληνικό επίπεδο που διεξήχθη σε δύο δημόσια νοσοκομεία, ανέδειξε την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και επιμέρους διαφοροποιήσεις των αντιλήψεων ανάλογα με το φύλλο, την ειδικότητα και την ηλικία (Πλατής και συν., 2020).

Η μελέτη των Γαμβρούλη και συν. (2022), διαπίστωσε την απουσία υποστηρικτικού κλίματος της ΚΔ, εντοπίζοντας τη μέτρια συνολική αξιολόγηση του κλίματος και τη μέτρια μέση συνολική βαθμολογία σε κάθε μία από τις μελετώμενες διαστάσεις. Κάνοντας σύγκριση μεταξύ ενός στρατιωτικού νοσοκομείου και ενός δημόσιου εντόπισε διαφορές ως προς τις βαθμολογίες σε επιμέρους διαστάσεις. Το στρατιωτικό νοσοκομείο παρουσίασε καλύτερη

επίδοση στις διαστάσεις «συναδελφική συνεργασία» και «δίκαιη επιβολή ποινών» έναντι του δημόσιου νοσοκομείου. Το αντίθετο αποτέλεσμα παρουσιάστηκε για τις λοιπές διαστάσεις. Επίσης, διαπιστώθηκε βελτίωση του κλίματος αποδοχής της ΚΔ σε νεαρότερες ηλικίες.

Τέλος, στη διπλωματική του εργασία ο Διαμαντής (2023), διαπιστώνει την ύπαρξη κενών αναφορικά με την αποτελεσματική εφαρμογή της ΚΔ σε ένα ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο και την απουσία διαφοροποιήσεων των απόψεων των ερωτηθέντων συναρτήσει των δημογραφικών στοιχείων και παραμέτρων.

Εκτός ελληνικού χώρου και συγκεκριμένα στο Ιράν, στη μελέτη των Bahrami et al. (2014), που αφορούσε τρία ιρανικά εκπαιδευτικά νοσοκομεία, δεν εντοπίστηκε θετικό κλίμα αποδοχής της ΚΔ από τους εργαζόμενους, ούτε υποστηρικτικό κλίμα εκ μέρους της Διοίκησης των συγκεκριμένων νοσοκομείων. Στην ίδια χώρα, τα αποτελέσματα της έρευνας των Ebadi Fardazar et al. (2014), κατέγραψαν το μέτριο κλίμα αποδοχής της ΚΔ σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και καταγράφηκαν διαφοροποιήσεις στις βαθμολογίες που έλαβαν οι επιμέρους παράγοντες της ΚΔ.

Τέλος, οι Cheah et al. (2022), σε μελέτη που αφορούσε στον τομέα της παροχής φροντίδας σε ανάπηρα άτομα, ανέδειξαν την απαίτηση για μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και σχεδίαση ώστε να επιτευχθεί η βιωσιμότητα του εγχειρήματος της ΚΔ, η διαχείριση κινδύνων και η υποκίνηση του προσωπικού για τη βελτίωση του κλίματος αποδοχής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός και Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αξιολόγηση του κλίματος της ΚΔ σε ένα στρατιωτικό νοσοκομείο των Αθηνών. Συγκεκριμένα, επιχειρείται η διερεύνηση των προσδιοριστών των απόψεων των εργαζομένων συναρτήσει επιμέρους διαστάσεων της ΚΔ.

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που ετέθησαν είναι:

α. Πώς το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου αντιλαμβάνεται τις διαστάσεις της Κλινικής Διακυβέρνησης.

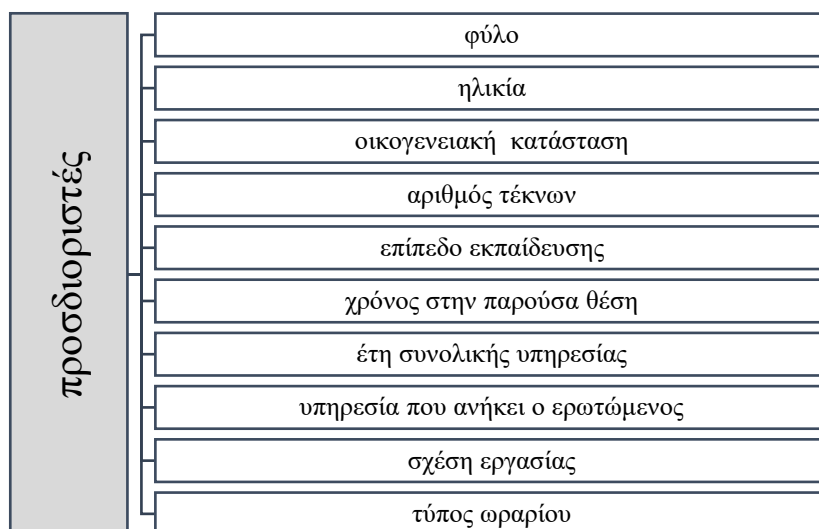
β. Πώς οι καταγραφείσες αντιλήψεις συσχετίζονται με μεταβλητές όπως π.χ. δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανακύπτουσες βαθμολογίες και τα στατιστικά ευρήματα συνολικά ή/και ανά επιμέρους παράγοντα της ΚΔ ή ανά επιμέρους μεταβλητή/δημογραφικό στοιχείο, η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να παράσχει στη Διοίκηση εργαλεία ανατροφοδότησης αναφορικά με το συνολικό κλίμα αποδοχής ή τυχόν προσδιοριστές που χρήζουν προσοχής για περαιτέρω βελτίωση του κλίματος ΚΔ.

6.2 Δείγμα και Δειγματοληψία

Διενεργήθηκε μία συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), με τη συμμετοχή 180 εργαζομένων ενός στρατιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών. Επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας βάσει των υφιστάμενων δυνατοτήτων πρόσβασης καθώς και των χρονικών περιορισμών. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα τον Φεβρουάριο του 2024.

Επιπρόσθετα των παραγόντων κλίματος αποδοχής της ΚΔ, διερευνήθηκαν πιθανοί προσδιοριστές ως εμφανίζονται στο Διάγραμμα 10.



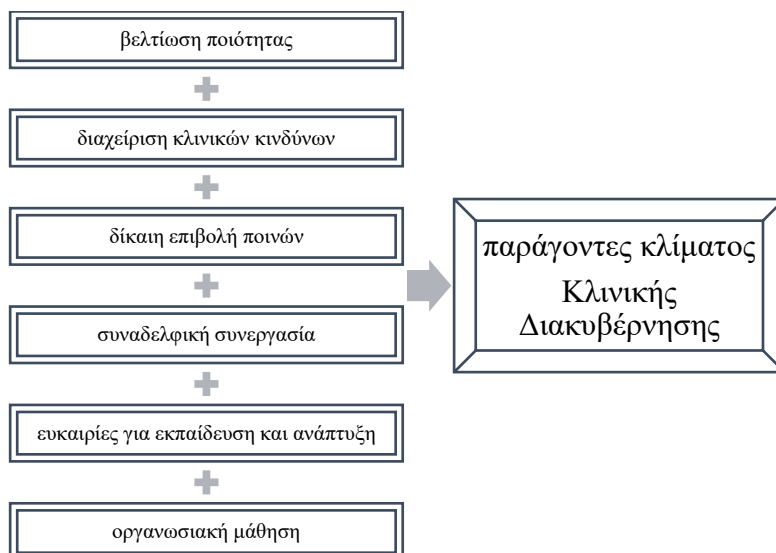
Διάγραμμα 10: Μελετώμενοι προσδιοριστές (δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία)

6.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων – ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας και ως ειδικό εργαλείο για τη μέτρηση του κλίματος της ΚΔ, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Freeman (2003) ο οποίος ανέπτυξε το Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ). Πρόκειται για σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγιο, εγνωσμένης αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Παράρτημα ΙΙΙ).

Ο Freeman (2003), κάνοντας χρήση ψυχομετρικών ποιοτικών μεθόδων εντόπισε αρχικά 157 δείκτες αναφορικά με το κλίμα ΚΔ. Στη συνέχεια, περιόρισε τους δείκτες στον αριθμό των 60 τους οποίους και ομαδοποίησε σε έξι επιμέρους πυλώνες/παράγοντες ως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 11.

Προ της χρήσης του ερωτηματολογίου CGCQ εξασφαλίστηκε από τον δημιουργό, μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, η άδεια χρήσης του (Παράρτημα ΙΙΙ). Επιπλέον, σχετική άδεια αιτήθηκε από την Δρ Δρελιώζη Αγγελική, προκειμένου να γίνει χρήση της μεταφρασμένης στην ελληνική έκδοσης του ερωτηματολογίου, ως αυτή είχε χρησιμοποιηθεί στη σχετική διδακτορική διατριβή της ερευνήτριας (Παράρτημα ΙΙΙ).



Διάγραμμα 11: Οι «κατά Freeman» παράγοντες κλίματος ΚΔ

Ο επιμερισμός/ένταξη των 60 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου στους επιμέρους παράγοντες κλίματος της ΚΔ, το πλήθος αυτών ανά εκάστη κατηγορία καθώς και η ελάχιστη/μέγιστη βαθμολογία που δύναται να ληφθεί παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Για έκαστο ερωτηματολόγιο, η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές μεταξύ 60 έως και 300. Μικρότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερο κλίμα για την αποδοχή της ΚΔ τόσο επί συνόλω όσο και για κάθε επιμέρους παράγοντα κλίματος ΚΔ.

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτήσεων σε παράγοντες κλίματος ΚΔ

α/α	Παράγοντας	Ερώτηση	Πλήθος	Εύρος βαθμολογίας	
				ελάχιστο	μέγιστο
1	Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	18,20,24-25,29,33-34,36,38-39,41-42,46,48,50-51, 56-60	21	21	105
2	Προληπτική διαχείριση κινδύνου	14,21-22,27,30,35,37,43-44, 52,54	11	11	55
3	Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	1,3,5,7,10-12,16,26	9	9	45
4	Συνεργασία με συναδέλφους	8,19,40,45,53,55	6	6	30
5	Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	4,6,9,15,17,28,47,49	8	8	40
6	Οργανωσιακή μάθηση	2,13,23,31-32	5	5	25
Σύνολο			60	60	300

Στο εν λόγω ερωτηματολόγιο, δίδεται απάντηση στις ερωτήσεις στη βάση πενταβάθμιας κλίμακας Likert και οι αποδιδόμενες τιμές (1-5) σηματοδοτούν αντίστοιχα ότι ο συμμετέχων/ουσα συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί ή δεν είναι σίγουρος/η ή διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με τα κατά περίπτωση αναγραφόμενα. Κατά την επεξεργασία των

απαντήσεων απαιτείται αντιστροφή της βαθμολογίας για τις ερωτήσεις υπό α/α 1,3,5,7,10,17-21,24-30,33-34,36,38,41-42,45-46,48,50-51,53,56,58-59.

6.4 Δεοντολογία της Έρευνας

Η λήψη των στοιχείων/πληροφοριών συντελέστηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου. Της διανομής του προηγήθηκε η υποβολή αίτησης στο Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου (Παράρτημα IV).

Η διανομή συντελέστηκε είτε ψηφιακά μέσω εφαρμογής (Google forms) είτε έντυπα. Σε κάθε περίπτωση, και προ της συμπλήρωσης του, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς αναφορικά με την εθελοντική συμμετοχή, την τήρηση της ανωνυμίας και την εξασφάλιση του απορρήτου. Συγκεκριμένα, στην έντυπη και ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου δηλώνονταν εξ αρχής ότι: «Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, και δεν θα είναι δυνατό να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συνιστά την αποδοχή της συμμετοχής σας στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια αυτά θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χωρίς να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν. Για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας έχουν ήδη ληφθεί υπόψιν οι εθνικές και διεθνείς συνθήκες και αρχές ηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα. Η διανομή του ερωτηματολογίου για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης έχει εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου».

6.5 Στατιστική Ανάλυση

Στο πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης, αρχικά αποτυπώθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου δείγματος. Στη συνέχεια, εκτελέστηκε έλεγχος «Cronbach's α » προκειμένου να εξετασθεί η ανά παράγοντα κλίματος ΚΔ εσωτερική αξιοπιστία των δεδομένων.

Κατόπιν, επιχειρήθηκε, ανά παράγοντα κλίματος ΚΔ, η κατάταξη των απαντήσεων των συμμετεχόντων, αρχής γενομένης από την απάντηση με τη μικρότερη μέση τιμή που σηματοδοτούσε καλύτερη προοπτική αποδοχής της ΚΔ. Παράλληλα, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας των απαντήσεων πιθανώς να μην αντανακλά επακριβώς την ακριβή κατάταξη των ερωτήσεων (καθόσον αφορούσε διακριτά και όχι συνεχή αριθμητικά δεδομένα), υπολογίστηκε και παρατέθηκε η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος των σκορ των απαντήσεων.

Στη συνέχεια, για κάθε ερώτηση, διενεργήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι (ως κατάλληλοι στην περίπτωση διακριτών τιμών των μεταβλητών και μικρών δειγμάτων), προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν στατιστικές συσχετίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για την περίπτωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών «Φύλο», «Σχέση εργασίας» και «Τύπος ωραρίου», διενεργήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney που χρησιμοποιείται στην περίπτωση δύο μη συζευγμένων ομάδων της αυτής μεταβλητής. Για τα λοιπά δημογραφικά στοιχεία διενεργήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis ως αρμόζων για τη σύγκριση τριών και άνω συζευγμένων πληθυσμών.

Για όλες τις περιπτώσεις των ανωτέρω ελέγχων, το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκε ως ίσο με 0,10 ($\alpha=0.10$). Λαμβάνοντας υπόψη τη διόρθωση Bonferroni και το πλήθος των μεταβλητών (10 δημογραφικά στοιχεία προς συσχέτιση με τις απαντήσεις των ερωτώμενων), η τιμή p για τα διενεργηθέντα τεστ προσδιορίστηκε ως ίση με το $\alpha=0,10$ διαιρεμένο με τον αριθμό των σχετικών δοκιμών (10 δημογραφικά στοιχεία) δηλαδή ίσο με $\alpha'=0,10/10=0,01$.

Ακολούθως, για εκάστη περίπτωση εντοπισθείσας στατιστικής σημαντικότητας στη συσχέτιση απαντήσεων με τα δημογραφικά στοιχεία, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size /ES) με γνώμονα ότι οι ανακλύσασες τιμές εντός του εύρους 0.0–0.2, 0.2–0.5, 0.5–0.8 και 0.8–1.0 αντανakλούσαν αντίστοιχα ελαφρά, μέτρια, σημαντική ή ισχυρή επίδραση.

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η κατάταξη των παραγόντων κλίματος ΚΔ βάσει της καλύτερης (μικρότερης) βαθμολογίας που έλαβαν. Για αυτό το λόγο, χρησιμοποιήθηκαν αρχικά οι μέσοι όροι των απαντήσεων για κάθε συγκεκριμένο παράγοντα κλίματος ΚΔ. Ωστόσο, προς αποφυγή της χρήσης διακριτών μεταβλητών (απαντήσεις με σκορ 1,2,3,4,5 χωρίς δυνατότητα ενδιάμεσων τιμών), η ανάλυση συνεχίστηκε με την επεξεργασία των απαντήσεων ως ακολούθως: υπολογίστηκε για κάθε ερώτηση (και κάθε παράγοντα) το ποσοστό που έλαβε ως ποσοστό του μέγιστου δυνάμενου ποσοστού που εδύνατο να καταγραφεί. Και σε αυτή την περίπτωση, χαμηλότερο ποσοστό, σηματοδοτούσε καλύτερο κλίμα αποδοχής της ΚΔ και τούμπαλιν. Με αυτή τη «μετάπτωση» - από διακριτές σε συνεχείς τιμές των δεδομένων - εκτιμάται ότι τα αποτελέσματα κατάταξης των παραγόντων κλίματος ΚΔ είναι στατιστικά πιο στέρεα. Επιπλέον, προέκυψε η ευκαιρία, οι μεταβλητές (δημογραφικά στοιχεία) να ελεγχθούν ολιστικά με έκαστο παράγοντα κλίματος ΚΔ, πέραν της ανάλυσης που προηγήθηκε για εκάστη μεμονωμένη ερώτηση του ερωτηματολογίου. Δόθηκε, λοιπόν, η δυνατότητα - αφού ελέγχθηκε η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων - να διενεργηθούν οι σχετικοί One-Way

ANOVA έλεγχοι και να ιχνηλατηθούν τυχόν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Και στην περίπτωση αυτή, υπολογίστηκε το σχετικό effect size.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που διενεργήθηκε ως επιγραμματικά αναφέρθηκε στην ενότητα 6.5.

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου δείγματος παρουσιάζονται στους Πίνακες 2 έως 5.

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)

α/α	Κατηγορία	Υποκατηγορία	Πλήθος	(%)
1	Φύλο	Ανδρας	65	36,10
		Γυναίκα	115	63,90
2	Ηλικία	22-35	29	16,10
		36-45	79	43,90
		46-55	62	34,40
		>55	10	2,60
3	Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	130	72,20
		Άγαμος/η	33	18,30
		Σε συμβίωση	9	5,00
		Χωρισμένος/η	8	4,40
		Χήρος/α	0	0
4	Αριθμός τέκνων	0	55	30,60
		1	28	15,60
		2	68	37,80
		3	28	15,60
		>3	0	0,00

Ως διαφαίνεται στον Πίνακα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (63,90%). Αναφορικά με την ηλικία, μικρότερη συμμετοχή έλαβε χώρα από προσωπικό άνω των 55 ετών ενώ η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα ήταν η μεταξύ 36 και 45 ετών (43,90%).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (72,20%). Το δημογραφικό αυτό χαρακτηριστικό έτυχε περαιτέρω επεξεργασίας ως θα αναλυθεί στον Πίνακα 5. Τέλος, ως προς τον αριθμό τέκνων, την πρώτη και δεύτερη θέση συμμετοχής κατείχαν αντίστοιχα οι έχοντες δύο τέκνα (37,80%) και οι άνευ τέκνων (30,60%).

Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, εργασιακή εμπειρία, τρέχουσα θέση εργασίας)

α/α	Κατηγορία	Υποκατηγορία	Πλήθος	(%)
1	Εκπαίδευση	Διδακτορικό	8	4,40
		Μεταπτυχιακό	60	33,30
		ΑΕΙ	57	31,70
		ΤΕΙ	13	7,20
		Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	26	14,40
		Σχολή β' βαθμιας εκπαίδευσης	15	8,30
		Άλλο	1	6,00
2	Έτη στην παρούσα θέση εργασίας	0-5	65	36,10
		6-10	27	15,00
		11-15	24	13,30
		16-20	22	12,20
		>20	42	23,30
3	Έτη συνολικής υπηρεσίας	0-5	14	7,80
		6-10	13	7,20
		11-15	19	10,60
		16-20	39	21,70
		>20	95	52,80
4	Υπηρεσία	Νοσηλευτική	114	63,30
		Ιατρική	51	28,30
		Διοικητική	14	7,80
		Τεχνική	1	6,00

Από τα δεδομένα του Πίνακα 3 συνάγεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είχα μεταπτυχιακό τίτλο (33,30%) ή ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (31,70%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (36,10%) κατείχαν την τρέχουσα θέση τους από μηδέν έως πέντε έτη, αν και ως προς το συνολικό χρόνο υπηρεσίας τους στον εν λόγω νοσοκομείο οι περισσότεροι συμμετέχοντες (52,80%) είχαν εργαστεί για παραπάνω από είκοσι έτη. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (63,30%) προέρχονταν από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία. Ωστόσο, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της βαθμίδας εκπαίδευσης και της υπηρεσίας προέλευσης έτυχαν περαιτέρω επεξεργασίας ως θα αναλυθεί στον Πίνακα 5.

Από τα δεδομένα του Πίνακα 4 συνάγεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (90,60%) των συμμετεχόντων ήταν στρατιωτικοί. Επίσης, οι συμμετέχοντες, εκτελούσαν ως επί το πλείστον, είτε μονίμως πρωινό (47,20%) είτε κυλιόμενο ωράριο (51,70%). Και τα δύο δημογραφικά χαρακτηριστικά που αναλύονται στον Πίνακα 4, έτυχαν περαιτέρω επεξεργασίας ως θα αναλυθεί στον Πίνακα 5.

Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (εργασιακή σχέση, τύπος ωραρίου)

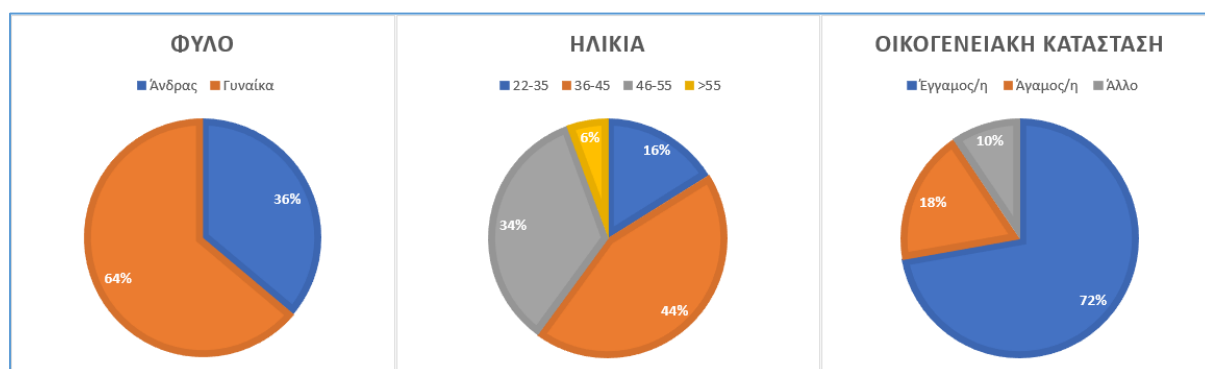
α/α	Κατηγορία	Υποκατηγορία	Πλήθος	(%)
1	Σχέση εργασίας	Μόνιμος (στρατιωτικός)	163	90,60
		Μόνιμος (πολιτικός υπάλληλος)	9	5,00
		ΙΔΑΧ (Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου)	1	0,60
		ΙΔΟΧ (Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου)	7	3,90
2	Τύπος ωραρίου	Μονίμως πρωινό	85	47,20
		Μονίμως απογευματινό	0	0
		Μονίμως Νυχτερινό	2	1,10
		Κυλιόμενο	93	51,70

Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, σχέση εργασίας, ωράριο)

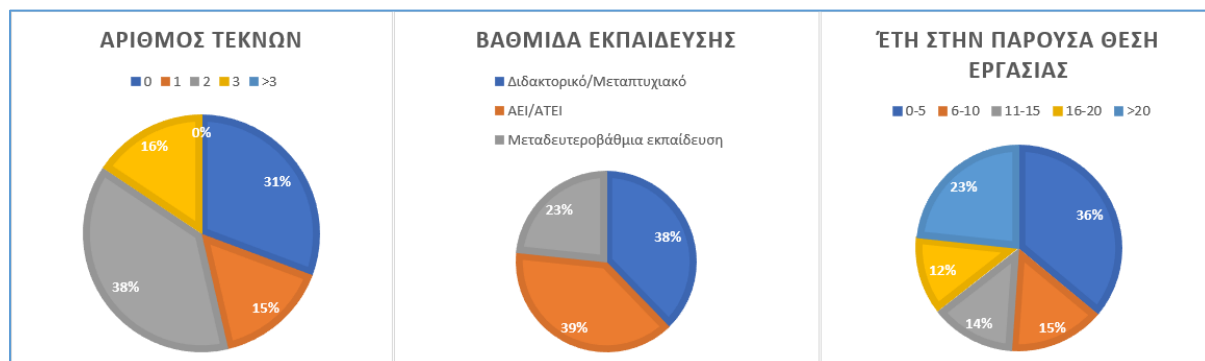
α/α	Κατηγορία	Υποκατηγορία	Νέα υποκατηγορία	Πλήθος	(%)
1	Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	Έγγαμος/η	130	72,20
		Άγαμος/η	Άγαμος/η	33	18,30
		Σε συμβίωση	Άλλο	17	9,40
		Χωρισμένος/η			
		Χήρος/α			
2	Εκπαίδευση	Διδακτορικό	Διδακτορικό/Μεταπτυχιακό	68	37,80
		Μεταπτυχιακό			
		ΑΕΙ	Ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα	70	38,90
		ΤΕΙ			
		Μεταδευτεροβάθμια	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	42	23,30
		Σχολή β' βαθμιας			
3	Σχέση εργασίας	Άλλο			
		Μόνιμος (στρατιωτικός)	Στρατιωτικός	163	90,60
		Μόνιμος (πολιτικός υπάλληλος)	Μη στρατιωτικός	17	9,40
		ΙΔΑΧ (Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου)			
		ΙΔΟΧ (Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου)			
4	Τύπος ωραρίου	Μονίμως πρωινό	Μονίμως πρωινό	85	47,00
		Μονίμως απογευματινό	Άλλο	95	53,00
		Μονίμως Νυχτερινό			
		Κυλιόμενο			
5	Υπηρεσία	Νοσηλευτική	Νοσηλευτική	114	64,00
		Ιατρική	Ιατρική	51	28,00
		Διοικητική	Διοικητική/Τεχνική	15	8,00
		Τεχνική			

Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται, ως προαναφέρθηκε, η ομαδοποίηση συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με γνώμονα τον αριθμό των ληφθεισών απαντήσεων των συμμετεχόντων. Η εν λόγω ομαδοποίηση, έλαβε χώρα υπό το πρίσμα της λογικευμένης ενοποίησης των δεδομένων/υποομάδων, έτσι ώστε χαμηλά ποσοστά «εμφάνισης» επιμέρους υποπαραμέτρων να συνυπολογίζονται σε ευρύτερες υποκατηγορίες. Με αυτόν τον τρόπο, εκτιμάται ότι δύναται να προκύψουν πιο στέρεα συμπεράσματα από την επικείμενη στατιστική ανάλυση. Συγκεκριμένα, στη στήλη «Νέα υποκατηγορία» του Πίνακα 5, παρουσιάζονται οι συγχωνευθείσες υποομάδες της στήλης «Υποκατηγορία». Για παράδειγμα, ως προς τον τύπο ωραρίου, οι μη εκτελούντες πρωινό ωράριο ενσωματώθηκαν στην νέα υποκατηγορία «Άλλο». Επιπλέον, οι μόνιμοι πολιτικοί υπάλληλοι που συμμετείχαν στην έρευνα, ενσωματώθηκαν με τους συμμετέχοντες ΙΔΟΧ και ΙΔΑΧ εργαζομένους, στην κατηγορία «μη στρατιωτικός». Αντίστοιχες συγχωνεύσεις διενεργήθηκαν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά που αφορούσαν στη βαθμίδα εκπαίδευσης, την υπηρεσία που ανήκει ο εργαζόμενος και στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

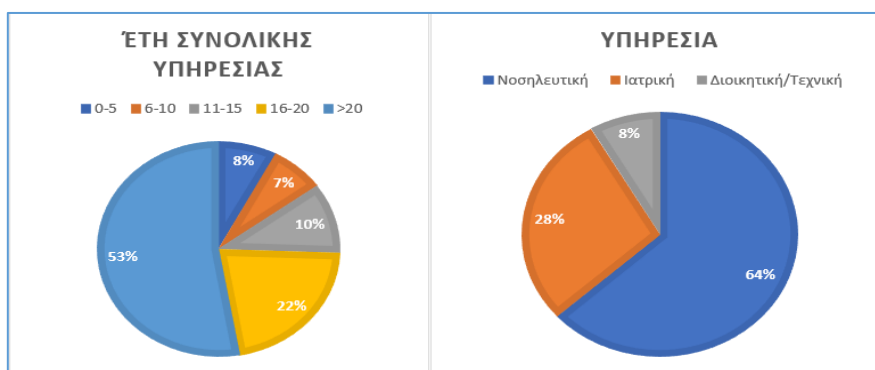
Συνολικά, τα «επικαιροποιημένα» δημογραφικά στοιχεία που προέκυψαν απεικονίζονται διαγραμματικά στα Διαγράμματα 12 έως 15.



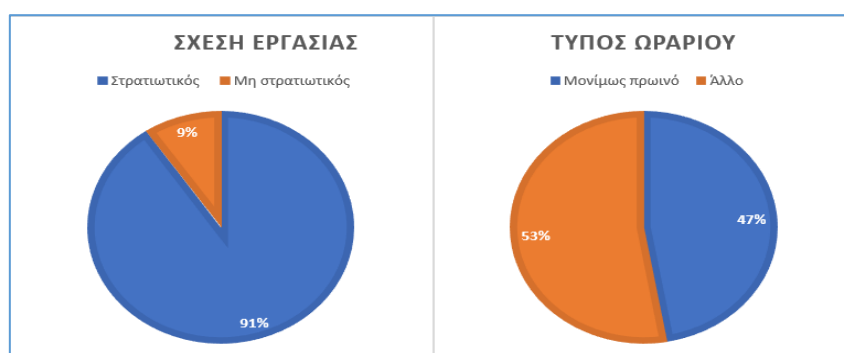
Διάγραμμα 12: Δημογραφικά στοιχεία (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)



Διάγραμμα 13: Δημογραφικά στοιχεία (αριθμός τέκνων, βαθμίδα εκπαίδευσης, έτη στην παρούσα θέση)



Διάγραμμα 14: Δημογραφικά στοιχεία (έτη συνολικής υπηρεσίας, υπηρεσία συμμετέχοντος)



Διάγραμμα 15: Δημογραφικά στοιχεία (σχέση εργασίας, τύπος ωραρίου)

7.2 Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας εξάχθηκε η τιμή του συντελεστή α του Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των έξι παραγόντων (Cronbach's Alpha Coefficient)

a/a	Παράγοντας	Cronbach's Alpha
1	Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	0,873
2	Προληπτική διαχείριση κινδύνου	0,822
3	Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	0,774
4	Συνεργασία με συναδέλφους	0,623
5	Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	0,705
6	Οργανωσιακή μάθηση	0,522

Οι τιμές του συντελεστή προέκυψαν να βρίσκονται εντός των αποδεκτών ορίων, ήτοι μεταξύ των τιμών από -1 έως +1. Ειδικότερα, για τους παράγοντες «Σχεδιασμός βελτίωσης της

ποιότητας και αλλαγή» και «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» προέκυψαν τιμές που αντιστοιχούν σε υψηλή (καλή) αξιοπιστία ($\alpha > 0,8$). Για τους λοιπούς παράγοντες κλίματος αποδοχής της ΚΔ προέκυψαν τιμές που αντανακλούν μέτρια αλλά αποδεκτή αξιοπιστία ($0,5 < \alpha < 0,8$).

7.3 Ταξινόμηση των ερωτήσεων ανά παράγοντα ΚΔ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η ταξινόμηση των ερωτήσεων βάσει των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες και υπό το πρίσμα ότι μικρότερη βαθμολογία σηματοδοτεί καλύτερη προοπτική αποδοχής του εγχειρήματος της ΚΔ.

Πίνακας 7: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος/ εύρος
1	42	Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε.	3,13	1,31	3/2
2	48	Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού.	3,31	0,99	3/1
3	46	Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.	3,32	1,02	3/1
4	36	Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους).	3,37	1,12	4/1
5	39	Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	3,39	1,06	3/1
6	24	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται.	3,42	0,89	3/1
7	58	Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	3,43	1,11	4/2
8	38	Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες.	3,44	1,15	4/1
9	51	Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις.	3,44	1,06	3/0
10	60	Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους.	3,45	1,06	4/1
11	20	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια».	3,51	1,10	4/1
12	25	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας.	3,53	1,19	4/2
13	59	Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές.	3,57	0,95	4/1
14	33	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα αποτελέσματά τους.	3,65	0,90	4/1
15	29	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή.	3,66	0,94	4/1
16	41	Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά.	3,79	0,93	4/1
17	56	Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν.	3,80	0,99	4/1,75
18	57	Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζόμενους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους.	3,81	1,03	4/2
19	34	Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα.	3,83	1,02	4/2
20	50	Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	3,93	1,04	4/2
21	18	Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας.	4,10	0,96	4/1

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, για τον παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» καλύτερο (μικρότερο) μέσο όρο (3,13) έλαβε η ερώτηση με α/α 42 (Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε). Τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο μέσο όρο ίσο με 4,10) έλαβε η ερώτηση με α/α 18 (Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας).

Τα αποτελέσματα για την περίπτωση του παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Για αυτόν τον παράγοντα, καλύτερο (μικρότερο) μέσο όρο (Μ.Ο 2,56) έλαβε η ερώτηση με α/α 54 (Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε.). Τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο Μ.Ο 3,67) έλαβε η ερώτηση με α/α 30 (Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων).

Πίνακας 8: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος/ εύρος
1	54	Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε.	2,56	1,12	3/1
2	52	Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	2,67	1,01	2/1
3	14	Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)	2,76	1,15	3/2
4	21	Υπάρχουν κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) οι οποίοι αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν.	2,87	1,20	3/2
5	43	Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	2,91	0,96	3/2
6	22	Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	3,03	1,05	3/2
7-8	37	Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	3,08	1,01	3/2
	44	Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση.	3,08	1,01	3/2
9	35	Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του.	3,19	1,02	3/2
10	27	Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους.	3,27	1,10	3/2
11	30	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων.	3,67	1,00	4/1

Τα αποτελέσματα στην περίπτωση του παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας», εμφανίζονται στον Πίνακα 9. Τον καλύτερο (μικρότερο) μέσο όρο (Μ.Ο 2,12) έλαβε η ερώτηση με α/α 3 (Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.). Τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο μέσο όρο ίσο με 3,28) έλαβε η ερώτηση με α/α 5 [Σε περίπτωση κλινικού συμβάντος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους

ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες].

Πίνακας 9: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος
1	3	Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.	2,12	1,27	2/2
2	7	Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών.	2,25	1,26	2/2
3	11	Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό.	2,84	1,12	3/2
4	1	Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει».	3,04	1,23	3/2
5	10	Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του.	3,07	1,30	3/2
6	12	Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη.	3,16	1,06	3/2
7	16	Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίει.	3,26	1,21	3/2
8	26	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι».	3,26	1,12	3/2
9	5	Σε περίπτωση κλινικού συμβάντος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που εμπλέκονται να νιώθουν ένοχοι-φταίχτες.	3,28	1,22	3/2

Στον Πίνακα 10, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τον παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους». Τον καλύτερο (μικρότερο) μέσο όρο (Μ.Ο 2.48) έλαβε η ερώτηση με α/α 8 (Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους). Τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο Μ.Ο ίσο με 3.28) έλαβε η ερώτηση με α/α 5 [Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση)].

Πίνακας 10: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος
1	8	Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους.	2,48	1,03	2/1
2	45	Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς.	3,09	1,05	3/2
3	53	Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου.	3,16	1,06	3/2
4	40	Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός.	3,18	1,10	3/2
5	19	Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων.	3,48	1,04	4/1
6	55	Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση).	3,61	1,14	4/1

Στον Πίνακα 11 αναφέρονται τα αποτελέσματα για τον παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης». Τον καλύτερο (μικρότερο) Μ.Ο (Μ.Ο 2.81) έλαβε η ερώτηση με α/α 47 (Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας). Τη

χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο Μ.Ο ίσο με 3.88) έλαβε η ερώτηση με α/α 17 (Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του).

Πίνακας 11: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος
1	47	Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας.	2,81	1,11	3/2
2	15	Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	2,82	1,14	3/2
3	4	Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όλους εργαζόμενους το επιθυμούν.	3,27	1,25	3/2
4	9	Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	3,29	1,06	3/1
5	6	Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της.	3,49	1,08	4/1
6	49	Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση.	3,53	1,09	4/1
7	28	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς.	3,65	1,08	4/1
8	17	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του.	3,88	1,01	4/2

Τέλος, η κατάταξη των ερωτήσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» παρατίθεται στον Πίνακα 12. Τον καλύτερο (μικρότερο) Μ.Ο (Μ.Ο 2.66) έλαβε η ερώτηση με α/α 23 (Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού). Τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο Μ.Ο ίσο με 3.70) έλαβε η ερώτηση με α/α 2 [Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό)].

Πίνακας 12: Κατάταξη απαντήσεων παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση»

A/A	α/α ερώτησης	Ερώτηση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος
1	23	Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού.	2,66	1,06	3/1
2	13	Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	2,81	1,11	3/2
3	31	Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	3,08	1,09	3/2
4	32	Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	3,12	1,10	3/2
5	2	Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό).	3,70	1,12	4/2

7.4 Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις για ερωτήσεις ερωτηματολογίου

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων που διενεργήθηκαν προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων που ελήφθησαν για εκάστη μεμονωμένη ερώτηση του ερωτηματολογίου και των εξεταζόμενων μεταβλητών (δημογραφικά στοιχεία).

Τα αναλυτικά αποτελέσματα του ελέγχου (Mann-Whitney ή Kruskal-Wallis) για εκάστη ερώτηση (συγκεντρωμένες ανά παράγοντα κλίματος ΚΔ) παρατίθενται στο Παράρτημα Ι (Πίνακες 19 έως 24). Συγκεντρωτικά, τα ευρήματα (στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις) παρουσιάζονται στον Πίνακα 13. Επιπλέον, για κάθε ανακλύπτουσα περίπτωση υπολογίστηκε και συμπεριλαμβάνεται σε παρένθεση το αντίστοιχο μέγεθος επίδρασης (effect size) της κάθε εντοπισθείσας συσχέτισης. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ερωτήσεων που υπάγονται στον παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους». Ομοίως, για καμία ερώτηση δεν προέκυψε συσχέτιση με τις μεταβλητές που αφορούν στο φύλο, την ηλικία, τον αριθμό των τέκνων και τη κατεχόμενη θέση του συμμετέχοντα (νοσηλευτική, ιατρική, διοικητική).

Πίνακας 13: Αποτελέσματα μη παραμετρικών ελέγχων

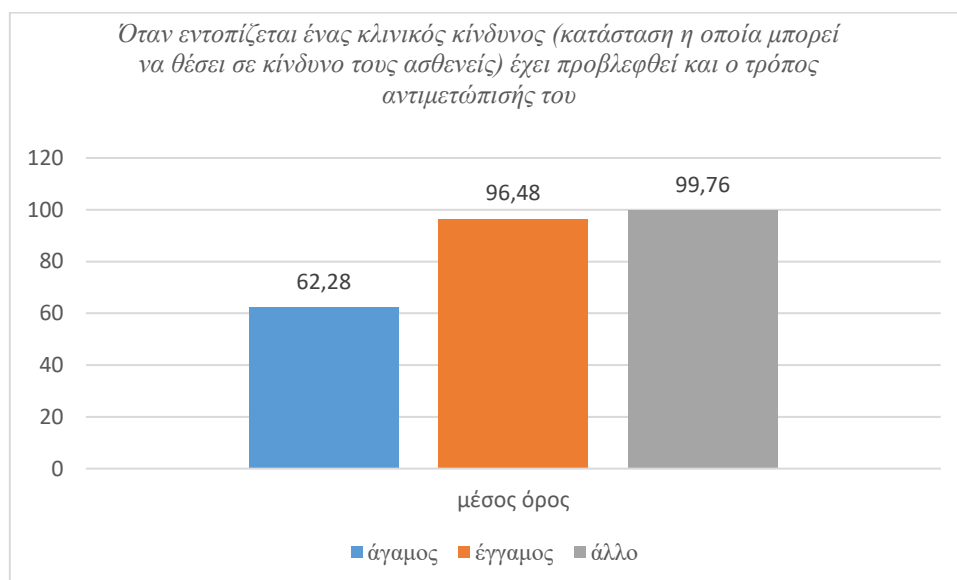
			Είδος test					
			Kruskal-Wallis				Mann -Whitney	
			Υποπαράγοντες /Δημογραφικά					
A/A	Παράγοντας Κλίματος Κλινικής διακυβέρνησης	α/α ερώτησης	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Σχέση εργασίας	Ωράριο
1	1. Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	25		0,001 (0,06)				
		57				0,000 (0,10)		
2	2. Προληπτική διαχείριση κινδύνου	14		0,000 (0,09)				
		35	0,002 (0,05)				0,005 (0,21)	
		44	0,005 (0,05)					
		54		0,004 (0,05)				

3	3. Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	3						0,001 (0,24)
		11		0,006 (0,05)				
		12			0,009 (0,05)			
4	5. Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	49			0,006 (0,06)			
5	6. Οργανωσιακή μάθηση	31	0,005 (0,05)	0,006 (0,05)				

Αναλυτικότερα, ως προς τα θετικά ευρήματα και βάσει του Πίνακα 13:

α. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «οικογενειακή κατάσταση» και της ερώτησης:

(1) Με α/α 35 [Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του]. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε σημαντικά καλύτερος (μικρότερος) Μ.Ο βαθμολόγησης στους άγαμους (62,78) σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 16. Διαφαίνεται ότι οι άγαμοι αντιλαμβάνονται πιο θετικά τις συνθήκες προβλεπτικότητας του νοσοκομείου σε περίπτωση κλινικού κινδύνου. Ωστόσο, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).

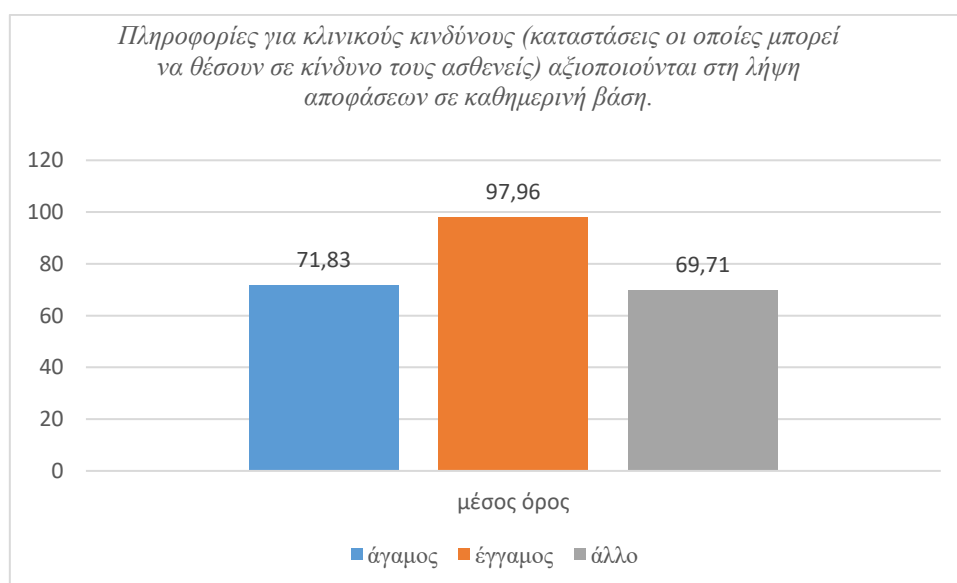


Διάγραμμα 16: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 35

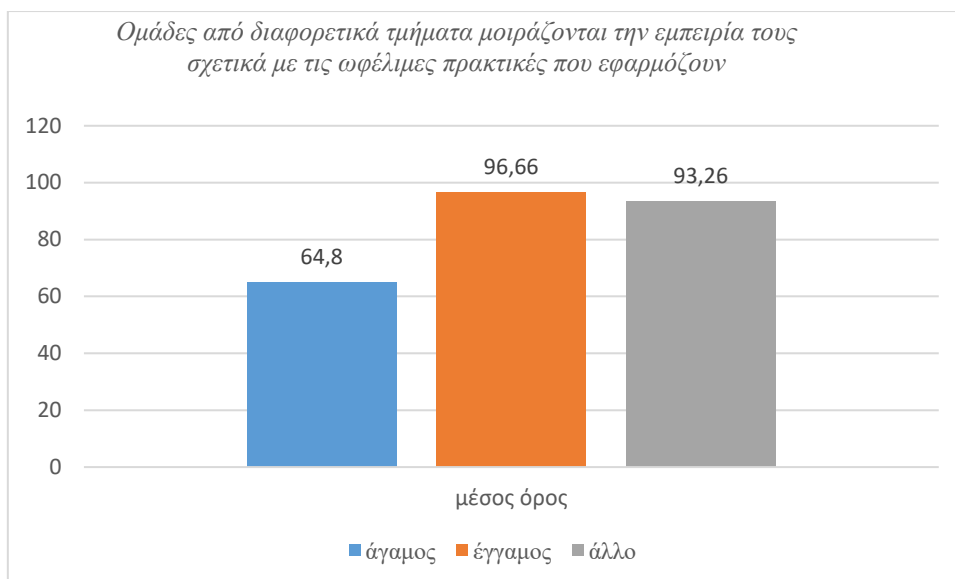
(2) Με α/α 44 [Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση] έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του). Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε σημαντικά

χειρότερος (μεγαλύτερος) μέσος όρος βαθμολόγησης (99,76) στους έγγαμους σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 17. Διαφαίνεται ότι οι έγγαμοι «τοποθετούνται» πιο αρνητικά σχετικά με την τάση αξιοποίησης επί καθημερινής βάσεως των πληροφοριών που δύναται να συλλεχθούν από τη διαχείριση κινδύνου. Ωστόσο, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).

(3) Με α/α 31 (Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν). Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε σημαντικά καλύτερος (μικρότερος) μέσος όρος βαθμολόγησης (64,80) στους άγαμους σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 18. Διαφαίνεται ότι οι άγαμοι, στην περίπτωση αυτής της ερώτησης - που υπάγεται στον παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» - τοποθετούνται πιο θετικά στην προοπτική διαμοιρασμού πληροφοριών μεταξύ τμημάτων του νοσοκομείου. Ωστόσο, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).



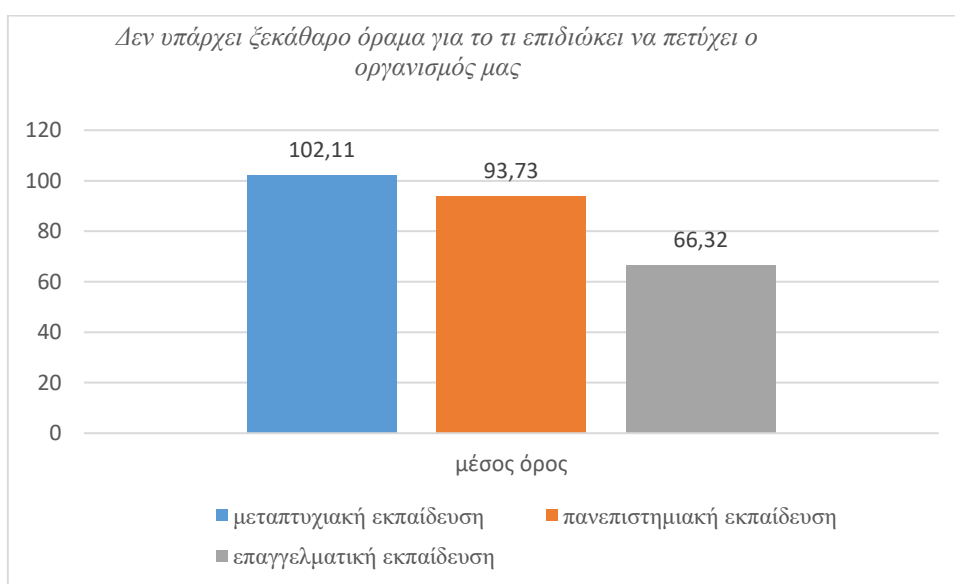
Διάγραμμα 17: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 47



Διάγραμμα 18: Συσχέτιση «οικογενειακής κατάστασης» με ερώτηση α/α 31

β. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Εκπαίδευση» και της ερώτησης:

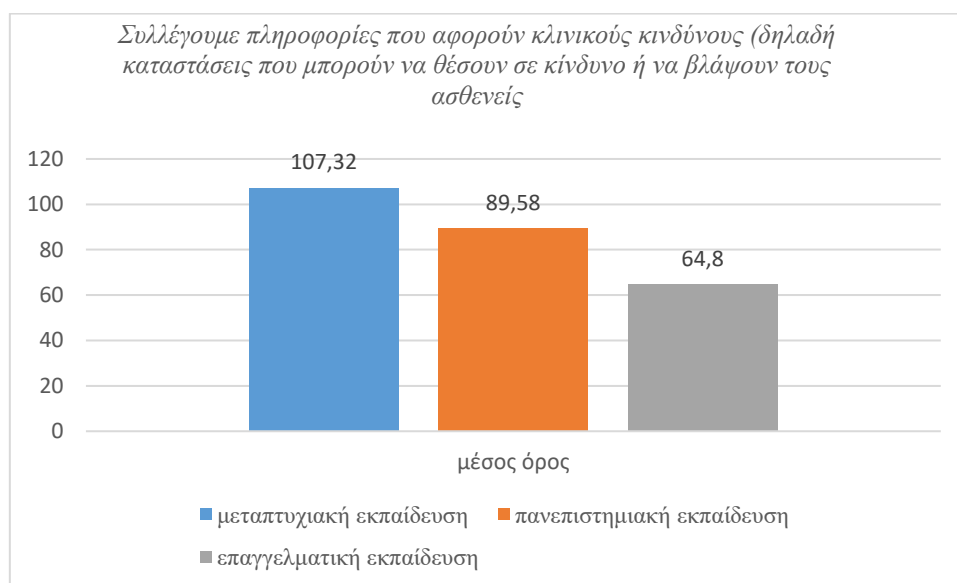
(1) Με α/α 25 (Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας). Συγκεκριμένα, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σηματοδότησε χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία στην συγκεκριμένη ερώτηση, ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 19. Διαφαίνεται ότι η ανοδική πορεία στην εκπαίδευση, συνοδοιπορεί με την πιο κριτική αντίληψη ως προς την ύπαρξη σαφήνειας του οράματος που υιοθετεί το νοσοκομείο. Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).



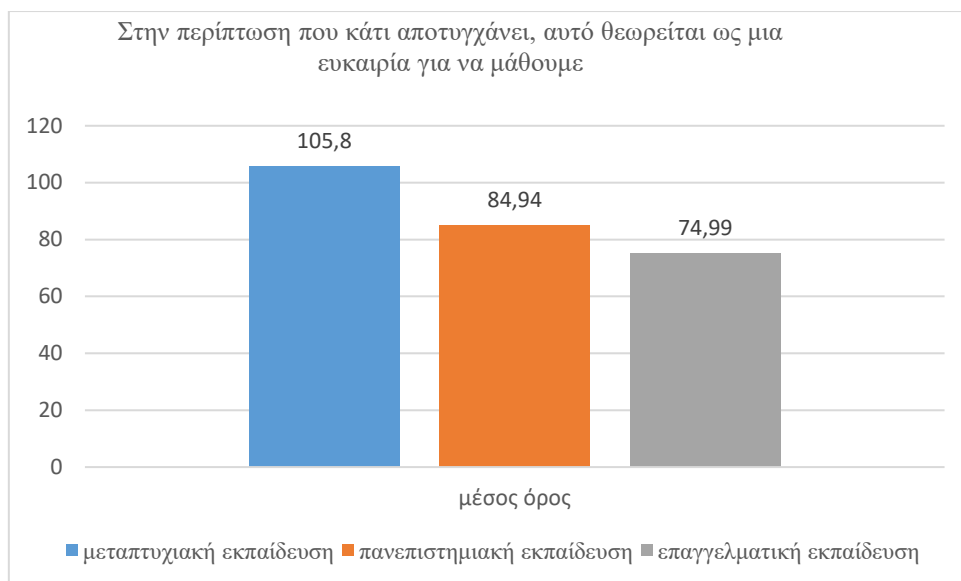
Διάγραμμα 19: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 25

(2) Με α/α 14 [Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)]. Συγκεκριμένα, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σηματοδότησε χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία (μέση τιμή 107,32) στην συγκεκριμένη ερώτηση αναδεικνύοντας ουσιαστικά την ύπαρξη πιο αρνητικής αντίληψης των ευρύτερα επιμορφωμένων συμμετεχόντων ως προς τις διαδικασίες συλλογής πληροφοριών περί κλινικών κινδύνων. Προς απεικόνιση των συσχετίσεων, παρατίθεται το Διάγραμμα 20. Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).

(3) Με α/α 54 (Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε). Και πάλι σε αυτή την ερώτηση, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σηματοδότησε χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία (μέση τιμή 105,80), αναδεικνύοντας μια αρνητική σύνδεση του επιπέδου επιμόρφωσης σε σχέση με τη θεώρηση από το εν λόγω νοσοκομείο της αποτυχίας ως μία ευκαιρία μάθησης. Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05). Τα σχετικά ευρήματα οπτικοποιούνται στο Διάγραμμα 21.

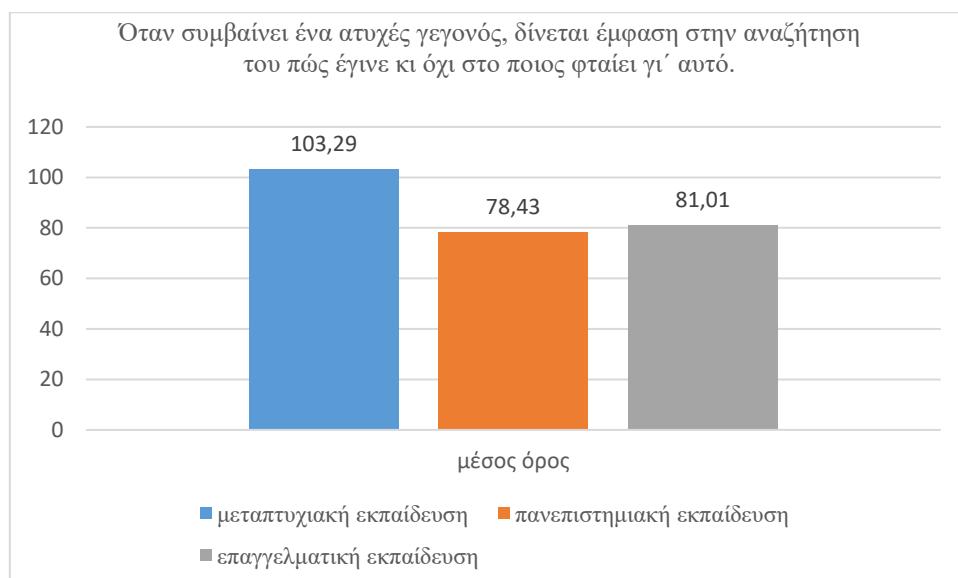


Διάγραμμα 20: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 14



Διάγραμμα 21: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 54

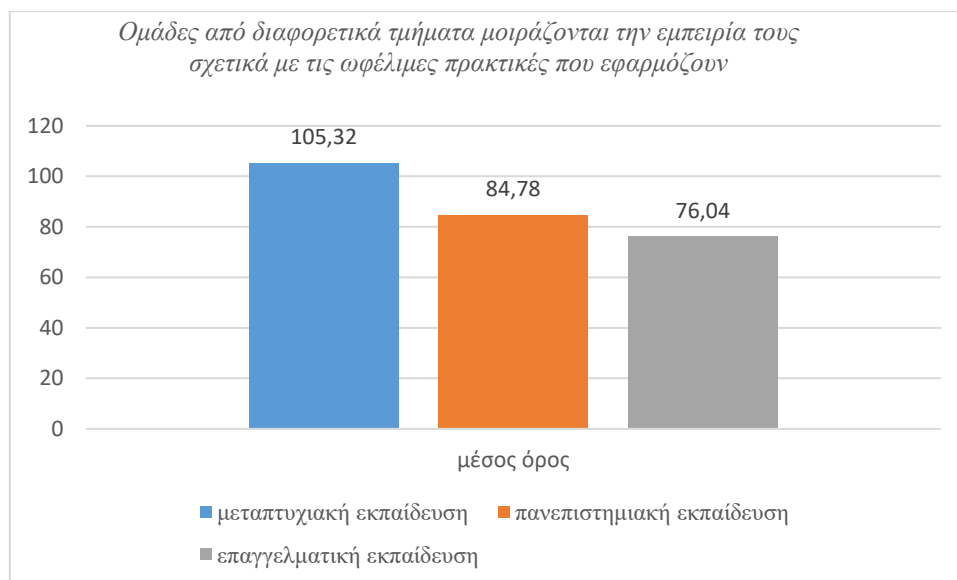
(4) Με α/α 11 (Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό). Σε αυτήν την ερώτηση, οι «μεταπτυχιακοί» συμμετέχοντες απέδωσαν χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία (μέση τιμή 103,29) αναδεικνύοντας ότι, κατά την αντίληψη τους, έκαστο πιθανό σφάλμα δεν σηματοδοτεί απαραίτητα εφελκτήριο πρόσκτησης γνώσης. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05). Οι σχετικές τιμές παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 22.



Διάγραμμα 22: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 11

(5) Με α/α 31 (Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν). Για άλλη μία φορά, υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης

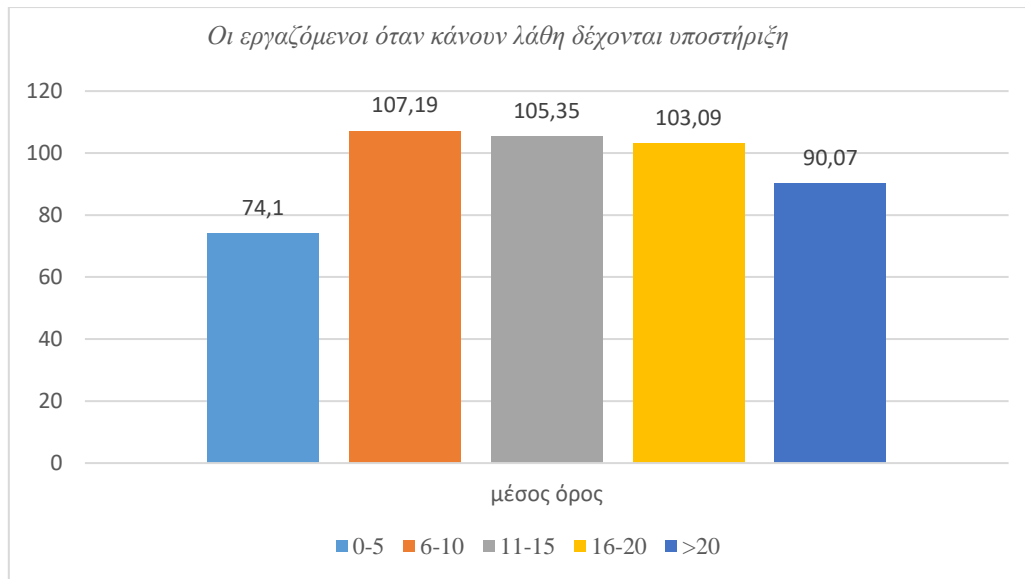
σήμανε την απόδοση χειρότερης (μεγαλύτερης) βαθμολογίας στην συγκεκριμένη ερώτηση, ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 23. Κατά την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης, η αντίληψη των συμμετεχόντων περί κουλτούρας διαμοιρασμού εμπειριών μεταξύ τμημάτων, έτεινε να είναι πιο αρνητική. Ως προς το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής και πάλι προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).



Διάγραμμα 23: Συσχέτιση «εκπαίδευσης» με ερώτηση α/α 31

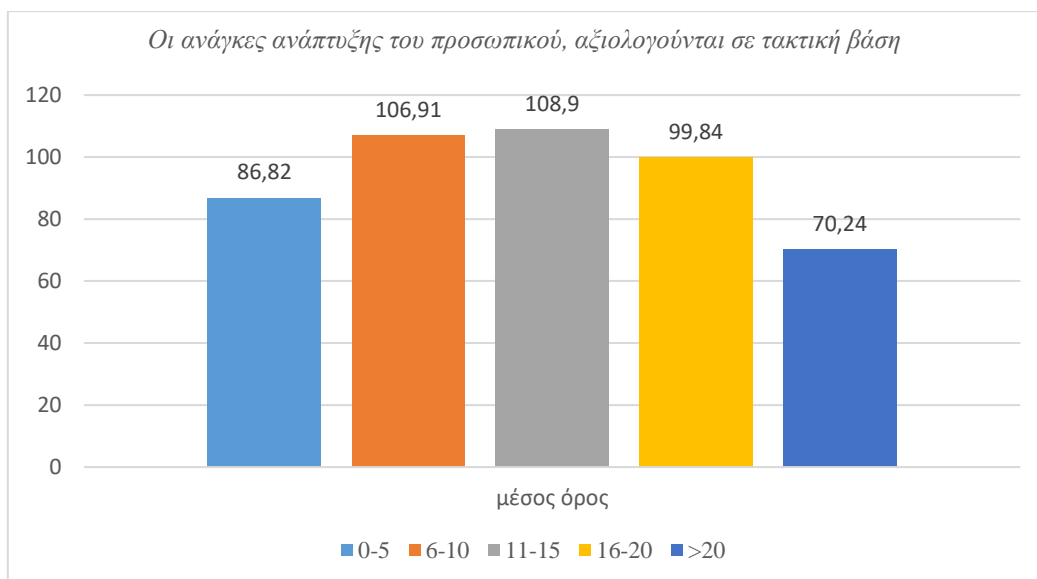
γ. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Χρόνος στην παρούσα θέση εργασίας» και της ερώτησης:

(1) Με α/α 12 (Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη). Συγκεκριμένα, οι άκρες τιμές τις μεταβλητής (έως 5 και άνω των 20 ετών υπηρεσίας στην παρούσα θέση) απέδωσαν καλύτερη (μικρότερη) βαθμολογία στην συγκεκριμένη ερώτηση, ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 24. Μία πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι οι «νεοτοποθετημένοι» και οι «παλαιώθεν» έμπειροι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται θετικά τη δυναμική υποστήριξης του νοσοκομείου στο προσωπικό σε περίπτωση σφαλμάτων. Στην πρώτη περίπτωση, αναγνωρίζεται και πιθανώς λαμβάνεται υπόψη η έλλειψη εμπειρίας ενώ στη δεύτερη η συνολική προσφορά του εκτελούντα κάποιο λάθος. Ως προς το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής και πάλι προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).



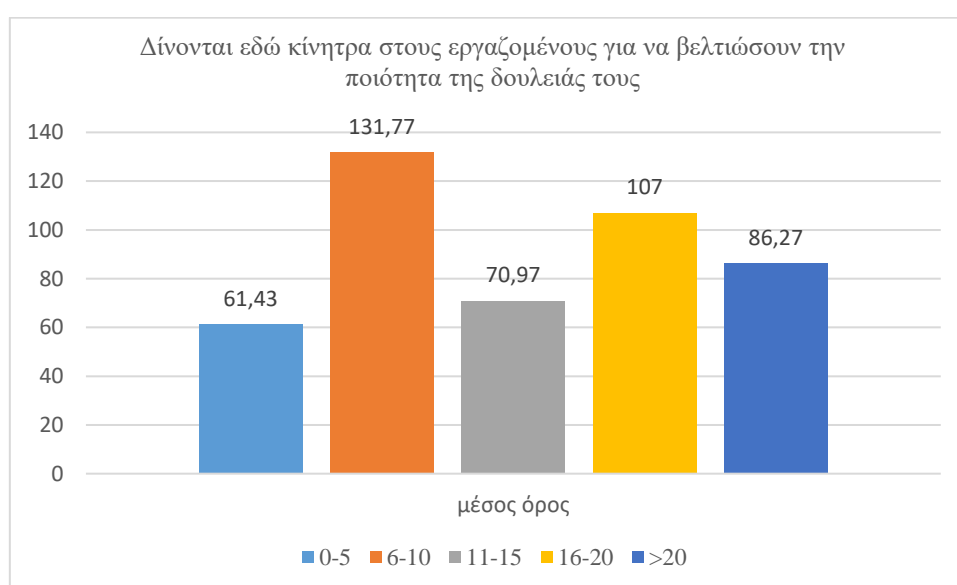
Διάγραμμα 24: Συσχέτιση «χρόνου στην παρούσα θέση εργασίας» με ερώτηση α/α 12

(2) Με α/α 49 (Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση). Συγκεκριμένα, οι άκρες τιμές τις μεταβλητής (έως 5 και άνω των 20 ετών υπηρεσίας στην παρούσα θέση) απέδωσαν καλύτερη (μικρότερη) βαθμολογία στην συγκεκριμένη ερώτηση, ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 25. Μία πιθανή ερμηνεία του ευρήματός είναι ότι οι «νεοτοποθετημένοι» και οι «παλαιώθεν» έμπειροι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται θετικότερα τη δυναμική του νοσοκομείου για την αξιολόγηση αναγκών ανάπτυξης του προσωπικού. Δύναται να θεωρηθεί, ότι οι εν λόγω υποομάδες λαμβάνουν πιο θετικά μηνύματα από τη Διοίκηση για την ανάπτυξή τους, στο πλαίσιο πιθανώς κάποιας γενικής αντίληψης περί επένδυσης στους νέους και στους πραγματικά έμπειρους. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,06).



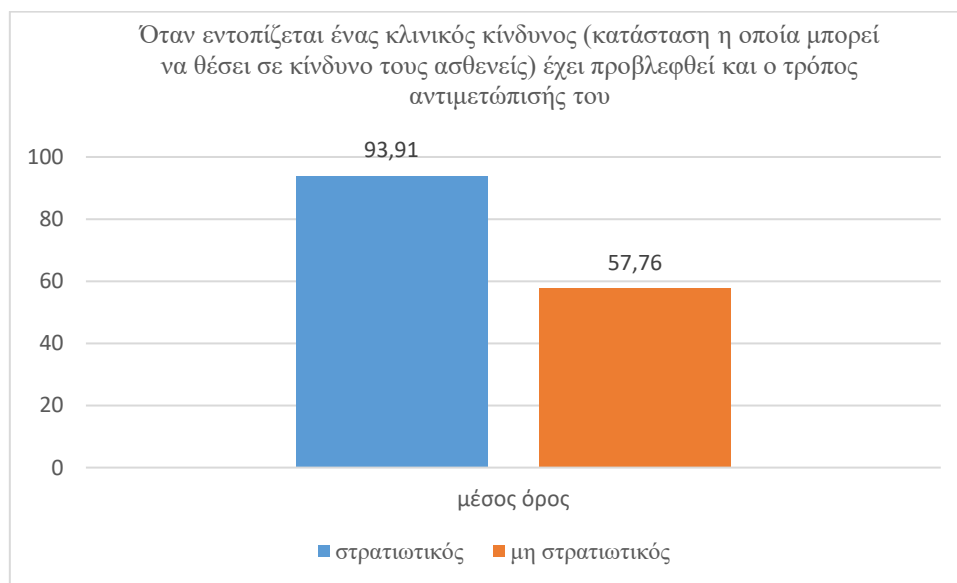
Διάγραμμα 25: Συσχέτιση «χρόνου στην παρούσα θέση εργασίας» με ερώτηση α/α 49

δ. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Συνολικός χρόνος υπηρεσίας» και της ερώτησης με α/α 57 (*Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους.*) Συγκεκριμένα, η αντίληψη των εργαζομένων, καταγράφεται πιο θετική για 0-5 έτη υπηρεσίας και αυξομειώνεται σε κάθε επόμενη διαδοχικά υποομάδα, ως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 26. Οι υποομάδες με 0-5, 10-15 και >20 συνολικό χρόνο υπηρεσίας αντιλαμβάνονται θετικότερα τη μέριμνα της Διοίκησης για παροχή κινήτρων προκειμένου να βελτιωθεί το παραγόμενο αποτέλεσμα. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,10).



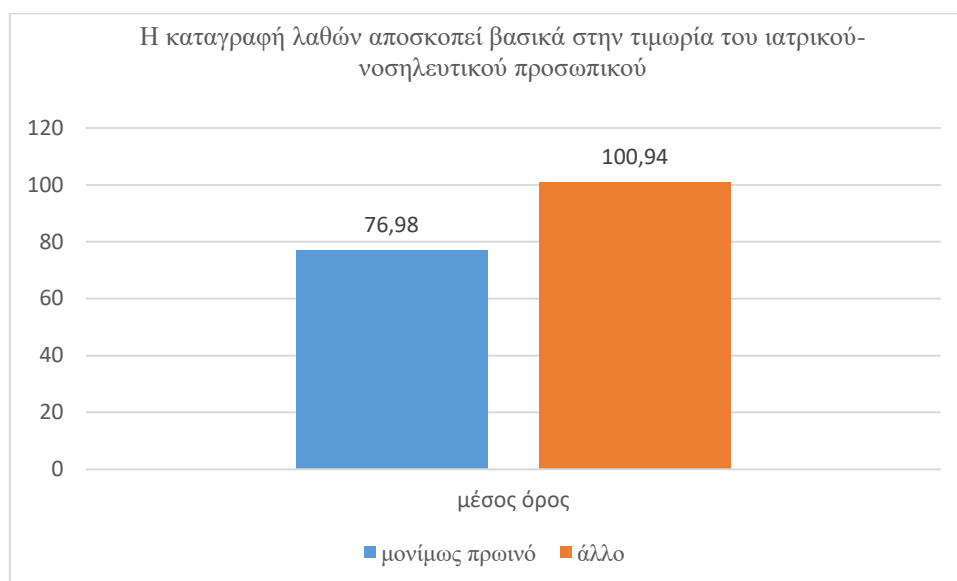
Διάγραμμα 26: Συσχέτιση «συνολικού χρόνου υπηρεσίας» με ερώτηση α/α 57

ε. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Σχέση εργασίας» και της ερώτησης με α/α 35 [Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του]. Συγκεκριμένα, η αντίληψη των στρατιωτικών εργαζομένων, καταγράφεται ως σημαντικά πιο αρνητική αναφορικά με την πρόνοια του οργανισμού για την αντιμετώπιση των κλινικών κινδύνων. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως μέτριο (τιμή 0,21).



Διάγραμμα 27: Συσχέτιση «σχέσης εργασίας» με ερώτηση α/α 35

στ. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Τύπος ωραρίου» και της ερώτησης με α/α 3 (Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού). Συγκεκριμένα, η αντίληψη των εργαζομένων που δεν εκτελούν μονίμως πρωινό ωράριο, καταγράφεται ως σημαντικά πιο αρνητική αναφορικά με τη σκοπιμότητα καταγραφής των λαθών υιοθετώντας πιο σθεναρά τη στάση ότι μία τέτοια διαδικασία προσβλέπει στην τιμωρία των εμπλεκομένων. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής και πάλι προσδιορίστηκε ως μέτριο (τιμή 0,24). Εκτιμάται ότι, οι εν λόγω εργαζόμενοι δεν κατέχουν την ευρύτερη εικόνα των διαδικασιών αξιοποίησης των πληροφοριών και πως αυτές μετουσιώνονται ακολούθως σε ευκαιρία για επαναπροσδιορισμό διαδικασιών.



Διάγραμμα 28: Συσχέτιση «τύπου ωραρίου» με ερώτηση α/α 3

7.4 Ταξινόμηση των παραγόντων ΚΔ

Προκειμένου να διενεργηθεί η κατάταξη των παραγόντων αναφορικά με τη ληφθείσα βαθμολογία σχεδιάστηκε ο Πίνακας 14 ο οποίος περιλαμβάνει τη σχετική πληροφορία βάσει του συνολικού μέσου όρου που έχαιραν οι απαντήσεις εκάστης κατηγορίας.

Πίνακας 14: Κατάταξη παραγόντων βάσει των μέσων όρων (διακριτές μεταβλητές)

α/α	Παράγοντας	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Εύρος Μ.Ο βαθμολογίας	
				ελάχιστο	μέγιστο
1	Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	2,92	0,44	2,12	3,28
2	Προληπτική διαχείριση κινδύνου	3,01	0,31	2,56	3,67
3	Οργανωσιακή μάθηση	3,07	0,40	2,66	3,70
4	Συνεργασία με συναδέλφους	3,17	0,39	2,48	3,61
5	Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	3,34	0,38	2,81	3,88
6	Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	3,57	0,24	3,13	4,10

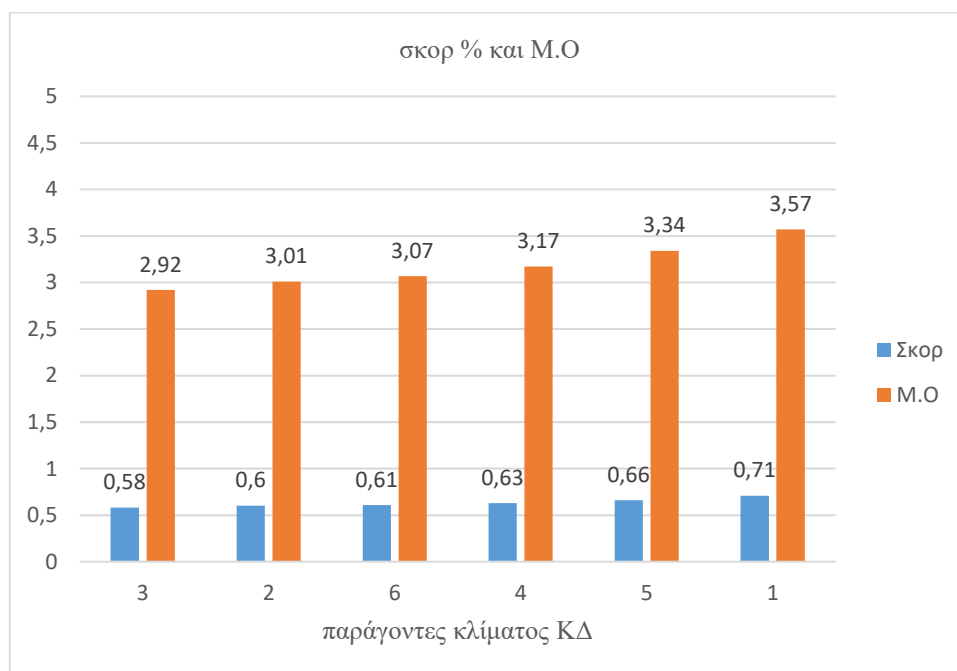
Στη συνέχεια, επαναπροσδιορίστηκε η ανωτέρω κατάταξη βάσει της «μετάπτωσης» των δεδομένων από διακριτές σε συνεχείς τιμές με τον υπολογισμό για κάθε ερώτηση (και κάθε παράγοντα) του ποσοστού που έλαβε ως ποσοστό του μέγιστου δυνάμενου ποσοστού που edύνατο να καταγραφεί. Και σε αυτή την περίπτωση, χαμηλότερο ποσοστό, θα σηματοδοτούσε καλύτερο κλίμα αποδοχής της ΚΔ και τούμπαλιν. Ωστόσο, μετά τον υπολογισμό και την καταγραφή των αποτελεσμάτων αυτής της επεξεργασίας προέκυψαν τα αποτελέσματα που

περιλαμβάνονται στον Πίνακα 15, τα οποία φανερώνουν ότι και με τις δύο μεθόδους η κατάταξη των παραγόντων παρέμεινε η ίδια.

Πίνακας 15: Κατάταξη παραγόντων βάσει των μέσων όρων (συνεχείς τιμές μεταβλητών)

α/α	Παράγοντας	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	ασυμμετρία	κύρτωση
1	Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	0,58	0,14	0,302	-0,585
2	Προληπτική διαχείριση κινδύνου	0,60	0,12	0,257	-0,038
3	Οργανωσιακή μάθηση	0,61	0,13	-0,0,80	-0,156
4	Συνεργασία με συναδέλφους	0,63	0,12	-0,137	-0,006
5	Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	0,66	0,12	-0,116	0,005
6	Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	0,71	0,11	-0,792	1,776

Ως φαίνεται, ο παράγοντας «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας» έλαβε την καλύτερη βαθμολογία (Μ.Ο 2,92 ή σκορ 58%). Τη χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία έλαβε ο παράγοντας «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» (Μ.Ο 3,57 ή σκορ 71%). Προς «οπτικοποίηση» των αποτελεσμάτων του Πίνακα 15, δημιουργήθηκε το Διάγραμμα 29.



Διάγραμμα 29: Βαθμολογία παραγόντων κλίματος ΚΔ.

7.5 Έλεγχοι One-Way ANOVA για παράγοντες κλίματος ΚΔ

Η προηγουμένως αναφερθείσα «μετάπτωση» από διακριτές σε συνεχείς τιμές των δεδομένων, έδωσε τη δυνατότητα περαιτέρω στατιστικών ελέγχων. Αφού ελέγχθηκε η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων (τα σχετικά Διαγράμματα ανά παράγοντα παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙ), εκτελέστηκαν οι ανάλογοι One-Way ANOVA έλεγχοι προκειμένου να ιχνηλατηθούν τυχόν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 16. Και στην περίπτωση αυτή, υπολογίστηκε το σχετικό effect size μέσω του συντελεστή Eta-squared, το οποίο παρατίθεται στον ίδιο Πίνακα εντός παρενθέσεων.

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ελέγχων ANOVA

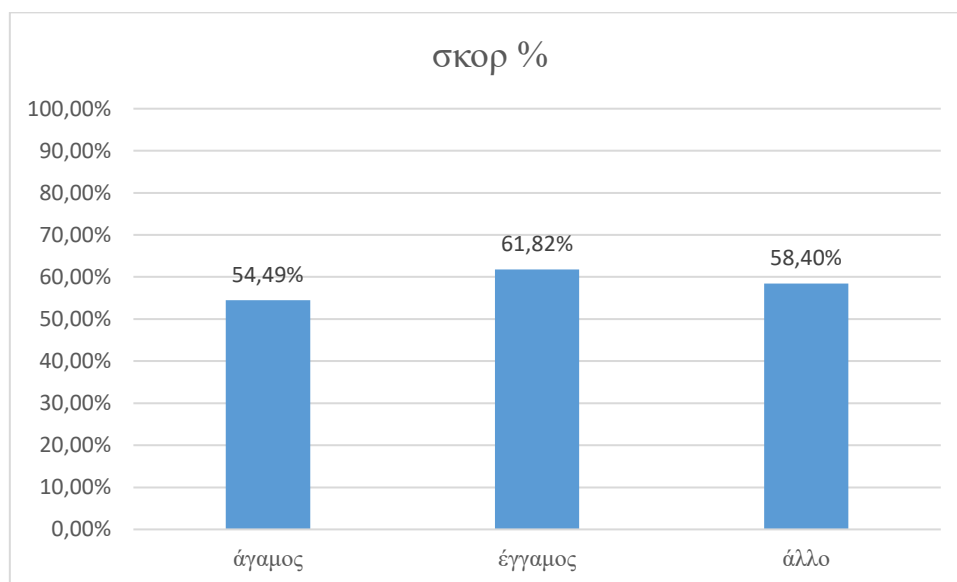
	Αποτελέσματα ANOVA Τεστ									
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Παράγοντας Κλίματος Κλινικής διακυβέρνησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	0,152	0,963	0,243	0,868	0,414	0,068	0,218	0,775	0,845	0,994
Προληπτική διαχείριση κινδύνου	0,357	0,203	0,010 (0,05)	0,170	0,000 (0,09)	0,314	0,119	0,198	0,084	0,882
Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	0,512	0,471	0,627	0,711	0,493	0,680	0,298	0,260	0,954	0,158
Συνεργασία με συναδέλφους	0,031	0,965	0,702	0,541	0,950	0,135	0,222	0,424	0,284	0,246
Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	0,567	0,315	0,156	0,784	0,037	0,233	0,016	0,545	0,707	0,887
Οργανωσιακή μάθηση	0,299	0,240	0,044	0,740	0,004 (0,06)	0,744	0,214	0,295	0,866	0,530

Ως προς τα θετικά ευρήματα και βάσει του Πίνακα 16:

α. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» και της μεταβλητής:

(1) «Οικογενειακή κατάσταση»

Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι για το συγκεκριμένο παράγοντα έδωσαν τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο σκορ) συγκριτικά με τις λοιπές υποομάδες. Την καλύτερη βαθμολογία την έδωσαν οι άγαμοι που φαίνεται να πλησιάζουν περισσότερο σε μία ουδέτερη στάση αναφορικά με την αντίληψη του οργανισμού ως προς την προληπτική διαχείριση κινδύνου. Τα σχετικά αποτελέσματα οπτικοποιούνται στο Διάγραμμα 30. Το σχετικό μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,05).



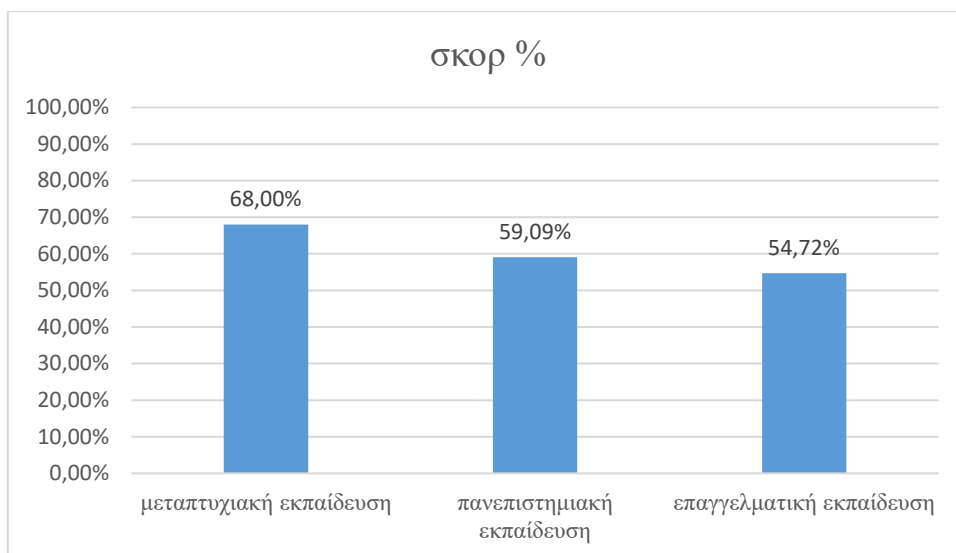
Διάγραμμα 30: Συσχέτιση παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» με την μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση»

(2) «Εκπαίδευση»

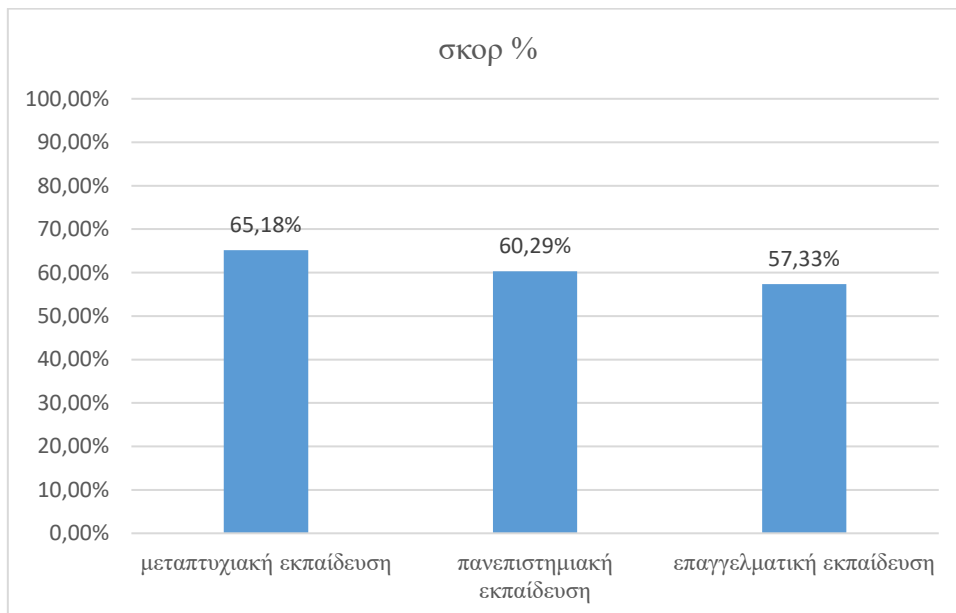
Από τη συγκεκριμένη στατιστικά σημαντική συσχέτιση, διαφαίνεται ότι η αύξηση του επιπέδου επιμόρφωσης σηματοδότησε την απόδοση χειρότερης βαθμολογίας (μεγαλύτερου σκορ) για τον παράγοντα αυτόν. Οι κατέχοντες τίτλο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό επέδειξαν πιο κριτική στάση στην αντίληψη που επικρατεί στο νοσοκομείο αναφορικά με την προληπτική διαχείριση κινδύνων. Το ίδιο συνέβη συγκριτικά, μεταξύ των συμμετεχόντων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες επαγγελματικής εκπαίδευσης. Τα σχετικά αποτελέσματα οπτικοποιούνται στο Διάγραμμα 31. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,09).

β. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» και της μεταβλητής «Εκπαίδευση». Από τη συγκεκριμένη στατιστικά σημαντική συσχέτιση, διαφαίνεται ότι η αύξηση του επιπέδου επιμόρφωσης σηματοδότησε την απόδοση χειρότερης βαθμολογίας (μεγαλύτερου σκορ) και για τον παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση». Οι κατέχοντες τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικό επέδειξαν πιο κριτική στάση στην αντίληψη

που επικρατεί στο νοσοκομείο αναφορικά με τον παράγοντα αυτόν. Το ίδιο συνέβη συγκριτικά, μεταξύ των συμμετεχόντων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους επαγγελματικής εκπαίδευσης. Τα σχετικά αποτελέσματα οπτικοποιούνται στο Διάγραμμα 32. Το σχετικό μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ (τιμή 0,09).



Διάγραμμα 31: Συσχέτιση παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» με την μεταβλητή «εκπαίδευση»



Διάγραμμα 32: Συσχέτιση παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» με την μεταβλητή «εκπαίδευση»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της προηγηθείσας στατιστικής ανάλυσης και ελέγχων, και παράλληλα παρατίθενται σε αντιπαραβολή με τα ευρήματα των αντίστοιχων ερευνών που έλαβαν χώρα σε ελληνικά νοσοκομεία και εντοπίστηκαν στην ελληνική βιβλιογραφία (Δρελιώζη, 2014; Πλατής και συν., 2020; Γαμβρούλη και συν. 2022, Διαμαντής, 2023). Η εν λόγω επιλογή, βασίστηκε στην πρόθεση περί πιο συστηματικής καταγραφής των συγκριτικών αποτελεσμάτων και υπό το πρίσμα ότι οι μελετώμενοι (ελληνικοί) πληθυσμοί και νοσοκομεία διακατέχονταν από κοινά χαρακτηριστικά ως προς την κουλτούρα και την ενδεχόμενη αποδοχή του εγχειρήματος της ΚΔ.

Τα πρώτο ερευνητικό ερώτημα που ετέθη στην παρούσα διπλωματική αφορούσε στο πώς το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου αντιλαμβάνεται τις διαστάσεις της ΚΔ. Λαμβανομένων υπόψη των Μ.Ο που έλαβαν οι παράγοντες κλίματος ΚΔ και οι οποίοι κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 2,92 και 3,57 δύναται να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι τηρούν μία ελαφρώς θετική προς ελαφρώς αρνητική «ετοιμότητα» για την αποδοχή των διαδικασιών της ΚΔ. Ανάλογο σχετικά κλίμα εντοπίστηκε και στις προαναφερόμενες ελληνικές μελέτες.

Ως προς την κατάταξη των παραγόντων κλίματος ΚΔ, ο παράγοντας «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας» έλαβε την καλύτερη (μικρότερη) βαθμολογία (Μ.Ο 2,92). Τη χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία έλαβε ο παράγοντας «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» (Μ.Ο 3,57). Οι λοιποί παράγοντες, έλαβαν βαθμολογία (μέσο όρο) που κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 3,01 και 3,34. Προβάλλοντας, τα ευρήματα, στη βαθμονόμηση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο (1=Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα), δύναται να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι έχουν μία ελαφρώς θετική αντίληψη για τον παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας» και ελαφρώς αρνητική αντίληψη για τους λοιπούς.

Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της Δρ. Δρελιώζη (2014), το εύρημα είναι ίδιο ως προς τον παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας», δηλαδή, και στην περίπτωση της έρευνάς της, ο συγκεκριμένος παράγοντας κατατάσσεται πρώτος και εντοπίζεται μία ελαφρώς θετική αντίληψη. Συγκριτικά με την ίδια διατριβή, ομοίως στη δεύτερη θέση βρέθηκε ο παράγοντας «Προληπτική διαχείριση κινδύνου», με μία μικρή διαφοροποίηση στους Μ.Ο. Συγκεκριμένα,

εντοπίστηκε καλύτερος Μ.Ο από τη Δρ. Δρελιώζη (2,73) συγκριτικά με αυτόν της παρούσας διπλωματικής (3,01). Η ίδια περίπου βαθμολογία (Μ.Ο) προσδιορίστηκε για τον παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης» στην εν λόγω διατριβή σε σχέση με τα παρόντα ευρήματα (3,30 και 3,34 αντίστοιχα). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι, στη διατριβή της Δρ. Δρελιώζη η κατάταξη βάσει των Μ.Ο δεν εκτελέστηκε συνολικά για τους έξι παράγοντες, περαιτέρω σύγκριση των αποτελεσμάτων δεν καθίστατο δυνατόν να εκτελεστεί. Ειδικότερα, η Δρ. Δρελιώζη κατέταξε μόνο τους προαναφερόμενους τρεις παράγοντες οι οποίοι βάσει της στατιστικής της ανάλυσης ερμήνευαν το 63% της συνολικής μεταβλητότητας του ερωτηματολογίου Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ).

Στην έρευνα των Πλατή και συν. (2020), οι αντίστοιχοι Μ.Ο κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 2,53 και 3,15. Στην περίπτωση αυτή, συνολικά τρεις παράγοντες συσχετίστηκαν με ελαφρώς θετική αντίληψη ενώ οι λοιποί [«Οργανωσιακή μάθηση» και «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» και «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας»] με ελαφρώς αρνητική. Την καλύτερη θέση κατέλαβε ο παράγοντας «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» (Μ.Ο 2,53) ενώ την χειρότερη ο παράγοντας «Οργανωσιακή μάθηση» (Μ.Ο 3,15). Η «πρωτιά» που κατακτήθηκε από τον παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» σε αυτή την έρευνα, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, όπου ο υπό μελέτη πληθυσμός κατέταξε τον παράγοντα αυτόν στην τελευταία θέση (Μ.Ο 3,57).

Στην έρευνα των Γαμβρούλη και συν. (2022), για το στρατιωτικό νοσοκομείο, οι Μ.Ο κυμαινόταν μεταξύ των τιμών 2,95 και 3,99. Στην περίπτωση αυτή, όλοι οι παράγοντες πλην της «Οργανωσιακής μάθησης» (Μ.Ο 2,95) συσχετίστηκαν με ελαφρώς αρνητική αντίληψη (Μ.Ο >3). Τη χειρότερη θέση κατέλαβε ο παράγοντας «Συνεργασία με συναδέλφους» με Μ.Ο 3,99. Αναφορικά με το δημόσιο νοσοκομείο, οι Μ.Ο κυμαίνονταν μεταξύ των τιμών 3,26 και 3,70. Την καλύτερη (μικρότερη) βαθμολογία κατείχε ο παράγοντας «Προληπτική διαχείριση κινδύνου». Την χειρότερη (μεγαλύτερη) βαθμολογία κατείχε ο παράγοντας «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» όπως αναδείχθηκε και στην παρούσα διπλωματική εργασία όπου ο εν λόγω παράγοντας κατείχε την χειρότερη θέση.

Στα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν από τον Διαμαντή (2023), ο παράγοντας «Οργανωσιακή μάθηση» (1ος σε κατάταξη), συνδυάστηκε με μία ελαφρώς θετική αντίληψη (Μ.Ο 2,91), ενώ στην παρούσα διπλωματική αναδείχθηκε ελαφρώς χειρότερο κλίμα (3ος παράγοντας σε σειρά κατάταξης με Μ.Ο 3,07). Ο παράγοντας «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας», έλαβε χειρότερο μέσο όρο στην περίπτωση αυτής της διπλωματικής εργασίας (ελαφρώς

αρνητική αντίληψη με Μ.Ο 3,06), συγκριτικά με τα ευρήματα στην παρούσα διπλωματική (ελαφρώς θετική αντίληψη με Μ.Ο 2,92). Πέραν αυτών των συγκρίσεων, οι λοιποί παράγοντες συσχετίστηκαν και στις δύο περιπτώσεις με ελαφρώς αρνητικές αντιλήψεις (Μ.Ο που κυμαινόταν μεταξύ 3,06 και 3,63). Είναι ωστόσο αξιοσημείωτο, ότι ο παράγοντας «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή» καταλαμβάνει και στις δύο διπλωματικές την τελευταία θέση στη σειρά κατάταξης βάσει των Μ.Ο.

Συνολικά, ως προς την κατάταξη των παραγόντων κλίματος ΚΔ, διαφαίνεται η διαφοροποίηση ως προς την ιεράρχηση τους βάσει των μέσων όρων. Ωστόσο, σε όλες τις συγκρινόμενες παραπάνω μελέτες/έρευνες οι ληφθείσες τιμές των μέσων όρων «κυμαίνονταν» περιφερειακά της τιμής 3. Θεωρώντας τις τιμές των Μ.Ο μεταξύ 2 και 3 ($0 < MO \leq 3$) ως έκφραση ελαφράς θετικής αντίληψης και τις τιμές μεταξύ 3 και 4 ως έκφραση μιας ελαφρώς αρνητικής αντίληψης, παρατίθεται για οπτικοποίηση των συγκρίσεων ο Πίνακας 17. Στο συγκεκριμένο Πίνακα, η ελαφρώς θετική αντίληψη κωδικοποιείται/σημειώνεται ως «ΕΘ» και η ελαφρώς αρνητική ως «ΕΑ».

Πίνακας 17: Συγκριτικά αποτελέσματα ως προς τους παράγοντες ΚΔ

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Παράγοντας Κλίματος Κλινικής διακυβέρνησης	Διευθύνση	Διαμαντής	Πλατής και συν.	Γραμβούλη και συν. (στρατιωτικό νοσοκομείο)	Γραμβούλη και συν. (δημόσιο νοσοκομείο)	Μάστου
Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	-	ΕΑ	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ
Προληπτική διαχείριση κινδύνου	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ
Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΘ
Συνεργασία με συναδέλφους	-	ΕΑ	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ
Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	ΕΑ	ΕΑ	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ	ΕΑ
Οργανωσιακή μάθηση	-	ΕΘ	ΕΑ	ΕΘ	ΕΑ	ΕΑ

Το δεύτερο ερώτημα που καλούσε να διερευνηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία αφορούσε στο πώς οι καταγραφείσες αντιλήψεις συσχετίζονται με διάφορες μεταβλητές (π.χ. δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά). Καταρχήν, διερευνήθηκαν μέσω διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων που ελήφθησαν για εκάστη μεμονωμένη ερώτηση του ερωτηματολογίου και των εξεταζόμενων μεταβλητών (δημογραφικά στοιχεία). Η προσπάθεια αυτή, δεν έλαβε χώρα σε ανάλογες έρευνες και δεν παρατίθεται ώστε να παράξει συγκριτικά αποτελέσματα. Θεωρείται

ότι, παρουσιάζει – πιθανώς – ενδιαφέρον, η μελλοντική ειδικότερη έμφαση της Διοίκησης του νοσοκομείου όπου διενεργήθηκε η έρευνα. Οι συσχετίσεις ερωτήσεων με επιμέρους μεταβλητές μπορεί να αποτελεί ευκαιρία μία ευκαιρία για διεισδυτική ματιά της Διοίκησης στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Ανάλογη αντιμετώπιση, δύναται να έχει και η σε προηγούμενη ενότητα ιεράρχηση των ερωτήσεων/απαντήσεων ανά παράγοντα με βάση τους Μ.Ο με τους οποίους αντιστοιχίστηκαν.

Με βάσει το ανωτέρω πρίσμα ανάλυσης, προέκυψαν τα ακόλουθα:

α. Δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ερωτήσεων που υπάγονται στον παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους» και των μελετώμενων μεταβλητών.

β. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μεταξύ του συνόλου των ερωτήσεων και των μεταβλητών που αφορούν στο φύλο, την ηλικία, τον αριθμό των τέκνων και τη κατεχόμενη θέση του συμμετέχοντα (νοσηλευτική, ιατρική, διοικητική).

γ. Εντοπίστηκε (ελαφρά) στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής:

(1) «Οικογενειακή κατάσταση» και των ερωτήσεων με α/α 35, 44, 31.

(2) «Εκπαίδευση» και των ερωτήσεων με α/α 25, 54, 11, 31.

(3) «Χρόνος στην παρούσα θέση εργασίας» και των ερωτήσεων με α/α 12 και 49.

(4) «Συνολικός χρόνος υπηρεσίας» και της ερώτησης με α/α 57.

δ. Εντοπίστηκε (μέτρια) στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής:

(1) «Σχέση εργασίας» και της ερώτησης με α/α 35.

(2) «Τύπος ωραρίου» και της ερώτησης με α/α 3.

Ακολούθως, και πιο ουσιαστικά για την εξαγωγή συμπερασμάτων, διερευνήθηκαν μέσω διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του κλίματος ΚΔ και των εξεταζόμενων μεταβλητών (δημογραφικά στοιχεία). Καταρχήν, αξίζει να σημειωθεί, ότι δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή», «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας», «Συνεργασία με συναδέλφους» και «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης» με τις υπό μελέτη μεταβλητές.

Συνοψίζοντας τα «θετικά» ευρήματα:

α. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου» και των μεταβλητών «Οικογενειακή κατάσταση» και «Εκπαίδευση».

Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι για το συγκεκριμένο παράγοντα έδωσαν τη χειρότερη βαθμολογία (μεγαλύτερο σκορ) συγκριτικά με τις λοιπές υποομάδες. Την καλύτερη βαθμολογία την έδωσαν οι άγαμοι που φαίνεται να πλησιάζουν περισσότερο σε μία ουδέτερη στάση αναφορικά με την αντίληψη του οργανισμού ως προς την προληπτική διαχείριση κινδύνου. Αναφορικά, με τον παράγοντα «Εκπαίδευση», αναδείχθηκε ότι η αύξηση του επιπέδου επιμόρφωσης σηματοδοτούσε την απόδοση χειρότερης βαθμολογίας (μεγαλύτερου σκορ). Οι κατέχοντες τίτλο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό επέδειξαν πιο κριτική στάση στην αντίληψη που επικρατεί στο νοσοκομείο αναφορικά με την προληπτική διαχείριση κινδύνων. Το ίδιο συνέβη συγκριτικά, μεταξύ των συμμετεχόντων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες επαγγελματικής εκπαίδευσης. Ωστόσο, και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις, το μέγεθος επίδρασης (effect size) των συγκεκριμένων μεταβλητών προσδιορίστηκε ως ελαφρύ.

β. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση» και της μεταβλητής «Εκπαίδευση». Από τη συγκεκριμένη στατιστικά σημαντική συσχέτιση, διαφαίνεται ότι η αύξηση του επιπέδου επιμόρφωσης σηματοδότησε την απόδοση χειρότερης βαθμολογίας (μεγαλύτερου σκορ) και για τον παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση». Οι κατέχοντες τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικό επέδειξαν πιο κριτική στάση στην αντίληψη που επικρατεί στο νοσοκομείο αναφορικά με τον παράγοντα αυτόν. Το ίδιο συνέβη συγκριτικά, μεταξύ των συμμετεχόντων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους επαγγελματικής εκπαίδευσης. Και σε αυτή την περίπτωση, το μέγεθος επίδρασης (effect size) της συγκεκριμένης μεταβλητής προσδιορίστηκε ως ελαφρύ.

Συγκριτικά με τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα.

Η Δρ. Δρελιώζη (2004), ανέδειξε συσχετίσεις που αφορούσαν το φύλο και την ηλικία με συγκεκριμένους παράγοντες. Ανάλογες συσχετίσεις δεν εντοπίστηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία. Επίσης, εντόπισε συσχέτιση της μεταβλητής «Εκπαίδευση» με τον παράγοντα «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη» που ομοίως δεν εντοπίστηκε αντίστοιχά της. Ωστόσο, ως προς τη μεταβλητή «Εκπαίδευση», στη διατριβή της Δρ. Δρελιώζη καταγράφηκε θετικότερη στάση των αποφοίτων ΑΕΙ ως προς τον παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου», που ως εύρημα δεν ταυτίζεται με το προαναφερθέν στην παρούσα διπλωματική εργασία. Συγκεκριμένα, από την παρούσα έρευνα αναδείχθηκε η αρνητική συσχέτιση του ακαδημαϊκού επιπέδου με τη θετική στάση στον παράγοντα αυτόν.

Στην έρευνα των Πλάτης και συν. (2022), εντοπίστηκαν συσχετίσεις που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία και την κατεχόμενη θέση των ερωτηθέντων με συγκεκριμένους παράγοντες. Επίσης, καταγράφηκε συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «Εκπαίδευση» και του παράγοντα «Ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανάπτυξη». Οι συγκεκριμένες συσχετίσεις δεν εντοπίστηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Στην έρευνα των Γαμβρούλη και συν. (2022), εντοπίστηκε συσχέτιση της ηλικίας με όλους τους παράγοντες της ΚΔ πλην του παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης». Ειδικότερα, κατά την αύξηση της ηλικίας εμφανίζονταν καλύτερες βαθμολογίες για τις πέντε εκ των έξι διαστάσεων. Οι συγκεκριμένες συσχετίσεις δεν εντοπίστηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Τέλος, στη μελέτη του Διαμαντή (2023), οι εντοπισθείσες συσχετίσεις αφορούσαν την υπηρεσία που ανήκαν οι ερωτώμενοι και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, αναδεικνύεται ένα κοινό εύρημα με αυτό της παρούσας διπλωματικής. Δηλαδή και στην περίπτωση της έρευνας του Διαμαντή (2023), το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε αρνητικά με τη στάση των εργαζομένων απέναντι στον παράγοντα «Προληπτικής διαχείρισης κινδύνου». Ωστόσο, η επιπλέον συσχέτιση που εντόπισε ο Διαμαντής (2023) μεταξύ της «Εκπαίδευσης» και του παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση», δεν καταγράφηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Προς βελτιστοποίηση των συγκριτικών αποτελεσμάτων των τεσσάρων ερευνών (συμπεριλαμβανομένης της παρούσας διπλωματικής), παρατίθεται ο Πίνακας 18. στον οποίο, οι εντοπισθείσες συσχετίσεις ανά ερευνητή/τες αποτυπώνονται κωδικοποιημένα ως ακολούθως: ΔΡ (Δρελιώζη, 2004), Π (Πλάτης και συν. 2020), Γαμβρούλη και συν. (2022), ΔΙ (Διαμαντής, 2023) και Μ (Μάστου, 2024).

Πίνακας 18: Συγκριτικά αποτελέσματα συσχετίσεων παραγόντων και μεταβλητών.

Παράγοντας Κλίματος Κλινικής διακυβέρνησης	Μεταβλητές (Δημογραφικά στοιχεία)									
	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή		Γ								
Προληπτική διαχείριση κινδύνου	ΔΡ/Π	Γ	Μ		Μ/ΔΡ/ΔΙ			ΔΡ/ΔΙ		
Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	ΔΡ	ΔΡ/Π/Γ						Π		
Συνεργασία με συναδέλφους		Π/Γ								
Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	ΔΡ	Π			ΔΡ/Π			ΔΡ/ΔΙ		
Οργανωσιακή μάθηση		Γ			Μ/ΔΙ			ΔΙ		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα ευρήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ανά παράγοντα κλίματος ΚΔ, αναδείχθηκε η κυμαινόμενη από ελαφρώς θετική έως ελαφρώς αρνητική στάση των εργαζομένων αναφορικά με το εγχείρημα της ΚΔ.

Τα ως άνω συμπεράσματα, ανάλογα των οποίων έχουν εξαχθεί από αρκετές σχετικές έρευνες, δύναται να αποτελούν εργαλείο στη φαρέτρα της διοίκησης του νοσοκομείου. Εργαλείο, που θα συνδράμει στη χάραξη πολιτικής προς ένταξη των διαδικασιών και ανάπτυξης της κουλτούρας που πρέπει να διέπει την ΚΔ, με απώτερο πάντα στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι καταγραφείσες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων κλίματος ΚΔ με επιμέρους μεταβλητές (π.χ. εκπαίδευση), μπορεί να αποτελούν ειδικότερο εργαλείο για την βελτίωση του κλίματος ΚΔ, μερικώς (ανά παράγοντα ΚΔ) αλλά και συνολικά ως εγχείρημα.

Ωστόσο, η αξιοποίηση των απόψεων των εργαζομένων, δεν αποτελεί ούτε τη μόνη ούτε τη βασική συνιστώσα για την επιτυχή εφαρμογή των πρακτικών που σχετίζονται με την ΚΔ. Οι απόψεις αυτές, εκτιμάται ότι αποτελούν μία «στιγμιαία» φωτογραφική αποτύπωση του κλίματος ΚΔ και επί της οποίας πρέπει να χαλκευθεί η περαιτέρω ανάπτυξη και προσαρμογή του νοσοκομείου εφόσον επιθυμεί να προσανατολιστεί προς την «υιοθέτηση» της ΚΔ.

Φυσικά, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι οι προσπάθειες ένταξης των διαδικασιών ΚΔ δεν είναι δυνατόν να καρποφορήσουν όντας μεμονωμένες και αποσπασματικές. Αντίθετα, απαιτείται οι ολιστικά συντονισμένες διορθωτικές δράσεις και ο σχετικός σχεδιασμός να συντελεστούν κεντρικά, να εφαρμοσθούν πιλοτικά και να διαχυθούν ακολούθως στις διάφορες βαθμίδες φροντίδας και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η επιτυχία ενός τέτοιου εγχειρήματος απαιτεί την ανάλογη στοχοπροσήλωση της ηγεσίας και την υιοθέτηση ανάλογης κουλτούρας από όλη την πυραμίδα των εμπλεκόμενων. Τα υφιστάμενα ανά την υφήλιο μοντέλα ΚΔ, μπορούν να αποτελούν μία στέρεα βάση αρχικού σχεδιασμού του αντίστοιχου ελληνικού αλλά είναι αυτονόητο ότι θα απαιτηθούν κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογές στα ελληνικά δεδομένα.

Ειδικότερα, οι μελλούμενες δυσκολίες του εγχειρήματος και ο απαιτούμενος πολυπαραγοντικός σχεδιασμός, απαιτούν την αναμόχλευση των γενικών αρχών του μάνατζμεντ για την υλοποίηση δράσεων. Επί παραδείγματι, η ενεργοποίηση των αρχών

Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και η συναφής υιοθέτηση των παραγόντων επιτυχίας της διαδικασίας (δέσμευση ηγεσίας, συλλογική προσπάθεια, ενσωμάτωση κουλτούρας και εκπαίδευση) (Τόσκα, 2020) μπορούν να αποτελούν μία ουσιαστική απαρχή προς την κατεύθυνση υιοθέτησης της ΚΔ αλλά και βελτίωσης του κλίματος που συνδέεται με αυτή.

Προκειμένου να αρθούν εμπόδια και κίνδυνοι αποτυχίας που συνδέονται με μία τέτοιου είδους δράση (Τόσκα, 2020) και να δημιουργηθεί εντέλει το κατάλληλο περιβάλλον/εχέγγυο επιτυχούς έκβασης, θα μπορούσε ταυτόχρονα να ληφθεί υπόψη, ο πιθανόν απαιτούμενος διοικητικός μετασχηματισμός και ένα ειδικότερο πλαίσιο συνεργασίας με άλλους φορείς (π.χ. Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης). Στην Ελλάδα, οι διαδικασίες για ΚΔ δεν απαιτείται να εκκινήσουν εκ του μηδενός. Δύναται να εδραιωθούν βάσει των προ πολλού ανεπτυγμένων Προτύπων Ποιότητας (Νόμος 4548/2018, ΦΕΚ 104/Α και Νόμος 3429/2005, ΦΕΚ 314/Α) (Ραφτόπουλος, 2020).

Σε κάθε όμως περίπτωση, οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα που άπτονται της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμες, δεδομένου ότι οι ίδιοι αποτελούν τους άμεσους παρόχους φροντίδας. Είναι δεδομένο ότι η αρχική αξιολόγηση του κλίματος ΚΔ μπορεί να παρέχει συμπεράσματα προς αξιοποίηση. Ωστόσο, η ενεργοποίηση των αρχών της ΔΟΠ, που περιλαμβάνει, συν τοις άλλοις, την ενεργοποίηση της συμμετοχής, την υποκίνηση και την εκπαίδευση, μπορεί να συντελέσει στη καλλιέργεια σχετικής κουλτούρας (π.χ. κουλτούρα δικαίου, κουλτούρα αναφοράς, μαθησιακή κουλτούρα). Έτσι, σε γενόμενη μελλοντική επανεκτίμηση (που είναι απαιτητή), το υπό μελέτη κλίμα αποδοχής της ΚΔ μπορεί να επαναπροσδιοριστεί και συναφώς να επανακαθοριστούν οι δράσεις για την επιτυχή έκβαση του απώτερου σκοπού που είναι η - ευρισκόμενη σε αέναη προσπάθεια - βέλτιστη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aguilar Martin, C., Gonçalves, A. Q., López-Pablo, C., Fernández-Sáez, J., Forcadell Drago, E., Hernandez Rojas, Z., ... & Dalmau Llorca, M. R. (2019). Ten-year follow-up of clinical governance implementation in primary care: improving screening, diagnosis and control of cardiovascular risk factors. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4299.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017). *National Model Clinical Governance Framework*. Sydney.p.44.

Azami-Aghdash, S., Tabrizi, J.S., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S. and Naghavi-Behzad, M. (2015). Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2), pp.110–116.

Azilaku, J. C., Abor, P. A., Abuosi, A. A., Anaba, E. A., & Titiat, A. (2021). Relationship between clinical governance and hospital performance: a cross-sectional study of psychiatric hospitals in Ghana. *International Journal of Health Governance*, 26(3), 225-236.

Bahrami, M. A., Sabahi, A. A., Montazeralfaraj, R., Shamsi, F., & Ardekani, S. E. (2014). Hospitals' readiness for clinical governance implementation in educational hospitals of Yazd, Iran. *Electronic physician*, 6(2), 794–800, <https://doi.org/10.14661/2014.794-800>.

Braithwaite, Jeffrey & Travaglia, Joanne. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 32. 10-22. 10.1071/AH080010.

Breathnach, M., & Lane, P. (2017). Paediatric inter-hospital transportation: a clinical governance project. *British Journal of Nursing*, 26(13), 758-761.

Brescia, V., Indelicato, A., Chmet, F., Maglio, P., Muraca, L., Mazzei, A., ... & De Fina, M. (2019). Multidisciplinarity in the treatment process: An essential element in clinical governance. *International Journal of Management Sciences and Business Research*, 8(3), 47-62.

Burca S, Williams S, Armstrong, C. (2008), “The Pursuit of Quality: A Clinical Directorate’s Progress in Clinical Governance: A Case Study of the Women and Children’s Directorate”, GUH (HSE) Strategic Health Management Group, KBS, University of Limerick UL.

Cacciola, R., Cooper, M., & Favi, E. (2022). Improving Clinical Governance of Kidney Transplantation: Review of a Ruling and of the Clinical Governance Process in the United Kingdom. In *Transplantation Proceedings*. Elsevier.

Carlucci, D. & Schiuma, G. (2007), “Exploring intellectual capital concept in strategic management research”, in Joia,L. (Ed.), *Strategies for Information Technology and Intellectual Capital: Challenges and Opportunities*, Idea Group Inc., London

- Cheah, K. J., Chan, J., & Manokara, V. (2022). Exploring the Concepts of Clinical Governance and Evidence-based Practice Within the Disability Sector in Singapore. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 6(1), 106-117.
- Chitha, W. W., Mnyaka, O. R., Hongoro, D. J., Godlimpi, L., Swartbooi, B., Williams, N., ... & Mabunda, S. A. (2021). Protocol for Exploring Effective Clinical Governance Strategies in South Africa's Eastern Cape and Mpumalanga Provinces.
- Cleary, S., & Duke, M. (2019). Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nursing ethics*, 26(4), 1039-1049.
- Clements, W., & Koukounaras, J. (2023). Complications in Interventional Radiology: the role of clinical governance and iterative hospital systems in quality improvement. *CVIR endovascular*, 6(1), 38.
- Crinson, I. (1999). Clinical governance: the new NHS, new responsibilities? *British Journal of Nursing*, 8(7), pp.449–453.
- Curtis, A. (2020). Clinical governance: quality improvement and clinical audits in practice. *The Veterinary Nurse*, 11(9), 388-393.
- Davies, A., Chapman, Y., & Boyd, M. (2015). Role clarity and clinical governance: Keeping Irish hospitals efficient and effective. *Nursing Administration Quarterly*, 39(1), 44-50.
- Donabedian, A. (1998). “The quality of care. How can it be assessed?”, *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121(11), 1145-1150
- Douglas, T.J. and Ryman, J.A. (2003), "Understanding competitive advantage in the general hospital industry:evaluating strategic competencie", *Strategic Management Journal*, Vol. 24 No. 4, pp. 333-347.
- Ebadi Fardazar, F., Safari, H., Habibi, F., Akbari Haghighi, F., & Rezapour, A. (2014). Hospitals' readiness to implement clinical governance. *International journal of health policy and management*, 4(2), 69–74, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.111>.
- Ferdosi, M., Ziyari, F. B., Ollahi, M. N., Salmani, A. R., & Niknam, N. (2016). Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *Journal of education and health promotion*, 5.
- Flynn, M. A., Burgess, T., & Crowley, P. (2015). Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *Journal of health organization and management*, 29(4), 455-481.
- Flynn, M. A., & Brennan, N. M. (2020). Mapping clinical governance to practitioner roles and responsibilities. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 18-33.
- Freeman, T. (2003), “Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of Clinical Governance Climate Questionnaire”, *Health Services Management Research*, 16, 234-50.
- Gauld, R., & Horsburgh, S. (2015). Clinical governance: An assessment of New Zealand's approach and performance. *Clinical Governance: An International Journal*, 20(1), 2-12.

Gauld, R., & Horsburgh, S. (2015). Healthcare professionals' perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ open*, 5(1).

Gauld, R., & Horsburgh, S. (2016). Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others? Findings from a New Zealand study. *Journal of Public Health*, 38(2), 363-370.

Gauld, R., Horsburgh, S., Flynn, M. A., Carey, D., & Crowley, P. (2017). Do different approaches to clinical governance development and implementation make a difference? Findings from Ireland and New Zealand. *Journal of Health Organization and Management*, 31(7/8), 682-695.

Greenfield D., Nugus P., Fairbrother G., Milne J., & Debono D., (2011) "Applying and developing health service theory: an empirical study into clinical governance", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 16 Iss: 1, pp.8 – 19

Halton, K., Hall, L., Gardner, A., MacBeth, D., & Mitchell, B. G. (2017). Exploring the context for effective clinical governance in infection control. *American journal of infection control*, 45(3), 278-283.

Hogan, H., Basnett, I., McKee, M. (2007), “Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement”, *Public Health*, 121(8), 614-22.

Isaksen, S. G., & Ekvall, G. (2007), *Assessing the context for change: A technical manual for the Situational Outlook Questionnaire*, The Creative Problem Solving Group, Orchard Park, NY

Ivancevich, J.M., Konopaske, R. & Matteson, M.T. (2008), *Organizational behavior and management*, 8th ed, McGraw-Hill Irwin, New York.

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) (1989), “Characteristics of clinical indicators”, *Qual Rev Bull*; 11, 330–339.

Karassavidou, E., Glaveli, N., & Zafiropoulos, K. (2011). Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organisational climate. *Journal of Health Organization and Management*, 25(2), 214-240.

Konteh, F. H., Mannion, R., & Davies, H. T. (2008). Clinical governance views on culture and quality improvement. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(3), 200-207.

Langfield-Smith, K. (1995), *Organisational culture and control*. In: Berry, A., Broadbent, J., Otley, D., (eds), *Management control: theories, issues and practices*. Macmillan: London

Lugon, M. & Secker-Walker J., (1999), *Clinical governance: making it happen*, Royal Society of Medicine Press P.I., London.

Macfarlane, A. J. R. (2019). What is clinical governance?. *BJA education*, 19(6), 174.

MacVane Phipps, F. (2015). *Clinical Governance Review 20: 4. Clinical Governance: An International Journal*, 20(4), 215-218.

Maxwell, R.J. (1992), “Dimensions of quality revisited: from thought to action”, *Qual Health Care*, 1(3):171–177.

- McSherry, R., & Snowden, M. (2019). Exploring primary healthcare students and their mentors' awareness of mentorship and clinical governance as part of a local continuing professional development (CPD) program: Findings of a quantitative survey. In *Healthcare* (Vol. 7, No. 4, p. 113). MDPI.
- Mirzaei, S., Noorihekmat, S., Oroomiei, N., & Vali, L. (2019). Administrative challenges of clinical governance in military and university hospitals of Kerman/Iran. *The International journal of health planning and management*, 34(2), e1293–e1301, <https://doi.org/10.1002/hpm.2774>.
- Mistry, B. (2021). Clinical governance: a simple guide. *BDJ Student*, 28(2), 11-11.
- Mohaghegh, B., Ravaghi, H., Mannion, R., Heidarpour, P., & Sajadi, H. S. (2016). Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electronic physician*, 8(1), 1796–1803, <https://doi.org/10.19082/1796>.
- Oxtoby, C., & Mossop, L. (2016). Checklists and clinical governance: learning from the NHS. *In Practice*, 38(8), 408-410.
- Patel, K., & Jenkyn, I. (2021). An introduction to clinical governance in dentistry. *British Dental Journal*, 230(8), 539-543.
- Patterson, M., Warr, P. & West, M. (2004), "Organizational climate and company productivity: The role of employee affect and employee level", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 77, pp. 193-216.
- Pearson, B. (2017). The clinical governance of multidisciplinary care. *International Journal of Health Governance*, 22(4), 246-250.
- Penny, A. (2001), “Clinical Governance in Britain defined”, *Healthcare Review-Online*, 4(9), 1-7
- Preneštini, A., Calciolari, S., Lega, F., & Grilli, R. (2015). The relationship between senior management team culture and clinical governance. *Health care management review*, 40(4), 313-323.
- Poscia, A., Azzolini, E., Cacciatore, P., De Belvis, A. G., Volpe, M., Cambieri, A., ... & Specchia, M. L. (2018). Does Clinical Governance influence the quality of medical records?. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54(2), 104-108.
- Raftopoulos, V. and 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*, 28(1), pp.51–61. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.04.013>.
- Ravaghi, H., Zarnaq, R. K., Adel, A., Badpa, M., Adel, M., & Abolhassani, N. (2014). A survey on clinical governance awareness among clinical staff: a cross-sectional study. *Global journal of health science*, 6(6), 37–42, <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p37>.
- Runciman, W.B., Baker, G.R., Michel, P., Dovey, S., Lilford, R.J., Jensen, N., Flin, R., Weeks, W.B., Lewalle, P. and Larizgoitia, I. (2010). Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), pp.e56–e56.

- Sadeghi Bazargani, H., Saadati, M., Sadegh Tabrizi, J., Alizadeh, G., Hassanzadeh, R., & Jannati, A. (2015). Clinical governance; How been understood, what is needed? Nurses' perspective. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 3(3), 238-242.
- Sarchielli, G., De Plato, G., Cavalli, M., Albertini, S., Nonni, I., Bencivenni, L., ... & Montali, F. (2016). Is medical perspective on clinical governance practices associated with clinical units' performance and mortality? A cross-sectional study through a record-linkage procedure. *SAGE Open Medicine*, 4, 2050312116660115.
- SARIAKÇALI, N., & Biçer, E. B. A Study on Clinical Governance and Awareness in Quality Standards in Health from the Perspective of Nursing Management. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 473-486.
- Scally, G. and Donaldson, L.J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Bmj*, 317(7150), pp.61–65.
- Schein, E. (2010), *Organizational Culture and Leadership*, fourth edition, John Wiley & Sons, USA.
- Schneider, B. (1990), “Organizational Climate and Culture”, Jossey-Bass, San Francisco.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003), “The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health care: A Review of the Available Instruments”, *Health Services Research*, 38, 3
- Smith, L. & Harris, D. (1999) “Clinical Governance – a new label for old ingredients: quality or quantity?”, *British Journal of General Practice*, May, pp. 339-340.
- Spigelman, A. D., & Rendalls, S. (2015). Clinical governance in Australia. *Clinical Governance: An International Journal*, 20(2), 56-73.
- Vali, L., Mastaneh, Z., Mouseli, A., Kardanmoghadam, V., & Kamali, S. (2017). Success rate evaluation of clinical governance implementation in teaching hospitals in Kerman (Iran) based on nine steps of Karsh's model. *Electronic Physician*, 9(7), 4841.
- Vanu Som, C. (2004). Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90.
- Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., van der Laan, M. J., & Muntinghe, F. L. (2017). Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ open*, 7(1).
- Veenstra, G. (2022). Clinical governance and healthcare professionals' motivation to provide care: a balancing act.
- Walshe, K., & Chambers, N. (2017). Clinical governance and the role of NHS boards: learning lessons from the case of Ian Paterson. *BMJ*, 357.
- WA Department of Health (2019). Clinical Governance Framework. [online] Sydney. Available at: <<https://www.healthywa.wa.gov.au/-/media/Corp/Documents/Health-for/Patient-safety/PDF/Clinical-Governance-Framework-2020.pdf>> [Accessed 22 February 2024].

WHO (2019). Global action on patient safety. [online] Available at: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf> [Accessed 22 February 2024].

Wilson, J. (1998). Clinical governance. British Journal of Nursing, 7(16), pp.987–988.

Ziari, A., Rassouli, M., Mirbaha-Hashemi, F., Heidarnia, M. A., & Abachizadeh, K. (2019). Prioritizing barriers to implement clinical governance in teaching hospitals of Iran: A mixed method study. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 33, 140, <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.140>.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαμβρούλη Μ, Κορνάρου Ε, Οικονόμου Χ, Παπανικολάου Β (2022). Διερεύνηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης ενός στρατιωτικού νοσοκομείου και ενός δημοσίου νοσοκομείου της Αττικής. Συγχρονική μελέτη. Αρχ Ελλ Ιατρ, 39: 687-695.

Διαμαντής, Ε. (2023), Διερεύνηση του κλίματος της κλινικής διακυβέρνησης σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κεντρικής Ελλάδας.

Δρελιώζη Α (2014). Κλινική Διακυβέρνηση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Προσδιορισμός κλίματος κλινικής διακυβέρνησης σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη.

Καραθανάση, Κ. (2008). Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. (2003), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Παπασωτηρίου, Αθήνα

Μάλλιου Ι (2018). Κλινική Διακυβέρνηση και Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Τελική Εργασία, Τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα

Πλατής Χ, Μάγγου Χ, Αλικάρη Β, Θεοφίλου Π, Δρελιώζη Α, Μπελλάλη Θ (2020). Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας δύο δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση. Αρχ Ελλ Ιατρ, 37: 663-670.

Ραφτόπουλος, Β. (2020). Τα ευ και τα φευ της ποιότητας και της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας. In: Π. Σαράφης and Π. Μπαμίδης, eds. Υπηρεσίες υγείας Συστήματα και Πολιτικές. Broken Hill Publishers Ltd.pp.481–496.

Τόσκα, Α. (2020). Ποιότητα και Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. In: Π. Σαράφης and Π. Μπαμίδης, eds. Υπηρεσίες υγείας Συστήματα και Πολιτικές. Broken Hill Publishers Ltd.pp.497–516.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Αναλυτικά αποτελέσματα διμεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων

Πίνακας 19: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Σχεδιασμός βελτίωσης της ποιότητας και αλλαγή	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	18	0,511	0,895	0,318	0,766	0,993	0,070	0,904	0,907	0,630	0,541
	2	20	0,317	0,969	0,934	0,450	0,183	0,038	0,955	0,694	0,839	0,115
	3	24	0,368	0,794	0,194	0,080	0,222	0,899	0,064	0,495	0,866	0,689
	4	25	0,471	0,720	0,759	0,839	0,001	0,161	0,259	0,276	0,758	0,273
	5	29	0,136	0,848	0,807	0,462	0,298	0,033	0,773	0,417	0,895	0,378
	6	33	0,047	0,140	0,249	0,362	0,801	0,023	0,072	0,479	0,712	0,702
	7	34	0,065	0,444	0,866	0,526	0,948	0,548	0,589	0,294	0,268	0,828
	8	36	0,371	0,830	0,714	0,653	0,761	0,582	0,335	0,712	0,728	0,039
	9	38	0,822	0,424	0,941	0,333	0,449	0,974	0,998	0,380	0,382	0,927
	10	39	0,038	0,309	0,147	0,455	0,212	0,111	0,126	0,913	0,336	0,440
	11	41	0,085	0,570	0,708	0,323	0,592	0,947	0,436	0,491	0,979	0,576
	12	42	0,720	0,846	0,910	0,380	0,052	0,281	0,430	0,026	0,350	0,778
	13	46	0,805	0,919	0,695	0,857	0,448	0,011	0,163	0,947	0,360	0,372
	14	48	0,012	0,410	0,613	0,591	0,930	0,144	0,349	0,924	0,227	0,421
	15	50	0,935	0,446	0,343	0,745	0,403	0,322	0,169	0,703	0,556	0,510
	16	51	0,996	0,330	0,404	0,949	0,381	0,242	0,133	0,081	0,784	0,602
	17	56	0,014	0,788	0,370	0,480	0,638	0,024	0,461	0,297	0,932	0,688
	18	57	0,959	0,338	0,293	0,291	0,065	0,031	0,000	0,769	0,112	0,674
	19	58	0,883	0,234	0,053	0,146	0,628	0,667	0,730	0,365	0,578	0,483
	20	59	0,777	0,945	0,019	0,680	0,385	0,227	0,194	0,336	0,407	0,527
	21	60	0,281	0,769	0,160	0,625	0,430	0,265	0,655	0,573	0,542	0,963

Πίνακας 20: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Προληπτική διαχείριση κινδύνου»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Προληπτική διαχείριση κινδύνου	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	14	0,389	0,126	0,204	0,655	0,000	0,225	0,045	0,206	0,053	0,0561
	2	21	0,534	0,290	0,455	0,228	0,080	0,798	0,052	0,177	0,063	0,635
	3	22	0,350	0,303	0,220	0,383	0,034	0,607	0,298	0,571	0,661	0,764
	4	27	0,265	0,612	0,459	0,924	0,103	0,340	0,911	0,193	0,847	0,328
	5	30	0,078	0,408	0,036	0,217	0,121	0,171	0,950	0,202	0,563	0,632
	6	35	0,462	0,682	0,002	0,102	0,037	0,869	0,012	0,961	0,005	0,622
	7	37	0,671	0,838	0,030	0,288	0,113	0,333	0,063	0,109	0,278	0,822
	8	43	0,791	0,506	0,425	0,475	0,056	0,202	0,205	0,383	0,013	0,522
	9	44	0,482	0,341	0,005	0,065	0,015	0,245	0,656	0,216	0,077	0,506
	10	52	0,858	0,139	0,143	0,362	0,724	0,313	0,468	0,684	0,078	0,901
	11	54	0,369	0,577	0,018	0,438	0,004	0,638	0,654	0,739	0,091	0,408

Πίνακας 21: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Κλίμα ενοχής και τιμωρίας»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Κλίμα ενοχής και τιμωρίας	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	1	0,864	0,893	0,246	0,236	0,371	0,933	0,695	0,139	0,408	0,207
	2	3	0,105	0,147	0,741	0,783	0,813	0,463	0,309	0,218	0,320	0,001
	3	5	0,029	0,670	0,459	0,569	0,995	0,862	0,686	0,079	0,123	0,786
	4	7	0,495	0,190	0,468	0,655	0,838	0,691	0,353	0,644	0,031	0,737
	5	10	0,087	0,377	0,539	0,456	0,085	0,600	0,130	0,794	0,259	0,977
	6	11	0,625	0,058	0,291	0,137	0,006	0,833	0,095	0,476	0,289	0,497
	7	12	0,096	0,994	0,578	0,760	0,553	0,009	0,113	0,388	0,062	0,495
	8	16	0,720	0,456	0,756	0,365	0,143	0,820	0,301	0,880	0,980	0,562
	9	26	0,425	0,989	0,745	0,629	0,517	0,288	0,397	0,282	0,731	0,079

Πίνακας 22: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Συνεργασία με συναδέλφους»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Συνεργασία με συναδέλφους	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	8	0,068	0,945	0,909	0,096	0,693	0,180	0,416	0,443	0,014	0,146
	2	19	0,580	0,771	0,846	0,517	0,304	0,160	0,987	0,954	0,351	0,995
	3	40	0,923	0,569	0,839	0,219	0,918	0,093	0,032	0,695	0,802	0,538
	4	45	0,021	0,898	0,115	0,659	0,648	0,192	0,496	0,186	0,178	0,869
	5	53	0,250	0,662	0,704	0,685	0,764	0,534	0,411	0,746	0,533	0,903
	6	55	0,130	0,528	0,963	0,478	0,993	0,833	0,388	0,443	0,309	0,336

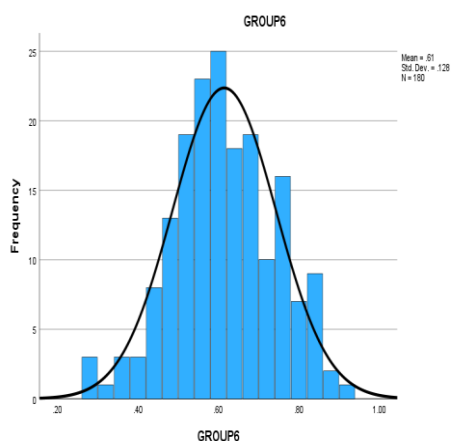
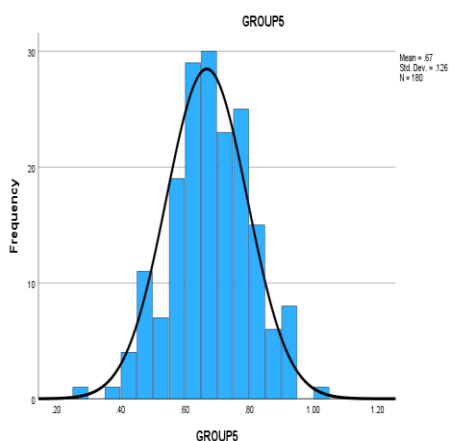
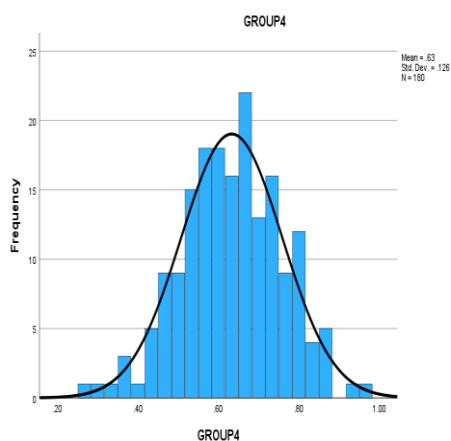
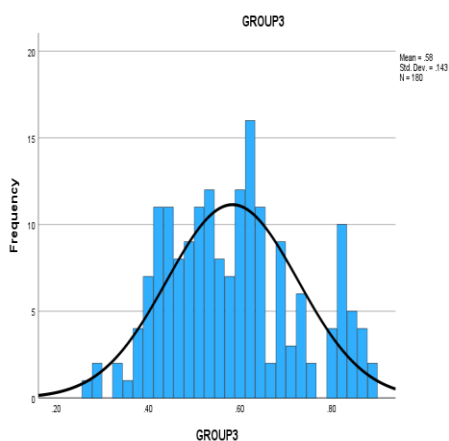
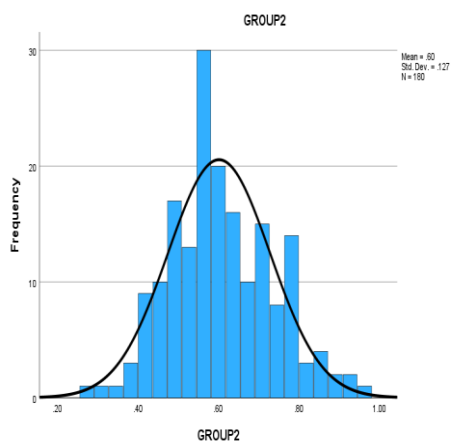
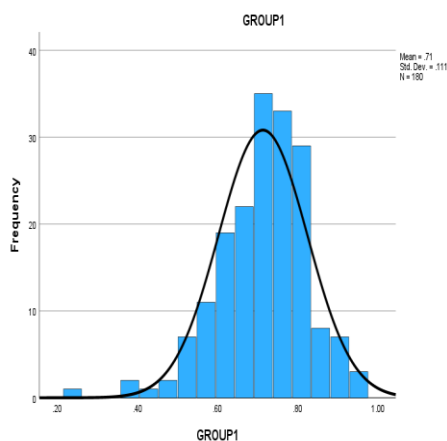
Πίνακας 23: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ευκαιρίες κατάρτισης και εξέλιξης	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	4	0,332	0,544	0,393	0,525	0,320	0,449	0,244	0,571	0,846	0,529
	2	6	0,807	0,917	0,255	0,659	0,507	0,951	0,013	0,615	0,108	0,657
	3	9	0,848	0,467	0,974	0,511	0,175	0,658	0,228	0,718	0,805	0,623
	4	15	0,669	0,179	0,356	0,975	0,143	0,090	0,171	0,513	0,701	0,275
	5	17	0,418	0,366	0,141	0,997	0,321	0,410	0,074	0,763	0,719	0,428
	6	28	0,841	0,792	0,624	0,722	0,177	0,552	0,884	0,215	0,165	0,896
	7	47	0,623	0,306	0,055	0,353	0,017	0,316	0,353	0,839	0,481	0,315
	8	49	0,647	0,269	0,937	0,696	0,270	0,006	0,062	0,533	0,668	0,594

Πίνακας 24: Διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις ερωτήσεων παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση»

			Είδος Τεστ									
			Mann-Whitney	Kruskal-Wallis							Mann -Whitney	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Οργανωσιακή μάθηση	A/A	α/α ερώτησης	Φύλλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Τέκνα	Εκπαίδευση	Χρόνος στη θέση	Συνολικός χρόνος	Θέση	Σχέση εργασίας	Ωράριο
	1	2	0,151	0,203	0,686	0,566	0,764	0,764	0,260	0,841	0,155	0,961
	2	13	0,318	0,852	0,877	0,478	0,028	0,428	0,194	0,137	0,280	0,891
	3	23	0,814	0,252	0,337	0,153	0,263	0,610	0,871	0,523	0,393	0,644
	4	31	0,902	0,142	0,005	0,753	0,006	0,784	0,194	0,472	0,812	0,561
	5	32	0,776	0,231	0,257	0,962	0,026	0,478	0,142	0,703	0,676	0,208

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Διαγράμματα κανονικής κατανομής απαντήσεων σε επιμέρους παράγοντες ΚΔ.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Ερευνητικό εργαλείο

α. Ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ/-ή Κύριε/Κυρία,

Η παρούσα μελέτη έχει τίτλο «Αξιολόγηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης από επαγγελματίες υγείας στρατιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών» και γίνεται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό του νοσοκομείου αντιλαμβάνεται το κλίμα του οργανισμού, ως προς τις παραμέτρους της κλινικής διακυβέρνησης. Το εν λόγω κλίμα θα συσχετιστεί με δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο εκπαίδευσης κ.α. Για το λόγο αυτό, η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σημαντική. Ελπίζουμε ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετάσχετε με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, και δεν θα είναι δυνατό να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συνιστά την αποδοχή της συμμετοχής σας στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια αυτά θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χωρίς να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν. Για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας έχουν ήδη ληφθεί υπόψιν οι εθνικές και διεθνείς συνθήκες και αρχές ηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα.

Η διανομή του ερωτηματολογίου για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης έχει εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και είμαι στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση,

Μάστου Χρυσή

e-mail επικοινωνίας: soulamastou@hotmail.com

[Α] ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ σημειώστε με **X** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο:	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>
-----------------	---------------------------------	----------------------------------

2. Ηλικία σε έτη:	22-35 <input type="checkbox"/>	36-45 <input type="checkbox"/>	46-55 <input type="checkbox"/>	>55 <input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

3. Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος/η <input type="checkbox"/>	Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	Σε συμβίωση <input type="checkbox"/>	Χωρισμένος/η <input type="checkbox"/>	Χήρος/α <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

4. Αριθμός Παιδιών:	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	>3 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

5. Επίπεδο Εκπαίδευσης:	Σχολή β' βαθμίας εκπαίδευσης <input type="checkbox"/>	TEI <input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/>
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (πχ ΙΕΚ) <input type="checkbox"/>	AEI <input type="checkbox"/>	Διδακτορικό <input type="checkbox"/>	

6. Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα θέση εργασίας:	0-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>
11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>

7. Έτη συνολικής υπηρεσίας:	0-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>
11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>

8. Υπηρεσία που ανήκετε:	Νοσηλευτική <input type="checkbox"/>	Διοικητική <input type="checkbox"/>
Ιατρική <input type="checkbox"/>	Τεχνική <input type="checkbox"/>	

9. Σχέση εργασίας με τον οργανισμό:	Μόνιμος μισθωτός (στρατιωτικός) <input type="checkbox"/>	ΙΔΑΧ <input type="checkbox"/>	
Μόνιμος μισθωτός (πολιτικός υπάλληλος) <input type="checkbox"/>	ΙΔΟΧ <input type="checkbox"/>		

10. Ωράριο:	Μονίμως πρωινό <input type="checkbox"/>	Μονίμως απογευματινό <input type="checkbox"/>
Μονίμως Νυχτερινό <input type="checkbox"/>	Κυκλικό <input type="checkbox"/>	

Ερωτηματολόγιο Κλίματος Κλινικής Διακυβέρνησης (Clinical Governance Climate Questionnaire)

(Θα θέλαμε να μάθουμε πώς είναι να δουλεύει κανείς στον οργανισμό σας)

Σκεφτείτε το τμήμα του οργανισμού που εργάζεστε και σημειώστε σας παρακαλούμε, το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με κάθε μία από τις επόμενες διατυπώσεις. Βαθμολογήσετε όλες τις διατυπώσεις με κλίμακα από (1) έως το (5) κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα τη δική σας άποψη.

Κυκλώστε					
1= Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα					
1.	Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αυτομάτως θεωρείται ότι κάποιος πρέπει να «φταίει».	1	2	3	4 5
2.	Ιδέες για ωφέλιμες πρακτικές πάνω στη δουλειά συζητούνται κυρίως με άτομα εκτός του οργανισμού (κι όχι μέσα στον οργανισμό).	1	2	3	4 5
3.	Η καταγραφή λαθών αποσκοπεί βασικά στην τιμωρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4 5
4.	Επιμόρφωση σε δεξιότητες ανάπτυξης κριτικής σκέψης είναι διαθέσιμη σε όσους εργαζόμενους το επιθυμούν.	1	2	3	4 5
5.	Σε περίπτωση κλινικού συμβάντος (γεγονότος που έχει βλάψει ή έχει θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς), το εργασιακό περιβάλλον κάνει τους εργαζόμενους που	1	2	3	4 5
6.	Οι ανάγκες για επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού εναρμονίζονται με τις ανάγκες της υπηρεσίας σας για την εφαρμογή της στρατηγικής της.	1	2	3	4 5
7.	Οι αξιολογήσεις του προσωπικού χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβολή ποινών.	1	2	3	4 5
8.	Οι εργαζόμενοι εδώ γνωρίζουν καλά τις ικανότητες των συναδέλφων τους.	1	2	3	4 5
9.	Αφιερώνουμε καθορισμένο χρόνο για δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	2	3	4 5
10.	Δεν είναι «ασφαλές» να είναι κανείς ανοιχτός και ειλικρινής με τους συναδέλφους του.	1	2	3	4 5
11.	Όταν συμβαίνει ένα ατυχές γεγονός, δίνεται έμφαση στην αναζήτηση του πώς έγινε κι όχι στο ποιος φταίει γι' αυτό.	1	2	3	4 5
12.	Οι εργαζόμενοι όταν κάνουν λάθη δέχονται υποστήριξη.	1	2	3	4 5
13.	Δουλεύουμε ομαδικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	2	3	4 5
14.	Συλλέγουμε πληροφορίες που αφορούν κλινικούς κινδύνους (δηλαδή καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ή να βλάψουν τους ασθενείς)	1	2	3	4 5
15.	Παρέχεται τεχνική βοήθεια σε πρακτικές που απαιτούν νέα τεχνογνωσία	1	2	3	4 5
16.	Όταν συμβεί κάποιο λάθος, αναζητούνται κυρίως οι αδυναμίες του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται παρά τα άτομα που φταίνε.	1	2	3	4 5
17.	Η αξιολόγηση του προσωπικού δεν εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες για την ανάπτυξή του.	1	2	3	4 5

18.	Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών «χάνεται» μέσα στη ρουτίνα της καθημερινότητας.	1	2	3	4	5
19.	Δεν υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων.	1	2	3	4	5
20.	Οι καλές πρακτικές «μένουν στα συρτάρια».	1	2	3	4	5
21.	Υπάρχουν κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) οι οποίοι αν κι έχουν εντοπισθεί δε μας απασχολούν.	1	2	3	4	5
22.	Οι κλινικοί κίνδυνοι (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) εξετάζονται με συστηματικό τρόπο	1	2	3	4	5
23.	Οι εργαζόμενοι εδώ συζητούν θέματα που αφορούν στον τρόπο δουλειάς τους και με εργαζόμενους άλλων τμημάτων του οργανισμού.	1	2	3	4	5
24.	Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών δεν υποστηρίζονται.	1	2	3	4	5
25.	Δεν υπάρχει ξεκάθαρο όραμα για το τι επιδιώκει να πετύχει ο οργανισμός μας.	1	2	3	4	5
26.	Το κλίμα εδώ είναι να αναζητούμε «ποιος φταίει για κάτι».	1	2	3	4	5
27.	Δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες που αφορούν στους πιο σημαντικούς κλινικούς κινδύνους.	1	2	3	4	5
28.	Δεν γίνεται επιμόρφωση όσον αφορά στον τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για ερευνητικούς σκοπούς.	1	2	3	4	5
29.	Υπάρχουν πολλές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά η πραγματική αλλαγή είναι μικρή.	1	2	3	4	5
30.	Δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης για τη διαχείριση κινδύνων.	1	2	3	4	5
31.	Ομάδες από διαφορετικά τμήματα μοιράζονται την εμπειρία τους σχετικά με τις ωφέλιμες πρακτικές που εφαρμόζουν	1	2	3	4	5
32.	Οι εργαζόμενοι αφιερώνουν χρόνο στη διάχυση της γνώσης τους που αφορά ωφέλιμες πρακτικές	1	2	3	4	5
33.	Αλλαγές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήματα του οργανισμού, γίνονται αντιληπτές σε εμάς, μόνο, όταν βλέπουμε τα	1	2	3	4	5
34.	Βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες τείνουν να πραγματοποιούνται μόνο όταν εκδηλωθεί οξύ πρόβλημα.	1	2	3	4	5
35.	Όταν εντοπίζεται ένας κλινικός κίνδυνος (κατάσταση η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς) έχει προβλεφθεί και ο τρόπος αντιμετώπισής του.	1	2	3	4	5
36.	Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιβάλλεται από πάνω (διοίκηση) και όχι από κάτω (εργαζόμενους).	1	2	3	4	5
37.	Αξιολογούμε συστηματικά τους κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
38.	Δεν υπάρχει χρόνος να βρεθούμε με τους συναδέλφους και να μοιραστούμε εμπειρίες και ιδέες.	1	2	3	4	5
39.	Οι εργαζόμενοι εδώ έχουν κοινό όραμα για τον τρόπο που θα πρέπει να εξυπηρετούνται οι ασθενείς	1	2	3	4	5
40.	Εδώ υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός για τη συνεισφορά του καθενός.	1	2	3	4	5
41.	Υπάρχει πίεση στο να λύνονται γρήγορα τα προβλήματα, αντί να διατίθεται χρόνος για να λύνονται σωστά.	1	2	3	4	5

42.	Δεν περιμένουμε πρώτα να συμβεί ένα ατύχημα και μετά να τρέξουμε να το αντιμετωπίσουμε.	1	2	3	4	5
43.	Οι πολιτικές που αφορούν στην αντιμετώπιση κλινικών κινδύνων (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) διαχέονται σε όλη την οργάνωση	1	2	3	4	5
44.	Πληροφορίες για κλινικούς κινδύνους (καταστάσεις οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τους ασθενείς) αξιοποιούνται στη λήψη αποφάσεων σε καθημερινή βάση.	1	2	3	4	5
45.	Οι άνθρωποι εδώ δε γνωρίζουν τι περιμένουν οι συνάδελφοί τους από αυτούς.	1	2	3	4	5
46.	Οι εργαζόμενοι εδώ δε φαίνεται να έχουν κοινούς στόχους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.	1	2	3	4	5
47.	Βρίσκουμε χρόνο για να συζητήσουμε περιστατικά που έχουμε αντιμετωπίσει στη δουλειά μας.	1	2	3	4	5
48.	Οι εργαζόμενοι δεν γνωρίζουν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα τμήματα του οργανισμού.	1	2	3	4	5
49.	Οι ανάγκες ανάπτυξης του προσωπικού, αξιολογούνται σε τακτική βάση.	1	2	3	4	5
50.	Η πίεση για να γίνει η δουλειά αμέσως είναι πάντα πιο έντονη από την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1	2	3	4	5
51.	Οι όποιες δραστηριότητες εδώ για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται κυρίως μετά από εξωτερικές πιέσεις.	1	2	3	4	5
52.	Οι διαδικασίες αξιολόγησης των κινδύνων επικαιροποιούνται μετά από κλινικά συμβάντα (γεγονότα που έχουν βλάψει ή θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς)	1	2	3	4	5
53.	Οι συνάδελφοι φαίνεται να μην κατανοούν ο ένας τον ρόλο του άλλου.	1	2	3	4	5
54.	Στην περίπτωση που κάτι αποτυγχάνει, αυτό θεωρείται ως μια ευκαιρία για να μάθουμε.	1	2	3	4	5
55.	Ο κάθε εργαζόμενος εδώ έχει την ίδια αναγνώριση ανεξάρτητα από το επαγγελματικό του προφίλ (π.χ. θέση, εκπαίδευση).	1	2	3	4	5
56.	Συνήθως αντιδρούμε εκ των υστέρων στα προβλήματα, αντί να προσπαθούμε να τα προλάβουμε πριν αυτά συμβούν.	1	2	3	4	5
57.	Δίνονται εδώ κίνητρα στους εργαζομένους για να βελτιώσουν την ποιότητα της δουλειάς τους.	1	2	3	4	5
58.	Υπάρχουν ελάχιστες ευκαιρίες να χρησιμοποιήσει κανείς εδώ νέες δεξιότητες που έμαθε στο πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξής του	1	2	3	4	5
59.	Οι εργαζόμενοι μάλλον εξαναγκάζονται να προχωρήσουν σε αλλαγές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί να ενθαρρύνονται να κάνουν αλλαγές.	1	2	3	4	5
60.	Οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό επίπεδο υποκίνησης να προχωρήσουν σε αλλαγές στις πρακτικές που ακολουθούν στη δουλειά τους.	1	2	3	4	5

β. Άδειες χρήσης ερωτηματολογίου

Από: Tim Freeman <T.Freeman@mdx.ac.uk>
Στάλθηκε: Τρίτη, 14 Νοεμβρίου 2023 12:21 μμ
Προς: ΜΑΣΤΟΥ ΧΡΥΣΗ <std151063@ac.eap.gr>
Θέμα: RE: Request of permission for CGCQ

Hi Chrisi


I am happy for you to use the CGCQ in your study.

Warm regards

Tim

From: ΜΑΣΤΟΥ ΧΡΥΣΗ <std151063@ac.eap.gr>
Sent: 12 November 2023 11:23
To: Tim Freeman <T.Freeman@mdx.ac.uk>
Subject: Request of permission for CGCQ

RE: Αίτηση άδειας για χρήση CGCQ στην ελληνική

 dreliazi@2dype.gov.gr
Προς: ΜΑΣΤΟΥ ΧΡΥΣΗ

Αξιότιμη κυρία Μάστου,

Ευχαρίστωσ σας παραχωρώ την άδεια. Καλή επιτυχία! Θα εκτιμούσα εάν με ενημερώνατε για τα αποτελέσματα της μελέτης σας

Με εκτίμηση,



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ

Αγγελική Δρελιώζη
Προϊσταμένη Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας

2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου

☎ 213 2004 219

✉ dreliazi@2dype.gov.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Αδειοδότηση από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: 1/24
ΑΘΗΝΑ, 17 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2024

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 1ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ/2024

ΣΧΕΤ: α. Υππρ. Σημ. Υπρ. Αριθμ. 11/23 Υ [redacted] από 13 Δεκεμβρίου 2023

β. Άρθρο [redacted]

1. Σε εκτέλεση σχετικού (α) συνεδρίασε σήμερα Τετάρτη 17 Ιανουαρίου 2024 και ώρα 11:30 το [redacted], υπό την προεδρία του [redacted]
Υποδιευθυντή [redacted] και μέλη του τους:

α.	[redacted]	Ν - Διευθύντρια Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας	[redacted]	
β.	[redacted]	τρικής Υπηρεσίας
γ.	[redacted]	ευθυντή Τομέα Επιχειρήσεων-
Εκπαίδ.	[redacted]	
δ.	[redacted]	ντή Παθολογικού Τομέα
ε.	[redacted]	Χειρουργικού Τομέα
στ.	[redacted]	-Συντονίστρια Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας	[redacted]	
ζ.	[redacted]	γαστρεντερικού Τομέα
η.	[redacted]	ελη Γραφείου Τομεαρχών και
Διευθύν.	[redacted]	
θ. Γ.	[redacted]	τή Φαρμακευτικού Τομέα

και αφού έλαβε υπόψη του:

- Τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών στο Νοσοκομείο
- Το γεγονός ότι όλοι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή μελετών

- Ότι από τη διενέργεια των μελετών δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο
- Τις προϋποθέσεις για παρακολούθηση εργασιών και πρακτικής άσκησης στο [REDACTED]
- Τις προτάσεις των επιτροπών για τον κανονισμό και λειτουργία ομάδων στο [REDACTED]

(Σημ.: α. Στα θέματα που είναι εισηγητές μέλη του Ε.Σ. δεν προσμετράται η ψήφος τους. β. Ο γραμματέας είναι άνευ ψήφου)

Ομόφωνα αποφασίζει και εγκρίνει το παρακάτω θέμα

Διεξαγωγή μελέτης με τίτλο « Αξιολόγηση του κλίματος κλινικής διακυβέρνησης από επαγγελματίες υγείας στρατιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών» στα πλαίσια του ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Επισημαίνεται ότι θα τηρηθούν όλα τα προβλεπόμενα από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 15729/18.12.2023

2. Χειριστής: [REDACTED]
τηλ 2 [REDACTED]



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.