

Απόψεις μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις του ΠΟΥ: Ποιοτική μελέτη

Καλλιόπη-Ιουλία Ιωακείμ-Παναγιώτου,¹ Ελένη-Μαρία Κουκουβέ,² Αλέξανδρος Μιχόπουλος,³ Σοφία Ζυγά,⁴ Πέτρος Κολοβός⁵

Surgical team members' views on the implementation of safety checklist in surgical procedures: A qualitative study

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια Κλινικών μελετών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Νοσηλεύτρια, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

²Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Νοσηλευτικής Έρευνας και Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

³Καθηγήτρια, Εργαστήριο Νοσηλευτικής Έρευνας και Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

⁴Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Νοσηλευτικής Έρευνας και Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

Υποβλήθηκε: 16/07/2024

Επανυποβλήθηκε: 02/09/2024

Εγκρίθηκε: 25/09/2024

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Καλλιόπη-Ιουλία Ιωακείμ-Παναγιώτου,
τηλ: (+30) 6941 494 096,
e-mail: kallii.ioakeim@gmail.com

Εισαγωγή: Η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) αναπτύχθηκε για να διασφαλίσει την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, να μειώσει τη θνησιμότητα και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, αλλά και να βελτιώσει την επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας. Παρά την αυξημένη ευαισθητοποίηση σχετικά με την εφαρμογή της λίστας ελέγχου, οι απόψεις των μελών της χειρουργικής ομάδας και ο βαθμός συμμόρφωσής τους σε αυτή ποικίλλει.

Σκοπός: Να διερευνηθεί τις απόψεις των μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις του ΠΟΥ.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη και διενεργήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις τον Μάιο 2023, με τη χρήση κατάλληλα διαμορφωμένου οδηγού συνέντευξης. Το δείγμα (σκοπίμη δειγματοληψία) αποτέλεσαν νοσηλευτές χειρουργείου (n=5), καθώς και ιατροί διαφόρων χειρουργικών ειδικοτήτων και αναισθησιολόγοι (n=4), που εργάζονταν σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας. Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν οι αρχές της ανάλυσης περιεχομένου με την επαγωγική προσέγγιση ανάλυσης. Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, από την αρμόδια Επιτροπή Νοσοκομείου και από την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων, ένα θέμα προέκυψε να περιγράψει τις απόψεις των μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου: «διαχείριση ζητημάτων ασφαλείας». Δύο θέματα προέκυψαν ως πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της: «οφέλη για τον οργανισμό» και «ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών», και δύο θέματα ως μειονεκτήματα: «στελέχωση και κατάλληλη προετοιμασία» και «αποτελεσματικότητα της λίστας». Τέλος, τρία θέματα προέκυψαν ως παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου: «στελέχωση», «οργάνωση της εργασίας» και «εκπαίδευση και προετοιμασία».

Συμπεράσματα: Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν θετικές απόψεις για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου, καθώς αναγνωρίζεται το όφελος για βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Με κύρια προϋπόθεση την κατάλληλη εκπαίδευση και την επάρκεια προσωπικού, η εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ διασφαλίζει θετικά αποτελέσματα, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους οργανισμούς. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε σχέση με τους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της και την υιοθέτηση στρατηγικών ενίσχυσης της συμμόρφωσης των μελών της χειρουργικής ομάδας στη κλινική πρακτική.

Λέξεις-ευρητήριο: Ασφάλεια, Λίστα ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του ΠΟΥ, Ποιοτική μελέτη, Χειρουργική ομάδα

Εισαγωγή

Η ασφάλεια των ασθενών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την παροχή ποιοτικής φροντίδας, γεγονός που απασχολεί τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, ο χώρος του χειρουργείου θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου, όπου η ασφάλεια των χειρουργικών ασθενών πρέπει να εξασφαλίζεται μέσα από την αυστηρή εφαρμογή και τήρηση πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το ποσοστό των ανεπιθύμητων επιπλοκών στους ασθενείς, εντός νοσοκομείου, αγγίζει το 3-16%, ενώ περισσότερο από το μισό αυτού αφορά στον χειρουργικό τομέα.¹

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια σημαντική θεραπευτική επιλογή, με περίπου 234 εκατομμύρια επεμβάσεις να πραγματοποιούνται ετησίως.² Ωστόσο, αν και η χειρουργική φροντίδα μπορεί να αποτρέψει την απώλεια ζωής, τα λάθη που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης είναι οι κύριοι λόγοι για σοβαρές επιπλοκές.^{3,4} Τα χειρουργικά λάθη κατατάσσονται στη δεύτερη θέση ως αιτία θανάτου παγκοσμίως, ακολουθώντας τα σφάλματα που σχετίζονται με τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων.⁵ Αναφορές στη βιβλιογραφία, υποστηρίζουν ότι τα ιατρικά λάθη και η μη τήρηση πρωτοκόλλων συμβάλλουν στην αύξηση των σφαλμάτων στον χώρο του χειρουργείου.^{6,7} Τα περισσότερα χειρουργικά σφάλματα αφορούν σε μη τεχνικές δεξιότητες, όπως επικοινωνία, ηγεσία και ομαδική εργασία⁸⁻¹⁰ και σε συμβάντα, όπως λάθος ασθενής, λανθασμένη περιοχή της επέμβασης, προβλήματα ή έλλειψη εξοπλισμού αναισθησίας.⁹ Επομένως, η ένταξη του θέματος της ασφάλειας των ασθενών στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και η υιοθέτηση τυποποιημένων διαδικασιών στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι απαραίτητη, καθώς θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ένα από τα βασικά εργαλεία διαχείρισης του χειρουργικού κινδύνου για ένα ασφαλέστερο νοσοκομειακό περιβάλλον, είναι η εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις. Το 2008, ο ΠΟΥ ξεκίνησε μια εκστρατεία με τίτλο «Safe Surgery Saves Lives», προκειμένου να επιστήσει την προσοχή σε όλα αυτά τα ανεπιθύμητα συμβάντα που προκύπτουν από χειρουργικές επεμβάσεις. Σκοπός αυτού του προγράμματος ήταν η βελτίωση της επικοινωνίας στην περιεγχειρητική φροντίδα, η μείωση της θνησιμότητας και των επιπλοκών και η διασφάλιση της χρήσης των διαδικασιών για ασφαλή χειρουργική πρακτική.^{3,4,11-13} Η λίστα ελέγχου περιλαμβάνει τρεις ενότητες: είσοδος στο χειρουργείο, «time out» και έξοδος από το χειρουργείο και σχεδιάστηκε για να μπορεί να εφαρμοστεί παγκοσμίως.^{3,4} Σε καθεμία από τις φάσεις, ο συντονιστής της λίστας θα πρέπει να ελέγχει και να επιβεβαιώνει ότι ολόκληρη η χειρουργική ομάδα – αποτελούμενη από τους χειρουργούς, αυτούς που ασχολούνται με την αναισθησία, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους τεχνικούς και το υπόλοιπο προσωπικό της χειρουργικής αίθουσας που εμπλέκεται σε μια επέμβαση – έχει επιτελέσει τις προβλεπόμενες διαδικασίες, πριν προχωρήσει η επέμβαση στην επόμενη φάση.¹³

Η διεθνής πιλοτική μελέτη αξιολόγησης της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ σε οκτώ χώρες (2007-2008) έδειξε μείωση των επιπλοκών στη χειρουργική διαδικασία από 11% σε 7% και της θνησιμότητας από 1,5% σε 0,8%.^{3,4} Σε διάστημα δέκα ετών από τη χρήση της, η λίστα ελέγχου έδειξε να ενισχύει την ομαδική εργασία στη χειρουργική αίθουσα, αλλά και να αναδεικνύει τις διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την ανάγκη περαιτέρω προσπαθειών για προώθηση της εφαρμογής της.^{14,15}

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε μια μελέτη επισημάνθηκε ότι τα μέλη της χειρουργικής ομάδας δεν συμμορφώθηκαν πλήρως με την εφαρμογή της λί-

στας ή ήταν απρόθυμα να αλλάξουν την συμπεριφορά τους.¹⁶ Άλλη μελέτη εντοπίζει ως πρόβλημα τη συμπλήρωση της λίστας χωρίς να διαβαστεί σε όλη τη χειρουργική ομάδα.¹² Παράλληλα, ως εμπόδια για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου από την πλειονότητα των συμμετεχόντων επισημαίνονται η έλλειψη χρόνου και εκπαίδευσης.⁴

Στην Ελλάδα δεν βρέθηκε να έχουν διεξαχθεί μελέτες που να διερευνούν τις απόψεις των μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου, όσον αφορά στην ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις. Συνεπώς, υπάρχει η ανάγκη και το περιθώριο για τη διεξαγωγή ερευνητικών προσπαθειών για το θέμα αυτό. Η διενέργεια περισσότερων μελετών θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των απόψεων των μελών της χειρουργικής ομάδας, σχετικά με τη λίστα ελέγχου του ΠΟΥ στις χειρουργικές επεμβάσεις, και θα διευκολύνουν την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Υλικό και μέθοδος

Ερευνητικός σχεδιασμός

Για την συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ποιοτικού τύπου ερευνητικός σχεδιασμός για τη συλλογή των δεδομένων. Ο λόγος που επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος τύπος, σχετίζεται με την ευέλικτη φύση της ποιοτικής μελέτης και την καταλληλότητά της για την περιγραφή των εμπειριών και των απόψεων των συμμετεχόντων.¹⁷

Δείγμα μελέτης

Η επιλογή του δείγματος στη μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και, πιο συγκεκριμένα, με σκόπιμη δειγματοληψία. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλεύτές και νοσηλεύτριες χειρουργείου, καθώς και ιατροί διαφόρων χειρουργικών ειδικοτήτων και αναισθησιολόγοι, από ένα Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας. Έπειτα από ενημέρωση για τη διεξαγωγή της μελέτης στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο, τη συναίνεσή τους για συμμετοχή έδωσαν εννέα μέλη της χειρουργικής ομάδας.

Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με

ημι-δομημένες συνεντεύξεις και τη χρήση κατάλληλα διαμορφωμένου οδηγού συνέντευξης το Μάιο 2023. Ο οδηγός συνέντευξης περιελάμβανε επτά (7) ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου (διχοτόμες ερωτήσεις, ονομαστικής ή τακτικής κλίμακας) δημογραφικών δεδομένων και πέντε (5) ερωτήσεις ανοιχτού τύπου για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου (Πίνακας 1). Ο οδηγός συνέντευξης δοκιμάστηκε πιλοτικά σε νοσηλεύτρια με κλινική εμπειρία στο χειρουργείο, πριν την εφαρμογή του στο δείγμα της μελέτης. Δεν πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στον οδηγό συνέντευξης, ενώ το περιεχόμενο των απαντήσεων της πιλοτικής μελέτης δεν έχει συμπεριληφθεί στην παρούσα ανάλυση. Η κάθε συνέντευξη διήρκεσε από 15 έως 20 λεπτά και πραγματοποιήθηκε στον χώρο εργασίας των συμμετεχόντων, σε χρόνο που δεν παρεμποδίστηκε το έργο τους. Τα δεδομένα μαγνητοφωνήθηκαν, μετά από τη λήψη συγκατάθεσης. Πριν τη διενέργεια της συνέντευξης και την υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης, οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για τους σκοπούς της μελέτης από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Σε κάθε συνέντευξη δόθηκε ένας κωδικός για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε, αφού οι πληροφορίες επαναλαμβάνονταν και δεν προέκυπταν νέα δεδομένα (κορεσμός δεδομένων).

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά τη συλλογή τους, από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Οι ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες, καθώς και με τη χρήση της μέσης τιμής (ΜΤ) (mean). Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων εφαρμόστηκαν οι αρχές της ανάλυσης περιεχομένου (content analysis) με την επαγωγική προσέγγιση ανάλυσης (inductive approach).^{18,19} Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν λέξη προς λέξη από την ερευνητική ομάδα και μετατράπηκαν σε γραπτό κείμενο το οποίο καταχωρήθηκε σε αρχείο Word. Έπειτα, οι δύο ερευνήτριες ανεξάρτητα διάβασαν επανειλημμένα το κείμενο, κράτησαν σύντομες σημειώσεις για το θέμα, μελέτησαν το υλικό πολλές φορές για να το κατανοήσουν και να εντοπιστούν κοινές ή διαφοροποιημένες έννοιες, κωδικοποίησαν το εννοιολογικό τους περιεχόμενο και, τέλος, κατηγοριοποίησαν τους κωδικούς σε ευρύτερες υποκατηγορίες και κύρια θέματα. Στη συνέχεια, οι δύο ερευνήτριες σύγκριναν την κωδικοποίηση των εννοιών και την κατηγοριοποίηση των κωδικών τους. Ακολούθησε συζήτηση για τα ση-

μεία όπου διαφωνούσαν, μέχρι να επιτευχθεί συμφωνία. Μετά από αυτό το στάδιο, ο τρίτος ερευνητής εξέτασε τα θέματα και τα σύγκρινε με τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις. Τέλος, όλη η ερευνητική ομάδα συζήτησε και συμφώνησε με τα θέματα της παρούσας ανάλυσης. Παραδείγματα της διαδικασίας ανάλυσης των δεδομένων της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Ηθική και Δεοντολογία

Για τη διενέργεια της μελέτης δόθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης: 171/29.03.2023), από την αρμόδια Επιτροπή του Νοσοκομείου (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης: 4699/27.03.2023) και από την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης: 24775/08.05.2023). Οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για τον σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε η συγκατάθεση τους στην αρχή της μελέτης. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν ανώνυμη και εθελοντική και οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες μπορούσαν να διακόψουν τη συμμετοχή τους ανά πάσα στιγμή. Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες και τις συμμετέχουσες δεν υπήρχαν. Όσον αφορά τη συλλογή των δεδομένων τηρήθηκε και θα τηρείται ως προς τις πληροφορίες, εμπιστευτικότητα και ασφάλεια, ενώ η πρόσβαση στα δεδομένα περιορίζεται μόνο στα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εννέα μέλη της χειρουργικής ομάδας, 5 νοσηλεύτες/νοσηλεύτριες (55,5%) και 4 ιατροί (44,4%). Από το δείγμα αυτό, οι 3 ήταν άνδρες και οι 6 ήταν γυναίκες, ενώ η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 47,1 έτη. Πέντε (5) από τους/τις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες κατείχαν και μεταπτυχιακό δίπλωμα, τρεις (3) πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και ένας/μία (1) από τους/τις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες πτυχίο τεχνολογικής εκπαίδευσης. Η μέση τιμή για το χρονικό διάστημα που οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες εργάζονταν στο χειρουργείο ήταν τα 16,3 έτη, με εύρος από 3 έως 35 έτη. Αντιστοίχως, η μέση τιμή για τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας του δείγματος διαμορφώθηκε στα 19,8 έτη, με εύρος από 12 έως 36 έτη. Επιπλέον, από τους/τις τέσσερις ιατρούς, δύο ήταν επιμελητές/επιμελήτριες Α' και δύο επιμελητές/επιμελήτριες Β'. Το δείγμα των ιατρών αποτέλεσαν ένας/μία αναισθησιολόγος, δύο νευροχειρουργοί και ένας/μία γενικός χειρουργός. Οι συμμετέχοντες νοσηλεύτες ήταν

κλινικοί νοσηλεύτες. (με αρμοδιότητες εργαλειοδοσίας, κυκλοφορίας και αναισθησιολογικού).

Αποτελέσματα από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων

Απόψεις για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου

Αναφορικά με τις απόψεις των μελών της χειρουργικής ομάδας για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου ή άλλων τυποποιημένων διαδικασιών για την ασφάλεια των χειρουργικών επεμβάσεων, προέκυψε ένα κύριο θέμα: «Διαχείριση ζητημάτων ασφάλειας», το οποίο περιγράφεται από δύο υποκατηγορίες: εναλλακτικά πρωτόκολλα και εφαρμογή στην κλινική πράξη. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων έχει χρησιμοποιήσει τη λίστα ελέγχου ή σχετικά πρωτόκολλα, είτε προφορικά είτε σε έντυπη μορφή. Επιπλέον, επισήμαναν την αναγκαιότητα για την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πρακτική, αφού συμβάλλει στην ορθή διαχείριση των ζητημάτων ασφαλείας, που σχετίζονται με τις χειρουργικές επεμβάσεις. Ένα άτομο επισήμανε ότι έχει χρησιμοποιήσει τη λίστα ελέγχου του ΠΟΥ στην προκαθορισμένη μορφή της μόνο σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Ελλάδας. Χαρακτηριστικά ένας από τους συμμετέχοντες ανέφερε:

«Όλα αυτά που υπάρχουν στη λίστα, υπάρχουν όλα στο πρωτόκολλο[...]. Δεν έχουμε το αναισθησιολογικό κομμάτι[...]. Αλλά πάνω κάτω όλα αυτά χρησιμοποιούνται εδώ» (Νοσηλεύτη, συμμετέχων 3)

Ωστόσο, ένα άτομο που συμμετείχε στη μελέτη, σημείωσε πως η εμπειρία που έχει από την εφαρμογή της λίστας του ΠΟΥ προέρχεται αποκλειστικά από χώρα του εξωτερικού.

«Ναι, στο εξωτερικό για πολλά έτη. Ουσιαστικά δεν είναι έντυπο του χειρουργείου και μου κάνει εντύπωση». (Ιατρός, συμμετέχων/ουσα 2)

Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της λίστας ελέγχου

Με βάση τις απαντήσεις των ερωτηθέντων για τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η εφαρμογή της λίστας του ΠΟΥ για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, διαμορφώθηκαν δύο κύρια θέματα: «Οφέλη για τον οργανισμό» και «Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών».

Το θέμα «Οφέλη για τον οργανισμό», με δύο υποκατηγορίες: καλύτερη οργάνωση της εργασίας και ενίσχυση συνεργασίας, περιγράφει την σημασία ύπαρξης της λίστας ελέγχου στην καθημερινή κλινική πρακτική. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα άτομα ανέφεραν πως η εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ παρέχει στη χει-

ρουργική ομάδα έναν συγκεκριμένο και οργανωμένο τρόπο εργασίας, ενώ παράλληλα ενισχύει την ετοιμότητα και τη συνεργασία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας.

«Προφανώς. Το πρώτο και βασικό πλεονέκτημα είναι ότι μετατρέπει τη χειρουργική πράξη σε μία πράξη ομάδας, που αφορά όλους. Υπάρχει μία συννευθνή και συμμετοχικότητα όλων και όχι μία απόφαση απλώς του χειρουργού, το οποίο θεωρώ και ιατρική του 1970» (Ιατρός, συμμετέχων/ουσα 4)

Το θέμα «Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών» περιλαμβάνει την υποκατηγορία: οφέλη για τον ασθενή. Από την ανάλυση των δεδομένων έγινε αντιληπτό, πως μέσω της εφαρμογής της λίστας ελέγχου, αποφεύγονται και μειώνονται τα λάθη, συμβάλλοντας, όπως αναφέρθηκε από αρκετούς συμμετέχοντες και συμμετέχουσες, αποτελεσματικά στη μείωση των χειρουργικών επιπλοκών. Τέλος, ένας/μία από τους συμμετέχοντες/ συμμετέχουσες αναφέρθηκε στη θετική επίδραση της εφαρμογής της λίστας ελέγχου στην ψυχολογία του ασθενούς κατά την είσοδο στο χειρουργείο και πριν την εισαγωγή στην αναισθησία. Πιο συγκεκριμένα, είπε:

«Ναι συμφωνώ. Βοηθάει στο κυριότερο να μην γίνει λάθος. Επίσης, βοηθάει λίγο τον ασθενή στην ψυχολογία του. Είναι ένα προτέρημα νομίζω κι αυτό. Έρχεσαι πιο κοντά, του εξηγείς το τι πρόκειται να γίνει, ότι δεν χρειάζεται να αγχώνεται, ότι όλα τα άτομα της ομάδας θα σας φροντίσουν, ότι όλα θα πάνε καλά και κατά το χειρουργείο και έπειτα [...] είναι πολύ σημαντικός παράγοντας ο ψυχολογικός» (Νοσηλεύτης/τρια, συμμετέχων/ουσα 9)

Μειονεκτήματα από την εφαρμογή της λίστας ελέγχου

Τα πέντε από τα εννέα άτομα, δεν ανέφεραν κανένα μειονέκτημα σχετικά με την εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ. Από τις απαντήσεις των υπόλοιπων τεσσάρων συμμετεχόντων διαμορφώθηκαν δύο κύρια θέματα: «Αποτελεσματικότητα της λίστας» και «Στελέχωση και κατάλληλη προετοιμασία».

Το θέμα «Αποτελεσματικότητα της λίστας» έχει μία υποκατηγορία, την εφαρμογή στη κλινική πράξη, με το μειονέκτημα που σχολιάστηκε από τους/τις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες να είναι η μη πρόβλεψη πιθανών επιπλοκών από την εφαρμογή της λίστας ελέγχου. Παράλληλα, για το θέμα «Στελέχωση και κατάλληλη προετοιμασία» δημιουργήθηκαν οι υποκατηγορίες: επάρκεια προσωπικού και προϋποθέσεις εφαρμογής. Οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες ανέφεραν ως μειονέκτημα την έλλειψη προσωπικού και επισήμαναν πως για τη συ-

μπλήρωση της λίστας χρειάζεται επαρκές προσωπικό. Επιπλέον, από την ανάλυση των απαντήσεων των μελών της χειρουργικής ομάδας βρέθηκε η εκπαίδευση προσωπικού να συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή της λίστας. Ένα άτομο ανέφερε χαρακτηριστικά:

«Όχι, απλώς χρειάζεται κάποιος που θα είναι υπεύθυνος για την τήρησή της. Δεν έχει μειονεκτήματα, προσωπικό χρειάζεται» (Ιατρός, συμμετέχων/ουσα 3)

Παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου

Από την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τους παράγοντες που διευκολύνουν ή αναστέλλουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου, διαμορφώθηκαν τρία κύρια θέματα: «Στελέχωση», «Οργάνωση της εργασίας» και «Εκπαίδευση και προετοιμασία».

Το θέμα «Στελέχωση» περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες: εφαρμογή της λίστας στην κλινική πράξη και επάρκεια προσωπικού. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των περισσότερων συμμετεχόντων, την εφαρμογή της λίστας θα διευκόλυνε η ύπαρξη ενός υπεύθυνου, κυρίως νοσηλευτή, για την ορθή τήρησή της. Η επάρκεια προσωπικού αναφέρθηκε ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της λίστας από όλα σχεδόν τα άτομα. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η έλλειψη προσωπικού δυσχεραίνει την εφαρμογή της λίστας, ειδικά όταν ο φόρτος εργασίας στο χειρουργείο είναι μεγάλος.

Χαρακτηριστικά ένα άτομο ανέφερε: *«Να υπάρχει περισσότερο προσωπικό, δεν μπορεί ένα άτομο να κάνει τα πάντα. Και να ελέγχει και να ετοιμάζει εργαλεία και να είναι κίνησης. Δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό στο χώρο» (Νοσηλεύτης/τρια, συμμετέχων/ουσα 5)*

Επιπλέον, κάποιο άλλο άτομο ανέφερε: *«Να υπάρχει ένας συντονιστής [...] Ο ένας που είναι κίνησης έχει αυτόν τον ρόλο περισσότερο. Θα βοηθούσε πολύ περισσότερο να είχαμε και την λίστα γραπτά, θα ήταν ακόμα καλύτερα [...]» (Νοσηλεύτης/τρια, συμμετέχων/ουσα 7)*

Το θέμα «Οργάνωση της εργασίας» περιλαμβάνει την υποκατηγορία «συνθήκες εργασίας». Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή της λίστας, σύμφωνα με τα λεγόμενα των περισσότερων ερωτηθέντων, είναι η κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και η διασφάλιση καλού εργασιακού κλίματος στον χώρο του χειρουργείου. Ένα άτομο αναφέρθηκε στην ανάγκη για αλλαγή νοοτροπίας, ως προς τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας, γεγονός που θα διευκόλυνε την εφαρμογή της λίστας ελέγχου. Από

την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες ανέφεραν παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και εμποδίζουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων προέκυψαν οι εξής ανασταλτικοί παράγοντες: ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η κόπωση, η μη συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα, η διαχείριση των επειγόντων περιστατικών, η έλλειψη χρόνου και η περιορισμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας.

«[...] Η χώρα έχει δύο δομικά προβλήματα. Το ένα είναι ότι τελικός αποδέκτης των αποφάσεων και των ευθυνών στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι ο γιατρός, που πολύ μεγάλο λάθος[...] Και το δεύτερο είναι ότι υπάρχει προχειρότητα[...] Ο μόνος λόγος που δεν εφαρμόζεται και σε αυτό το χειρουργείο είναι ζήτημα νοοτροπίας, το οποίο έχει να κάνει με την οργάνωση, την ασφάλεια της εργασίας, απέναντι σε εμάς που εργαζόμαστε και εκτιθόμαστε σε κίνδυνο, και του αρρώστου [...]» (Ιατρός, συμμετέχων/ουσα 4)

Τέλος, το θέμα «Εκπαίδευση και προετοιμασία» με τις υποκατηγορίες κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και έλλειψη απαραίτητων γνώσεων, αποτελεί μια άλλη παράμετρο που επηρεάζει την εφαρμογή της λίστας ελέγχου στην κλινική πράξη. Τα περισσότερα άτομα επισήμαναν στις απαντήσεις τους πως η εκπαίδευση και η συνεχής κατάρτιση του προσωπικού θα συμβάλει ουσιαστικά στην αποτελεσματική εφαρμογή της λίστας ελέγχου και στην βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις. Η έλλειψη απαραίτητων γνώσεων, που σχετίζεται με την ελλιπή εκπαίδευση και τη μη ενημέρωση των μελών της χειρουργικής ομάδας για ζητήματα ασφαλείας, αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ως παράγοντες που αναστέλλουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις. Χαρακτηριστικά, ένα άτομο ανέφερε: «[...] Πιστεύω πρώτα το προσωπικό, είναι το σημαντικότερο για μας, η σωστή εκπαίδευση και η ενημέρωση γενικότερα» (Νοσηλεύτης/τρια, συμμετέχων/ουσα 2)

Επίσης, ένα άλλο άτομο ανέφερε:

«[...] δεν έχουμε επικοινωνήσει καλά το έντυπο ως πούμε, για να μπορεί να εφαρμοστεί [...] είναι η κουλτούρα που έχει δημιουργηθεί και θέλει σιγά σιγά βήματα, πρώτα την εκπαίδευση, μετά την εφαρμογή [...]» (Νοσηλεύτης/τρια, συμμετέχων/ουσα 8)

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια

διερεύνησης των απόψεων μελών της χειρουργικής ομάδας σχετικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του ΠΟΥ στην Ελλάδα. Κύριο έναυσμα για την εκπόνηση αυτής της εργασίας ήταν η έλλειψη αναφορών στην ελληνική βιβλιογραφία για το θέμα αυτό. Η έρευνα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τις απόψεις τους για την εφαρμογή της λίστας στην καθημερινή κλινική πρακτική, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από την εφαρμογή της, καθώς και τους παράγοντες που αναστέλλουν και διευκολύνουν την εφαρμογή της. Τα θέματα και οι υποκατηγορίες που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων επισήμανε την ύπαρξη εναλλακτικών πρωτοκόλλων στην καθημερινή κλινική πρακτική, έναντι της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ. Συγκεκριμένα, έγινε λόγος για πρωτόκολλα ασφαλείας του νοσοκομείου και προφορική χρήση της λίστας ελέγχου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλά από τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στα αντίστοιχα πρωτόκολλα ασφαλείας είναι συναφή με αυτά, που περιλαμβάνονται στη λίστα ελέγχου του ΠΟΥ. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία και την αναγνώριση των βασικών αρχών που προάγουν την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, δόθηκε έμφαση στην προφορική της χρήση, σε σχέση με την προτεινόμενη γραπτή μορφή του ΠΟΥ. Η έμφαση στην προφορική χρήση της λίστας υποδεικνύει μια πρακτική που μπορεί να είναι πιο προσιτή και ευέλικτη στην εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι, όσοι και όσες είχαν εμπειρία από τη χρήση της, είχαν εργαστεί είτε στο εξωτερικό είτε σε κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο της Ελλάδας. Αυτό υποδεικνύει την παγκόσμια αναγνώριση της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ, ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, και την ανάγκη των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων για υιοθέτηση των διεθνών προτύπων.

Παράλληλα, όλοι οι συμμετέχοντες και όλες οι συμμετέχουσες συμφώνησαν με τη χρήση της λίστας και ανέφεραν πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της. Τα δεδομένα έδειξαν ότι η λίστα ελέγχου αποτελεί πυλώνα για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρέχει οφέλη στον οργανισμό, διασφαλίζοντας για το προσωπικό έναν οργανωμένο τρόπο εργασίας. Παρόμοια, ένα σύνολο ερευνών έδειξε αυξημένο «ομαδικό αίσθημα», «ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και της απο-

Πίνακας 1: Ερωτήσεις Οδηγού Συνέντευξης ανοιχτού τύπου για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ

 ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ)		
<p>Πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία</p> <p>ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ <ul style="list-style-type: none"> • ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ • ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΣΥΝΑΝΗΣΗ <input type="checkbox"/> ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ / ΔΕΝ ΑΓΛΑΙΤΕΥΤΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΔΟΚΑΘΑΡΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΑΜΙΚΟΥ ΘΕΥΜΕΤΡΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ <p>ΕΧΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΓΝΩΣΤΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: <ul style="list-style-type: none"> ○ ΟΧΙ ○ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΔΥΣΧΟΛΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΓΟΥ / ΕΙΣΡΟΦΗΣ: <ul style="list-style-type: none"> ○ ΟΧΙ ○ ΝΑΙ ΚΑΙ ΕΞΟΓΛΩΜΟΣ / ΒΟΗΘΩ ΣΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/> ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ >500ML (7ML/KG ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ): <ul style="list-style-type: none"> ○ ΟΧΙ ○ ΝΑΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΦΙΛΞΩΝ ΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΓΛΑΡΑΓΗΤΑ ΥΓΡΑ 	<p>Πριν από την χειρουργική τομή στο δέρμα</p> <p>TIME OUT*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΑΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΟΥΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ <ul style="list-style-type: none"> • ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ • ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ <p>ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΕΙ ΠΩΣ ΕΨΑΝ ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ Η ΑΓΡΟΒΑΛΕΤΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ, Η ΔΙΑΚΡΙΣΙΑ ΤΗΣ, Η ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ Η ΟΧΙ ΑΠΩΛΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ <input type="checkbox"/> Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΝΘΕΡΜΟΝΕΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ Ή/ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ <input type="checkbox"/> Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ: ΕΧΕΙ (Η/ΝΕ) ΑΠΟΣΤΕΡΩΣΗ ΚΑΙ (Η/ΝΕ) ΣΩΣΤΕΣ ΟΙ ΑΝΤΙΤΕΤΟΚΕΣ ΕΝΔΕΞΕΙΣ; Ή/ΝΕΥΣΕ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΨΗ ΕΞΟΓΛΩΜΟΣ Η ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΝ <p>ΕΧΕΙ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 60 ΛΕΠΤΑ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΓΛΑΙΤΕΥΤΑΙ <p>ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΡΤΗΘΕΙ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΓΛΑΙΤΟΥΝΤΑΙ 	<p>Πριν από την έξοδο του ασθενή από τη χειρουργική αίθουσα</p> <p>ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΕΙ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΙ <input type="checkbox"/> ΟΤΙ ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ, ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΩΝ / ΚΟΜΠΡΕΣΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΒΕΛΟΝΩΝ ΕΨΑΝ ΣΩΣΤΕΣ (Η ΔΕΝ ΑΓΛΑΙΤΟΥΝΤΑΙ) <input type="checkbox"/> ΠΩΣ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΝΘΕΙ ΤΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ (ΜΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ) <input type="checkbox"/> ΑΝ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΞΟΓΛΩΜΟ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΟΥΝ <input type="checkbox"/> Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΥΝΟΜΩΣΟΥΝ ΤΙΣ ΚΥΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΜΗΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΟ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Αρχικά, παρουσιάζεται στους συμμετέχοντες η μεταφρασμένη λίστα ελέγχου του ΠΟΥ¹³

1. Έχετε εφαρμόσει την λίστα ελέγχου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας; Κι αν όχι, έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν ή χρησιμοποιείτε σήμερα άλλους τρόπους/διαδικασίες για την ασφάλεια στη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων;
2. Συμφωνείτε με την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις και γιατί; Αναφέρετε κάποια πλεονεκτήματα.
3. Διαφωνείτε με την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις και γιατί; Αναφέρετε κάποια μειονεκτήματα.
4. Ποιοι παράγοντες θεωρείτε πως διευκολύνουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική;
5. Ποιοι παράγοντες θεωρείτε πως αναστέλλουν την εφαρμογή της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική;

τελεσματοκτότητας» και βελτιωμένη ομαδική επικοινωνία από την χρήση της λίστας του ΠΟΥ.²⁰⁻²² Ο κοινός τρόπος εργασίας και η τήρηση της λίστας συμβάλλει στη μείωση χειρουργικών επιπλοκών, στην αποφυγή και μείωση λαθών, προσφέροντας ασφάλεια στον ασθενή και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση επτά δοκιμών, σχετικά με την επίδραση της χειρουργικής λίστας ελέγχου στο ποσοστό επιπλοκών και τη μετεγχειρητική θνησιμότητα, διαπιστώθηκε ότι τα στοιχεία

υποδηλώνουν έντονα μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας μετά την εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ.²³

Επιπρόσθετα, μέσω εφαρμογής της λίστας επιτυγχάνεται η αρχική επαφή της χειρουργικής ομάδας με τον ασθενή, η οποία αποτελεί σημαντικό στάδιο της διαδικασίας, καθώς επηρεάζει σημαντικά τη ψυχολογία του ασθενούς. Κατά τη διάρκεια αυτής της επαφής, το προσωπικό έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει μία θεραπευ-

Πίνακας 2: Παραδείγματα της διαδικασίας ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων

Αποσπάσματα συνεντεύξεων	Εννοιολογικό περιεχόμενο	Κωδικός	Υποκατηγορία θέματος	Κύριο Θέμα
«Όλα αυτά που υπάρχουν στη λίστα, υπάρχουν όλα στο πρωτόκολλο...δεν έχουμε το αναισθησιολογικό κομμάτι... αλλά πάνω κάτω όλα αυτά χρησιμοποιούνται εδώ»	Μη εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ, αλλά χρήση πρωτοκόλλων του νοσοκομείου που εμπεριέχουν μερικά σημεία της λίστας	Χρήση πρωτοκόλλων του νοσοκομείου	Εναλλακτικά πρωτόκολλα	Διαχείριση ζητημάτων ασφάλειας
«Πολλές φορές την έχω χρησιμοποιήσει. Όπως είναι με την έννοια του <i>checklist</i> μόνο στα ιδιωτικά γίνεται στην Ελλάδα»	Εφαρμογή της λίστας ελέγχου με την προκαθορισμένη έντυπη μορφή του ΠΟΥ	Εμπειρία στη χρήση της λίστας ελέγχου	Εφαρμογή στην κλινική πράξη	

Πίνακας 3. Συνοπτική παρουσίαση των κύριων θεμάτων και υποκατηγοριών της μελέτης

Ερευνητικό ερώτημα	Θέμα	Υποκατηγορίες
Εφαρμογή λίστας ελέγχου	Διαχείριση ζητημάτων ασφαλείας	Εναλλακτικά πρωτόκολλα Εφαρμογή στην κλινική πράξη
Πλεονεκτήματα εφαρμογής	Οφέλη για τον οργανισμό	Ενίσχυση της συνεργασίας Καλύτερη οργάνωση της εργασίας
	Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών	Οφέλη για τον ασθενή
Μειονεκτήματα εφαρμογής	Αποτελεσματικότητα της λίστας	Εφαρμογή στη κλινική πράξη
	Στελέχωση και κατάλληλη προετοιμασία	Επάρκεια προσωπικού Προϋποθέσεις εφαρμογής
Παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή	Στελέχωση	Εφαρμογή της λίστας στην κλινική πράξη Επάρκεια προσωπικού
	Οργάνωση της εργασίας	Συνθήκες εργασίας
	Εκπαίδευση και προετοιμασία	Κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό Έλλειψη απαραίτητων γνώσεων

τική σχέση με τον ασθενή. Αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης, το οποίο μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην επιτυχή ολοκλήρωση της χειρουργικής διαδικασίας και την ανάρρωση μετά την επέμβαση. Σύμφωνα με μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, όταν οι ασθενείς έχουν γνώση του περιεχομένου της λίστας ελέγχου πριν την χειρουργική επέμβαση, το

προ-εγχειρητικό άγχος τους φαίνεται να μειώνεται.²³

Παρ' όλα αυτά, η συμπλήρωση της λίστας προϋποθέτει την επάρκεια προσωπικού και την κατάλληλη εκπαίδευσή του, τα οποία αναφέρθηκαν από κάποια μέλη του δείγματος ως τα μόνα μειονεκτήματα. Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού μπορεί να δημιουργήσει καθυστερήσεις και αναστάτωση στην εφαρμογή της, περιορίζοντας

τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει. Παράλληλα, η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή χρήση ή ακόμη και σε λανθασμένη εφαρμογή της. Επομένως, είναι σημαντικό τα νοσοκομεία να στελεχώνονται με επαρκές προσωπικό, που να είναι εξοικειωμένο με τη χρήση της λίστας και να έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με την εφαρμογή της στην κλινική πράξη. Έτσι, θα επιτευχθεί και η μέγιστη αξιοποίηση των οφελών της, αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντός του χειρουργείου.

Οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες επανέλαβαν στους ανασταλτικούς παράγοντες για την εφαρμογή της λίστας, την έλλειψη προσωπικού και την μη επαρκή εκπαίδευσή του, σε σχέση με την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πρακτική. Επιπλέον, οι συνθήκες εργασίας, δηλαδή ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η έλλειψη χρόνου, η περιορισμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας και η μη συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα, φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την εφαρμογή της λίστας ελέγχου. Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν οι Paterson et al.²⁴, όπως και η μελέτη των Khodavandi et al.²⁵, όπου τα μέλη της χειρουργικής ομάδας, τόνισαν ως σημαντικότερα εμπόδια για την εφαρμογή της λίστας, τον φόρτο εργασίας, τα έκτακτα περιστατικά καθώς και τη μη αποτελεσματική ομαδική εργασία. Μία άλλη μελέτη, έδειξε πως οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες έχουν μάλλον διαφορετικές αντιλήψεις για το τι συνιστά ομαδική εργασία και επικοινωνία στο χειρουργείο.^{26,27} Το γεγονός αυτό υποδεικνύει πως η διεπιστημονική συνεργασία δεν εξασφαλίζει μία "κοινή γλώσσα" μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών και ιατρών, που απαιτείται για την εφαρμογή της λίστας στο χειρουργείο.

Αντίθετα, η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος, η υιοθέτηση κοινής γλώσσας και το καλό κλίμα μέσα στην χειρουργική αίθουσα φαίνεται πως θεωρούνται, ως παράγοντες που θα διευκόλυναν την εφαρμογή της λίστας. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε πως η ύπαρξη συντονιστή/συντονίστριας, υπεύθυνου για την λίστα, θα συνέβαλε στη συμμόρφωση όλων των μελών της χειρουργικής ομάδας με την συμπλήρωση της λίστας. Πράγματι, όπως επισημαίνεται και από τους O'Brien et al.²⁶, Khodavandi et al.²⁵, και Ferraiuolo et al.²⁸ προτείνεται για την συμπλήρωση της λίστας ελέγχου να ηγείται ένα μέλος της χειρουργικής ομάδας με κατάλληλη εκπαίδευση. Η κατάλληλη εκπαίδευση και η συνεχής κατάρτιση του προσωπικού θα ευνοούσε την τήρηση της λίστας ελέγχου, όπως επιβεβαιώνεται και από ανα-

φορές στη βιβλιογραφία.²⁹ Τέλος, η μορφή και ο τρόπος εφαρμογής της λίστας φαίνεται πως επηρεάζει την συμπλήρωσή της από την χειρουργική ομάδα. Στην μελέτη των Bergs et al.³⁰, η λίστα ελέγχου αποδεικνύεται λιγότερο αποτελεσματική, όταν η χειρουργική ομάδα συμπληρώνει τη λίστα απλά σημειώνοντας τα βήματα, χωρίς προφορικό διπλό έλεγχο με όλα τα μέλη της ομάδας.

Υπό το πρίσμα όλων των παραπάνω, η χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του ΠΟΥ¹ βοηθάει συνολικά στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων, ενώ θα μπορούσε να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο όλων των ελληνικών νοσοκομείων για την ασφάλεια.

Περιορισμοί και δυνατά σημεία της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη τέθηκαν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι αναφέρονται ακολούθως. Αρχικά, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν μόλις εννέα εργαζόμενοι και εργαζόμενες από ένα δημόσιο νοσοκομείο της Περιφέρειας, όπως είχε καθοριστεί στο ερευνητικό πρωτόκολλο. Το μικρό δείγμα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Ωστόσο, στην ποιοτική έρευνα ο στόχος δεν είναι η γενίκευση των ευρημάτων σε μεγαλύτερο πληθυσμό, αλλά η εξήγηση και η κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου. Η συμμετοχή ιατρών και από άλλες χειρουργικές ειδικότητες, πιθανότητα να εμπλούτιζε τα αποτελέσματα της μελέτης. Επιπλέον, οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν μόνο σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, ενώ η συλλογή δεδομένων και από άλλα νοσοκομεία (δημόσια ή ιδιωτικά) πιθανότατα να αναδείκνυε και άλλες πτυχές, που σχετίζονται με την εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ. Η δυνατότητα εφαρμοσιμότητας των αποτελεσμάτων της μελέτης σε άλλο κλινικό περιβάλλον αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό, αν και το πλαίσιο μελέτης και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιγράφονται με σαφήνεια.

Παρόλα αυτά, στη συγκεκριμένη μελέτη ακολουθήθηκαν συγκεκριμένες μέθοδοι και διαδικασίες για τη διασφάλιση της μεθοδολογικής αυστηρότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν σε συσκευή καταγραφής ήχου και μεταφέρθηκαν με ακρίβεια σε γραπτό κείμενο από δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας (διασφάλιση αντικειμενικότητας). Επιπλέον, η σκόπιμη δειγματοληψία, η χρήση ανοιχτού τύπου ερωτήσεων και η ανάλυση των δεδομένων, αρχικά από δύο ερευνήτριες ανεξάρτητα, στη συνέχεια ακολούθησε συζήτηση μέχρι την επίτευξη συμφωνίας και η σύγκριση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης με τις απομαγνητοφωνημένες

συνεντεύξεις από έναν τρίτο ερευνητή, καθώς και η περιγραφή της διαδικασίας ανάλυσης (με παράθεση παραδειγμάτων και αποσπασμάτων), ενισχύει την πιστότητα της μελέτης. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, συμβάλουν στην κατανόηση σημαντικών πτυχών του υπό μελέτη θέματος, παρέχοντας τη δυνατότητα για εφαρμογή στην κλινική πρακτική, αλλά και για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα μέλη της χειρουργικής ομάδας εξέφρασαν θετικές απόψεις για την εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, επισημαίνοντας τα οφέλη, τόσο για τον οργανισμό όσο και τον ίδιο τον ασθενή. Η ορθή εφαρμογή της λίστας ελέγχου βρέθηκε να προϋποθέτει επαρκή στελέχωση και προετοιμασία του προσωπικού, προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην

πράξη. Τέλος, η παρούσα μελέτη ανέδειξε παράγοντες που διευκολύνουν και παράγοντες που αναστέλλουν την εφαρμογή της, και σχετίζονται με ζητήματα οργάνωσης και διοίκησης του χειρουργείου, αλλά και με την αποτελεσματική ηγεσία.

Αυτά τα ευρήματα ενθαρρύνουν περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες στη χειρουργική φροντίδα, με έμφαση στην ευρύτερη εφαρμογή της λίστας ελέγχου του ΠΟΥ στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Οι προσπάθειες εφαρμογής και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, θα πρέπει να αποτελούν συνεχή διαδικασία και πρόκληση για την χειρουργική ομάδα. Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν το έναυσμα για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες, με αντικείμενο τον βαθμό συμμόρφωσης των μελών της χειρουργικής ομάδας, αλλά και τρόπους για τη καλύτερη δυνατή εφαρμογή της στη καθημερινή κλινική πρακτική.

ABSTRACT

Surgical team members' views on the implementation of safety checklist in surgical procedures: A qualitative study

Kalliopi-Ioulia Ioakeim-Panagiotou,¹ Eleni-Maria Koukouve,² Alexandros Mihopoulos,³ Sofia Zyga,⁴ Petros Kolovos⁵

¹Clinical Research Nurse, Aretaieo Hospital Athens

²Registered Nurse, Athens Medical Center, Athens

³Assistant Professor, Laboratory of Nursing Research and Care, Department of Nursing, University of the Peloponnese, Tripolis

⁴Professor, Laboratory of Nursing Research and Care, Department of Nursing, University of the Peloponnese, Tripolis

⁵Assistant Professor, Laboratory of Nursing Research and Care, Department of Nursing, University of the Peloponnese, Tripolis

Introduction: The World Health Organization's Surgical Safety Checklist was developed to ensure safety in surgeries, reduce mortality and postoperative complications, and improve communication between the surgical team members. Despite the increased awareness of the checklist, surgical team views' and their degree of compliance with it vary.

Aim: To explore the views of surgical team members' on the implementation of safety checklist in surgical procedures.

Methods: A qualitative study was employed, and semi-structured interviews were conducted in May 2023, using an appropriately designed interview guide. The purposeful sampling consisted of operating room nurses (n=5), as well as doctors of various surgical specialties and anesthesiologists (n=4), working at a General Hospital of the Region. For data analysis, the principles of content analysis with an inductive approach were applied. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of the Peloponnese, the competent Hospital Committee and the 6th Health District. **Results:** Based on data analysis, one theme emerged describing the surgical team members' views on the implementation of checklist: "managing safety issues." Two themes emerged as advantages of its implementation: "benefits for the organization" and "quality of the services provided", and two themes as disadvantages: "staffing and appropriate preparation" and "checklist effectiveness". Finally, three themes were identified as factors affecting the implementation of checklist: "staffing", "work organization" and "training and preparation". **Conclusions:** Participants expressed positive views on the implementation of checklist, as the benefit for improving safety and quality of the health services provided is recognized. Provided that appropriate training and adequate staffing are the main prerequisites, the implementation of the WHO checklist ensures positive results, both for patients and organizations. The results of

the present study highlight the need for further research efforts in relation to the factors affecting its implementation and the adoption of strategies to enhance surgical team compliance in clinical practice.

Keywords: *Qualitative study, Safety, Surgical Team, WHO Surgical Safety Checklist*

✉ **Corresponding Author:** Kalliopi-Ioulia Ioakim-Panagioutou, Aretaio Hospital, 76 Vassilissis Sofias Street, P.C. 11528, Athens, Greece Tel: (+30) 6941 494 096, e-mail: kallioakeim@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. WHO, Safety Surgery Saves Lives, 2009. [Last accessed on 2024 Feb 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>.
2. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372:139-44.
3. Haynes AB, Weiser TG, Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
4. Gong J, Sheng B, Bian C, Yang L. A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(30):e26731. doi: 10.1097/MD.00000000000026731.
5. Egan MT, Sandberg WS. Auto identification technology and its impact on patient safety in the Operating Room of the Future. *Surg Innov*. 2007;14(1):41-50. doi: 10.1177/1553350606298971.
6. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(4):269-76. doi: 10.1093/intqhc/14.4.269.
7. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999;126(1):66-75. doi: 10.1067/msy.1999.98664.
8. Alnaib M, Al Samaraee A, Bhattacharya V. The WHO surgical safety checklist. *J Perioper Pract*. 2012;22(9):289-92. doi: 10.1177/175045891202200903.
9. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, Espin S, Bohnen J, Whyte S. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143(1):12-7. doi: 10.1001/archsurg.2007.21.
10. Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D, Goodrich E, Hartmann E, Rowen L, Behrens DC, Marohn M, Pronovost PJ. Operating room briefings and wrong-site surgery. *J Am Coll Surg*. 2007;204(2):236-43. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018.
11. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg*. 2012;256(6):925-33.
12. Kisacik OG, Cigerci Y. Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. *Pak J Med Sci*. 2019;35(3):614-9. doi: 10.12669/rjms.35.3.29.
13. Μιντζαρίδης Κ, Φαϊτατζίδου Α. Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις. Σύλλογος Νοσηλευτών Χειρουργείου. Θεσσαλονίκη: 2009. 1η έκδοση. Διαθέσιμο στο: <https://www.sydnnox.gr/articlefiles/downloads/asfaleia-xeirourgikes-epembaseis.pdf>
14. Weiser TG, Haynes AB. Ten years of the Surgical Safety Checklist. *Br J Surg*. 2018;105(8):927-9. doi: 10.1002/bjs.10907.
15. Pugel AE, Simianu VV, Flum DR, Dellinger EP. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *J Infect Public Health*. 2015;8(3):219-25. doi: 10.1016/j.jiph.2015.01.001.
16. Georgiou E, Mashini M, Panayiotou I, et al. Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: a focus group study among nurses. *J Perioper Pract*. 2018;28(12):339-46. doi: 10.1177/1750458918780120.
17. Γαλάνης Π. Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Archives of Hellenic Medicine*. 2017;34(6).
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
19. Jain D, Sharma R, Reddy S. WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018;34(1):7-10. doi: 10.4103/joacp.JOACP_307_16.
20. Bandari J, Schumacher K, Simon M, Cameron D, Goeschel CA, Holzmueller CG, Makary MA, Welsh RJ, Berenholtz SM. Surfacing safety hazards using standardized operating room briefings and debriefings at a large regional medical center. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(4):154-60. doi: 10.1016/s1553-7250(12)38020-3.
21. Nilsson L, Lindberget O, Gupta A, Vegfors M. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010;54(2):176-82. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02109.x.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis pro-

- cess. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
23. Paterson C, McKie A, Turner M, Kaak V. Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2024;80(2):465-83. doi: 10.1111/jan.15841.
 24. Khodavandi M, Kakemam E, Ghasemyani S, Khodaryari-Zarnaq R. Barriers and Facilitators of Implementing WHO Safe Surgery Checklist: A Cross-sectional Study in Public Hospitals of Iran. *Shiraz E-Med J*. 2022;23(5):e118111. doi: 10.5812/semj.118111.
 25. O'Brien B, Graham MM, Kelly SM. Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. *J Nurs Manag*. 2017;25:468-76. doi: 10.1111/jonm.12493.
 26. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: Implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J*. 2010;91(6):722-9. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.066
 27. Ferraiuolo F, Dante A, Petrucci C, Güvenç G, Lancia L. The implementation of the WHO's surgical safety checklist by Italian operating teams: A descriptive study. *Florence Nightingale J Nurs*. 2022;30(1):48-54.
 28. McGinlay D, Moore D, Mironescu A. A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance. *Rom J Anaesth Intensive Care*. 2015;22(2):111-21.
 29. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015;24:776-86.