

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.....	6
1.1 Εισαγωγή στη νοσηλευτική.....	6
1.2 Οι ρόλοι του νοσηλευτή	7
1.2.1 Προβληματισμοί από την άσκηση της Νοσηλευτικής.....	10
1.3 Γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	13
1.3.1 Φαρμακοτεχνικές μορφές και οδοί χορήγησης φαρμάκων.....	14
1.3.2 Μέτρα για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων.....	20
1.3.3 Ορθοί τρόποι χορήγησης φαρμάκων.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΛΑΘΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	30
2.1 Ο κανόνας των «πέντε» στη χορήγηση των φαρμάκων.....	30
2.2 Νοσηλευτικά φαρμακευτικά λάθη και αιτίες πραγματοποίησής τους.....	34
2.3 Στάδια πραγματοποίησης των λαθών.....	36
2.4 Τύποι φαρμακευτικών λαθών.....	36
2.5 Επιδημιολογία εμφάνισης φαρμακευτικών λαθών	37
2.6 Συνέπειες από τα φαρμακευτικά λάθη	38
2.7 Εξάλειψη των Καταστάσεων Δυνητικών Φαρμακευτικών Λαθών: Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	41
3.1 Η έννοια της βιοηθικής	41
3.2 Διαμόρφωση και σύγκρουση των αξιών	42
3.3 Νομικά θέματα που σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	53
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	54
Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	54
Υλικό & μεθοδολογία μελέτης.....	54

Στατιστική ανάλυση	55
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	57
Περιγραφικά αποτελέσματα	57
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	57
Νοσηλευτικά λάθη	60
Συσχετίσεις	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ	75
Συμπεράσματα	75
Συζήτηση	76
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	79
Περιορισμοί της μελέτης	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
Ελληνόγλωσση	81
Ξενόγλωσση	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	85
Παράρτημα I: Κώδικας δεοντολογίας νοσηλευτών	85
Παράρτημα II: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την Ευρωκλινική Αθηνών	91
Παράρτημα III: Άδεια εκπόνησης μελέτης από το ΓΝ Λαϊκό	92
Παράρτημα IV: Διανεμηθέν ερωτηματολόγιο	93
Παράρτημα V: Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου	102

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λάθη είναι αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ζωής. Πολλά λάθη, σύμφωνα και με την ετυμολογία της λέξης, προέρχονται από διαφυγή της προσοχής του ατόμου. Στη νοσηλευτική πρακτική γίνονται λάθη, τα οποία προέρχονται από διάφορους παράγοντες, που θα αναλύσουμε παρακάτω και έχουν βλαβερές συνέπειες για την υγεία των ασθενών.

Η εκτέλεση των ιατρικών εντολών αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής διαδικασίας και της φροντίδας των ασθενών (Cheraghi, 2012). Είναι επίσης το κύριο συστατικό της απόδοσης της νοσηλευτικής και παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στην ασφάλεια των ασθενών.

Ένα σφάλμα στην φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς από το νοσηλευτή, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις όπως η αυξημένη θνητότητα, η αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και ως εκ τούτου οι αναιτιολόγητα αυξημένες δαπάνες. Αυτά σημαίνουν ότι τα λάθη μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την υγεία των ασθενών και κατ' επέκταση και το κόστος στο σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών (ANA) και τα πρότυπα φροντίδας που αυτός έχει εκδόσει, ισχύει η πεποίθηση που υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι παράγοντας κλειδί στην επιβίωση του ατόμου και στη διατήρηση, την αποκατάσταση και την πρόληψη σε όλες τις διαστάσεις της φροντίδας υγείας.

Παρά το γεγονός ότι τα σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή μπορούν να προκληθούν από όλα τα μέλη που ασχολούνται με την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, τα νοσηλευτικά λάθη είναι τα πιο συνηθισμένα. Και ο λόγος είναι ότι οι νοσηλευτές περνούν το 40% του χρόνου εργασίας τους στο νοσοκομείο στη χορήγηση των φαρμάκων (Armitage, 2003).

Μελέτες έχουν δείξει ότι σχεδόν το 1/3 των φαρμακευτικών επιπλοκών οφείλονται σε λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (Hashemi, 2007). Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το

2000 από το Institute of Medicine, διαπιστώθηκε ότι οι θάνατοι που σχετίζονται με νοσηλευτικά λάθη είναι 44.000-98.000 ετησίως, ενώ οι βλάβες που καταγράφονται σε ασθενείς είναι 1.000.000 ετησίως. Από αυτά τα λάθη την πλειοψηφία κατέχουν τα φαρμακευτικά λάθη. Η συχνότητα πραγματοποίησης των φαρμακευτικών λαθών είναι 5 προς 100 στη χορήγηση των φαρμάκων, δηλαδή στα 100 φάρμακα που θα χορηγήσει κάποιος νοσηλευτής στους πάσχοντες του τμήματός του, τις 5 φορές θα τεθεί σε κίνδυνο η ασφάλεια ορισμένων εξ' αυτών (Koch, 2000).

Συνεπώς, η ακατάλληλη χρήση των φαρμάκων παρατείνει τη νοσηλεία των ασθενών και επιβάλλει επιπρόσθετες δαπάνες νοσηλείας. Είναι γεγονός πλέον ότι συμβαίνουν μυριάδες λάθη από το προσωπικό παροχής φροντίδας στους ασθενείς, παρ' όλα αυτά είναι δύσκολο να βρεθούν ακριβή στατιστικά στοιχεία των σφαλμάτων, καθώς οι νοσηλευτές διστάζουν να τα αναφέρουν προκειμένου να προστατεύσουν τον εαυτό τους από πιθανές κυρώσεις και από τις αντιδράσεις των ασθενών.

Ωστόσο, σύμφωνα με την αύξηση του αριθμού των καταγγελιών από το ιατρικό προσωπικό και την αύξηση των αποφάσεων υπέρ των ασθενών στα δικαστήρια, συμπεραίνουμε πως η συχνότητα των σφαλμάτων είναι υψηλή.

Ως πρώτο βήμα λοιπόν, θα ήταν ωφέλιμο να αξιολογήσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα είδη και τις αιτίες των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

1.1 Εισαγωγή στη νοσηλευτική

Η Νοσηλευτική αποτελεί έργο ευθύνης. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της οργάνωσης και παροχής ασφαλούς εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας για την αυτόνομη ή συνεργατική θεραπευτική αντιμετώπιση των πραγματικών ή δυνητικών αντιδράσεων ή της βελτίωσης της συνολικής ευεξίας ατόμου/οικογένειας/κοινότητας, η οποία παραμένει μια επιτακτική ανάγκη για την ελληνική επιστημονική νοσηλευτική κοινότητα.

Οι νοσηλευτές καλούνται να συνειδητοποιήσουν την ευθύνη που φέρουν για τη σωστή και συνετή εκπλήρωση των καθηκόντων που απαιτεί το έργο τους. Η συνειδητοποίηση και η ανάληψη ευθύνης είναι ανθρώπινη ιδιότητα που ωριμάζει, ολοκληρώνει και αναδεικνύει τον άνθρωπο σε ελεύθερη προσωπικότητα. Το φάσμα και το εύρος της νοσηλευτικής ευθύνης είναι μια σύνθεση των παρακάτω στοιχείων:

- ✓ Ωριμότητα
- ✓ Ευσυνειδησία
- ✓ Τιμιότητα
- ✓ Ικανότητα συνεργασίας
- ✓ Αξιοπιστία
- ✓ Υπευθυνότητα
- ✓ Ακρίβεια
- ✓ Εργατικότητα
- ✓ Επαγγελματικό ήθος
- ✓ Συνέπεια
- ✓ Κοινωνική ευθύνη
- ✓ Ψυχικό σθένος

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, γίνεται σε 24ωρη βάση στα νοσοκομεία, όσο και στην κοινότητα, τόσο σε υγιείς, όσο και σε ασθενείς. Παρέχει ασφάλεια, προστασία, κάλυψη

φυσικών αναγκών ζωής, εφαρμογή θεραπευτικών σχημάτων, συνεχή παρατήρηση συμπτωμάτων και ενδείξεων, συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης του αρρώστου κλπ.

Οι νοσηλευτές ανέκαθεν παρείχαν φροντίδα υγείας. Οι δραστηριότητες όμως του νοσηλευτή αναφορικά με τη φροντίδα του ασθενούς έχουν αλλάξει σημαντικά τον 21^ο αιώνα. Από το 1900 μέχρι τη δεκαετία του 1960 τη Νοσηλευτική ασκούσαν μόνο γυναίκες και θεωρούνταν ως άτομα που παρείχαν προσωπική φροντίδα στον κάθε ασθενή και εκτελούσαν τις ιατρικές οδηγίες. Αυτός ο εξαρτώμενος ρόλος έχει αλλάξει τα τελευταία έτη, ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισης τους ως αυτόνομων και άρτια ενημερωμένων επαγγελματιών.

Ο ρόλος των νοσηλευτών σήμερα, είναι ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα αυτοβούλως να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους. Συνεργάζονται όμως και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας προκειμένου να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα (Marjorie,1990).

1.2 Οι ρόλοι του νοσηλευτή

Η φροντίδα υγείας σήμερα είναι ένα περίπλοκο σύστημα, στο οποίο αντανακλώνται οι συντελώμενες κοινωνικές μεταβολές, οι αλλαγές στις ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα και οι αλλαγές, που θέλει το σύστημα, να επικεντρώνεται περισσότερο στην προαγωγή της υγείας παρά στην αντιμετώπιση της νόσου. Οι ρόλοι του νοσηλευτή έχουν διευρυνθεί και επεκταθεί ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών. Οι νοσηλευτές δεν παρέχουν μόνο φροντίδα αλλά είναι και εκπαιδευτές, συνήγοροι του ασθενούς, καθοδηγητές, διαχειριστές και ερευνητές. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει αυτούς τους ρόλους με σκοπό την προαγωγή και διατήρηση της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη διευκόλυνση της

αντιμετώπισης αναπηριών και του θανάτου από τον ασθενή σε οποιοδήποτε χώρο παροχής φροντίδας υγείας.(Lemone, 2006)

➤ **Ο νοσηλευτής ως άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας.**

Ο νοσηλευτής ασκεί τη Νοσηλευτική ως επιστήμη και ως τέχνη ταυτόχρονα. Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη, παρεμβαίνει έτσι ώστε να καλύψει όχι μόνο τις οργανικές ανάγκες του ασθενούς αλλά και τις ψυχοκοινωνικές, πολιτισμικές, πνευματικές και περιβαλλοντικές ανάγκες του ίδιου και της οικογένειάς του. Λαμβάνει υπόψη όλες τις πτυχές του ασθενούς προκειμένου να επιτύχει ολιστική νοσηλευτική φροντίδα.

Προκειμένου να παράσχει πλήρη και εξατομικευμένη φροντίδα, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί την ικανότητα κριτικής σκέψης για να αναλύσει και να συνθέσει τη γνώση που προέρχεται από τις τέχνες, τις επιστήμες, τη νοσηλευτική έρευνα και θεωρία. Η Νοσηλευτική Επιστήμη μεταφράζεται σε τέχνη μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας. Η παροχή φροντίδας είναι το μέσο με το οποίο ο νοσηλευτής συνδέεται με τον ασθενή και ενδιαφέρεται γι' αυτόν. Έτσι, ο νοσηλευτής ως άτομο που παρέχει φροντίδα είναι καταρτισμένος, έχει προσόντα, δείχνει συναισθηματική κατανόηση και νοιάζεται για τον ασθενή.

➤ **Ο νοσηλευτής ως Εκπαιδευτής.**

Η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή ως εκπαιδευτή του ασθενούς αυξάνεται συνεχώς για διάφορους λόγους. Οι πάροχοι και αποδέκτες φροντίδας υγείας αλλά και οι επίσημοι φορείς δίνουν πλέον μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ελαττώνεται, ενώ ο αριθμός των χρονίως πασχόντων συνεχώς αυξάνεται.

Το πλαίσιο πάνω στο οποίο στηρίζεται αυτός ο ρόλος είναι η διαδικασία διδασκαλίας-μάθησης. Στο πλαίσιο αυτό ο νοσηλευτής εκτιμά τις μαθησιακές ανάγκες του ασθενούς, σχεδιάζει και εφαρμόζει μεθόδους διδασκαλίας για να αντιμετωπίσει αυτές τις ανάγκες και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας του. Σημαντικό στοιχείο στο ρόλο του νοσηλευτή ως εκπαιδευτή είναι η προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδο από το νοσοκομείο. Το σχέδιο εξόδου περιλαμβάνει οδηγίες για περαιτέρω παρακολούθηση σε κοινοτικές υπηρεσίες αλλά και στο σπίτι.

➤ **Ο Νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενούς.**

Ο ασθενής εισερχόμενος στο σύστημα υγείας είναι απροετοίμαστος να λάβει μόνος του αποφάσεις. Ο νοσηλευτής, ως υποστηρικτής του ασθενούς, θα προωθήσει ενεργά το δικαίωμά του στην αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή. Θα μιλήσει εκ μέρους του, θα μεσολαβήσει μεταξύ αυτού και άλλων προσώπων και θα προστατέψει το δικαίωμά του για αυτοδιάθεση (Ellis & Hartley, 1998)

➤ **Ο Νοσηλευτής ως Καθοδηγητής και Διαχειριστής.**

Όλοι οι νοσηλευτές καθοδηγούν τους ασθενείς και διαχειρίζονται το χρόνο, τα πρόσωπα, τα μέσα και το περιβάλλον, στο οποίο παρέχεται η φροντίδα. Οι νοσηλευτές διεκπεραιώνουν αυτούς τους ρόλους αναθέτοντας εργασίες, συντονίζοντας και κατευθύνοντας τις νοσηλευτικές πράξεις, αλλά και αξιολογώντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.



Κώδικας για τους Νοσηλευτές από το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών

Η βασική ευθύνη του νοσηλευτή είναι τετραπλή: να προάγει την υγεία, να προλαμβάνει την ασθένεια, να αποκαθιστά την υγεία και να ανακουφίζει τον πόνο. Η ανάγκη του ανθρώπου για φροντίδα είναι καθολική. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ατόμου θεωρείται αυτονόητο για τη Νοσηλευτική.

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ

Το πρωταρχικό μέλημα των νοσηλευτών περιστρέφεται γύρω από τα άτομα, που χρειάζονται φροντίδα. Ο νοσηλευτής, που παρέχει φροντίδα, δημιουργεί για τον ασθενή κατάλληλο περιβάλλον θεραπείας.

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Οι νοσηλευτές φέρουν την ευθύνη για τη νοσηλευτική πρακτική και τη διατήρηση του επιπέδου των ικανοτήτων τους μέσα από συνεχή εκπαίδευση. Διατηρεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας κάτω από δεδομένες συνθήκες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ο νοσηλευτής μοιράζεται μαζί με άλλους πολίτες την ευθύνη για την εισήγηση και υποστήριξη ενεργειών που θα καλύψουν τις ανάγκες υγείας αλλά και τις υπόλοιπες ανάγκες του κοινωνικού συνόλου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ

Ο νοσηλευτής διατηρεί σχέση συνεργασίας με συναδέλφους νοσηλευτές και εργαζόμενους σε άλλους τομείς. Επίσης λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς όταν αυτή κινδυνεύει από τα παραπάνω άτομα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό και την εφαρμογή υψηλών προδιαγραφών στη νοσηλευτική πρακτική και τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Συμμετέχει ενεργά στη ανάπτυξη επαγγελματικής γνώσης.

Πηγή: ICN Code for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing by International Council of Nurses, 1973, Geneva.

1.2.1 Προβληματισμοί από την άσκηση της Νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική υποκρύπτει σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα για τα άτομα που την ασκούν. Το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης και της επαγγελματικής

εξουθένωσης αφορά πολλούς εργαζόμενους και ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας. Ο νοσηλευτής επηρεάζεται από το εργασιακό περιβάλλον, τις εντάσεις στο τμήμα όπου εργάζεται, τις απαιτήσεις των ασθενών και τη συνεχή επαφή με τον θάνατο. Ένας ακόμη παράγοντας που οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση είναι τα δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κάθε εργαζόμενου και επίσης σημαντικό ρόλο παίζει ο φόρτος εργασίας και η οργανωσιακή δομή κάθε τμήματος, όπου συμπεριλαμβάνεται η έλλειψη προσωπικού και η μειωμένη ποιότητα εργασίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών, ως πιο συχνές αιτίες αναφέρονται ο φόρτος εργασίας και η συναισθηματική κόπωση (Αδάλη, 2000), η οργανωτική και η διοικητική δομή των δημοσίων νοσοκομείων (Taylor, 1999) ο μειωμένος έλεγχος και η περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και τη παροχή φροντίδας.(Glasberg, 2007). Επιπλέον αναφέρονται οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας και φυσικά η χαμηλή αμοιβή και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου (Αδάλη, 2009).

Οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση απ' ό,τι άλλοι εργαζόμενοι. Και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα (Carlan, 1975). Οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς.

Σε αντίθεση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες τα σφάλματα των νοσηλευτών είναι εύκολα αντιληπτά με σοβαρές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους νοσηλευτές.

Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και την εξάντλησή τους. Οι συνέπειες της

εξάντλησης αυτής δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και τη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή (Cuchway, 1992).

- Τα **συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης** χωρίζονται σε 3 κατηγορίες:

- 1) Σωματικά
- 2) Ψυχολογικά
- 3) Συμπεριφορικά

Τα **σωματικά συμπτώματα** περιλαμβάνουν όλες τις εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν το άγχος (Tyle, 1998), όπως είναι οι διαταραχές της διάθεσης, η χρόνια κόπωση, οι πονοκέφαλοι, οι διαταραχές ύπνου, οι σεξουαλικές διαταραχές και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Επίσης εκδηλώνουν υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης έλκη στο στομάχι και άλλα ανάλογα συμπτώματα.

Τα **ψυχολογικά συμπτώματα** είναι το έντονο στρες, η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, η κατάθλιψη, η παραίτηση και η επιθετικότητα στον εργασιακό χώρο.

Τα δε **συμπεριφορικά συμπτώματα** είναι αυτά που αφορούν στη συμπεριφορά του εργαζόμενου στην προσωπική και την κοινωνική ζωή του. Αυτή επηρεάζεται αφού μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith, 1999).

Τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζονται στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η εξάντληση ο κινισμός και η αναποτελεσματικότητα. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται ακόμη συχνότερα σε νοσηλευτές που καλούνται να περιθάλψουν άτομα που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες και βαριά πάσχοντες που καταλήγουν και η εμφάνιση του συνδρόμου έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αδιαφορούν για τους ασθενείς

και το πρόβλημά τους, να τους αντιμετωπίζουν με ψυχρότητα και χωρίς να δίνουν την απαιτούμενη προσοχή σε αυτούς (Αδάλη, 2000).

1.3 Γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Η χορήγηση των φαρμάκων είναι μια υπεύθυνη διαδικασία γι' αυτό θα πρέπει να ισχύουν τα παρακάτω (Athanasakis, 2012):

- Οτιδήποτε γράφεται να είναι ευανάγνωστο, ακριβές και να καταγράφεται με συνέπεια. Να σημειώνεται επίσης η ώρα και η ημερομηνία.
- Να χρησιμοποιείται σωστή ορολογία.
- Να γίνεται σωστή χρήση των διεθνών συμβόλων όπως πχ mg= milligram κτλ. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται καλή επικοινωνία και αποφεύγονται λάθη παρερμηνείας.
- Αναγράφονται σωστά τα ονόματα των φαρμάκων.
- Δεν μουντζουρώνεται ποτέ ότι χρήζει διόρθωσης. Διαγράφεται με μία γραμμή και σημειώνεται επάνω η λέξη «λάθος».
- Υπογράφεται πάντα ολογράφως από το νοσηλευτή, στον οποίο χορηγείται.
- Τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται μόνο αν υπάρχει ιατρική οδηγία

Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- να έχει πάρει το ιστορικό των ασθενών πριν ξεκινήσει η χορήγηση οποιουδήποτε φαρμάκου, να γνωρίζει τυχόν αλλεργίες,
- να ελέγχει την οδηγία του γιατρού για την εγκυρότητά της, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει το ονοματεπώνυμο του αρρώστου, την ημερομηνία και την ώρα που γράφτηκε η οδηγία, την ονομασία και τη δόση του φαρμάκου, την οδό και τις ώρες χορήγησης και τέλος την υπογραφή του γιατρού,
- να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για το φάρμακο που πρόκειται να χορηγήσει, τη δράση του, τη δοσολογία, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα,

- να χρησιμοποιεί ασφαλή μέτρα κατά την προετοιμασία χορήγησης των φαρμάκων, όπως:
 - κατά την προετοιμασία των φαρμάκων ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίζει ήσυχο περιβάλλον χωρίς άσκοπες διακοπές από την εργασία του,
 - να διαβάσει προσεκτικά την οδηγία πριν χορηγήσει το φάρμακο,
 - να ελέγχει τη σήμανση του δοχείου που περιέχει το φάρμακο και την ημερομηνία λήξης του φαρμάκου,
 - να ελέγχει ότι το φάρμακο που πρόκειται να χορηγήσει είναι για τον σωστό ασθενή,
 - να βεβαιώνεται πως ο ασθενής πήρε το φάρμακο, πριν απομακρυνθεί από κοντά του,
 - να μην χορηγεί φάρμακα από το στόμα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κομματώδη κατάσταση, και τέλος
 - τα φάρμακα που ερεθίζουν τον πεπτικό σωλήνα να τα χορηγεί μετά τα γεύματα.
- ο νοσηλευτής χορηγεί τα συνήθη φάρμακα μέσα σε 30 λεπτά από τον καθορισμένο χρόνο με σκοπό τη διατήρηση σταθερών επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα του ασθενή,
- θα πρέπει να γνωρίζει πως τα φάρμακα που δεν χορηγήθηκαν, δεν επιτρέπεται να γυρίσουν πίσω στον νοσηλευτικό σταθμό, και
- να γνωρίζει τη χρήση και την φύλαξη των οπιοειδών.

1.3.1 Φαρμακοτεχνικές μορφές και οδοί χορήγησης φαρμάκων

Όλα σχεδόν τα φάρμακα παράγονται σήμερα από τη σύγχρονη φαρμακοβιομηχανία ως έτοιμα προϊόντα προς χρήση. Η εκτέλεση αναλυτικών συνταγών από το παραδοσιακό φαρμακείο αποτελεί όλο και περισσότερο νοσταλγική ανάμνηση. Η σύγχρονη φαρμακοβιομηχανία προσφέρει στον κλινικό ιατρό ένα μεγάλο αριθμό φαρμακοτεχνικών μορφών, οι οποίες καλύπτουν όλες τις κλασσικές μορφές χορήγησης και επεκτείνονται και σε πλέον εξειδικευμένες (εμφυτεύματα, διαλύματα και δισκία βραδείας απελευθέρωσης,

προστατευμένα δισκία και κόκκους, σπόγγους, αερολύματα κλπ). Η φαρμακοτεχνική μορφή ενός φαρμακευτικού προϊόντος ενσωματώνει τη δραστική φαρμακευτική ουσία σε μια συγκεκριμένη μορφή, ώστε να είναι δυνατή η χορήγησή της στον οργανισμό του ανθρώπου.

Παράλληλα όμως οι φυσικοχημικές ιδιότητες της φαρμακοτεχνικής μορφής διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπουν, μετά τη χορήγησή της, την αποδέσμευση της δραστικής ουσίας και την όσο το δυνατόν καλύτερη απορρόφηση και κατανομή της. Η ενσωμάτωση της δραστικής ουσίας σε μια συγκεκριμένη φαρμακοτεχνική μορφή γίνεται με τη βοήθεια των εκδόχων (Τριανταφυλλίδης, 2000). Τα έκδοχα είναι συνήθως αδρανείς φαρμακολογικά ουσίες οι οποίες πέρα από τη μορφοποίηση προστίθενται με σκοπό πχ την αύξηση της σταθερότητας, τη μεταβολή της διαλυτότητας ή το βαθμό αποσάθρωσης, την κάλυψη μιας ανεπιθύμητης γεύσης, αλλά και για άλλους σκοπούς που εξυπηρετούν πάντοτε την επίτευξη της βέλτιστης δυνατής φαρμακολογικής ενέργειας. Παρόλο που τα έκδοχα αυτά είναι φαρμακολογικά αδρανή, επηρεάζουν ωστόσο τη σταθερότητα ενός φαρμακευτικού προϊόντος, το βαθμό απορρόφησης και κατανομής του στον οργανισμό και κατ' επέκταση το βαθμό βιοδιαθεσιμότητάς του.

Με βάση την οδό χορήγησής τους οι διάφορες φαρμακευτικές μορφές διακρίνονται σε χορηγούμενες από το στόμα, παρεντερικά, τοπικά και μέσω της αναπνευστικής οδού (Αθανάτου, 2004).

1. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα

Σήμερα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός στερεών και υγρών φαρμακευτικών μορφών, οι οποίες χορηγούνται από το στόμα. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι τα δισκία, οι κάψουλες, οι βόλοι, οι σκόνες, οι κόκκοι, τα σιρόπια, τα διαλύματα, τα εναιωρήματα, οι πάστες.

Ο βαθμός αποσάθρωσης των στερεών μορφών, αποδέσμευσης και διαλυτοποίησης της δραστικής ουσίας στο γαστρεντερικό σωλήνα εξαρτάται άμεσα από τα έκδοχα και τη μέθοδο παρασκευής τους. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι παρατηρούνται πολλές φορές σημαντικές διαφορές ως προς τις παραμέτρους αυτές μεταξύ διαφορετικών φαρμακευτικών προϊόντων, που περιέχουν ποσοτικά την ίδια δραστική ουσία και παρασκευάζονται από διαφορετικούς

παρασκευαστές. Αυτό φυσικά έχει ως συνέπεια να παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στο βαθμό βιοδιαθεσιμότητας μεταξύ όμοιων φαρμακευτικών προϊόντων. (Harvey, 2007).

- ✓ Βιοδιαθεσιμότητα: ορίζεται ως η καταμέτρηση της σχετικής ποσότητας ενός χορηγούμενου φαρμάκου που φτάνει στην γενική κυκλοφορία του αίματος σε συνάρτηση με τον ρυθμό που συμβαίνει (ifet.gr).
- ✓ Η βιοϊσοδυναμία: δίνει το μέτρο της σύγκρισης ανάμεσα σε φαρμακολογικά ισοδύναμα ιδιοσκευάσματα (ifet.gr).

Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι ο βαθμός βιοδιαθεσιμότητας που εξασφαλίζεται από τη χορήγηση των εξειδικευμένων αυτών μορφών δεν είναι πάντοτε αξιόπιστος εξαιτίας των ποικίλων και μεταβαλλόμενων παραγόντων που επικρατούν στον πεπτικό σωλήνα.

❖ Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χορήγησης φαρμάκων από το στόμα θα πρέπει να τονιστούν τα εξής:

Μειονεκτήματα

Κάθε φάρμακο που χορηγείται από το στόμα εκτίθεται στη δράση του χαμηλού pH των πεπτικών ενζύμων και της μικροβιακής εντερικής χλωρίδας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμάκων που χορηγούνται από το στόμα απορροφώνται από το λεπτό έντερο και ακολούθως μέσω της πυλαίας φλέβας φτάνουν στο ήπαρ όπου παρατηρείται σημαντικός βαθμός βιομετατροπής τους, προτού καταλήξουν στη γενική κυκλοφορία. Σε σχέση με την παρεντερική χορήγηση παρατηρείται αργή απορρόφηση και συνεπώς βραδύτερη εκδήλωση της φαρμακολογικής ενέργειας. Απαιτούνται επίσης συγκριτικά μεγαλύτερες δόσεις. Πολλά φάρμακα, όπως πχ η αδρεναλίνη, η ισταμίνη και όλα όσα έχουν πρωτεϊνική δομή, δε μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα, γιατί διασπώνται ολοσχερώς από τις πεπτικές εκκρίσεις (Harvey, 2007).

Συχνά παρατηρούνται αλληλεπιδράσεις μεταξύ των χορηγούμενων από το στόμα φαρμάκων και συστατικών της τροφής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εξουδετέρωση των τετρακυκλινών από τα ιόντα ασβεστίου, μαγνησίου και σιδήρου. Παράλληλα η σύσταση και

η ποσότητα της τροφής μπορούν να επιβραδύνουν ή να παρεμποδίσουν την απορρόφηση (Τριανταφυλλίδης, 2000).

Πλεονεκτήματα

Η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα είναι οικονομική, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό. Δεν απαιτούνται συνθήκες στείρας και σπάνια παρατηρούνται οξείες αντιδράσεις (Τριανταφυλλίδης, 2000).

2. Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων

Οι σημαντικότεροι οδοί παρεντερικής χορήγησης φαρμάκων περιλαμβάνουν την **ενδομυϊκή (im)**, **ενδοφλέβια (iv)** και **υποδόρια (sc)** οδό. Εκτός από τις παραπάνω οδούς παρεντερικής χορήγησης υπάρχουν και μερικές άλλες, οι οποίες όμως, χρησιμοποιούνται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και συχνά αποτελούν πολύπλοκη επέμβαση. Τέτοιες είναι η ενδοραχιαία, η επισκληρίδιος, η ενδοκρανιακή, η ενδοτραχειακή, η ενδοπεριτοναϊκή, η ενδοαρτηριακή, η ενδοκαρδιακή κλπ (Τριανταφυλλίδης, 2000).

Οι φαρμακοτεχνικές μορφές που χρησιμοποιούνται για την παρεντερική χορήγηση φαρμάκων είναι κυρίως στείρα υδατικά ή ελαιούχα διαλύματα. Στην περίπτωση των ελαιούχων διαλυμάτων παρατηρείται αργή απορρόφηση από το σημείο έγχυσης. Παρεντερικά χορηγούνται επίσης στερεές φαρμακοτεχνικές μορφές κυρίως υπό μορφή εμφυτευμάτων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται βραδεία αποδέσμευση της δραστικής ουσίας και εκδήλωση παρατεταμένης φαρμακολογικής ενέργειας. Είναι αυτονόητο ότι τέτοιες μορφές καθώς επίσης τα ελαιούχα διαλύματα και τα υδατικά εναιωρήματα δεν πρέπει να χορηγούνται ενδοφλέβια εξαιτίας του κινδύνου εμβολής (Harvey, 2007).

Η σταθερότητα των παρεντερικά χορηγούμενων διαλυμάτων που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στις μεταβολές του pH και της θερμοκρασίας επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ειδικών συντηρητικών και σταθεροποιητικών εκδόχων. Η ανάμιξη διαφορετικών φαρμάκων για παρεντερική χορήγηση θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να λαμβάνονται υπόψη οι πιθανές αλληλεπιδράσεις που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν (Bertram, 2009).

Μεταξύ των διάφορων οδών παρεντερικής χορήγησης φαρμάκων παρατηρούνται σημαντικές διαφορές τόσο στο βαθμό απορρόφησής τους, όσο και στη συγκέντρωση που επιτυγχάνεται στο πλάσμα (Bertram, 2009).

Η ενδοφλέβια χορήγηση ενός φαρμάκου παρακάμπτει τους φραγμούς χορήγησης που συναντούν τα φάρμακα που χορηγούνται με άλλες οδούς παρεντερικής χορήγησης και εξασφαλίζει άμεσα υψηλή συγκέντρωση στο πλάσμα και ομοιόμορφη κατανομή της ολικής δόσης. Για την αποφυγή κινδύνων θα πρέπει τα διαλύματα που προορίζονται για ενδοφλέβια χορήγηση να είναι υδατικά, να μην είναι πολύ όξινα ή αλκαλικά και να είναι ισότονα. Η χορήγηση ελαφρώς υπέρτονων ή υπότονων διαλυμάτων θα πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό (Τριανταφυλλίδης, 2000).

Πλεονεκτήματα

Το πλεονέκτημα της ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων είναι η επίτευξη σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα υψηλών και ελεγχόμενων συγκεντρώσεων, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό σε καταστάσεις, οι οποίες απειλούν τη ζωή του ατόμου. Αυτός ο τρόπος χορήγησης παρέχει επίσης τη δυνατότητα παρατεταμένης έγχυσης, με αποτέλεσμα τη διατήρηση σταθερού επιπέδου του φαρμάκου στο πλάσμα, καθώς και τη δυνατότητα ακριβούς δοσολογίας, που δεν είναι δυνατή πάντα με άλλους τρόπους χορήγησης (Bertram, 2009).

Μειονεκτήματα

Βασικό μειονέκτημα της ενδοφλέβιας χορήγησης είναι η γρήγορη πτώση της συγκέντρωσης του φαρμάκου και κατά συνέπεια η μικρής διάρκειας δράση του. Επιπλέον ο τρόπος αυτός χορήγησης συνοδεύεται συχνά από ανεπιθύμητες αντιδράσεις (Bertram, 2009).

Ενδομυϊκή χορήγηση φαρμάκων γίνεται με υδατικά διαλύματα ή εναιωρήματα και ειδικά διαλύματα παρατεταμένης δράσης. Η απορρόφηση του φαρμάκου (με εξαίρεση τα διαλύματα παρατεταμένης δράσης) επιτυγχάνεται σε 10-30 λεπτά.

Πλεονεκτήματα

Το κυριότερο πλεονέκτημα από αυτόν τον τρόπο χορήγησης φαρμάκων είναι το γεγονός ότι η συγκέντρωσή του φαρμάκου στο πλάσμα διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ό,τι στην περίπτωση της ενδοφλέβιας χορήγησης (Bertram, 2009).

Μειονεκτήματα

Μειονεκτήματα της ενδομυϊκής χορήγησης είναι ο πόνος, ο περιορισμένος όγκος της ένεσης, σε σχέση με την ενδοφλέβια χορήγηση, και ο κίνδυνος τοπικού ερεθισμού και μόλυνσης. Επίσης, χρειάζεται μεγάλη προσοχή, ώστε ενέσιμα διαλύματα να μη γίνονται κατά λάθος ενδοφλέβια ή σε νεύρα (Bertram, 2009).

Η υποδόρια χορήγηση έχει τα ίδια πλεονεκτήματα της ενδομυϊκής. Θα πρέπει ωστόσο να αποφεύγεται η υποδόρια χορήγηση ελαιούχων διαλυμάτων και εναιωρημάτων για την αποφυγή τοπικών αντιδράσεων.

Μειονεκτήματα

Η ταχύτητα απορρόφησης και η συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα μετά από υποδόρια ένεση είναι σχετικά μικρότερη απ' ό,τι στην περίπτωση της ενδομυϊκής χορήγησης (Τριανταφυλλίδης, 2000).

Τοπική εφαρμογή φαρμάκου: Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούνται φάρμακα που είναι υγρά, ημιστερεά ή στερεά και κυκλοφορούν με την εξής μορφή (Harvey, 2007):

Κρέμες: Γαλακτώματα ημιστερεά τα οποία περιέχουν μεγάλη αναλογία νερού και τοποθετούνται στο δέρμα.

Χρίσματα: Φαρμακευτικά σκευάσματα ημιστερεά, ελαιώδη που εφαρμόζονται στο δέρμα με εντριβή. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίησή τους, όταν το δέρμα παρουσιάζει ρωγμές.

Λοσιόν: Διαλύματα ή εναιωρήματα φαρμάκων που εφαρμόζονται κυρίως στο δέρμα.

Αλοιφές: Ημιστερεά σκευάσματα που τοποθετούνται στο δέρμα, σε βλεννογόνους ή σε τραύματα.

Φυράματα (πάστες): Είδος αλοιφών περισσότερο στερεοποιημένων που περιέχουν μεγάλη ποσότητα σκόνης.

Κολλόδιο: Διάλυμα κολλοειδές το οποίο όταν τοποθετηθεί στο δέρμα στεγνώνει πολύ

γρήγορα και μένει μια λεπτή, εύκαμπτη μεμβράνη. Χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση λύσης της συνεχείας του δέρματος από τομή ή εκτέλεση ένεσης ή για να διατηρηθεί ένα υγρό φάρμακο σε επαφή με το δέρμα για μεγάλη χρονική περίοδο.

Στερεά κολλοειδή (gels): Σκευάσματα ημιστέρεα.

Χρωστικές: Υγρά σκευάσματα που τοποθετούνται στο δέρμα ή τον βλεννογόνο με βούρτσα. Μετά την εφαρμογή, το έκδοχο εξατμίζεται, οπότε στο δέρμα ή στο βλεννογόνο παραμένει μια λεπτή μεμβράνη του φαρμάκου.

Τελευταία κατηγορία είναι τα **εισπνεόμενα φάρμακα**, τα οποία χορηγούνται με εισπνοή και είναι υγρά σκευάσματα σε δοχείο με πίεση αέρα. Όταν η πίεση ελευθερωθεί, τότε βγαίνει το υγρό από τη συσκευή σε πολύ λεπτά σταγονίδια (spray-ομιχλοποίηση), τα οποία εισπνέονται από το στόμα, μεταφέρονται στο βρογχικό δέντρο και απορροφώνται από το βλεννογόνο του. Επειδή η απορρόφησή τους γίνεται από εκτεταμένη επιφάνεια του βρογχικού δένδρου, γι' αυτό η απορρόφησή τους είναι άμεση και πολύ γρήγορη (Γούλια, 2007).

1.3.2 Μέτρα για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων

Για την ασφαλή χορήγηση φαρμάκων ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακολουθεί ορισμένα μέτρα, όπως (Hansen, 2005):

- Μην χορηγείτε φάρμακα από φιαλίδια χωρίς ετικέτα ή από φύσιγγα ή φιαλίδιο, όπου δεν είναι ευανάγνωστο το όνομα του φαρμάκου για την αποφυγή λάθους. Επίσης για τον ίδιο λόγο μη μεταγγίζεται φάρμακα από μία φιάλη σε άλλη και μην επιστρέφετε τυχόν περίσσειμα φαρμάκου στη φιάλη.
- Όταν αρχίσετε να ετοιμάζετε τα φάρμακα για χορήγηση στους αρρώστους δεν πρέπει να διακόψετε την εργασία σας. Αν επιβάλλεται διακοπή και σύντομη απομάκρυνσή σας, τότε κλειδώστε τα φάρμακα, που έχετε ήδη ετοιμάσει, στο φαρμακείο μέχρι την επιστροφή σας. Η αποφυγή της διακοπής της νοσηλευτικής διαδικασίας για την προετοιμασία των φαρμάκων μειώνει και εξουδετερώνει τις πιθανότητες να γίνουν λάθη.
- Για την ασφαλή μεταφορά των φαρμάκων από το χώρο προετοιμασίας τους στον άρρωστο τα φέρνετε μέσα σε ειδικό δίσκο όπου το κάθε φάρμακο συνοδεύεται με την ανάλογη κάρτα, στην οποία αναγράφονται το ονοματεπώνυμο και το πατρώνυμο του αρρώστου, το φάρμακο, η δόση και οι ώρες χορήγησής τους. Ο δίσκος αυτός μπορεί να είναι

κατασκευασμένος για ατομική χρήση κάθε αρρώστου ή για ομαδική χρήση πολλών αρρώστων. Κατά το χρονικό διάστημα που διανέμετε τα φάρμακα στους αρρώστους, ο δίσκος των φαρμάκων πρέπει να βρίσκεται πάντοτε μέσα στο οπτικό σας πεδίο. Αυτό προλαμβάνει τη αφαίρεση των φαρμάκων και τη λήψη τους από άλλους αρρώστους ή τη μετατόπιση των καρτών, το χύσιμο των υγρών φαρμάκων κλπ.

- Όταν πρόκειται να χορηγήσετε φάρμακα σε περισσότερους από έναν αρρώστους καλό είναι να τακτοποιήσετε τη σειρά χορήγησής τους πχ κατά θαλάμους ασθενών ή κατά ομάδες ασθενών με την ίδια διάγνωση. Αν ένας άρρωστος χρειάζεται μεγάλη βοήθεια από μέρος σας για να πάρει φάρμακο, είναι ασφαλέστερο να δώσετε πρώτα όλα τα άλλα φάρμακα και να αφήσετε τελευταίο στο δίσκο σας το φάρμακο του αρρώστου, που θα βοηθήσετε ιδιαίτερα.
- Όταν φτάνετε δίπλα στον άρρωστο, για να του χορηγήσετε το φάρμακο, βεβαιωθείτε ότι δίνετε το φάρμακο στον άρρωστο, για τον οποίο παραγγέλθηκε. Ελέγχετε το όνομά του, είτε σας το λέει ο ίδιος είτε το διαβάζετε στην ταυτότητα που φέρει στο χέρι του και το συγκρίνετε με το όνομα του αρρώστου, που αναγράφεται στην κάρτα του φαρμάκου. Τότε απευθύνεστε στον άρρωστο με το όνομά του για επαλήθευση. Η ώρα αυτή, που είστε δίπλα στον άρρωστο για να του δώσετε το φάρμακο, είναι σημαντική ώρα επικοινωνίας και συνεργασίας μαζί του. Αξιολογείτε σύντομα την κατάστασή του, τον ενημερώνετε για το φάρμακο και σκοπό της λήψης του, του μεταδίδετε το σεβασμό και το θερμό ενδιαφέρον σας και του τονώνετε την πίστη και την ελπίδα ότι το φάρμακο που του δίνετε, θα τον βοηθήσει στη θεραπεία του.
- Χορηγείτε μόνο τα φάρμακα που προετοιμάσατε εσείς προσωπικά. Δεν είναι ασφαλές να δώσετε στον άρρωστο φάρμακο, που προετοίμασε άλλος νοσηλευτής. Αν έγινε κάποιο λάθος στην προετοιμασία, και το πρόσωπο που το προετοίμασε και εσείς, που το χορηγήσατε, είστε νομικά υπόλογοι.
- Παραμένετε δίπλα στον άρρωστο μέχρι που πάρει το φάρμακο και βεβαιωθείτε ότι το έχει καταπιεί, πριν απομακρυνθείτε.
- Αν ο άρρωστος παίρνει πολλά φάρμακα του τα δίνετε χωριστά, ώστε αν αρνηθεί να πάρει ένα ή αν πέσει κάποιο στο δάπεδο, να αναγνωριστεί με ασφάλεια και να αντικατασταθεί ή να αναγραφεί στο δελτίο νοσηλείας.

- Είναι επικίνδυνο και ανασφαλές να αφήσετε φάρμακα δίπλα στον άρρωστο να τα πάρει αργότερα ή να επιτρέψετε σε ένα άρρωστο να μεταφέρει φάρμακα σε άλλο άρρωστο γιατί ο άρρωστος μπορεί να μην πάρει το φάρμακο μετά την απομάκρυνση σας.
- Επίσης δεν μπορείτε να τσεκάρετε ότι δώσατε ένα φάρμακο εκτός αν είδατε τον άρρωστο ότι πράγματι το πήρε.
- Αν το φάρμακο είναι βλαβερό σε μεγάλες δόσεις και ο άρρωστος έχει την πρόθεση να βλάψει τον εαυτό του, μπορεί να μαζέψει μια αρκετή ποσότητα και να τα πάρει όλα μαζί, όπως μπορεί να συμβεί με τα υπνωτικά χάπια.
- Καλλιεργείτε και ανανεώνετε συνεχώς το αίσθημα της νοσηλευτικής ευθύνης σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να μην κάνετε λάθη.
- Αν όμως γίνει λάθος σε φάρμακα κινδυνεύει άμεσα η υγεία και η ζωή του αρρώστου. Για αυτό ανακοινώστε το λάθος αμέσως στον προϊστάμενο του τμήματος και στον υπεύθυνο ιατρό, ώστε να εφαρμοστούν αντίδοτα μέτρα και να ασφαλιστεί ο άρρωστος από τυχόν βλάβη. Πολλά οργανωμένα ιδρύματα απαιτούν από το πρόσωπο που έκανε το λάθος να το καταγράψει στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου ή και σε ειδικό δελτίο αναφοράς λαθών και ατυχημάτων με πλήρη και ακριβή περιγραφή του λάθους και των αντίδοτων μέτρων, που εφαρμόστηκαν.
- Φροντίζετε να ξέρετε ποιος είναι ο άρρωστος που θα πάρει το φάρμακο, το όνομα και τη διάγνωσή του, ώστε να κατανοήσετε το θεραπευτικό σκοπό του φαρμάκου, που παρήγγειλε ο ιατρός. Χωρίς αυτή τη γνώση δεν μπορείτε να παρατηρήσετε τις αλλαγές που προκάλεσε το φάρμακο στην κατάσταση του αρρώστου, ώστε να τις αναφέρετε στον ιατρό για αναπροσαρμογή της θεραπείας.
- Επίσης πρέπει να γνωρίζετε την επιθυμητή δράση του φαρμάκου, τοπική και γενική, τις τοξικές του ενέργειες και παρενέργειες, για τις οποίες θα ενημερωθείτε από τις εσωκλειστές οδηγίες χρήσης του φαρμάκου.
- Για την ακριβή και ασφαλή προετοιμασία του φαρμάκου του αρρώστου εργάζεστε μπροστά στο φαρμακείο με συγκεντρωμένη προσοχή, χωρίς περισπασμούς και συνομιλίες έχοντας επαρκή φωτισμό και ασφαλώς πλυμένα χέρια.
- Σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, η οποία κατά το σύστημα του νοσοκομείου μπορεί να είναι γραμμένη σε ατομική κάρτα του αρρώστου (μια κάρτα για κάθε φάρμακο), παίρνετε το φιαλίδιο με το ανάλογο φάρμακο και ελέγχετε την ονομασία του φαρμάκου, την

περιεκτικότητα, την ημερομηνία λήξης, την ακεραιότητα της φιάλης και τη σύσταση του φαρμάκου ανάλογα με τις φυσιολογικές ιδιότητες που γνωρίζετε.

- Πριν χορηγήσετε το φάρμακο διαβάστε το 3 φορές όταν το παίρνετε από τη θέση του, πριν το τοποθετήσετε στο ποτηράκι φαρμάκου ή το αναρροφήσετε από φύσιγγα ή φιαλίδιο, πριν τοποθετήσετε το φιαλίδιο πάλι στο φαρμακείο ή απορρίψετε τη σύριγγα ή το φιαλίδιο μετά την αναρρόφηση του φαρμάκου με προσοχή. Η συγκέντρωση του νου για την επιβεβαίωση του σωστού φαρμάκου εξασφαλίζει ακρίβεια και ασφάλεια. Ο ευσυνείδητος νοσηλευτής δεν μετατρέπουν την υπεύθυνη εργασία τους σε μηχανική πράξη.
- Η παράλειψη χορήγησης φαρμάκου αποτελεί λάθος, επομένως και ευθύνη του νοσηλευτή. Αν συμβεί, συμβουλευθείτε τους υπευθύνους για το τι πρέπει να κάνετε. Αν όμως το φάρμακο δεν δόθηκε δικαιολογημένα, σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας το λόγο, πχ στο χειρουργείο ή είχε κάποια εξέταση κλπ.
- Αν ο άρρωστος αρνείται να πάρει ένα φάρμακο, ιδιαίτερα όταν είναι ουσιώδες για τη θεραπεία του, προσπαθήστε με την επικοινωνία σας να βρείτε την αιτία και να τον πείσετε για την αναγκαιότητά του. Αν δεν το πετύχετε, ενημερώστε το γιατρό και το δελτίο νοσηλείας με ό,τι σχετικό ενεργήσατε.
- Σε κάθε περίπτωση που χορηγείτε φάρμακο πρέπει να ακολουθείτε την παρακάτω περιεκτική αρχή: Σωστός άρρωστος, Σωστό φάρμακο, Σωστή τεχνική, Σωστή δόση, Σωστός τρόπος, Σωστή ώρα, Σωστό πλησίασμα του αρρώστου (Sorensen ,1979).

1.3.3 Ορθοί τρόποι χορήγησης φαρμάκων

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων. Επομένως, θα πρέπει να γνωρίζει το σωστό τρόπο χορήγησης του φαρμάκου για κάθε οδό (από το στόμα, ενδομυϊκά, ενδοφλεβίως, από τον ορθό κτλ.) καθώς και τις ενδείξεις αλλά και τις αντενδείξεις αντιστοίχως.

1.3.3.1 Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα



Η μέθοδος χορήγησης φαρμάκων από το στόμα είναι η πλέον συνηθισμένη, εύκολη και απλή για τον άρρωστο και τους νοσηλευτές. Ο άρρωστος συνήθως τα παίρνει μόνος χωρίς ιδιαίτερη βοήθεια και οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο χρόνο, κόπο και αντικείμενα, συγκριτικά με άλλες μεθόδους για την ετοιμασία και τη χορήγηση του φαρμάκου, όπως πχ για την ένεση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που δεν μπορεί ή δεν πρέπει να χορηγηθούν στον άρρωστο φάρμακα από το στόμα, όπως όταν (Sorensen, 1979):

- Βρίσκεται σε αφασία.
- Έχει καθετήρα για αναρρόφηση υγρών στομάχου.
- Κάνει εμετούς.
- Η δράση των φαρμάκων αναστέλλεται από την επίδραση των πεπτικών υγρών, όπως η ινσουλίνη.
- Τα φάρμακα απορροφούνται με πολύ αργό ρυθμό ή η απορρόφησή τους δεν είναι επαρκής.
- Ερεθίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα.

Φυσιολογικά η απορρόφηση των φαρμάκων από το στόμα είναι σχετικά γρήγορη, περίπου 30' της ώρας. Επηρεάζεται όμως από ορισμένους παράγοντες όπως είναι η παρουσία ενζύμων, χολικών αλάτων, ΡΗ των πεπτικών υγρών, διαλυτότητα του φαρμάκου και από την παρουσία τροφής στο στομάχι (Sorensen, 1979).

1.3.3.2 Χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκώς

Ένεση γενικά είναι η πράξη με την οποία χορηγούνται φάρμακα χρησιμοποιώντας βελόνα και σύριγγα. Ο όρος «παρεντερική» σημαίνει τη χορήγηση φαρμάκων όλων των οδών εκτός από την πεπτική. Όμως στην κλινική πράξη λέγοντας παρεντερική εννοείται η χορήγηση

φαρμάκων και υγρών με ενέσεις:

- Ενδομυϊκή
- Ενδοδερμική
- Υποδόρια
- Ενδοφλέβια

Παρεντερικά χορηγούνται φάρμακα ή διαλύματα, που είναι υδατοδιαλυτά (διαλύονται στο νερό) ή ελαιώδη. Τα φάρμακα αυτά πρέπει να είναι αποστειρωμένα, διηθημένα και να έχουν ουδέτερη αντίδραση. Αποστειρωμένα επίσης πρέπει να είναι οι βελόνες, οι σύριγγες, οι καθετήρες και κάθε συσκευή ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών. Επιβάλλεται η τήρηση αυστηρής άσηπτης τεχνικής για την πρόληψη μόλυνσης, διότι τα φάρμακα εισάγονται σε άσηπτη περιοχή. Κάθε παρέκκλιση από τις καθορισμένες νοσηλευτικές αρχές χορήγησης φαρμάκων, έχει σοβαρούς κινδύνους για τον άρρωστο (Κλέτσιου, 2009).

Η ταχύτητα απορρόφησης και ενέργειας των φαρμάκων που χορηγούνται παρεντερικά ακολουθεί τη σειρά: Ενδοφλέβια, ενδομυϊκή, υποδόρια, ενδοδερμική.

Ενδομυϊκή ένεση είναι η εισαγωγή φαρμάκου στους μύς του ανθρώπινου σώματος με βελόνα και σύριγγα με σκοπό την απορρόφησή του από την κυκλοφορία του αίματος.



Η ενδομυϊκή ένεση γίνεται όταν το φάρμακο δεν μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα διότι:

- Καταστρέφεται από τα πεπτικά υγρά.
- Υπάρχουν διαταραχές απορρόφησης - πλημμελής ή ασταθής απορρόφηση του φαρμάκου.
- Χρόνιες ή οξείες γαστρεντερικές παθήσεις.
- Αδυναμία κατάποσης, συγχυτικές καταστάσεις κ.ά.
- Το φάρμακο είναι ελαιώδες και δεν χορηγείται ενδοφλεβίως.

Ενδοδερμική ένεση είναι η εισαγωγή φαρμάκου στο δέρμα με βελόνα και σύριγγα.

Η ενδοδερμική ένεση γίνεται στο χόριο του δέρματος, το οποίο είναι η δεύτερη στη σειρά στοιβάδα μετά την επιδερμίδα. Το χόριο αποτελείται από δεσμίδες συνδετικού ιστού με άφθονες ελαστικές και μυϊκές ίνες, λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Συνήθως η ενδοδερμική χορήγηση φαρμάκου χρησιμοποιείται για την πραγματοποίηση αλλεργιογόνων τέστ ή για την εξέταση Mantoux, για τη διαπίστωση φυματίωσης. Συνηθέστερες ανατομικές θέσεις είναι η έσω επιφάνεια του αντιβραχίου και η άνω περιοχή της πλάτης. Στην ενδοδερμική ένεση ενίεται μικρή ποσότητα διαλύματος, η οποία δημιουργεί μικρό λευκό έπαρμα στο δέρμα, στο σημείο της ενέσεως. Χρησιμοποιείται μικρή ειδική σύριγγα και λεπτή βελόνα ή σύριγγα ινσουλίνης. Γίνεται με γωνία 10°-15°, σχεδόν παράλληλα προς το δέρμα. Η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται με αργό ρυθμό.

Οι δερμοαντιδράσεις γίνονται από το γιατρό ή από ειδικευμένους νοσηλευτές σε Ιατρεία, Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας. Ανάλογα με τον τύπο της δερμοαντίδρασης συνιστάται στο άτομο να προσέλθει στο ιατρείο σε καθορισμένη ημερομηνία για τον απαραίτητο έλεγχο διαπίστωσης και εκτίμησης του αποτελέσματος.

Υποδόρια ένεση είναι η εισαγωγή φαρμάκου στον υποδόριο ιστό με βελόνα και σύριγγα.

Ο υποδόριος ιστός είναι η τρίτη σε σειρά στοιβάδα του δέρματος μετά το χόριο. Είναι χαλαρό στρώμα συνδετικού ιστού και στις ίνες του υπάρχει υποδόριο λίπος. Και στο χόριο και στον υποδόριο ιστό υπάρχουν αιμοφόρα αγγεία και πολλές νευρικές απολήξεις. Με υποδόρια ένεση χορηγούνται μικρές ποσότητες φαρμάκων 1-5cc το ανώτερο, όπως ινσουλίνη, ηπαρίνη, ατροπίνη. Χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα, η οποία εισάγεται στον υποδόριο ιστό με γωνία 45° περίπου, μεταξύ βελόνας και δέρματος και σύριγγα ανάλογα με το ποσόν του φαρμάκου.



Ανατομικές θέσεις: Συνήθης ανατομική θέση είναι ο δελτοειδής μυς. Προσφέρεται ακόμα ο μηρός και οι κοιλιακοί μύες. Οι θέσεις αυτές χρησιμοποιούνται περισσότερο για την ένεση της ινσουλίνης (King, 1981).

1.3.3.3 Χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως

Στη νοσηλευτική πρακτική χρησιμοποιείται πολύ συχνά ο όρος **φλεβοκέντηση**. Ο όρος αυτός υποδηλώνει τη διαδερμική εισαγωγή βελόνας στη φλέβα με σκοπό:

- ✓ Την αιμοληψία
- ✓ Τη χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως
- ✓ Τη χορήγηση παρεντερικής σίτισης
- ✓ Τη μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης

Για την διαδικασία της φλεβοκέντησης ο νοσηλευτής πρέπει να :

- να γνωρίζει την ανατομία και τη φυσιολογία του κυκλοφορικού συστήματος,
- να είναι σε θέση να επιλέξει την κατάλληλη φλέβα,
- να γνωρίζει τη διαδικασία της φλεβοκέντησης,
- να γνωρίζει και τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία τα περισσότερα φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς είναι σε υγρή μορφή για ενδοφλέβια χορήγηση η οποία έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- • Γίνεται γρήγορη συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα και γρήγορη απορρόφηση και επίδραση του. Το φάρμακο φθάνει στους ιστούς σε 15'□20', με την ταχύτητα του

κυκλοφορούμενου αίματος.

- Χορηγούνται φάρμακα με μεγάλη τοπική ερεθιστική και τοξική δράση, τα οποία αν ενεθούν ενδομυϊκά ή υποδόρια προκαλούν νέκρωση των ιστών.
- Είναι δυνατή η χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών, αίματος κλπ.

1.3.3.4 Άλλες οδοί χορήγησης φαρμάκων

Χορήγηση φαρμάκου με εισπνοή

Από την αναπνευστική οδό χορηγούνται φάρμακα με τοπική και γενική δράση σε αναπνευστικές λοιμώξεις π.χ. φαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα, κολπίτιδα. Τα φάρμακα τοπικής χρήσεως είναι σε μορφή χαπιού, σιροπιού ή αεροζόλης. Η τελευταία με την κατάλληλη συσκευή, μετατρέπει το φάρμακο σε σταγονίδια (ομιχλοποίηση), τα οποία εκτοξεύονται στον εισπνεόμενο αέρα και διοχετεύονται στους βρόγχους. (Τριανταφυλλίδης, 2000).

Άλλες πιο σύγχρονες μορφές χορήγησης φαρμάκων (οι περισσότερες διαδερματικές) ή γενικότερα θεραπείας και πρόληψης αναφέρονται επιγραμματικά:

- ✓ επισκληρίδιος
- ✓ ραχιαία
- ✓ ενδο-οστική οδός
- ✓ αντικαταθλιπτικά έμπλαστρα
- ✓ οπιοειδή αναλγητικά και ανταγωνιστές
- ✓ επιθέματα για τοπική επουλωτική θεραπεία
- ✓ αντισυλληπτικά έμπλαστρα
- ✓ εμφυτεύσιμα συστήματα
- ✓ έμπλαστρα σκοπολαμίνης κατά της ναυτίας
- ✓ διατάξεις μικρο-βελονών (Micro-needle arrays)
- ✓ ιοντοφόρηση
- ✓ ηλεκτροφόρηση

- ✓ ακτινοβολία Laser
- ✓ ενέσεις χωρίς βελόνες (Needle-less injectors)
- ✓ νανο-συστήματα μεταφοράς ουσιών
- ✓ λιποσώματα (Φράγκου , 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΛΑΘΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

2.1 Ο κανόνας των «πέντε» στη χορήγηση των φαρμάκων

Ο κανόνας των "πέντε" (Pepper, 2006) περιλαμβάνει τα εξής:

Χορήγηση του Σωστού Φαρμάκου

- ✓ Ελέγχετε περιοδικά το αρχείο χορήγησης φαρμάκων έναντι των πρωτότυπων οδηγιών του ιατρού στο διάγραμμα προκειμένου να βεβαιωθείτε ότι η οδηγία αντιγράφηκε σωστά. Το καθήκον αυτό εκτελείται συνήθως από τον νοσηλευτή κατά τη νυκτερινή βάρδια.
- ✓ Κάθε φορά που χορηγείται μία δόση του φαρμάκου, η οδηγία ελέγχεται βάσει της ετικέτας του φαρμάκου για να επαληθευθεί η σωστή ονομασία του. Ελέγξτε την ημερομηνία λήξης του φαρμάκου εκείνη τη στιγμή.
- ✓ Εάν η ορθογραφία είναι διαφορετική στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων ή στην κάρτα του φαρμάκου από ό,τι στην ετικέτα του φαρμάκου, ελέγχεται η πρωτότυπη οδηγία. Εάν υπάρχει ασυμφωνία, πρέπει να συμβουλευθείτε τον ιατρό.
- ✓ Να ενημερώνετε τον ασθενή για την ονομασία του φαρμάκου και να του επιδεικνύετε το φάρμακο πριν από τη χορήγηση.
- ✓ Εάν ο ασθενής αναφέρει ότι δεν έχει ξαναλάβει αυτό το φάρμακο και δεν κατανοεί το λόγο της χορήγησης του, προχωρήστε σε διπλό έλεγχο για να βεβαιωθείτε ότι αυτό το φάρμακο προοριζόταν για τον ασθενή.
- ✓ Να εκτελείται πάντα διπλός έλεγχος εάν ο ασθενής αναφέρει ότι το χάπι φαίνεται διαφορετικό ή κάνει άλλα σχόλια που δημιουργούν αμφιβολίες για την ορθότητα του φαρμάκου.

Χορήγηση της Σωστής Δόσης

Συγκρίνετε προσεκτικά τη δόση, την οποία πρόκειται να χορηγήσετε, με τη δόση που ενδείκνυται, όπως αυτή αναγράφεται στο διάγραμμα φαρμάκων. Οι από του στόματος δόσεις παρέχονται σε τυποποιημένες ποσότητες ανά δισκίο ή ανά κάψουλα. Όταν η δόση που θα πρέπει να χορηγηθεί αναφέρεται σε mg μάλλον παρά σε κάψουλες ή ταμπλέτες ή ml, θα

πρέπει να γίνει μαθηματικός υπολογισμός για να εξασφαλισθεί η ακρίβεια, όσον αφορά στη χορηγούμενη δόση. Αρκετά σφάλματα όσον αφορά τη χορήγηση φαρμάκων οφείλονται στο γεγονός ότι η δόση που χορηγείται στον ασθενή δεν είναι αυτή που έχει ζητηθεί με τις ιατρικές οδηγίες.

Χορήγηση του Φαρμάκου από τη Σωστή Οδό

Εάν δοθεί οδηγία για ενδομυϊκή χορήγηση ενός φαρμάκου, πρέπει να χορηγηθεί με αυτό τον τρόπο αλλιώς πρέπει να ενημερώσετε τον ιατρό και να ζητήσετε αλλαγή της οδηγίας. Επειδή ο ασθενής δεν αισθάνεται πλέον την ανάγκη για χορήγηση ενέσιμου αναλγητικού, δεν σημαίνει ότι ο νοσηλευτής πρέπει να χορηγήσει το φάρμακο από το στόμα. Η οδηγία πρέπει να τροποποιηθεί ώστε να χορηγηθεί «νόμιμα» από το στόμα.

Όταν παραγγέλλεται η από του στόματος χορήγηση ενός φαρμάκου και ο ασθενής δεν μπορεί να καταπιεί το καψάκιο ή το δισκίο, το δισκίο μπορεί να θρυμματιστεί μόνο όταν δεν είναι:

- σκεύασμα για υπογλώσσια ή παρειακή χορήγηση
- εντεροεπικαλυμμένο σκεύασμα
- σκεύασμα παρατεταμένης χορήγησης
- σκεύασμα με αντικαρκινική δράση (π.χ. αντινεοπλασματικό)

Ο κατάλογος τέτοιων φαρμάκων είναι εκτενής, καλύπτει πολλές σελίδες και δεν είναι δυνατόν να συμπεριληφθεί εδώ. Ελέγξτε πώς γίνεται ο εφοδιασμός του φαρμάκου για να προσδιορίσετε την ασφάλεια του θρυμματισμού. Όταν υπάρχει αμφιβολία, συνεργασθείτε με τον φαρμακοποιό.

Βεβαίως, όταν διατίθεται και υγρή μορφή του φαρμάκου επιτυγχάνεται ακριβέστερη δοσολογία συγκριτικά με τη μορφή του σε στερεά κατάσταση. Η χορήγηση υγρής μορφής είναι λιγότερο χρονοβόρα για τον νοσηλευτή. Όταν διατίθεται και υγρή μορφή, ζητήστε από

τον ιατρό να αλλάξει την οδηγία.

Χορήγηση του Σωστού Φαρμάκου στο Σωστό Χρόνο

Οι ώρες χορήγησης των φαρμάκων στον ασθενή πρέπει να σημειώνονται στο οργανόγραμμα εργασίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν ένα φάρμακο πρόκειται να χορηγηθεί σε άλλη ώρα από τις συνήθεις ώρες χορήγησης κατά τη διάρκεια της βάρδιας.

Τα φάρμακα της πρωινής βάρδιας ξεκινούν να χορηγούνται συνήθως στις 6 και τις 8. Τα φάρμακα που ορίζονται για τις 7:30, 8, 9:30 ή 11 ή άλλες μη συνήθεις ώρες πρέπει να υπογραμμίζονται στο έντυπο εργασίας για να μην ξεχασθούν.

Το πρωτόκολλο του νοσοκομείου πιθανόν να προτείνει ότι το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί εντός 30 λεπτών από την ορισθείσα ώρα, απλώς επειδή δεν είναι δυνατόν να χορηγηθούν όλα τα παραγγελιόσιμα φάρμακα μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή σε όλους τους ασθενείς, ακριβώς την ώρα που πρέπει. Σε ορισμένες μονάδες οξείας θεραπείας η ελαστικότητα αυτή σημαίνει ότι το φάρμακο μπορεί να δοθεί 30 λεπτά πριν από την εντελλόμενη ώρα έως 30 λεπτά μετά την ώρα αυτή. Άλλα νοσηλευτικά κέντρα απαιτούν τη χορήγηση του φαρμάκου στο πλαίσιο ενός 30λεπτου παράθυρου (εύρους), δηλαδή 15 λεπτά πριν από την ορισθείσα ώρα έως 15 λεπτά μετά την ώρα αυτή. Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται ότι το χρονοδιάγραμμα του φαρμάκου αποσκοπεί στη διατήρηση σταθερών επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα. Για το λόγο αυτό, τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όσο το δυνατόν πιο κοντά στην εντελλόμενη ώρα. Τα αντιαρρυθμικά, ιδιαιτέρως, πρέπει να χορηγούνται πιο κοντά στην ορισθείσα ώρα. Απαιτείται η τεκμηρίωση της χορήγησης στο σωστό χρόνο.

Πολύ συχνά οι νοσηλευτές έχουν τη συνήθεια να υπογράφουν επάνω στα φάρμακα ότι παίρνουν από το καρότσι ή το ράφι των φαρμάκων. Συχνά ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει το φάρμακο την ώρα που ο νοσηλευτής επισκέπτεται τον θάλαμο, και αν υπάρχει φασαρία στον θάλαμο είναι δυνατόν να ξεχασθεί. Ο ασθενής μπορεί να είναι σε άλλο όροφο, στο μπάνιο, να κάνει έμμετο ή να είναι στο μέσο αναπνευστικής θεραπείας. Ποτέ να μην τεκμηριώνεται η χορήγηση μιας δόσης έως ότου ληφθεί από τον ασθενή. Όταν μια δόση δεν χορηγηθεί, πρέπει

να καταγραφεί και στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων.

Χορήγηση του Φαρμάκου στο Σωστό Ασθενή

Ακόμη και εάν υπάρχει συνεργασία με τον ασθενή και είναι γνωστός, κατά τη διάρκεια της βάρδιας πρέπει να ταυτοποιείται σωστά ελέγχοντας την πλαστική κορδέλα στο βραχίονα. Ρωτάμε *«πείτε μου το όνομα σας, παρακαλώ»*. Μην φωνάζετε απλώς τον ασθενή με το όνομα. Ορισμένοι ασθενείς δεν έχουν καλή ακοή θα απαντήσουν *«Ναι»*. Οι ασθενείς με σύγχυση μπορεί να απαντήσουν σε οποιοδήποτε όνομα. Είναι πιο ασφαλές να ελέγξετε την ταυτότητα του ασθενούς τόσο για το όνομα όσο και για τον αριθμό ταυτοποίησης, εξακριβώνοντας ότι τα στοιχεία αυτά είναι σύμφωνα με τα τυπωμένα στοιχεία στο έντυπο αρχείο χορήγησης φαρμάκων.

Για να προληφθούν σφάλματα στη φαρμακευτική αγωγή, είναι προτιμότερο να ελέγχετε κάθε φάρμακο πολλές φορές. Κάθε ένας από τους πέντε κανόνες ορθής χορήγησης πρέπει να ελέγχεται 3 φορές. Ο τρίτος έλεγχος πρέπει να γίνεται παρά την κλίνη πριν από το άνοιγμα της συσκευασίας της δόσης-μονάδας. Επειδή τα συστήματα δόσης-μονάδας έχουν τυποποιηθεί, οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να ελέγχουν τα φάρμακα τόσο προσεκτικά όσο πριν, κάθε φορά που χρησιμοποιούν ένα απόθεμα φαρμάκου.

Τα φάρμακα για στοματική χορήγηση πρέπει να δίνονται με τον ασθενή σε ευθυτενή στάση και με αρκετό νερό για. Εάν ο ασθενής πρέπει να παραμείνει κατακεκλιμένος, τοποθετήστε τον σε πλάγια κατάκλιση για να αποφευχθεί η εισρόφιση.

Οι θέσεις ένεσης πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά με σχηματισμό ανατομικών σημαδιών και λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος και τη φυσική κατάσταση του ασθενούς. Πρέπει να διατηρείται η αποστείρωση του φαρμάκου και του εξοπλισμού της ένεσης.

Για τη διατήρηση των προφυλάξεων, πρέπει να τοποθετούνται γάντια για τη χορήγηση όλων των ενέσεων. Τα ενδοφλέβια σκευάσματα πρέπει να χορηγούνται διαλυμένα στη

συνιστώμενη ποσότητα και όχι νωρίτερα από την ορισθείσα ώρα. Σε αντίθετη περίπτωση, μπορεί να επέλθει τοξικότητα ή ιστική βλάβη.

Ο συνετός νοσηλευτής θα ζητήσει από άλλο νοσηλευτή να ελέγξει τις προετοιμασμένες δόσεις ορισμένων φαρμάκων πριν από τη χορήγηση τους. Όλες οι ινσουλίνες υφίστανται διπλό έλεγχο με τον τρόπο αυτό. Τα αντιπηκτικά, η ενέσιμη διγοξίνη και άλλα φάρμακα με δυνητικά τοξική ή θανατηφόρο δράση στον ασθενή ελέγχονται διπλά. Πολλά νοσηλευτικά κέντρα διαθέτουν κατάλογο φαρμάκων τα οποία πρέπει να ελεγχθούν από δύο διαφορετικούς νοσηλευτές πριν από τη χορήγηση.

2.2 Νοσηλευτικά φαρμακευτικά λάθη και αιτίες πραγματοποίησής τους



Ο ορισμός του λάθους που χρησιμοποιείται από το Institute of Medicine (2000), αντλώντας τον από τη γνωσιακή ψυχολογία, ορίζεται ως «η αποτυχία μιας ενέργειας να ολοκληρωθεί με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή ως η χρήση ενός ατελέσφορου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου».

Σύμφωνα με τον James Reason (1990) ως λάθος ορίζεται ένας γενικός όρος που χαρακτηρίζει όλες τις περιπτώσεις, στις οποίες μια σχεδιασμένη αλληλουχία από πνευματικές και φυσικές δραστηριότητες αποτυγχάνει να επιτύχει το σκοπό της και η αποτυχία αυτή δεν οφείλεται σε τυχαίο γεγονός. Ο ίδιος, έχει κατατάξει τα λάθη σε τρεις μεθοδολογικές κυρίως διαιρέσεις, οι οποίες είναι οι εξής: λάθη από στιγμιαία απροσεξία, λάθη από μειωμένη συγκέντρωση- παραλείψεις και λάθη κατά κύριο λόγο- σφάλματα.

Στη νοσηλευτική όπως αναφέρθηκε και παραπάνω συμβαίνουν πολλά λάθη, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των λαθών αφορά στα λάθη κατά τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών οι

κυριότεροι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλουν στη δημιουργία λάθους κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πολλοί, κάποιοι από τους οποίους παρατίθενται παρακάτω:

➤ **Ανεπαρκής Νοσηλευτική Στελέχωση**

Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού που οφείλεται σε περικοπές δαπανών από το κράτος, οδηγεί σε πολλά προβλήματα. Καθ' ότι υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας για τους νοσηλευτές και εκείνοι με τη σειρά τους προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους, οδηγούνται σε επαγγελματική εξουθένωση, γεγονός το οποίο συνεπάγεται τη δημιουργία σφαλμάτων από τη μεριά τους (Αδάλη,2000).

➤ **Απειρία νοσηλευτικού προσωπικού**

Ένα ακόμη αίτιο που οδηγεί στα φαρμακευτικά λάθη είναι η απειρία του νοσηλευτικού προσωπικού. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα άτομα να βοηθήσουν τους καινούργιους νοσηλευτές να ενταχθούν στο τμήμα, να τους εκπαιδεύσουν και να τους καθοδηγήσουν. Το πρόβλημα αυτό προκύπτει από την ανεπαρκή στελέχωση του νοσοκομείου (Νικολαϊδης, 2009).

➤ **Συνεργασία των μελών της ομάδας**

Η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη σωστή διεξαγωγή των νοσηλευτικών διαδικασιών. Επίσης η κακή επικοινωνία των γιατρών με τους νοσηλευτές, όπως οι προφορικές ή οι δυσανάγνωστες οδηγίες, οδηγούν σε λάθη (Marjorie, 1990).

➤ **Έλλειψη πρωτοκόλλων**

Τέλος η έλλειψη νοσηλευτικών πρωτοκόλλων στην Ελλάδα είναι ένα ακόμη αίτιο για τα λάθη που γίνονται στη φαρμακευτική αγωγή και τη νοσηλεία των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μια προσπάθεια καταγραφής νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, αλλά λόγω ανεπάρκειας του προσωπικού και των υλικών μέσων είναι δύσκολο να τηρηθούν στην πράξη (Νικολαϊδης, 2009).

2.3 Στάδια πραγματοποίησης των λαθών

Τα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή πραγματοποιούνται σε τέσσερα στάδια (Ronda, 2008):

- κατά τη διαδικασία της συνταγογράφησης (prescription): Τα λάθη αυτά αφορούν νοσηλευτές και γιατρούς. Μπορεί για παράδειγμα ο γιατρός να συνταγογραφήσει λάθος φάρμακο στον ασθενή και επομένως ο νοσηλευτής να χορηγήσει το λανθασμένη ουσία στον ασθενή ή ο νοσηλευτής να διαβάσει λάθος την οδηγία του γιατρού.
- Κατά την μεταγραφή (transcription): αφορούν στα λάθη που γίνονται από τους φαρμακοποιούς του νοσοκομείου.
- στη διάρκεια προετοιμασίας του φαρμάκου (dispensing) από τον νοσηλευτή, και
- κατά τη διαδικασία χορήγησης των φαρμάκων (administration) από τους νοσηλευτές στους ασθενείς.

2.4 Τύποι φαρμακευτικών λαθών

Τα φαρμακευτικά λάθη που μπορεί να γίνουν από τους νοσηλευτές ενός τμήματος, κατά την προετοιμασία της νοσηλείας είναι (Wright, 2010)

- Διενέργεια σφάλματος εξαιτίας της ιατρικής οδηγίας
- Χρήση λάθους διαλύτη για την ανασύσταση του σκευάσματος
- Λανθασμένη περιεκτικότητα του διαλυμένου φαρμάκου
- Εσφαλμένη επιλογή φαρμάκου
- Λάθος δοσολογία λόγω εσφαλμένων υπολογισμών
- Μειωμένη ή ανύπαρκτη δραστηριότητα του φαρμάκου.

Ακόμη όμως και μετά την προετοιμασία της νοσηλείας και χωρίς να έχει υποπέσει ο νοσηλευτής σε κανένα από τα προηγούμενα σφάλματα, διατρέχει ακόμα τον κίνδυνο να κάνει κάποιο φαρμακευτικό λάθος κατά τη διαδικασία χορήγησης του φαρμάκου.

Τα συνηθέστερα λάθη που γίνονται κατά τη χορήγηση στον πάσχοντα είναι:

- Χορήγηση του φαρμάκου από λανθασμένη οδό
- Λανθασμένος ρυθμός χορήγησης, συνήθως πιο γρήγορος από τον επιτρεπόμενο (Taxis, 2003)
- Λανθασμένος τρόπος χορήγησης, σε περιπτώσεις χορήγησης πολλών ενδοφλέβιων φαρμάκων, υπάρχει δυνατότητα τοποθέτησής τους σε γραμμή έγχυσης με τη χρήση τριπλών διακοπών(3- way). Υπάρχουν όμως ορισμένα φάρμακα τα οποία πρέπει να τοποθετούνται μόνα τους, από ξεχωριστή ενδοφλέβια οδό, εξαιτίας της δυναμικής της δραστηκότητάς τους και της αναγκαίας στάγδην ροής τους. Τέτοια φάρμακα είναι κυρίως τα καρδιολογικά (Inotrex, Tildiem). Εάν τοποθετηθούν μαζί με κάποιον ορό ενυδάτωσης για παράδειγμα, μπορεί να παρασυρθούν από τη ροή του ορού, αυξάνοντας τον ρυθμό χορήγησής τους με δυσάρεστες συνέπειες για τον άρρωστο (Σκένδρου, 2010).
- Λάθος ώρα χορήγησης
- Χορήγηση σωστού φαρμάκου σε λάθος ασθενή
- Μη χορήγηση φαρμάκου.

Συνεπώς, ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τα παραπάνω και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, ώστε να εκτελεί με ασφάλεια τη χορήγηση των φαρμάκων.

Ωστόσο τα παραπάνω δεν επαρκούν καθώς υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες, που μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή των νοσηλευτών, όπως οι συγγενείς των ασθενών, το τηλέφωνο, με αποτέλεσμα τη διενέργεια κάποιου σφάλματος.

2.5 Επιδημιολογία εμφάνισης φαρμακευτικών λαθών

Τα περισσότερα λάθη γίνονται το πρωί. Πιθανές εξηγήσεις είναι ότι τις πρωινές ώρες χορηγούνται τα περισσότερα φάρμακα, γίνονται πολλές νοσηλευτικές εργασίες παράλληλα, βρίσκονται στην κλινική και άλλοι επαγγελματίες υγείας π.χ. οι ιατροί, οι οποίοι διακόπτουν συνεχώς τους νοσηλευτές. Λάθη επίσης εντοπίζονται και τις ώρες που γίνεται αλλαγή βάρδιας και κατά τις νυχτερινές βάρδιες.

- 47% λάθη την ημέρα εισαγωγής,
- 16% τη δεύτερη ημέρα,
- 9% την Τρίτη ημέρα, πιο πολλά λάθη γίνονται τη νύκτα και τις αργίες.
- το 46% την ημέρα εισαγωγής και εξόδου, δηλαδή 19-21 ώρες μετά την εισαγωγή, λάθη σχεδιασμού εκτέλεσης τα οποία γίνονται 41 ώρες μετά την εισαγωγή και λάθη επίβλεψης.
- Το πρωί γίνεται το 46% των λαθών, το απόγευμα γίνεται το 24% των λαθών και τη νύκτα το 30% (Κλέτσιου, 2009).

2.6 Συνέπειες από τα φαρμακευτικά λάθη

Οι συνέπειες των φαρμακευτικών λαθών έχουν ένα μεγάλο εύρος και ξεκινούν από ανύπαρκτες π.χ. χορήγηση depon σε κάποιο ασθενή έως θανατηφόρες π.χ. χορήγηση εντερικής διατροφής παρεντερικά. Παρακάτω αναφέρεται συνοπτικά η κλίμακα ταξινόμησης:

- θανατηφόρες,
- πολύ σοβαρές,
- σοβαρές,
- σημαντικές,
- ασήμαντες,
- ανύπαρκτες-μη αντιληπτές (Νικολαΐδης, 2009).

Υπάρχουν μια σειρά από ενέργειες που είναι απαραίτητο να ακολουθηθούν στα νοσηλευτικά τμήματα για την ελάττωση ή εξάλειψη των φαρμακευτικών λαθών και ιδίως αυτών, που προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, απαιτούν νοσηλεία και μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνιες ή μόνιμες βλάβες. Τέτοιες ενέργειες τόσο των φαρμακευτικών λαθών που οφείλονται σε ανεπαρκείς γνώσεις όσο και σε αυτές που σχετίζονται με λάθη κανόνων και δεξιοτήτων αναφέρονται παρακάτω:

1. βελτίωση επικοινωνίας μεταξύ ασθενών-νοσηλευτών-ιατρών ή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας,
2. κατάλληλη στελέχωση των κλινικών με ανθρώπινο δυναμικό και ιδιαίτερα νοσηλευτές που χορηγούν τη συντριπτική πλειοψηφία των φαρμάκων,
3. βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας, παρουσία κλινικού φαρμακοποιού,
4. χρήση έξυπνων τεχνολογιών,
5. ανάπτυξη και καθιέρωση κατευθυντήριων γραμμών (clinical guidelines),
6. συστηματική καταγραφή των λαθών,
7. συστηματική μελέτη και αξιολόγηση των λαθών από έμπειρο προσωπικό και πρόταση εφαρμόσιμων λύσεων, μέσα από προγράμματα συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Marjorie, 1990).

2.7 Εξάλειψη των Καταστάσεων Δυνητικών Φαρμακευτικών Λαθών: Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Οι νοσηλευτές ως ανθρώπινα όντα, περιστασιακά κάνουν λάθη. Ωστόσο, τα ανθρώπινα λάθη κατά τη χορήγηση των φαρμάκων μπορούν να έχουν καταστρεπτικές συνέπειες.

Η ΑΤΑΕ (Ανάλυση Τύπου Αποτυχίας και Επιδράσεων) (Mullan, 2005), είναι μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας που μπορεί να αναγνωρίσει αποτελεσματικά πιθανές καταστάσεις σφαλμάτων, να προβλέψει τις επιδράσεις των σφαλμάτων στον ασθενή και να προτείνει δυνατότητες βελτίωσης. Η προσέγγιση για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, αναγνωρίζει ότι το πρόβλημα δεν είναι οι άνθρωποι αλλά οι διαδικασίες χωρίς αποτέλεσμα. Οι γιατροί που συνταγογραφούν, οι φαρμακοποιοί που τα διαθέτουν και οι νοσηλευτές που τα χορηγούν αποτελούν όλοι πολύτιμες πηγές, που μπορούν να αναλύσουν τα προϊόντα και τις διαδικασίες λαθών και να προτείνουν στρατηγικές πρόληψης.

Συστήνονται οι ακόλουθες τεχνικές για την πρόληψη των φαρμακευτικών σφαλμάτων:

- Διατήρηση ενός συστήματος επαναληπτικών ελέγχων.
- Χρήση συστημάτων ή συσκευών που προστατεύουν από λάθη.
- Απομάκρυνση των μη απαραίτητων ή επικίνδυνων στοιχείων από τη νοσηλευτική μονάδα.
- Περιορισμός της πρόσβασης σε επικίνδυνα φάρμακα.
- Αποφυγή προκαταλήψεων επιβεβαίωσης (επιλογή ενός στοιχείου επειδή πρόκειται γι' αυτό που περιμένατε να δείτε).
- Υιοθέτηση εξοπλισμού που έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο για το σκοπό που κατασκευάστηκε.
- Επιλογή προϊόντων με ξεχωριστές συσκευασίες ή χαρακτηριστικά σχήματα ή χρήση εμφανών ενδείξεων για την αναγνώριση των φαρμάκων.
- Χρήση προειδοποιητικών ετικετών στα επικίνδυνα φάρμακα.
- Χρήση μηχανογραφημένων αρχείων φαρμάκων, ραβδωτών κωδικών και άλλων τεχνολογικών εξελίξεων για την πρόληψη των λαθών.
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων και διαδικασιών και συμμόρφωση στις προδιαγραφές τους.
- Χρήση της τεκμηρίωσης για την πιστοποίηση της θεραπείας και την επιβεβαίωση της απάντησης του ασθενούς σε ένα φάρμακο.
- Αναφορά σε πολύτιμες πηγές για τον έλεγχο ενός φαρμάκου ή μιας αμφισβητούμενης οδηγίας φαρμάκων (πχ βιβλίο φαρμακολογίας, εγχειρίδιο διαδικασιών και πολιτικών).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

3.1 Η έννοια της βιοηθικής

Αποτελεί πλέον κοινό τόπο ο ισχυρισμός ότι η βιοηθική είναι μια από τις βασικότερες συνιστώσες του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Απόρροια αυτής της διαπίστωσης είναι το γεγονός ότι στις χώρες που μεριμνούν για την εκπαίδευση αυτών που θα κληθούν να παράσχουν υπηρεσίες υγείας, διδάσκεται και η βιοηθική μαζί με την ανατομία, την παθολογία, τη φαρμακολογία κλπ. Η βιοηθική είναι εκεί διότι χρειάζεται όχι μόνο να προστατεύονται οι ασκούντες τα επαγγέλματα υγείας από τις μηνύσεις και τις αγωγές των πελατών τους, αλλά διότι τόσο οι ασθενείς όσο και το προσωπικό φροντίδας υγείας, συνειδητοποίησαν, κατ' αρχήν ότι ένας άρρωστος με καταρράκτη δεν είναι ένας "καταρράκτης" ή ένας άνθρωπος με πέτρα στη χολή δεν είναι μια "χολή". Συνειδητοποίησαν, δηλαδή, ότι ένα κλινικό δεδομένο δεν βρίσκεται απομονωμένο αλλά ότι εντάσσεται σε ένα ευρύτερο και σύνθετο πλέγμα ποικίλων στοιχείων και χαρακτηριστικών – βιολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών κλπ- τα οποία συγκροτούν το συγκεκριμένο άρρωστο (Ομπέση, 2007).

Έγινε σαφές ότι ο όρος *υγεία* είναι ένας αξιακός όρος και ότι δηλώνει ένα κοινωνικό πρόσταγμα αλλά επίσης και ένα πρόσταγμα προς το οποίο οφείλουν να προσαρμόζουν την συμπεριφορά τους τα μέλη της κάθε κοινωνικής ομάδας. Έτσι ανακύπτει το κρίσιμο ερώτημα ποιό ακριβώς είναι κάθε φορά αυτό το ζητούμενο, τι ακριβώς είναι αυτή η υγεία και πως θα προσδιοριστεί το εκάστοτε πρακτέο ώστε να επιτευχθεί ο στόχος.

Η παροχή ηθικώς αποδεκτής φροντίδας υγείας αποτελεί πρόκληση στη σημερινή κοινωνία αφού οι αλλαγές στα σύγχρονα συστήματα υγείας κάνουν περισσότερο επιτακτική τη συμμετοχή των ατόμων στη λήψη των αποφάσεων, που τους αφορούν. Επιπλέον, ο μέσος όρος νοσηλείας στο νοσοκομείο έχει μειωθεί ενώ η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται και σε εναλλακτικούς χώρους, όπως στα εξωτερικά ιατρεία, στις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι. Για τους νοσηλευτές οι αλλαγές αυτές έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και την επέκταση του ρόλου τους με αποτέλεσμα, στην καθημερινή πρακτική, να αντιμετωπίζουν καταστάσεις για τις οποίες πρέπει να λάβουν αποφάσεις με βάση τον προσδιορισμό του ηθικά σωστού και λάθους. Καθώς σήμερα οι

χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε όλον τον κόσμο είναι περισσότερο από ποτέ ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και ενδιαφέρονται για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά ερωτήματα είναι συχνά στη νοσηλευτική πρακτική. Η επιθυμία των νοσηλευτών να λάβουν υπ' όψιν τις αξίες των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων και να διατηρούν τα δικαιώματά τους συχνά συγκρούεται με τα επαγγελματικά καθήκοντα και τις πολιτικές των ιδρυμάτων. Ως αποτέλεσμα συχνά βιώνουν εσωτερικές συγκρούσεις, όταν η σωστή νοσηλευτική πρακτική πιθανόν απαιτεί ενέργειες, που αντιτίθεται στις προσωπικές ηθικές πεποιθήσεις τους και τις αξίες. Η ηθική, εν τέλει βοηθά να διακρίνουν το σωστό από το λάθος κατά την ερμηνεία και την ανάλυση των κλινικών καταστάσεων και τη λήψη αποφάσεων, με βάση τις ηθικές αρχές της φροντίδας υγείας και τους κώδικες επαγγελματικής ηθικής (Κουτσελίνης, 1999).

3.2 Διαμόρφωση και σύγκρουση των αξιών

Για να αποφασιστεί τι είναι σωστό για τη νοσηλευτική φροντίδα, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πληροφορίες μέσα στο πλαίσιο ή το περιεχόμενο των αξιών (Fry, 2000). Οι αξίες μπορεί να είναι ηθικής ή μη ηθικής φύσεως. Οι δύο τύποι αξιών διαφοροποιούνται παρακάτω (Fry, 2002):

➤ Αξίες μη ηθικής φύσεως

Οι αξίες αυτές δεν βασίζονται σε ηθικές θεωρήσεις και τα σημαντικά ηθικά συμφέροντα των ανθρώπων. Ένα παράδειγμα αξίας μη ηθικής φύσεως είναι η καθαριότητα.

➤ Αξίες ηθικής φύσεως

Οι ηθικές αξίες είναι σαφώς ηθικής φύσεως γιατί εκπηγάζουν από τα σημαντικά ηθικά συμφέροντα που έχουν οι άνθρωποι και θεωρούν σημαντικά θέματα όπως η ελευθερία, η τιμιότητα κτλ.

➤ Πολιτισμικές αξίες

Είναι οι αξίες που επικρατούν και είναι αποδεκτές σε συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα. Επίσης ορίζουν αποδεκτές και μη τις συμπεριφορές των μελών της.

➤ Θρησκευτικές αξίες

Είναι αυτές που λειτουργούν στο άτομο ασυνείδητα και δέχονται επιρροή σε όλη τους τη ζωή. Για παράδειγμα, οι περισσότερες θρησκείες εμμένουν σε συγκεκριμένες δοξασίες, οι οποίες επηρεάζουν τις πεποιθήσεις των ανθρώπων τις σχετικές με τη ζωή και το θάνατο και τη σημασία της μετά θάνατο ζωής. Η μετακίνηση του πληθυσμού στις σύγχρονες κοινωνίες συνεπάγεται ότι οι νοσηλευτές μπορεί να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με πολιτισμικές αξίες και θρησκευτικές πεποιθήσεις πολύ διαφορετικές από τις δικές τους, αξίες και πεποιθήσεις που πρέπει να αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστές προκειμένου να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα (Jecker, 1995).

➤ Προσωπικές αξίες

Οι προσωπικές αξίες αφορούν στις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τα πρότυπα και τα ιδανικά του ατόμου που καθοδηγούν τη συμπεριφορά και το πώς το άτομο βιώνει τη ζωή. Για παράδειγμα ένα άτομο μπορεί να δίνει αξία στην τιμιότητα, ενώ ένα άλλο να είναι ικανοποιημένο με την μετριότητα. Ένας νοσηλευτής πιθανό να δίνει αξία στην καθαριότητα (μη ηθική αξία) και στην τιμιότητα(ηθική αξία).

➤ Επαγγελματικές αξίες

Είναι συμφωνημένα πρότυπα που υποστηρίζονται από μια επαγγελματική ομάδα (Johnstone, 1999). Οι επαγγελματικές αξίες διατυπώνονται με σαφήνεια στον κώδικα ηθικής, στον κώδικα επαγγελματικής συμπεριφοράς και σε οποιαδήποτε άλλα κείμενα που κάνουν γνωστά τα πρότυπα μιας επαγγελματικής ομάδας. Για παράδειγμα ο *Κώδικας ηθικής για Νοσηλευτές* του ICN (2000) αντανakλά επαγγελματικές αξίες όταν αναφέρει ότι «*Στη Νοσηλευτική είναι εγγενής ο σεβασμός για τα δικαιώματα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος για τη ζωή, την αξιοπρέπεια και την αξιοπρεπή φροντίδα*».

Σύγκρουση των αξιών

Οι αξίες μη ηθικής όσο και ηθικής φύσεως μπορούν εύκολα να περιέλθουν σε σύγκρουση μεταξύ τους, καθώς και τα δικαιώματα των ασθενών και τα επαγγελματικά καθήκοντα. Οι προσωπικές αξίες πιθανόν να συγκρούονται με τις επαγγελματικές αξίες, που με τη σειρά τους μπορεί να συγκρούονται με τις πολιτισμικές αξίες.

Η αξία των νοσηλευτών να κάνουν καλό στον ασθενή πιθανό να συγκρούεται με την αξία των ασθενών να έχουν επιλογές ή η αξία για ασφαλείς δόσεις φαρμάκων να συγκρούεται με την αξία του ασθενούς για ανακούφιση από τον πόνο και το επαγγελματικό καθήκον των νοσηλευτών να ανακουφίσουν από τον πόνο.

Ευτυχώς οι επαγγελματικές οδηγίες και οι κώδικες ηθικής παρέχουν κατευθύνσεις για αυτού του τύπου τις συγκρούσεις αξιών. Συνήθως οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς ανεξάρτητα από τις προσωπικές τους αξίες. Όταν ο νοσηλευτής πρέπει να προσφέρει σε συνεχή βάση φροντίδα που είναι σε αντίθεση με τη συνείδησή του, τότε πρέπει να αναζητήσει άλλον νοσηλευτή να τον αντικαταστήσει ή να ζητήσει μετακίνηση σε άλλο χώρο φροντίδας υγείας (Fry,2000).

3.3 Νομικά θέματα που σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων

➤ Κώδικες νοσηλευτικής δεοντολογίας

Οι δεοντολογικοί κώδικες θέτουν με σαφήνεια τα επαγγελματικά επίπεδα και ορίζουν την επιθυμητή συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας. Βέβαια δεν δίνουν πάντοτε απάντηση σε ηθικά διλήμματα της καθημερινότητας όμως διευθετούν δικαιώματα, υποχρεώσεις και αξίες όπου πρέπει να κυριαρχούν στην επαγγελματική άσκηση.

Τι περιέχεται σε αυτούς τους κώδικες:

Οι νοσηλευτικοί κώδικες, που αφορούν στην ηθική, είναι ένα σύνολο αρχών και κανόνων, δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των νοσηλευτών. Αυτοί οι κώδικες δεν μένουν στάσιμοι αλλά κινούνται προς την πιο έγκυρη & έγκαιρη κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή. Αυτοί οι κανόνες υποδεικνύουν αυτά που πρέπει να γίνουν, δεν είναι νόμοι, παρ' όλα αυτά πρέπει οι δεοντολογικοί κανόνες να λαμβάνουν πιο σημαντική θέση από τους νόμους διότι προϋποθέτουν να ενεργούν οι νοσηλευτές ηθικά. Εφόσον εν τέλει οι ενέργειες των νοσηλευτών παύσουν να διέπονται από τους δεοντολογικούς κανόνες τότε έρχεται με τη σειρά του να παρέμβει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο

(Fry,2005).

Ποιους σκοπούς εξυπηρετούν αυτοί οι κώδικες:

- Οριοθετούν τα καθήκοντα των νοσηλευτών
 - Ενημερώνουν το κοινό για τις υποχρεώσεις των νοσηλευτών
 - Και καθορίζουν το πλαίσιο για πειθαρχία και προσαρμογή των μελών ενός επαγγελματικού φορέα
- (Fry, 2005).

Συνεπώς, κάθε άτομο που χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα περιμένει από κάθε νοσηλευτή (Johnstone, 1999):

- Σεβασμό στη ζωή του ανθρώπου που αφήνετε στα χέρια του γιατί δεν μπορεί να κάνει διαφορετικά, γιατί εμπιστεύεται στους νοσηλευτές τον εαυτό του και τα προβλήματά του, γιατί έχει ανάγκη τη βοήθειά τους όποιος και αν είναι, ότι και αν έχει, όπου και αν ανήκει, σε όποια ηλικία και αν είναι και σε όποιο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και αν βρίσκεται.
 - Σεβασμό στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να απαιτεί την καλύτερη ποιοτικά φροντίδα για να βελτιώσει, να προάγει, και να αποκαταστήσει την κλονισμένη υγεία του.
 - Σεβασμό σε αυτή την ίδια τη φροντίδα που δίνεται στον άνθρωπο για να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του και για κανένα άλλο λόγο.
 - Σεβασμό για το ίδιο το επάγγελμα που πρέπει να στέκεται ψηλά και να είναι αξιοσέβαστο.
 - Σεβασμό σε όλες τις αξίες της ανθρώπινης ζωής, στην αξιοπρέπεια, στην υγεία κλπ.
 - Ευσυνειδησία, αλτρουισμό, αυταπάρνηση.
 - Γνώση των ορίων της νοσηλευτικής δραστηριότητας.
 - Γνώση της δεοντολογίας.
- Ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που ψηφίστηκε το 2001 (ΦΕΚ 167) κωδικοποιεί αρκετούς από τους παραπάνω κανόνες και δίνει τις κατευθυντήριες οδηγίες για την άσκηση της νοσηλευτικής, ενώ περιλαμβάνει και συγκεκριμένα άρθρα που σχετίζονται έμμεσα και με τη χορήγηση των φαρμάκων. Ορισμένα από τα άρθρα του αναφέρονται στο Παράρτημα I και περιλαμβάνουν τις σημαντικότερες αρχές, που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους,

το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους με οποιοδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses – I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955). Στον παρόντα Κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή σαν την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στον παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, και όπου αναφέρεται ο όρος πόνος, αυτός θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός. Τέλος, επισημαίνεται ότι οι Νοσηλευτές είναι θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν ν' αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη (Johnstone, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ

Οι Valentin και οι συνεργάτες του (2009) στη πολυκεντρική προοπτική μελέτη που εκπόνησαν για τη διερεύνηση ΦΛ στην παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ, με δείγμα 1.328 πάσχοντες από 113 μονάδες σε 27 χώρες, βρήκαν 74,5 συμβάντα ανά 100 ημέρες νοσηλείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τα τρία τέταρτα των συμβάντων ταξινομήθηκαν ως λάθη παράλειψης, ενώ το 1% του πληθυσμού που μελετήθηκε, υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας του ΦΛ.

Σε μελέτη που διεξήχθη από την Δρα Μ Κάργα (2008) σε 565 επαγγελματίες υγείας, το 87% παραδέχτηκε ότι έχει υποπέσει σε κάποιο λάθος κατά την χορήγηση φαρμάκων, ενώ σε μελέτη των Arakawa (2011) που έγινε στα νοσοκομεία της Ιαπωνίας το 79, 3 % των νοσηλευτών παραδέχτηκαν πως είχαν κάνει κάποιο λάθος έστω και μια φορά κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Τα ποσοστά των νοσηλευτών που παραδέχονται πως έχουν κάνει λάθος είναι αρκετά υψηλά και αυτό δηλώνει όχι μόνο ότι οι νοσηλευτές κάνουν λάθη αλλά και το γεγονός ότι είναι σε θέση να τα αναγνωρίζουν και να τα ανακαλούν στην μνήμη τους.

Σύμφωνα με τους Christensen και συνεργάτες (1992) πολλοί νοσηλευτές προτιμούν να συζητήσουν τα λάθη με τον ίδιο τον ασθενή προκειμένου να ανακουφιστούν. Ένα άλλο μεγάλο ποσοστό λαμβάνει υποστήριξη συχνότερα από συζύγους και όχι από τους συναδέλφους,

Σε άλλη μελέτη, η οποία έλαβε χώρα σε ΜΕΘ Χειρουργείου (Fernald, 2004) οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 71% των σφαλμάτων οφείλονται στην κακή επικοινωνία.

Οι Lin & Ma (2009) σε μια συγχρονική έρευνα διερεύνησαν τη συχνότητα των ΦΛ και την προθυμία των νοσηλευτών να αναφέρουν τα ΦΛ. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν νοσηλευτές από 14 νοσοκομεία στην Ταϊβάν με μέσο όρο ηλικίας 29.35 έτη. Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν με τη χρήση της κλίμακας MAEs Unwillingness to Report, του ερωτηματολογίου Medication Errors

Etiology και του ερωτηματολογίου Personal Features μεταφρασμένα στην κινεζική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το 66.9% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι έκαναν ΦΛ και το 87.7% ότι ήταν πρόθυμοι να αναφέρουν γραπτώς τα ΦΛ τους, αν δεν υπήρχαν συνέπειες από την υποβολή της σχετικής αναφοράς. Ωστόσο, το 11,3% δεν ήταν διατεθειμένοι να τα αναφέρουν. Επίσης οι λόγοι που δεν αναφέρονται τα ΦΛ από τους νοσηλευτές βρέθηκε να είναι η αποποίηση ευθυνών 74.3%, ο φόβος της τιμωρίας 73.1%, τυχόν αντιδράσεις 70.6%, για να μην χάσουν την εμπιστοσύνη των πασχόντων 70.3%, επειδή δεν προκλήθηκε ζημιά στους πάσχοντες 69.6%, ο φόρτος εργασίας 65.5%, θα το μάθουν περισσότεροι άνθρωποι 62.4% και η διαδικασία υποβολής της έκθεσης για την αναφορά του ΦΛ είναι μπελάς 60%.

Στη συγχρονική μελέτη τους οι Chiang & Pepper (2006) διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα εμπόδια για την αναφορά των φαρμακευτικών λαθών. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 807 νοσηλευτές από 20-43 ετών (ΜΗ=27,1), οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομείο στη νότια Ταϊβάν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ο σημαντικότερος λόγος της μη αναφοράς των ΦΛ ήταν ο φόβος για αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που ανέφεραν το/τα ΦΛ. Επίσης βρέθηκε ότι η ιεραρχική θέση, η προσωπική ανασφάλεια και οι εργασιακοί παράγοντες (πχ, η ποιότητα της διοίκησης και οι εργασιακές σχέσεις) κατείχαν το 54,6% των λόγων της μη αναφοράς των ΦΛ. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η εργασιακή εμπειρία, η προσωπική εμπειρία από προηγούμενα ΦΛ, καθώς και η αθέτηση της υποχρεωτικής αναφοράς των ΦΛ δεν βρέθηκε να συνδέονται με τη μη αναφορά των ΦΛ. Το 75.2% είχαν αναφέρει φαρμακευτικά λάθη, το 24.5% δεν τα είχαν αναφέρει τα ΦΛ και δύο δεν απάντησαν. Σχετικά με ερώτηση κατά πόσο δεν είχαν αναφέρει τα ΦΛ που είχαν κάνει, οι νοσηλευτές απάντησαν με ποσοστό 57.1% ότι δεν είχαν κάνει κάτι τέτοιο, το 34.2% ότι τους έχει συμβεί και το 7.9% δεν είχαν κάνει ΦΛ για να το αναφέρουν. Επίσης βρέθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς 57% θεωρούν ότι τα ποσοστά από τα ΦΛ που αναφέρονται είναι ανακριβή.

Ακόμη μια μελέτη, η οποία έγινε στην Ταϊβάν από την Chiang και τους συνεργάτες (2010) διερεύνησε τους λόγους της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές, που εργάζονταν στον κλινικό χώρο. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 838 νοσηλευτές από πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, με μέσο όρο ηλικίας 27,91 ετών. Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν με τη χρήση

του ερωτηματολογίου Nurse's Reporting Barriers questionnaire (C-NRB) και της κλίμακας Nursing Practice Environment Scale (C-NPES), σε κινέζικη έκδοση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι 337 (47%) νοσηλευτές παρέλειψαν να αναφέρουν ΦΛ και οι 376 (52,4%) είχαν αναφέρει ΦΛ. Τα περισσότερα ΦΛ γίνονταν στο στάδιο της προπαρασκευής των φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Οι σημαντικότεροι παράγοντες της μη αναφοράς των ΦΛ βρέθηκε να είναι το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ, οι διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές και γενικότερα οι λάθος αντιλήψεις σε σχέση με την αναφορά των ΦΛ. Οι λόγοι που συνέβαλαν σημαντικά για τη μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές ήταν ο φόβος, οι αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και οι αντιλήψεις για την επαγγελματική εξέλιξη.

Οι Mayo & Duncan (2004) στη μελέτη τους περιέγραψαν τη μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές. Το αρχικό δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 9.000 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές από 16 νοσοκομεία της Καλιφόρνια των ΗΠΑ και το τελικό δείγμα ήταν 5.000 νοσηλευτές. Στάλθηκαν σε αυτούς ερωτηματολόγια, τα οποία περιλάμβαναν μεταξύ άλλων και έξι σενάρια με ΦΛ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο μέσος όρος των ΦΛ ανά νοσηλευτή ήταν 4,9. Παράλληλα βρέθηκαν να υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τις αιτίες και την αναφορά των ΦΛ μέσα από τα έξι σενάρια. Οι αιτίες αυτών βρέθηκαν να είναι ο δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η απόσπαση της προσοχής, η κούραση και οι εξουθενωμένοι νοσηλευτές. Επίσης βρέθηκε ότι μόνο το 45,6% από τους 983 νοσηλευτές πίστευαν ότι αναφέρονται όλα τα ΦΛ και οι λόγοι για τη μη αναφορά των ΦΛ ήταν ο φόβος 76,9%, οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους 61,4% και εάν ένα ΦΛ δεν είναι αρκετά σοβαρό 52,9%. Ωστόσο βρέθηκε ότι η πλειοψηφία (80,4%) δεν φοβάται τις πειθαρχικές διώξεις και τυχόν απώλεια της θέσης εργασίας. Στα 5 από τα 6 σενάρια, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν έχει σημασία αν θα δηλώσουν το ΦΛ και στα 5 από τα 6 σενάρια δήλωσαν ότι δεν θα συμπλήρωναν τα σχετικά έντυπα για την αναφορά των ΦΛ, στοιχείο το οποίο αντικατοπτρίζει τις διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με το εάν είναι ή δεν είναι ΦΛ. Ωστόσο οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι γνώριζαν τι αποτελεί ένα ΦΛ με ποσοστό 92,6% και πότε πρέπει να το αναφέρουν το ΦΛ με ποσοστό 91,3%.

Ένας άλλος λόγος της μη αναφοράς των ΦΛ ήταν ο χρόνος που απαιτείται για να ολοκληρωθεί η γραπτή αναφορά του ΦΛ (Chiang & Pepper, 2006). Αυτό μπορεί να συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές

θεωρούν ότι σχετικά με το χρόνο που θα σπαταλήσουν για να ολοκληρώσουν μια γραπτή αναφορά, δεν αξίζει, γιατί το ΦΛ που έχουν κάνει είναι ασήμαντο και ακίνδυνο.

Η ανεπαρκής στελέχωση, τα ασαφή νοσηλευτικά πρότυπα (standards) και τα ακατάλληλα μοντέλα νοσηλευτικής φροντίδας, επηρεάζουν κάθε συμπεριφορά των νοσηλευτών σχετικά με την αναφορά των ΦΛ (Blegen, 2004). Κατά συνέπεια, τα μη αναφερόμενα ΦΛ των νοσηλευτών θα μπορούσε να είναι αντιστρόφως ανάλογα και να επηρεάζονται από τις αντιλήψεις τους σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική ποιότητα, γεγονός που επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Chang et al. (2010).

Ο φόβος των νοσηλευτών ότι θα κατηγορηθούν εάν κάτι συμβεί στον πάσχοντα, ως αποτέλεσμα ΦΛ στην έρευνα των Petrova et al. (2010) βρέθηκε να ήταν ο σημαντικότερος λόγος την μη αναφορά των ΦΛ. Η διαπίστωση αυτή δημιουργεί θέμα ασφάλειας των πασχόντων στα νοσοκομεία όπου υπάρχει μειωμένη δήλωση των ΦΛ ή σ' αυτά στα οποία δεν υπάρχει σύστημα αναφοράς και καταγραφής των ΦΛ.

Συγκεντρωτικός Πίνακας

ΕΡΕΥΝΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
Valentin et al. (2009)	Η διερεύνηση των ΦΛ κατά την παρεντερική χορήγηση στις ΜΕΘ	n=1328 πάσχοντες	74,5 ΦΛ ανά 100 ημέρες νοσηλείας, τα ¾ ήταν λάθη παράλειψης, ενώ το 1% του n που μελετήθηκε υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας ΦΛ
Chiang & Pepper (2006)	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τα εμπόδια στην	n=807 νοσηλευτές	ο φόβος για αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που ανέφεραν το/τα ΦΛ. Η ιεραρχία θέσης, η προσωπική ανασφάλεια και οι εργασιακοί

	αναφορά των φαρμακευτικών λαθών		παράγοντες (πχ η ποιότητα της διοίκησης και οι εργασιακές σχέσεις) κατείχαν το 54,6%
Chang et al. (2010)	Η διερεύνηση παραγόντων της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές που εργάζονταν στον κλινικό χώρο	n=838 νοσηλευτές	337 νοσηλευτές παρέλειψαν να αναφέρουν ΦΛ. Τα περισσότερα ΦΛ γίνονταν στο στάδιο της προπαρασκευής. Οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ: ο φόβος, το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ και οι λάθος αντιλήψεις σε σχέση με την αναφορά των ΦΛ
Petrova et al. (2010)	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τα φαρμακευτικά λάθη	n=38 νοσηλευτές	Αιτιολογικοί παράγοντες για τα ΦΛ: δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η κούραση των νοσηλευτών και η απόσπαση της προσοχής ή η διακοπή του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της χορήγησης ή της προπαρασκευής της φαρμακευτικής αγωγής. Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την μη αναφορά των ΦΛ: το διοικητικό σύστημα και ο φόβος των ευθυνών
Fernald (2004)	Error reporting in ambulatory settings	2 practice-based research networks	71% of errors reports were associated with communication errors
Mayo & Duncan	Η περιγραφή της	n=5000	Οι αιτίες των ΦΛ: ο

(2004)	μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές	νοσηλευτές	δυσανάγνωστος χαρακτήρας των γραπτών οδηγιών των γιατρών. Λόγος μη αναφοράς των ΦΛ κατά 61,4% ο φόβος.
--------	--	------------	---

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει διπλό σκοπό. Κατά πρώτον να αναγνωρίσει και να διερευνήσει τα αίτια που οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό σε ΦΛ και κατά δεύτερον να αναγνωρίσει και να μελετήσει τους παράγοντες που οδηγούν στη μη καταγραφή και αναφορά των ΦΛ από το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα.

Επιμέρους στόχους της μελέτης αποτελούν η ανάδειξη προτάσεων για μείωση των λαθών στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και η ενθάρρυνση των νοσηλευτών για ανώνυμη ή επώνυμη καταγραφή των λαθών.

Υλικό & μεθοδολογία μελέτης

Το δείγμα αφορούσε σε νοσηλευτές Πανεπιστημιακής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, που εργάζονται στα Παθολογικά, Ουρολογικά, Ορθοπαιδικά, Αναισθησιολογικά Τμήματα και τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας καθώς και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Λαϊκό και της Ευρωκλινικής Αθηνών. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο (βάσει των προγραμμάτων εργασίας των νοσηλευτών στο σύνολο των προαναφερθέντων Τμημάτων των Νοσοκομείων διανεμήθηκαν 136 ερωτηματολόγια, σε κάθε τρίτο εργαζόμενο, βάσει της σειράς που αυτοί εμφανίζονταν στα προγράμματα εργασίας τους). Από το σύνολο των 136 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων, τα οποία επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 100 (ποσοστό ανταπόκρισης 73,52%). Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο 2013. Εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, κυρίως μέσω της εξασφάλισης της συγκατάθεσης των υποψηφίων συμμετεχόντων στη μελέτη, μετά από ενημέρωσή τους. Η είσοδος στα Νοσοκομεία και η απασχόληση των νοσηλευτών έγινε σε χρόνο, που εκείνοι θεώρησαν ότι είχαν λιγότερο φόρτο εργασίας. Δέσμευση της ερευνήτριας αποτέλεσε ότι κάθε αναφορά από τα ερευνητικά δεδομένα, που χρησιμοποιούνται στην παρούσα εργασία, αξιοποιούνται αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς λόγους. Σε όλους τους υποψηφίους συμμετέχοντες γνωστοποιήθηκε –τόσο

προφορικά όσο και γραπτά- ότι η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και ότι θα τηρείτο ανωνυμία. Τα Νοσοκομεία, από τα οποία αιτήθηκε και δόθηκε η άδεια εκπόνησης της μελέτης (Παράρτημα II & III) δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα IV), συντάκτης του οποίου είναι Δρ Μ Κάργα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 6 πρώτες αναφέρονται σε δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι επόμενες 10 εάν έχει γίνει κάποιο λάθος και οι υπόλοιπες αφορούν αυτούς που έχουν κάνει έστω και ένα λάθος κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, τα αίτια που τους οδήγησαν στην πραγματοποίηση του λάθους, τις συνέπειες που είχε στον ασθενή αλλά και τον τρόπο που το διαχειρίστηκε ο κάθε εργαζόμενος.

Σημειώνεται ότι είχαν προηγηθεί οι απαραίτητες ενέργειες για τη χορήγηση της αδείας χρήσης του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V).

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 18.0, έκδοση για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5% . Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test) και ο ακριβής έλεγχος του Fisher (Fisher's exact test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Στη διερεύνηση συσχετίσεων, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, η εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ και ΤΕΙ) και η κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος ή όχι. Η ηλικία δεν χρησιμοποιήθηκε εξαιτίας της υψηλής συσχέτισης που είχε με τα έτη προϋπηρεσίας ($r=0,9$, $p < 0,001$). Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η δήλωση λαθών από την πλευρά των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, ο αριθμός λαθών (0-5 λάθη και 5-10 λάθη), η ατμόσφαιρα στο τμήμα τη στιγμή του λάθους, αντίληψης του λάθους, επώνυμης καταγραφής των λαθών και ανώνυμης καταγραφής των λαθών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

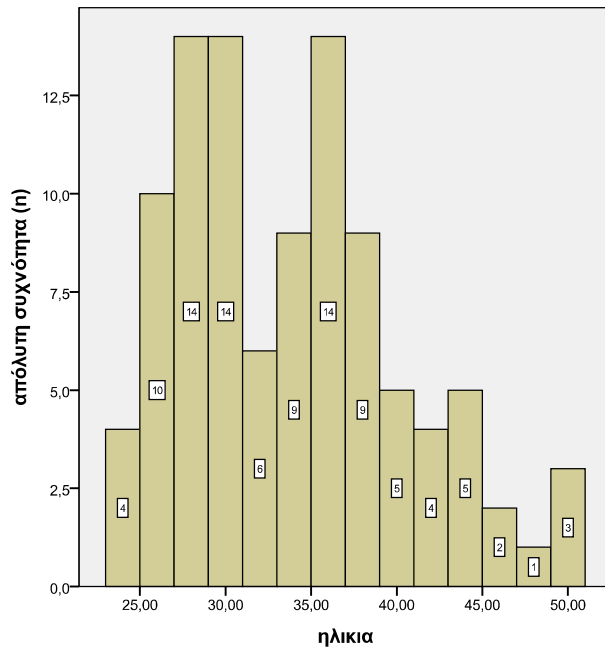
Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 100 νοσηλευτές. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το 84% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία ήταν 33,5 έτη, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας ήταν 9,8, το 60% ήταν έγγαμοι, το 55% είχαν παιδιά, το 92% ήταν Έλληνες, το 89% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 9% είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα. Στα γραφήματα 1 και 2 παρουσιάζονται τα ιστογράμματα απόλυτων συχνοτήτων της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας αντίστοιχα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

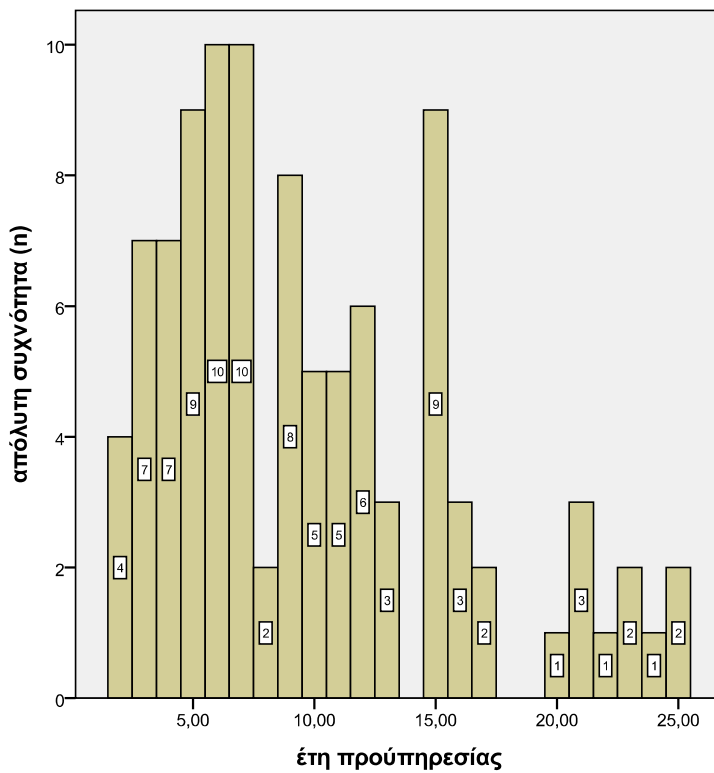
Χαρακτηριστικό	(%)
Φύλο	
• Άντρες	16 (16,0)
• Γυναίκες	84 (84,0)
Ηλικία	33,5 (6,4) ^α
Οικογενειακή κατάσταση	
• Άγαμοι	35 (35,0)
• Έγγαμοι	60 (60,0)
• Διαζευγμένοι	5 (5,0)
Ύπαρξη παιδιών	
• Όχι	45 (45,0)
• Ναι	55 (55,0)

Εθνικότητα	
• Ελληνική	92 (92,0)
• Μη ελληνική	8 (8,0)
Απόφοιτοι	
• ΤΕΙ	89 (89,0)
• ΑΕΙ	11 (11,0)
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	
• Ναι	9 (9,0)
• Όχι	91 (91,0)
Τμήμα εργασίας	
• Παθολογικό	30 (30,0)
• Ορθοπαιδικό	14 (14,0)
• Ουρολογικό	9 (9,0)
• Αναισθησιολογικό	16 (16,0)
• ΜΕΘ	16 (16,0)
• ΤΕΠ	15 (15,0)
• Έτη προϋπηρεσίας	9,8 (5,9) ^α
Νοσοκομείο	
• Ιδιωτικό	50 (50,0)
• Δημόσιο	50 (50,0)

^α Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της ηλικίας.



Γράφημα 2. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων των ετών προϋπηρεσίας.

Νοσηλευτικά λάθη

Το 13% (n=13) των νοσηλευτών δήλωσαν πως στην αρχή της καριέρας τους δεν φοβόντουσαν καθόλου στην ιδέα πως μπορούν να κάνουν κάποιο λάθος, το 37% (n=37) δήλωσαν πως φοβόντουσαν λίγο, το 33% (n=33) δήλωσαν πως φοβόντουσαν αρκετά και το 17% (n=17) δήλωσαν πως φοβόντουσαν πολύ.

Το 56% (n=56) των νοσηλευτών δήλωσαν πως όταν ξεκίνησαν να εργάζονται, ενημερώθηκαν από τον προϊστάμενό τους ή άλλο υπεύθυνο σχετικά με το τι θα πρέπει να κάνουν σε περίπτωση λάθους, ενώ το 44% (n=44) δήλωσαν πως δεν είχαν λάβει σχετική ενημέρωση.

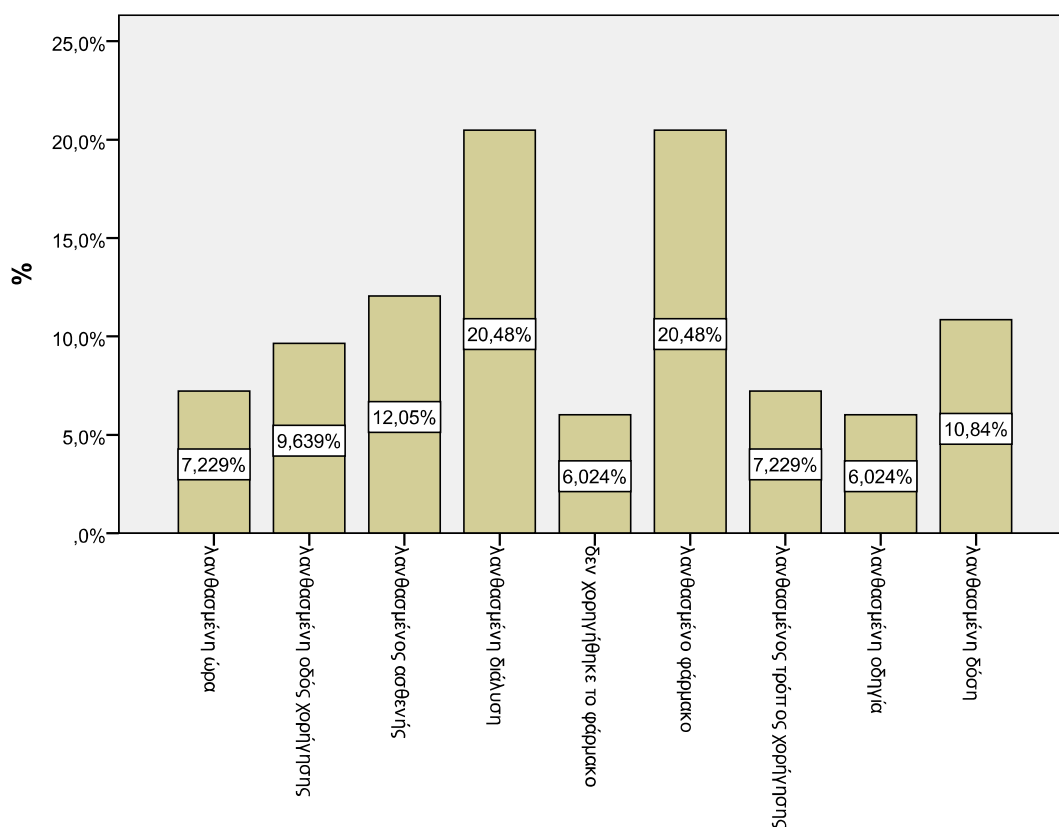
Το 83% (n=83) των νοσηλευτών δήλωσαν πως είχαν κάνει λάθος ως κλινικοί νοσηλευτές, ενώ το 17% (n=17) δήλωσαν πως δεν είχαν κάνει λάθος. Μεταξύ αυτών που έκαναν λάθος, το 89,2% (n=74) έκαναν 0-5 λάθη και το 10,8% (n=9) έκαναν 5-10 λάθη. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα της ανάλυσης αφορούν στους 83 νοσηλευτές που έκαναν λάθος.

Στον Πίνακα 2 και στο γράφημα 3 παρουσιάζεται το σημαντικότερο λάθος των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας υγείας.

Πίνακας 2. Το σημαντικότερο λάθος των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας υγείας.

Σημαντικότερο λάθος	(%)
Λανθασμένη διάλυση	17 (20,5)
Λανθασμένο φάρμακο	17 (20,5)
Λανθασμένος ασθενής	10 (12,0)
Λανθασμένη δόση	9(10,8)
Λανθασμένη οδός χορήγησης	8(9,6)

Λανθασμένη ώρα	6(7,2)
Λανθασμένος τρόπος χορήγησης	6(7,2)
Λανθασμένη οδηγία	5(6,0)
Δεν χορηγήθηκε το φάρμακο	5(6,0)



Γράφημα 3. Το σημαντικότερο λάθος των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας υγείας.

Στους πίνακες 3α, 3β, 3γ, 3δ, 3ε και 3στ παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Στο 66,3% των περιπτώσεων λάθους, ο ασθενής ήταν 14-64 ετών, το 66,3% των λαθών συνέβησαν στην πρωινή βάρδια και στο 43,4% των λαθών δεν επηρεάστηκε καθόλου η κατάσταση της υγείας του ασθενή.

Οι σημαντικότερες αιτίες πρόκλησης του λάθους ήταν οι εξής (γράφημα 4):

- Υπήρχε πίεση χρόνου και αποφάσισα πολύ γρήγορα τι να κάνω (67,5%).
- Υπήρχε φόρτος εργασίας (65,1%).
- Η επίβλεψη από έμπειρο νοσηλευτή ήταν ανεπαρκής (31,3%).
- Οι κινήσεις μου ήταν μηχανικές (31,3%).
- Υπήρξε κακή προφορική συνεννόηση με τους συναδέλφους και/ή τους ιατρούς (30,1%).
- Δεν ήμουν εξοικειωμένος/η με τη διαδικασία κατά τη χρονική περίοδο που συνέβη το λάθος (30,1%).
- Με διέκοπταν συνέχεια (28,9%).
- Δεν είχα αρκετή εμπειρία (25,3%).
- Βασίστηκα στην κρίση κάποιου άλλου (18,1%).
- Υπήρξε πρόβλημα στη γραπτή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και/ή των νοσηλευτών (18,1%).
- Οι πληροφορίες που αφορούσαν τον ασθενή δεν ήταν διαθέσιμες (16,9%).
- Δεν ήμουν συγκεντρωμένος/η (15,7%).
- Ήμουν κουρασμένος/η (14,5%).
- Δεν είχα αρκετές γνώσεις για τη συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη (12%).
- Δεν έλεγξα το όνομα του ασθενή (12%).

Το 85,5% των νοσηλευτών δήλωσαν πως το περιβάλλον της κλινικής ή του τμήματος ήταν αρκετά/πολύ στρεσογόνο, τη στιγμή του λάθους, το 63,8% δήλωσαν πως υπήρχε αρκετά/πολύ κακή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού της κλινικής ή του τμήματος, τη στιγμή του λάθους, το 60,2% δήλωσαν πως ο υπεύθυνος νοσηλευτής του τμήματος περίμενε από το νοσηλευτή αρκετά/πολύ να τα καταφέρει μόνος του, τη στιγμή του λάθους, το 43,3% δήλωσαν αρκετά/πολύ πως στο τμήμα τους, οι νοσηλευτικές πράξεις δεν γίνονταν σύμφωνα με τους κανόνες που έχουν διδαχθεί, τη στιγμή του λάθους.

Το 56,6% των νοσηλευτών αντιλήφθηκαν μόνοι τους το λάθος, το 67,5% ενημέρωσαν τον προϊστάμενο για το λάθος, το 67,5% ενημέρωσαν τον ιατρό για το λάθος, το 50,6% συμμετείχαν σε

όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση του λάθους, το 81,9% συζήτησαν με άλλον για το λάθος.

Το 53,3% των νοσηλευτών δήλωσαν πως θα κατέγραφαν επώνυμα τα λάθη τους εάν το ζητούσε η διοίκηση του νοσοκομείου, ενώ το 84,3% δήλωσαν πως θα κατέγραφαν ανώνυμα τα λάθη τους.

Στο γράφημα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το άτομο που συζήτησαν για το λάθος τους.

Στο γράφημα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το πίστευαν, έπειτα από τη συζήτηση για το λάθος με τον προϊστάμενο τους.

Στο γράφημα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το τι συνέβη μετά το λάθος.

Πίνακας 3α. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	(%)
Χρονική στιγμή τους λάθους	
• Τους τελευταίους 6 μήνες	3(3,6)
• Το τελευταίο έτος	8(9,6)
• Τα τελευταία 2 έτη	9(10,8)
• Τα τελευταία 3 έτη	14 (16,9)
• Τα τελευταία 5 έτη ή παραπάνω	49 (59,0)

Έτη προϋπηρεσίας τη στιγμή του λάθους	4(3,4) ^a
Ηλικία ασθενούς	
• 14-64 ετών	55 (66,3)
• >64 ετών	28 (33,7)
Τμήμα όπου συνέβη το λάθος	
• Παθολογικό	26 (31,3)
• Ορθοπαιδικό	11 (13,3)
• Ουρολογικό	11 (13,3)
• Αναισθησιολογικό	20 (24,1)
• ΜΕΘ	7(8,4)
• ΤΕΠ	8(9,6)
Εργασία και σήμερα στο ίδιο τμήμα όπου συνέβη το λάθος	
• Ναι	53 (63,9)
• Όχι	30 (36,1)
Βάρδια στην οποία συνέβη το λάθος	
• Πρωινή	55 (66,3)
• Απογευματινή	12 (14,5)
• Βραδινή	10 (12,0)
• Δεν θυμάμαι	6(7,2)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Πίνακας 3β. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	(%)
Βαθμός στον οποίο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή από το λάθος	
• Καθόλου	36 (43,4)
• Λίγο	25 (30,1)
• Αρκετά	9 (10,8)
• Πολύ	13 (15,7)
Κατά την άποψή μου, το λάθος συνέβη διότι	
• Δεν ήμουν εξοικειωμένος/η με τη διαδικασία κατά τη χρονική περίοδο που συνέβη το λάθος	25 (30,1)
• Παρόλο που ήμουν υπεύθυνος/η κάποιος άλλος έκανε το λάθος	2 (2,4)
• Οι πληροφορίες που αφορούσαν τον ασθενή δεν ήταν διαθέσιμες	14 (16,9)
• Υπήρχε πίεση χρόνου και αποφάσισα πολύ γρήγορα τι να κάνω	56 (67,5)
• Η επίβλεψη από έμπειρο νοσηλευτή ήταν ανεπαρκής	26 (31,3)
• Δεν ήμουν συγκεντρωμένος/η	13 (15,7)
• Οι κινήσεις μου ήταν μηχανικές	26 (31,3)
• Εκτίμησα λάθος την κατάσταση	5 (6,0)
• Δεν έλαβα υπόψη τα προειδοποιητικά μηνύματα (σημεία)	1 (1,2)
• Έδωσα ανεπαρκείς/ανακριβείς πληροφορίες	2 (2,4)
• Βασίστηκα στην κρίση κάποιου άλλου	15 (18,1)
• Ενήργησα πέρα από τις ικανότητές μου	5 (6,0)
• Υπήρξε κακή προφορική συνεννόηση με τους συναδέλφους και/ή τους ιατρούς	25 (30,1)
• Δεν έλεγξα το όνομα του ασθενή	10 (12,0)

• Υπήρξε πρόβλημα στη γραπτή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και/ή των νοσηλευτών	15 (18,1)
• Δεν είχα αρκετές γνώσεις για τη συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη	10 (12,0)
• Ήμουν κουρασμένος/η	12 (14,5)
• Υπήρχε φόρτος εργασίας	54 (65,1)
• Με διέκοπταν συνέχεια	24 (28,9)
• Δεν είχα αρκετή εμπειρία	21 (25,3)

Πίνακας 3γ. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	(%)
Το περιβάλλον της κλινικής ή του τμήματος ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνο, τη στιγμή του λάθους	
• Καθόλου	5 (6,0)
• Λίγο	7 (8,4)
• Αρκετά	45 (54,2)
• Πολύ	26 (31,3)
Υπήρχε κακή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού της κλινικής ή του τμήματος, τη στιγμή του λάθους	
• Καθόλου	30 (36,1)
• Λίγο	23 (27,7)
• Αρκετά	29 (34,9)
• Πολύ	1 (1,2)
Ο υπεύθυνος νοσηλευτής του τμήματος περίμενε από εσάς να τα καταφέρετε μόνος/η σας, τη στιγμή του λάθους	

• Καθόλου	17 (20,5)
• Λίγο	16 (19,3)
• Αρκετά	40 (48,2)
• Πολύ	10 (12,0)
Συνήθως στο τμήμα οι νοσηλευτικές πράξεις δε γίνονταν σύμφωνα με τους κανόνες που έχουμε δαχθεί	
• Καθόλου	19 (22,9)
• Λίγο	28 (33,7)
• Αρκετά	29 (34,9)
• Πολύ	7 (8,4)
Αντίληψη του λάθους από μόνοι τους	
• Ναι	47 (56,6)
• Όχι	36 (43,4)

Πίνακας 3δ. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	(%)
Αντίληψη του λάθους από:	
• Συνάδελφο νοσηλευτή	9 (25,0)
• Ιατρό	20 (55,6)
• Ασθενή	4 (11,1)
• Συγγενή	3 (8,3)
Ενημέρωσα τον προϊστάμενο για το λάθος μου	

• Ναι	56 (67,5)
• Όχι	27 (32,5)
Ενημέρωσα τον ιατρό για το λάθος μου	
• Ναι	56 (67,5)
• Όχι	27 (32,5)
Δεν ενημέρωσα κανένα για το λάθος μου	
• Ναι	2 (2,4)
• Όχι	81 (97,6)
Παρακολούθησα μόνος/η μου στενά τον ασθενή για τυχόν συνέπειες από το λάθος	
• Ναι	18 (21,7)
• Όχι	65 (78,3)
Έκανα μόνος/η μου ότι ήταν απαραίτητο για να αντιμετωπιστεί το λάθος	
• Ναι	16 (19,3)
• Όχι	67 (80,7)
Συμμετείχα σε όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση του λάθους	
• Ναι	42 (50,6)
• Όχι	67 (80,7)
Δεν έκανα τίποτα, γιατί ήξερα ότι το λάθος δε θα είχε συνέπειες στον ασθενή	
• Ναι	0 (0,0)
• Όχι	83 (100,0)

Πίνακας 3ε. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Συζήτηση με άλλον για το λάθος	
• Ναι	68 (81,9)
• Όχι	15 (18,1)
Συζήτηση για το λάθος με:	
• Τον αρχαιότερο ή τον πιο έμπειρο νοσηλευτή της κλινικής	26 (31,3)
• Το συνάδελφο που είχα περισσότερη εμπιστοσύνη ότι θα με βοηθήσει χωρίς να εκθέσει στους άλλους	40 (48,2)
• Κάποιον ιατρό	39 (47,0)
• Το σωματείο εργαζομένων του νοσοκομείου	3 (3,6)
• Τον ασθενή	3 (3,6)
• Κάποιο συγγενή του ασθενή	(0,0)
• Το/τη σύζυγο ή κάποιο σημαντικό πρόσωπο	7 (8,4)
• Τον προϊστάμενο	47 (56,6)
Μετά τη συζήτηση για το λάθος με τον προϊστάμενο:	
• Πιστεύω ότι έχασα τον επαγγελματικό σεβασμό από τον προϊστάμενό μου	17 (20,5)
• Πιστεύω ότι με υποστήριξε με τον τρόπο που το χειρίστηκε	29 (34,9)
• Πιστεύω ότι ασχολήθηκε με την πραγματική αιτία του λάθους	28 (33,7)
• Πιστεύω ότι συνειδητοποίησα τι πρέπει να κάνω για να μην επαναλάβω το ίδιο λάθος στο μέλλον	36 (43,4)
• Πιστεύω ότι χρησιμοποιήθηκα σαν αποδιοπομπαίος τράγος	11 (13,3)
• Πιστεύω ότι έδωσα την αφορμή στον προϊστάμενο να λάβει μέτρα για να επαναληφθεί το ίδιο λάθος στο μέλλον	23 (27,7)

<ul style="list-style-type: none"> • Πιστεύω ότι τα μέτρα που λήφθηκαν εναντίον μου ήταν πολύ μεγαλύτερα σε σχέση με τη σοβαρότητα του λάθους 	5 (6,0)
<ul style="list-style-type: none"> • Πιστεύω ότι οι νοσηλευτές που κάνουν λάθη είναι κακοί επαγγελματίες 	1 (1,2)

Πίνακας 3στ. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το σημαντικότερο λάθος τους στην παροχή φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Μετά το λάθος:	
<ul style="list-style-type: none"> • Λήφθηκαν συγκεκριμένα μέτρα στο τμήμα για να μην ξανασυμβεί το λάθος 	26 (31,3)
<ul style="list-style-type: none"> • Οργανώθηκαν εκπαιδευτικά μαθήματα σχετικά με το λάθος 	9 (10,8)
<ul style="list-style-type: none"> • Όλα συνέχισαν στο τμήμα να μην είχε συμβεί τίποτα 	34 (41,0)
<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η Νοσηλευτική Διεύθυνση 	27 (32,5)
<ul style="list-style-type: none"> • Ο προϊστάμενος με επιτηρούσε πιο εντατικά 	14 (16,9)
<ul style="list-style-type: none"> • Άλλαξα τμήμα εργασίας 	10 (12,0)
<ul style="list-style-type: none"> • Μου επιβλήθηκαν πειθαρχικές κυρώσεις από το νοσοκομείο 	10 (12,0)
<ul style="list-style-type: none"> • Οι ασθενείς και οι συγγενείς προσέφυγαν στα δικαστήρια 	4 (4,8)
Επώνυμη καταγραφή των λαθών εάν το ζητούσε η διοίκηση του νοσοκομείου:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ναι 	21 (25,3)
<ul style="list-style-type: none"> • Όχι 	62 (74,7)
Ανώνυμη καταγραφή των λαθών:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ναι 	70 (84,3)
<ul style="list-style-type: none"> • Όχι 	13 (15,7)

Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ και ΤΕΙ), την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος ή όχι και το νοσοκομείο και τον αριθμό λαθών (0-5 λάθη και 5-10 λάθη).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάμεσα στο φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ και ΤΕΙ) και την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος ή όχι και τον αριθμό λαθών (0-5 λάθη και 5-10 λάθη).

Χαρακτηριστικό	Αριθμός λαθών		Τιμή p
	0-5	5-10	
Φύλο			0,21 ^α
• Γυναίκες	63 (91,3)	6 (8,7)	
• Άντρες	11 (78,6)	3 (21,4)	
Εθνικότητα			0,001^β
• Ελληνική	72 (93,5)	5 (6,5)	
• Μη ελληνική	2 (33,2)	4 (66,7)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,6 ^β
• ΤΕΙ	64 (87,7)	9 (12,3)	
• ΑΕΙ	10 (100,0)	0 (0,0)	
Έτη προϋπηρεσίας	9, 6 (4,9) ^γ	16,7 (9,1) ^γ	0,049^δ
Μεταπτυχιακό δίπλωμα			0,6 ^β
• Όχι	66 (88,0)	9 (12,0)	
• Ναι	8 (100,0)	0 (0,0)	
Νοσοκομείο			0,74 ^α

• Ιδιωτικό	38 (90,5)	4 (9,5)	
• Δημόσιο	36 (87,8)	5 (12,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%), εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β ακριβής έλεγχος του Fisher

^γ μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^δ έλεγχος t

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην εθνικότητα και τα έτη προϋπηρεσίας και τον αριθμό λαθών (0-5 λάθη και 5-10 λάθη). Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αριθμό λαθών (0-5 λάθη: κατηγορία αναφοράς, 5-10 λάθη: ενδεικτική κατηγορία).

	Λόγος T των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας	0,14	1,01 έως 1,31	0,032
Αλλοδαποί σε σχέση με Έλληνες	2,77	1,88 έως 135,78	0,011

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετιζόταν με περισσότερα λάθη ($p=0,032$).
- Οι αλλοδαποί έκαναν περισσότερα λάθη σε σχέση με τους Έλληνες ($p=0,011$).
- Οι παραπάνω δυο μεταβλητές ερμηνεύουν το 37,4% της μεταβλητότητας του αριθμού των λαθών.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής περίμενε περισσότερο συχνά να τα καταφέρει μόνος του ο νοσηλευτής που έκανε το λάθος στο παθολογικό τμήμα, στο αναισθησιολογικό τμήμα και στο ορθοπαιδικό τμήμα ($p=0,005$), (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Σχέση μεταξύ τμήματος όπου συνέβη το λάθος και ρόλου του υπεύθυνου νοσηλευτή.

	Ο υπεύθυνος νοσηλευτής περίμενε περισσότερο συχνά να τα καταφέρει μόνος του ο νοσηλευτής που έκανε το λάθος	
	Καθόλου/λίγο	Αρκετά/πολύ
Παθολογικό	5 (19,2)	21 (80,8)
Ορθοπαιδικό	4 (36,4)	7 (63,6)
Ουρολογικό	6 (54,5)	5 (45,5)
Αναισθησιολογικό	6 (30,0)	14 (70,0)
ΜΕΘ	6 (85,7)	1 (14,3)
ΤΕΠ	6 (75,0)	2 (25,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ και ΤΕΙ), την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος ή όχι και το νοσοκομείο και τις υπόλοιπες διαστάσεις, που αφορούσαν την ατμόσφαιρα στο Τμήμα τη στιγμή του λάθους.

Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος δήλωσαν συχνότερα πως θα κατέγραφαν επώνυμα τα λάθη τους σε σχέση με τους μη κατόχους μεταπτυχιακού ($p=0,022$), (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Σχέση μεταξύ κατοχής ή μη μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και επώνυμης καταγραφής του λάθους

Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Επώνυμη καταγραφή του λάθους	
	Ναι	Όχι
• Όχι	16 (21,3)	59 (78,7)
• Ναι	5 (62,5)	3 (37,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ και ΤΕΙ) και την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος ή όχι και τη δήλωση λαθών από την πλευρά των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, καθώς επίσης και την ανώνυμη καταγραφή των λαθών.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συμπεράσματα

Από την παρούσα μελέτη προέκυψαν αξιόλογα ευρήματα που καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την υποκειμενική εκτίμηση του ερωτώμενου νοσηλευτικού προσωπικού. Συνοπτικά βρέθηκε ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 33,5 έτη.

✓ Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό προέρχεται από πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

✓ Οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη νοσηλευτές ισχυρίστηκαν πως στην αρχή της καριέρας τους φοβόντουσαν την πιθανότητα ότι θα κάνουν λάθος ενώ επίσης οι μισοί νοσηλευτές είχαν ενημερωθεί κατά το ξεκίνημα της εργασίας τους πως θα πρέπει να πράξουν σε περίπτωση που κάνουν κάποιο λάθος.

✓ Επίσης, από τα αποτελέσματα φαίνεται πως μόνο ο ένας στους έξι συμμετέχοντες δηλώνουν πως δεν έχουν κάνει κανένα λάθος στη χορήγηση των φαρμάκων. Από αυτούς οι περισσότεροι έχουν κάνει από 1- 5 λάθη στη διάρκεια της καριέρας τους, χωρίς όμως να έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό η υγεία του ασθενούς.

✓ Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα συνηθέστερα λάθη που γίνονται από νοσηλευτές είναι «η λανθασμένη διάλυση φαρμάκου» και «η χορήγηση λάθους φαρμάκου στον ασθενή».

✓ Οι σημαντικότερες αιτίες πρόκλησης του λάθους ήταν «η πίεση του χρόνου» και «ο φόρτος εργασίας», ενώ ακολουθεί «η ανεπαρκής επίβλεψη από έμπειρο νοσηλευτή» και η «κακή προφορική ή γραπτή συνεννόηση με τους συναδέλφους ή τους ιατρούς». Καθώς επίσης ένα μικρότερο ποσοστό νοσηλευτών δηλώνει πως δεν είχε τις απαραίτητες γνώσεις και για το λόγο αυτόν προκλήθηκε το λάθος.

✓ Οι περισσότεροι νοσηλευτές χαρακτήρισαν το κλίμα του τμήματος, στο οποίο έγινε το λάθος, ιδιαίτερα στρεσογόνο.

✓ Και επιλέγουν να συζητήσουν για το λάθος που έκαναν με τον προϊστάμενο ή τον ιατρό. Συγκεκριμένα το 67,5 % επιλέγει να το αναφέρει σε κάποιον ιατρό και επίσης το 67,5 % επιλέγει τον προϊστάμενο.

✓ Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς από τους συμμετέχοντες στη μελέτη νοσηλευτές δήλωσαν πως θα κατέγραφαν επώνυμα τα λάθη τους εάν το ζητούσε η διοίκηση του νοσοκομείου, ενώ σχεδόν οι εννέα στους δέκα δήλωσαν πως θα κατέγραφαν ανώνυμα τα λάθη τους.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές όπως και οι συνάδελφοί τους διεθνώς, κάνουν λάθη τα οποία και αναγνωρίζουν. Ένα σημαντικό ποσοστό μάλιστα τα κοινοποιεί σε τρίτους με σκοπό είτε την άμεση αντιμετώπισή τους, έτσι ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο οι βλαβερές συνέπειες για τον ασθενή είτε την συναισθηματική στήριξή τους. Ωστόσο, τα αδήλωτα ΦΛ από τους νοσηλευτές είναι γεγονός.

Η μη αναφορά των ΦΛ επηρεάζεται από ατομικούς και οργανωτικούς παράγοντες όπως ο φόβος, η αρνητική στάση απέναντι στα ΦΛ, η πολυπλοκότητα του συστήματος αναφοράς των ΦΛ και το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται τα εμπόδια που κωλύουν την προθυμία των νοσηλευτών να αναφέρουν τα ΦΛ. Τα εμπόδια που αναφέρονται επηρεάζονται από το εργασιακό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένου του βαθμού στελέχωσης του τμήματος, των εργασιακών σχέσεων μεταξύ των συναδέρφων και της διοίκησης. Επιπλέον τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και η διοικητική οργάνωση, έχουν επίσης βρεθεί να δρουν ως συντελεστές που ασκούν επιρροή στην μη αναφορά των ΦΛ.

Σύμφωνα με την πλειονότητα των προαναφερθεισών μελετών στη νοσηλευτική πρακτική υπάρχει η τάση να μην αναφέρονται επιμελώς τα ΦΛ που συμβαίνουν. Τα υψηλά ποσοστά, περίπου το 1/3, δεν έχουν τόση σημασία όσο το γεγονός ότι από τα ΦΛ, αν και θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, επηρεάζεται σημαντικά η ασφάλεια των πασχόντων, με επικίνδυνες, έως και θανατηφόρες πολλές φορές συνέπειες.

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα πρέπει να συγκρίνεις τα αποτελέσματα της μελέτης σου με τα αποτελέσματα άλλων ανάλογων μελετών (όπως είναι η παρακάτω αναφερόμενη μελέτη).

Σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη, όπου διαπιστώθηκε πως το άτομο που θα προτιμήσουν να συζητήσουν το λάθος οι νοσηλευτές είναι ο γιατρός ή ο προϊστάμενος, η μελέτη των Christensen et al (1992) έδειξε ότι πολλοί νοσηλευτές προτιμούν να συζητήσουν τα λάθη με τον ίδιο τον ασθενή προκειμένου να ανακουφιστούν. Και ένα άλλο μεγάλο ποσοστό λαμβάνει υποστήριξη συχνότερα από συζύγους και όχι από τους συναδέλφους.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Ταϊβάν από τους Chang et al(2010) και τα αποτελέσματα της οποίας συμφωνούν με την δική μας μελέτη, αναφέρεται ότι τα περισσότερα ΦΛ γίνονται στο στάδιο της προπαρασκευής των φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Έτσι και στα ελληνικά νοσοκομεία βρέθηκε πως τα περισσότερα ΦΛ πραγματοποιούνται κατά τη διάλυση των φαρμάκων.

Σε έρευνα των Jeongeun et al(2007), βρέθηκε πως στο 52% των νοσηλευτών που ανέφεραν το λάθος, δόθηκε ανατροφοδότηση και ενημέρωση για να μην επαναληφθεί, γεγονός που δεν συμβαίνει στα ελληνικά νοσοκομεία καθώς το 41% των περιπτώσεων όλα συνέχισαν στο τμήμα σαν να μην συνέβη τίποτα μετά την πραγματοποίηση του λάθους και μόνο στο 30% των νοσηλευτών, ο προϊστάμενος του τμήματος πήρε μέτρα ώστε να μην επαναληφθεί το λάθος.

Επίσης στην παρούσα μελέτη τα πιο συχνά αναφερόμενα αίτια που οδήγησαν στην πραγματοποίηση του λάθους είναι ο φόρτος εργασίας και η πίεση του χρόνου με ποσοστό 67,5%. Σε αντίθεση με τα ευρήματα των Grognet et al(2005), σύμφωνα με τα οποία οι ανεπαρκείς φαρμακολογικές γνώσεις των νοσηλευτών ήταν ένας από τους κυριότερους παράγοντες που σχετίζονται με τα φαρμακευτικά λάθη.

Άλλη έρευνα των Petrova et al (2010), έδειξε ότι οι πιο συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες για τα ΦΛ είναι ο δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, γεγονός που δεν αποδεικνύεται στην τρέχουσα έρευνα καθ' ότι τα λάθη από κακή γραπτή επικοινωνία ανέρχονται στο 18% των ΦΛ που πραγματοποιήθηκαν.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Jeongeun et al(2007), μόνο το 5% δήλωσε πως δεν φοβούνται να καταγράψουν τα λάθη τους επώνυμα, ενώ στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πως το 53% των νοσηλευτών θα κατέγραφε επώνυμα τα λάθη εφόσον τους ζητηθεί από την Διοίκηση του νοσοκομείου, αλλά το 84,3% θα τα κατέγραφαν ανώνυμα.

Τα ευρήματα των Chiang & Pepper (2006), δείχνουν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών λόγων μη αναφοράς των ΦΛ και του εργασιακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα το 62,4% δεν ανέφεραν τα λάθη από φόβο μη μαθευτεί στους συναδέλφους. Ενώ στα ελληνικά νοσοκομεία φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό 48,2%, συζητούν το λάθος που έκαναν με τον συνάδελφο που εμπιστεύονται πως δεν θα τους εκθέσει.

Η διαφορά που βιβλιογραφικά εντοπίζεται στον ορισμό του λάθους καθώς και ο φόβος των νοσηλευτών για πειθαρχικές κυρώσεις, δεν επιτρέπουν άμεσες και αξιόπιστες συγκρίσεις μεταξύ των μελετών.

Παρ' όλα αυτά, είδαμε πως οι νοσηλευτές κάνουν πολλά λάθη και παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα είναι ήσσονος σημασίας, χρειάζονται παραπάνω εποπτεία και προγραμματισμό. Ως εκ τούτου θα πρέπει οι διαχειριστές να έχουν μια θετική στάση προς την αναφορά των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή από τους νοσηλευτές. Και θα πρέπει να εξετάσουν την αναφορά των σφαλμάτων ως ευκαιρία αυτοβελτίωσης και όχι τιμωρίας.

Για το λόγο αυτόν θα πρέπει να παραδεχόμαστε τα λάθη μας, να τα μοιραζόμαστε και να διαλύσουμε τον μύθο της τέλειας πρακτικής προκειμένου να βελτιώσουμε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα νοσοκομεία.

“To err is human...,

to share is divine..”

Koczmara, 2006

Τρόποι πρόληψης των λαθών

Ωφέλιμο θα ήταν λοιπόν να εφαρμοστούν ορισμένοι μηχανισμοί στα νοσοκομεία ώστε να μειωθούν το περισσότερο δυνατό τα ΦΛ. Κάποια από αυτούς είναι οι παρακάτω (Bates, 2000):

❖ Η υιοθέτηση και εφαρμογή ηλεκτρονικών συστημάτων παρακολούθησης π.χ. monitoring, barcodes, τα robots κ.α. καθώς και τεχνικές που το ελαχιστοποιούν αρκετα όπως:

- ❖ Συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση των νοσηλευτών και των ιατρών,
- ❖ Καλές συνθήκες εργασίας,
- ❖ Λιγότερος φόρτος εργασίας,
- ❖ Καλύτεροι και πλησιέστεροι -στους θαλάμους νοσηλείας- χώροι ετοιμασίας νοσηλείας,
- ❖ Πιο αποτελεσματική επικοινωνία (γραφτή – προφορική) γιατρών και νοσηλευτών,
- ❖ Συνεχής καταγραφή και αξιολόγηση των αιτιών και των ειδών των φαρμακευτικών λαθών, και τέλος
- ❖ Συζήτηση και δημιουργία συνθηκών για την μελλοντική αποφυγή τους.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Ο πολυεπίπεδος εκπαιδευτικός χαρακτήρας του νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία, η ποσοτική έλλειψή του σε πολλά νοσηλευτικά τμήματα και η δαιδαλώδης διαδικασία καταγραφής της φαρμακευτικής αγωγής από τη συγγραφή της ιατρικής οδηγίας έως και την εκτέλεσή της είναι λίγοι μόνο από τους παράγοντες που συντελούν στο μεγάλο αριθμό φαρμακευτικών λαθών.

Είναι λοιπόν απαραίτητο να σχεδιαστούν μελλοντικές έρευνες όπου θα περιλαμβάνονται:

- ✚ Η νόσηλευτική καταγραφή (nursing documentation) ως παράγοντας μείωσης των φαρμακευτικών λαθών.
- ✚ Η σύγκριση των φαρμακευτικών λαθών μεταξύ μονάδων αυξημένης φροντίδας (ΜΕΘ, καρδιολογική μονάδα) με γενικά νοσηλευτικά τμήματα ή μεταξύ τμημάτων με ανάλογη συνάρτηση παραγωγής.
- ✚ Η καταγραφή των φαρμακευτικών λαθών στο σύνολο του προσωπικού στη διάρκεια τριών μηνών από ανεξάρτητη επιτροπή, τα μέλη της οποίας δεν θα ανήκουν στη δύναμη του νοσοκομείου.
- ✚ Η ενεργή συμμετοχή της ομάδας Υγιεινής & Ασφάλειας ενός νοσοκομείου και της ομάδας ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης στη βελτίωση του συστήματος χορήγησης φαρμάκων σε νοσοκομειακούς ασθενείς.

Η πιλοτική εφαρμογή σε ένα νοσηλευτικό τμήμα χορήγησης φαρμάκων με «ηλεκτρονικό τρόπο», που να χρησιμοποιεί το νοσοκομειακό πληροφοριακό σύστημα και άλλου τύπου μηχανισμούς άγνωστους στα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία (bar codes, βραχιολάκια ασθενών, «ηλεκτρονική ανάγνωση» φαρμάκων κ.λπ.)

Περιορισμοί της μελέτης

Ο κύριος περιορισμός αφορά στην εγκυρότητα των απαντήσεων (απαιτείται επανάληψη) και στο μικρό δείγμα νοσοκομείων και προσωπικού.

Είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο και σύνθετο -αλλά απαραίτητο- να οργανωθεί και να πραγματοποιηθεί μια ολοκληρωμένη και πλήρης μελέτη στα ελληνικά νοσοκομεία, που να καταδεικνύει επακριβώς τα μεθοδολογικά προβλήματα που οδηγούν σε λάθη φαρμακευτικής χορήγησης εκ μέρους των νοσηλευτών είτε γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας. Βασικός παράγοντας για αυτό είναι η καχυποψία των νοσηλευτών ότι η αναφορά φαρμακευτικών λαθών δεν θα λειτουργήσει αμιγώς εκπαιδευτικά, προκειμένου μέσα από προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με τη συνεργασία του προϊσταμένων των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας να διορθωθούν και να δημιουργηθούν οι συνθήκες για την εξάλειψη τους, αλλά κυρίως θα κατηγορηθούν και θα υποστούν κυρώσεις σε υπηρεσιακό ή/και πειθαρχικό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αδάλη Ε. (2000) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνηστάσεις, συνέπειες. Νοσηλευτική, 39:292-297
- Αδάλη Ε, Λεμονίδου Χ.(2009) Παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Νοσηλευτική. 48(4): 358-366
- Αθανάτου Ε. (2004) Αθήνα. «Κλινική Νοσηλευτική» Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, σ: 310
- Γούλια Ε. (2007) Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική. Έκδοση 4^η, Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα
- Κάργα Μ., Καλαφάτη Μ., Γιαννακοπούλου Μ., Λιαρόπουλος Λ., Λεμονίδου Χ. (2007) Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές: 30 Πανελλήνιο Συνέδριο Διοίκησης, Οικονομικών και Πολιτικών Υγείας
- Κλέτσιου Ε,(2009).Φάρμακα: Συνήθη λάθη. Πρακτικά 31^{ου} Πανελληνίου συνεδρίου
- Κουτσελίνης Α, (1999). Βασικές αρχές βιοηθικής ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης
- Lemone P, Burke K. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, Αθήνα (2006), τόμος 1:κεφ 1:5-7
- Νικολαΐδης Δ,(2009). Ο ρόλος της εκπαίδευσης στον έλεγχο της αποφυγής των λαθών. 31^ο Πανελλήνιο Συνέδριο
- Ομπέση Φ, (2007). Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης, Βήτα Αθήνα
- Σκένδρου Ε. (2010). Φαρμακευτικά λάθη: Πρόληψη και διαχείριση. Νοσοκομειακά Χρονικά, 72: 386-392.
- Τριανταφυλλίδης (2000). Φαρμακολογία: Γενικές Αρχές τόμος 1. University studio press, Θεσσαλονίκη, κεφ 2: 38-39
- Φράγκου Ε.(2007). Τοπική και διαδερματική χορήγηση φαρμάκου με νέα

Ξενόγλωσση

- Arakawa C, Kanoua Y, Sato C.(2011) Factors contributing to medical errors and incidents among hospitals nurses. Nurses' health, quality of life and workplace predict medical errors and incidents. *Industrial Health*
- Armitage G, Knapman H.(2003) Adverse events in drug administration: a literature review: *nurse manag.*, 11: 130-40[Pub med]
- Athanasakis E, (2012). *Health science Journal*. Prevention of medication errors made by nurses in clinical practice.
- Bates DW (2000). Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *Br Med J*, 320: 788–791
- Bertram K,(2009). Βασική και κλινική φαρμακολογία. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Caplan, R D., Cobb, S, French, J. R. P., Jr., Van Harrison R and Pinneau, SR (1975).Job demands and worker health: Main effects and occupational differences. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office
- Cheraghi MA, Nikbakhat Nasabadi AR, Mohammad Nejade, Salari A.(2012)Medication Errors Among nurses in Intensive Care Unites, 22: 115-9
- Christensen JF, Levinson W, Dunn, PM. (1992)The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians *JGI M*; 7:424-31
- Chiang HY. & Pepper GA. (2006). Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4): 392-399.
- Chiang HY., Lin SY., Hsu SC., Ma SC.(2010). Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58 (1):17-25.
- Cushway, D. (1992) Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179
- Ellis, J., & Hartley, C.(1998). *Nursing in today' s world: Challenges, issues, and trends* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Fernald DH, Pace WD, Harris DM et al.(2004) , Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the A SPIPS collaborative. *Ann Fam Med* ; 2: 327-32
- Fry S.T & Veatch R.M. (2000) case studies in nursing ethics, 2ml Ed. Boston: Jones & Bartlett
- Glasberg AL, Norberg a, Sfderberg A.(2007) Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *J Adv Nurs* , 60:10-19
- Griffith, J., Steptoe, A., & Cropley, M (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 69 (4), 517-531
- Hansen RC, Orit ZE.(2005) Medication errors: Why they happen, and how they can be prevented. *Am J Nurs*.28:14–24.
- Harvey R. S. (2007). Champe P.C. Παπισιάνου Α.Ε.
- Hashemi F(2007). Response ethics to nursing errors ; 4: 31-46
- Jecker, N.S., Carrese, J.A. & Perlman, R.A.(1995) Caring for patients in cross-cultural settings. *Hastings Cent Rep* 25,6 ,14.)
- Johnstone, M.-J.(1999) Bioethics: A nursing perspective. 3rd Ed. Sydney: Harcourt Saunders
- Koch LT, Corrigan J, Donaldson MS (2000). To err is human: building a safer health system. Washington D.S. National Academy Press.
- King EM et al, (1981). Illustrated manual of nursing techniques. 2nd ed, Lippincott, Philadelphia
- Lin YH. & Ma SM. (2009). Willingness of Nurses to Report Medication Administration Errors in Southern Taiwan: A Cross-Sectional Survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4):237–245.
- Marjorie Gott (1990). *Health Promot. Int.* 5(2): 137- 143.
- Mayo AM. & Duncan D. (2004). Nurse Perceptions of Medication Errors What We Need to Know for Patient Safety. *Journal of Nursing care quality*, 19 (3): 209-217
- Mullan (2005).Technology as an aid to the nurse patient interaction at the bedside. *AJN*, 105. Suppl. 3 : 39

- Pepper G.(2006) Do no harm: medication safety for the GNP. Program and abstracts of the National Conference of Gerontological Nurse Practitioners 25th Annual Conference; September 27-October 1,Jacksonville, Florida.
- Petrova E et al. (2010) Nurses' perceptions of medication errors in Malta. *Nursing Standard*, 24 (33): 41-48.
- Reason (1990), *Human Error*. Cambridge University press Network
- Ronda G., Hughes (2008). Agency for healthcare research and quality . Rockville (MD) chapter 37
- Sara Fry and Megan-Jane Johnstone(2002):ethics in nursing practice, Blackwell
- Sorensen KC & Luckmann J (1979). *Basic Nursing: A Psychophysiologic Approach*. Co Philadelphia, pp749 - 750
- Taylor S white B, Muncer S.(1999)Nurses cognitive structural models of work-based stress.*J Adv. Nurs. Apr*; 29(4) :974- 83
- Taxis K. And Barber N. (2003) causes of intravenous medication errors: an ethnographic study *quality saf Health Care*, 12: 343- 348
- Tyler, P., Cushway, D (1998). Stress and wellbeing in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99-107
- Valentin A., Capuzzo M., Guited B., Moreno R., Metnitz B.,Bauer P. (2009). Reserch Group on Quality Improvement if the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Sentinel Events Evaluation (SEE), Study Investigators, “Errors in the administration of parenteral drugs – an urgent safety issue in IntensiveCare Units”. Results from a multinational prospective study. *Br Med J* 338:b814.
- Wright, K. (2010) Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse Education Today*, 30(1), pp. 85–97.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Κώδικας δεοντολογίας νοσηλευτών

ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

άρθρο 1 Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

άρθρο 2 Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

άρθρο 3 Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

άρθρο 4 Ο Νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' απόσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτεία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την προσπόριση παράνομου οφέλους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων. Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς κá.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

άρθρο 5 Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

άρθρο 6 Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

άρθρο 7 Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της.

άρθρο 8 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

άρθρο 9 Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

άρθρο 10 Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

άρθρο 11 Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απέχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

άρθρο 12 Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση

ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα. Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις. Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενό του.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

άρθρο 13 Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

άρθρο 14 Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

άρθρο 15 Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του ως ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

άρθρο 16 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΕΡΕΥΝΗΤΗ

άρθρο 17 Ο Νοσηλευτής – ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

άρθρο 18 Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

άρθρο 19 Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ

άρθρο 20 Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του.

Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

άρθρο 21 όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης. Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του. Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες

αφαίρεσης οργάνων.

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

άρθρο 22 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτησή του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

άρθρο 23 Είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

άρθρο 24 Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

άρθρο 25 Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

άρθρο 26 Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ

άρθρο 27 Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του. Ο Νοσηλευτής οφείλει να απόσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή

ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Αυτά που αναφέρονται παραπάνω είναι κείμενα Κωδίκων Δεοντολογίας διεθνή, και αποτελούν "οδηγό" για τον Κώδικα της κάθε χώρας.

Παράρτημα II: Άδεια εκπόνησης μελέτης από την Ευρωκλινική Αθηνών



ΕΓΚΡΙΣΗ

Εγκρίνεται στην κ. Δαμβακάκη Χριστιάνα Νοσηλεύτρια ΠΕ, η διανομή ερωτηματολογίου, για τα πιθανά Φαρμακευτικά λάθη από Νοσηλευτές του Νοσοκομείου, στα πλαίσια της εργασίας της για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας».

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Α. Λιάτη

ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΛΙΑΤΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Παράρτημα III: Άδεια εκπόνησης μελέτης από το ΓΝ Λαϊκό



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ
1^η Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
« Λ Α Ι Κ Ο »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΘΗΝΑ 23-9-2013
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. Ε.Σ 1341

Πρόεδρος

Κων/νος Α. Κωνσταντινίδης

Αντιπρόεδρος

Κων/νος Ρεβέντας

Τακικά Μέλη

Πάρις Παππάς

Δημήτριος Μαντάς

Δημήτριος Παπαδόπουλος

Μαρία Μελλιαρού

Αικατερίνη Κοντοπάνου

Δήμητρα Καλογράνα

Χρήστος Πουρνάρας

Αναπληρωματικά Μέλη

Ερση Βοσκαρίδου

Παναγιώτης Παναγιωτίδης

Μαρίνα Μαντζουράνη

Κων/νος Παπαδόπουλος

Αγορίτσα Βαρακλιώτη

Ευαγγελία Κοσμετάτου

Μαρία Χατζοπούλου

Ιωάννης Σκαρμούτσος

Γραμματέας

Καλλιόπη Γεμελιέρη

ΠΡΟΣ: Την Διοίκηση του Νοσοκομείου

ΘΕΜΑ: Αίτημα της κ. **Δαμβακακη Χριστιάνας** Νοσηλεύτρια ΠΕ, για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου, για τα πιθανά Φαρμακευτικά λάθη από Νοσηλευτές του Νοσοκομείου, στα πλαίσια της εργασίας της για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Επί του αιτήματος της κ. **Δαμβακακη Χριστιάνας** για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου, για τα πιθανά Νοσηλευτικά λάθη από Νοσηλευτές του Νοσοκομείου, στα πλαίσια της εργασίας της για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», με τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Δ. Καλογράνα, το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται ομόφωνα θετικά.

Η συλλογή των πληροφοριών θα γίνει με ερωτηματολόγιο που θα διασφαλίζει την ανωνυμία τόσο των φυσικών προσώπων όσο και των Νοσηλευτικών οργανισμών οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνα.

Επιπλέον δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ
ΚΑΡΔΗΓΙΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Δ/ΝΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΕΓΧΕΙΡΜΑΤΩΝ ΕΠΙΒΟΥΛΙΑΣ

Κων/νος Α. Κωνσταντινίδης
Καθηγητής Ουρολογίας
Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

Γυν κα

άνδρας

ΗΛΙΚΙΑ

.....έτη

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Παντρεμένος/η

Συζείτε με κάποιο σημαντικό για σας πρόσωπο

Χωρισμένος/η

Χήρος/α

Αριθμός παιδιών

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Ελληνική

Άλλη, παρακαλώ προσδιορίστε:.....

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε ως κλινικός νοσηλευτής;

.....έτη μήνες

Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

Βασική εκπαίδευση

Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.)

Τεχνολογική (Ε.)

Πανεπιστημιακή (Π.Ε.)

Άλλες σπουδές

Ειδικότητα

Μεταπτυχιακές σπουδές

Διδακτορικό δίπλωμα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΛΑΘΗ

Ως **νοσηλευτικό λάθος** ορίζεται κάθε απόφαση, πράξη ή παράλειψη, η οποία δεν οφείλεται σε παρεμβάσεις κάποιων τυχαίων γεγονότων, δεν είχε το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, προκάλεσε ή μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στους ασθενείς και κρίνεται από έμπειρους νοσηλευτές ως λανθασμένη.

Παρακαλώ επιλέξτε με √ τις απαντήσεις που σας εκφράζουν:

1. Όταν ξεκινήσατε να εργάζεστε ως νοσηλεύτης σας φόβιζε η ιδέα ότι μπορεί να κάνετε κάποιο λάθος;

καθόλου

λίγο

αρκετά

πολύ

2. Όταν ξεκινήσατε να εργάζεστε, σας είπε ο προϊστάμενος ή άλλος υπεύθυνος τι θα πρέπει να κάνετε σε περίπτωση που κάνετε κάποιο λάθος;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3. Θυμάστε να έχετε κάνει κάποιο λάθος ως κλινικός νοσηλευτής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία

4. Αν ΝΑΙ, πόσα λάθη θυμάστε να έχετε κάνει μέχρι σήμερα;

0 έως 5

5 έως 10

Πάνω από 10

5. Παρακαλώ, φέρτε στο μυαλό σας **το πιο σοβαρό νοσηλευτικό λάθος που έχετε κάνει κατά την παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή**, από τότε που εργάζεστε ως νοσηλεύτης/τρια. Περιγράψτε σύντομα το λάθος στον κενό χώρο που ακολουθεί:

.....
.....

6. Πότε συνέβη το λάθος;

Τους τελευταίους 6 μήνες

Τον τελευταίο χρόνο

Τα τελευταία 2 χρόνια

Τα τελευταία 3 χρόνια

Τα τελευταία 4 χρόνια ή παραπάνω

7. Πόσα έτη/μήνες προϋπηρεσίας είχατε όταν κάνατε το λάθος;έτημήνες

8. Τι ηλικία είχε ο ασθενής;

Κάτω των 14 ετών

14-64 ετών

Άνω των 65 ετών

9. Σε τι κλινική ή τμήμα έγινε το λάθος;

10. Σήμερα εργάζεστε στο ίδιο τμήμα που έγινε το λάθος; ΝΑΙ ΟΧΙ

11.

Σε ποια βάρδια έγινε το λάθος;

Πρωινή Απογευματινή

Βραδινή Δε θυμάμαι

12. Πόσο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή από το λάθος;

καθόλου Λίγο αρκετά Πολύ Δε γνωρίζω

Παρακαλώ, επιλέξτε με √ την/τις απάντηση/εις που σας εκφράζει/ουν.

13. Κατά την άποψή μου, το λάθος συνέβη γιατί:

Δεν ήμουν εξοικειωμένος/η με τη διαδικασία κατά τη χρονική περίοδο που συνέβη το λάθος	
--	--

Παρόλο που ήμουν υπεύθυνος/η κάποιος άλλος έκανε το λάθος	
Οι πληροφορίες που αφορούσαν τον ασθενή δεν ήταν διαθέσιμες	
Υπήρχε πίεση χρόνου και αποφάσισα πολύ γρήγορα τι να κάνω	
Η επίβλεψη από έμπειρο νοσηλεύτη ήταν ανεπαρκής	
Δεν ήμουν συγκεντρωμένος/η	
Οι κινήσεις μου ήταν μηχανικές	
Εκτίμησα λάθος την κατάσταση	
Δεν έλαβα υπόψη τα προειδοποιητικά μηνύματα (σημεία)	
Έδωσα ανεπαρκείς/ανακριβείς πληροφορίες	
Βασίστηκα στην κρίση κάποιου άλλου	
Ενήργησα πέρα από τις ικανότητές μου	
Υπήρξε κακή προφορική συνεννόηση με τους συναδέλφους και/ή τους ιατρούς	
Δεν έλεγξα το όνομα του ασθενή	
Υπήρξε πρόβλημα στη γραπτή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και/ή των νοσηλευτών	
Δεν είχα αρκετές γνώσεις για τη συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη	
Ήμουν κουρασμένος/η	
Υπήρχε φόρτος εργασίας	
Με διέκοπταν συνέχεια	
Δεν είχα αρκετή εμπειρία	

Άλλο: παρακαλώ γράψτε
 συγκεκριμένα:.....

Παρακαλώ, για κάθε μία πρόταση που ακολουθεί, επιλέξτε με √ την απάντηση που σας εκφράζει.

14. Πόσο καλά περιγράφουν το καθένα από τα παρακάτω την ατμόσφαιρα στην κλινική ή το τμήμα τη στιγμή του λάθους:

	καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ
Το περιβάλλον της κλινικής ή του τμήματος ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνο				
Υπήρχε κακή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού της κλινικής ή του τμήματος				
Ο υπεύθυνος νοσηλευτής του τμήματος περίμενε από εσάς να τα καταφέρετε μόνος/η σας				
Συνήθως στο τμήμα οι νοσηλευτικές πράξεις δε γίνονταν σύμφωνα με τους κανόνες που έχουμε διδαχθεί				

15. Αντιληφθήκατε το λάθος μόνος/η σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν **ΝΑΙ**, προχωρήστε στην ερώτηση **17**

Αν **ΟΧΙ** προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

16. Ποιος αντιλήφθηκε το λάθος που κάνατε;

Συνάδελφος νοσηλευτης

Προϊστάμενος

Ιατρός

Ασθενής

Συγγενής

Άλλος, παρακαλώ
προσδιορίστε:.....

Παρακαλώ, επιλέξτε με √ την/τις απάντηση/εις που σας εκφράζει/ουν.

17. Όταν αντιλήφθηκα/ενημερώθηκα για το λάθος

Ενημέρωσα τον προϊστάμενο του τμήματος ή τον υπεύθυνο της βάρδιας	
---	--

Ενημέρωσα τον ιατρό	
Δεν ενημέρωσα κανέναν	
Παρακολούθησα μόνος/η μου σενά τον ασθενή για τυχόν συνέπειες από το λάθος	
Έκανα μόνος/η μου ό,τι ήταν απαραίτητο για να αντιμετωπιστεί το λάθος	
Συμμετείχα σε όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση του λάθους	
Δεν έκανα τίποτα, γιατί ήξερα ότι το λάθος δε θα είχε συνέπειες στον ασθενή	

Άλλο: παρακαλώ γράψτε

συγκεκριμένα:.....

18. Συζητήσατε με κάποιον για το λάθος;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19. Αν ΝΑΙ με ποιον/ποιους το συζητήσατε;

Παρακαλώ, επιλέξτε με √ την/τις απάντηση/εις που σας εκφράζει/ουν.

Με τον αρχαιότερο ή τον πιο έμπειρο νοσηλευτή της κλινικής	
Με το συνάδελφο που είχα περισσότερη εμπιστοσύνη ότι θα με βοηθήσει χωρίς να με εκθέσει στους άλλους	
Με κάποιον ιατρό	
Με το Σωματείο Εργαζομένων του Νοσοκομείου	
Με τον ασθενή	
Με κάποιο συγγενή του ασθενή	
Με το/τη σύζυγο ή κάποιο σημαντικό για εσάς πρόσωπο	
Άλλο (παρακαλώ γράψτε συγκεκριμένα).....	

20. Συζητήσατε το λάθος με τον προϊστάμενο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν **ΟΧΙ**, παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση **22**

Αν **ΝΑΙ**, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Παρακαλώ, για κάθε μία πρόταση που ακολουθεί, επιλέξτε με √ την απάντηση που σας εκφράζει.

21. Μετά τη συζήτηση για το λάθος με τον προϊστάμενο

	ΟΧΙ καθόλου	λίγο	αρκετά	ΝΑΙ πολύ
Πιστεύω ότι έχασα τον επαγγελματικό σεβασμό από τον προϊστάμενό μου				
Πιστεύω ότι με υποστήριξε με τον τρόπο που το χειρίστηκε				
Πιστεύω ότι ασχολήθηκε με την πραγματική αιτία του λάθους				
Πιστεύω ότι συνειδητοποίησα τι πρέπει να κάνω για να μην επαναλάβω το ίδιο λάθος στο μέλλον				
Πιστεύω ότι χρησιμοποιήθηκα σαν αποδιοπομπαίος τράγος				
Πιστεύω ότι έδωσα την αφορμή στον προϊστάμενο να λάβει μέτρα για να μην επαναληφθεί το ίδιο λάθος στο μέλλον				
Πιστεύω ότι τα μέτρα που λήφθηκαν εναντίον μου ήταν πολύ μεγαλύτερα σε σχέση με τη σοβαρότητα του λάθους				
Πιστεύω ότι οι νοσηλευτές που κάνουν λάθη είναι κακοί επαγγελματίες				

Παρακαλώ, επιλέξτε με √ την/τις απάντηση/εις που σας εκφράζει/ουν.

22. Μετά το λάθος:

Λήφθηκαν συγκεκριμένα μέτρα στο τμήμα για να μην ξανασυμβεί το λάθος	
--	--

Οργανώθηκαν εκπαιδευτικά μαθήματα σχετικά με το λάθος	
Όλα συνέχισαν στο τμήμα σα να μην είχε συμβεί τίποτα	
Ενημερώθηκε η Νοσηλευτική Διεύθυνση	
Ο προϊστάμενος με επιτηρούσε πιο εντατικά	
Άλλαξα τμήμα εργασίας	
Μου επιβλήθηκαν πειθαρχικές κυρώσεις από το νοσοκομείο	
Οι ασθενείς και οι συγγενείς προσέφυγαν στα δικαστήρια	

23. Θα καταγράφατε **επώνυμα** τα λάθη σας αν το ζητούσε η διοίκηση του νοσοκομείου;

ΝΑΙ
OXI

24. Αν OXI θα τα καταγράφατε **ανώνυμα**;

ΝΑΙ
OXI

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!

Παράρτημα V: Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου

Πάτρα, 20 Αυγούστου 2013

Προς: Χριστιάννα Δαμβακάκη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Θέμα: Χορήγηση αδείας χρήσης ερωτηματολογίου

Κυρία Δαμβακάκη,

με την παρούσα επιστολή και σε συνέχεια της επικοινωνίας μας, σας χορηγώ την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου, το οποίο συνέταξα κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής και αφορά στη διαχείριση λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική.

Η έρευνα αποδίδει επιπλέον γνώση στη Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπός εν συνεχεία θα πρέπει να είναι η εφαρμογή των γνώσεων με στόχο τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής προς όφελος πάντα των ασθενών και των Νοσηλευτών.

Εύχομαι κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής διπλωματικής σας εργασίας και περιμένω με ενδιαφέρον τα αποτελέσματα.

Με εκτίμηση,



Μαρία Κάργα, Νοσηλεύτρια Π.Ε., Msc, PhD

