



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« Νοσηλευτικά λάθη στην αναισθησία και τα αίτια τους»



ΘΕΟΦΙΛΟΣ ΛΑΜΠΡΙΝΟΣ ΥΝ6981

ΣΤΕΦΑΝΟΣ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΠΟΥΛΑΣ-ΛΑΓΑΡΑΣ ΥΝ7002

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΥΝ6953

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ-
ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	5
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εννοιολόγηση ορισμών	10
1.1 Η έννοια του λάθους.....	10
1.2 Η έννοια του ιατρικού λάθους.....	12
1.3 Η έννοια της ασφάλειας του ασθενή.....	16
Κεφάλαιο 2 ^ο : Χειρουργική επέμβαση και αναισθησία	19
2.1 Ιστορική αναδρομή χειρουργικών επεμβάσεων	19
2.2 Αναισθησία και προβλήματα κατά χειρουργική διαδικασία	21
2.2.1 Αναισθησία	21
2.2.2 Προδιαγραφές και χορήγηση της αναισθησίας	24
Κεφάλαιο 3 ^ο : Ο ρόλος του νοσηλευτή στο χειρουργείο: καθήκοντα και αρμοδιότητες	30
Κεφάλαιο 4 ^ο : Νοσηλευτικά λάθη και παράγοντες εμφάνισής τους	37
Κεφάλαιο 5 ^ο : Νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων και επαγγελματική εξουθένωση 40	
5.1 Νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων.....	40
5.2 Νοσηλευτικά λάθη και επαγγελματική εξουθένωση	42
Κεφάλαιο 6 ^ο : Επιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών	44
6.1 Επιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμάκων	44
6.2 Επιπτώσεις των νοσηλευτικών λαθών λόγω εξουθένωσης	46
6.3 Προγράμματα παρέμβασης για την επαγγελματική εξουθένωση	50
Συμπεράσματα.....	53
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	56
Ξενόγλωσσες	56
Ελληνόγλωσση	61

Περίληψη

Τα λάθη του υγειονομικού προσωπικού στις νοσηλευτικές μονάδες αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα για την αύξηση κινδύνου των ασθενών και σε πολλές μπορεί να αποβούν μοιραία για την ίδια τους τη ζωή. Ωστόσο, οι μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητο να είναι σε θέση να προσβλέψουν και προλάβουν τις επιπτώσεις αυτών στους ασθενείς, οι οποίοι κρίνεται απαραίτητο να λαμβάνουν τις βέλτιστες υπηρεσίες υγείας. Βέβαια, η εξέλιξη της τεχνολογίας και η κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού έχει μειώσει σε σημαντικό βαθμό την ένταση των λαθών. Βέβαια, παραμένουν και είναι ιδιαίτερα αισθητά τα λάθη που οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα, και για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση αυτών.

Σκοπό της παρούσας εργασίας συνιστά η διερεύνηση των λαθών που υλοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής διαδικασίας όπου εφαρμόζεται η αναισθησία του ασθενή. Στην περίπτωση αυτή, εντός του χειρουργείου, εκτός της ιατρικής ομάδας και του αναισθησιολόγου, υπάρχουν και οι νοσηλευτές των χειρουργείων που επιφορτίζονται με μια πληθώρα αρμοδιοτήτων και ευθυνών. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του συγκεκριμένου θέματος, επιχειρείται να εξεταστούν τα αίτια που δύνανται να προκαλέσουν νοσηλευτική λάθη κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, η οποία από μόνη της μπορεί να συνιστά μια στρεσογόνο διαδικασία για τον ίδιο τον ασθενή. Σαν κυριότερα αίτια στην συγκεκριμένη διαδικασία, αναδύονται οι λανθασμένες χορηγήσεις των φαρμάκων και η επαγγελματική εξουθένωση που μπορεί να βιώνουν οι νοσηλευτές λόγω του περιβάλλοντος εργασίας και των εξαντλητικών ωραρίων που εργάζονται.

Για να διερευνηθεί το θέμα εις βάθος, η παρούσα εργασία, διαιρείται σε έξι κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι εννοιολογικοί ορισμοί που σχετίζονται με το

θέμα, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο, εξετάζονται οι διαδικασίες της χειρουργικής επέμβασης και της αναισθησίας. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του νοσηλευτή του χειρουργείου και στο τέταρτο κεφάλαιο διερευνώνται οι παράγοντες που ενισχύουν τα νοσηλευτικά λάθη. Έπειτα στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα σημαντικότερα αίτια νοσηλευτικών λαθών, που σχετίζονται με τη λανθασμένη χορήγηση των φαρμάκων και την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι νοσηλευτές, ενώ στο έκτο κεφάλαιο εξετάζονται οι επιπτώσεις των λαθών από τα παραπάνω λάθη, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, παρουσιάζονται και κάποια προγράμματα ενίσχυσης του υγειονομικού προσωπικού που εφαρμόζονται στην Ευρώπη, ώστε το υγειονομικό προσωπικό να είναι σε θέση να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει.

Λέξεις κλειδιά: νοσηλευτικά λάθη, αίτια, χειρουργείο, αναισθησία, νοσηλευτής χειρουργείου, χορήγηση φαρμάκων, επαγγελματική εξουθένωση, επιπτώσεις, παρεμβάσεις

Abstract

The mistakes of the medical staff in the nursing units are an important factor in increasing the risk of the patients and in many of them can be fatal for their own lives. However, health facilities need to be able to anticipate and prevent their effects on patients who need to receive optimal health services. Of course, the development of technology and the training of health personnel has significantly reduced the intensity of errors. Of course, the errors due to the human factor remain and are particularly noticeable, and for this reason it is deemed necessary to investigate them.

The purpose of this study is to investigate the errors made by the nursing staff during a surgical procedure where the patient is anesthetized. In this case, within the operating room, in addition to the medical team and the anesthesiologist, there are also the operating room nurses who are responsible for a variety of responsibilities and responsibilities. Through the literature review of this issue, an attempt is made to examine the causes that may cause nursing errors during anesthesia, which in itself can be a stressful process for the patient himself. The main causes in this process are the incorrect administration of medicines and the professional exhaustion that nurses may experience due to the working environment and the exhausting working hours.

To investigate the issue in depth, the present work is divided into six chapters. The first chapter presents the conceptual definitions related to the topic, while the second chapter examines the procedures of surgery and anesthesia. Then, in the third chapter, the responsibilities and duties of the operating room nurse are presented and in the fourth chapter, the factors that reinforce the nursing errors are investigated. Then, in the fifth chapter, the most important causes of nursing errors are analyzed, related to the wrong administration of medicines and the professional exhaustion experienced

by nurses, while in the sixth chapter, the effects of the errors from the above errors are examined, both for patients and the nursing staff. Finally, there are some healthcare supports programs implemented in Europe, so that healthcare professionals are able to manage the difficult situations they face.

Keywords: nursing errors, causes, surgery, anesthesia, operating room nurse, medication administration, burnout, effects, interventions

Εισαγωγή

Η αναισθησία συνιστά μια συνήθη διαδικασία στην ιατρική, καθώς κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις χειρουργικών επεμβάσεων. Στο παρελθόν μια χειρουργική επέμβαση μπορούσε να καταστεί μοιραία για τον ασθενή, αλλά με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης πλέον διεξάγονται χειρουργικές επεμβάσεις με σημαντικά ασφάλεια. Επίσης, ο κλάδος της αναισθησιολογίας έχει συμβάλει σημαντικά στην επιτυχή έκβαση των επεμβάσεων. Η περίθαλψη και η ασφάλεια του ασθενούς σε όλες τις ιατρικές διαδικασίες κρίνεται απαραίτητη, ώστε να μειώνονται όσο το δυνατόν οι αρνητικές συνέπειες. Για τον λόγο αυτό, στη σύγχρονη εποχή, αναπτύσσονται συνεχώς προγράμματα εξασφάλισης και ενίσχυσης των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, που στοχεύουν στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να προλαμβάνονται και να αποφεύγονται τα λάθη και όλες οι ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς να χαρακτηρίζονται από ποιότητα και ασφάλεια (Ραφτόπουλος,2009). Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια υλοποιείται συστηματικός και συνεχής έλεγχος των ιατρονοσηλευτικών λαθών, ώστε να διασφαλιστεί η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι πραγματοποιείται αυξημένος έλεγχος και λόγω των αποζημιώσεων που έχουν αιτηθεί δικαστικά ασθενείς και οι οποίες επιβαρύνουν σημαντικά τον οικονομικό τομέα των νοσοκομειακών μονάδων (Κάργα,2009).

Βέβαια, κατά τη διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων συνεργάζονται και παρίστανται αρκετά άτομα, με αποτέλεσμα τα λάθη από τον ανθρώπινο παράγοντα να αποτελούν μια σημαντική παράμετρο. Πιο συγκεκριμένα, μέσα στο χειρουργείο συνεργάζεται μια διεπιστημονική ομάδα ιατρών, αναισθησιολόγων και νοσηλευτών, οι οποίοι απαιτείται να διαθέτουν την κατάλληλη εμπειρία και εκπαίδευση, ώστε να διασφαλίζεται η βέλτιστη παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Ο χειρουργικός και ο

αναισθησιολογικός συνιστούν κλάδους που μπορεί να βλάψουν τον ασθενή, και για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση των ασθενών για τη διαδικασία και τις πιθανές επιπλοκές αυτής (Cohen, 2018). Για τον λόγο αυτό, η ομάδα που βρίσκεται εντός του χειρουργείου εκτός από εμπειρία, την κατάλληλη εκπαίδευση και τον απαραίτητο υλικό-τεχνολογικό εξοπλισμό απαιτείται να είναι και κατάλληλα προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση στηριζόμενη στην αγαστή και αρμονική συνεργασία. Έτσι, λοιπόν, το νοσηλευτικό προσωπικό που παρευρίσκεται στη χειρουργική αίθουσα απαιτείται να παρακολουθεί και να ελέγχει τον ασθενή καθ' όλη της διάρκεια της επέμβασης, να συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο και τους χειρουργούς, ενώ αντίστοιχα και ο αναισθησιολόγος χρειάζεται να ελέγχει και αξιολογεί την πορεία του ασθενούς και τη διαδικασία της αναισθησίας. Η αρμονική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων δύναται να μειώσει σημαντικά την πιθανότητα λάθους και να διασφαλίσει την επιτυχή έκβαση της επέμβασης (Bentwich, et al., 2018).

Βέβαια, τα ιατρικά λάθη συνεχίζουν να αποτελούν μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε πολλά συστήματα υγείας. Μάλιστα το 1999 το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) στην έκθεσή του «To Err Is Human», κατέταξε τον πρόωρο θάνατο από ιατρικό λάθος στην όγδοη θέση στο αμερικάνικο σύστημα υγείας (Kohn et al,2000, Shah et al,2004). Πιο συγκεκριμένα, στην έκθεση αναφέρεται ότι τα λάθη σχετίζονται με λανθασμένα συστήματα, τα οποία κατευθύνουν τους ανθρώπους που εντάσσονται και ενεργούν μέσα σε αυτά να διαπράττουν λάθη. Επίσης, αναφέρεται ότι λανθασμένες και ελαττωματικές διαδικασίες και συνθήκες δύνανται όχι μόνο να ωθήσουν τους εμπλεκόμενους να δράσουν λάθος, αλλά και να μην είναι σε θέση να αντιδράσουν και να αποτρέψουν τις συνέπειες αυτών. Για τον λόγο αυτό, στις ΗΠΑ

έχει υποστηριχθεί νομοθετικά ότι όσοι εργάζονται σε μονάδες φροντίδας και νοσηλείας μπορούν να ενημερώνουν εθελοντικά για τα λάθη και τις παραλείψεις στα συστήματα που εμπλέκονται, ώστε να διαχειρίζονται τα ελλείμματα και τα ελαττώματα αυτών και να διασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στους ασθενείς (Paine et al,2010).

Για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων, καθώς αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα υγειονομικών με ενεργό ρόλο σε όλες τις διαδικασίες περίθαλψης των ασθενών. Η ικανοποίηση και η ασφάλεια των ασθενών πολλές φορές σχετίζονται με τις δικές τους πρακτικές και μεθόδους, καθώς αποτελούν πρόσωπα που εμπλέκονται σε πολλές διαδικασίες και μπορούν να αξιολογήσουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα πολλών υπηρεσιών (Nix, Coorey & Clancy,2006). Με δεδομένο, όμως, ότι οι νοσηλευτές εμπλέκονται σε πολλές διαδικασίες, αποτελούν και την υγειονομική εκείνη ομάδα που επιφορτίζεται με τα περισσότερα λάθη στη φροντίδα και περίθαλψη των ασθενών, και για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η συνεχής διερεύνηση των αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν νοσηλευτικά λάθη.

Στη παρούσα εργασία, λοιπόν, επιχειρείται η διερεύνηση των αιτιών που δύνανται να προκαλέσουν νοσηλευτικά λάθη, εστιάζοντας στα νοσηλευτικά λάθη που μπορεί να υλοποιηθούν εντός του χειρουργείου και πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, καθώς όπως προαναφέραμε οι νοσηλευτές εμπλέκονται ενεργά σε όλη τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης. Η διερεύνηση αυτή υλοποιείται μέσω της μεθόδου της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η οποία στηρίζεται σε δευτερογενείς πηγές που σχετίζονται με το θέμα.

Κεφάλαιο 1^ο: Εννοιολόγηση ορισμών

Προτού ξεκινήσουμε την πραγμάτευση του κυρίως θέματός μας που σχετίζεται με τη διερεύνηση των νοσηλευτικών λαθών κατά την αναισθησία, κρίνουμε σκόπιμο να αποσαφηνίσουμε κάποιους ορισμούς, οι οποίοι χρησιμοποιούνται σε όλη την εργασία. Για τον λόγο αυτό στο παρόν κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες του λάθους, ιατρικό λάθος και ασφάλεια των ασθενών.

1.1 Η έννοια του λάθους

Η έννοια του λάθους σχετίζεται με οποιαδήποτε απόκλιση από τις διαδικασίες που έχουν οριστεί και χρειάζεται να εφαρμοστούν από τα εμπλεκόμενα πρόσωπα, ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Σαν έννοια το λάθος έχει απασχολήσει τους ερευνητές και τους μελετητές από πολύ παλιά, ενώ οι απαρχές της προσέγγισης του εντοπίζονται στις φιλοσοφικές θεωρίες του Αριστοτέλη και του Σωκράτη. Πιο συγκεκριμένα, οι δύο φιλόσοφοι επιχειρούσαν να νοηματοδοτήσουν το λάθος ως άγνοια του σωστού και της αλήθειας των πραγμάτων, αλλά και ως βασικό παράγοντα για την κατάκτηση της γνώσης και τη βελτίωση της αντίληψης (Κάργα, 2009). Στη συνέχεια η έννοια του λάθους αναλύθηκε εκτενώς και από άλλους στοχαστές και φιλοσόφους, όπως ο Καρτέσιος, ο οποίος «».διερευνούσε φιλοσοφικά το λάθος και δεν είχε ως κύρια πρόθεση να συλλάβει την ουσία του λάθους, και να κατασκευάσει την έννοιά του, αλλά επιχειρούσε με δεδομένη την έννοια του λάθους, να διερευνήσει τη γενεσιουργό του αιτία, για να εξηγήσει πως γενικά είναι δυνατόν να συμβεί λάθος, και με την εξήγηση αυτή να διασκεδάσει κάπως το ενοχλητικό σκάνδαλο, να περιπίπτει ο άνθρωπος σε λάθος, ενώ είναι προικισμένος με θεόδοτη νοημοσύνη. Τη μια φορά ο

Καρτέσιο χαρακτηρίζει το λάθος ως αποτέλεσμα κάποιας μη επιτυχίας, την άλλη φορά χαρακτηρίζει το λάθος εγγύτερα, προς την αρχική της σημασία νεοελληνικής λέξης «λάθος» ή μάλλον του αρχαίου ελληνικού ρήματος «λανθάνω», ως απουσία κάπως του υπαρκτέου μέσα της, άρα υπαρκτού καθ' εαυτό και προκειμένου σε αυτήν προς σύλληψή του, αλλά διαφευγμένου από αυτή» (Κάργα, 2009: 12-13).

Σε πολλές περιπτώσεις, ωστόσο, η έννοια του λάθους συγχέεται και ταυτίζεται με την έννοια του σφάλματος, καθώς δεν υπάρχουν σαφείς και διακριτές διαφορές μεταξύ τους, ενώ πολλές φορές συγχέονται και με άλλους όρους. Σύμφωνα με τον Δεσποτόπουλο (όπ. αναφ. στην Κάργα, 2009: 14), «ο ορισμός του λάθους είναι κάτι δυσχερέστατο. Η προκείμενη δυσχέρεια εμφανίζεται και στην αδυναμία ήδη της γλώσσας να εκφράσει με κυριολεξία την ουσία του. Και η ελληνική γλώσσα πολιορκεί την ουσία του λάθους με λέξεις πολλές, κατά μεταφορική χρήση τους, αντίστοιχες προς διαφορετικές προσπελάσεις του. Ας προσέξουμε αρχικά, τι σημαίνουν οι δηλωτικές της οριακής αυτής έννοιας συνώνυμες λέξεις: πλάνη, σφάλμα, λάθος. Και οι τρεις υποσημαίνουν αρνητικότητα, ελλειμματικότητα και προπάντων απαξία. Η λέξη «πλάνη» από το ρήμα «πλανώμαι», στα νέα ελληνικά «περιπλανώμαι» σημαίνει αρχικά μετακίνηση ατελέσφορη, δηλαδή μετακίνηση δίχως ανεύρεση και προσέγγιση του επιδιωκόμενου σημείου του χώρου. Η λέξη «σφάλμα» προέρχεται από το ρήμα «σφάλλομαι» και σημαίνει αρχικά παραπάτημα ή πτώση, αντίστοιχα προς την αρχική σημασία του «σφάλλομαι». Η λέξη «λάθος» προέρχεται από το ρήμα «λανθάνω», και η αρχική σημασία του ρήματος αυτού είναι «διαφεύγω την αντίληψη». Έφθασε, λοιπόν, η λέξη αυτή να σημαίνει «λάθος» στη σημερινή σημασία του όρου, κατά τη χρήση της από την άποψη όχι του ανθρώπινου υποκειμένου, όπως οι λέξεις «σφάλμα» και «πλάνη», αλλά μάλλον από την άποψη του νοητικά συλληπτέου όντος. Και άρα η λέξη «λάθος» είναι πλησιέστερη προς την κυριολεξία για την έκφρασή της έννοιας του λάθους,

συγκριτικά προς τις λέξεις «σφάλμα» και «πλάνη», χωρίς εξάλλου και αυτή να εκφράζει την έννοια του λάθους ακέραιο».

Και στον διεθνή χώρο, βέβαια, η έννοια της λέξης λάθος δεν αποδοθεί πλήρως και υπάρχει αντίστοιχη σύγχυση ακόμα και εάν οι επιστήμονες που έχουν επιχειρήσει να την αποσαφηνίσουν δεν διαθέτουν την πληθώρα των λέξεων που υπάρχει στην ελληνική για να περιγραφούν παρόμοιες διαδικασίες. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007), όμως, το «error», η λέξη που αποδίδεται στην λέξη λάθος νοηματοδοτείται ως η αποτυχία να υλοποιηθεί μια σχεδιασμένη πράξη ή να ολοκληρωθεί σύμφωνα με τον τρόπο που είχε σχεδιαστεί αρχικά, ή όταν υφίσταται ένα αρνητικό αποτέλεσμα λόγω της ύπαρξης ενός ακατάλληλου σχεδίου, το οποίο δεν προσφέρει στους εμπλεκόμενους την κατάλληλη κατεύθυνση (Κάργα, 2009). Στη παρούσα εργασία, λόγω της μη ύπαρξης ενός σαφούς ορισμού σχετικά με την έννοια του λάθους, είτε σε εθνικό ή σε διεθνές επίπεδο, ως λάθος θα ληφθούν όλοι οι παρεμφερείς όροι που σχετίζονται με διαφορετική διαχείριση και έκβαση μια ιατρικής πράξης.

1.2 Η έννοια του ιατρικού λάθους

Ο όρος ιατρικό λάθος σχετίζεται με την εμφάνιση λάθους χειρισμού κατά την άσκηση της ιατρικής και την περίθαλψη του ασθενή σε οποιοδήποτε στάδιο της περίθαλψης και φροντίδας του. Επίσης, ως ιατρικό λάθος νοείται και οποιαδήποτε αδυναμία υλοποίησης μιας ιατρικής πράξης λόγω αδυναμιών εκτέλεσής της, ή ακόμα και ένα υλοποιηθεί μια πράξη και δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Επίσης, ως ιατρικό λάθος, μπορεί να νοηθεί και η λανθασμένη ιατρική συμπεριφορά των ιατρών και γενικά του υγειονομικού προσωπικού προς τον ασθενή που έχουν αναλάβει την περίθαλψή του, και ιδιαίτερα τη μη επιμέλεια του γιατρού, οι οποίες δύνανται να

οδηγήσουν σε επιδείνωση της υγείας των ασθενών ή ακόμα και να επιφέρουν τον θάνατο. Ως προς την κατεύθυνση του ιατρικού λάθους, που σχετίζεται με τον βαθμό επιμέλειας που έχει επιδείξει το υγειονομικό προσωπικό υπάρχουν δύο κατευθύνσεις, όπου η μία σχετίζεται με την παράβαση των κανόνων κατά την άσκηση του ιατρικού καθήκοντος και η δεύτερη ελλείμματα ή καθόλου επιμέλεια των ασθενών που οφείλονται σε λανθασμένες ιατρικές πρακτικές (Koch, 2011).

Τα ιατρικά λάθη που σχετίζονται με κάποια διαταραχή εν ώρα της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, αφορούν δράσεις και καταστάσεις που μπορεί να εμποδίσουν την άσκηση της ιατρικής με τρόπο αποτελεσματικό. Ως διαταραχή νοείται οποιαδήποτε ενέργεια που μπορεί να διαταράξει τη σχεδιασμένη λειτουργία και δράση των προσώπων κατά τη χειρουργική επέμβαση για παράδειγμα, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εκπληρώσουν με επιτυχία την επέμβαση (Παναγιώτου, 2015). Επίσης, οι διαταραχές κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στον χρόνο υλοποίησης της, με αποτέλεσμα το υγειονομικό προσωπικό που συμμετέχει σε αυτή να βιώνει έντονο άγχος και στρες λόγω της αλλαγής στη διαδικασία. Το άγχος και το στρες στο υγειονομικό προσωπικό, δύναται να ενισχύσει τις συνθήκες υλοποίησης λάθους όπου εμπλέκεται ο ανθρώπινος παράγοντας ως αίτιο πρόκλησης του λάθους. Τέλος, το ιατρικό λάθος μπορεί να προκληθεί και από κάποιον τραυματισμό κατά την άσκηση της ιατρικής πράξης ή να μια λανθασμένη διαχείριση και πρακτική του προσωπικού να επιφέρει τραυματισμό του ασθενή, ο οποίος ενδέχεται να καταστεί και μοιραίος για τη ζωή του (Τούντας, κ.ά., 2007). Σημαντικό στοιχείο για την ενημέρωση των υπευθύνων για τα ιατρικά λάθη και για την πηγή προέλευσής τους αποτελεί το υγειονομικό προσωπικό που εμπλέκεται στη διαδικασία του χειρουργείου, αλλά σε πολλές περιπτώσεις το

προσωπικό μπορεί να μην αναφέρει το γεγονός που προκάλεσε το λάθος, ή να αποκρύψει σημαντικές πληροφορίες ώστε να αναδειχθούν τα αίτια που προκάλεσαν την αρνητική έκβαση κατά τη χειρουργική επέμβαση

(Sexton, et al., 2000).

Τα ιατρικά λάθη, ανάλογα με την αιτία προέλευσης και το αποτέλεσμα που επιφέρουν, μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω κατηγορίες, σύμφωνα με τους Βούλτσος, κ.ά.(2006):

- Πρόκληση ιατρικών λαθών από τυχαίες περιστάσεις και γεγονότα που μπορεί να επιφέρουν διαταραχή στον προγραμματισμό της ιατρικής πράξης.
- Ιατρικό λάθος του οποίου, όμως, η έκβαση δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή, καθώς κατόρθωσε το υγειονομικό προσωπικό να το διαχειριστεί κατάλληλα.
- Ιατρικό λάθος το οποίο άλλαξε σημαντικά την ιατρική διαδικασία και προσανατολίστηκε στον ασθενή, αλλά στο τέλος δεν τον έβλαψε.
- Ιατρικό λάθος που υλοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης και το οποίο προκάλεσε επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή, με αποτέλεσμα ο ασθενής να χρειάζεται επιπλέον παρακολούθηση με το πέρας της ιατρικής πράξης, ώστε να αποφευχθούν επιπλέον επιπτώσεις στην υγεία του.
- Ιατρικό λάθος το οποίο στιγμιαία προκαλεί βλάβη στον ασθενή, με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητη κάποια επιπλέον ιατρική παρέμβαση για να αποφευχθούν σοβαρότερες συνέπειες.
- Ιατρικό λάθος, το οποίο προκαλεί προσωρινή βλάβη στον ασθενή, η οποία για να διαχειριστεί χρειάζεται ο ασθενής να εντείνει την παραμονή του στη νοσοκομειακή μονάδα.

- Ιατρικό λάθος το οποίο επιφέρει μόνιμη αναπηρία στον ασθενή ή βλάβη στην υγεία του.
- Ιατρικό λάθος το οποίο προκαλεί την πιθανότητα θανάτου, το οποίο όμως με την κατάλληλη ιατρική παρέμβαση αποφεύγεται και ο ασθενής επιβιώνει.

□

1.3 Η έννοια της ασφάλειας του ασθενή

Η ασφάλεια των ασθενών και η επιτυχής περίθαλψή τους και διαχείριση των ασθενειών αποτελεί πρωταρχικό στόχο πλέον των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία έτη, όπου και επιχειρούνται να αποσαφηνιστούν τα αίτια των ιατρικών λαθών. Σκοπό όλων αυτών των διαδικασιών αποτελεί η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στους ασθενείς και η διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος φροντίδας. Ο τομέας εκείνος που έχει τραβήξει περισσότερο το ενδιαφέρον των ερευνητών σε αυτή την κατεύθυνση αποτελεί κυρίως ο ιατρικός κλάδος της χειρουργικής, καθώς οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν σοβαρές ιατρικές πράξεις με ένα επιπλέον βαθμό κινδύνου για τους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2009 (WHO, 2009) έθεσε τα θεμέλια για τη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που παρέχει ασφάλεια και ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς, χαρακτηρίζοντας την ασφαλή χειρουργική επέμβαση ως βασικό ζήτημα που σχετίζεται με τη δημόσια υγεία. Λίγο νωρίτερα, μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε σχεδιάσει μια καμπάνια ενημέρωσης για την ασφάλεια των ασθενών, η οποία προσανατολίστηκε σε τέσσερις κατευθύνσεις (Πατελάρου, 2012:65-66):

- Διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών κατά την χειρουργική επέμβαση □
Διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών κατά την πράξη της αναισθησίας
- Διαμόρφωση ενός προγραμματισμού πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων που ενδέχεται να προκαλέσουν επιπλέον βλάβες στους ασθενείς και σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τους

- Διαμόρφωση των κατάλληλων δεικτών για τη μέτρηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς κατά την χειρουργική επέμβαση.

Στηριζόμενος στη συνέχεια στην καμπάνια ενημέρωσης που σχεδίασε, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την επόμενη χρονιά δημοσίευσε έναν δεκάλογο με τις βασικότερες θέσεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και τους τρόπους διασφάλισής τους από μέρους των νοσοκομειακών μονάδων. Έτσι λοιπόν, πρότεινε τα εξής (Πατελάρου, 2012: 66):

- Η διεπιστημονική ομάδα χειρουργεί τον σωστό ασθενή στο σωστό μέρος του σώματος.
- Χρησιμοποιούνται μέθοδοι που προστατεύουν τον ασθενή κατά τη χορήγηση αναισθητικών και επιπρόσθετα τον προστατεύουν από τον πόνο.
- Η ομάδα μπορεί άμεσα να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει την απειλητική για τη ζωή του ασθενούς απόφραξη αεραγωγού.
- Η ομάδα μπορεί να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την εκτεταμένη απώλεια αίματος.
- Η ομάδα θα αποφύγει τη χορήγηση φαρμακευτικής ουσίας, στην οποία ο ασθενής είναι γνωστό ότι παρουσιάζει αλλεργία.
- Η ομάδα χρησιμοποιεί διαδεδομένες μεθόδους περιορισμού των χειρουργικών λοιμώξεων.
- Η ομάδα θα αποτρέψει την παραμονή χειρουργικών εργαλείων και γαζών μέσα στο χειρουργικό τραύμα.

□

- Η ομάδα θα διασφαλίσει όλα τα δείγματα και θα πιστοποιήσει την ταυτότητά τους.

Η ομάδα θα επικοινωνεί αποτελεσματικά και θα ανταλλάσσει πληροφορίες για την ομαλή διεξαγωγή της επέμβασης.

- Τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγείας θα καθιερώσουν συστήματα παρακολούθησης της καθημερινής ρουτίνας του χειρουργείου και των αποτελεσμάτων της λειτουργίας του.

Η παραπάνω Λίστα ελέγχου χρειάζεται να εφαρμόζεται από όλες τις νοσοκομειακές μονάδες και να εξασφαλίζεται ότι τηρούνται και ακολουθούνται όλες οι θέσεις, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της εξέλιξης και πορείας των χειρουργικών επεμβάσεων.

Κεφάλαιο 2^ο: Χειρουργική επέμβαση και αναισθησία

2.1 Ιστορική αναδρομή χειρουργικών επεμβάσεων

Αναφορές για χειρουργικές επεμβάσεις έρχονται ήδη από τον 18^ο αιώνα, όπου οι χειρουργικές επεμβάσεις υλοποιούνταν σε διάφορες αίθουσες είτε στα σπίτια των ιδίων των ασθενών, χωρίς να υφίστανται οι κατάλληλες συνθήκες πολλές φορές. Αποτέλεσμα τέτοιου είδους χειρουργικών επεμβάσεων αποτελούσε η αύξηση της επικινδυνότητας για τους ασθενείς, καθώς πολλοί από αυτούς έχαναν τη ζωή τους. Επίσης, κατά την περίοδο εκείνη δεν υπήρχε σαφής κατανόηση της έννοιας της μετεγχειρητικής φροντίδας των ασθενών, τη συμβολή του ορθού φωτισμού κατά τη διαδικασία της επέμβασης, ούτε οι πιθανές λοιμώξεις που μπορούσαν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για την υγεία των ασθενών. Επίσης, λόγω του ότι η αναισθησία δεν ήταν διαδεδομένη, πολλές χειρουργικές επεμβάσεις υλοποιούνταν χωρίς την αναισθησία των ασθενών, με αποτέλεσμα την πρόκληση σημαντικού βαθμού πόνου, ενώ πολλές φορές οι ασθενείς λόγω του οξύτατου πόνου οι ασθενείς έχαναν τη ζωής τους κατά τη διάρκεια της επέμβασης. (Ronald, et al., 2001).

Κατά τον 19^ο αιώνα, περίπου στα μέσα του αιώνα, ανακαλύφθηκε η αναισθησία, αλλά δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο υλοποιούνταν οι χειρουργικές επεμβάσεις, ούτε διασφαλιζόταν με κάποιον τρόπο η πορεία του ασθενή. Κομβικό σημείο για την εξέλιξη του κλάδου της αναισθησίας και την αναδιαμόρφωση του τρόπου πραγματοποίησης των χειρουργικών επεμβάσεων αποτέλεσε η ανακάλυψη και η διάδοση της αντισηψίας κατά τη διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων, η οποία διαμόρφωνε το κατάλληλο περιβάλλον για ιατρικές πράξεις, ενώ παράλληλα μείωνε τον βαθμό λοίμωξης των ασθενών από διάφορες ασθένειες που σχετιζόνταν με τα χειρουργικά εργαλεία. Η ανακάλυψη της

αντισηψίας αποδίδεται στον Βρετανό Joseph Lister, ο οποίος πρότεινε την απολύμανση του χώρου διεξαγωγής των επεμβάσεων, αλλά και των εργαλείων με καρβολικό οξύ, ενώ για πρώτη φορά αποσαφηνίστηκε ότι χρειαζόταν επιπλέον άτομα για να υλοποιούν την απολύμανση του χώρου, ενώ ταυτόχρονα επισημάνθηκε ότι πλέον οι χειρουργικές επεμβάσεις έπρεπε να υλοποιούνται σε ειδικούς χώρους, όπου θα εφαρμοζόταν η απολύμανση και η κατάλληλη αντισηψία για την πραγματοποίηση μιας ασφαλούς επέμβασης. Σταδιακά, λοιπόν, πολλοί γιατροί δημιούργησαν ιδιωτικούς χώρους για την διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων (Laurant, et al., 2018, Okamoto, et al., 2018).

Στη συνέχεια, κατά τον 20^ο αιώνα ανακαλύφθηκαν επιπλέον μέτρα αντισηψίας και απολύμανσης των χώρων, ενώ παράλληλα εκσυγχρονίστηκαν και οι πρακτικές και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν κατά την χειρουργική επέμβαση. Με τον τρόπο αυτό σταδιακά διαμορφώθηκαν κατάλληλα οι νοσοκομειακές μονάδες, ώστε να είναι σε θέση εντός αυτών να διεξάγονται χειρουργικές επεμβάσεις προσφέροντας στους ασθενείς ένα κατάλληλο περιβάλλον όχι μόνο για την επέμβαση, αλλά και γενικά για τη φροντίδα και περίθαλψη των ασθενών. Οι πρακτικές και οι μέθοδοι στις επεμβάσεις εξελίχθηκαν σημαντικά με το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, καθώς η εξέλιξη της τεχνολογίας, της αντισηψίας και του κλάδου της αναισθησιολογίας, ως έναν σημαντικό κλάδο της ιατρικής διαμόρφωσαν νέα δεδομένα στις χειρουργικές επεμβάσεις και στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών. Τέλος, η σημαντική εξέλιξη του τεχνολογικού εξοπλισμού, πρόσφερε τη δυνατότητα στις νοσοκομειακές μονάδες να σχεδιάζουν και να υλοποιούν ένα προγραμματισμό στις χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες επεκτάθηκαν εντός των νοσοκομειακών μονάδων, με αποτέλεσμα στο

πέρασμα των χρόνων να δημιουργηθούν τα Χειρουργεία Ημερήσιας Νοσηλείας, τα οποία εξασφάλισαν την αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων (Rivaz, et al., 2018).

Πλέον, οι αίθουσες των χειρουργείων αποτελούν σύγχρονες και εξοπλισμένες μονάδες, οι οποίες διαθέτουν μια σταθερή δομή και λειτουργία, η οποία καθορίζεται από τις χειρουργικές επεμβάσεις που υλοποιούνται. Επίσης, οι σύγχρονες χειρουργικές αίθουσες επανδρώνονται με μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από τους χειρουργούς ιατρούς, τον αναισθησιολόγο και το νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να διασφαλίζεται ότι θα διεξαχθεί ο προγραμματισμός των χειρουργείων και ότι οι ασθενείς θα λάβουν την απαραίτητη φροντίδα και περίθαλψη. Στις νοσοκομειακές μονάδες που υλοποιούνται χειρουργικές επεμβάσεις, υπάρχει και μια Επιτροπή Χειρουργείου, η οποία διαμορφώνει τον προγραμματισμό λειτουργίας των χειρουργείων, ενώ αντίστοιχα υπάρχει και μια επιτροπή διαχείρισης των χειρουργείων, ώστε να καθίσταται εφικτός ο προγραμματισμός που έχει σχεδιαστεί (Young, 2018, Πολλάλης, κ.ά., 2012).

2.2 Αναισθησία και προβλήματα κατά χειρουργική διαδικασία

2.2.1 Αναισθησία

Η αναισθησία συνιστά μια ιατρική διαδικασία που χρησιμοποιείται ήδη από τη αρχαιότητα για διάφορες ιατρικές πράξεις, ενώ από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα καθιερώθηκε ως σημαντικό μέρος των ιατρικών επεμβάσεων, ώστε να καθίστανται αυτές πιο ανεκτές για τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία της αναισθησίας υλοποιείται στις εξής φάσεις:

- Αναλγησία, όπου με την εισαγωγή στον οργανισμό του ασθενή

πραγματοποιείται μείωση ή καταστολή του πόνου. Στη φάση αυτή ο ασθενής συνεχίζει να έχει τη συνείδησή του, αλλά δεν βιώνει τον πόνο.

- Μυοχάλαση, όπου καταστέλλονται όλες οι αναπνευστικές και σωματικές κινήσεις.
- Στη συνέχεια υλοποιείται καταστολή των αυτόνομων αντανακλαστικών
- Τέλος επέρχεται ο ύπνος μέσω της τελικής νάρκωσης, όπου στη φάση αυτή επέρχεται και η απώλεια της συνείδησης.

Ωστόσο, χρειάζεται να επισημανθεί ότι η νάρκωση δεν πρέπει να συγχέεται ή να ταυτίζεται με τη διαδικασία της αναισθησίας, καθώς η νάρκωση συνιστά ένα στάδιο της αναισθησίας όταν εισάγονται στον ασθενή τα κατάλληλα φάρμακα. Επίσης, χρειάζεται να αποσαφηνιστεί ότι η αναισθησία δεν αποτελεί θεραπευτική διαδικασία, αλλά μια διαδικασία η οποία αποσκοπεί τη διευκόλυνση των ιατρικών πράξεων (Ασκητοπούλου, 2012).

Επίσης, η αναισθησία ως διαδικασία μπορεί να διακριθεί και ανάλογα με τους τρόπους με τους οποίους υλοποιείται. Οι κατηγορίες της αναισθησίας με βάση τον τρόπο είναι οι εξής:

- Γενική αναισθησία, η οποία υλοποιείται με πλήρη ύπνωση και απώλεια συνείδησης του ασθενή και εφαρμόζεται πλέον σε πολύωρες και δύσκολες χειρουργικές επεμβάσεις. Κατά τη γενική αναισθησία, στον οργανισμό του ασθενή εισάγονται φάρμακα με τη χρήση μάσκας και ταυτόχρονη ενέσιμη εισαγωγή άλλων φαρμάκων στον ασθενή. Η διαδικασία της γενικής αναισθησίας περιλαμβάνει τρεις φάσεις, οι οποίες είναι η εισαγωγή, όπου εισάγονται τα φάρμακα στον ασθενή με τις παραπάνω διαδικασίες, η συντήρηση της αναισθησίας, όπου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής

επέμβασης εισάγονται επιπλέον φάρμακα ή σταδιακά κάποιες δόσεις, ώστε να διατηρηθεί σε κατάσταση ύπνωσης ο ασθενής. Τελευταία φάση της αναισθησίας αποτελεί η ανάνηψη, όπου σταδιακά τα φάρμακα χάνουν την ισχύ τους και ο ασθενής επανέρχεται. Πριν την έναρξη της αναισθησίας, υλοποιείται μισ επιπλέον προεργασία του ασθενή, μέσω της προνάρκωσης, όπου παρέχονται στον ασθενή κάποια μυοχαλαρωτικά φάρμακα, είτε με κατάποση είτε με ενέσιμη μορφή, ώστε ο ασθενής να χαλαρώσει σταδιακά και να μπορέσει στη συνέχεια το υγειονομικό προσωπικό που εμπλέκεται στη διαδικασία να υλοποιήσει την αναισθησία (Ασκητοπούλου, 2012).

- Περιτομική αναισθησία είναι ένα είδος αναισθησίας, όπου χορηγούνται τοπικά αναισθητικά φάρμακα, σε συγκεκριμένα επίπεδα του περιφερικού νευρικού συστήματος ανάλογα με το είδος της επέμβασης και τον αποκλεισμό του σημείου που πρέπει να επέλθει η αναισθησία. Κατά αυτό τον τρόπο, επέρχεται καταστολή των νευρικών ερεθισμάτων από και προς το περιφερικό νευρικό σύστημα. Κατά συνέπεια, το άτομο διατηρεί τις αισθήσεις του απλώς υπάρχει παροδική απώλεια των επώδυνων ερεθισμάτων στην περιοχή που πρόκειται να χειρουργηθεί. Διακρίνονται τα εξής είδη περιτομικής αναισθησίας:

Επιφανειακή αναισθησία (εφαρμογή τοπικού αναισθητικού υπό μορφή κρέμας, ψεκασμού ή σταγόνων)

- Τοπική διήθηση (αποκλεισμός των αισθητικών νεύρων μιας περιοχής μέσω ένεσης τοπικού αναισθητικού στο δέρμα και τους υποδόριους ιστούς)
- Αποκλεισμός νευρικού στελέχους ή νευρικού πλέγματος (για χειρουργικές επεμβάσεις στα χέρια, τους αγκώνες και τα αντιβράχια)

- Ενδοφλέβια περιοχική αναισθησία (ένα άκρο ή μέρος αυτού, απομονώνεται από την υπόλοιπη κυκλοφορία του αίματος με tourniquet και χορηγείται ενδοφλεβίως τοπικό αναισθητικό)

Η προσωρινή και αναστρέψιμη καταστολή της λειτουργίας του περιφερικού νευρικού συστήματος, της κινητικότητας και της αίσθησης του πόνου, μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα του περιφερικού νευρικού συστήματος. Η εφαρμογή αυτής της τεχνικής αναισθησίας στη σύγχρονη εποχή, προσφέρει το προτέρημα ότι παρατείνει μετεγχειρητικά την αναλγησία, ενώ επιπλέον δεν επιβαρύνει τον ασθενή (Ασκητοπούλου, 2012).

2.2.2 Προδιαγραφές και χορήγηση της αναισθησίας

Σύμφωνα με τις ελάχιστες προδιαγραφές χορήγησης ασφαλούς αναισθησίας, όπως προβλέπεται στην εφημερίδα της κυβερνήσεως, τεύχος δεύτερο Αρ. Φύλλου 1044 25 Νοεμβρίου 1997. Καθορισμός (ελαχίστων) ορίων προδιαγραφών για Ασφαλή Χορήγηση Αναισθησίας (σελ. 4). Αριθ. Υ40/3592/96 (4). Άρθρο 1 Η χορήγηση αναισθησίας είναι ιατρική πράξη, την τελική ευθύνη της οποίας έχει ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος και στην οποία προβαίνει αφού προηγουμένως:

1. υποχρεωτικά και με προσοχή συνεκτιμήσει τη γενική κατάσταση του ασθενούς, το συνολικό ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο.
2. υποβάλλει τον ασθενή στην κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία για μείωση του περιεγχειρητικού κινδύνου.
3. συνεργαστεί συμβουλευτικά με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων πάνω σε ειδικά προβλήματα.

4. εκτιμήσει τον περιεγχειρητικό κίνδυνο, διαμορφώσει σχέδιο αναισθησιολογικής τεχνικής, ενημερώσει τον ασθενή και επιβεβαιώσει τη συγκατάθεση του.

Η περί-εγχειρητική αναισθησιολογική ευθύνη αφορά την προ-εγχειρητική , την διεγχειρητική καθώς και τη μετεγχειρητική περίοδο. Προ-εγχειρητικά: αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης, εκτίμηση ανατομικών δεδομένων, ενημέρωση για το είδος και το μέγεθος της επικείμενης χειρουργικής επέμβασης καθώς και της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής αποτελούν απαραίτητα στοιχεία πληροφόρησης, στα οποία στηρίζεται η κατάλληλη εργαστηριακή, φαρμακευτική και ψυχολογική προετοιμασία, καθώς και η επιλογή του είδους της αναισθησίας που θα χορηγηθεί. Παράλληλα απαιτείται ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς για τις περιεγχειρητικές ιατρικές πράξεις και διαβεβαίωσή του για αδιάλειπτη παρακολούθηση και εξασφάλιση μετεγχειρητικής αναλγησίας.

Διεγχειρητικά: επιλογή και χορήγηση αναισθησίας αναλγησίας μυοχάλασης, υποστήριξη της αναπνοής ή εφαρμογή τεχνητού αερισμού των πνευμόνων, παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών και εξασφάλιση της ομοιοστασίας του οργανισμού, αποτελούν το πρώτο μέρος, ενώ η αντιστροφή της αναισθησίας και η αποκατάσταση της συνείδησης και της φυσιολογικής αναπνοής αποτελούν το δεύτερο και εξίσου σημαντικό μέρος της αναισθησιολογικής φροντίδας κατά την περίοδο αυτή. Μετεγχειρητικά: ανάνηψη και αποκατάσταση των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών, επαναφορά του μυϊκού τόνου για εξασφάλιση ικανοποιητικής αναπνοής, διατήρηση της ομοιοστασίας του οργανισμού και συνεχούς αναλγησίας, αποτελούν τους στόχους ενδιαφέροντος κατά την περίοδο αυτή.

Η χορήγηση αναισθησίας έχει σκοπό να απαλείψει την αντίληψη\αίσθηση του τραυματικού ή χειρουργικού ερεθίσματος-αναισθησία, τον πόνο που αυτό προκαλεί αναλγησία και τον μυϊκό τόνο-μυϊκή χάλαση. Ανάλογα με το αν καταργείται ή διατηρείται η συνείδηση, η αναισθησία χαρακτηρίζεται ως Γενική ή Περιοχική/Τοπική (Γκιάλα Μ.,1998).

Η προεγχειρητική αξιολόγηση και η προετοιμασία για την αναισθησία αρχίζει με την επίσκεψη του αρρώστου την παραμονή της εγχείρησης. Σημασία για την προεγχειρητική αξιολόγηση έχει η λήψη του ιστορικού, πληροφορίες για τα φάρμακα που παίρνει και η κλινική εξέταση του αρρώστου. Μια άλλη σημαντική πλευρά της προεγχειρητικής επίσκεψης είναι η πληροφόρηση του αρρώστου και των συγγενών του σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί την ημέρα της επέμβασης.

Διάφορα θέματα που πρέπει να συζητηθούν με τον άρρωστο πριν από την εγχείρηση

- Προεγχειρητική αϋπνία και φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπισή της.
- Ο χρόνος, η οδός χορήγησης και οι αναμενόμενες επιδράσεις από την προνάρκωση.
- Ο χρόνος μεταφοράς στο χειρουργείο.
- Η αναμενόμενη διάρκεια της εγχείρησης
- Η αφύπνιση μετά την εγχείρηση στην αίθουσα ανάνηψης.
- Η περίπτωση να υπάρχουν καθετήρες μετά την εγχείρηση (ενδοτραχειακός, γαστρικός ουροδόχου κύστεως, φλεβικός).
- Ο αναμενόμενος χρόνος της επιστροφής στο θάλαμο.
- Ο μετεγχειρητικός πόνος και ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί.
- Η πιθανότητα ναυτίας και εμέτου μετά την χειρουργική επέμβαση.

- Η λεπτομερής περιγραφή της αναισθησίας και των γεγονότων που πρόκειται να συμβούν κατά τη περιεγχειρητική περίοδο χρησιμεύει ως αντίδοτο του άγχους.

Έχει βρεθεί ότι οι άρρωστοι τους οποίους επισκέφτηκε ο αναισθησιολόγος ήταν πιο ήρεμοι από αυτούς που πήραν μόνο φαρμακευτική αγωγή αλλά δεν συναντήθηκαν μαζί του (Stoelting R.-Miller R.,1991). Λίγοι ασθενείς βλέπουν με ηρεμία την πιθανότητα μιας εγχειρητικής επέμβασης, έστω και μικρής. Κατά την προεγχειρητική περίοδο, ο ασθενής σκέφτεται ότι θα περάσει από μια κατάσταση απώλειας της συνείδησης δια της αναισθησίας και διάστασης των ορίων του σώματος με εισβολή σε αυτό δια της χειρουργικής επέμβασης. Η αναισθησία βιώνεται ως απειλή ελέγχου του εαυτού και επέλευσης θανάτου, ενώ η διατομή βιώνεται ως παράγοντας άλγους και καταστροφής της εικόνας του σώματος. Το άγχος της αναισθησίας, ο φόβος του τέμνεσθε, η προσδοκία του πόνου και το αίσθημα απειλής της ακεραιότητας του σώματος, μαζί με το είδος της νόσου και το βαθμό απειλής κατά της ζωής αποτελούν συστατικά στοιχεία της χειρουργικής εμπειρίας. Η αντίδραση στην εμπειρία αυτή εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας του ασθενούς τους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτει και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το άγχος και τα συνοδά βιώματα ίσως αντανακλούν και φόβους του ασθενούς ότι δεν έχει πραγματική βοήθεια, ιδιαιτέρως από τους θεράποντες ιατρούς του. Ασθενείς με μεγάλο άγχος και αισθήματα αβεβαιότητας παρουσιάζουν σημαντικά μετεγχειρητικά προβλήματα. Χρειάζονται περισσότερα αναλγητικά, είναι επιρρεπέστεροι σε λοιμώξεις και παραμένουν περισσότερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Επομένως έχει μεγάλη σημασία να περάσει ο ασθενής αυτή την εμπειρία σε συνθήκες που δεν θα επιτρέψουν τη διολίσθησή του σε ψυχοσυναισθηματική καταπόνηση.

Είναι απαραίτητες οι συνεδρίες κατά τις οποίες ο ασθενής στηρίζεται ψυχολογικά από το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο, ενημερώνεται για την κατάσταση του, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, της αναισθησίας και οτιδήποτε αυτός θα αντιμετωπίσει. Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης από συγγενείς, συνεργάτες φίλους, είναι επίσης σημαντικός στην ανακούφιση από το προεγχειρητικό άγχος. Η φαρμακευτική αγχόλυση είναι επίσης βασικής σημασίας και επιτυγχάνεται εύκολα (Αγγελόπουλος Ν. Β. , 2001).

Κατά τη λήψη του ιστορικού αναζητούνται λεπτομέρειες που έχουν σχέση με προηγούμενες αναισθητικές εμπειρίες του αρρώστου και ή των συγγενών του και τη λειτουργία των οργανικών συστημάτων που μπορεί να έχει διαταραχθεί από διάφορες παθήσεις, αλλεργικές αντιδράσεις, παράταση αναισθησίας, ναυτία έμετος, πονοκέφαλος μετά από ραχιαία αναισθησία, ίκτερος, βράγχος φωνής, κατανάλωση τσιγάρων, σακχαρώδης διαβήτης, πηκτικότητα, κατανάλωση οινόπνευματος κ. ά. Συνυπάρχουσες παθήσεις που επηρεάζουν τη χορήγηση αναισθησίας μπορεί να έχουν σχέση με την αιτία που ο άρρωστος χειρουργείται. Ερωτήσεις σχετικές με τη λειτουργία των κυρίων οργανικών συστημάτων χρησιμεύουν για να αποκαλυφθεί η παρουσία και η επίδραση μιας συνυπάρχουσας νόσου. Η πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται να ερευνηθεί κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο, επειδή υπάρχουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων αυτών με τους αναισθητικούς παράγοντες. Π.χ. τα φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος μπορεί να μεταβάλλουν τις αναισθητικές ανάγκες των πτητικών αναισθητικών, να ενισχύσουν τα μυοχαλαρωτικά, να ελαττώσουν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, να επιτείνουν ή να διαταράξουν το μεταβολισμό των φαρμάκων. Η κλινική εξέταση βασικά κατευθύνεται στο καρδιαγγειακό σύστημα στους πνεύμονες

και στην ανώτερη αναπνευστική οδό. Η διάπλαση του αρρώστου που μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες στο χειρισμό του αεραγωγού, όπως η παχυσαρκία, ο κοντός λαιμός, η περιορισμένη κινητικότητα της κροταφογοναθικής άρθρωσης ή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Επιπλέον δυσκαμψία λόγω αρθρίτιδας, ίσως περιορίσει τη θέση των χεριών ή των ποδιών κατά την εγχείρηση. Επίσης αν έχει προγραμματιστεί περιοχική αναισθησία, χρειάζεται να ελεγχθεί το μέρος που θα ενεθεί το τοπικό αναισθητικό για τυχόν ανατομικές ανωμαλίες ή σημεία φλεγμονής (Stoelting R.-Miller R.,1991).

Στα άτομα της 3ης ηλικίας το αναπνευστικό έχει επηρεαστεί για 4 κυρίως λόγους. Μείωση της ελαστικότητας των κυψελίδων, δυσκινησία του σκελετού του θώρακα, ατροφία των αναπνευστικών μυών και μείωση της ικανότητας διαχύσεως των αερίων, λόγω πάχυνσης της κυψελοειδικής μεμβράνης (Παπαδημητρίου Ι.,2001).

□ Τεχνικές αναισθησίας

Μετά την προεγχειρητική αξιολόγηση ο αναισθησιολόγος θα επιλέξει μια από τις τεχνικές αναισθησίας, όπως η γενική αναισθησία ή η περιοχική αναισθησία. Η τεχνική της αναισθησίας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως:

- Συνυπάρχουσα πάθηση που μπορεί ή δεν μπορεί να έχει σχέση με την εγχείρηση
- Θέση της εγχείρησης
- Η θέση του αρρώστου κατά την εγχείρηση
- Τακτικό ή έκτακτο χειρουργείο
- Πιθανότητα αυξημένης ποσότητας γαστρικού περιεχομένου

- Ηλικία του αρρώστου
- Προτίμηση του αρρώστου

Σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερες από μια τεχνική. Ο αναισθησιολόγος είναι υπεύθυνος για να αξιολογήσει τη γενική κατάσταση και τις ειδικές ανάγκες κάθε αρρώστου και να διαλέξει την πιο κατάλληλη τεχνική αναισθησίας. (Stoelting R.-Miller R.,1991:124)

Κεφάλαιο 3^ο: Ο ρόλος του νοσηλευτή στο χειρουργείο: καθήκοντα και αρμοδιότητες

Εντός του χειρουργείου δεν υπάρχει και ενεργεί μόνο η χειρουργική ομάδα, αλλά υπάρχει και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να μπορεί να υλοποιηθεί ομαλά η χειρουργική διαδικασία. Ο νοσηλευτής εντός του χειρουργείου και ανάλογα τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνουν μπορεί να είναι:

- Νοσηλευτής Κίνησης.
- Νοσηλευτής Εργαλειοδότης □ Νοσηλευτής Αναισθησιολογίας
- Νοσηλευτής Αποστείρωσης

Καθεμιά από τις παραπάνω κατηγορίες διαθέτει συγκεκριμένες αρμοδιότητες κατά τη χειρουργική διαδικασία, ωστόσο, όλες οι νοσηλευτικές ομάδες εντάσσονται σε κάποια γενικά καθήκοντα, τα οποία σύμφωνα με τους Osborn & Co, (2012)

διακρίνονται ως εξής:

- Εφαρμογή των γενικών κανόνων αποστείρωσης και άσηπτης τεχνικής απολύμανσης, έλεγχος του περιβάλλοντος και έλεγχος του ασθενούς.
- Εφαρμογή της διαδικασίας παραγγελίας και παραλαβής υλικών και εξοπλισμού του χειρουργείου.

- Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, εγχειρήσεων και ατυχημάτων μαζικής καταστροφής.
- Εντοπισμός των προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή της αντισηψίας και της άσηπτης τεχνικής.
- Εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών των χειρουργικών ασθενών, προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό και την οργάνωση της λειτουργίας των χειρουργείων ως υπεύθυνα μέλη της χειρουργικής ομάδας.
- Εφαρμογή των κατάλληλων μεθόδων αποστείρωσης και επίβλεψη της λειτουργίας των κλιβάνων.
- Εφαρμογή προετοιμασίας του χειρουργείου με τα απαραίτητα υγειονομικά υλικά και εφόδια.

Εκτός, όμως, από τις γενικές αρχές και τους γενικούς κανόνες που ακολουθούν οι νοσηλευτές των χειρουργείων, για κάθε κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού υπάρχει και το αντίστοιχο καθηκοντολόγιο. Τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες ανά κατηγορία είναι τα εξής:

Αρμοδιότητες και καθήκοντα Νοσηλευτή κίνησης

- Αναφέρεται στον προϊστάμενο νοσηλευτή.
- Κατευθύνει, συντονίζει και εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία της χειρουργικής αίθουσας.
- Ευθύνεται για την πρακτική εφαρμογή των γενικών, θεωρητικών και των Βασικών Αρχών των Χειρουργικών Τεχνικών.

- Εξασφαλίζει καλή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με την διατήρηση των εργαλείων, των συσκευών, των εφοδίων και της διασφάλισης εφαρμογής της βέλτιστης Τεχνικής.
- Ευθύνεται για την ετοιμότητα των υγειονομικών εφοδίων και συσκευών που είναι απαραίτητα για την επέμβαση.
- Βοηθά στον προσανατολισμό του προσωπικού που εργάζεται στην αίθουσα του Χειρουργείου και επεξηγεί την άσηπτη τεχνική.
- Τηρεί τις Βασικές Αρχές Άσηπτης Τεχνικής.
- Κατευθύνει το βοηθητικό προσωπικό.
- Φροντίζει την αποστείρωση, τον τρόπο διαφύλαξης και χρήσης των εργαλείων, των πακέτων ιματισμού και των υπολοίπων εφοδίων της χειρουργικής επέμβασης
- Ευθύνεται για τον προγραμματισμό και την πρόβλεψη των αναγκών κάθε χειρουργικής επέμβασης.
- Γνωρίζει την φροντίδα και την ασφαλή λειτουργία των μηχανημάτων και συσκευών της χειρουργικής αίθουσας.
- Οφείλει να γνωρίζει την ακριβή Τεχνική εκτέλεσης κάθε χειρουργικής επέμβασης.
- Οργανώνει την προετοιμασία της χειρουργικής επέμβασης.
- Καθοδηγεί και βοηθά τον εργαλειοδότη στην εκλογή εργαλείων.
- Βοηθά τον εργαλειοδότη στην τακτοποίηση των χειρουργικών τραπεζιών.

- Φροντίζει για την τήρηση και καταγραφή της διεγχειρητικής διαδικασίας στα αντίστοιχα διεγχειρητικά έντυπα.
- Ελέγχει την ενδυμασία των εισερχομένων στη χειρουργική αίθουσα.
- Ελέγχει και επιτηρεί τον εργαλειοδότη στην καταμέτρηση των εργαλείων, γαζών και αιχμηρών.
- Υποδέχεται τον ασθενή, ελέγχει την ταυτότητά του και φροντίζει την διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.
- Παραμένει δίπλα στον ασθενή και επιτηρεί την ενδεδειγμένη – ανάλογα με την επέμβαση- τοποθέτηση του στο χειρουργικό τραπέζι.
- Καταγράφει τον αριθμό των εφοδίων πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση.
- Συμπληρώνει τα ειδικά διεγχειρητικά έντυπα και τα συνυπογράφει με τον εργαλειοδότη και τον χειρουργό που διενεργεί την χειρουργική επέμβαση.
- Βοηθά στην απομάκρυνση των χρησιμοποιημένων εργαλείων μετά την επέμβαση.
- Φροντίζει την ομαλή ροή των χειρουργικών επεμβάσεων και την τήρηση των χρόνων εναλλαγής των ασθενών στη χειρουργική αίθουσα.

Αρμοδιότητες και καθήκοντα Εργαλειοδότη νοσηλεύτη

Αναφέρεται στον προϊστάμενο του Χειρουργείου και είναι μέλος της χειρουργικής ομάδας.

- Ετοιμάζει τα τραπέζια Χειρουργείων.

- Βοηθά στην ενδυμασία της χειρουργικής ομάδας με αποστειρωμένο ιματισμό.
- Προσφέρει και χειρίζεται τα εργαλεία και τα άλλα αποστειρωμένα εργαλεία.
- Κατέχει τις βασικές αρχές άσηπτης τεχνικής τις οποίες οφείλει να τηρεί.
- Γνωρίζει άριστα τα χειρουργικά εργαλεία, βελόνες, γάζες τα οποία χρησιμοποιούνται στη διάρκεια της εγχείρησης.
- Οφείλει να γνωρίζει τον κατάλληλο τρόπο αποστείρωσης των ειδικών εφοδίων και εργαλείων.
- Είναι ικανός να στρώνει αμφότερα μικρό και μεγάλο τραπέζι εργαλείων σύμφωνα με τον προκαθορισμένο τρόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες της επέμβασης.
- Βοηθά επαρκώς τον χειρουργό και προλαμβάνει τις ανάγκες του, ώστε να επισπεύδει την εγχείρηση προς όφελος του ασθενή.
- Αντιλαμβάνεται τις επείγουσες ανάγκες και ανωμαλίες και εφαρμόζει την καθορισμένη τεχνική για κάθε περίπτωση.
- Ευθύνεται για την καταμέτρηση των εφοδίων και συνυπογράφει σε ειδικό έντυπο, με το νοσηλευτή κυκλοφορίας (κίνησης) και το χειρουργό που διενεργεί την χειρουργική επέμβαση.

Τα κυριότερα καθήκοντα του εργαλειοδότη αφορούν ενέργειες που λαμβάνουν χώρα:

α) προ της εγχείρησης,

β) κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και

γ) μετά το τέλος της εγχείρησης, ήταν:

- Βοήθεια στο να φορεθεί η αποστειρωμένη ενδυμασία των μελών της Χειρουργικής Ομάδας.
- Στρώσιμο των χειρουργικών εργαλείων επάνω στο Χειρουργικό Τραπέζι.
- Άνοιγμα και προετοιμασία των χειρουργικών ραμμάτων.
- Καταμέτρηση των χειρουργικών γαζών, εργαλείων και άλλων μικρών εφοδίων.
- Βοηθά στην κάλυψη του ασθενή με αποστειρωμένο ιματισμό, ώστε να σχηματιστεί το χειρουργικό πεδίο.
- Προλαμβάνει και ικανοποιεί τις ανάγκες της διεξαγωγής της επέμβασης.
- Διαφυλάττει τη διατήρηση της αντισηψίας του χειρουργικού πεδίου.
- Διαφυλάττει και παραδίδει στο νοσηλευτή κυκλοφορίας (κίνησης) τα παρασκευάσματα.
- Βοηθά κατά την επίδεση του ασθενή.
- Απομακρύνει τα εργαλεία και τα υπόλοιπα εφόδια ακάθαρτου ιματισμού και απορριμμάτων, ώστε να διευκολύνεται η καθαριότητα της χειρουργικής αίθουσας και η προετοιμασία της επόμενης επέμβασης.

Αρμοδιότητες και καθήκοντα Νοσηλευτή Αναισθησιολογικού Τμήματος

Οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των νοσηλευτών των αναισθησιολογικών τμημάτων απλώνονται σε ένα ευρύ φάσμα όπως:

- Υποστήριξη αλλά και συμμετοχή σε κάθε αναισθησιολογική παρέμβαση που διενεργείται εντός και εκτός της χειρουργικής αίθουσας.
- Η υποδοχή, ο έλεγχος και η υποστήριξη των ασθενών που προσέρχονται για την χορήγηση αναισθησίας.
- Ο ημερήσιος έλεγχος για την επάρκεια και την καλή λειτουργία του αναισθησιολογικού εξοπλισμού και υλικών.
- Η παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ).
- Η ανακούφιση του οξέος μετεγχειρητικού και χρόνιου πόνου.
- Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου.
- Η εκπαίδευση νοσηλευτών άλλων τμημάτων σε τεχνικές που άπτονται του γνωστικού αντικείμενου της αναισθησιολογίας.

Κεφάλαιο 4ο: Νοσηλευτικά λάθη και παράγοντες εμφάνισής τους

Οι παράγοντες στους οποίους οφείλονται τα νοσηλευτικά λάθη σχετίζονται άμεσα με τις συνθήκες υπό τις οποίες αυτά συμβαίνουν (Keers et al., 2013). Όσον αφορά τον ασθενή, πολλά από τα χαρακτηριστικά του, επηρεάζουν την ορθή φαρμακευτική χορήγηση. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτες, υπολογιστικά προβλήματα που έχουν σχέση με την παράδοση του φαρμάκου είχαν ως απόρροια τη δυσκολία ή/και την καθυστέρηση της ενδοφλέβιας πρόσβασης με αποτέλεσμα την επιλογή λανθασμένης οδού χορήγησης (Wirtz et al., 2003), την αλλοίωση της φαρμακευτικής αγωγής, το λάθος χρόνο χορήγησης (Bruce & Wong, 2001) και την απουσία του ασθενή κατά τη νοσηλεία (Hand & Barber, 2000).

Σημαντική αιτία σφαλμάτων είναι η προσωπική κατάσταση του νοσηλευτή. Η κούραση, το άγχος και η γενικότερη δυσφορία του προσωπικού είναι βασικοί λόγοι εμφάνισης λαθών. Έχει αναφερθεί πως η πολύωρη εργασία και η παράλειψη διαλειμμάτων και γευμάτων συμβάλλει στην εξουθένωση των νοσηλευτών (Reid-Searl et al., 2010). Ακόμη, η μειωμένη εμπειρία ενός νοσηλευτή ή/και η ελλιπής πρακτική ενός νέου νοσηλευτή, έχει ως αποτέλεσμα τη μη εξοικείωση με το περιβάλλον, τα φάρμακα, τον εξοπλισμό και τις διαδικασίες που ακολουθούνται, γεγονός που οδηγεί το νοσηλευτή στο αίσθημα της ανασφάλειας. Ως εκ τούτου, λάθη κατά την προετοιμασία και την χορήγηση των φαρμάκων λαμβάνουν χώρα και η εκμάθηση των σωστών διαδικασιών συμβαίνει στο θάλαμο μεταξύ των νοσηλευτών (Taxis & Barber, 2003). Τέλος, ο βαρύς φόρτος εργασίας των νοσηλευτών αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα εμφάνισης σφαλμάτων, καθώς σε συνδυασμό με τα πολλαπλά καθήκοντα που αναλαμβάνουν οδηγούνται σε έλλειψη συγκέντρωσης και κατ' επέκταση σε φαρμακευτικά λάθη (Baker, 1997).

Αναφέρεται από μελέτες, πως η συνεργασία με εκπαιδευόμενους φοιτητές και άτομα με λίγο χρόνο εμπειρίας, όπως επίσης και οι περιορισμένες δεξιότητες του προσωπικού, παίζουν ρόλο στην εμφάνιση φαρμακευτικών λαθών (Dean, 2005). Πιο συγκεκριμένα, κατά την πρακτική φοιτητών στα νοσοκομεία, παρατηρούνται επίσης λάθη κατά τη διαχείριση των φαρμάκων, καθώς η εποπτεία τους από τους εργαζόμενους νοσηλευτές είναι μειωμένη (Treiber & Jones, 2012). Επιπλέον, σε κοινωνικό επίπεδο, η πίεση μεταξύ του προσωπικού, ο εκφοβισμός και η κοινωνική απομόνωση από τους συναδέλφους σημειώνονται ως αιτίες για την εμφάνιση σφαλμάτων (Treiber & Jones, 2010).

Από την πλευρά της επικοινωνίας αναφέρονται δυσανάγνωστες και μη ξεκάθαρες γραπτές οδηγίες για την φαρμακευτική αγωγή οι οποίες μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα και πάλι τη χορήγηση επιπλέον δόσης ή την παράλειψη της σωστής (Tang et al., 2007). Στην περίπτωση μη γραπτών οδηγιών έχουν παρατηρηθεί λάθη κατά τη μετάδοση της οδηγίας μεταξύ των συναδέλφων με τελικό αποτέλεσμα την καθυστέρηση της φαρμακευτικής χορήγησης, τη χορήγηση φαρμάκων που θα έπρεπε να έχουν διακοπεί και τη χορήγηση λάθος δόσεων (Manias et al., 2004).

Άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλευτικά λάθη είναι ο εκάστοτε εξοπλισμός, όπως για παράδειγμα η μη χρήση γαντιών ή μια προβληματική αντλία. Ο ανεπαρκής έλεγχος των εργαλείων προετοιμασίας και χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής είναι δυνατόν να οδηγήσει σε λανθασμένη βαθμονόμηση της δόσης του φαρμάκου ή ακόμα και στη μη χορήγηση της αγωγής (Chua et al., 2010).

Το περιβάλλον, επίσης, επηρεάζει τη διαδικασία της προετοιμασίας ή/και της χορήγησης των φαρμάκων, και πιο συγκεκριμένα, ο θόρυβος, ο ελλιπής φωτισμός και η επικράτηση ενός χαοτικού εργασιακού περιβάλλοντος (Jones & Treiber, 2010).

Έχει παρατηρηθεί η έλλειψη αποθεμάτων φαρμακευτικών σκευασμάτων η οποία οδηγεί στην παράλειψη και την καθυστέρηση της χορήγησης της απαραίτητης αγωγής στον ασθενή (Taxis & Barber, 2004).

Σχετικά με τις πολιτικές και τις διαδικασίες που ακολουθούνται, έχουν αναφερθεί ελλειμματικές αλλά και ακατάλληλες πολιτικές διαχείρισης των φαρμάκων (Taxis & Barber, 2004) οι οποίες οδηγούν είτε σε λανθασμένη δόση, είτε σε λάθος χρόνο χορήγησης μιας φαρμακευτικής αγωγής (Ozkan et al., 2011). Έχει αναφερθεί σε έρευνες, πως οι νοσηλεύτριες είχαν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με την ανάμιξη και τη χορήγηση ενδοφλέβιων φαρμάκων (Taxis & Barber, 2004).

Η εργασιακή δεοντολογία μεταξύ των νοσηλευτών αποτελεί μια ακόμη αιτία σφαλμάτων, καθώς παρατηρούνται κακές πρακτικές όπως για παράδειγμα η χορήγηση φαρμάκων χωρίς γραπτή οδηγία και η εκτέλεση διπλής βάρδιας ή η παράλειψη διαλειμμάτων, συνθήκες οι οποίες οδηγούν στην εξουθένωση των εργαζομένων (Treiber & Jones, 2010). Από την πλευρά των οργανωτικών και διοικητικών στελεχών, παρατηρείται έλλειψη επαρκούς αντιμετώπισης και απουσία μιας ουσιαστικής στρατηγικής σχετικά με την πρόληψη των νοσηλευτικών λαθών, με αποτέλεσμα τη συνεχή εμφάνισή τους (Keers et al., 2013).

Κεφάλαιο 5^ο: Νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων και επαγγελματική εξουθένωση

Στο παρόν κεφάλαιο θα διερευνηθούν τα βασικότερα νοσηλευτικά λάθη και τα αίτια προέλευσής τους. Από τη διερεύνηση του θέματος που υλοποιήσαμε, μέσω της βιβλιογραφικής αναζήτησης, διαπιστώθηκε ότι τα σημαντικότερα νοσηλευτικά λάθη σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων και με την επαγγελματική εξουθένωση.

5.1 Νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων

Μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής αποτελεί ο τομέας της χορήγησης των φαρμάκων, στον οποίο πολύ συχνά παρατηρούνται λάθη. Τα λάθη αυτά έχουν διάφορες μορφές και αφορούν είτε μια λάθος δόση, είτε την παράλειψή της, τη χορήγηση ενός φαρμάκου στο λάθος ασθενή ή τη χορήγησή του σε λάθος χρόνο, ακόμα και τη χορήγηση φαρμάκου από τη λάθος οδό. Οι λόγοι για τους οποίους αυτά συμβαίνουν ποικίλουν, και αφορούν και τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας, και το γενικότερο σύστημα υγείας αλλά και τις επιμέρους συνθήκες υπό τις οποίες αυτά λαμβάνουν χώρα. Σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζεται ο νοσηλευτής, ο όγκος του προσωπικού, οι παροχές σε εργαλεία και φάρμακα, ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η νοσηλεία αλλά φυσικά και οι προσωπικές γνώσεις και ικανότητες του κάθε νοσηλευτή (Jin, et al., 2018, Hammoudi, et al., 2017).

Τα λάθη που συμβαίνουν κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, μπορεί να επιφέρουν από μη αντιληπτές έως και θανατηφόρες συνέπειες στον ασθενή. Ωστόσο, πολλές είναι και οι επιπτώσεις που επηρεάζουν τον ίδιο το νοσηλευτή και κυρίως από ψυχολογική άποψη μιας και νιώθει ένοχος και φοβάται για το αντίκτυπο που θα έχει το σφάλμα αυτό στη μελλοντική του πορεία. Πολλοί νοσηλευτές, δεν αναφέρουν το λάθος που συνέβη εξαιτίας του φόβου της τιμωρίας με αποτέλεσμα το φαινόμενο

αυτό να συνεχίζει να υφίσταται και να μην μπορεί να εξαλειφθεί (Johnson, et al., 2017).

Φυσικά, έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού, και οι οποίες έχουν να κάνουν αρχικά με την πρόληψη και αποφυγή του λάθους στη χορήγηση. Υπάρχουν κάποιοι κανόνες που οφείλει ο νοσηλευτής να κατανοήσει και να ακολουθήσει κατά τη διαδικασία της χορήγησης και οι οποίες έχουν να κάνουν με την επιβεβαίωση όλων των επιμέρους βημάτων που ακολουθούνται από την προετοιμασία μέχρι και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Εφόσον τα λάθη αυτά συμβαίνουν, χρειάζεται να καταγράφονται και να αναφέρονται με σκοπό να μειωθούν. Υπάρχουν ορισμένοι τρόποι που σχετίζονται με εκθέσεις περιστατικών των λαθών αυτών και οι οποίες πρέπει να ξεκινούν αρχικά από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι προσεκτικοί και κατά τη διαδικασία της χορήγησης, αλλά και να αναλαμβάνουν την ευθύνη της καταγραφής οποιουδήποτε σφάλματος που μπορεί να παρουσιαστεί.

5.2 Νοσηλευτικά λάθη και επαγγελματική εξουθένωση

Κατά τον Παυλάκη (1998) αρχικά, το εργασιακό περιβάλλον όπου και πολλοί μελετητές επικεντρώνονται, αποτελεί έναν από τους βασικότερους λόγους εμφάνισης του burn out. Οι αντίξοες συνθήκες εργασίας που επικρατούν και ο μεγάλος όγκος δουλειάς που δυστυχώς υπάρχει, σε συνάρτηση με το κυκλικό ωράριο, την ασάφεια του ρόλου του καθενός, άρα και των καθηκόντων, την αυταρχική διοίκηση και την απουσία κάποιου να υπερασπίζεται τους νοσηλευτές, είναι ορισμένοι από τους κυριότερους παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα, η σχέση με τους ασθενείς επηρεάζει, όπως είναι λογικό, και δημιουργεί πολλές φορές έντονο στρες. Επομένως, η φύση της αρρώστιας, η σοβαρότητα της υγείας, η προσωπικότητα, οι προσδοκίες του ασθενούς από τον νοσηλευτή και το αντίστροφο, οι προσωπικές εμπειρίες και βιώματα του νοσηλευτή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην εμφάνιση του φαινομένου (Αναγνωστόπουλος και συν 1986).

Ακόμη, ο χαρακτήρας του κάθε νοσηλευτή παίζει σημαντικό ρόλο καθώς, όπως τονίζουν και ορισμένες μελέτες, η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται και από τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχο-πιεστικών καταστάσεων, τα κίνητρα της επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος από τον νοσηλευτή, τις προσδοκίες του ίδιου, την ηλικία, την απουσία πείρας, τους υψηλούς στόχους και τα ψηλά ιδανικά των νοσηλευτών και την οικογενειακή κατάσταση (Αναγνωστόπουλος και συν 1986). Παρόλα αυτά όμως, υποστηρίζεται (Kobasa et al, 1982) ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από γενική ανθεκτικότητα στο στρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση κάτω από στρεσογόνες συνθήκες.

Η δομή του χώρου της εργασίας και ειδικότερα της κλινική που βρίσκεται ο κάθε νοσηλευτής παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην εμφάνιση του burn out. Πιο

συγκεκριμένα η έρευνα της Kilfedder et al. (2001) έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές δείχνει εντονότερα συμπτώματα burn out σε σχέση με τους υπόλοιπους τομείς. Πολλοί δεν καταφέρνουν να ξεπεράσουν αυτήν την πίεση και οδηγούνται μέχρι και στην παραίτηση και εγκατάλειψη του επαγγέλματος.

Κεφάλαιο 6^ο: Επιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται οι επιπτώσεις των νοσηλευτικών λαθών, οι οποίες διακρίνονται και πάλι με βάση τον τύπο λαθών που δύνανται να πραγματοποιήσουν. Στο πρώτο μέρος του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι επιπτώσεις από τα νοσηλευτικά λάθη που σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων, ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται οι επιπτώσεις από τα νοσηλευτικά λάθη λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης που δύνανται να βιώνουν οι νοσηλευτές. Στο τελευταίο μέρος, του κεφαλαίου διερευνούνται και κάποια προγράμματα, τα οποία αφορούν την ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας συναισθηματικά και ψυχικά, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση κρίνεται η βασική αιτία για τα νοσηλευτικά λάθη, όπου εμπλέκεται ο ανθρώπινος παράγοντας.

6.1 Επιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμάκων

Η Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια του ασθενή (World Alliance for Patient Safety, 2004), αναφέρει πως το 10% των ασθενών που βρίσκονται σε νοσοκομεία σε αναπτυγμένες χώρες, έρχονται αντιμέτωποι με ένα ανεπιθύμητο συμβάν το χρόνο. Τονίζεται, πως το φαρμακευτικό λάθος έχει γίνει ένα αυξανόμενο πρόβλημα με αποτέλεσμα πολλούς θανάτους οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Όσον αφορά τον ασθενή, οι συνέπειες των φαρμακευτικών λαθών παρουσιάζουν ένα μεγάλο εύρος και ξεκινούν από ανύπαρκτες έως και θανατηφόρες. Η ταξινόμησή τους είναι η εξής:

- Θανατηφόρες
- Πολύ σοβαρές
- Σοβαρές
- Σημαντικές

- Ασήμαντες
- Ανύπαρκτες-μη αντιληπτές (Νικολαΐδης, 2004).

Ένας ασθενής μπορεί να λάβει έως 18 δόσεις φαρμακευτικής αγωγής την ημέρα και ένας νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει και 50 φάρμακα στην βάρδιά του, με αποτέλεσμα ο δεύτερος να βρίσκεται στην πρώτη θέση εκείνου που έχει την ευθύνη όσον αφορά τη φαρμακευτική χορήγηση (Mayo & Duncan, 2004). Η εμφάνιση ενός φαρμακευτικού σφάλματος επηρεάζει αρνητικά το νοσηλευτή. Αρχικά, ανησυχεί για τον ασθενή και έπειτα νιώθει ένοχος και πανικοβλημένος που έχει διαπράξει ένα φαρμακευτικό λάθος. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ανασφάλειας και αβεβαιότητας για τις δυνατότητές του. Είναι πιθανό να νιώσει θυμό για τον εαυτό του αλλά και για το σύστημα (Gladstone, 1995).

Τίθεται, λοιπόν, αναγκαίο να εφαρμοστούν ορισμένες ενέργειες με σκοπό τη μείωση και την εξάλειψη των φαρμακευτικών λαθών, ειδικά εκείνων που έχουν ως αποτέλεσμα χρόνιες ή μόνιμες βλάβες σε βάρος των ασθενών. Κάποιες από αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Συστηματική καταγραφή των λαθών
- Κατάλληλη στελέχωση των κλινικών ειδικά με νοσηλευτές που έχουν

τον πρώτο ρόλο στη χορήγηση φαρμάκων

- Βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, αλλά και

μεταξύ συναδέλφων

- Βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας
- Ανάπτυξη και καθιέρωση κατευθυντήριων οδηγιών
- Μελέτη και αξιολόγηση των λαθών από έμπειρο προσωπικό και

ανάπτυξη λύσεων, μέσω της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής προσέγγισης (Marjorie, 1990).

6.2 Επιπτώσεις των νοσηλευτικών λαθών λόγω εξουθένωσης

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2001) πρότεινε, σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης, που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας: ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Αφορούν σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, το χρόνο νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών κ.ά. Όμως, εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί οδείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας (Cleary, et al., 1988).

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της ΕΕ γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανακλούν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al (2002) μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη

σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της ΕΕ (δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης). Οι «εξουθενωμένοι» γιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή. Τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της ΕΕ. Σε μελέτη των Leiter et al (1998) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας.

Επίδραση της ΕΕ των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρεχόταν βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al. (2004). Στη συγκεκριμένη μελέτη, η ΕΕ των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης, διαφάνηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση απ' ό,τι οι λόγοι ατομικοί. Οι ατομικές παρεμβάσεις είναι σχετικά λιγότερο δραστικές στο χώρο της εργασίας, όπου το άτομο έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του. Έχει δοθεί, όμως, ιδιαίτερη

βαρύτητα σε αυτές για ποικίλους λόγους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι αντιλήψεις σχετικά με την αιτιότητα/υπαιτιότητα του ατόμου και σχετικά με το ότι είναι «ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάζεις ανθρώπους παρά οργανισμούς».

Αν και έχουν προταθεί ποικίλες ατομικές παρεμβάσεις, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι είναι λίγες οι μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και βρέθηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην ΕΕ του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικότερα, σε μελέτη των Shimizu et al (2003) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ που βίωναν Ιάπωνες νοσηλευτές και της εκπαίδευσής τους στη διεκδικητικότητα, που αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης στις δεξιότητες επικοινωνίας. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν παρακολουθώντας διαλέξεις και «παίζοντας ρόλους» σε δύο διήμερες συνεδρίες σε διάστημα ενός μήνα. Βρέθηκε ότι τα προσωπικά επιτεύγματα της ομάδας παρέμβασης βελτιώθηκαν σημαντικά 5 μήνες μετά από την εκπαίδευση, συγκρινόμενα με την αντίστοιχη μεταβολή της ομάδας ελέγχου. Υπάρχουν και άλλες αναφορές, όπως αυτή των West et al, (1984) που τόνισαν ότι η συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα βελτιώθηκαν σημαντικά 4 μήνες μετά από τη συμμετοχή σε πρόγραμμα διαχείρισης stress, που περιελάμβανε εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης μέσω της εφαρμογής «παιξίματος ρόλων».

Αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΕΕ βρέθηκε να είναι και οι ομάδες εργασίας (workshops) (Pines, 1988). Οι ερευνητές διοργάνωσαν >100 ομάδες εργασίας, στις οποίες συμμετείχαν >5000 άτομα. Αυτές οι ομάδες εργασίας περιελάμβαναν διάφορους επαγγελματίες, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, οδοντίατρους, εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά. Ωστόσο, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προληπτικών ομάδων εργασίας ήταν

δύσκολο να αξιολογηθούν. Έτσι, δεν είναι γνωστό αν αυτές οι αλλαγές είναι διαρκείς. Αυτή η έλλειψη εμπειρικών δεδομένων όσον αφορά στην αποτίμηση του ρόλου της ομάδας εργασίας στη μείωση της ΕΕ υποδηλώνει ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Ακόμη, έχει διερευνηθεί και η αποτελεσματικότητα των σεμιναρίων στη διαχείριση του stress. Οι McCue και Sachs (1991) περιγράφουν ένα τετράωρο σεμινάριο για τη διαχείριση του stress, στο οποίο οι ειδικευόμενοι από ένα πανεπιστημιακό έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Η ΕΕ έχει συνδεθεί και με την έκβαση των ασθενών. Οι Priebe et al, (2004) σε πρόσφατη μελέτη τους, που σκοπό είχε τον καθορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, βρήκαν ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετιζόνταν με την έκβαση της υγείας των ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτών των πρόσφατων μελετών, αν και αναδεικνύουν τη σημασία των επιπτώσεων της ΕΕ των γιατρών και των νοσηλευτών στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάποια επιφύλαξη λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των ερευνών, όπως ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματος, οι διαστρεβλώσεις λόγω αυτό-αναφορών και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της ΕΕ.

Η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, η δυσμενής έκβαση των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες σε αυτούς φροντίδες αποτελούν δείκτες του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και έτσι η επίδραση της ΕΕ του ιατρικού και του

νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανακλά την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της ΕΕ είναι επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

6.3 Προγράμματα παρέμβασης για την επαγγελματική εξουθένωση

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν την προσοχή τους στις ατομικές παρεμβάσεις αυτόφροντίδας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Αυτές αφορούν στις προσπάθειες παρέμβασης που κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας. Η έρευνα όμως έχει καταδείξει, σύμφωνα με τους Maslach et al, (2001) ότι ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και τον οργανισμό παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη δεξιοτήτων χρήσης πόρων για την επίτευξη στόχων, σχέσεων, προσδοκιών και αντοχής στο stress. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογίες στη συναισθηματική εξάντληση μειώθηκαν σε κάποιο βαθμό μετά από 6 εβδομάδες. Η επίδραση των σεμιναρίων για την αντιμετώπιση του stress στην ΕΕ ειδικευόμενων γιατρών μελετήθηκε και από τους Ospina-Kammerer και Figley (2003). Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές μείωσης του stress, σε 4 εβδομαδιαία σεμινάρια. Μετά από την εφαρμογή του προγράμματος, οι μέσες τιμές των βαθμολογιών στο MBI μειώθηκαν στην ομάδα όπου έγινε η παρέμβαση. Όμως και οι δύο αυτές μελέτες που αφορούσαν σε ειδικευόμενους ήταν μικρές, πιθανόν με περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης. Σε άλλη μελέτη (Mehr, et al., 1995) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός εντατικού προγράμματος μείωσης του stress, του τύπου των συσκέψεων τα Σαββατοκύριακα και των υποστηρικτικών ομάδων. Γυναίκες εργαζόμενες στην ψυχική υγεία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα

επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης μετά από τη συμμετοχή τους σε αυτό το πρόγραμμα.

Ένα ακόμη πρόγραμμα παρέμβασης έχει εφαρμοστεί σε μελέτη των Freedy και Hobfoll (1994) στην οποία οι ερευνητές συνέβαλαν στη βελτίωση των τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων των νοσηλευτών διδάσκοντάς τους πώς να χρησιμοποιούν την κοινωνική υποστήριξη και τους ατομικούς «πόρους» και βρήκαν σημαντική μείωση της ΕΕ στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Σε άλλη μελέτη, (Lemma, 2000) που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, αξιολογήθηκε η επίδραση στην ΕΕ νοσηλευτών ψυχικής υγείας ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε θεραπευτικές ικανότητες, βασισμένου στο μοντέλο συμβουλευτικής τριών σταδίων του Egan. Οι νοσηλευτές των ομάδων παρέμβασης ανέφεραν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ΕΕ μετά από την παρακολούθηση του προγράμματος, διάρκειας 15 εβδομάδων. Σε πρόγραμμα που εφάρμοσαν οι Ewers et al (2002) αξιολογήθηκε η επίδραση της εκπαίδευσης στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη γνώση, στις στάσεις και στα επίπεδα της ΕΕ μιας ομάδας νοσηλευτών ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονταν με ασθενείς που υπέφεραν από σοβαρή και μακροχρόνια ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια, σε μονάδα ασφαλείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σκοπός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ήταν η βοήθεια των επαγγελματιών να αντιληφθούν τα προβλήματα των ασθενών μέσα σε ένα πλαίσιο μεγαλύτερης ενσυναίσθησης και να τους εκπαιδεύσουν σε δεξιότητες αποτελεσματικής παρέμβασής τους. Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε σε 20 μονοήμερες συνεδρίες κατά τη διάρκεια 6 μηνών. Βρέθηκε ότι η εκπαίδευση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων της ΕΕ αλλά και τη σημαντική βελτίωση στη γνώση και τις στάσεις των νοσηλευτών

απέναντι στους ασθενείς που υπέφεραν από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τέτοιες αλλαγές είναι πιθανό να έχουν ευεργετική επίδραση στους ίδιους τους νοσηλευτές, στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν, αλλά και στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται (Melchior, 1997)

Η επίδραση ενός ακόμη προγράμματος παρέμβασης αξιολογήθηκε σε μελέτη των Gorter et al (2001) στην Ολλανδία. Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκε η επίδραση ενός προγράμματος συμβουλευτικής καριέρας στην ΕΕ Ολλανδών οδοντιάτρων, που εμφάνιζαν τουλάχιστον μέτρια βαθμολογία στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης στην ολλανδική έκδοση του ερωτηματολογίου καταγραφής της ΕΕ της Maslach (MBINL). Το πρόγραμμα περιελάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες, χρησιμοποιώντας γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης και διήρκεσε 6 μήνες. Η σύγκριση των βαθμολογιών στο MBI-NL των συμμετεχόντων πριν και μετά από το πρόγραμμα έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Από τις μελέτες που έχουν παρατεθεί προκύπτει ότι τα προγράμματα παρέμβασης που εφαρμόστηκαν φαίνεται να συμβάλλουν στη μείωση της ΕΕ που βιώνουν οι συμμετέχοντες. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές εμφανίζουν κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες, που αφορούν στο σχεδιασμό (ημι-πειραματικός, quasi-experimental), το δείγμα (μέγεθος, δειγματοληψία, χαρακτηριστικά δείγματος), το ποσοστό ανταπόκρισης, τα ερωτηματολόγια (μη σταθμισμένα, αυτοχορηγούμενα), τις διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών, την επανεκτίμηση σε δεύτερο χρόνο και τη στατιστική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων. Οι αδυναμίες αυτές περιορίζουν τη γενίκευση και αποτρέπουν,

ως ένα βαθμό, την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για τις επιδράσεις των παρεμβάσεων.

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, κι έχοντας αναλύσει όλα τα παραπάνω, οι μονάδες υγείας και το προσωπικό που εργάζεται σε αυτές καλείται να αντιμετωπίζει μια πληθώρα από στρεσογόνους και επικίνδυνους παράγοντες, που ενδέχεται να βλάψουν την υγείας των ασθενών, να μην του αποδώσουν τη φροντίδα που απαιτείται και σε πολλές περιπτώσεις να πραγματοποιηθούν ανθρώπινα λάθη. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα τα ανθρώπινα λάθη, μπορεί να καταστούν ιδιαίτερα επικίνδυνα για την υγεία των ασθενών και να επιφέρουν μέχρι και τον θάνατο. Ιδιαίτερα σε κάποιες περιπτώσεις υγειονομικής φροντίδας των ασθενών, υπάρχει ένας επιπλέον κίνδυνος, λόγω της φύσης της παροχής υγείας που θα λαμβάνουν οι ασθενείς. Μια τέτοια περίπτωση συνιστούν οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες υλοποιούνται πλέον σε καθημερινό επίπεδο και με τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων και σύγχρονων μηχανημάτων. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο κίνδυνος για τον ασθενή. Ωστόσο, οι χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν και τη διαδικασία της αναισθησίας, η οποία ενδέχεται όχι μόνο να φοβίζει τον ασθενή, αλλά να καταστεί και μοιραία σε περίπτωση που δεν καταστεί επιτυχημένη ή σε περίπτωση λάθους στην χορήγηση των φαρμάκων.

Με δεδομένο, ωστόσο, ότι η αναισθησία αποτελεί μια σημαντική διαδικασία για τη διεξαγωγή του χειρουργείου, και λόγω της συμμετοχής επιπλέον ειδικοτήτων σε αυτή, καθώς υπάρχει ο νοσηλευτής χειρουργείου. Η ειδικότητα του νοσηλευτή του

χειρουργείου περιλαμβάνει διάφορες αρμοδιότητες και καθήκοντα, κάποιες εκ των οποίων σχετίζονται με τη διαδικασία της αναισθησίας. Μάλιστα, όπως αναλύσαμε παραπάνω, για τη διαδικασία της αναισθησίας υπάρχει ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό που σχετίζεται με την ειδικότητα του νοσηλευτή της αναισθησίας. Ο συγκεκριμένος νοσηλευτής επιφορτίζεται με την πραγμάτωση και εξασφάλιση της σωστής αναισθητικής διαδικασίας, η οποία υλοποιείται πριν ακόμα ο ασθενής στο χειρουργείο. Έτσι, λοιπόν, κατά την προεγχειρητική διαδικασία, ο νοσηλευτής ελέγχει τις ενδείξεις του ασθενή και τις ποσότητες των φαρμάκων που θα του χορηγηθούν, ώστε να μπορέσει στη συνέχεια να ολοκληρωθεί η διαδικασία της αναισθησίας και να πραγματοποιηθεί η χειρουργική διαδικασία. Ακόμα, όμως και με την έναρξη του χειρουργείου, ο νοσηλευτής που σχετίζεται με την αναισθητική διαδικασία παραμένει στον χώρο και φροντίζει τον ασθενή, όπως και με το πέρας αυτού.

Ωστόσο, η εμπλοκή περισσότερων ατόμων στη χειρουργική διαδικασία, αυξάνει και τον κίνδυνο υλοποίησης ανθρώπινου, το οποίο συνιστά μια σοβαρή αιτία επιπλοκών σε όλες τις φάσεις της χειρουργικής διαδικασίας. Στην περίπτωση των νοσηλευτικών λαθών που εξετάσαμε στην παρούσα εργασία, τα αίτια υλοποίησης λαθών σχετίζονται τόσο με λανθασμένη χορήγηση και χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία αποτελούν το βασικό μέσο κατά τη διαδικασία της αναισθησίας, αλλά και η επαγγελματική εξουθένωση που δύνανται να βιώνουν οι ίδιοι οι νοσηλευτές λόγω των ωραρίων και των συνθηκών στον εργασιακό χώρο τους. Και οι δύο αυτές περιπτώσεις, αυξάνουν ταυτόχρονα και τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη χειρουργική διαδικασία, ενώ δύνανται να καταστούν και αίτια θνησιμότητας των ασθενών. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι το ανθρώπινο λάθος είτε από κούραση είτε από άγνοια στις διαδικασίες που καλούνται να εφαρμόσουν οι νοσηλευτές, μπορεί να

επιφέρει σημαντικές συνέπειες, οι οποίες επεκτείνονται και στους ασθενείς που καλούνται να φροντίσουν και να περιθάλψουν. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο οι νοσηλευτές να ακολουθούν πιστά τα πρωτόκολλα και τις οδηγίες των σκευασμάτων που χορηγούν στους ασθενείς, αλλά και να διαθέτουν την κατάλληλη εξειδίκευση και επιμόρφωση στον τομέα τους. Επίσης, στις περιπτώσεις που οι νοσηλευτές βιώνουν έντονη κούραση ή συναισθηματική εξουθένωση, για να μπορέσουν να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα και το αίσθημα κόπωσης που βιώνουν, κρίνεται απαραίτητο να συμμετέχουν σε προγράμματα ενίσχυσης. Τέτοια προγράμματα, εφαρμόζονται ήδη σε πολλές χώρες της Ευρώπης, και προσφέρουν τη δυνατότητα στο νοσηλευτικό, αλλά και γενικότερα στο υγειονομικό προσωπικό να μειώσει τα επίπεδα άγχους που βιώνει, να απομακρυνθεί από τα αρνητικά συναισθήματα που επιφέρει η κόπωση και να αναπτύξουν στρατηγικές ενδυνάμωσης του εαυτού τους για να μπορούν να αντεπεξέρχονται σε δύσκολες καταστάσεις. Τέλος, σε περιπτώσεις λαθών που σχετίζονται με ανθρώπινο παράγοντα χρειάζεται να υλοποιείται η απαραίτητη έρευνα και ενημέρωση όλων, ώστε να μπορέσουν οι αρμόδιοι φορείς να εξετάσουν τα λάθη και να εφαρμόσουν πολιτικές βελτίωσης στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται να εφαρμόζονται κάποιες δικλείδες διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται και να αξιολογούνται συνεχώς, ώστε να υπάρχει και η κατάλληλη πρόληψη για πιθανά λάθη, αλλά και η διαχείριση όλων των ζητημάτων που προκύπτουν, ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες

Baker, H.M., 1997. Rules outside the rules for administration of medication: a study in New South Wales, Australia. *Journal of Nursing Scholarship*, 29, p. 155-158.

Bentwich, M.E., Dickman, N., Oberman, A. (2018). Human dignity and autonomy in the care for patients with dementia. Differences among formal caretakers from various cultural backgrounds. *Ethnicity and Health*, 23 (2), pp. 121-141.

Bruce, J. & Wong, I., 2001. Parenteral drug administration errors by nursing staff on an acute medical admissions ward during day duty. *Drug Safety*, 24, p. 855-62.

Chua, S.S., Chua, H.M. & Omar, A., 2010. Drug administration errors in pediatrics wards: a direct observation approach. *European Journal of Pediatrics*, 169(5), p. 603–11.

Cohen, M. R. (2018). Common missteps with medication safety: Rolling a single dice, ineffective strategies, and unexecuted action plans. *Hospital Pharmacy*, 53 (1), pp. 25-28.

Deans, C., 2005. *Medication errors and professional practice of registered nurses. Collegian*, 12, p. 29-33.

Freedly JR, Hobfoll SE. Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping* 1994, 6:311–325.

Ewers P, Bradshaw I, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses? *J Adv Nurs* 2002, 37:470–476.

Gladstone, J., 1995. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 22, p. 628–637.

Gorter RC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. A career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Educ Couns* 2001, 43:23–30.

Hammoudi, B.M., Ismaile, S. & Yahya, O.A., 2017. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Nordic College of Caring Science*, 32, p. 1038-1046.

Hand, K. & Barber, N., 2000. Nurses' attitudes and beliefs about medication errors in a UK hospital. *International Journal of Pharmacy Practice*, 8, p. 128–34.

Jin, H., Chen, H., Munechika, M., Sano, M. & Kajihara, C., 2018. The effect of workload on nurses' non-observance errors in medication administration processes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 24, p. 1-9.

Johnsons, M., Levett-Jones, T., Langdonc, R., Weidemann G., Maniase, E. & Everetth, B., 2018. A qualitative study of nurses' perceptions of a behavioural strategies e-learning program to reduce interruptions during medication administration. *Nurse Education Today*. 69, p. 41-47.

Jones, J.H. & Treiber, L.A., 2010. When the 5 rights go wrong: medication errors from the nursing perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), p. 240–7.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America Crossing the

- Quality Chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC, National Academy Press, 2001
- Keers, R., Williams, J., Cooke, J. & Darren, A., 2013. Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36, p. 1045-1067.
- Kobasa, C., Maddi, R., Kahns, A., Hardiness and Health, J. of Personality and Social Psychology, 1982, (42):168-177.
- Kohn L CJ, Donaldson M, (2000). (eds.): To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watanarium, K., Kontopantelis, E. & van Vyght A.J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 16;7(7):CD001271. Ανακτήθηκε από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/> στις 9/2/2021.
- Lemma A. Containing the containers. *The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses*. Surrey University, Surrey, Psychology D, 2000.
- Manias, E., Aitken, R. & Dunning, T., 2004. Medication management by graduate nurses: before, during and following medication administration. *Nursing & Health Sciences*, 6(2), p. 83–91.
- Mayo, A. & Dunkan, D., 2004. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), p. 209- 217.
- Marjorie, G. & O'Brien, M.,1990. The role of the nurse in health promotion. *Health Promotion International*, 5(2), p. 137- 143.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397–422.

Mehr ML, Senteney A, Creadie TM. Daydreams, stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report. *Imagination, Cognition and Personality* 1995, 14:105–115.

Nix, M.P., Coopey, M. & Clancy, C.M. (2006), "Quality tools to improve care and prevent errors", *Journal of nursing care quality*, 21(1):1.

Ozkan, S., Kocaman, G., Ozturk, C. & Seren, S., 2011. Frequency of pediatric medication administration errors and contributing factors. *Journal of Nursing Care Quality*, 26, p. 136-43.

Okamoto, M., Taniguchi, N., Nozaki, M., Mastuda, Y., Saito, N. (2018). Developing culturally sensitive care in Japan. Comparison of competence in healthcare and education, *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 779, pp. 259-266.

Ανακτήθηκε

από

<https://miami.pure.elsevier.com/en/publications/developingculturally-sensitive-care-in-japan-comparison-of-compe> στις 9/2/2021.

Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5:29–32.

Paine, L.A., Rosenstein, B.J., Sexton, J.B., Kent, P., Holzmueller, C.G. & Pronovost, P.J. (2010), "Assessing and improving safety culture throughout an academic medical center: a prospective cohort study", *Quality and Safety in Health Care*, 19(6):547.

Reid-Searl, K., Moxham, L. & Happell, B., 2010. Enhancing patient safety: the importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 16, p. 225-32.

Rivaz, M. Ebadi, A., Momennasab, N. (2018). The role of hospitals in making the nursing practice environment attractive, *HAYAT*, 23(4), pp. 290-294.

Sexton, B., Thomas, J. E. & Helmreich, R. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000 Mar 18; 320(7237): 745–749. Ανακτήθηκε από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/> στις 9/2/2021.

Shah, R.K., Kentala, E., Healy, G.B. & Roberson, D.W. (2004), "Classification and consequences of errors in otolaryngology", *The Laryngoscope*, 114(8):1322-1335.

Tang, F.I., Sheyu, S.J., Yu, S., Wei, I.L. & Chen, C.H., 2007. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16, p. 447-57.

Taxis, K. & Barber, N., 2004. Causes of intravenous medication errors observation of nurses in a German hospital. *Journal of Public Health*, 12(2), p. 132–8.

Treiber, L.A. & Jones, J.H., 2012. Medication errors, routines, and differences between perioperative and non-perioperative nurses. *AORN Journal*, 96(3), p. 285–94.

Treiber, L.A. & Jones, J.H., 2010. Devastatingly human: an analysis of registered nurses' medication error accounts. *Qualitative Health Research*, 20(10), p. 1327–42

Wirtz, V., Taxis, K. & Barber, N.D., (2003). An observational study of intravenous medication errors in the United Kingdom and in Germany. *Pharmacy World and Science*, 25, p. 104-11.

World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. Available at: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf (22/1/2021).

Young, A. (2018), Coping with difficult conversations as a nurse and how can be improved? *Br J Community Nurs*. 23(7), pp. S31-S33. Ανακτήθηκε από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011235/> στις 9/2/2021.

Ελληνόγλωσση

Αγγελόπουλος Ν. Β. (2001). Ψυχιατρικά προβλήματα κατά την προεγχειρητική περίοδο-Βραχεία ανασκόπηση. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2001*. 18 (5), 446-450
Ανακτήθηκε από [www. mednet. gr](http://www.mednet.gr). στις 21/2/2021.

Ασκητοπούλου, Ε. (2012). Εισαγωγή στην αναισθησιολογία. Ανακτήθηκε από vml.med.uoc.gr στις 10/2/2021.

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης, *Ψυχολογικά Θέματα*, 1992,5(3): 184-202.

Βούλτσος, Π. & Χατζητόλιος, Α. (2006). Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, *Ιατρικό Βήμα*.

Γκιάλα Μ.,1998. *Χορήγηση Αναισθησίας*. *Αναισθησιολογία* University Studio Press 1998, σελ17-18.

Κάργα Μ.(2009)Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Ανακτήθηκε από <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/23150#page/1/mode/2up> στις 9/2/2021.

Νικολαΐδης, Δ., 2004. Ο ρόλος της εκπαίδευσης στον έλεγχο αποφυγής των νοσηλευτικών λαθών. Στο: *31ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Αθήνα 3-6 Μαΐου 2004*. Αθήνα.

Παναγιώτου, Α. (2015). Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*.

Παπαδημητρίου Ι.-Τσίφτης Δ., (2001). Κήλες, σελ799. Χειρουργική στην 3^η ηλικία,σελ.1514. *Σύγχρονη γενική χειρουργική*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου 2001.

Πατελάρου, Α. (2012). Ασφάλεια και ποιότητα κατά την αναισθησία: Πρόσφατα δεδομένα από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου – Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. Τόμος 4 - Τεύχος 4, σελ. 64-71.

Παυλάκης, Α., Άγχος, μελαγχολία και επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα στους νοσηλευτές του Ογκολογικού, *Πρακτικά Συνεδρίου Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, Μάλτα 1998*.

Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. & Ρήγα, Μ. (2012). Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων. Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 11^{ος} τόμος, 4^ο τεύχος.

Ραφτόπουλος. Β (2009) *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*. Λευκωσία.

Ronald, A. G., Kulli, C. J., Lee, B. S., Spratt, G. D. & Ward, S. D. (2001). Οργάνωση και διοίκηση χειρουργείου. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.

Stoelting Robert-Miller Ronald (1991). Προεγχειρητική αξιολόγηση και επιλογή της Τεχνικής της Αναισθησίας,σελ119-122,124. Προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή, σελ.131.Ραχιαία επισκληρίδιος και ιερά αναισθησία, σελ. 193. *Βασικές αρχές αναισθησιολογίας*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Τούντας, Γ. & Οικονόμου, Ν. (2007). Η αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 : 22-33.