

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εκτίμηση της διαταραχής του μετα-τραυματικού άγχους που βιώνουν οι εργαζόμενοι σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, σε αστικό και επαρχιακό κέντρο»

Μαρία Αποστολάκου

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια - Πρόεδρος Τμήματος

Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΟΥ Κ. ΜΑΡΙΑ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια - Πρόεδρος Τμήματος

Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, τόσο η εκτίμηση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους που βιώνει το προσωπικό που εργάζεται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, όσο και η βοήθεια στη διαδικασία διαλογής θυμάτων που βιώνουν τραυματικό άγχος στην περίπτωση ενός καταστροφικού/ τραυματικού γεγονότος μεγάλης κλίμακας.

Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία: «Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)» και «Peritraumatic Distress Inventory (PDI)», τα οποία μεταφράστηκαν, προσαρμόστηκαν πολιτισμικά και σταθμίστηκαν στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με τη διεθνή μεθοδολογία και είναι σχεδιασμένα για να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του περιτραυματικού άγχους. Δείγμα ευκολίας αποτέλεσε όλο το νοσηλευτικό (Νοσηλευτές ΤΕ και ΠΕ, Βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ) και ιατρικό προσωπικό, 112 εργαζομένων, που εργάζεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, τριών δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, σε αστικό και επαρχιακό κέντρο.

Αποτελέσματα: Βοήθεια στους εργαζόμενους κατά τη διαδικασία διαλογής θυμάτων που βιώνουν τραυματικό άγχος στην περίπτωση ενός καταστροφικού γεγονότος μεγάλης κλίμακας και καθορισμός της έντασης του μετα-τραυματικού άγχους που βιώνεται από το άτομο, προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στην παραπομπή σε εξειδικευμένη υποστηρικτική βοήθεια.

Συμπεράσματα: Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των ερωτηθέντων και κατά συνέχεια τα αποτελέσματα της μελέτης που διενεργήσαμε, συμπεραίνουμε πως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εργαζομένων και τα έτη προϋπηρεσίας τους, διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση μετατραυματικών διαταραχών. Σε συνδυασμό λοιπόν, με τις ιδιαιτερότητες του επαγγέλματός τους (ροή ασθενών στο ΤΕΠ, στρεσογόνες καταστάσεις κλπ), κρίνεται σημαντικό να δοθεί προτεραιότητα στην παραπομπή σε εξειδικευμένη υποστηρικτική βοήθεια.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή μετατραυματικού άγχους, απογραφή περιτραυματικού κινδύνου, επείγουσα διαλογή, τραυματικό γεγονός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εργαζόμενοι ΤΕΠ, μαζικές καταστροφές, διαχείριση κρίσεων.

ABSTRACT

Purpose of this search is both the valuation of post-traumatic stress disorder, which the personnel of the Emergency Department lives, and the support in the procedure of victims triage, who experience traumatic stress because of a destructive/traumatic and large- scale event.

Material and Methods: In this search the following tools were used: «Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)» and «Peritraumatic Distress Inventory (PDI)», which were translated, cultural adjusted and weighted in Greek language, according to the international method and designed to help in the evaluation of peritraumatic stress. The nursery and medical personnel of 112 persons, who work in the Emergency Departments of three general and private hospitals, in urban and provincial centers, is the convenience sample.

Results: Support to the workers during the procedure of victims triage, who live traumatic stress in case of a destructive large-scale event and adjustment of posttraumatic stress intensity by the individual, in order to give priority to the reference of specialized support.

Conclusions: Considering the responses of asked persons and the results of the study we performed, we come to the conclusion that the social-financial status and the years of service of the workers in Emergency Departments are catalytic in appearance of posttraumatic stress disorders. In conjunction with the specifics of their job (patient flow, stressful situations, etc.), it is important to give priority to the reference of specialized support.

Key words: Posttraumatic stress disorder, peritraumatic distress inventory, emergency triage, traumatic event, Emergency Department, personnel of Emergency Department, massive destructions, crisis management.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	i
Abstract	ii
Εισαγωγή	1
<u>A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
1.1 Χαρακτηριστικά Επειγόντων Περιστατικών	3
1.2 Η κατάσταση της Επείγουσας Φροντίδας και των ΤΕΠ στην Ελλάδα	3
1.3 Επείγουσα Νοσηλευτική Ειδικότητα	4
1.3.1 Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού στην Επείγουσα Νοσηλευτική	5
1.3.2 Αρμοδιότητες Νοσηλευτικού προσωπικού στο ΤΕΠ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	8
2.1.1 Οι κύριοι στόχοι του ΤΕΠ	9
2.1.2 Βασικές απαιτήσεις από το ΤΕΠ	10
2.1.3 Προβλήματα λειτουργικών διαδικασιών	10
2.1.4 Οφέλη από τη βελτίωση της Ποιότητας του ΤΕΠ	11
2.1.5 Νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας ΤΕΠ στην Ελλάδα	12
2.2 Ανάλυση παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΤΕΠ	13
2.2.1 Διαλογή	14
2.2.2 Ροή των ασθενών	14
2.3 Στελέχωση ΤΕΠ	16

2.4 Διαχείριση Κρίσεων	19
2.4.1 Καταστροφές	20
2.4.2 Επιπτώσεις	22
2.5 Οι Μονάδες Υγείας και ο ρόλος του ΤΕΠ στην αντιμετώπιση περιστατικών από μαζικές καταστροφές	24
2.5.1 Εφαρμογή οδηγιών για την αντιμετώπιση θυμάτων από καταστροφές	24
2.5.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στη βέλτιστη αντιμετώπιση	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	
3.1 Εισαγωγή	28
3.2 Η Ιστορία του Συνδρόμου	29
3.3 Το Σύνδρομο	29
3.3.1 Τι το προκαλεί	29
3.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια – Συμπτώματα	30
3.3.3 Άλλες ασθένειες που μπορεί να συνοδεύουν τη διαταραχή μετα-τραυματικού στρες	31
3.3.4 Επιπτώσεις της μετατραυματικής διαταραχής	31
3.3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση	33
3.4 Εργασιακό άγχος	34
3.4.1 Επιπτώσεις στην Ψυχική Υγεία των εργαζομένων	35

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΑ

4.1 Μεθοδολογία 37

4.2 Αποτελέσματα 39

4.3 Συζήτηση 57

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες αναφορές 62

Ελληνικές αναφορές 67

Διαδικτυακές πηγές 69

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο Περιτραυματικών Ασυσχετίστων Εμπειριών (PDEQ) 70

Απογραφή Περιτραυματικού Κινδύνου (PDI) 72

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Επείγουσα αντιμετώπιση οξέων περιστατικών και έκτακτων συμβάντων «στον κατάλληλο χρόνο, στο κατάλληλο τόπο και από το κατάλληλο προσωπικό», αποτελεί βασική αρχή ανάπτυξης όλων των συστημάτων υγείας διεθνώς. Συνοδοιπόροι στην επίτευξη του παραπάνω στόχου βρίσκονται τα Συστήματα Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων.

Πολύ συχνά στο ΤΕΠ προσέρχεται ή διακομίζεται ταυτόχρονα μεγάλος αριθμός ασθενών, που εμφανώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που είναι σε επείγουσα κατάσταση και η κατεύθυνσή τους προς τον κατάλληλο χώρο φροντίδας του ΤΕΠ, αποτελεί την λύδια λίθο για την αποτελεσματική παροχή επείγουσας φροντίδας και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων στο σύνολο των περιπτώσεων του τμήματος. Βασικό εργαλείο προς το σκοπό αυτό είναι η υιοθέτηση διαδικασιών *Κατηγοριοποίησης-Διαλογής* των περιστατικών (*Triage*).

Στο χώρο της υγείας η διαλογή έχει την έννοια της διαδικασίας καθορισμού της προτεραιότητας αντιμετώπισης και θεραπείας πολλών ασθενών, οι οποίοι ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών ή πολεμικών συγκρούσεων.

Η Επείγουσα Ιατρική είναι μία ιατρική ειδικότητα που βασίζεται στις γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, διάγνωση και διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθένειας και του τραύματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς. Είναι μια ειδικότητα, στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμης σημασίας.

Η Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα αφορά τις παρεμβάσεις στα άτομα όλων των ηλικιών, που εμφανίζουν σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα υγείας, τα οποία δεν είναι διαγνωσμένα ή απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να απαιτούν ελάχιστη φροντίδα ή μέτρα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών, εκπαίδευση των ασθενών καθώς και ατόμων του περιβάλλοντός τους.

Οι παραπάνω επαγγελματικές ομάδες είναι από τις πλέον ευάλωτες στο εργασιακό στρες, καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες

καταστάσεις. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς τους. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες εκείνους, που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση τους και τους επιφορτίζουν με στρες.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες προκαλείται από ένα ψυχολογικά τραυματικό γεγονός. Αυτού του είδους τα γεγονότα καλούνται «πιέσεις» και τα βιώνει κάποιος μόνος ή σε ομάδα. Για να χαρακτηριστεί το γεγονός ως «τραυματικό», τα άτομα πρέπει να έχουν βιώσει μια απειλή για τη ζωή τους, να έχουν υποστεί οι ίδιοι έναν σοβαρό τραυματισμό ή αλλιώς την απειλή της σωματικής ακεραιότητας ενός άλλου ατόμου. Επιπρόσθετα, αυτό το γεγονός, πρέπει να έχει προκαλέσει φόβο, αίσθημα αναζήτησης βοήθειας ή τρόμου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το να δεις κάποιον να πληγώνεται ή να πεθαίνει ή να πληροφορείσαι ότι ένας στενός φίλος ή ένα μέλος της οικογένειας βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο μπορεί να προκαλέσει τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Στην παρούσα μελέτη, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, θα εκτιμήσουμε σε πιο βαθμό βιώνει το προσωπικό, που εργάζεται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους. Έτσι, θα βοηθήσουμε τους εργαζομένους του ΤΕΠ κατά τη διαδικασία διαλογής θυμάτων που βιώνουν τραυματικό άγχος στην περίπτωση ενός καταστροφικού γεγονότος μεγάλης κλίμακας και θα καθορίσουμε την ένταση του μετατραυματικού άγχους, προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στην παραπομπή σε εξειδικευμένη υποστηρικτική βοήθεια- ψυχολογική υποστήριξη.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.1 Χαρακτηριστικά Επειγόντων Περιστατικών

Οι ασθενείς με επείγοντα προβλήματα έχουν ορισμένα πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σχέση με των υπόλοιπων ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο για διερεύνηση ή θεραπεία (Αγγουριδάκης, Συμπυράκης, 2010).

- Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των απειλητικών για τη ζωή, ή λειτουργία οργάνου, ή μέλους καταστάσεων που αφορούν νόσο ή τραύμα.
- Έγκαιρη και συνδυασμένη φροντίδα για τον περιορισμό της άμεσης και της απότερης θνητότητας και μείωση της διάρκειας και της βαρύτητας της νοσηρότητας που προκύπτουν από νόσο ή τραύμα. Η ανακούφιση από το άλγος και την δυσπραγία είναι εξίσου σημαντική.
- Το σύστημα παροχής της επείγουσας ιατρικής φροντίδας πρέπει να είναι κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητο. Όμως η ομαδική εργασία και η συνεργασία με άλλες ειδικότητες και φορείς είναι προαπαιτούμενο.

1.2 Η κατάσταση της Επείγουσας Φροντίδας και των ΤΕΠ στην Ελλάδα

Η Επείγουσα Ιατρική δεν είναι ακόμα αναγνωρισμένη σαν ειδικότητα ή εξειδίκευση στην Ελλάδα. Πρόσφατα έχει ενεργοποιηθεί από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας η διαδικασία για την αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής σαν εξειδίκευση. Η προ-νοσοκομειακή επείγουσα ιατρική φροντίδα καλύπτεται αρκετά ικανοποιητικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), το οποίο διαθέτει μονοετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα για γιατρούς (Αγγουριδάκης, Συμπυράκης, 2010).

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς ιατρικού κυρίως προσωπικού και οι ασθενείς του εξυπηρετούνται από ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων. Η καταγραφή, η αρχική αξιολόγηση (Διαλογή) και η εν γένει αντιμετώπιση των ασθενών δεν είναι η καλύτερη δυνατή λόγω της έλλειψης ειδικευμένων επειγοντολόγων και του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού των προσερχόμενων ασθενών. Οι αιτίες του πολύ υψηλού αριθμού των προσερχόμενων ασθενών στα Ελληνικά ΤΕΠ είναι (Αγγουριδάκης, Συμπυράκης, 2010):

- Ανεπαρκής ανάπτυξη πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.
- Ανεπάρκεια των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.
- Το καθεστώς της μη καθημερινής 24ωρης εφημερίας των νοσοκομείων.

1.3 Επείγουσα Νοσηλευτική Ειδικότητα

Η επείγουσα νοσηλευτική έχει τις ρίζες της στην εποχή της Florence Nightingale, ωστόσο η εξειδικευμένη εξάσκησή της αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια. Μάλιστα στις ΗΠΑ, η αναγνώρισή της ως ξεχωριστή νοσηλευτική ειδικότητα επιτεύχθηκε από τις αρχές της δεκαετίας του 70', οπότε και ιδρύθηκαν ο Οργανισμός Νοσηλευτών των Emergency Room (Emergency Room Nurses Organization) και η Ένωση Νοσηλευτών των Emergency Department (Emergency Department Nurses Association). Οι δύο αυτές οργανώσεις ιδρύθηκαν τότε για την συνένωση των δυνάμεων των νοσηλευτών που εργάζονταν σε χώρους επείγουσας φροντίδας, προκειμένου να καθορίσουν πρότυπα και να αναπτύξουν βελτιωμένες μεθόδους για την αποτελεσματική πρακτική της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας. Ταυτόχρονα μάλιστα θέλησαν να παρέχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης καθώς και ένα συλλογικό νομικό όργανο για όλους τους νοσηλευτές που εργάζονταν στο χώρο της επείγουσας φροντίδας.

Τελικά οι δύο οργανώσεις ενώθηκαν, δημιουργώντας την Ένωση Νοσηλευτών των ΤΕΠ (Emergency Department Nurses Association), υπεύθυνη για εκπαιδευτικά αλλά αργότερα και για νομικά και οργανωτικά θέματα, η οποία μάλιστα το 1985 μετονομάστηκε σε Ένωση Νοσηλευτών Επείγουσας Φροντίδας (Emergency Nurse Association, ENA), αναγνωρίζοντας έτσι το γεγονός ότι η εξάσκηση της επείγουσας νοσηλευτικής δεν σχετίζεται τόσο με τον τόπο όπου αυτή παρέχεται, αλλά με την ίδια την παροχή επείγουσας φροντίδας.

Η Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα αφορά τις παρεμβάσεις στα άτομα όλων των ηλικιών, που εμφανίζουν σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα υγείας, τα οποία δεν είναι διαγνωσμένα ή απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να απαιτούν ελάχιστη φροντίδα ή μέτρα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών, εκπαίδευση των ασθενών καθώς και ατόμων του περιβάλλοντός τους. Έτσι ο ρόλος της επείγουσας νοσηλευτικής είναι η φροντίδα του ασθενή, η έρευνα, η οργάνωση, η εκπαίδευση και η συμβουλευτική, ενώ ο

σκοπός της επείγουσας νοσηλευτικής πρακτικής περιλαμβάνει την εκτίμηση, την διάγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση της θεραπείας.

Από τις πλέον ευάλωτες στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες, είναι οι νοσηλευτές, καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες εκείνους, που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών και τους επιφορτίζουν με στρες (Παπαγεωργίου, Καραμπέτσου, και συν., 2007).

1.3.1 Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού στην Επείγουσα Νοσηλευτική

Σύμφωνα με τον Emergency Nurse Association και τον Canadian Nurse Association η άσκηση της Επείγουσας νοσηλευτικής αποτελεί έναν συγκερασμό γνώσεων και δεξιοτήτων που έχει το μοναδικό προνόμιο να συνδυάζει πολλές νοσηλευτικές ειδικότητες (<http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>).

Οι νοσηλευτές του ΤΕΠ παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων και αυτό απαιτεί την κατάλληλη νοσηλευτική προσέγγιση σε άτομα με πιθανά ή πραγματικά επείγοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τους παραπάνω οργανισμούς το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει εκπαιδευτεί και να έχει παρακολουθήσει μαθήματα επείγουσας νοσηλευτικής. Οφείλει να γνωρίζει τουλάχιστον (<http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>):

- ✓ βασική καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR),
- ✓ εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Advanced Cardiopulmonary Life Support, ACLS) με πιστοποιητικό επιτυχούς εξέτασης το τελευταίο 12μηνο,
- ✓ 8ωρη τουλάχιστον εκπαίδευση ανά 2 χρόνια σε τραυματολογικό κέντρο,
- ✓ εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε παιδιά (Paediatric Advanced Life Support- PALS) με πιστοποιητικό επιτυχούς εξέτασης το τελευταίο 12μηνο και επιπλέον,
- ✓ επείγουσες γυναικολογικές και μαιευτικές καταστάσεις,
- ✓ ενδοφλέβιες τεχνικές,
- ✓ διαφορική διάγνωση κωματώδους κατάστασης,

- ✓ Αντιμετώπιση shock,
- ✓ ερμηνεία ΗΚΓ,
- ✓ αντιμετώπιση κρίσεων,
- ✓ εκπαίδευση ασθενούς.

Οι απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την ενασχόληση με την επείγουσα νοσηλευτική προσφέρονται σε επίπεδο, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και με τη μορφή σεμιναρίων, με τη λήξη των οποίων ο εκπαιδευόμενος ανανεώνει την επίσημη πιστοποίηση σε συγκεκριμένη κλινική δεξιότητα. Το κλινικό κομμάτι εστιάζεται στην προνοσοκομειακή φροντίδα, στη χρήση φαρμάκων σε παθολογικά και χειρουργικά περιστατικά και στη διαλογή (<http://niec.org/acls>).

Τα μετεκπαιδευτικά σεμινάρια έχουν σα στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα ΤΕΠ και περιλαμβάνουν θεωρητική και πρακτική κατάρτιση, 120 ωρών, στα ίδια περίπου αντικείμενα και δεξιότητες με αυτά του μεταπτυχιακού προγράμματος (www.pitt.edu/-cnweb/tep.htm).

Το νοσηλευτικό προσωπικό εκπαιδεύεται και επανεκπαιδεύεται στο ACLS και στο PALS και η διάρκεια εκπαίδευσης είναι 2 ημέρες για αυτούς που έρχονται πρώτη φορά σε επαφή με το αντικείμενο και 1 ημέρας για όσους ανανεώνουν την εκπαίδευσή τους, ενώ η πιστοποίηση που λαμβάνουν ισχύει για 2 χρόνια. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει : χειρισμό των αεραγωγών, διασωλήνωση, αναγνώριση καρδιακής δυσλειτουργίας, αλγόριθμος φαρμάκων, αναγνώριση μαρμαρυγής και εφαρμογή συγχρονισμένης απινίδωσης, καθώς και εξάσκηση σε σενάρια περιστατικών (<http://ce.niagarac.on.ca>), (<http://64.233.183.104/custom>).

Τα σεμινάρια είναι μικρής διάρκειας και πριμοδοτούνται με μεταπτυχιακές διδακτικές μονάδες, ενώ τελούν υπό την αιγίδα νοσηλευτικών και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων καθώς και Επιστημονικών Ενώσεων. Τα σεμινάρια αυτά αναφέρονται σε πεδία όπως η διαλογή περιστατικών (triage), η διαχείριση κρίσεων, η αντιμετώπιση ατόμων διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και η αντιμετώπιση ατυχημάτων. Η εκπαίδευση στο triage που προτείνεται από οργανισμούς, όπως ο Emergency Department Quality Solution (http://www.ed_qual.com/emergency_department_education_trainig.htm).

Η εκπαίδευση στο *triage* ακολουθεί τις οδηγίες του Emergency Nurses Association (ENA) όπως αυτές διαμορφώθηκαν σύμφωνα με το Emergency Severity Index (ESI) που προτείνει τη διαλογή των ασθενών σε 5 κατηγορίες. Στην *πρώτη κατηγορία* εντάσσονται τα άτομα που είναι διασωλημένα/ άσφυγμα/ απνοϊκά, καθώς και όσα έχουν απώλεια αισθήσεων και δεν ανταποκρίνονται σε ερεθίσματα. Στη *δεύτερη κατηγορία* υπάγονται τα περιστατικά υψηλού κινδύνου, όσοι είναι σε σύγχυση, ληθαργικοί ή αποπροσανατολισμένοι, αλλά και όσοι πονούν ή δυσφορούν έντονα, ενώ οι τρεις υπόλοιπες κατηγορίες διακρίνονται με βάση τον αριθμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα τους γίνουν. Έτσι, στην *τρίτη κατηγορία* εντάσσονται όσοι πιθανόν χρήζουν πάνω από 2 νοσηλευτικών παρεμβάσεων και ένα τουλάχιστον από τα ζωτικά σημεία τους δεν είναι φυσιολογικό, στην *τέταρτη κατηγορία* όσοι πιθανόν θα χρειαστούν 1 νοσηλευτική παρέμβαση και έχουν ζωτικά σημεία εντός φυσιολογικών ορίων και στην *πέμπτη* όσοι δεν θα λάβουν καμία. Η 3ωρη αυτή εκπαίδευση συμβάλει στην προστασία των ασθενών και βελτιώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στην Ελλάδα αντίστοιχα, ο νοσηλευτής δεν έχει πολλές επιλογές για την κατάρτιση του σε θέματα επείγουσας νοσηλευτικής. Σε προπτυχιακό επίπεδο οι γνώσεις είναι ανεπαρκείς καθώς περιορίζονται σε θεωρητική διδασκαλία 3 ωρών σε ένα ακαδημαϊκό εξάμηνο χωρίς κλινική άσκηση στο χώρο των ΤΕΠ, ενώ στην διάρκεια της εξάμηνης πρακτικής άσκησης των τελειοφοίτων των νοσηλευτικών σχολών των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων η άσκηση δεν είναι επαρκής και πάλι.

Σε μεταπτυχιακό επίπεδο και στα πλαίσια του προγράμματος της κατεύθυνσης της Κλινικής νοσηλευτικής δίνεται η ειδίκευση της επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθημάτων αφορά θέματα εντατικής νοσηλευτικής περιλαμβάνουν ειδικές θεραπείες στην εντατική, διακομιδές και κατ' οίκον φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες και την πολυοργανική δυσλειτουργία (<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω προκύπτει η σπουδαιότητα του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάγκη για συνεχή και κυρίως επαρκή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στα ΤΕΠ είναι επομένως επιτακτική για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού απαιτείται η συνεργασία όλων των φορέων και επιστημονικών εταιριών που εμπλέκονται στην με τη λειτουργία του ΤΕΠ (<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>).

1.3.2 Αρμοδιότητες Νοσηλευτικού προσωπικού στο ΤΕΠ

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού στο ΤΕΠ είναι οι ακόλουθες (Λάμπρου, 2005):

- Διαλογή ασθενών, προσδιορισμός της βαρύτητας της κλινικής κατάστασης.
- Εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.
- Βασική και εξειδικευμένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε συνεργασία με τους γιατρούς του τμήματος.
- Ετοιμασία του ασθενούς για θεραπευτικές εργασίες.
- Συστηματική παρακολούθηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών.
- Χορήγηση φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό» (EuSEM, 2007).

Το ΤΕΠ αποτελεί το συνδετικό κρίκο και έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο (interface) μεταξύ του ασθενούς και της οριστικής του αντιμετώπισης, καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας. Η συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη των νοσοκομείων να νοσηλεύσουν μεγάλους αριθμούς επειγουσών εισαγωγών έχει προκαλέσει σημαντική ανησυχία στο κοινό αλλά και την πολιτεία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι προγραμματισμένες εισαγωγές συνέχεια μειώνονται, οι επείγουσες εισαγωγές έχουν συνεχή ανοδική τάση, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να πρέπει να αντιμετωπίσουν τις κυμαινόμενες και απρόβλεπτες ανάγκες των εισαγωγών επειγόντων περιστατικών (Ασκητοπούλου, 2009).

Στην ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ευρώπη, αλλά και διεθνώς, έχουν συμβάλλει η αναγνώριση της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής, η ύπαρξη προγράμματος Εκπαίδευσης ειδικευόμενων, η επαγγελματική και επιστημονική οργάνωση των ειδικών «Επειγοντολόγων», η ανάπτυξη ακαδημαϊκών κέντρων, καθώς και η αυξανόμενη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων έγκαιρα φροντίδων, η βελτίωση της τεχνολογίας και οι διαδικασίες για την πρόληψη της βλάβης ή κάκωσης (Ασκητοπούλου, 2009).

Το ΤΕΠ είναι το τμήμα όπου αντιμετωπίζονται τα επείγοντα περιστατικά που προσκομίζονται στο νοσοκομείο. Αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ προνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής φροντίδας και δρα ως φίλτρο που διηθεί τις άσκοπες εισαγωγές. Σαφής είναι ο διαχωρισμός του από τα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας (Αγγουριδάκης, Σμυράκης, 2010).

Ολόκληρο το σύστημα υγείας μιας χώρας μπορεί να αξιολογηθεί από την οργάνωση των ΤΕΠ που λειτουργούν σε αυτή καθώς και το επίπεδο των ΤΕΠ είναι ενδεικτικό, όχι μόνο για την ποιότητα της παρεχόμενης επείγουσας ιατρικής, αλλά και για το επίπεδο της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας, για την προνοσοκομειακή παρεχόμενη επείγουσα ιατρική, για την επάρκεια των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, καθώς και για την οργάνωση και λειτουργία του υπόλοιπου νοσοκομειακού χώρου (Αγγουριδάκης, Σμυράκης, 2010).

Το ΤΕΠ ενός νοσοκομείου είναι αυτόνομο τμήμα με μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που λειτουργεί σε 24ωρη βάση και εκτός της εισαγωγής και φροντίδας των έκτακτων περιστατικών έχει και τις παρακάτω αρμοδιότητες (Επιτροπάκης, 2001):

- ❖ Εφόσον κληθεί είναι υπεύθυνο για προνοσοκομειακή φροντίδα.
- ❖ Κινητοποιεί, μετά από συνεννόηση με τα κέντρα συντονισμού, προνοσοκομειακής φροντίδας τις κινητές μονάδες της αρμοδιότητάς του.
- ❖ Νοσηλεύει τα ασαφή περιστατικά μέχρι την τελική αξιολόγησή τους.
- ❖ Προωθεί τους ασθενείς που εισάγονται σε άλλα τμήματα και μονάδες μετά από συνεννόηση με τους εκάστοτε υπεύθυνους.

2.1.1 Οι κύριοι στόχοι του ΤΕΠ

- Αντιμετώπιση των βαριά ασθενών (1-5% του συνόλου).
- Αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών (20-70%).

- Αντιμετώπιση ή κατάλληλη παραπομπή μη έκτακτων περιστατικών (5-30%).
- Αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών.
- Εκπαίδευση υγειονομικών και κοινού.
- Έρευνα και Συνδρομική επιτήρηση (EJEM, 2002).

2.1.2 Βασικές απαιτήσεις από το ΤΕΠ

- Υποδοχή όλων των ειδών των επειγόντων (μπορεί να υπάρχουν εξαιρέσεις ανάλογα τον τύπο του νοσοκομείου: π.χ. παιδιατρικό, κέντρο τραύματος κτλ).
- Καταγραφή και Διαλογή των προσερχόμενων ασθενών.
- Αρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση βαριά ασθενών.
- Λεπτομερής εκτίμηση και διερεύνηση της αιτίας προέλευσης των ασθενών.
- Αρχική διάγνωση, αξιολόγηση των παρακλινικών εξετάσεων και σχεδιασμός πλάνου νοσηλείας για όλους τους ασθενείς.
- Εξιτήριο μετά την παροχή της ιατρικής φροντίδας ή μεταφορά του ασθενούς στον χώρο τελικής φροντίδας (EJEM, 2002).

2.1.3 Προβλήματα λειτουργικών διαδικασιών

- Κλινικά λάθη.

Τα λάθη στην σύνθεση και στελέχωση του προσωπικού οδηγούν σε κλινικά λάθη, τα οποία μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την δυσμενή οργανωτική έκβαση (Ένωση Καναδών Νοσηλευτών 2003) Προκύπτουν μεγάλος κόπος για το προσωπικό που δεν αναγνωρίζεται αλλά και χαμηλή αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Συγκρούσεις και ελλιπή συνεργασία.

Όλα αυτά οδηγούν σε δημιουργία κακού κλίματος και μειωμένης αποδοτικότητας στην ομάδα συνεργατών ιδίου επιστημονικού επιπέδου αλλά και κακή διεπαγγελματική συνεργασία.

- Έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Συμφόρηση των ασθενών σε ουρές αναμονής στο ΤΕΠ.

- Αδυναμία παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Φόρτος εργασίας, μειωμένη ποιότητα στη φροντίδα.
- Μειωμένη επαγγελματική Υγεία Νοσηλευτών.

Αναγνωρίζεται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ότι η ύπαρξη επαρκούς προσωπικού είναι σημαντική διότι έχει επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Σύμφωνα με έρευνα του 2001 των Baumann και συνεργατών, η εγγυημένη στελέχωση είναι ουσιαστική για τις απαιτήσεις των σύγχρονων περιβαλλόντων εργασίας. Το ΤΕΠ ανήκει σε αυτή την κατηγορία όπου τα περιβάλλοντα χαρακτηρίζονται από αυξανόμενη πίεση από την εργασία και στρες ως αποτέλεσμα της ανησυχίας για την απασχόληση, της ασφάλειας του εργασιακού χώρου, την υποστήριξη από τους διοικούντες και τους συναδέλφους, τον έλεγχο της πρακτικής, το σχεδιασμό, την ηγεσία και την ανεπαρκή στελέχωση.

Η ανεπάρκεια της στελέχωσης δημιουργεί αυξανόμενο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι νοσηλευτές που συνεχώς εργάζονται υπερωριακά, χωρίς επαρκές στήριγμα είναι επιρρεπείς στην συστηματική απουσία από την εργασία και φτωχότερη υγεία.

Ο ρόλος του Προϊσταμένου ΤΕΠ είναι πολύ σημαντικός γιατί είναι αυτός υπεύθυνος για να διαγνώσει τις ανεπάρκειες του υφιστάμενου προσωπικού, τις ανάγκες για επιπλέον στελέχωση του χώρου και είναι αυτός που με διπλωματικό τρόπο θα απαιτήσει την κάλυψη των αναγκών για την επίτευξη των στόχων του ΤΕΠ που είναι η ταχύτερη και η ασφαλέστερη παροχή φροντίδας υγείας (www.esne.gr).

Το φαινόμενο της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρείται σε πολλά συστήματα υγείας διεθνώς και η δυσφορία του νοσηλευτικού δυναμικού από την υπερφόρτωση των καθηκόντων, την παρακολούθηση περιστατικών που έχουν ανάγκη αυξημένης φροντίδας και η έλλειψη επιμόρφωσης επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (Κάβουρα, Ζαβράς, 2003).

2.1.4 Οφέλη από τη βελτίωση της Ποιότητας του ΤΕΠ

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας στο ΤΕΠ και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές-υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα και αναλύονται σε οφέλη για τον ασθενή, τα οποία

σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, σε οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας και σε οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, 2008).

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για τους επαγγελματίες υγείας συνίστανται στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος, στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους, στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα (Κρητικός, 2004).

Στα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνονται η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Κρητικός, 2004).

2.1.5 Νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας ΤΕΠ στην Ελλάδα

Η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των ΤΕΠ στα νοσοκομεία της χώρας μας περιγράφεται αναλυτικά στο τεύχος Β' του φύλλου της εφημερίδας της κυβερνήσεως της 14^{ης} Σεπτεμβρίου του 2007 (ΦΕΚ 1900/Β'/14.9.2007). Παρακάτω θα παρουσιαστεί το φύλλο αυτό σε γενικές γραμμές προκειμένου να καταστεί γνωστό το νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο καλούνται να κινηθούν τα νοσοκομεία και ιδιαίτερα οι απαιτήσεις που απορρέουν γι' αυτά. Σύμφωνα με το παραπάνω ΦΕΚ σε κάθε νοσοκομείο της χώρας που έχει παραπάνω από 200 κλίνες οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές ΤΕΠ ως διατομεακό τμήμα του νοσοκομείου αυτού.

Το ΤΕΠ λειτουργεί όλο το 24ωρο όταν το νοσοκομείο εφημερεύει, ενώ τις υπόλοιπες εργάσιμες ημέρες λειτουργεί μόνο κατά το πρωινό ωράριο. Στο ΤΕΠ των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) προϊστάται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου

ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας- Φυματιολογίας, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση – διοίκηση – συντονισμό του έργου της εφημερίας.

Το ΤΕΠ στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το τμήμα αυτό, καθώς και σε προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Για τη στελέχωση του ΤΕΠ με ιατρικό προσωπικό συνιστώνται: μία (1) θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας- Φυματιολογίας, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση – διοίκηση – συντονισμό του έργου της εφημερίας, μία (1) θέση Επιμελητή Α, και μία (1) θέση Επιμελητή Β του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Χειρουργικής ή Πνευμονολογίας- Φυματιολογίας ή Ορθοπαιδικής, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ή Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση – διοίκηση – συντονισμό του έργου της εφημερίας. Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το ΤΕΠ προσαυξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η ελάχιστη στελέχωση του ΤΕΠ σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας (1) Διευθυντής, δύο (2) Επιμελητές Α και τέσσερις (4) Επιμελητές Β. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει και η γνώμη του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και λαμβάνοντας υπόψη τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του ΤΕΠ.

2.2 Ανάλυση παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΤΕΠ

Το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζει και νοσηλεύει το ΤΕΠ μαζί και με το επίπεδο του νοσοκομείου καθορίζουν το είδος των ιατρικών φροντίδων που πρέπει να παρέχει το ΤΕΠ. Στο ΤΕΠ παρέχονται ιατρικές φροντίδες σε ασθενείς με ένα ευρύ φάσμα παθολογίας,

από την απειλητική για τη ζωή ως την αυτοπεριοριζόμενη και από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η προσέλευση και ο αριθμός αυτών των ασθενών είναι απρόβλεπτοι παράγοντες και οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με συμπτώματα και όχι με διαγνώσεις. Επομένως, η παροχή φροντίδων πρέπει να γίνεται με διαβάθμιση προτεραιοτήτων και αυτή είναι μία δυναμική διαδικασία. Η προσέγγιση του ασθενούς είναι σφαιρική χωρίς να επικεντρώνεται σε όργανα. Η φροντίδα του ασθενούς εστιάζεται στην αρχική φροντίδα ως τη στιγμή του εξιτηρίου από το ΤΕΠ ή την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες Υγείας.

2.2.1 Διαλογή

Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που είναι σε επείγουσα κατάσταση και η κατεύθυνσή τους προς τον κατάλληλο χώρο φροντίδας του ΤΕΠ, αποτελεί την λύδια λίθο για την αποτελεσματική παροχή επείγουσας φροντίδας και την βέλτιστη κατανομή των πόρων στο σύνολο των περιπτώσεων του τμήματος. Βασικό εργαλείο προς το σκοπό αυτό είναι η υιοθέτηση διαδικασιών Κατηγοριοποίησης- Διαλογής των περιστατικών (Triage).

Διαλογή είναι η διαδικασία κατανομής και ιατρικής ιεράρχησης των προτεραιοτήτων παροχής φροντίδων σε επείγοντα περιστατικά με συγκεκριμένα πρωτόκολλα. Βασίζεται κυρίως στην αξιολόγηση ζωτικών παραμέτρων και συμπτωμάτων- κλειδιά, ώστε να διαβαθμίζει προτεραιότητες και να ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού ή της νόσου, της πρόγνωσης και της διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Ασκητοπούλου, 2009).

Σε καταστάσεις μεγάλου αριθμού θυμάτων, ο σκοπός της διαλογής είναι να επιτευχθεί το καλύτερο για τον μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων (Levi, 2002).

Βασικές αρχές διαλογής είναι (Arlond, 2002):

- Η διάσωση της ζωής προηγείται της διάσωσης του άκρου.
- Η πιο άμεση προτεραιότητα αντιμετώπισης έχει σχέση με την ασφυξία και τη μεγαλύτερη αιμορραγία.

2.2.2 Ροή των ασθενών

Πολύ συχνά στο ΤΕΠ προσέρχεται ή διακομίζεται ταυτόχρονα μεγάλος αριθμός ασθενών, που εμφανώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης στο

ΤΕΠ, σε αντίθεση με τα εξωτερικά ιατρεία, δεν βασίζεται στη χρονική προτεραιότητα προσέλευσης των ασθενών αλλά στην κλινική προτεραιότητα με βάση τη βαρύτητα της κατάστασης ή βλάβης.

Το κύριο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο συνωστισμός (overcrowding). Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπεται να αυξηθούν στο μέλλον. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η πρόωμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού και η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι επιπτώσεις που προκαλεί ο συνωστισμός είναι πολλές με σπουδαιότερες την αύξηση της θνητότητας στο ΤΕΠ και της νοσηρότητας ιδίως μεταξύ αυτών που φεύγουν από το ΤΕΠ χωρίς να έχουν εξεταστεί από γιατρό. Επίσης η αύξηση του κόστους η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η ένταση και οι επιθέσεις εναντίον του προσωπικού δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο.

Ο συνωστισμός οφείλεται στη διαταραχή της ροής των ασθενών, που καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ της εισροής ασθενών, του χρόνου παραμονής στο ΤΕΠ και της εκροής των ασθενών. Η *εισροή ασθενών*, εξαρτάται από τη διαλογή και το είδος των ασθενών σε αριθμό και βαρύτητα. Ο *χρόνος παραμονής* των ασθενών και των διεργασιών στο ΤΕΠ εξαρτάται από το ιστορικό, την αρχική διάγνωση και την έναρξη αντιμετώπισης. Τέλος η *εκροή ασθενών*, εξαρτάται από τις δυνατότητες παρακολούθησης και βραχείας νοσηλείας και τα πρωτόκολλα εξόδου στο νοσηλευτικό τμήμα ή σπίτι.

Στη βελτίωση του προβλήματος του συνωστισμού των ασθενών στο ΤΕΠ πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρώπινου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών (Ασκητοπούλου, 2009).

Η εισροή ασθενών στο ΤΕΠ μπορεί να ελεγχθεί με (Ασκητοπούλου, 2009):

- εκστρατεία ενημέρωσης των ιδιωτών και αγροτικών γιατρών, του κοινού και των ΜΜΕ για το «τι είναι το επείγον» και για τους στόχους του ΤΕΠ,
- παραπομπή στο ΤΕΠ μόνον του «επείγοντος»,

- εφαρμογή διαλογής για να αντιμετωπιστούν οι προσερχόμενοι ασθενείς σε συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια,
- δημιουργία τριών «δρόμων φροντίδων».

2.3 Στελέχωση ΤΕΠ

Κάθε κατηγορία ανθρώπινων πόρων του ΤΕΠ αποτελεί ορισμένες λειτουργίες και είναι υπεύθυνη για συγκεκριμένες εργασίες. Έτσι τα διοικητικά στελέχη ασκούν διοίκηση, συντονισμό, εποπτεία και έλεγχο. Οι γιατροί παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα, λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση των περιστατικών και συμβουλεύουν. Επίσης, φροντίδα παρέχει και το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το βοηθητικό υγειονομικό και λοιπό προσωπικό παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες. Για τις παραπάνω λειτουργίες μπορούν να απασχοληθούν διαφορετικοί συνδυασμοί των παραπάνω ομάδων. Οι συνδυασμοί αυτοί των επαγγελματιών αριθμητικά και κατά κατηγορία οδηγούν σε παροχή επείγουσας φροντίδας στους ασθενείς, σε διάφορα επίπεδα αντιμετώπισης και εξειδίκευσης (Λάμπρου, 2005).

Νοσηλευτικό προσωπικό

Ένας σημαντικός καθορισμός του όρου στελέχωση σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών είναι: «Ο αριθμός και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον άρρωστο ή τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας». Η καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, η βέλτιστη χρήση των συγκεκριμένων υποδομών, και η πλέον οικονομική και εύρυθμη διαχείριση υπαγορεύουν την καθημερινή λειτουργία των ΤΕΠ σε 24ωρη βάση. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης ένα ΤΕΠ πρέπει να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό, το οποίο να κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και να καλύπτει όλο το 24ωρο (Λάμπρου, 2005).

Τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της ευρύτερης περιοχής, το μέγεθος και η φύση του Νοσοκομείου υπαγορεύουν την λειτουργία του ΤΕΠ. σε επίπεδο αντίστοιχο των αναγκών που καλείται να καλύψει. Έτσι ο αριθμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής, όπως και ο στόχος της βελτιστοποίησης των προσφερομένων υπηρεσιών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προσαρμογής της στελέχωσης και λειτουργίας

του ΤΕΠ. στα ήδη ισχύοντα διεθνή πρότυπα και προδιαγραφές στελέχωσης και λειτουργίας (Βότση, 2000), (Κωτούλα, 2004).

Η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας γενικά είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητας, των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της έλλειψης ή περίσσειας ορισμένων κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού. Τα κύρια στελέχη του νοσηλευτικού προσωπικού προέρχονται από ανώτατες και ανώτερες σχολές Νοσηλευτικής και έχουν ειδική εκπαίδευση στην αντιμετώπιση Επειγόντων και βαρέων περιστατικών (Χειρουργεία, Αναισθησιολογικό, ΜΕΘ). Η πλαισίωσή τους γίνεται με επιλογή πρόσθετου νοσηλευτικού προσωπικού, κατά προτίμηση του νεωτέρου στην ηλικία, το οποίο εξειδικεύεται με κοινή μέριμνα του ιατρικού προσωπικού του ΤΕΠ και της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Καραμπίνης, Κουκουλίτσιος, 2006).

Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμη πιο δύσκολη εξαιτίας πολλών παραγόντων που εμπλέκονται κυρίως από την μόνιμη σχεδόν, έλλειψη νοσηλευτών. Γεγονός είναι ότι υπάρχει έλλειψη καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, με επίπτωση την ανεπαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και υποβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας (Λαναρά, 2004).

Τα στοιχεία στην πλειοψηφία των Ελληνικών Νοσοκομείων αναφορικά με την νοσηλευτική στελέχωση είναι δηλωτικά των χρόνιων και δραματικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. Από στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2005 διαφαίνεται ότι η αναλογία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα βρίσκεται στο 3,6 ενώ στην Ιρλανδία είναι 16,5 (Στάθης, 2005).

Η χώρα βρίσκεται στην τελευταία θέση σε ότι αφορά την αναλογία νοσηλευτών ανά 100.000 πληθυσμού (256,51 ανά 100.000), τη στιγμή που στην πρώτη σε αναλογία χώρα της Ε.Ε, τη Φιλανδία, η αναλογία είναι περίπου 2.179 ανά 100.000 κατοίκους (Τσώλη, 2003).

Όσο αφορά την αναλογία βοηθητικού προσωπικού επί του συνόλου του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας σε βιβλιογραφία από Αμερικανικές έρευνες αναφέρεται ότι οι βοηθοί νοσηλευτών δεν πρέπει να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και το ποσοστό δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 50% του απασχολούμενου προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΤΕΠ, ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές από το Ην. Βασίλειο η αναλογία

διπλωματούχων νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει να είναι 80% προς 20%.

Σύμφωνα με την παράγραφο 4.6 της Υπουργικής Απόφασης του 2003 για την «οργάνωση και τρόπο λειτουργία και στελέχωσης του ΤΕΠ των νοσοκομείων» προβλέπονται τα εξής: «Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ, καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών».

Σύμφωνα με δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται (Επιτροπάκης, 2001):

- Ένας νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε μέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ.
- 4 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.
- 6-10 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, έχει προσδιοριστεί ότι απαιτείται ένας τουλάχιστον διπλωματούχος νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο ΤΕΠ. Με βάση αυτό το standard μπορεί κάποιος να υπολογίσει τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για ένα συγκεκριμένο ΤΕΠ (Λάμπρου, 2005).

Ιδιαίτερες επιπλέον παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την νοσηλευτική στελέχωση όπως το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας, οι άδειες του προσωπικού, η παρουσία ή μη βοηθητικού προσωπικού, η κάλυψη του ΤΕΠ σε ώρες αιχμής με περισσότερο προσωπικό. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού. Το μοντέλο στελέχωσης σε κάθε ΤΕΠ πρέπει να επιλέγεται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως είναι τα εξής (Λάμπρου, 2005):

1. αριθμός περιστατικών,

2. οξύτητα περιστατικών,
3. συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας,
4. σύνθεση περιστατικών,
5. συνδυασμός όλων των παραπάνω.

Σύμφωνα με την Ένωση Νοσηλευτών των ΤΕΠ η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται πρέπει να διευθύνεται από διπλωματούχο νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να:

- Έχει επαρκή προηγούμενη εμπειρία σε ΤΕΠ.
- Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να είναι έχει ειδίκευση Επείγουσας νοσηλευτικής.

Ασφαλής στελέχωση σημαίνει ότι ένα κατάλληλος αριθμός προσωπικού με κατάλληλο επίπεδο δεξιοτήτων είναι προσβάσιμο όλες τις ώρες για να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες του ασθενή ικανοποιούνται και ότι οι ελεύθερες από κινδύνους εργασιακές συνθήκες διατηρούνται. Ένας πτυχιούχος νοσηλευτής οδηγεί σε μικρότερη θνησιμότητα και θνητότητα των ασθενών, σε μειωμένα περιστατικά δυσχερών συμβάντων, σε λιγότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και σε καλύτερη ικανοποίηση του ασθενή (Λάμπρου, 2005).

2.4 Διαχείριση Κρίσεων

Η παρατηρούμενη αύξηση της έντασης και της συχνότητας των μαζικών καταστροφών τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον διεθνών οργανισμών, μονάδων υγειονομικού σχεδιασμού και κυβερνήσεων αλλά και ερευνητών. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ήδη συμβαίνει τουλάχιστον μία μαζική καταστροφή ανά εβδομάδα στον κόσμο, αφήνοντας πίσω της όχι μόνο οικονομικές επιπτώσεις, αλλά και πολλά θύματα.

Τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών είναι εκείνα που καλούνται να αντιμετωπίσουν σε πρώτο επίπεδο νοσοκομειακής φροντίδας τα θύματα των μαζικών καταστροφών, κάτω από ιδιόζουσες εργασιακές συνθήκες. Ο ακαθόριστος και απρόβλεπτος ρυθμός προσέλευσης των πολυάριθμων θυμάτων, οι αυξημένοι πόροι που απαιτούνται σε ανθρώπινο δυναμικό υλικά και εξοπλισμό, κατά κανόνα πέραν των δυνατοτήτων κάθε

μονάδας υγείας, συνθέτουν το περιβάλλον μέσα στο οποίο καλείται το υγειονομικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του.

Για την καλλίτερη αντιμετώπιση των καταστάσεων διαχείρισης της κρίσης που δημιουργείται από τις μαζικές καταστροφές, διεθνείς οργανισμοί και κυβερνήσεις έχουν εκπονήσει σχέδια διαχείρισης καταστροφών τα οποία καλείται να εφαρμόσει κάθε υγειονομική μονάδα σε περίπτωση περιστατικού. Παράγοντες όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, η άσκησή του σε σενάρια καταστροφών, η καλή γνώση του πώς πρέπει να συμπεριφερθεί σε περίπτωση συμβάντος, πώς θα διαχειριστεί ασθενείς και υλικό είναι μερικά από τα ζητήματα που σύμφωνα με την βιβλιογραφία μπορούν να συμβάλλουν στην προετοιμασία του προσωπικού για την αντιμετώπιση μιας μαζικής καταστροφής.

Όσον αφορά τις αποφάσεις που λαμβάνονται κατά την περίοδο της κρίσης, χαρακτηρίζονται από προχειρότητα και αβεβαιότητα. Τις περισσότερες φορές είναι κακώς δομημένες, καθώς οι πληροφορίες που πρέπει να επεξεργασθούν σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, είτε είναι ανεπαρκείς, είτε είναι υπερβολικά πολλές και περίπλοκες. Από αυτό, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε ότι η εξέλιξη και οι συνέπειες της κρίσης για τον οργανισμό δεν μπορούν να προβλεφθούν με ακρίβεια (Glaesser, 2006).

Τέλος, ένα ακόμη στοιχείο που χαρακτηρίζει τις κρίσεις είναι ότι σε καταστάσεις κρίσης τα άτομα βρίσκονται και ενεργούν κάτω από την πίεση έντονης συγκινησιακής φόρτισης (Λυμπερόπουλος, 2001).

2.4.1 Καταστροφές

Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί του όρου «καταστροφή». Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Ιατρών Επείγουσας Ιατρικής, η καταστροφή υφίσταται «όταν οι καταστροφικές συνέπειες των φυσικών ή ανθρωπογενών δυνάμεων υπερβαίνει την δυνατότητα μιας περιοχής ή κοινότητας να ανταποκριθεί στην παροχή ιατρικής φροντίδας» (Zibulewsky, 2001).

Σύμφωνα με το Κέντρο Επιδημιολογικών Ερευνών των Καταστροφών έχουν δημοσιευθεί διάφορα κριτήρια για να θεωρηθεί ένα γεγονός ως καταστροφή. Για να καταχωρηθεί μια καταστροφή στη βάση δεδομένων του προαναφερόμενου κέντρου, πρέπει να υφίσταται τουλάχιστον μία από τις παρακάτω προϋποθέσεις (Guha- Sapir, Hargitt, et al, 2004):

- 10 ή περισσότεροι δηλωμένοι θάνατοι.
- 100 τουλάχιστον άνθρωποι που επηρεάζονται από το συμβάν.
- Κήρυξη κατάστασης έκτακτης ανάγκης.
- Αίτημα για διεθνή εξωτερική βοήθεια.

Μία ολιστική προσέγγιση του όρου καταστροφής, δίδεται από τους Levi et al, το 2002 σύμφωνα με τους οποίους, “μαζική καταστροφή χαρακτηρίζεται μια κατάσταση στην οποία σε μικρό χρόνο προκύπτει μεγάλος αριθμός θυμάτων σχετικά με τις τρέχουσες δυνατότητες του συστήματος προ νοσοκομειακής φροντίδας αλλά και των άλλων δομών παροχής βοήθειας και διάσωσης (Αστυνομία, Πυροσβεστική, Ένοπλες Δυνάμεις κτλ), οπότε απαιτείται η επιστράτευση των εφεδρειών μέρους ή του συνόλου των ως άνω Υπηρεσιών” (Levi, et al, 2000).

Οι καταστροφές δεν προσδιορίζονται από τον αριθμό των θυμάτων που προκαλούν, αλλά από το γεγονός που τις προκάλεσε και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβησαν. Οι καταστροφές ανεξάρτητα από την αιτία πρόκλησης, αποτελούσαν και αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής. Ανάλογα με την αιτία που τις προκαλεί οι καταστροφές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

Φυσικές καταστροφές: Είναι εκείνες που προκαλούνται από φυσικά αίτια και κινδύνους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η συχνότητα των επιπτώσεων των γεγονότων που σχετίζονται με φυσικούς κινδύνους αυξάνεται. Υποστηρίζεται ότι πιθανώς αυτό οφείλεται σε μεταβολές στη σεισμική και την ηφαιστειακή δραστηριότητα κλπ (McMichael, Woodruff, 2004).

Επίσης παράγοντες όπως οι καιρικές μεταβολές και η υπερθέρμανση του πλανήτη έχουν σχετισθεί με έντονα καιρικά φαινόμενα, όπως οι θύελλες και βροχοπτώσεις σε κάποιες περιοχές σε αντιπαράθεση με μακρά ξηρασία άλλων περιοχών (Konats, Haines, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, όλος ο πλανήτης γνώρισε φυσικές καταστροφές πρωτόγνωρης έντασης όπως το τσουνάμι στην Νοτιο - Ανατολική Ασία, τον τυφώνα “ Κατρίνα”, τους σεισμούς στο Πακιστάν (49.700 νεκρούς και πάνω των 74.000 τραυματιών) και στην Ιάβα της Ινδονησίας (με 5.778 νεκρούς και 20.000 τραυματίες) (E.K.K.A, 2007).

Προκλητές ή τεχνολογικές καταστροφές: Είναι εκείνες που προκαλούνται από τεχνολογικά αίτια ή ανθρώπινη παρέμβαση, ως αποτέλεσμα κυρίως της τεχνολογικής ανάπτυξης του

ανθρώπου. Τα βιομηχανικά απόβλητα, η ακτινοβολία, τα ραδιενεργά απόβλητα, οι χημικές καταστροφές είναι ορισμένοι από τους κινδύνους. Τόνοι επικίνδυνων υλικών οι οποίοι μεταφέρονται μέσα από κατοικημένες περιοχές αποτελούν ένα παράδειγμα μιας εν δυνάμει απειλής καταστροφής. Επίσης στην ίδια κατηγορία εντάσσονται τα όπλα μαζικής καταστροφής, οι επιδημίες, οι λιμοί, οι τρομοκρατικές επαναστάσεις, οι διεθνείς συρράξεις κ.ά.

Οι τεχνολογικές καταστροφές οφείλονται συνήθως σε τεχνολογικούς κινδύνους, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζονται κατ' αρχήν με τον πρέποντα τρόπο ή σε τεχνολογικά συμβάντα (ατυχήματα) τα οποία προκαλούνται από ανθρώπινα λάθη, αστοχίες εξοπλισμού, οργανωτικές ή διοικητικές δυσλειτουργίες κλπ. και ξεφεύγουν από τον έλεγχο. Μπορούν όμως να είναι και το αποτέλεσμα, είτε άλλων φυσικών καταστροφών (σεισμών, κεραυνών, ισχυρών βροχοπτώσεων κλπ), είτε σκόπιμων ανθρώπινων ενεργειών.

Οι τεχνολογικές καταστροφές, ανάλογα με την ένταση και έκτασή τους, μπορεί να προκαλέσουν απώλειες ζωών ή τραυματισμούς [τόσο στους εργαζόμενους στον χώρο του ατυχήματος όσο και στον ευρισκόμενο (μόνιμο ή διερχόμενο) κοντά στο σημείο του ατυχήματος πληθυσμό], καταστροφή περιουσιών, διατάραξη της κοινωνικής και οικονομικής ζωής και υποβάθμιση του περιβάλλοντος» (Γ.Γ.Π.Π., 2008).

2.4.2 Επιπτώσεις

Τα τελευταία χρόνια, γεγονότα όπως η τρομοκρατική επίθεση στους δίδυμους πύργους της Αμερικής το 2001, οι μεγάλες φυσικές καταστροφές λόγω της κλιματικής αλλαγής (όπως πχ. το τσουνάμι στην Νοτιοανατολική Ασία το 2004), και η έξαρση – μετάδοση των νοσημάτων (Arnold 2002), (Hsu, Jenckes, et al, 2004), οι καταστρεπτικοί σεισμοί στην Αϊτή (Ιανουάριο του 2010) και στην Χιλή (Φεβρουάριος του 2010), σε συνδυασμό με την αύξηση του πληθυσμού έχουν οδηγήσει τη διεθνή κοινότητα να δώσει ιδιαίτερο βάρος και να αξιολογήσει ξανά το σχεδιασμό αλλά και το βαθμό ετοιμότητας των εμπλεκόμενων κρατικών φορέων για την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών (Jefferson, Maryalice, et al, 2008).

Η αυξητική τάση της συχνότητας των καταστροφών παγκοσμίως, επηρεάζει διαρκώς περισσότερους κατοίκους σε ολόκληρο τον κόσμο. Όπως εκτιμάται από το Κέντρο Επιδημιολογικών Ερευνών για τις Καταστροφές (CRED), το τελευταίο τέταρτο του αιώνα

περισσότερο από 3,4 εκατομμύρια ζωές χάθηκαν εξαιτίας των καταστροφών, ενώ επηρεάστηκε η ζωή δισεκατομμυρίων ανθρώπων καθώς μόνο οι οικονομικές επιπτώσεις εκτιμώνται πάνω από ένα τρισεκατομμύριο δολάρια (WADEM, 2002).

Αξίζει να σημειωθεί επιπροσθέτως ότι, ο όρος ‘οικονομικές επιπτώσεις’ «προσδιορίζει τις ανθρώπινες και οικονομικές δαπάνες εξαιτίας των καταστροφών που προκαλούνται είτε από φυσικές είτε από προκλητές καταστροφές. Όμως στις ανθρώπινες δαπάνες δεν μπορεί να κοστολογηθεί το κόστος της ψυχολογικής υποστήριξης που πρέπει να παρασχεθεί στους ανθρώπους που έχουν πληγεί» (WADEM, 2002).

Μπορεί οι καταστροφές να θεωρούνται γεγονότα «μικρής πιθανότητας να συμβούν, με σοβαρές επιπτώσεις». Ωστόσο έχει καταγραφεί ότι είναι σχεδόν αδύνατο να περάσει μια μέρα χωρίς να σημειωθεί κάποια φυσική ή τεχνολογική καταστροφή, δίχως να κινδυνέψουν εξαιτίας της ανθρώπινες ζωές ή περιουσίες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι, οι καταστροφές εμφανίζονται σε παγκόσμια κλίμακα κατά μέσο όρο μια φορά την εβδομάδα (Veenema, 2003).

Για την καλλίτερη προετοιμασία των κρατών για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών, ο Π.Ο.Υ. προτρέπει από το 2006 όλες τις χώρες να προετοιμάσουν λεπτομερή σχέδια διαχείρισης κρίσεων σε εθνικό επίπεδο, για όλες τις πιθανές καταστροφές που μπορεί να προκύψουν (WHO, 2006).

Στο γενικό πλάνο ο Π.Ο.Υ. προτρέπει την ανάπτυξη λειτουργιών και ενεργειών που να περιλαμβάνουν σχέδια για ολόκληρο τον κύκλο της καταστροφής από τον σχεδιασμό πριν το συμβάν, την ενεργοποίηση του μηχανισμού απόκρισης κατά τη διάρκεια του συμβάντος όπως και την αξιολόγηση αποτελεσμάτων μετά το συμβάν. Επίσης προτείνεται να χορηγηθεί βοήθεια μέσω του Π.Ο.Υ. σε όλες οι συσχετιζόμενες ομάδες προκειμένου να προετοιμαστούν για την φάση της απόκρισης και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (WHO, 2007).

Στο αναλυτικό πλάνο του Π.Ο.Υ. περιλαμβάνονται συγκεκριμένες οδηγίες για τη διαχείριση κρίσεων, την προετοιμασία των υπηρεσιών υγείας, την εκπόνηση σχεδίων αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, την εκπαίδευση και εξάσκηση του προσωπικού, τη σωστή διαχείριση των πόρων κ.α. (WHO, 2007).

2.5 Οι Μονάδες Υγείας και ο ρόλος του ΤΕΠ στην αντιμετώπιση περιστατικών από μαζικές καταστροφές

Σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό έργο οι μονάδες υγείας καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν τα πολυάριθμα περιστατικά που διακομίζονται στο χώρο περίθαλψης για παροχή πρώτων βοηθειών. Οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ουσιαστικά οι τελικοί αποδέκτες των περιστατικών από όλων των ειδών τις καταστροφές.

Μεταξύ των πρώτων τμημάτων ενός νοσοκομείου το οποίο καλείται να ανταποκριθεί σε μαζικές καταστροφές είναι το Τ.Ε.Π. Χαρακτηριστικό είναι ότι το Τ.Ε.Π. μπορεί να δέχεται αυξημένο αριθμό περιστατικών ακόμα και μετά από 2 έως 3 μήνες μετά το πέρας της καταστροφής. Σε κάθε περίπτωση είναι εύλογο ότι κατά κανόνα τις πρώτες ώρες μετά το συμβάν προσέρχεται το μεγαλύτερο κύμα θυμάτων σε μονάδες υγείας. Ιδιαίτερης σημασίας στο Τ.Ε.Π. είναι η άμεση διαλογή των περιστατικών από ειδικευμένο ιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό και η αξιολόγηση και ταξινόμηση των αρρώστων ανάλογα με την βαρύτητα της πάθησης ή της βλάβης που έχουν υποστεί με στόχο τον καθορισμό των προτεραιοτήτων.

Υπάρχουν δύο τύποι διαλογής των ασθενών (triage): Η Απλή Διαλογή και Ταχεία Αντιμετώπιση (S.T.A.R.T.) και η Προηγμένη Διαλογή (Advanced Triage). Το πιο κοινά χρησιμοποιούμενο σύστημα διαλογής είναι η Απλή Διαλογή και Ταχεία Αντιμετώπιση το οποίο αναπτύχθηκε το 1983 από το πυροσβεστικό τμήμα στην Καλιφόρνια (Cone, MacMillan, 2005), (Hogan, Burstein, 2010).

2.5.1 Εφαρμογή οδηγιών για την αντιμετώπιση θυμάτων από καταστροφές

Το επείγον συμβάν ως ξαφνικό και μη αναμενόμενο, διαταράσσει την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ως αποτέλεσμα επίσης της αθρόας προσέλευσης περιστατικών, απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για την αντιμετώπιση της κρίσης. Για να εξασφαλιστεί η κατά το δυνατόν σωστή διαχείριση των πόρων (ανθρώπινων και υλικών), ακολουθούνται συγκεκριμένα πρωτόκολλα διαχείρισης κρίσεων.

Κάθε νοσοκομείο πρέπει να συντάσσει εγχειρίδια με κατευθυντήριες οδηγίες ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα, ώστε να βελτιώσει την παροχή των υπηρεσιών τόσο

κατά τη διάρκεια της καταστροφής όσο και μετά το πέρας αυτής. Οι οδηγίες αυτές παρέχουν βοήθεια όχι μόνο στους ιατρούς (βοηθώντας στη σωστή διαδικασία πρόγνωσης, πρόληψης αλλά και περίθαλψης κάτω από δύσκολες και στρεσογόνες συνθήκες) αλλά το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό που συμμετέχει στην διαχείριση της κρίσης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται σε διαχείριση κρίσεων μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον σχεδιασμό κλινικών διαδικασιών ή για επανέλεγχο και βελτίωση ήδη υπαρχόντων διαδικασιών που δεν αναφέρονται αναγκαστικά σε διαχείριση κρίσεων. Κάθε νοσοκομείο προσδιορίζει τα κριτήρια που καθορίζουν τις συγκεκριμένες επιλογές για τις κατευθυντήριες γραμμές και συνάδουν με τον στόχο και την αποστολή τους (JCAHO 2001).

Στις σχετικές οδηγίες αναφέρεται ότι το κάθε νοσοκομείο πρέπει να ελέγχει τις κλινικές οδηγίες (clinical guidelines) κατά τον σχεδιασμό ή και κατά τη διαδικασία βελτίωσης ή επικαιροποίησης των σχεδίων.

Η Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανώσεων Υγειονομικής Περίθαλψης (JCAHO 2001) έχει προτείνει την εφαρμογή πρωτοκόλλων και την επικαιροποίηση των σχεδίων διαχείρισης κρίσεων ανά εξάμηνο. Το ίδιο κέντρο είναι αρμόδιο στην Αμερική για τη χορήγηση των οδηγιών και των αλγορίθμων που θα πρέπει να ακολουθούν τα νοσοκομεία, εκδίδονται δε με μορφή προτύπων. Τα πρότυπα αυτά, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων (JCAHO 2001):

- ✓ Πραγματοποίηση αξιολόγησης της ευπάθειας κινδύνου.
- ✓ Ενεργοποίηση κινδύνου.
- ✓ Ενσωμάτωση του σχεδίου του νοσοκομείου με το κοινοτικό σχέδιο σε περίπτωση καταστροφής.
- ✓ Ειδοποίηση των Αρχών ότι μια καταστροφή έχει συμβεί.
- ✓ Ειδοποίηση του προσωπικού του νοσοκομείου ότι το σχέδιο έχει ενεργοποιηθεί.
- ✓ Προσδιορισμός του προσωπικού του νοσοκομείου.
- ✓ Μεταφορά και στέγαση του προσωπικού.
- ✓ Οικογενειακή υποστήριξη στις οικογένειες του προσωπικού.
- ✓ Διατήρηση των διαχειριστών των υλικών (π.χ. φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι, ιατρικές προμήθειες, τρόφιμα, νερό κλπ).
- ✓ Έλεγχος πρόσβασης, ανεφοδιασμός του πλήθους και της κυκλοφορίας.
- ✓ Διατήρηση των σχέσεων με τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας.

- ✓ Εκκένωση και καθιέρωση εναλλακτικών θέσεων για την αντιμετώπιση των ασθενών όταν χρειάζεται.
- ✓ Εύρεση των ασθενών, διαχείριση των φαρμάκων τους και των ιατρικών τους φακέλων κατά τη διάρκεια της εκκένωσης.
- ✓ Καθιέρωση και προσδιορισμός των εφεδρικών επικοινωνιών.
- ✓ Οργάνωση των εγκαταστάσεων για την εξέταση και την απομόνωση των ασθενών που μολύνονται από επικίνδυνα υλικά.
- ✓ Ανάθεση στο προσωπικό ευθυνών κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής.
- ✓ Χρησιμοποίηση μιας δομής εντολής σύμφωνη με αυτήν που χρησιμοποιείται από την τοπική κοινότητα στις καταστροφές.
- ✓ Εκπαίδευση του προσωπικού.
- ✓ Αξιολόγηση του σχεδίου ανά εξάμηνο ή ετησίως.

Τονίζεται επίσης ότι είναι ιδιαίτερης σημασίας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να παρέχει ένα αποδεκτό ελάχιστο επίπεδο περίθαλψης (acceptable minimal level of care) προς τα θύματα της καταστροφής έως ότου βελτιωθούν τα μέσα ή οι συνθήκες.

Είναι επίσης εξίσου σημαντικό οι οργανισμοί που περιλαμβάνονται στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών να συνεργάζονται τόσο πριν (κατά τη διάρκεια σχεδίασης των κατευθυντήριων οδηγιών) όσο και κατά τη διάρκεια εξέλιξης κάποιας καταστροφής. Η αποτελεσματική και συντονισμένη απάντηση στις καταστροφές, εξαρτάται από την οργανωμένη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών και οργανισμών δημόσιων και ιδιωτικών (Epley, Stewart, et al, 2006).

Κάποιοι άλλοι μελετητές αναφέρουν ότι, οι τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένα και προκαθορισμένα συστήματα διοίκησης και ελέγχου για την σωστή αντιμετώπιση των προκλήσεων που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια εξέλιξης μιας καταστροφής (Lee, Low, 2006), (Redwood- Campbell, Riddez, 2006), (Klein, Nagel, 2007).

2.5.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στη βέλτιστη αντιμετώπιση

Βιβλιογραφικές αναφορές επισημαίνουν την σπουδαιότητα της εκπαίδευσης υγειονομικού προσωπικού στην αντιμετώπιση των θυμάτων μαζικών καταστροφών όπως και την ανάγκη ύπαρξης τυποποιημένων διαδικασιών για την αντιμετώπιση των καταστροφών (Arbon, Bobrowski, et al, 2006), (Considine, Mitchell, 2009).

Αντίστοιχα όπως τονίζεται σε άλλες μελέτες, ο σχεδιασμός επί ενδείξεων καταστροφών (evidence-based disaster planning) και η εκπαίδευση του προσωπικού είναι αναγκαία για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας ως προς την ανταπόκρισή τους σε καταστροφές (Green, Modi, et al, 2003), (Markenson, DiMaggio, et al, 2005), (Klein, Brandenburg, et al, 2005), (Auf Der Heide, 2006), (Burstein, 2006).

Επιπροσθέτως για να είναι επιτυχής η ανταπόκριση του προσωπικού στην διαχείριση της κρίσης που δημιουργείται από μια καταστροφή, απαιτείται κάθε μέλος των ομάδων που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της κρίσης να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει και πώς θα πρέπει να το κάνει.

Άλλες μελέτες εξέτασαν και ένα άλλο παράγοντα εκτός της γνώσης, την εμπειρία του προσωπικού. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, το υγειονομικό προσωπικό που έχει συμμετάσχει κατά το παρελθόν σε καταστάσεις αντιμετώπισης καταστροφών φαίνεται να είναι πιο καλά προετοιμασμένο κατά τη διάρκεια γεγονότων (Roccaforte, 2001), (Alexander, Bandiera, et al, 2005).

Επιπροσθέτως σε μελέτη τους οι (Beaton, Johnson, 2002) όπως και ο (Parrish, Oliver, et al, 2005), εξετάζοντας τη σχέση της «γνώσης» ως προς την «απόδοση» για την αντιμετώπιση καταστροφών και κατέληξαν ότι αποτελεί πρόκληση η διαδικασία μετασχηματισμού της υπάρχουσας γνώσης και εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού σε κλινική πράξη κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης των καταστροφών.

Υπάρχουν ωστόσο και διαφορετικές εκτιμήσεις, όπως πχ. του Williams et al., ο οποίος σε μελέτη του εκφράζει την άποψη ότι κανείς δεν είναι σε θέση να υποστηρίξει ή να προβλέψει αν «η καλύτερη εκπαίδευση και η περίσσεια γνώση μπορούν να αποφέρουν την επιθυμητή απόδοση ή την βέλτιστη απόδοση κατά την ώρα του συμβάντος» (Williams, Nocera, et al, 2008).

Παρά ταύτα, συμπερασματικά, είναι επικρατέστερη η κοινή πεποίθηση ότι η εκπαίδευση και η εμπειρία του προσωπικού, η εκπόνηση και εφαρμογή συγκεκριμένων σχεδίων διαχείρισης κρίσεων και η εξάσκηση του προσωπικού σε αυτά όπως και η τήρηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων στην διαχείριση ασθενών, είναι παράγοντες που βοηθούν στην αντιμετώπιση και την διαχείριση των κρίσεων που προκύπτουν από φυσικές καταστροφές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

3.1 Εισαγωγή

Οι δύσκολες καταστάσεις είναι μέρος της ζωής. Ο καθένας μας θα αντιμετωπίσει σκληρές περιστάσεις, όπως το πένθος ή οι συγκρούσεις στις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις και θα πρέπει να μάθει να προχωρά μπροστά. Μερικές φορές, όμως, οι άνθρωποι βιώνουν ένα γεγονός το οποίο είναι τόσο αναπάντεχο και τόσο συγκλονιστικό που συνεχίζει να έχει σοβαρό αντίκτυπο, ακόμα και όταν η αιτία που το προκάλεσε έχει περάσει. Τα άτομα με αυτού του είδους τις εμπειρίες μπορεί να υποφέρουν από αναμνήσεις και εφιάλτες και να βιώνουν πάλι την κατάσταση που τους προκάλεσε έντονο φόβο και τρόμο. Έτσι, υπάρχει πιθανότητα να γίνουν συναισθηματικά παράλυτοι. Όταν αυτή η κατάσταση επιμένει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από ένα μήνα, διαγιγνώσκεται ως διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μια από τις πολλές παθήσεις που ανήκουν στη κατηγορία των αγχωδών διαταραχών και επηρεάζει περίπου 1 στα 10 άτομα. Αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα παιδιά όπως και οι ενήλικοι μπορεί να εμφανίσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες και να έχει τόσο σοβαρή εξέλιξη ώστε να δυσκολεύονται να ζήσουν φυσιολογικά. Ευτυχώς, υπάρχουν θεραπείες που βοηθούν όσους πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού στρες και πάλι την ισορροπία στη ζωή τους (www.klimaka.org.gr).

Η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες ή διαφορετικά μετατραυματικό στρες αποτελεί ψυχική διαταραχή η οποία εξ ορισμού αναπτύσσεται όταν το άτομο βιώνει συναισθηματικό στρες τέτοιας έντασης, ώστε να είναι τραυματικό για τον εαυτό του. Έπειτα από τέτοιου είδους καταστάσεις είναι δυνατόν να αναπτυχθούν στο άτομο, έντονος τρόμος και απόγνωση

και σε ορισμένες περιπτώσεις (όχι λίγες) να αναπτυχθεί σε βάθος χρόνου συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, με προεξάρχοντα συμπτώματα, την αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, παθολογική αποφυγή ερεθισμάτων ανάκλησης, ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη (Βεντουράτου, 2009).

3.2 Η Ιστορία του Συνδρόμου

Κατά την διάρκεια του Αμερικανικού Εμφυλίου πολέμου (18ος αιώνας) περιγράφηκε από τον στρατιωτικό ιατρό Jacob DaCosta το σύνδρομο «η καρδιά του στρατιώτη» ή «ευερέθιστη καρδιά» και αναφερόταν στα συμπτώματα διαταραχής του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, εφίδρωση, θωρακικά άλγη, αίσθημα παλμών στο στήθος, νευρικότητα, ανεξήγητο άγχος, διαταραχές του ύπνου) σε στρατιώτες που μετείχαν στις πολεμικές επιχειρήσεις. Αργότερα κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, το ίδιο σύνδρομο αναφέρθηκε ως «σοκ των οβίδων», και αποδόθηκε σε πιθανές εγκεφαλικές βλάβες από τις εκρήξεις των οβίδων κοντά στους στρατιώτες. Στις αρχές του 20ου αιώνα, κάτω από την έντονη επίδραση της ψυχανάλυσης στις ΗΠΑ, το σύνδρομο ονομάστηκε «τραυματική νεύρωση», ενώ η ανάλογη συμπτωματολογία που αναπτύχθηκε σε βετεράνους του Β' Παγκοσμίου πολέμου, σε επιζήσαντες από τα ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης και από τις ατομικές βόμβες στην Ιαπωνία ονομάστηκε «επιχειρησιακή κόπωση» ή «νεύρωση της μάχης». Το μετατραυματικό σύνδρομο καθορίστηκε με τη σημερινή έννοια έπειτα από τη μεγάλη νοσηρότητα που παρατηρήθηκε στους βετεράνους του Βιετνάμ.

3.3 Το Σύνδρομο

3.3.1 Τι το προκαλεί

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες προκαλείται από ένα ψυχολογικά τραυματικό γεγονός. Αυτού του είδους τα γεγονότα καλούνται «πιέσεις» και τα βιώνει κάποιος μόνος ή σε ομάδα. Για να χαρακτηριστεί το γεγονός ως «τραυματικό», τα άτομα πρέπει να έχουν βιώσει μια απειλή για τη ζωή τους, να έχουν υποστεί οι ίδιοι έναν σοβαρό τραυματισμό ή αλλιώς την απειλή της σωματικής ακεραιότητας ενός άλλου ατόμου (Birmes, Brunet et al, 2004). Επιπρόσθετα, αυτό το γεγονός, πρέπει να έχει προκαλέσει φόβο, αίσθημα αναζήτησης βοήθειας ή τρόμου (Brunet, Weiss et al, 2001).

Ένα βίαιο προσωπικό συμβάν όπως ο βιασμός, η ληστεία, το τροχαίο ατύχημα, ο πόλεμος, ένα εργατικό ατύχημα, οι φυσικές καταστροφές όπως ένας σεισμός ή μία πλημύρα, αποτελούν «πιέσεις» που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες (Jehel, Brunet et al, 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το να δεις κάποιον να πληγώνεται ή να πεθαίνει ή να πληροφορείσαι ότι ένας στενός φίλος ή ένα μέλος της οικογένειας βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο μπορεί να προκαλέσει τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (www.klimaka.org.gr).

3.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια – Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες συνήθως εμφανίζονται 3 μήνες μετά το τραυματικό γεγονός. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που έρχονται στην επιφάνεια πολλά χρόνια αργότερα. Η διάρκεια της διαταραχής και η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλουν. Σε ορισμένους, η ανάκαμψη επιτυγχάνεται μέσα σε διάστημα έξι μηνών ενώ σε άλλους, διαρκεί πολύ περισσότερο.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων (www.klimaka.org.gr):

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει την αναβίωση του γεγονότος. Η αναβίωση αυτή αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής και εμφανίζεται με διάφορους τρόπους. Συνήθως οι πάσχοντες επαναφέρουν διαρκώς και με ένταση στη μνήμη τους το γεγονός ή έχουν επαναλαμβανόμενους εφιάλτες, βιώνοντας εκ νέου την οδυνηρή εμπειρία τους. Η επέτειος ενός δραματικού γεγονότος ή καταστάσεις που το θυμίζουν είναι δυνατόν να προκαλέσουν έντονη δυσφορία.

Η αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων και το συναισθηματικό μούδιασμα είναι η δεύτερη κατηγορία συμπτωμάτων. Η πρώτη συμβαίνει όταν οι άνθρωποι με τη διαταραχή αποφεύγουν την εμφάνιση σεναρίων που μπορεί να τους θυμίσουν την τραυματική εμπειρία. Το συναισθηματικό μούδιασμα εμφανίζεται συνήθως λίγο μετά το γεγονός. Ένα άτομο με διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να απομονωθεί από τους φίλους και την οικογένεια του, να μην ενδιαφέρεται για δραστηριότητες που μέχρι πριν απολάμβανε και να δυσκολεύεται να νοιώσει συναισθήματα, ιδιαίτερα εκείνα που συνδέονται με την οικειότητα και την τρυφερότητα. Είναι επίσης συνηθισμένα τα ακραία αισθήματα ενοχής. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ένα άτομο μπορεί να βιώσει ψυχοδιασπαστικές καταστάσεις οι οποίες διαρκούν

από λίγα λεπτά έως αρκετές ημέρες, κατά τη διάρκεια των οποίων πιστεύει ότι βιώνει εκ νέου το επεισόδιο και συμπεριφέρονται σαν να συμβαίνει ξανά.

Η τρίτη κατηγορία συμπτωμάτων περιλαμβάνει αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου και αυξημένη ενεργητικότητα. Η αϋπνία είναι συνηθισμένη και ορισμένοι που πάσχουν από τη διαταραχή αντιμετωπίζουν δυσκολία στη συγκέντρωση και την ολοκλήρωση του έργου τους. Τέλος είναι πιθανή η εμφάνιση αυξημένης επιθετικότητας.

Για να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής θα πρέπει τα ανωτέρω συμπτώματα να είναι παρόντα για περισσότερο από ένα μήνα (πέμπτο κριτήριο) και να προκαλούν κλινικά σημαντική διαταραχή στην κοινωνική, οικογενειακή και επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου (έκτο κριτήριο). Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία (διάρκεια συμπτωμάτων μικρότερη από τρεις μήνες), χρόνια (διάρκεια άνω των 3 μηνών) ή καθυστερημένης έναρξης (όταν εγκαθίσταται τουλάχιστον μετά από 6 μήνες από την έκθεση στο στρεσογόνο παράγοντα).

Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι πριν καταλήξει ο κλινικός στη διάγνωση του συνδρόμου, πρέπει να αποκλειστούν οργανικά αίτια (τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες, όγκοι του εγκεφάλου, επιληψία, κατάχρηση οινόπνευματος και ψυχοδραστικών ουσιών) καθώς και ψυχικές διαταραχές που υποδύονται ανάλογη κλινική εικόνα (Βεντουράτου, 2009).

3.3.3 Άλλες ασθένειες που μπορεί να συνοδεύουν τη διαταραχή μετα-τραυματικού στρες

Οι πάσχοντες από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, είναι πιθανό να αναπτύξουν εξάρτηση από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ ή να γίνουν καταθλιπτικοί. Δεν είναι ασυνήθιστο να συνυπάρχει η αγχώδης διαταραχή με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επίσης, η ζάλη, ο πόνος στο στήθος, οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις και τα προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος να συνδέονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επειδή τα παραπάνω αντιμετωπίζονται συνήθως ως αυτοτελείς ασθένειες, η σύνδεση με την διαταραχή μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο αν ο ασθενής προσφέρει αυτόβουλα πληροφορίες για κάποιο τραυματικό γεγονός ή αν ο γιατρός ανακαλύψει μια πιθανή σχέση με κάποιο ψυχολογικό τραύμα (www.klimaka.org.gr).

3.3.4 Επιπτώσεις της μετατραυματικής διαταραχής

Οι συνέπειες των τραυματικών γεγονότων είναι άμεσες. Έχουμε φόβο, άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα αβοήθητου, σωματική ένταση. Είναι όμως και μακροπρόθεσμες. Όταν το εγώ του

ατόμου «ξεχειλίζει» από συναισθήματα που προκαλούνται από το τραυματικό γεγονός, δεν μπορεί να τα διαχειριστεί οπότε και υφίσταται το ίδιο μια «αλλοίωση». Οι συνέπειες δηλαδή καθίστανται χρόνιες. Το άτομο υποφέρει από «αναβιώσεις» (flashbacks) του γεγονότος. Θυμάται συνεχώς μέρος ή όλο το γεγονός ή ένα συναίσθημα που ένιωσε. Είναι υπερευαίσθητο σε αγχώδη ερεθίσματα, το σώμα του υπεραντιδρά και καθίσταται ευερέθιστο (www.klimaka.org.gr).

Πιο αναλυτικά οι επιπτώσεις του τραυματικού γεγονότος σε όλες τις εκφράσεις της ζωής των θυμάτων και των οικογενειών τους είναι καταλυτικές.

Η οικογενειακή ζωή συχνά διαλύεται είτε γιατί ο/η σύζυγος δεν μπορεί να αντέξει τα ξεσπάσματα θυμού του θύματος, είτε γιατί αυτό αποσύρεται και αναζητά την μοναξιά είτε μια άλλη σχέση. Αντίστοιχα διαταράσσεται και η σχέση με τα παιδιά, καθώς η συμπεριφορά του θύματος γίνεται είτε υπερβολικά απαιτητική ή πιο αδιάφορη με τελική συνέπεια την αμοιβαία απομάκρυνση. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί το τεράστιο ψυχικό και οικονομικό κόστος για την οικογένεια στις περιπτώσεις που υπάρχουν σημαντικά λειτουργικά προβλήματα στην υγεία του θύματος που απαιτούν καθημερινή φροντίδα.

Η κοινωνική ζωή συρρικνώνεται τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, καθώς το θύμα αποφεύγει να συμμετέχει σε εκδηλώσεις και παρέες, θεωρώντας ότι όταν οι άλλοι τον προσκαλούν το κάνουν από οίκτο. Το ίδιο το θύμα αποφεύγει την επικοινωνία με τους φίλους θεωρώντας ότι είναι πια βάρος γι' αυτούς με τελική κατάληξη την απομόνωση όταν κάποια στιγμή και οι εκείνοι αποθαρρυνμένοι, σταματούν να επικοινωνούν.

Ανάλογες είναι οι επιπτώσεις και στην επαγγελματική ζωή του θύματος καθώς χάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και είτε γίνεται υπερβολικά εύθικτο στην κριτική ή αποφεύγει την έκθεση σε επαγγελματικές καταστάσεις με τελική έκβαση σημαντικές δυσλειτουργίες τόσο στη σχέση του με τους συναδέλφους του, όσο και τους πελάτες (Βεντουράτου, 2009).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα τόσο με τις υπάρχουσες έρευνες, όσο και με την προσωπική μας εμπειρία τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις της μετατραυματικής διαταραχής συνήθως, δεν παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση με την πάροδο του χρόνου. Συχνά μάλιστα οι φοβίες και οι αποφυγές προοδευτικά ενισχύονται και γενικεύονται ακρωτηριάζοντας όλο και μεγαλύτερα τμήματα της υγιούς ζωής του θύματος (Βεντουράτου, 2009).

3.3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση θα εξαρτηθεί από το στάδιο κατά το οποίο θα γίνει αντιληπτή ή θα εγκατασταθεί η διαταραχή, καθώς και από τη βαρύτητα αυτής. Η αντιμετώπιση του ατόμου που πρόσφατα βίωσε ένα τραυματικό γεγονός και εγκαθιστά την συμπτωματολογία του συνδρόμου, συνίσταται σε ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση να συζητά τα συναισθήματά του, ενώ είναι αναγκαία η εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης για το χειρισμό του άγχους. Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής τις περισσότερες φορές καθίσταται αναγκαία (Βεντουράτου, 2009).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να αντιμετωπίσει τη κατάθλιψη και το άγχος που συχνά βιώνουν οι πάσχοντες από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και να τους βοηθήσει στην αποκατάσταση των διαταραχών του ύπνου τους. Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία και οι ομαδικές θεραπείες θεωρούνται ως πολλά υποσχόμενες θεραπείες. Συχνά παρέχονται από θεραπευτές με εξειδίκευση σε ένα συγκεκριμένο τύπο τραύματος. Η θεραπεία έκθεσης, κατά την οποία ο ασθενής αναβιώνει την τραυματική εμπειρία του, σε ελεγχόμενες συνθήκες, προκειμένου να την αντιμετωπίσει, μπορεί επίσης να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Τέλος, βρίσκεται σε εξέλιξη η έρευνα για τις αιτίες της διαταραχής μετατραυματικού στρες και ο προσδιορισμός των θεραπειών που λειτουργούν καλύτερα στους αντίστοιχους τύπους τραύματος.

Η πιο πρόσφατη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση για το μετατραυματικό στρες είναι η ταυματοθεραπεία μέσω του διεστιακού ερεθίσματος *EMDR*. Η εξειδικευμένη αυτή ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί το διεστιακό αισθητηριακό ερέθισμα (συνήθως εναλλασσόμενες οφθαλμικές κινήσεις που προκαλούνται από την παρακολούθηση της κίνησης ενός αντικειμένου μπροστά στο οπτικό πεδίο του θεραπευομένου). Η διαδικασία αυτή προκαλεί στον εγκέφαλο την αυτόματη επανεπεξεργασία των τραυματικών εικόνων, σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων (π.χ. ταχυπαλμία, αίσθημα πνιγμού, εφίδρωση) που έχουν βιωθεί κατά την διάρκεια του γεγονότος και έχουν συνδεθεί με αυτό. Το αποτέλεσμα είναι η προοδευτική απευαισθητοποίηση του τραύματος καθώς το διεστιακό ερέθισμα επιτρέπει στον θεραπευόμενο να εστιάζει ταυτόχρονα στο τραυματικό *παρελθόν* και στο ασφαλές *παρόν* με τελικό αποτέλεσμα την αίσθηση τώρα το ατύχημα έχει τελειώσει και

είμαι ασφαλής. Η θεραπεία αυτή απαιτεί ειδική εκπαίδευση και απευθύνεται μόνο σε έμπειρους ψυχοθεραπευτές (Βεντουράτου, 2009).

3.4 Εργασιακό άγχος

Στο σύγχρονο κόσμο, το περιβάλλον εργασίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες. Το φαινόμενο του εργασιακού στρες έχει μελετηθεί εκτενώς και η σπουδαιότητα της αντιμετώπισής του αναγνωρίζεται σχεδόν από όλους, δεδομένου ότι οι άνθρωποι αφιερώνουν ένα ιδιαίτερα μεγάλο μέρος της ζωής τους στην εργασία (Robin, Leslie, 2006).

Το εργασιακό στρες, έχει οριστεί ως το στρες που οφείλεται στην εργασία και παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης (OSHA, 2000) και έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή στρες ενώ για άλλους όχι (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007).

Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά στο εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνει εργασιακό στρες (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007).

Με βάση ερευνητικά δεδομένα αλλά και τις θεωρητικές αναλύσεις των ειδικών, διαπιστώνεται ότι ο τρόπος αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης από ένα άτομο, εξαρτάται από τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η ιδιοσυγκρασία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο σε σχέση με τη στρατηγική που θα υιοθετήσει το άτομο για την αντιμετώπιση του στρες, όσο και σε σχέση με την έκταση, την ένταση και την επιμονή της προσπάθειας που καταβάλλει για να αντιμετωπίσει μια δύσκολη, στρεσογόνο κατάσταση (Πούρκος, 2001).

Συνεπώς το εργασιακό στρες είναι ένας σημαντικός και καθόλου ευκαταφρόνητος επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας. Ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας σύμφωνα με την «Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας» ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, ο οποίος είναι παρών στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζόμενου (Δρακόπουλος, 2005).

Οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων, είτε εξαιτίας εργατικού ατυχήματος, είτε λόγω χρόνιας έκθεσης, που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα (Σουρτζή, Βελονάκης, 2004).

Το εργασιακό στρες, ως παράγοντας κινδύνου στον εργασιακό χώρο, έτυχε ιδιαίτερης προσοχής, από την στιγμή που μελέτες απέδειξαν τον ρόλο του στην υγεία των εργαζομένων (Marmot, Siegrist, et al, 2000), (Schnall, Belkic, et al, 2000).

Από τις πλέον ευάλωτες, στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες, είναι οι νοσηλευτές, καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες εκείνους, που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών και τους επιφορτίζουν με στρες (Παπαγεωργίου, Καραμπέτσου, και συν., 2007).

Έρευνα σε νοσηλευτές στην Σιγκαπούρη έδειξε υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες στους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών έναντι αυτών των γενικών τμημάτων (Yang, Koh, et al, 2002).

3.4.1 Επιπτώσεις στην Ψυχική Υγεία των εργαζομένων

Υπάρχει άραγε σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και προβλημάτων της ψυχικής υγείας; Στο ερώτημα αυτό απαντά έρευνα που μελετά δυο διαφορετικά μοντέλα του στρες (το μοντέλο αναντιστοιχίας προσπάθειας –ανταμοιβής και το μοντέλο χαμηλού ελέγχου στην εργασία) και τις επιπτώσεις τους στο καταθλιπτικό συναίσθημα των εργαζομένων. Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι τα δύο μοντέλα στρες, αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές πτυχές των στρεσογόνων συνθηκών εργασίας, ωστόσο και τα δύο σχετίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα στους εργαζόμενους (Tsutsumi, Kayaba, et al, 2000).

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην ψυχική υγεία, επιβεβαιώνεται και από έρευνα που τονίζει, ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα καταθλιπτικά συμπτώματα εργαζομένων σε διαφορετικά επαγγέλματα ($p < 0,01$). Επίσης η μερίδα των εργαζομένων με σαφή καταθλιπτικά συμπτώματα, είχε υψηλότερη βαθμολογία σε κλίμακες που μετρούν εργασιακούς παράγοντες όπως: ασάφεια ρόλων, σύγκρουση ρόλων, εργασιακή μονοτονία,

εργασία με υψηλές πνευματικές απαιτήσεις, υπευθυνότητα για ανθρώπινες ζωές και επαγγελματικούς κινδύνους (Yu, Yao, et al, 2006).

Στους επιβαρυντικούς παράγοντες λοιπόν, εκτός του φύλου, του οικογενειακού ιστορικού για ψυχιατρική νόσο και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, εμφανίζεται και το είδος του επαγγέλματος (Lorant, et al, 2003), (Muntaner, et al, 2004), με πλήθος ερευνών να υποστηρίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards, et al, 2000), (Tennant, 2001).

Σε έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε ομάδα αναφοράς, ο σχετικός κίνδυνος των επαγγελματιών σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα για κατάθλιψη βρέθηκε 1.35 για τις γυναίκες και 1.49 για τους άνδρες, ενώ για την εμφάνιση εργασιακού στρες 1.18 για τις γυναίκες και 1.26 για τους άντρες. Μεταξύ των επαγγελμάτων, αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη παρουσίασαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές ανεξαρτήτου φύλου και οι γυναίκες μαίες (Wieclaw, et al, 2006).

Οι ερευνητές ερμηνεύουν τον αυξημένο σχετικό κίνδυνο για ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων, στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι σε αυτά, όπως ασταθές ωράριο εργασίας, έκθεση σε τραυματικά γεγονότα π.χ. ατυχήματα, επαφή με τον θάνατο, έκθεση σε βία (Wieclaw, et al, 2006) και σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογένειας (Geiger- Brown, et al, 2004), (Peters, et al, 2004).

Αυτές οι εργασιακές συνθήκες θεωρείται ότι μπορούν άμεσα να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα έκθεση σε βία που προκαλεί μετατραυματικό στρες (Laposa, et al, 2003), (Collins & Long, 2003), ή συμβάλουν μαζί με άλλους παράγοντες σε υψηλό επίπεδο συναισθηματικών απαιτήσεων από την εργασία (Vegchel, et al, 2004).

Έρευνα σε νοσοκομεία και συγκεκριμένα σε ιατρούς ειδικευόμενους, κατά τον πρώτο χρόνο μετά την αποφοίτησή τους, έχει δείξει ότι το στρες λόγω της συναισθηματικής πίεσης από τους ασθενείς, ήταν ιδιαίτερα σημαντικό ιδιαίτερα όταν υπήρχε αίσθηση έλλειψης γνώσεων κατά την αποφοίτηση από την σχολή τους. Τελικά, το εργασιακό στρες αποδείχθηκε προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων αφού η τιμή του OR ήταν 1.05 με CI 95% 1.01 έως 1.10 (Reidan, et al, 2001).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΑ

4.1 Μεθοδολογία

Διενεργήθηκε μια βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: Διαταραχή μετατραυματικού άγχους, απογραφή περιτραυματικής αγωνίας, επείγουσα διαλογή, τραυματικό γεγονός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εργαζόμενοι ΤΕΠ, μαζικές καταστροφές, διαχείριση κρίσεων.

Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2014, για να είναι σύγχρονη η βιβλιογραφία προκειμένου να περιέχονται σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα.

Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία: «Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)» και «Peritraumatic Distress Inventory (PDI)».

Αυτά τα ερωτηματολόγια έχουν σχεδιαστεί από το Νοσοκομείο του Douglas και το Πανεπιστήμιο McGill, για να βοηθήσουν στη διαδικασία διαλογής θυμάτων που βιώνουν τραυματικό άγχος στην περίπτωση ενός καταστροφικού γεγονότος μεγάλης κλίμακας.

Κατόπιν σχετικής άδειας χρήσης των ερωτηματολογίων από τον κατασκευαστή Dr Alain Brunet, τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν, προσαρμόστηκαν πολιτισμικά και σταθμίστηκαν στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με τη διεθνή μεθοδολογία.

Τα ερωτηματολόγια «Ερωτηματολόγιο Περιτραυματικών Ασυσχετίστων Εμπειριών» και «Απογραφή Περιτραυματικού Κινδύνου», με συνολικά 23 ερωτήσεις είναι σχεδιασμένα για να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του περιτραυματικού άγχους, προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στην παραπομπή σε εξειδικευμένη υποστηρικτική βοήθεια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο των 10 ερωτήσεων μετρά την έκταση της διάστασης τη στιγμή του τραυματικού γεγονότος και των λεπτών και των ωρών που ακολούθησαν. Μελέτες δείχνουν ότι η διάσταση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο των 13 ερωτήσεων μετρά τον βαθμό στον οποίο το άτομο ένιωσε δυσφορία, κατά τη στιγμή του τραυματικού γεγονότος και των ωρών που ακολούθησαν. Μελέτες δείχνουν ότι η περιτραυματική αγωνία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης μετα-τραυματικού άγχους.

Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης περιέλαβε τη μέτρηση αξιοπιστίας, εγκυρότητας και την ανάλυση παραγόντων.

Δείγμα ευκολίας αποτέλεσε όλο το νοσηλευτικό (Νοσηλευτές ΤΕ και ΠΕ, Βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ) και ιατρικό προσωπικό, 112 εργαζομένων, που εργάζεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, τριών δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, σε αστικό και επαρχιακό κέντρο και είναι τα εξής: Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» και Κεντρική Κλινική Αθηνών.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διανομή των ερωτηματολογίων. Γραπτή άδεια διανομής και εφαρμογής της παρούσας μελέτης ζητήθηκε και δόθηκε από τις διοικήσεις των νοσοκομείων και της ιδιωτικής κλινικής, όπου και διεξήχθητε η μελέτη. Η διατήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων είναι απολύτως διασφαλισμένη καθώς το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αποθηκεύθηκαν ασφαλώς και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τον σκοπό της μελέτης και για τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων βάσει των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, συμβάλλοντας στη διάδοση της επιστημονικής γνώσης.

Στατιστική ανάλυση: Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA).

Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k =αριθμός των συγκρίσεων).

Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης

(r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

4.2 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 112 άτομα με μέση ηλικία τα 38,9 έτη ($\pm 9,5$ έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

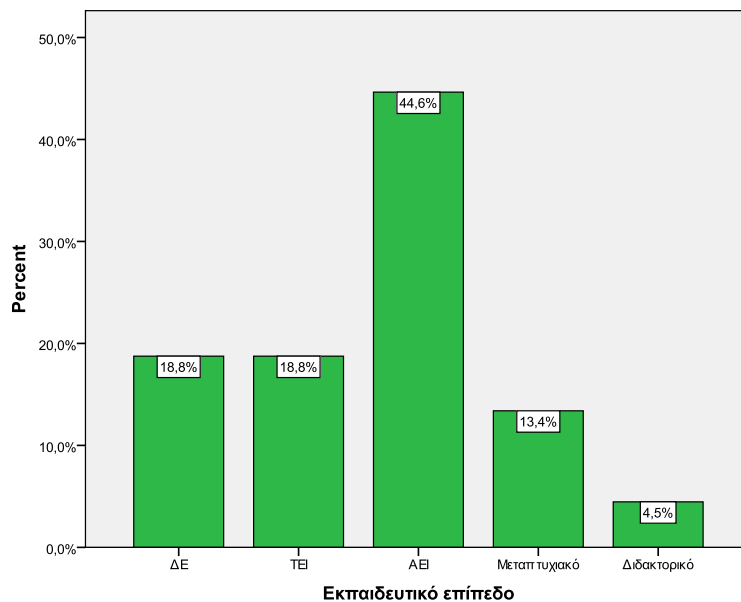
Πίνακας 4.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.

		N	%
Φύλο	Άντρες	47	42,0
	Γυναίκες	65	58,0
Ηλικία, μέση τιμή\pmSD		38,9 \pm 9,5	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	21	18,8
	ΤΕΙ	21	18,8
	ΑΕΙ	50	44,6
	Μεταπτυχιακό	15	13,4
	Διδακτορικό	5	4,5
Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση	Πολύ καλή	24	21,4
	Καλή	30	26,8
	Μέτρια	49	43,8
	Κακή	8	7,1
	Πολύ κακή	1	0,9
Κατοικείτε μόνιμα σε	Αστικό κέντρο	59	52,7
	Ημιαστική περιοχή	45	40,2

	Αγροτική περιοχή	8	7,1
Στο σπίτι σας ζείτε	Μόνος	39	34,8
	Με άλλους	73	65,2
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση	Άγαμος/η	54	48,2
	Έγγαμος/η	46	41,1
	Διαζευγμένος/η	8	7,1
	Χήρος/α	4	3,6
Αριθμός τέκνων	Κανένα	61	54,5
	1-2	40	35,7
	3 και περισσότερα	11	9,8

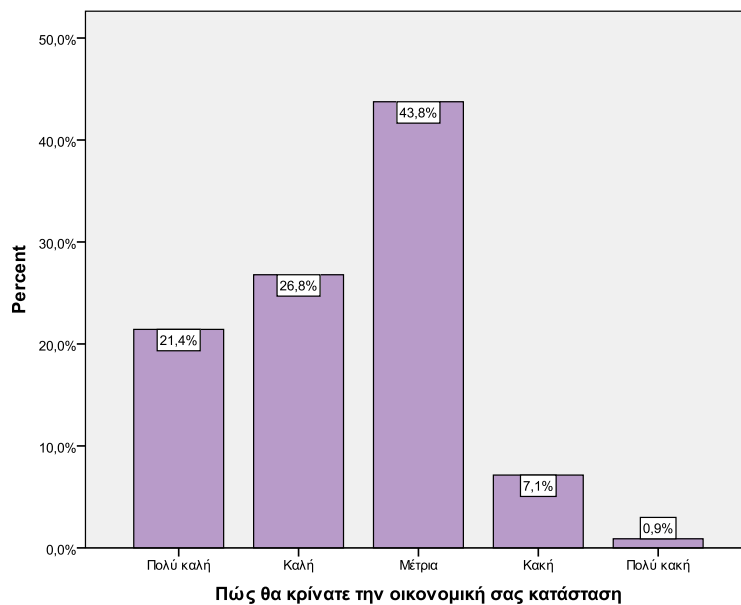
Το 58,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 44,6% των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θα χαρακτήριζαν μέτρια την οικονομική τους κατάσταση με το ποσοστό να φτάνει το 43,8%. Ακόμα, το 52,7% των συμμετεχόντων κατοικούσε μόνιμα σε αστική περιοχή και το 65,2% μένει με άλλους. Το 48,2% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι και το 41,1% ήταν έγγαμοι. Τέλος, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (54,5%) δεν είχαν παιδιά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.



Γράφημα 4.1 Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.



Γράφημα 4.2 Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ειδικεύσεις των συμμετεχόντων που πήραν στις μεταπτυχιακές τους σπουδές.

Πίνακας 4.2 Ειδικεύσεις συμμετεχόντων στις μεταπτυχιακές τους σπουδές.

Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	N	%
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	1	0,9
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	1	0,9
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	1	0,9
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	1	0,9
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΜΕ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	1	0,9
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1	0,9
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΙΑ	2	1,8
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ	1	0,9
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	0,9
ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	1	0,9
ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	1	0,9
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	0,9
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	1	0,9
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1	0,9
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	2	1,8
ΤΕΠ	1	0,9
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	0,9
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	1	0,9

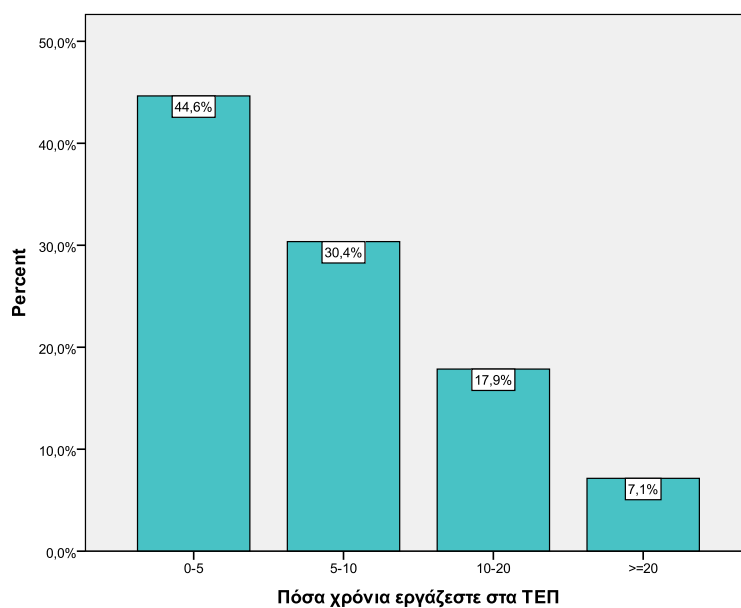
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4.3 Στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

		N	%
Ιδιότητα	Ιατρικό προσωπικό	53	47,3
	Νοσηλευτικό προσωπικό	59	52,7
Δεύτερη επαγγελματική απασχόληση	Όχι	76	67,9
	Ναι	36	32,1
Πόσα χρόνια εργάζεστε στα ΤΕΠ	0-5	50	44,6
	5-10	34	30,4
	10-20	20	17,9
	>=20	8	7,1
Ποια είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας γενικά	0-5	29	25,9
	5-10	26	23,2
	10-20	31	27,7
	>=20	26	23,2
Έχετε νιώσει επιθυμία εγκατάλειψης του επαγγέλματός σας	Θέλω να το εγκαταλείψω όσο το δυνατόν συντομότερα	9	8,0
	Θα ήθελα να το εγκαταλείψω σύντομα	25	22,3
	Δεν θέλω να το εγκαταλείψω	78	69,6

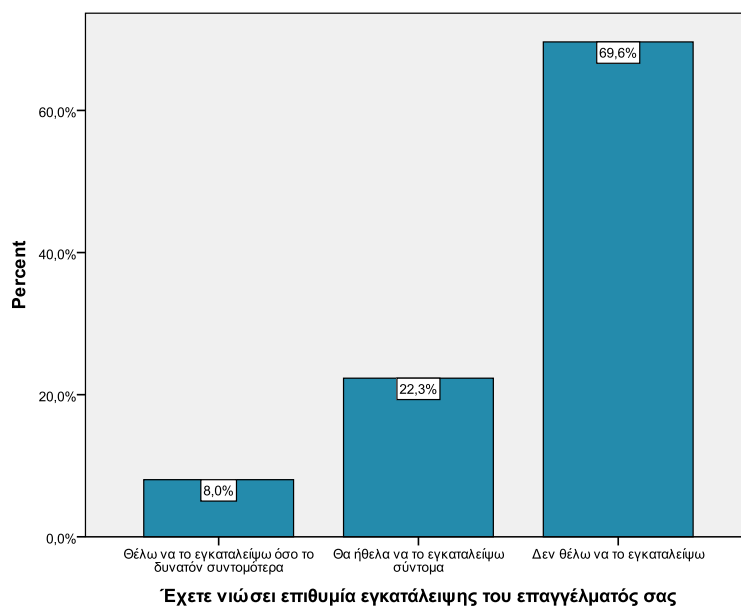
Το 52,7% των συμμετεχόντων άνηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, το 32,1% των συμμετεχόντων είχε και δεύτερη επαγγελματική απασχόληση. Το 44,6% των συμμετεχόντων εργάζεται το πολύ 5 χρόνια στα ΤΕΠ ενώ συνολικά το 27,7% των συμμετεχόντων εργάζεται 10- 20 έτη. Τέλος, το 8,0% των συμμετεχόντων θέλει να εγκαταλείψει το επάγγελμα του όσο το δυνατόν γρηγορότερα, το 22,3% θέλει να το εγκαταλείψει σύντομα ενώ το 69,6% δεν θέλει να το εγκαταλείψει.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στα ΤΕΠ.



Γράφημα 4.3 Έτη προϋπηρεσίας συμμετεχόντων στα ΤΕΠ.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η επιθυμία των συμμετεχόντων να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.



Γράφημα 4.4 Επιθυμία συμμετεχόντων εγκατάλειψης του επαγγέλματός τους.

Κλίμακα Περιτραυματικών Ασυσχετίστων Εμπειριών (PDEQ)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις του PDEQ από τους συμμετέχοντες. Οι δυνατές απαντήσεις κυμαίνονται από 1 (καθόλου αλήθεια) έως 5 (εξαιρετικά αλήθεια). Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμφωνία με την κάθε πρόταση.

Πίνακας 4.4 Απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις του PDEQ από τους συμμετέχοντες.

	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Είχα στιγμές στις οποίες έχανα τον έλεγχο ή την τροχιά αυτών που συνέβαιναν. "Θόλωνα" ή κατά κάποιο τρόπο ένιωθα ότι δεν ήμουν μέλος σ' αυτό που συνέβαινε.	2±1	2 (1 - 3)
Ανακάλυψα ότι βρισκόμουν σε "αυτόματο πιλότο". Κατέληξα να κάνω πράγματα, που αργότερα συνειδητοποίησα, ότι δεν είχα αποφασίσει ενεργά να κάνω.	2,5±1,3	3 (1 - 3)
Η αίσθηση του χρόνου μου άλλαξε. Τα πράγματα έμοιαζαν να συμβαίνουν σε αργή κίνηση.	2,3±1,1	2 (1 - 3)
Αυτό που συνέβαινε μου φαινόταν εξωπραγματικό, σαν να ζούσα σε όνειρο ή παρακολουθούσα μία ταινία ή ένα θεατρικό έργο.	2±1,1	2 (1 - 3)
Ένιωθα σαν να ήμουν θεατής αυτών που μου συνέβαιναν, σαν να παρακολουθώ από πάνω το περιστατικό ή να το παρατηρώ σαν ένας εξωτερικός επισκέπτης.	1,8±1	1 (1 - 2)
Υπήρχαν στιγμές που η αίσθηση του κορμιού μου έμοιαζε να παραμορφώνεται ή να αλλάζει. Ένιωθα αποσυνδεδεμένος/η από το σώμα μου ή σαν να ήταν ασυνήθιστα μεγάλο ή μικρό.	2,2±1,1	2 (1 - 3)
Ένιωθα, αν και τα πράγματα στην πραγματικότητα συνέβαιναν σε άλλους, ότι συνέβαιναν σε μένα – σαν να βρισκόμουν σε κίνδυνο, ενώ στην πραγματικότητα δεν ήμουν.	2,2±1,1	2 (1 - 3)
Ήμουν έκπληκτος/η, ανακαλύπτοντας μετά ότι πολλά πράγματα συνέβαιναν σε μια χρονική στιγμή, την οποία δεν γνώριζα	2±1	2 (1 - 3)

καθόλου, ειδικότερα πράγματα που συνήθως θα είχα προσέξει.		
Ένιωθα μπερδεμένος/η. Δηλαδή, υπήρχαν στιγμές που είχα δυσκολία να καταλάβω τι συνέβαινε.	2,1±1	2 (1 - 3)
Ένιωθα αποπροσανατολισμένος/η. Δηλαδή, υπήρχαν στιγμές που ένιωθα αβέβαιος/η για το που βρισκόμουν ή τι ώρα ήταν.	1,9±1	2 (1 - 2)

Η εμπειρία που βίωναν συχνότερα οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του κρίσιμου συμβάντος ήταν «Ανακάλυψα ότι βρισκόμουν σε "αυτόματο πιλότο". Κατέληξα να κάνω πράγματα, που αργότερα συνειδητοποίησα, ότι δεν είχα αποφασίσει ενεργά να κάνω.» και ακολουθεί η «Η αίσθηση του χρόνου μου άλλαξε. Τα πράγματα έμοιαζαν να συμβαίνουν σε αργή κίνηση.». Αντίθετα, οι λιγότερες συχνές εμπειρίες που βίωναν ήταν «Ένιωθα σαν να ήμουν θεατής αυτών που μου συνέβαιναν, σαν να παρακολουθώ από πάνω το περιστατικό ή να το παρατηρώ σαν ένας εξωτερικός επισκέπτης.» και «Ένιωθα αποπροσανατολισμένος/η. Δηλαδή, υπήρχαν στιγμές που ένιωθα αβέβαιος/η για το που βρισκόμουν ή τι ώρα ήταν.».

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών. Η βαθμολογία αυτή μπορεί να κυμανθεί από 10 μέχρι 50 μονάδες, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν πιο συχνές και έντονες περιτραυματικές εμπειρίες.

Πίνακας 4.5 Βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών.

	Κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών (PDEQ)
Ελάχιστη τιμή	10,0
Μέγιστη τιμή	38,0
Μέση τιμή	20,9
SD	7,8
Cronbach's a	0,90

Η βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών κυμαινόταν από 10 έως 38 μονάδες. Το 9,8% των συμμετεχόντων (N=11) είχαν τη χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία που υποδηλώνει ότι δεν βίωσαν καμία περιτραυματική εμπειρία. Η μέση τιμή στην κλίμακα αυτή ήταν 20,9 μονάδες (SD=7,8). Το 70,5% των συμμετεχόντων (N=79) είχαν βαθμολογία άνω των 15 μονάδων, που υποδηλώνει σημαντική διάσπαση (significant dissociation). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), που υποδηλώνει ότι υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Συσχέτιση της κλίμακας περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών ανάλογα με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 4.6 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PDEQ ανάλογα με δημογραφικά στοιχεία και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

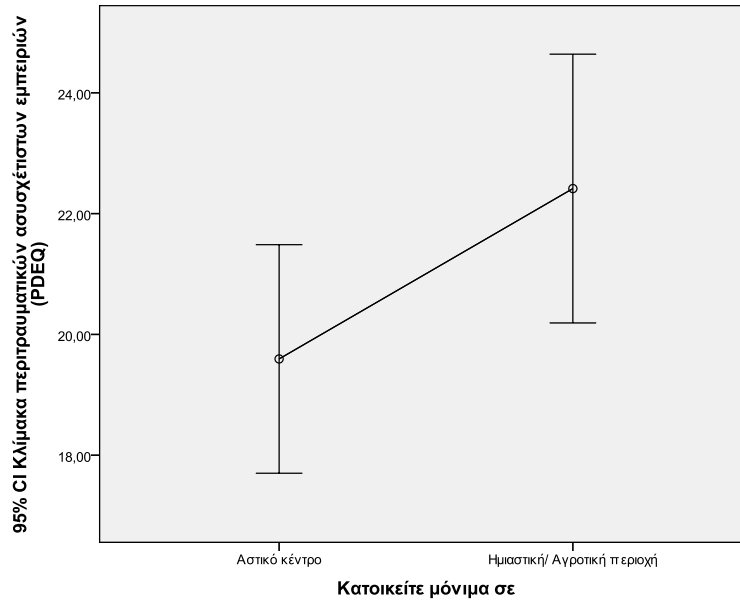
		Κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών (PDEQ)		
		Μέση τιμή	SD	P Student's t-test
Φύλο	Άντρες	20,6	7,1	0,665
	Γυναίκες	21,2	8,2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	18,6	6,9	0,193*
	ΤΕΙ	20,0	8,4	
	ΑΕΙ	22,6	7,5	
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	20,2	8,1	
Ιδιότητα	Ιατρικό προσωπικό	21,7	7,3	0,322
	Νοσηλευτικό προσωπικό	20,2	8,1	

Δεύτερη επαγγελματική απασχόληση	Όχι	21,2	8,1	0,614
	Ναι	20,4	7,0	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στα ΤΕΠ	0-5	22,1	8,9	0,324*
	5-10	19,5	7,5	
	>10	20,6	5,6	
Ποια είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας γενικά	0-10	22,2	8,8	0,084
	>10	19,7	6,4	
Έχετε νιώσει επιθυμία εγκατάλειψης του επαγγέλματός σας	Θέλω να το εγκαταλείψω όσο το δυνατόν συντομότερα	22,3	4,0	0,824*
	Θα ήθελα να το εγκαταλείψω σύντομα	20,4	7,2	
	Δεν θέλω να το εγκαταλείψω	20,9	8,3	
Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση	Πολύ κακή έως μέτρια	19,8	8,4	0,103
	Καλή/ Πολύ καλή	22,2	6,8	
Κατοικείτε μόνιμα σε	Αστικό κέντρο	19,6	7,3	0,050
	Ημιαστική/ Αγροτική περιοχή	22,4	8,1	
Στο σπίτι σας ζείτε	Μόνος	20,7	7,7	0,835
	Με άλλους	21,0	7,8	
Έγγαμοι	Όχι	22,5	8,1	0,038
	Ναι	19,4	7,0	
Παιδιά	Όχι	22,0	8,4	0,100
	Ναι	19,6	6,8	

*ANOVA

Οι συμμετέχοντες που ζούσαν σε ημιαστική/ αγροτική περιοχή είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχετίστων εμπειριών, που υποδηλώνει ότι βίωσαν περισσότερες και πιο έντονες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ζούσαν σε αστική περιοχή. Όμοια, οι μη έγγαμοι βίωσαν περισσότερες και πιο έντονες περιτραυματικές εμπειρίες συγκριτικά με τους έγγαμους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών ανάλογα με την περιοχή κατοικίας τους.



Γράφημα 4.5 Βαθμολογία συμμετεχόντων στην κλίμακα PDEQ ανάλογα με την περιοχή κατοικίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών.

Πίνακας 4.7 Συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας PDEQ.

		Κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών (PDEQ)
Ηλικία	r	-0,14
	P	0,150

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4.8 Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PDEQ, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.

		β*	SE	P
Έγγαμοι	Όχι	0,00*		
	Ναι	-3,38	1,53	0,029
Κατοικείτε μόνιμα σε	Αστικό κέντρο	0,00		
	Ημιαστική/ Αγροτική περιοχή	2,95	1,44	0,043

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η οικογενειακή κατάσταση και η περιοχή κατοικίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών. Συγκεκριμένα:

- Οι έγγαμοι είχαν κατά 3,38 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει λιγότερες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες που έμεναν σε ημιαστική/αγροτική περιοχή είχαν κατά 2,95 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει περισσότερες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν σε αστική περιοχή.

Κλίμακα Απογραφής Περιτραυματικού Κινδύνου (PDI)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις του PDI από τους συμμετέχοντες. Οι δυνατές απαντήσεις κυμαίνονται από 0 (καθόλου αλήθεια) έως 4 (Εξαιρετικά αλήθεια). Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμφωνία με την κάθε πρόταση.

Πίνακας 4.8 Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του PDI.

	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Αισθάνθηκα αβοήθητος/η	1,6±1,3	1 (0 - 3)
Ένιωσα λύπη και θλίψη	2,3±1,2	2 (1 - 3)
Ένιωσα απογοητευμένος/η ή θυμωμένος/η	2,3±1,2	2 (1 - 3)
Ένιωσα φόβο για τη δική μου ασφάλεια.	1,1±1,2	1 (0 - 2)
Αισθάνθηκα ένοχος/η.	0,6±0,9	0 (0 - 1)
Ένιωσα ντροπή για τις συναισθηματικές μου αντιδράσεις	0,7±1	0 (0 - 1)
Ένιωσα ανήσυχος/η σχετικά με την ασφάλεια των άλλων	1,8±1,2	2 (1 - 3)
Είχα την αίσθηση ότι έτεινα να χάσω τον έλεγχο των συναισθημάτων μου.	1,5±1,1	1 (1 - 2)
Είχα δυσκολία ελέγχου του εντέρου και της ουροδόχου κύστης μου	0,7±0,9	0 (0 - 1)
Ήμουν τρομοκρατημένος/η από αυτά που έβλεπα	1,4±1,1	1 (1 - 2)
Είχα σωματικές αντιδράσεις, όπως εφίδρωση, τρέμουλο και έντονους καρδιακούς παλμούς.	1,4±1,1	1 (1 - 2)
Ένιωσα ότι θα μπορούσα να λιποθυμήσω.	0,7±0,9	0 (0 - 1)
Σκέφτηκα ότι μπορεί να πεθάνω.	0,2±0,5	0 (0 - 0)

Τα συχνότερα συναισθήματα που είχαν οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του συμβάντος ήταν η λύπη/θλίψη ή η απογοήτευση/θυμός. Λιγότερο συχνά ένιωθαν ότι μπορεί να πεθάνουν ή ενοχές.

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου. Η βαθμολογία αυτή μπορεί να κυμανθεί από 0 μέχρι 52 μονάδες, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα κατά το συμβάν.

Πίνακας 4.9 Βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου.

	Κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου (PDI)
Ελάχιστη τιμή	1,0
Μέγιστη τιμή	41,0
Μέση τιμή	16,3
SD	9,3
Cronbach's a	0,89

Η βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου κυμαινόταν από 1 έως 41 μονάδες. Η μέση τιμή στην κλίμακα αυτή ήταν 16,3 μονάδες (SD=9,3). Το 42,9% των συμμετεχόντων (N=48) είχαν βαθμολογία άνω των 15 μονάδων, που υποδηλώνει significant distress. Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), που υποδηλώνει ότι υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Συσχέτιση της κλίμακας απογραφής περιτραυματικού κινδύνου με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου ανάλογα με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 4.10 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PDI ανάλογα με δημογραφικά στοιχεία και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

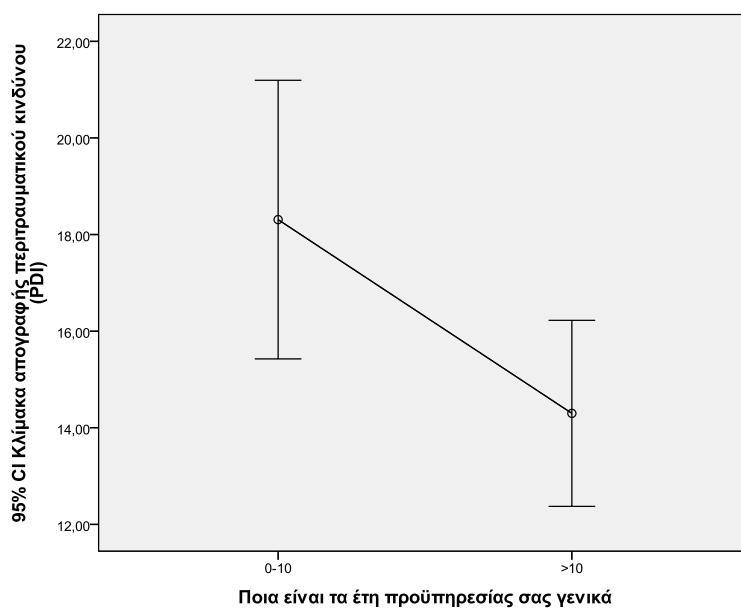
		Κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου (PDI)		
		Μέση τιμή	SD	P Student's t-test
Φύλο	Άντρες	14,4	8,3	0,064
	Γυναίκες	17,6	9,7	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	15,0	9,1	0,424*
	ΤΕΙ	18,8	11,0	
	ΑΕΙ	16,5	8,6	
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	14,4	9,2	
Ιδιότητα	Ιατρικό προσωπικό	14,8	7,2	0,120
	Νοσηλευτικό προσωπικό	17,6	10,7	
Δεύτερη επαγγελματική απασχόληση	Όχι	16,4	10,0	0,868
	Ναι	16,1	7,8	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στα ΤΕΠ	0-5	16,3	9,1	0,988*
	5-10	16,4	10,8	
	>10	16,1	7,8	
Ποια είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας γενικά	0-10	18,3	10,7	0,021
	>10	14,3	7,3	
Έχετε νιώσει επιθυμία εγκατάλειψης του επαγγέλματός σας	Θέλω να το εγκαταλείψω όσο το δυνατόν συντομότερα	17,2	10,4	0,906*
	Θα ήθελα να το εγκαταλείψω σύντομα	15,7	7,2	
	Δεν θέλω να το εγκαταλείψω	16,3	9,8	
Πώς θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση	Πολύ κακή έως μέτρια	17,6	10,4	0,115
	Καλή/ Πολύ καλή	14,8	7,7	
Κατοικείτε μόνιμα σε	Αστικό κέντρο	16,2	10,1	0,922

	Ημιαστική/ Αγροτική περιοχή	16,4	8,4	
Στο σπίτι σας ζείτε	Μόνος	17,5	10,9	0,322
	Με άλλους	15,6	8,3	
Έγγαμοι	Όχι	17,7	10,0	0,043
	Ναι	14,2	7,7	
Παιδιά	Όχι	17,7	10,2	0,073
	Ναι	14,5	7,8	

*ANOVA

Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν συνολικά το πολύ 10 έτη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου, που υποδηλώνει περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και άγχος κατά το συμβάν, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν συνολικά περισσότερα από 10 έτη. Όμοια, οι μη έγγαμοι ένιωσαν σημαντικά περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και άγχος κατά το συμβάν συγκριτικά με τους έγγαμους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου ανάλογα με τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας τους.



Γράφημα 4.6 Βαθμολογία συμμετεχόντων στην κλίμακα PDI ανάλογα με τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας απογραφής περιτραυματικού κινδύνου.

Πίνακας 4.11 Συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας PDI.

		Κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου (PDI)
Ηλικία	r	-0,12
	P	0,218

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της κλίμακας απογραφής περιτραυματικού κινδύνου.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4.12 Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PDI, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους.

		β^*	SE	P
Έγγαμοι	Όχι	0,00*		
	Ναι	-3,60	1,76	0,044
Ποια είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας γενικά	0-10	0,00		
	>10	-4,07	1,73	0,020

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η οικογενειακή κατάσταση και τα έτη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου. Συγκεκριμένα:

- Οι έγγαμοι είχαν κατά 3,60 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου, που υποδηλώνει λιγότερο άγχος κατά το συμβάν, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες με περισσότερα από 10 έτη συνολικής προϋπηρεσίας είχαν κατά 4,07 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν το πολύ 10 έτη συνολικής προϋπηρεσίας.

Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών και απογραφής περιτραυματικού κινδύνου

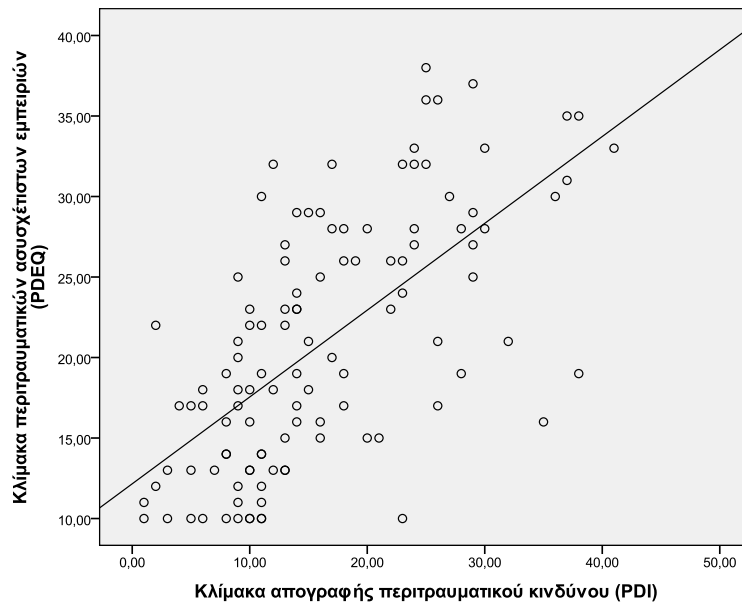
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών και απογραφής περιτραυματικού κινδύνου.

Πίνακας 4.13 Συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων PDEQ και PDI.

		Κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών (PDEQ)
Κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου (PDI)	r	0,64
	P	<0,001

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών και απογραφής περιτραυματικού κινδύνου. Οπότε όσο περισσότερες και πιο έντονες περιτραυματικές εμπειρίες βίωσαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και άγχος ένιωσαν κατά το συμβάν.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών και απογραφής περιτραυματικού κινδύνου.



Γράφημα 4.7 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων PDEQ και PDI.

4.3 Συζήτηση

Παραθέτοντας κάποια από τα σημαντικότερα ευρήματα της παρούσας εργασίας και κάνοντας συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με στοιχεία αντίστοιχων εργασιών από τη βιβλιογραφία, παρουσιάζονται τα παρακάτω συμπεράσματα.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε πως το 8,0% των συμμετεχόντων θέλει να εγκαταλείψει το επάγγελμα του όσο το δυνατόν γρηγορότερα, το 22,3% θέλει να το εγκαταλείψει σύντομα ενώ το 69,6% δεν θέλει να το εγκαταλείψει.

Σε αντίστοιχη εργασία βρέθηκε πως το 20% των εργαζομένων σκέφτηκαν να αλλάξουν επάγγελμα, ύστερα από την επίδραση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσαν στον εργασιακό τους χώρο και τους προκάλεσε διαταραχή μετατραυματικού άγχους (Laposa, Alden, et al, 2003).

Σε αυτό το σημείο, αξιοσημείωτο είναι πως στην παρούσα έρευνα το 9,8% των συμμετεχόντων είχαν τη χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει ότι δεν βίωσαν καμία περιτραυματική εμπειρία.

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης είναι πως οι συμμετέχοντες που ζούσαν σε ημιαστική/ αγροτική περιοχή είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει ότι βίωσαν περισσότερες και πιο έντονες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ζούσαν σε αστική περιοχή. Όμοια, οι μη έγγαμοι βίωσαν περισσότερες και πιο έντονες περιτραυματικές εμπειρίες συγκριτικά με τους έγγαμους.

Σύμφωνα με αντίστοιχη έρευνα, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει μετατραυματικό άγχος, παρουσιάζουν μειωμένη αντίληψη, τόσο στον εργασιακό χώρο, όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Επηρεάζεται η αντίληψή τους όσον αφορά τις σχέσεις με τους φίλους και την οικογένεια, την ερωτική τους ζωή, ή και τις καθημερινές τους δραστηριότητες, οδηγώντας μας έτσι στο συμπέρασμα, πως η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος, μπορεί να επηρεάσει την υπόλοιπη κοινωνική ζωή τους (Mealer, Byrnham, et al, 2009).

Σε αντίθεση με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα, έρχονται τα ευρήματα μιας άλλης μελέτης, στην οποία αναφέρεται πως η επίδραση του μετατραυματικού άγχους σχετίζεται κατά κύριο λόγο με το ενδοοικογενειακό περιβάλλον του κάθε εργαζομένου. Κάποια προσωπική διαμάχη μπορεί να ευαισθητοποιήσει τους εργαζομένους ατομικά, κάνοντάς τους πιο ευάλωτους στο να βιώσουν συμπτώματα μετατραυματικού άγχους, σε ένα επικείμενο τραυματικό γεγονός στον εργασιακό τους χώρο. Από την ανωτέρω έρευνα προέκυψε πως όσοι εργαζόμενοι είχαν βιώσει μετατραυματικό άγχος, λόγω τραυματικού γεγονότος στον εργασιακό χώρο, ήταν ειδικές κατηγορίες που ζούσαν μόνοι τους (άγαμος/η, χήρος/α κ.ά.), η οποία κατάστασή τους προϋπήρχε του τραυματικού γεγονότος (Laposa, Alden, et al, 2003).

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να προστεθεί το παρακάτω:

Μια ανασκόπηση 2.647 μελετών για το μετατραυματικό άγχος έδωσαν προτεραιότητα σε 476 πιθανούς υποψηφίους για ανάλυση των κριτηρίων του μετατραυματικού άγχους ή των συμπτωμάτων του. Από αυτές, 68 μελέτες πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να συμπεριληφθούν στην ανάλυση 7 κριτηρίων: α) προηγούμενο τραύμα, β) προηγούμενη ψυχολογική μεταβολή, γ) οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας, δ) αντιλαμβανόμενη

απειλή ζωής κατά τη διάρκεια του τραύματος, ε) μετατραυματική κοινωνική υποστήριξη, στ) περιτραυματικές συναισθηματικές αντιδράσεις, ζ) περιτραυματικός αποχωρισμός. Όλα έδειξαν πως πρόκειται για σημαντικά μεγέθη, με το οικογενειακό ιστορικό, το προηγούμενο τραύμα και την προηγούμενη μεταβολή, να είναι τα λιγότερο σημαντικά και τον περιγραμματούχο αποχωρισμό να είναι το πιο σημαντικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περιτραυματικές ψυχολογικές διαδικασίες και όχι τα προηγούμενα χαρακτηριστικά, είναι τα πιο ισχυρά κριτήρια του μετατραυματικού άγχους(Ozer, Best, et al, 2003).

Στην παρούσα έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση και η περιοχή κατοικίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών. Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι είχαν κατά 3,38 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει λιγότερες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Οι συμμετέχοντες που έμεναν σε ημιαστική/αγροτική περιοχή είχαν κατά 2,95 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών, που υποδηλώνει περισσότερες περιτραυματικές εμπειρίες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έμεναν σε αστική περιοχή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας φάνηκε πως η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, σχετίζεται με την εμφάνιση λιγότερων μετατραυματικών διαταραχών (Lerias, Byrne, 2003).

Για τις παραπάνω αντιθέσεις των αποτελεσμάτων των προαναφερόμενων ερευνών προτείνουμε να γίνουν περαιτέρω έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα.

Ένα επιπλέον εύρημα της παρούσας εργασίας είναι πως οι συμμετέχοντες που εργάζονταν συνολικά το πολύ 10 έτη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου, που υποδηλώνει περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και άγχος κατά το συμβάν, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν συνολικά περισσότερα από 10 έτη. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες με περισσότερα από 10 έτη συνολικής προϋπηρεσίας είχαν κατά 4,07 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απογραφής περιτραυματικού κινδύνου σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν το πολύ 10 έτη συνολικής προϋπηρεσίας.

Σε συμφωνία με το παραπάνω εύρημα έρχεται το αποτέλεσμα μιας άλλης εργασίας, σύμφωνα με την οποία, το προσωπικό που έχει περισσότερα χρόνια εργασίας και μεγαλύτερη ηλικία, έχει λιγότερες πιθανότητες να υποστεί την επίδραση μετατραυματικού άγχους, σε σχέση με τους ηλικιακά μικρότερους εργαζομένους (Mealer, Byrnham, et al, 2009).

Σε συσχέτιση της κλίμακας περιτραυματικών ασυσχέτιστων εμπειριών με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, στην παρούσα έρευνα, φαίνεται πως οι άντρες του δείγματος βιώνουν λιγότερες περιτραυματικές εμπειρίες σε σχέση με τις γυναίκες.

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα οι άντρες βιώνουν περισσότερα τραυματικά γεγονότα από όσα βιώνουν οι γυναίκες κατά μέσο όρο, ωστόσο οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν διαγνωστικά κριτήρια για μετατραυματικό άγχος. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ενώ οι άντρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τραυματικά γεγονότα, οι γυναίκες υποφέρουν από υψηλότερους δείκτες μετατραυματικού άγχους (Tolin, Foa, 2006).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, έρευνα έχει δείξει πως, είτε είσαι γυναίκα ή νεότερος, ή η αυξημένη έκθεση, ή η γνωριμία με το θύμα, ή έχοντας λιγότερη επαγγελματική εμπειρία στην καταστροφή ή περισσότερη, δεν σχετίστηκαν με μεγαλύτερα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους (Tucker, Pfefferbaum, et al, 2002).

Επιπρόσθετα, στα αποτελέσματα μιας ακόμα εργασίας, αναφέρεται πως η επικράτηση της έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα και ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων, δεν ποικίλλει ανάλογα με το φύλο (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366662>).

Άλλο ένα σημαντικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι πως τα συχνότερα συναισθήματα που είχαν οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του συμβάντος ήταν η λύπη/ θλίψη ή η απογοήτευση/ θυμός. Λιγότερο συχνά ένιωθαν ότι μπορεί να πεθάνουν ή ενοχές.

Έρευνα έχει δείξει πως το προσωπικό του ΤΕΠ αναφέρει συμπτώματα μετατραυματικού άγχους μετά από τραυματικά γεγονότα που έχει βιώσει, όπως είναι εφιάλτες, εικόνες και σκέψεις του παρελθόντος, αναδρομές, δυσκολία ύπνου, ευερεθιστότητα και απογοήτευση, κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για την καθημερινή ζωή, απώλεια ελπίδας για το μέλλον, αμνησία, θυμό, έλλειψη συγκέντρωσης και ανησυχία (Caine, Ter- Bagdasarian, 2003).

Από τα αποτελέσματα μίας ακόμα μελέτης συμπεραίνουμε πως η ταχύρυθμη εξέλιξη της τεχνολογίας που αποτελεί συνέχεια του αιώνα του φόβου (20^{ου} αιώνα), έχει ως αποτέλεσμα

την συνεχώς αυξανόμενη ύπαρξη θυμάτων από μαζικές καταστροφές, αυξάνοντας αναλογικά την ύπαρξη περισσότερων θυμάτων μετατραυματικού άγχους, που ασχολούνται με την παροχή φροντίδας των πρώτων (Javidi, Yadollahie, 2012).

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ερευνών, σε σχέση με το μετατραυματικό άγχος που βιώνεται από τους εργαζομένους στο ΤΕΠ, είναι σημαντικό να δοθεί προτεραιότητα στην παραπομπή τους σε εξειδικευμένη υποστηρικτική βοήθεια- ψυχολογική υποστήριξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Alexander A., Bandiera G., Mazurik L., (2005). A multiphase disaster training exercise for emergency medicine residents: Opportunity knocks. *Acad Emerg Med*; 12 (5): 404-409.
- Anderson P., Petrino R., Halpern P., Tintinalli J., (2006). Public Health Reviews. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bulletin of the World Health Organization*; 84 (10): 835-839.
- Arbon P., Bobrowski C., Zeitz K., Hooper C., Williams J., Thitchener J., (2006). Australian nurses volunteering for the Sumatra - Andaman earthquake and tsunami of 2004: a review of experience and analysis of data collected by the Tsunami Volunteer Australasian Emergency Nursing Journal; 9: 171-8.
- Arlond J. (2002). Disaster medicine in the 21st Century: Future hazards, Vulnerabilities and risk. *Prehosp Disast Med*; 17: 3-11.
- Auf Der Heide E., (2006). The importance of evidence-based disaster planning. *Ann Emerg Med*; 47: 34-49.
- Brunet A., Weiss S., Metzler J., et al, (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*; 158: 1480-1485.
- Beaton R., Johnson L., (2002). Instrument development and evaluation of domestic preparedness training for first responders. *Prehosp Disaster Med*; 17: 119-125.
- Birmes P., Brunet A., Benoit M., et al, (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*; 226: 1-7.
- Burstein J., (2006). The myths of disaster education. *Ann Emerg Med*; 47: 50-52.
- Caine R., Ter-Bagdasarian L., (2003). Early intensification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*; 23 (1): 59-65.
- Collins S., Long A., (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers-a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 10: 417-24.
- Cone D., MacMillan D., (2005). Mass-casualty triage systems: a hint of science. *Academic Emergency Medicine*; 12: 739-741.

Considine J., Mitchell B., (2009). Chemical, biological and radiological (CBR) incidents: preparedness and perceptions of emergency nurses. In *Disasters: The Journal of Disaster Studies, Policy and Management*; 33 (3): 482-97.

Derlet RW., Richards JR., (2000). Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects, *Ann Emerg Med*; 35: 63-68.

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council, (2005). *Official Journal of the European Communities*, 30.09.2005, 255: 22-142.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 7: 7-14.

Epley E., Stewart R., Love P., Jenkins D., Siegworth G., Baskin T., et al, (2006). A regional Medical operations center improves disaster response and inter-hospital trauma transfers. *Am J Surg*; 192: 853–859.

European Journal of Economics and Management, (2002). 9 (4): 308-314.

EuSEM. Policy Statement. September 2007.

Fleischmann T., Fulde G., (2007). Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia*; 19: 300-302.

Green G., Modi S., Lunney K., Thomas T., (2003). Generic evaluation methods for disaster drills in developing countries. *Ann Emerg Med*; 41: 689-699.

Geiger- Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J. (2004). Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work & Stress*; 18: 292-304.

Guha-Sapir D., Hargitt D., Hoyois P., (2004). *Thirty Years of Natural Disasters 1974-2003: The Numbers*, Presses de l'Universit Catholique de Louvain, Brussels.

Glaesser D., (2006). "Crisis Management in the Tourism Industry", Butterworth Heinemann, Oxford.

Griffin D., (2006). *Hospitals. What They Are and How They Work*. Jones and Bartlett Publishers; 10 (3): 3-5.

Hsu E., Jenckes M., Catlett C., Robinson K., Feuerstein C., Cosgrove S., et al, (2004). Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: A systematic literature review. *Prehospital Disast Med*; 19 (3): 191–199.

Hirshon M., Morris M., (2006). Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health, p. 816-818.

Hogan D., Burstein J., (2010). Ιατρική των καταστροφών. Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2η έκδοση, Αθήνα.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2001). Emergency management standard. Oak Brook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Jehel L., Brunet A., Paterniti S., et al, (2005). Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Canadian Journal of Psychiatry*; 50: 67-71.

Jefferson W., Maryalice N., Carri C., (2008). The Effectiveness of Disaster Training for Health Care Workers: A Systematic Review. *Ann Emerg. Med*; 52: 211-222.

Javidi H., Yadollahie M., (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 3: 2-9.

Klein K., Brandenburg D., Atas J., Maher A., (2005). The use of trained observers as an evaluation tool for a multi- hospital bioterrorism exercise. *Prehosp Disaster Med*; 20: 159-163.

Kovats S., Haines A., (2005). Global climate change and health: recent findings and future steps. *CMAJ*; 172: 501-502.

Klein K., Nagel N., (2007). Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport. *Disaster Manag Response*; 5 (2): 56-61.

Levi K., Aghababian R., Hirsch E., Screnci D., Boshyan A., Ricks R., et al, (2000). An internet - based exercise as a component of an overall training program addressing medical aspects of radiation emergency management. *Prehosp Disast Disast Med*; 15 (2) :18-25.

Levi L., Michaelson M., Admi H., et al, (2002). National strategy for mass casualty situations and its effects on the Hospital. *Prehosp Disast Med*; 17: 12-60.

Laposa J., Alden L., Fullerton L., (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing*; 29 (1): 23-28.

Lerias D., Byrne MK., (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*; 19: 129-138.

Lorant V., Deliege D., Eaton W., (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157: 98-112.

Lee V., Low E., (2006). Coordination and resource maximization during disaster relief efforts. *Prehosp Disast Med*; 21 (1): 8-12.

Marmot M., Siegrist J., Theorell T., Feeney A., (2000). Health and the psychosocial environment at work. In Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*; 27 (2): 146-153.

McMichael A., Woodruff R., (2004). Climate change and risk to health: the risk is complex, and more than a sum of risks due to individual climate factors. *BMJ*; 329: 1416-1417.

Muntaner, C., Eaton W., Miech R., (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*; 26: 53-62.

Markenson D., DiMaggio C., Redlener I., (2005). Preparing health professions students for terrorism, disaster and public health emergencies: core competencies, *Acad Med*; 80: 517-526.

Mealer M., Burnham E., Goode C., Rothbaum B., Moss M., (2009). The prevalence and impact of posttraumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*; 26 (12): 1118-1126.

Ozer E., Best S., Lipsey T., Weiss D., (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*; 129 (1): 52-73.

Peeters W., De Jonge J., Janssen M., (2004). Work-home interference, job stressors, and employee health in a longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*; 11: 305-22.

Parrish A., Oliver S., Jenkins D., Ruscio B., Green J., Colenda C., (2005). A short medical school course on responding to bioterrorism and other disasters. *Acad Med*; 80: 820-823.

Redwood-Campbell L., Riddez L., (2006). Post-tsunami medical care: health problems encountered in the International Committee of the Red Cross Hospital in Banda Aceh, Indonesia. *Prehosp Disaster Med*; 21 (1): 1-7.

Robin M, Leslie R., (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Roccaforte J., (2001). The World Trade Center attack observations from New York's Bellevue Hospital. *Crit Care*; 5: 307-309.

Schnall P., Belkic K., Landsbergis P., Baker D., (2000). The workplace and cardiovascular disease. Philadelphia (PA): Hanley & Belfus, 1-334. *Occupational medicine: state of the art reviews*; vol: 15.

Task Force of the European Society for Emergency Medicine, (2002). EuSEM core curriculum for Emergency Medicine. *European Journal of Emergency Medicine*; 9 (4): 308-314.

Tennant C., (2001). Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res*; 51: 697-704.

Tolin D., Foa E., (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*; 132 (6): 959-992.

Tucker P., Pfefferbaum B., Doughty D., Nixon S., Jordan F., Jones D., (2002). Body Handlers After Terrorism in Oklahoma City: Predictors of Posttraumatic Stress and Other Symptoms. *Journal of Orthopsychiatry*; 72 (4).

Tsutsumi A., Kayaba K., Theorell T., Siegrist J., (2000). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*; 27 (2): 146-153.

Tyssen R., Vaglum P., Gronvold N., Ekeberg O., (2001). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort. *Medical Education*; 34 (5): 374-384.

Vegchel V., Jonge D., Soderfeldt M., (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*; 11: 21-40.

Veenema T., (2006). Expanding educational opportunities in disaster response and emergency preparedness for nurses. *Nursing Education Perspectives*; 27 (2): 93-99.

World Association for Disaster and Emergency Medicine, (2002). *Health Disaster Management: Guidelines for Evaluation and Research in the "Utstein Style"*. Chapter 1: Introduction. *Prehosp Disast Med*; 17 (3): 1-24.

Wieclaw J., Agerbo E., Mortensen B., Bonde P., (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental medicine*; 63: 314-319.

Williams D., (2004). WHITHER EuSEM? *European Journal of Emergency Medicine*; 11 (6): 307-308.

Williams J., Nocera M., Casteel C., (2008). The Effectiveness of Disaster Training for Health Care Workers: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*; 52: 211-222.

Working Group of the European Society for Emergency Medicine. Policy Statement. September 2007.

Working Group of the European Society for Emergency Medicine. European Curriculum for Emergency Medicine. May 2008.

World Health Organization, (2006). Expert Consultation Report. Emergency preparedness for the health sector and communities - challenges and the way forward. Pre-hospital and Disaster Medicine; 21 (4): 97-109.

World Health Organization, (2007). Strengthening WHO's Institutional Capacity for Humanitarian Health Action - A Five -Year Programme 2009-2013.

Yang Y., Koh D., Ng V., Lee Y., Chan G., Dong F., et al, (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. Occupational and Environmental Medicine; 59: 836-841.

Yu S., Yao S., Ding H., Ma L., Yang Y., Wang, Z., (2006). Relationship between depression symptoms and stress in occupational population. Zhonghua, Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi, Mar; 24 (3): 129-33.

Zibulewsky J., (2001). Defining disaster: the emergency department perspective BUMC Proceedings; 14: 144-149.

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ασκητοπούλου Ε., (2009) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση και ανάπτυξη, 2-22.

Αγγουριδάκης Π., Σμπυράκης Ν., (2010) Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα, Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α., Ελληνική Εταιρία Επείγουσας Ιατρικής, 6.

Βότση Ε., (2000). Διασφάλιση της ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Βέλκου Ρ., Ροδοβίτου Ε., (2007). Η αντιμετώπιση του πολυτραυματία στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Πτυχιακή εργασία, ΣΕΥΠ Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη.

Βεντουράτου Δ., (2009). Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην ταυματοθεραπεία EMDR, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.

Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, (2008). Τεχνολογικά ατυχήματα 2007-2008. Στατιστικά στοιχεία.

Δρακόπουλος Β., (2005). Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων. 10 Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα οικονομικά και τις πολιτικές Υγείας. Αθήνα. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, (2007). Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων.

Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών, (2006). «Η ασφαλής και εγγυημένη νοσηλευτική στελέχωση σώζει ζωές». Διαθέσιμο στην: www.esne.gr

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2007). Μαζικές καταστροφές: Ψυχοκοινωνική παρέμβαση και Διαχείριση κρίσεων.

Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, (2007). Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων.

Κάβουρα Μ., Ζαβράς Δ., Κυριόπουλος Ι., (2003). Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδος. Νοσηλευτική, 42 (4): 457-468.

Κρητικός Α., (2004). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μια θεωρητική προσέγγιση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Ειδίκευση Οικονομική Θεωρία και Πολιτική, Ιωάννινα.

Κωτούλα Σ., (2004). Αποτελεσματικότητα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Καραμπίνης Α., Κουκουλίτσιος Γ., (2006). Δημιουργία Τ.Ε.Π. - Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών - Χώροι Υποδοχής Περιστατικών, 3-4.

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

Λυμπερόπουλος Δ., (2001). «Διαχείριση Κρίσεων (Crisis Management)» στο Παπαλεξανδρή Ν., Δημόσιες Σχέσεις: Η Λειτουργία της Επικοινωνίας στη Σύγχρονη Επιχείρηση, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 176-186.

Λαναρά Α., (2004). Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Β' έκδοση.

Λάμπρου Π., (2005). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οργάνωση και λειτουργία. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Πούρκος Μ., (2001). Ιδιοσυγκρασία και άγχος: Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις. Το στρες το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαγεωργίου Δ., Καραμπέτσου Μ., Νικολακάκου Χ., Παυλάκου Ν., (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, Νοσηλευτική, 46: 406-413.

Σουρτζή Π., Βελονάκης Ε., (2004). Διερεύνηση αναγνώρισης και καταγραφής εργατικών ατυχημάτων στα νοσοκομεία, Νοσηλευτική, 43 (1): 100-106.

Στάθης Γ., (2005). Πληθωρισμός και ανακατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Τσώλη, (2003). Ο Έλληνας ασθενής στην «Εντατική» της Ε.Ε., Επιθεώρηση υγείας, σ. 47.

ΦΕΚ 1900/Β'/14.9.2007. Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Advanced cardiac life support provider course, (2005), <http://64.233.183.104/custom>

Emergency department education_ staff training seminars for emergency nurse and physicians, (2004),

http://www.ed_qual.com/emergency_department_education_trainig.htm

Emergency Nurse Association, scope of emergency nursing practice,

<http://ena.org/pdf/scopeemnp.pdf>

National Institute of Emergency care inc, (2005), <http://niec.org/acls>

Niagara College, Continuing Education, <http://ce.niagarac.on.ca>

University of Pittsburgh chapter of school of nursing - clinical nurse specialist, (2005),

www.pitt.edu/-cnweb/tep.htm

Sex differences in posttraumatic stress disorder,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366662>

<http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/homepage-psyxiki-geia/mental-illnesses/agxodeis-diataraxes/diataraxi-metatravmatikou-stres>.

<http://icu.gr/pages-pdf-tep.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΕΡΙΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΥΣΧΕΤΙΣΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ (PDEQ)

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία, κυκλώνοντας τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τις εμπειρίες που είχατε κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το κρίσιμο συμβάν. Αν ένα στοιχείο δεν ισχύει για την εμπειρία σας, παρακαλώ κυκλώστε "δεν είναι καθόλου αλήθεια".

1. Είχα στιγμές στις οποίες έχανα τον έλεγχο ή την τροχιά αυτών που συνέβαιναν. "Θόλωνα" ή κατά κάποιο τρόπο ένιωθα ότι δεν ήμουν μέλος σ' αυτό που συνέβαινε.

Καθόλου αλήθεια	Ελαφρώς αλήθεια	Κάπως αλήθεια	Πολύ αλήθεια	Εξαιρετικά αλήθεια
1	2	3	4	5

2. Ανακάλυψα ότι βρισκόμουν σε "αυτόματο πιλότο". Κατέληξα να κάνω πράγματα, που αργότερα συνειδητοποίησα, ότι δεν είχα αποφασίσει ενεργά να κάνω.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Η αίσθηση του χρόνου μου άλλαξε. Τα πράγματα έμοιαζαν να συμβαίνουν σε αργή κίνηση.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Αυτό που συνέβαινε μου φαινόταν εξωπραγματικό, σαν να ζούσα σε όνειρο ή παρακολουθούσα μία ταινία ή ένα θεατρικό έργο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Ένιωθα σαν να ήμουν θεατής αυτών που μου συνέβαιναν, σαν να παρακολουθώ από πάνω το περιστατικό ή να το παρατηρώ σαν ένας εξωτερικός επισκέπτης.

1 **2** **3** **4** **5**

6. Υπήρχαν στιγμές που η αίσθηση του κορμιού μου έμοιαζε να παραμορφώνεται ή να αλλάζει. Ένιωθα αποσυνδεδεμένος/η από το σώμα μου ή σαν να ήταν ασυνήθιστα μεγάλο ή μικρό.

1 **2** **3** **4** **5**

7. Ένιωθα, αν και τα πράγματα στην πραγματικότητα συνέβαιναν σε άλλους, ότι συνέβαιναν σε μένα – σαν να βρισκόμουν σε κίνδυνο, ενώ στην πραγματικότητα δεν ήμουν.

1 **2** **3** **4** **5**

8. Ήμουν έκπληκτος/η, ανακαλύπτοντας μετά ότι πολλά πράγματα συνέβαιναν σε μια χρονική στιγμή, την οποία δεν γνώριζα καθόλου, ειδικότερα πράγματα που συνήθως θα είχα προσέξει.

1 **2** **3** **4** **5**

9. Ένιωθα μπερδεμένος/η. Δηλαδή, υπήρχαν στιγμές που είχα δυσκολία να καταλάβω τι συνέβαινε.

1 **2** **3** **4** **5**

10. Ένιωθα αποπροσανατολισμένος/η. Δηλαδή, υπήρχαν στιγμές που ένιωθα αβέβαιος/η για το που βρισκόμουν ή τι ώρα ήταν.

1 **2** **3** **4** **5**

ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (PDI)

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία, κυκλώνοντας τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τις εμπειρίες που είχατε κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το κρίσιμο συμβάν. Αν ένα στοιχείο δεν ισχύει για την εμπειρία σας, παρακαλώ κυκλώστε “δεν είναι καθόλου αλήθεια”.

1. Αισθάνθηκα αβοήθητος/η.

Καθόλου αλήθεια	Ελαφρώς αλήθεια	Κάπως αλήθεια	Πολύ αλήθεια	Εξαιρετικά αλήθεια
0	1	2	3	4

2. Ένιωσα λύπη και θλίψη.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Ένιωσα απογοητευμένος/η ή θυμωμένος/η.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Ένιωσα φόβο για τη δική μου ασφάλεια.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Αισθάνθηκα ένοχος/η.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. Ένιωσα ντροπή για τις συναισθηματικές μου αντιδράσεις.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. Ένιωσα ανήσυχος/η σχετικά με την ασφάλεια των άλλων.

0 1 2 3 4

8. Είχα την αίσθηση ότι έτεινα να χάσω τον έλεγχο των συναισθημάτων μου.

0 1 2 3 4

9. Είχα δυσκολία ελέγχου του εντέρου και της ουροδόχου κύστης μου.

0 1 2 3 4

10. Ήμουν τρομοκρατημένος/η από αυτά που έβλεπα.

0 1 2 3 4

11. Είχα σωματικές αντιδράσεις, όπως εφίδρωση, τρέμουλο και έντονους καρδιακούς παλμούς.

0 1 2 3 4

12. Ένιωσα ότι θα μπορούσα να λιποθυμήσω.

0 1 2 3 4

13. Σκέφτηκα ότι μπορεί να πεθάνω.

0 1 2 3 4