



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ρόλος του νοσηλεύτη στο ΤΕΠ
(Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών)**

***NURSE'S ROLE IN THE ER
(EMERGENCY ROOM)***

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Κυριακού Βασιλική

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ Μιχαλοπούλου Έλενα

ΠΑΤΡΑ- 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί την τελική εργασία για την ολοκληρωμένη μου φοίτηση στο Πανεπιστήμιο Πατρών στη σχολή Επιστημών Αποκατάστασης και στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μιχαλόπουλου Έλενα για τη δυνατότητα που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την πτυχιακή μου εργασία και για τον πολύτιμο χρόνο που μου διέθεσε. Την ευχαριστώ θερμά για τις εξαιρετικά χρήσιμες υποδείξεις και κριτικές παρατηρήσεις της στην επεξεργασία και ολοκλήρωση του συγκεκριμένου θέματος.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βαθέων όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες για τις απαραίτητες και σημαντικές γνώσεις που μου μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

Επίσης, ένα μεγάλο «ευχαριστώ» προς τα αγαπημένα μου πρόσωπα και την οικογένειά μου, για την αμέριστη υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν από την αρχή ως το τέλος των φοιτητικών μου χρόνων, στους οποίους και αφιερώνεται η πτυχιακή μου εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) παγκοσμίως είναι ένα ιδιαίτερο τμήμα του νοσοκομείου, το οποίο 24 ώρες το 24ωρο έρχεται αντιμέτωπο με προκλήσεις λόγω της απρόβλεπτης φύσης του. Ο χώρος των Επειγόντων είναι σχεδιασμένος έτσι, ώστε να αντιμετωπίζονται τα πιο ελαφριά και τα πιο σοβαρά περιστατικά. Ακόμη, είναι πιθανόν να προκύψουν περιστατικά επείγοντα, τα οποία απαιτούν την κατάλληλη εκπαίδευση και τις επαρκείς γνώσεις από το ιατρικό και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές οφείλουν να υλοποιούν με υπευθυνότητα τις σωστές τεχνικές, να παρέχουν ολιστική φροντίδα και να προσφέρουν υποστήριξη. Κάτι άλλο που πρέπει να αναφερθεί είναι, ότι στα ΤΕΠ εφαρμόζεται η διαδικασία της διαλογής και πραγματοποιείται υπό πίεση χρόνου. Συγκεκριμένα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικός, αφού έχει να αξιολογήσει σωστά τους ασθενείς ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασής τους. Ωστόσο, κάποιες φορές λόγω του συνωστισμού και της βιασύνης, η διαλογή δεν είναι πετυχημένη και οδηγεί σε λάθη, τα οποία έχουν ως συνέπεια την ανεπαρκή φροντίδα.

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές ηλεκτρικές βάσεις δεδομένων (Science Direct, Νοσηλευτική), σε επιστημονικά συγγράμματα και σε έγκυρες επιστημονικές ιστοσελίδες (Nurse.org) και χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: emergency, emergency nursing, five level triage system, bullying, burnout, triage, Glasgow coma scale, emergency room κ.τ.λ. Οι συγκεκριμένες πληροφορίες είναι της τελευταίας εξαιτίας. Η εν λόγω βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει στόχο να αναδείξει συνολικά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, να επισημάνει τον ρόλο του νοσηλευτή και να τονίσει τα προβλήματα που παρουσιάζονται σε έναν τόσο απαιτητικό χώρο.

Σκοπός είναι η διδασκαλία και η ενημέρωση της νοσηλευτικής φροντίδας που προσφέρεται στα ΤΕΠ σε ασθενείς με κρίσιμη κατάσταση υγείας.

Συμπερασματικά, το ΤΕΠ είναι ένα εργασιακό περιβάλλον, το οποίο απαιτεί νοσηλευτές ικανούς να εφαρμόζουν σωστές νοσηλευτικές τεχνικές και να παρεμβαίνουν κατάλληλα. Επίσης, οι νοσηλευτές οφείλουν να βρίσκονται σε αφύπνιση, να ελέγχουν πρώιμα τα σημάδια κρισιμότητας των ασθενών και να δρουν άμεσα. Τέλος, είναι χρήσιμο να περιβάλλονται από ένα υποστηρικτικό περιβάλλον και να λειτουργούν ομαδικά, αντιμετωπίζοντας πιθανά προβλήματα που προκύπτουν, όπως είναι για παράδειγμα η βία.

SUMMARY

The Emergency Department (ED) globally a unique part of the hospital, is confronted with challenges 24 hours a day, due to its unpredictable nature. The Emergency Room is created, so as to handle the lightest and the most serious cases. Urgent cases are also possible to occur, which require appropriate education and sufficient knowledge from medical and nursing staff. Nurses have to implement with responsibility the right techniques, provide holistic care and offer support. The triage process is practiced in the ED and is carried out under great time restrictions. Specifically, the nurse's role is vital, having to evaluate patients correctly. However, triage sometimes is not successful due to overcrowding that leads to mistakes, which result in inadequate care.

An extensive literature review, of the past six years, was carried out in scientific electronic databases (Science Direct, Hellenic Journal of Nursing), scientific texts and valid electronic websites (Nurse.org) using key words such as: emergency, emergency nursing, five level triage system, bullying, burnout, triage, Glasgow coma scale, emergency room etc. This literature review aims to discuss the features of the Emergency Department while highlighting the nurse's role and emphasizing problems that occur in a such a demanding workplace.

To sum up, the ED is a working environment, which requires capable nurses to put nursing techniques in action. Furthermore, nurses must be alert, check for signs of patients health status and act promptly. Finally, it is useful to be surrounded by a supportive environment and work within a team, in order to facing potential problems that arise, such as violence and professional burnout.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	2
Περίληψη.....	3
Summary.....	5
Περιεχόμενα.....	6
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	11
ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	11
1.1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	11
1.2 Επείγον Περιστατικό.....	11
1.3 Επείγουσα Ιατρική.....	11
1.4 Επείγουσα Νοσηλευτική.....	12
1.5 Καταγραφή του έργου του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	13
1.6 Διεθνή πρότυπα συστημάτων επείγουσας φροντίδας.....	14
1.6.1 Άγγλο-Αμερικάνικο.....	14
1.6.2 Γάλλο-Γερμανικό.....	15
1.6.3 Scoop and Run ή Stay and Play.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	16
ΔΙΑΛΟΓΗ.....	16
2.1 Τύποι.....	16
2.1.1 Start.....	17

2.1.2 Mass triage systems.....	18
2.2 Η διαλογή στα παιδιά.....	18
2.3 Σύστημα διαλογής SALT.....	19
2.3.1 Triage-Revised trauma score (T-RTS).....	20
2.3.2 Λανθασμένη Διαλογή.....	20
Υπό-Ταξινόμηση.....	21
Υπέρ-Ταξινόμηση.....	21
2.4 Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης (GCS).....	21
2.4.1 Κλίμακα Γλασκώβης και Παιδιατρικοί Ασθενείς.....	22
2.4.2 Περιορισμοί της Κλίμακας Κώματος Γλασκώβης (GCS).....	24
2.4.3 Ταξινόμηση εγκεφαλικού τραυματισμού.....	25
2.5 Συστήματα Διαλογής (Triage).....	25
2.6 Συστήματα πέντε επιπέδων (Five-level triage systems).....	26
2.6.1 Australian Triage Scale (ATS).....	27
2.6.2 Manchester Triage System (MTS).....	28
2.6.3 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).....	28
2.6.4 South African Triage Scale (SATS).....	29
2.7 Emergency Severity Index (ESI).....	31
2.7.1 Singapore Paediatric Triage Scale (SPTS).....	36

2.8 Το ελληνικό σύστημα των ΤΕΠ.....	37
2.9 Διαλογή Μαζικών Καταστροφών.....	38
2.10 JumpStart.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	40
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	40
3.1 Γενικά.....	40
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διαχείριση του πόνου.....	40
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως ηγέτη στον χώρο των Επειγόντων Περιστατικών.....	43
3.4 Ο ρόλος της στρατηγικής διδασκαλίας και το αντίκτυπό της στους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές.....	44
3.5 Καθήκοντα και αρμοδιότητες νοσηλευτή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	46
3.5.1 Αρμοδιότητες και καθήκοντα προϊσταμένου νοσηλευτή του ΤΕΠ.....	46
3.5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή-συντονιστή.....	48
3.5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής.....	50
Ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής στους ασθενείς με άσθμα.....	53
3.6 Η νοσηλευτική διαλογή μέσω τηλεφώνου.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	55

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	55
4.1 Γενικά.....	55
4.1.1 Απαιτητικό Επάγγελμα.....	55
4.1.2 Υψηλή έκθεση σε τραυματισμούς.....	56
4.1.3 Βία στον χώρο εργασίας.....	58
Η βία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στα ΤΕΠ.....	60
Λόγοι συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού υγείας.....	61
4.2 Χρόνος Αναμονής κατά τη διαλογή και Ικανοποίηση των Ασθενών.....	61
4.3 Σύνδρομο Burnout.....	64
4.3.1 Αντιμετώπιση Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout).....	66
4.4 Ελλείψεις σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	67
4.5 Το φαινόμενο του εκφοβισμού (Bullying) στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.....	68
4.5.1 Επιπτώσεις εκφοβισμού (Bullying).....	69
4.5.2 Τρόποι αντιμετώπισης του εκφοβισμού (Bullying) στους νοσηλευτές.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75-84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Μέσω της πτυχιακής εργασίας παρουσιάζεται ένας χώρος απαιτητικός, όπως είναι αυτός των ΤΕΠ αλλά και ο ρόλος των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί η νοσηλευτική φροντίδα, παρέμβαση και αντιμετώπιση σε επείγοντα ή μη περιστατικά καθώς και η καταγραφή του έργου του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

Σύμφωνα με τον Shiel (2018), ως **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)** ορίζεται ένας ιδιαίτερος χώρος του νοσοκομείου, όπου παρέχεται ολιστική φροντίδα στους ασθενείς. Σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι για παράδειγμα η καρδιακή ανακοπή, επεμβαίνει εξειδικευμένο προσωπικό.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), «Στη **νοσηλευτική** συμπεριλαμβάνονται η αυτόνομη και συλλογική φροντίδα των ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων. Περιλαμβάνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη φροντίδα των αρρώστων, ανάπηρων και ανθρώπων που έχουν πεθάνει».

Οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτήν την εργασία έχουν ως στόχο όχι μόνο την παρουσίαση του νοσηλευτικού ρόλου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και τη σύνθεση προτάσεων για τη βελτίωση και την αποτελεσματικότητα αυτού του τόσο νευραλγικού-για το νοσοκομείο-χώρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί έναν ειδικό χώρο, ο οποίος είναι ειδικά σχεδιασμένος για την άμεση, επείγουσα παρέμβαση και φροντίδα.

1.1 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 διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό».

1.2 Επείγον περιστατικό

Σύμφωνα με την Prime Insurance ως επείγον περιστατικό ορίζεται «η αιφνίδια διατάραξη της υγείας του Ασφαλιζόμενου, με οξέα συμπτώματα και ανάγκη άμεσης ιατρικής βοήθειας προς αποτροπή απειλούμενου σοβαρού κινδύνου της υγείας και της ζωής του και η οποία τεκμηριώνεται ως τέτοια από την κλινική εικόνα ή από τις ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις».

1.3 Επείγουσα Ιατρική

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) «η Επείγουσα Ιατρική είναι μια πρωταρχική ειδικότητα, η οποία δημιουργήθηκε χρησιμοποιώντας τις απαιτούμενες γνώσεις και τις δεξιότητες για τη διάγνωση και τη διαχείριση της πρόληψης των έκτακτων και επειγουσών

διαστάσεων της ασθένειας και του τραυματισμού ασκώντας επιρροή στους ασθενείς απ' όλες τις ηλικιακές ομάδες μ' ένα πλήρες φάσμα από αδιαφοροποίητες φυσικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτό περιλαμβάνει την οργάνωση της κατάλληλης ιατρικής απάντησης για τους ασθενείς που αναζητούν επείγουσα ιατρική φροντίδα».

1.4 Επείγουσα Νοσηλευτική

Η Επείγουσα Νοσηλευτική αποτελεί μια ειδικότητα, η οποία ασχολείται με τη φροντίδα των ασθενών ανεξαρτήτως ηλικίας που αντιμετωπίζουν καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, οι οποίες απαιτούν την άμεση παρέμβαση προκειμένου να αποτραπούν η μακροπρόθεσμη αδυναμία ή ακόμα και ο θάνατος.

Για την ενασχόληση με αυτή την ειδικότητα «κρίνεται αναγκαία η μείξη γενικής και ειδικής εκτίμησης, παρέμβασης και ικανότητες διαχείρισης». Στην Επείγουσα Νοσηλευτική συμπεριλαμβάνονται η εκπαίδευση, η έρευνα, η κλινική άσκηση και η ηγεσία «που γίνεται στα πλαίσια ή συσχετίζεται με το τμήμα επειγόντων περιστατικών», το οποίο συνεργάζεται με άλλα μέλη της ομάδας που προάγει την υγεία (*National Emergency Nurses Association*).

1.5 Καταγραφή του έργου του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Το ΤΕΠ πρόκειται για ένα ανεξάρτητο τμήμα του νοσοκομείου, το οποίο προορίζεται για την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας. Στόχος του είναι η «υποδοχή, διαλογή, διάγνωση, αναζωογόνηση και αντιμετώπιση ασθενών που χρήζουν άμεσης και έκτακτης ανάγκης». Συμπληρωματικά, «αποτελεί τον συνδετικό κρίκο και λειτουργεί συνδυαστικά (**interface**) μεταξύ των ασθενών καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας (*EuSEM*)».

Αποστολή του ΤΕΠ είναι η παροχή άριστης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Ακολουθούνται και εκτελούνται πιστά κατευθυντήριες οδηγίες επείγουσας ιατρικής που θέτουν σε προτεραιότητα την διαλογή με βάση τη βαρύτητα του περιστατικού, την διάγνωση νόσων και την έναρξη θεραπειών. Επιπροσθέτως, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι ένας χώρος στον οποίο παρέχονται αναλγητικά μέσα, γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια για την διάσωση της ανθρώπινης ζωής και η διαλογή είναι ανάλογη με την κρισιμότητα των ασθενών. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι οι κατηγορίες των ασθενών που νοσηλεύονται είναι οι ακόλουθες:

- ✚ Το πρόβλημα είναι εφικτό να εξαλειφθεί σε σύντομο διάστημα χωρίς να είναι αναγκαίο να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- ✚ Πρόκειται για επισφαλείς περιπτώσεις σχετικά με τη διάγνωση μέχρι να διαλευκανθεί και να αποφασιστεί η αντιμετώπισή τους.
- ✚ Τέλος, όταν κρίνεται απαραίτητη η άμεση και εξειδικευμένη αντιμετώπισή τους για παράδειγμα, αιμοδυναμική υποστήριξη, μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, καρδιακό monitoring.

Οι **Αρμοδιότητες του τμήματος** είναι οι ακόλουθες:

- Διαχείριση, αντιμετώπιση και ενδεδειγμένη παραπομπή έκτακτων περιστατικών
- Οργάνωση
Συντονισμός
- Αντιμετώπιση μαζικών ατυχημάτων και καταστροφών σύμφωνα με τις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες
- Εκπαίδευση προσωπικού
- Κλινική έρευνα και εποπτεία επιδημιών και τραύματος (ENE 2016).

1.6 Διεθνή πρότυπα Συστημάτων Επείγουσας Φροντίδας

Σύμφωνα με τον Ανθόπουλο, σήμερα το ολοένα και αυξανόμενο ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας προς την Επείγουσα Ιατρική ανέπτυξε την ειδικότητα αυτή αυτόνομα σε Ασία, Ευρώπη, Λατινική Αμερική και Μέση Ανατολή. Παρόλο που η αποστολή της επείγουσας ιατρικής παγκοσμίως παραμένει η ίδια, η εφαρμογή της δεν είναι ενιαία. Δύο είναι τα διεθνή πρότυπα συστημάτων επείγουσας φροντίδας που κυριαρχούν : το **Άγγλο- Αμερικάνικο** και το **Γάλλο – Γερμανικό**. Τα δύο εξίσου εφαρμόζονται διαφορετικά και υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που ασκούν επιρροή στην λειτουργία τους.

1.6.1 Άγγλο-Αμερικάνικο :

Βασίζεται σε παραϊατρικό προσωπικό ενώ υπάρχει η απουσία των ιατρών. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, οι ασθενείς διακομίζονται ταχύτερα στο πλησιέστερο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου όπου οι ιατροί, οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι στην Επείγουσα Ιατρική, τους αντιμετωπίζουν ολιστικά. Η Επείγουσα Ιατρική όντας μια ανεξάρτητη ειδικότητα προσφέρεται και ελέγχεται από τους ιατρούς των επειγόντων. Το μοντέλο αυτό τίθεται σε εφαρμογή στα ακόλουθα κράτη: Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Η.Π.Α, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Κίνα, Καναδάς κ.ά.

1.6.2 Γάλλο-Γερμανικό :

Σε αυτό το μοντέλο ιατροί όλων των ειδικοτήτων και κυρίως Αναισθησιολόγοι προσφέρουν επείγουσα φροντίδα (ανάληψη και αναλγησία) στον χώρο του συμβάντος προνοσοκομειακά όπου γίνεται η διαλογή και η εισαγωγή του ασθενούς στο αντίστοιχο τμήμα του νοσοκομείου. Κατά αυτόν τον τρόπο ο ασθενής έρχεται γρηγορότερα σε επαφή με το νοσοκομείο με απώτερο στόχο τη βέλτιστη αντιμετώπιση. Οι χώρες στις οποίες παρατηρείται η υλοποίηση αυτού του συστήματος είναι οι εξής: Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρωσία, Σουηδία, Σλοβενία, Φινλανδία κ.ά. Συμπληρωματικά, οι ιατροί που παίρνουν μέρος στο συγκεκριμένο σύστημα, τους παρέχεται διετής εκπαίδευση για την ιατρική των καταστροφών και την επείγουσα ιατρική.

1.6.3 Scoop and Run Ή Stay and Play

Εκτός από τα Διεθνή Πρότυπα Συστημάτων Επείγουσας Φροντίδας εντοπίζονται και τα συστήματα διάσωσης Scoop and Run ή Stay and Play. Το πρώτο ορίζεται ως η μεταφορά του ασθενούς στο κοντινότερο νοσοκομείο χωρίς τη θεμελιώδη θεραπεία, ενώ το δεύτερο αφορά την εξασφάλιση φλεβικής γραμμής χορήγησης υγρών, διαχείριση πνευμοθώρακα, διασφάλιση αεραγωγού, υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών και σημαντική ελάττωση των δευτεροπαθών βλαβών σε περιστατικά βαρέως τραυματισμένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΔΙΑΛΟΓΗ

Σύμφωνα με τον Delavari και συν. (2015), η διαλογή είναι μια αποτελεσματική λύση για να μειωθεί ο συνωστισμός στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ο οποίος αποτελεί απειλή για την υγεία των ασθενών, καθώς «περιορίζει την πρόσβασή τους στην φροντίδα». Σε έναν χώρο με αστάθμητους παράγοντες, η διαλογή «πραγματοποιείται κάτω υπό πίεση χρόνου και περιορισμένη πληροφορία». Επομένως, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με την αξιολόγηση του ασθενή, καθώς μια λάθος ενέργεια μπορεί να έχει συνέπειες τόσο στη «φροντίδα όσο και στην τοποθέτησή του στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών». Για παράδειγμα, πληθυσμοί όπως είναι οι παιδιατρικοί ασθενείς, έχει συμβεί να αντιμετωπιστούν με ελάχιστη συνέπεια και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν έχουν ταξινομηθεί σωστά. Έτσι, μια διαλογή που βασίζεται σε ακριβή στοιχεία, είναι πολύ σημαντική και συμβάλλει σε περισσότερα ποιοτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, ενώ η υπο-ταξινόμηση αποτελεί ένα σύνηθες πρόβλημα, το οποίο έχει ως επίπτωση τις καθυστερήσεις στη φροντίδα (Stone 2019).

2.1 ΤΥΠΟΙ:

Σ' έναν κόσμο που οι τραυματισμοί συμβαίνουν λόγω των αυξημένων ατυχημάτων και άλλων καταστάσεων, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να βρίσκονται σ' έναν χώρο, ο οποίος είναι εξοπλισμένος με τις κατάλληλες υπηρεσίες και εγκαταστάσεις και γίνεται σωστή χρήση των συστημάτων διαλογής. Κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής γίνεται κατανομή συγκεκριμένου αριθμού πόρων όπου αυτή είναι η λεγόμενη διαλογή, η οποία αποτελεί κλειδί για την «αποτελεσματική διαχείριση των μειζόνων έκτακτων αναγκών». Συχνά η διαλογή που πραγματοποιείται είναι τριών σταδίων. Αρχικά, στόχος είναι η έγκαιρη αξιολόγηση του

τραυματία και η διακομιδή του. Στη συνέχεια, σε περιπτώσεις που η μεταφορά του τραυματισμένου καθυστερεί ή παρατείνεται, εφαρμόζεται η δευτεροβάθμια διαλογή όπου εκεί συμμετέχουν χειρουργοί ή ιατροί έκτακτης ανάγκης. Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο δίνεται προτεραιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας, όπως είναι η μεταφορά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και στο χειρουργείο.

«Το σύστημα διαλογής χρησιμοποιείται από άτομα για να αποφασιστεί ποιες ομάδες ασθενών πρέπει να λάβουν θεραπεία και υπηρεσίες φροντίδας βασισμένες στην κλινική τους κατάσταση, την πρόγνωση της ασθένειας και τους διαθέσιμους πόρους».

2.1.1 Start (Simple triage and Rapid Treatment)

Αυτό το σύστημα, το οποίο εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1980, είναι ευρέως διαδεδομένο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ωστόσο εφαρμόζεται και σε χώρες όπως είναι ο Καναδάς και περιοχές του Ισραήλ και της Αυστραλίας. Σε αυτό το σύστημα γίνεται αξιολόγηση στους ασθενείς, η οποία βασίζεται σε αλγόριθμο διάρκειας 60 δευτερολέπτων ή λιγότερο (30 δευτερόλεπτα). Επίσης, συμπεριλαμβάνονται σ' αυτό ο ακτινικός παλμός, η ικανότητα της κίνησης, το γέμισμα των τριχοειδών και η αναπνευστική συχνότητα. Για κάθε κριτήριο ο ασθενής βαθμολογείται με τα εξής χρώματα: μαύρο, κόκκινο, πράσινο και κίτρινο (Bazyar και συν. 2019).

Κόκκινο: Αυτό το χρώμα αφορά τους σοβαρά τραυματισμένους ασθενείς και θύματα, οι οποίοι πρέπει να μεταφερθούν άμεσα και να τους προσφερθεί φροντίδα.

Κίτρινο: Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται σε ασθενείς που έχουν τραυματιστεί, ωστόσο από τη στιγμή που δεν μεταφέρονται έγκαιρα και δεν τους χορηγείται θεραπεία, η κατάστασή τους παραμένει σταθερή και ο τίτλος που λαμβάνουν είναι «Με καθυστέρηση».

Πράσινο: Οι ασθενείς με ελάχιστους τραυματισμούς κατατάσσονται σ' αυτό το χρώμα και χαρακτηρίζονται ως «Ήσσανος σημασίας». Στοιχεία όπως είναι τα ζωτικά τους σημεία και το επίπεδο συνείδησής τους, βρίσκονται σε φυσιολογικά πλαίσια.

Μαύρο: Εδώ το συγκεκριμένο χρώμα απευθύνεται σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις, όπου κατά τη διάρκεια του περιστατικού το θύμα έχει σκοτωθεί ή είναι δύσκολη η επαναφορά του με τους διαθέσιμους πόρους λόγω του σοβαρού τραυματισμού που υπέστη. Έτσι, ο τίτλος που του αποδίδεται είναι «Αποθανών» ή «Μέλλων» (Cannon & Heightman 2015).

2.1.2 Mass triage systems

Βασικός στόχος της διαλογής των Μαζικών Καταστροφών είναι να ταξινομηθούν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια ενός κρίσιμου συμβάντος. Ενδεικτικά, η κλίμακα διαλογής αναφέρει ότι δίνεται προτεραιότητα «στον χρόνο ανταπόκρισης, στη μεταφορά, στην κατανομή των πόρων και στη θεραπεία του ασθενή». Σε διεθνές επίπεδο, αυτό που ελέγχει πρώτα το μέλος μια διασωστικής ομάδας είναι η ταχύτητα ανταπόκρισης. Με αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο συνείδησης (1) λαμβάνουν την άμεση παρέμβαση και προλαμβάνεται ο κίνδυνος. Ακόμα, πρέπει να αξιολογούνται τυχόν εγκαύματα στο πρόσωπο, στα μαλλιά και στη μύτη αλλά και η βραχνάδα της φωνής. Επιπροσθέτως, ένδειξη ότι η αναπνευστική δυσφορία βρίσκεται σε εξέλιξη είναι, όταν τελικά υπάρχει λαρυγγικό οίδημα, το οποίο δυσχεραίνει την αναπνοή. Συμπερασματικά, τα συστήματα διαλογής που εφαρμόζονται σε κρίσιμα περιστατικά αποτελούν ζήτημα που απασχολεί αρκετά. Καθώς, «η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ επιπέδου διαλογής και του αποτελέσματος του ασθενή μπορεί να βελτιώσει το σύστημα κατάταξης για να προωθηθεί η μελλοντική προετοιμασία για καταστροφές». Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι, ότι το συγκεκριμένο σύστημα διαλογής είναι έγκυρο όταν βασίζεται στα αποτελέσματα του ασθενή, παρά όταν η προσοχή εστιάζεται στην πιθανή εξάντληση πόρων (Chaou και συν. 2018).

2.2 Η διαλογή στα παιδιά

Σε ένα Παιδιατρικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί πρόκληση, το να αξιολογούνται τα μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία, από τη στιγμή που αυτά μπορεί να υποδηλώνουν πόνο, άγχος ή πυρετό. Αρχικά, η αναπνευστική και καρδιακή συχνότητα έχουν σχέση με την ηλικία του ασθενή, έτσι πολλά μικρά παιδιά που εμφανίζουν υψηλή καρδιακή και αναπνευστική συχνότητα λόγω του άγχους και του στρες δεν είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Επιπλέον, σ' αυτά συμπεριλαμβάνεται και ο πυρετός ως απόρροια αυτών. Κάποιες φορές ακόμα, υπάρχει καθυστέρηση σε άλλα πιο κρίσιμα περιστατικά λόγω της ακατάλληλης διαλογής (Goldman και συν. 2016).

2.3 Σύστημα διαλογής SALT (Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment or Transport)

Το SALT είναι μια διαδικασία με τέσσερα βήματα, της οποίας τα αρχικά σημαίνουν: Ταξινόμηση (Sort), Αξιολόγηση (Assess), Διασωστικές παρεμβάσεις (Lifesaving interventions), Θεραπεία ή Μεταφορά (Treatment or Transport) και έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση των μαζικών ατυχημάτων. Στο συγκεκριμένο σύστημα διαλογής, για την ασφάλειά τους, είναι προτιμότερο οι ασθενείς να απομακρύνονται από το κρίσιμο συμβάν και να διαθέτουν ακόμα, αρκετούς πόρους για τη φροντίδα τους. Για τη μετακίνησή των ασθενών σε ασφαλείς περιοχές, υπάρχουν ειδικοί επαγγελματίες, οι οποίοι συμβάλλουν σε αυτό συγκεντρώνοντάς τους σε ένα ασφαλές σημείο και μεριμνώντας για τη θεραπεία τους.

Αρχικά, κατά τη διάρκεια της ταξινόμησης, οι πρώτοι που ανταποκρίνονται σε σαφείς δυνατές λεκτικές και οπτικές εντολές, αξιολογούνται τελευταίοι και πιθανόν να βοηθήσουν άλλους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Οι τελευταίοι που δεν έχουν αποκριθεί λεκτικά και δεν έχουν κινηθεί έχουν προτεραιότητα στη φροντίδα και στην αξιολόγηση.

Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης (Assessment) βρεθεί ένας κίνδυνος που απειλεί τη ζωή ενός ατόμου, πρέπει άμεσα να γίνει παρέμβαση, η οποία θα αποβεί σωτήρια. Για παράδειγμα, εάν υπάρξει ανεξέλεγκτη αιμορραγία, είναι χρήσιμο να διακοπεί εγκαίρως με αιμοστατική περιδέρηση (tourniquet).

Εάν ένα βρέφος ή κάποιο παιδί έχει φραγμένο τον αεραγωγό, πρέπει αμέσως να δοθούν δύο αναπνοές.

Συμπερασματικά, πρέπει να υπάρχει διαρκής κινητικότητα των ασθενών σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Με αυτό εννοείται, ότι οι σωτήριες παρεμβάσεις πρέπει να είναι συνεχείς από άτομο σε άτομο και να μην υπάρχει παύση. Επομένως, οι «σταθμοί» από τους οποίους πρέπει να περάσει ένας ασθενής είναι: το σημείο συλλογής τους, το μέρος που θα πραγματοποιηθεί η θεραπεία τους «και η μεταφορά τους στις εγκαταστάσεις υποδοχής» (Duckworth 2017).

2.3.1 Triage-Revised trauma score (T-RTS)

«Το συγκεκριμένο σύστημα εξαρτάται από τις φυσιολογικές παραμέτρους του ασθενούς κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης». Επιπλέον, αποτελεί δείκτη της σοβαρότητας ενός τραυματισμού και οι τρεις παράμετροι πάνω στις οποίες βασίζεται είναι: η Αναπνευστική συχνότητα (RR), η Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης (GCS) και η Συστολική αρτηριακή πίεση (BP). Στους παραπάνω παράγοντες οι βαθμολογίες συνυπολογίζονται, και «όσο μεγαλύτερο είναι το αποτέλεσμα τόσο καλύτερη είναι και η κατάσταση του ασθενούς».

2.3.2 Λανθασμένη Διαλογή

Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών κατά τη διάρκεια της διαλογής, τυχαίνει κάποιες φορές να γίνονται λάθη λόγω του συνωστισμού, της βιασύνης και του υπερβολικού φόρτου εργασίας.

Οπότε, οι αποφάσεις που παίρνει το προσωπικό εκείνη τη στιγμή τελικά είναι λανθασμένες και οδηγούν σε υπέρ-ταξινόμηση και υπό-ταξινόμηση.

Υπό-Ταξινόμηση:

Είναι ένα κύριο πρόβλημα για τα νοσοκομεία, αφού υποτιμάται η πραγματικά επείγουσα ανάγκη ενός ασθενή, αντί να τεθεί ο ίδιος σε προτεραιότητα, όπως συμβαίνει σε ασθενείς με χαμηλότερη κρισιμότητα υγείας. Επομένως, αυτή η κατάσταση οδηγεί σε σοβαρές συνέπειες (π.χ. μεγαλύτερη συχνότητα θνησιμότητας), αφού στους ασθενείς με επείγοντα προβλήματα η φροντίδα είναι ανεπαρκής.

Υπέρ-Ταξινόμηση:

Ορίζεται ως «η ακούσια υπερεκτίμηση της επείγουσας κατάστασης ενός ασθενούς, το οποίο ιατρικά είναι ένα λιγότερο κρίσιμο λάθος, όπου συνέπεια αυτού είναι οι περιορισμένοι πόροι κατά τη διάρκεια σοβαρών περιστατικών (Aljazairi 2019).

2.4 Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης (GCS)

Η Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης αποτελεί ένα εργαλείο, με το οποίο αξιολογείται το επίπεδο συνείδησης ενός ασθενούς και τρία είναι τα κριτήρια που βαθμολογούνται: Άνοιγμα Οφθαλμών (4 βαθμοί), Προφορική Απάντηση (5 βαθμοί) και Κινητική Απάντηση (6 βαθμοί), τα οποία παρέχουν μια ξεκάθαρη εικόνα της κατάστασης του ασθενή. Το σύνολο αυτών προστίθεται και το αποτέλεσμα κυμαίνεται μεταξύ 3 και 15. Αρχικά, η συγκεκριμένη κλίμακα απευθυνόταν στην εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης ασθενών μετά από τραυματισμό κεφαλής, ωστόσο χρησιμοποιείται και σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για να ελεγχθεί η κατάσταση των ασθενών (Chinthapalli & Mehta 2019). Η Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης έγινε γνωστή, όταν το 1980 το ATLS (Advanced Trauma Life Support) χρησιμοποιούνταν ευρέως στους τραυματίες και ακόμα, το WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies) το 1988 με αυτή την

κλίμακα εκτιμούσε τους ασθενείς με υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η ανταπόκριση στην Κλίμακα βαθμολογείται από το 1, η βαθμολογία κάτω του 3 είναι η χειρότερη, ενώ πάνω από το 15 είναι η υψηλότερη.

ΤΟΜΕΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΣ
Άνοιγμα Οφθαλμών	
Καμία Αντίδραση	1
Άνοιγμα οφθαλμών στον πόνο	2
Άνοιγμα οφθαλμών στον ήχο	3
Αυθόρμητα	4
Προφορική Απάντηση	
Καμία προφορική απάντηση	1
Ακατανόητοι Ήχοι	2
Ακατάλληλες Λέξεις	3
Συγκεχυμένα	4
Προσανατολισμένα	5
Κινητική Απάντηση	
Καμία κινητική απάντηση	1
Μη φυσιολογική έκταση του πόνου	2
Μη φυσιολογική κάμψη του πόνου	3
Απόσυρση από τον πόνο	4
Εντοπισμός πόνου	5
Υπακούει σε εντολές (Iverson και συν. 2019)	6

2.4.1 Κλίμακα Γλασκώβης και Παιδιατρικοί Ασθενείς:

Σύμφωνα με τους Brown & Meigh (2018), η παιδιατρική Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης επιτρέπει την παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης και της διανοητικής κατάστασης σε

παιδιά κάτω των 2 ετών, τα οποία δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως ώστε να επικοινωνούν με λέξεις. Όπως και η Κλίμακα GCS, έτσι και η pGCS (Παιδιατρική Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης) παίρνει τις τιμές από 3 έως 15 και πάλι βαθμολογείται το άνοιγμα οφθαλμών, η προφορική απάντηση και η κινητική απάντηση. Επιπλέον, αναφέρεται συνολικά το άθροισμα «του καθενός από τα επιμέρους στοιχεία», λόγω της διαφοράς που υπάρχει στην προγνωστική αξία.

Παρόμοια με το GCS, έτσι και το pGCS αναγνωρίζει με ακρίβεια τον εγκεφαλικό τραυματισμό (ciTBI), κάτι που γίνεται με λιγότερη εγκυρότητα στην Υπολογιστική Τομογραφία (CT).

Σε περίπτωση που οι ασθενείς παρουσιάσουν pGCS ή GCS μικρότερη της τιμής του 15, πρέπει άμεσα να ελεγχθεί η κατάστασή τους και εκείνοι που έχουν διανοητικά και νευρολογικά προβλήματα είναι απαραίτητο να παρακολουθούνται στενά και εάν χρειαστεί να επανεκτιμηθούν.

ΤΟΜΕΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΣ
Απόκριση Οφθαλμών	
Δεν ανοίγει μάτια	1
Ανοιχτά μάτια σε απόκριση της πίεσης	2
Ανοιχτά μάτια σε απόκριση της ομιλίας	3
Αυθόρμητο άνοιγμα οφθαλμών	4
Προφορική Απάντηση	
Μη προφορική απάντηση	1
Ανεπαρκής, ανήσυχη	
Ασυνεπώς ανεπαρκής, στεναγμός	2
Κλαίει αλλά παρήγορα, ακατάλληλες αλληλεπιδράσεις	3
Χαμογελάει, προσανατολίζεται προς τους	4

ήχους, ακολουθεί αντικείμενα, αλληλεπιδρά	5
Κινητική Απάντηση	
Καμία κινητική απάντηση	1
Έκταση κατά τον πόνο	2
Μη φυσιολογική κάμψη βρέφους στον πόνο	3
Απόσυρση βρέφους από τον πόνο	4
Απομάκρυνση βρέφους από το άγγιγμα	5
Το βρέφος κινείται αυθόρμητα ή συνειδητά	6

2.4.2 Περιορισμοί της Κλίμακας Κώματος Γλασκώβης (GCS)

Το GCS είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο, το οποίο είναι απίστευτα χρήσιμο για τη συνολική παρουσίαση της διανοητικής κατάστασης ενός ασθενούς. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι οδηγούν σε ανακριβή εικόνα του ατόμου που υπέστη εγκεφαλικό τραυματισμό και αυτοί είναι:

- «Προϋπάρχοντα γεγονότα
- Γλωσσικές διαφορές
- Απώλεια ακοής ή δυσκολία στην ομιλία
- Διανοητικό ή νευρολογικό έλλειμμα
- Ψυχολογικά προβλήματα
- Ηλικία (Πραγματική και Πνευματική)

- Παρούσα θεραπεία
- Διασωλήνωση
- Τραχειοστομία
- Νάρκωση
- Παράλυση
- Τροχιακό κάταγμα
- Κάταγμα του κρανίου
- Δυσφασία
- Ημιπληγία
- Αλκοόλ
- Ναρκωτικά»

2.4.3 Ταξινόμηση Εγκεφαλικού Τραυματισμού

Κάθε φορά ο τραυματισμός στον εγκέφαλο είναι διαφορετικός, ωστόσο η κατάταξή του είναι η εξής:

- Σοβαρός: GCS 3-8
- Μέτριος: GCS 9-12
- Ήπιος: GCS 13-15 (Gaines 2017).

2.5 Συστήματα διαλογής (Triage)

Η διαλογή πραγματοποιείται με διαφορετικό τρόπο και η προσέγγιση του κάθε νοσοκομείου σ' αυτήν ποικίλλει. Ακόμα, μπορεί να αποτελείται από ένα ή δύο στάδια ή και από πέντε επίπεδα.

Πάντως, όποια κι αν είναι η διαδικασία, ο ευρέως αποδεκτός χρόνος διαλογής είναι τα πέντε λεπτά και η ENA (Emergency Nurses Association) προτείνει αυτόν ακριβώς τον χρόνο. «Σύμφωνα με έρευνες, ο χρόνος της διαλογής αυξάνεται όσο και η δημογραφική ηλικία, όταν τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται ως μέρος της ταξινόμησης». Παρόλα αυτά, επειδή τα πρωτόκολλα και οι αλγόριθμοι καταγράφουν την κατάσταση κάθε ασθενούς, ανεξάρτητα με το αν το προσωπικό εμπλέκεται ή όχι, η εμπειρία των νοσηλευτών δεν επηρεάζει τον χρόνο διαλογής. Επιπροσθέτως, κάτι που επηρεάζει την κινητικότητα των ασθενών του προσωπικού και του υλικού, είναι ο σχεδιασμός του χώρου.

Η καταλληλότητα ενός συστήματος διαλογής εξαρτάται από τους ασθενείς, τις εγκαταστάσεις και την κουλτούρα. Επίσης, το σύστημα διαλογής που θα επιλεγεί, πρέπει να μεγιστοποιεί την αποδοτική και αποτελεσματική θεραπεία ενός ασθενούς (Graham 2015).

2.6 Συστήματα πέντε επιπέδων (Five-level triage systems)

Σύμφωνα με τους Kuriyama και συν. (2017), «τα συστήματα διαλογής είναι κλίμακες, οι οποίες έχουν δημιουργηθεί για να αξιολογούν την κρισιμότητα των ασθενών που εισέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών». Ακόμη, επηρεάζουν την έκβαση της υγείας των ασθενών θετικά ή αρνητικά. Συγκεκριμένα, το σύστημα διαλογής πέντε επιπέδων είναι περισσότερο λεπτομερές και αξιόπιστο, σε αντίθεση με το σύστημα διαλογής τριών επιπέδων.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, ο μεγαλύτερος πληθυσμός στις ΗΠΑ θέτει σε εφαρμογή συστήματα διαλογής, όπως είναι το Australian (ATS), CTAS/Canadian και το Manchester.

ΣΥΣΤΗΜΑ	ΧΩΡΑ	ΕΠΙΠΕΔΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
<i>Australian Triage scale (ATS)</i>	Αυστραλία Νέα Ζηλανδία	1-Resuscitation 2-Emergency 3-Urgent 4-Semi-Urgent 5-Non-Urgent	1 - 0 λεπτά 2- 10 λεπτά 3- 30 λεπτά 4 - 60 λεπτά 5 - 120 λεπτά
<i>Manchester</i>	Αγγλία Σκωτία	1-Immediate 2-Very Urgent 3-Urgent 4-Standard 5-Non-Urgent	1- 0 λεπτά 2- 10 λεπτά 3- 60 λεπτά 4- 120 λεπτά 5- 240 λεπτά
<i>Canadian Triage and Acuity scale (CTAS)</i>	Καναδάς	1-Resuscitation 2-Emergent 3-Urgent 4-Less Urgent 5-Non-Urgent	1- 0 λεπτά 2- 15 λεπτά 3- 30 λεπτά 4- 60 λεπτά 5- 120 λεπτά

ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΠΕΝΤΕ ΕΠΙΠΕΔΩΝ

2.6.1 Το Australian Triage Scale (ATS) χρησιμοποιείται για τους ασθενείς που εισέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τίθενται σε προτεραιότητα ανάλογα με την οξύτητά τους. Εγκεκριμένη από το Αυστραλιανό Κολλέγιο Επείγουσας Ιατρικής (ACEM) είναι μια κλίμακα διαλογής, η οποία αποτελείται από πέντε επίπεδα. Φυσιολογικοί παράγοντες όπως είναι η κυκλοφορία, η αναπνοή και ο αεραγωγός ορίζουν τις κατηγορίες ATS. Γενικότερα, οι κλίμακες

διαλογής οφείλουν να είναι πάντα αξιόπιστες και έγκυρες, ώστε να προωθείται η κλινική εφαρμογή στον χώρο των Επειγόντων και να διασφαλίζεται η ασφαλής πρακτική. Οι ασθενείς τοποθετούνται εξίσου στα επίπεδα 4 ή 5, όταν η Κλίμακα Γλασκώβης (GCS) κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι νοσηλευτές διαλογής δεν έχουν καταφέρει να αναγνωρίσουν με σαφήνεια τους ασθενείς στο Αυστραλιανό επίπεδο διαλογής 5, παρά το γεγονός ότι σ' αυτή την κλίμακα διακρίνονται ευκολότερα. Ειδικότερα, αυτοί οι ασθενείς μπορεί να μη βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, όμως ο αριθμός τους, σε αντίθεση με άλλα συστήματα, είναι υψηλότερος (Ebrahimi & Mirhaghi 2017).

2.6.2 Το Manchester Triage System (MTS) είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα ευρωπαϊκά συστήματα διαλογής, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει πλήρη προτεραιότητα στους ασθενείς και αυτοί κατανέμονται σε μια από τις πέντε κατηγορίες επείγουσας ανάγκης. Ωστόσο, η εγκυρότητα του MTS εξακολουθεί να είναι αβέβαιη, παρά το γεγονός ότι εφαρμόζεται ευρέως. Το συγκεκριμένο σύστημα πρόκειται για έναν αλγόριθμο, ο οποίος αποτελείται από διαγράμματα ροής. Αυτά εμπεριέχονται από συμπτώματα, σημεία και παράγοντες, όπως είναι ο σοβαρός πόνος και ταξινομούνται κατά προτεραιότητα. Επιπλέον, οι νοσηλευτές διαλογής συλλέγουν πληροφορίες και επιλέγουν τα κατάλληλα διαγράμματα ροής για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Οι ασθενείς επίσης, ανάλογα με την κατάστασή τους κατατάσσονται από την πιο άμεση μέχρι τη λιγότερο άμεση ανάγκη (Alves και συν. 2017).

2.6.3 Το Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) είναι ένας αλγόριθμος πέντε επιπέδων που εφαρμόζεται στον χώρο των Επειγόντων και εμφανίστηκε αρχικά στον Καναδά. Βασισμένο στις ανησυχίες και τις παρατηρήσεις των ασθενών, το CTAS χρησιμοποιείται για να εξακριβωθεί το επίπεδο της διαλογής. Παρόλα αυτά, είναι ασαφές το κατά πόσο υποστηρίζεται η συνέπεια των νοσηλευτών διαλογής στη λήψη αποφάσεων στον Καναδά, σε αντίθεση με άλλες χώρες. Κι

αυτό δεδομένου της ευρείας ποικιλίας των συστημάτων υγείας. Γενικότερα, οι κλίμακες ταξινόμησης είναι περισσότερο αξιόπιστες, όταν έχουν χαρακτηριστικά όπως είναι: η επαναληψιμότητα και η συνέπεια (Ebrahimi και συν. 2015). Το CTAS είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο διαλογής, το οποίο παρέχει διαθέσιμα συστήματα βαθμολόγησης για τους ενήλικους και τα μικρά παιδιά και η χρήση του γίνεται από εκπαιδευμένους νοσηλευτές διαλογής. Επιπλέον, «αποτελείται από πέντε επίπεδα ταξινόμησης που συνδυάζουν τη σοβαρότητα ή τον κίνδυνο της ασθένειας». Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο 1 πρόκειται για πολύ επείγουσα ανάγκη, ενώ το επίπεδο 5 για λιγότερο σημαντική (Bullard και συν. 2017). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του CTAS, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών πρέπει να αξιολογείται μέσα σε 15 λεπτά από την άφιξή του. Πέρα απ' αυτό, «τα περισσότερα συστήματα διαλογής δεν προσφέρουν ακριβείς οδηγίες για το πώς να κατευθύνουν τους ασθενείς μέσα στα καθορισμένα επίπεδα ταξινόμησης». Το 1998 παρουσιάστηκε το CTAS «ως μια προσπάθεια να προσδιοριστούν οι ανάγκες των ασθενών άμεσα και με μεγαλύτερη ακρίβεια» και να γίνει αξιολόγηση των πόρων και του επιπέδου οξύτητας. Επιπροσθέτως, βασικός στόχος αυτού του συστήματος είναι να οριστεί η κατάλληλη στιγμή για να ξοδέψει χρόνο ο ιατρός με τον ασθενή, ώστε να τον παρατηρήσει (Ding και συν. 2018).

2.6.4 South African Triage Scale (SATS)

Το SATS χρησιμοποιείται από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα (MSF) σε ασθενείς- οικονομικά-κοινότητες και «αναπτύχθηκε για να διευκολύνει τη διαλογή των ασθενών στα ΤΕΠ». «Η επείγουσα διαλογή είναι η συστηματική διαδικασία, κατά την οποία αποφασίζεται η θεραπεία που βασίζεται στην κρισιμότητα της κατάστασης των ασθενών». Πρωταρχικός σκοπός της διαλογής είναι η διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα κατάλληλη δεδομένης της κλινικής τους κατάστασης, ενώ η προσοχή εστιάζεται στους ασθενείς με περισσότερες πιθανότητες θανάτου. Για τους ασθενείς που βρίσκονται σε αρκετά κρίσιμη κατάσταση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τους προσφερθεί επαρκής

και άμεση θεραπεία, και αν χρειάζεται, να εισαχθούν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Ακόμα, αναφέρεται ότι μέσω της διαδικασίας της διαλογής μπορεί να ελαττωθεί σημαντικά η θνησιμότητα και να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα (MSF) ως ένα από τα μοναδικά επικυρωμένα εργαλεία για τη διαλογή των ασθενών σε πενιχρές περιοχές, έχουν επιλέξει το SATS σαν ένα αναγνωρισμένο εργαλείο για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, όπως το Κουντούζ στο Αφγανιστάν και το χειρουργικό κέντρο στο Ταμπάρε (Αϊτή). Επιπλέον, το SATS κάνει χρήση ενός συστήματος βαθμολόγησης που βασίζεται στη φυσιολογία, το Triage Early Warning Score (TEWS), όπου ο κάθε ασθενής κατατάσσεται στις τέσσερις χρωματισμένες ομάδες προτεραιότητας. Για να υπολογιστεί το TEWS χρησιμοποιούνται οι εξής φυσιολογικές μεταβλητές: η νευρολογική κατάσταση, η καρδιακή συχνότητα, η κινητικότητα, η αναπνευστική συχνότητα, η συστολική αρτηριακή πίεση και η θερμοκρασία. Επιπροσθέτως, το TEWS επηρεάζεται και από την παρουσία του τραύματος. Ενδεικτικά, οι ασθενείς με TEWS>6 τοποθετούνται στην κόκκινη ομάδα, στην πορτοκαλί ομάδα από 5 έως 6, από 3 έως 4 στην κίτρινη ομάδα και στην πράσινη ομάδα από 0 έως 2. Η πέμπτη ομάδα (μπλε) ασχολείται με ασθενείς που κατά την είσοδο η όψη τους μοιάζει με αυτήν των νεκρών. Οι παράμετροι που είναι ευδιάκριτες ταξινομούν τους ασθενείς σε ομάδες υψηλότερων προτεραιότητας. Υπογλυκαιμία, σπασμοί και καψίματα στο πρόσωπο αποτελούν βασικά κριτήρια για να συμπεριληφθεί ένας ασθενής στην κόκκινη ομάδα:

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ○ Αιμόπτυση | Περιφερειακά εγκαύματα |
| ○ Μέθη | Κώμα (μετά την επιληψία) |
| ○ Θωρακικός πόνος | Υπερβολική δόση |
| ○ Αλλοίωση της συνείδησης | Οξεία δύσπνοια |
| ○ Μη ελεγχόμενη αιμορραγία | Ισχαιμία μέλους |
| ○ Ανοικτό κάταγμα | Εστιακό νευρολογικό έλλειμμα |

Τα παραπάνω αποτελούν κριτήρια για την πορτοκαλί ομάδα.

Ενώ:

- Κοιλιακός πόνος
- Εξάρθρωση δακτύλου
- Κλειστό κάταγμα
- Ελεγχόμενη αιμορραγία
- Καψίματα < 20% του σώματος, συμπεριλαμβάνονται στην κίτρινη ομάδα.

Κάτω από την ηλικία των 13 χρόνων χρησιμοποιούνται περισσότερο ειδικά διευκρινιστικά. Οι ασθενείς στην κόκκινη ομάδα κατά την εφαρμογή της διαλογής πρέπει άμεσα να ταξινομηθούν πριν απ' αυτούς που ανήκουν σε άλλες ομάδες, «σύμφωνα με τη δική τους προτεραιότητα» (Edema και συν. 2017).

2.7 Emergency Severity Index (ESI)

Ουσιαστικά, η διαδικασία της διαλογής θέτει σε προτεραιότητα διάφορες θεραπείες για τους ασθενείς που βασίζονται στην πρόγνωση, τη διαθεσιμότητα των πόρων και την κρισιμότητα. Ωστόσο, ο ορισμός της διαλογής χρησιμοποιείται περισσότερο για μια μαζική απώλεια ή για φυσικές καταστροφές.

«Στα πλαίσια του περιεχομένου μιας επείγουσας κατάστασης στον χώρο των Επειγόντων Περιστατικών, η έννοια της διαλογής αναφέρεται σε μια μέθοδο που χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών». Μ' αυτόν τον τρόπο, αποφασίζεται εύκολα το επίπεδο προτεραιότητας και οι ασθενείς σταθεροποιούνται σε μια μονάδα, όπου τους προσφέρεται κατάλληλη φροντίδα. Για να ταξινομηθούν οι ασθενείς στα Επείγοντα Περιστατικά, χρησιμοποιείται μια νέα ιδέα, ο Δείκτης Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης (ESI), ο οποίος κατά τη διαλογή, θέτει σε εφαρμογή πέντε κλίμακες. «Η υλοποίηση της συγκεκριμένης ιδέας απαιτεί από τους νοσηλευτές να πραγματοποιήσουν μια άμεση αξιολόγηση σχετικά με την κατάσταση των ασθενών και οφείλουν να αποφασίσουν για το εάν οι ασθενείς πρόκειται να παραπεμφθούν στην πτέρυγα ή να αποδεσμευτούν από το νοσοκομείο» (Elsi & Novera, 2019).

Σύμφωνα με τους Batista και συν. (2017) το φαινόμενο του συνωστισμού στα Επείγοντα είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, το οποίο μαστίζει τον κόσμο τα τελευταία χρόνια. Αποτελεί ένα μείζον ζήτημα πολυπαραγοντικό και οι πιθανοί λόγοι γι' αυτό είναι η αύξηση των απαιτήσεων στις υπηρεσίες υγείας, η αποδόμηση του δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν «στην απογοήτευση των ασθενών λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής». Είναι γεγονός ότι όταν τίθεται σε προτεραιότητα ένας ασθενής με κρίσιμη κατάσταση υγείας αυξάνεται κατά πολύ η ικανοποίηση, ενώ παράλληλα μειώνεται ο συνωστισμός.

Παρόλο που έχουν πολλά πλεονεκτήματα τα συστήματα διαλογής που βασίζονται στο ESI, ωστόσο υπάρχουν αμφιβολίες για την αξιοπιστία του. Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών η κλινική οξύτητα είναι αυτή, η οποία αποτελεί βασικό κριτήριο για την ταξινόμηση των ασθενών. Επομένως, όσο πιο οξεία είναι η κατάσταση ενός ασθενούς, τόσο πιο γρήγορη και σύντομη είναι η θεραπεία. Ο Δείκτης Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης «είναι ένας αλγόριθμος ταξινόμησης πέντε επιπέδων, σχεδιασμένος για τη διαστρωμάτωση των ασθενών σε ομάδες με βάση την κλινική ανάγκη». Επίσης, ο συγκεκριμένος έχει αναπτυχθεί στις ΗΠΑ από ιατρικό

προσωπικό και υπάρχουν πολλές ανεπτυγμένες χώρες που έχουν υιοθετήσει ένα τέτοιο σύστημα. Σε χώρες εκτός της Αμερικής η αξιοπιστία της κλίμακας διαλογής, είναι καλό να αξιολογείται για πιθανή επανάληψη και εσωτερική συνέπεια (Hasanzadeh και συν. 2015).

Στο ESI, η κλίμακα διαλογής για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων είναι η εξής: «1-υποδηλώνει περισσότερο οξύ και 5-δείχνει λιγότερο οξύ και ο κυρίαρχος ρόλος του είναι να διευκολύνει την προτεραιότητα των ασθενών, βασισμένη στην κρισιμότητά τους». Πρόκειται για ένα ακριβές και έγκυρο σύστημα, και η θεραπεία του έχει ως στόχο την πρόσβαση στις βέλτιστες υπηρεσίες και στην ιατρική φροντίδα. Το εν λόγω σύστημα είναι δυνατό να τεθεί σε λειτουργία σε όλους τους χώρους των επειγόντων περιστατικών, στα κοινοτικά και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία, καθώς και τις αγροτικές και αστικές τοποθεσίες (Delavari και συν. 2015).

Η εγκυρότητα που έχει η διαλογή αξιολογείται από παράγοντες, όπως είναι η παραμονή στο νοσοκομείο, η υποδοχή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η θνητότητα και η υποδοχή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παγκοσμίως, το ESI είναι αποδεκτό λόγω της αντικειμενικότητας και της απλότητάς του. Επίσης, στην Αμερική το ESI έχει εγκριθεί, ως ένα αξιόπιστο σύστημα. Σε άλλες χώρες όμως, υπάρχει ανησυχία για την χρήση του Δείκτη Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης στα Επείγοντα, καθώς στη δομή του συστήματος υγείας εντοπίζονται σημαντικές διαφορές. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να ληφθεί σοβαρά υπόψη η διαλογή στα ΤΕΠ. Επιπροσθέτως, η διαλογή του ESI επηρεάζει την ακρίβεια του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Το ESI ως εργαλείο βελτιώνει την έκβαση της υγείας των ασθενών, αλλά στις αναπτυσσόμενες χώρες τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα βέλτιστα (Ebrahimi και συν. 2015).

Τα επίπεδα του ESI αριθμούνται από το 1 έως το 5, με το πρώτο να αναπαριστά τη μεγαλύτερη κρισιμότητα.

LEVEL	NAME	DESCRIPTION	EXAMPLES
-------	------	-------------	----------

1	Resuscitation	Immediate, life saving intervention required without delay	Cardiac Arrest Massive bleeding
2	Emergent	High risk of deterioration or signs of a time-critical problem	Cardiac related chest pain Asthma attack
3	Urgent	Stable, with multiple types of resources needed to investigate or treat	Abdominal pain High fever with cough
4	Less urgent	Stable, with only one type of resource anticipated	Simple laceration Pain on urination
5	Non urgent	Stable, with no resources anticipated except oral or topical medications or prescriptions	Rash Prescription refill

Συχνά, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) εισέρχονται ηλικιωμένοι ασθενείς, οι οποίοι διαμαρτύρονται για συμπτώματα, όπως είναι η αδυναμία. Η έκβαση της υγείας τους

βρίσκεται σε κίνδυνο, οπότε η έγκαιρη πρόληψη και διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας. Εκτός απ' αυτό, πιο πιθανή είναι η λανθασμένη ταξινόμηση σε μεγάλους ηλικιακά ασθενείς. Συγκεκριμένα, στην Αμερική το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών στα Επείγοντα είναι άνω των 65 ετών, και αυτοί διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και πιθανό εγκλεισμό σε κάποιο ίδρυμα. Ακόμη, τα άτυπα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι συνήθη, και ένα απ' αυτά είναι η πτώση της λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου. Όσον αφορά τη θνησιμότητα, μια πρόβλεψη είναι δύσκολο να γίνει επειδή λαμβάνονται υπόψη πολλοί παράγοντες, οι οποίοι «κυμαίνονται από την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος μέχρι τις οξείες ασθένειες που απειλούν τη ζωή». Επιπροσθέτως, παρόλο που στα Επείγοντα υπάρχουν κλινικά εργαλεία που προβλέπουν τη θνησιμότητα, , δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα εργαλεία για ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν άτυπα συμπτώματα. Στον ηλικιωμένο πληθυσμό το ESI χρησιμοποιείται κάποιες φορές για να προβλέψει τη θνησιμότητα σε διάρκεια βμητών και ενός χρόνου. Επιπλέον, «η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων είναι σημαντική για να εντοπιστούν οι ασθενείς με φτωχή πρόγνωση, οι οποίοι χρήζουν άμεσης προσοχής». Ένα παραπάνω πρόβλημα που παρατηρείται στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι η λανθασμένη διαλογή, κατά την οποία οι ασθενείς επείγουσας ανάγκης κατατάσσονται σε χαμηλότερα επίπεδα κρισιμότητας (Bingisser και συν. 2019). «Στον Δείκτη Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης (ESI), οι ασθενείς που κατηγοριοποιούνται στο **επίπεδο 1** χρήζουν άμεσης ιατρικής φροντίδας.

Στο **επίπεδο 2-3** οι ασθενείς χρειάζονται περίθαλψη μέσα σε 15 λεπτά.

Ενώ, στα **επίπεδα 4 και 5** η περίθαλψή τους γίνεται μέσα σε μισή ώρα».

Η αποκέντρωση της ιατρικής φροντίδας αποτελεί έναν από τους πρωταρχικούς στόχους του ESI. Συγκεκριμένα, η προσοχή εστιάζεται στο να υπάρχει «παροχή επαρκούς ιατρικής φροντίδας σε –χαμηλής πολυπλοκότητας- ασθενείς, οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στα επίπεδα 3, 4 και 5». Τις περισσότερες φορές, αυτοί οι ασθενείς κάνουν χρήση ελάχιστων πόρων, οπότε η νοσηλεία τους

σπάνια κρίνεται αναγκαία. Συνολικά, ο Δείκτης Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης είναι μια άριστη μέθοδος για να ρυθμιστεί η προτεραιότητα της φροντίδας και η θεραπεία (Batista και συν. 2017).

2.7.1 Singapore Paediatric Triage Scale (SPTS)

Η διαλογή μπορεί να προβλέψει τον σκοπό της φροντίδας και στα ΤΕΠ συχνά λειτουργεί ως ένα κρίσιμο δίκτυ ασφαλείας. Το SPTS που ξεκίνησε το 1997, είναι ένα σύστημα διαλογής, κατά το οποίο εκπαιδευμένοι νοσηλευτές ταξινομούν τους ασθενείς με βάση τρεις θεμελιώδεις πτυχές. Αυτές είναι: οι φυσιολογικές μετρήσεις που σχετίζονται με την ηλικία, η εκτίμηση και το ιστορικό των παραπόνων και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Σ' αυτήν την αξιολόγηση εμπεριέχεται η Βαθμολογία του Δείκτη Σοβαρότητας (SIS), ο οποίος «προσδιορίζει την κρισιμότητα της φροντίδας». Έγκυρα εργαλεία αξιολόγησης που συμπεριλαμβάνονται στο παιδιατρικό σύστημα διαλογής, ωστόσο προκαλούν ανησυχία για την αξιοπιστία τους. Αυτό αναφέρεται κυρίως στους παιδιατρικούς ασθενείς, λόγω της περιορισμένης ικανότητάς τους να εκφράσουν συμπτώματα, όπως είναι ο πόνος. Συνεπώς, η οικογένεια του παιδιού οφείλει να δίνει σαφείς πληροφορίες στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διαδικασία της διαλογής. Αυτή όμως η ενέργεια μπορεί να δώσει λάθος στοιχεία για την κλινική κατάσταση ενός παιδιού. Επίσης, αναμφισβήτητα ένα αξιόπιστο και έγκυρο σύστημα διαλογής συμβάλλει στην καλύτερη απόδοση υγείας ενός ασθενούς (Ganapathy και συν. 2018). Στα Επείγοντα η χρήση του SPTS είναι ζωτικής σημασίας για τα αποτελέσματα των ασθενών, αλλά και κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, και σε διάφορα τμήματα όπως είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Padilla 2018).

2.8 Το ελληνικό σύστημα των ΤΕΠ

Τα ελληνικά νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια έχουν υιοθετήσει σύγχρονες πρακτικές, οι οποίες σχετίζονται με τη διοίκηση και λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ωστόσο, συχνότερα παρατηρείται το φαινόμενο της έλλειψης της ορθολογικής διαχείρισης, παρά ο εκσυγχρονισμός των συγκεκριμένων τμημάτων. Επιπλέον, η ανεπάρκεια σε ορθή οργάνωση αλλά και σε προοδευτικές τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών έχουν επιπτώσεις όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κόστος. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι η αρχική αξιολόγηση και η αντιμετώπιση στα ΤΕΠ είναι δυσχερείς εξαιτίας της ένδειας ικανού προσωπικού και προσέλευσης υπερβολικά υψηλού αριθμού ασθενών. Σαφώς, η διαλογή (triage) είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποδοτική λειτουργία των ΤΕΠ, όπου η εκτενέστερη παραμονή σε αυτά έχει αρνητικό αντίκτυπο στην έκβαση της νοσηλείας, αλλά και στη διάρκεια της. Στην Ελλάδα η οργάνωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται ξένα πρότυπα ΤΕΠ και συστήματα διαλογής ειδικά σε αστικές και νοσοκομειακές μονάδες. Όμως χρειάζεται ακόμα να σημειωθεί σημαντική εξέλιξη, αφού η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής δεν είναι αναγνωρισμένη και εκτός των άλλων παρατηρούνται οργανωτικά προβλήματα και ελλείψεις υποδομών. Κάτι που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι σε κάποια νοσοκομεία δεν υπάρχει διαθέσιμος αποκλειστικός χώρος για τη στέγαση των ΤΕΠ, ενώ σε άλλα δεν πραγματοποιείται καθόλου η διαδικασία της διαλογής.

Σχετικά με τη μορφή ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, οι βασικοί άξονες είναι ότι το κτίριο πρέπει να βρίσκεται στο ισόγειο και να είναι προσιτό, αλλά και να διαθέτει δύο εισόδους: μία για περιπατητικούς ασθενείς και μία γι' αυτούς που διακομίζονται με ασθενοφόρο (Θεοφανίδης & Ζιούτη 2018).

Η ανάπτυξη των ΤΕΠ και της διαλογής στην Ελλάδα πρόκειται για μια νέα εξέλιξη, όπου η διαρκής αξιολόγηση των διαδικασιών με στόχο την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας κρίνεται απαραίτητη. Τόσο στην ελληνική πραγματικότητα όσο και παγκοσμίως, ένα από τα αποτελεσματικότερα και δημοφιλή συστήματα διαλογής είναι το Emergency Severity Index (ESI), το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή λανθασμένων ενεργειών όπως είναι η υπερδιαλογή και η υποδιαλογή, δηλαδή η ταυτοποίηση του ασθενή με παραποιημένα στοιχεία (Δερμάτης και συν. 2017).

2.9 Διαλογή Μαζικών Καταστροφών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως μαζικά ατυχήματα ορίζονται τα σοβαρά περιστατικά και οι καταστροφές και χαρακτηρίζονται από ποικιλία, κρισιμότητα και ποσότητα των ασθενών. Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότερα περιστατικά συμβαίνουν, τα οποία «επηρεάζουν τις χώρες από όλα τα κοινωνικοοικονομικά υπόβαθρα». Γι' αυτό, ο σχεδιασμός και η προετοιμασία είναι ζωτικής σημασίας καθώς, είναι πιθανό να προκύψουν τέτοια γεγονότα οποιαδήποτε στιγμή. Ιδιαίτερα σημαντικά για τη διάσωση ζωής και τη βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων, είναι τα καθορισμένα προνοσοκομειακά συστήματα διαλογής, τα οποία χρησιμοποιούνται, όταν τυχόν καταστροφές προκύψουν. Τα συστήματα διαλογής μαζικών περιστατικών είναι σχεδιασμένα με τέτοιον τρόπο, προκειμένου να προσφέρουν οφέλη σε ικανοποιητική μερίδα ανθρώπων. Αυτό συμβαίνει διότι, οι πόροι που προορίζονται για την υγειονομική περίθαλψη είναι είτε επιβαρυνμένοι είτε περιορισμένοι εξαιτίας του αριθμού των τραυματισμένων. Επιπλέον κατά τη διάρκεια της διαλογής παρατηρείται ότι η θεραπεία είναι μηδαμινή, «και αυτό στερείται λογικής από τα φυσιολογικά προνοσοκομειακά πρωτόκολλα». Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η μετακίνηση των ασθενών μακριά από το περιστατικό και η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Για την ταξινόμηση των τραυματισμένων

ανθρώπων τα περισσότερα συστήματα διαλογής μαζικών καταστροφών χρησιμοποιούν χρωματιστές ονομασίες ή ετικέτες. «Η διαλογή κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών αποτελεί μια δυναμική και ρευστή διαδικασία, η οποία απαιτεί έναν συγκεκριμένο βαθμό εκπαίδευσης». Αρχικά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ταξινομηθούν σε μια κατηγορία και στη συνέχεια μπορούν να αλλάξουν, εφόσον υπάρχουν αλλαγές στην κλινική τους κατάσταση.

Σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιούνται τα πολλαπλά συστήματα διαλογής. Το START συμπεριλαμβάνεται στους πιο φημισμένους αλγόριθμους (απλή διαλογή και γρήγορη θεραπεία), STM (μέθοδος διαλογής Sacco), Care Flight Triage και SAVE (Δευτερεύουσα Αξιολόγηση του Τελικού Σταδίου του Θύματος) και SALT (ταξινόμηση, αξιολόγηση, σωστικές παρεμβάσεις, θεραπεία/ διαλογή). Για την υποστήριξη ενός συστήματος έναντι του άλλου υπάρχουν δεδομένα, τα οποία όμως είναι περιορισμένα. «Ωστόσο, είναι σημαντικό να επιλεγεί ένα και να τηρηθεί ο αλγόριθμός του προκειμένου να διατηρηθεί η απαιτούμενη προσέγγιση».

2.10 JumpStart

Το JumpStart αποτελεί μια διαφοροποίηση του συστήματος START και εστιάζει το ενδιαφέρον του στις φυσιολογικές αναπνευστικές συχνότητες για τα παιδιά. Στόχος του εργαλείου αυτού είναι η καλύτερη αξιολόγηση των παιδιατρικών ασθενών και 8 χρόνια είναι το μέγιστο όριο ηλικίας για την χρήση του. Κάτι που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι ο διασώστης μπορεί, όταν δεν γνωρίζει την ηλικία ενός παιδιού να αξιολογήσει στα κορίτσια την ανάπτυξη του στήθους και στα αγόρια την τριχοφυΐα στις μασχάλες (Clarkson & Williams 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Γενικά

Σύμφωνα με το υπόμνημα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας για το καθηκοντολόγιο νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ, «ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών». Για να στελεχωθεί το Τ.Ε.Π με νοσηλευτικό προσωπικό, απαραίτητοι κρίνονται οι μεταπτυχιακοί τίτλοι στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής και Νοσηλευτικής, η πιστοποίηση στη Βασική, Άμεση και Εξειδικευμένη Αναζωογόνηση, η προϋπηρεσία σε Μονάδα Ανάνηψης, ΜΑΦ, ΜΕΘ καθώς και η εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων και σεμιναρίων.

Ο ασθενής ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασής του, κατευθύνεται στα Τ.Ε.Π από ειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές, οι οποίοι τον υποδέχονται. Επιπροσθέτως οι νοσηλευτές, οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι στα Επείγοντα συνδυάζουν μια μείξη γνώσεων και δεξιοτήτων που αποτελούν ξεχωριστό πλεονέκτημα αφού εμπεριέχονται πολλές νοσηλευτικές ειδικότητες. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι, ότι οι νοσηλευτές στα ΤΕΠ παρέχουν φροντίδα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των ασθενών, κάτι που χρήζει κατάλληλης νοσηλευτικής παρέμβασης σε ανθρώπους με πραγματικά ή ενδεχόμενα κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα (ENE 2016).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διαχείριση του πόνου

«Κάθε νοσηλευτής οφείλει να πραγματοποιεί τακτική και ακριβή αξιολόγηση του πόνου και να παρέχει την συνταγογραφηθείσα αναλγησία, παρατηρώντας το αντίκτυπό της και τις τυχόν παρενέργειες». Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι νοσηλευτές να βρίσκονται σε εγρήγορση για να αναγνωρίσουν και να παρατηρήσουν σημάδια πόνου σε ηλικιωμένους ανθρώπους, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη ψυχολογία τους.

Ο πόνος είναι δυνατόν να αξιολογηθεί:

- ✚ Αυστηρά μέχρι την τοποθέτηση του ασθενούς στην πτέρυγα
- ✚ Αμέσως μετά την εμφάνιση
- ✚ Συχνά, εφόσον αποτελεί μέρος της ρουτίνας των νοσηλευτικών παρατηρήσεων κατά τη διάρκεια των εισαγωγών.
- ✚ Μέχρι μισή ώρα από την αρχική αναλγησία

Η συμπόνια ως βασική αρχή της ποιότητας της φροντίδας, έχει μια πολυδιάστατη πλευρά στη θεραπευτική σχέση, όπου εμπεριέχεται η ικανότητα να κατανοήσει κανείς τις ανάγκες και τους φόβους των ασθενών. Κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς με γνωστική εξασθένηση μπορεί να υπάρξει μεγάλο στρες, ειδικά όταν ο ασθενής υποφέρει από γνωστική δυσλειτουργία (ή άνοια) και αντιστέκεται στις προσπάθειες του νοσηλευτή. Επίσης, κάτι εξίσου πολύ βασικό είναι η συμμετοχή στην υγιεινή και την άνεση, όπως επίσης και στη συχνή φροντίδα του στόματος.

Στους ηλικιωμένους ανθρώπους η διαχείριση των υγρών μπορεί να μην είναι τόσο εύκολη, αφού οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι από μόνοι τους ρυθμίζουν την πρόσληψη υγρών για να ελέγξουν τη συχνότητα των ούρων ή την ακράτεια. Αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί η στενή παρακολούθηση της ισορροπίας των υγρών για να εντοπιστούν τυχόν βλάβες. Επιπροσθέτως, μια από τις ευθύνες της νοσηλευτικής ομάδας είναι η κατάλληλη διατροφή των ασθενών, η οποία μπορεί να συμβάλλει θετικά στην ανάκαμψη της υγείας τους. Άλλο πολύ

σημαντικό καθήκον των νοσηλευτών είναι η εκπαίδευση των ασθενών και η πρόληψη λοιμώξεων μιας και η νοσηλευτική ομάδα είναι ενεργή 24 ώρες το 24ωρο. Στην πρόληψη μιας ασθένειας αυτοί που μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά είναι οι νοσηλευτές σε θέσεις ηγετικές.

Σε περίπτωση που όλα τα προβλήματα ενός ασθενούς αντιμετωπιστούν και ξεπεραστούν, η έξοδος του από το νοσοκομείο είναι δυνατή. Κατά τη διαδικασία αυτή, είναι καλό να υπάρχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας του ασθενούς.

Σε ό,τι αφορά τους ηλικιωμένους, πρωταρχικός στόχος των νοσηλευτών είναι η διατήρηση της βέλτιστης λειτουργίας και η μεγιστοποίηση της κινητικότητας των ασθενών. Επίσης, παράγοντες όπως οι ψυχοκοινωνικοί μπορούν να ενσωματωθούν στην ολιστική προσέγγιση της φροντίδας. Μέρη όπως τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι άκρως πολυάσχολα και θορυβώδη, χαρακτηριστικά που τα καθιστούν ακατάλληλα περιβάλλοντα φροντίδας για ευάλωτους ασθενείς, όπως είναι οι ηλικιωμένοι. Πέρα απ' αυτό η φροντίδα των ηλικιωμένων πρέπει να είναι περισσότερο προσεκτική λόγω της αυξημένης νοσηρότητάς τους, αλλά και να ελέγχεται το δέρμα τους λεπτομερώς για πιθανές δερματικές βλάβες.

Για να γίνει ένας πόνος στο πόδι εύκολα διαχειρίσιμος, αναγκαίο είναι να τοποθετούνται μαξιλάρια ανάμεσα στα γόνατα και τους μηρούς και να μην επιδιώκεται η περιστροφή του ποδιού που έχει προσβληθεί. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι, πάντα πρέπει να υπάρχουν δύο έμπειροι νοσηλευτές, οι οποίοι εφαρμόζουν καλή χειρωνακτική πρακτική για την αλλαγή της θέσης ενός ασθενούς που αισθάνεται πόνο. Όταν ένας ασθενής παρατείνει τη διαμονή του στο νοσοκομείο για διάφορους λόγους, για να ενισχυθεί η ανεξαρτησία του χρήσιμο είναι να κινητοποιείται συχνά, να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του εαυτού του και να μειώσει τις πιθανότητες των τραυματισμών, αλλά και των πτώσεων. Σε όλα αυτά βασική κρίνεται η αυτοπεποίθησή του και η αυτοεκτίμησή του. Εκτός των άλλων, η κινητοποίηση του ασθενούς

αποδεικνύεται επωφελής ως προς την υποβοήθηση της ανάκαμψης και την πρόληψη επιπλοκών της κινητικότητας. Επίσης, οι νοσηλευτές οφείλουν να εκπαιδεύσουν σωστά τους ασθενείς σχετικά με την ιδιωτικότητα, την όρεξη και την κινητικότητά τους (Hertz και συν. 2018).

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως ηγέτη στον χώρο των Επειγόντων Περιστατικών

Στον χώρο των Επειγόντων Περιστατικών, το φαινόμενο του υπερπληθυσμού των ασθενών επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας και γι' αυτό κρίνεται σημαντικό να ελαττωθούν οι χρόνοι αναμονής. Προκειμένου να αποσυμφορηθεί η αυξημένη ροή των ασθενών, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η παρέμβαση του ολοένα και αναδυόμενου ρόλου του «νοσηλευτή-καθοδηγητή». Πρόκειται για έναν νοσηλευτή, ο οποίος συμμετέχει ενεργά στην προσφορά φροντίδας, υποστηρίζει τους συνεργάτες του και είναι εξειδικευμένος ώστε να παρακολουθεί και να διευκολύνει την κινητικότητα των ασθενών εντός του νοσοκομείου.

Όπως προκύπτει από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, ο συνωστισμός των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών έχει ως απόρροια το αυξημένο άγχος του προσωπικού, το αίσθημα δυσαρέσκειας από το προσωπικό, την παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο και τις οικονομικές επιπτώσεις. Προκειμένου να ρυθμιστεί ο αριθμός των εισερχόμενων ασθενών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να καλυφθούν έγκαιρα οι ανάγκες τους. Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση είναι μέσω του ενεργού ρόλου του «Νοσηλευτή-Καθοδηγητή», ο οποίος «παρακολουθεί και διευκολύνει την κυκλοφορία και μεταφορά των ασθενών και υποστηρίζει το προσωπικό στην προσφορά φροντίδας». Η εισαγωγή του με διάρκεια 24 ωρών αποτελεί μια πρωτοβουλία μέσω της οποίας μειώνεται σημαντικά η σπατάλη χρόνου και ενθαρρύνονται οι λήψεις αποφάσεων. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι η επίδοσή τους είναι βελτιωμένη κατά 15%. Ωστόσο, ο όρος «καθοδηγητής» χρησιμοποιήθηκε για διάφορους ρόλους, οι οποίοι αναπτύχθηκαν ανεξάρτητα, και μια ανασκόπηση απέδειξε ότι ρόλοι όπως αυτός έχουν

ως επακόλουθο την πρόκληση άγχους λόγω του συμπεριλαμβανομένου εκφοβισμού. Φυσικά, για το ρόλο του «καθοδηγητή» απαιτείται ένας έμπειρος νοσηλευτής που έχει αρκετά καλή γνώση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Ο νοσηλευτής αυτός αντιμετωπίζει κρίσιμες καταστάσεις, επιλύει προβλήματα και παρακολουθεί τα χρονοδιαγράμματα των ασθενών. Πέρα απ' αυτό, στα καθήκοντά του περιλαμβάνονται επίσης «η μεταφορά ασθενών σε διαθέσιμα κρεβάτια (από τη διαλογή στα ΤΕΠ/ από τα ΤΕΠ στους χώρους νοσηλείας), ο εντοπισμός πληροφοριών για τους ασθενείς των οποίων η κατάσταση ήταν ασαφής κατά την εισαγωγή και η διευκόλυνση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων».

Ως εκ τούτου απ' ότι διαφαίνεται, η ροή των ασθενών στον χώρο των Επειγόντων είναι δυνατόν να επηρεαστεί από έναν συμπληρωματικό ρόλο, όπως είναι αυτός του «Νοσηλευτή-Καθοδηγητή». Ωστόσο, νοσηλευτικοί ρόλοι σαν αυτόν δεν εστιάζουν αποκλειστικά στην παροχή φροντίδας αλλά επεκτείνονται σε ολόκληρο το τμήμα γενικότερα (Fulbrook και συν. 2017).

3.4 Ο ρόλος της στρατηγικής διδασκαλίας και το αντίκτυπό της στους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές

Καθημερινά οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη προσωπικού, οι διδάσκαλοι και οι ακαδημαϊκοί εκπαιδευτές νοσηλευτών έρχονται αντιμέτωποι με τις προκλήσεις της όλο και συχνότερης «δημιουργίας εκπαιδευτικών στρατηγικών και την ενσωμάτωσή τους τόσο στην αίθουσα όσο και στο κλινικό περιβάλλον». Οι εκπαιδευτές νοσηλευτές έχουν μια ευρεία ποικιλία σε ό,τι αφορά στα δημογραφικά και προσωπικά τους χαρακτηριστικά, εμπειρίες και βαθμίδες εκπαίδευσης, όπως στον τρόπο που διδάσκουν. Έτσι, «οι νοσηλευτικές δεξιότητες, η επικοινωνία και η φροντίδα διδάσκονται καλύτερα μέσω της παρατήρησης των άλλων». Συνεπώς, η αξιοπιστία ενός παιδαγωγού/εκπαιδευτή νοσηλευτή ενισχύεται, όταν διδάσκει τις κλινικές δεξιότητες. «Η απομίμηση ρόλων στην κλινική τοποθεσία αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της εκπαιδευτικής

διαδικασίας, η οποία προκύπτει μεταξύ του μαθητευόμενου νοσηλευτή και του εκπαιδευτικού». Επίσης, το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό συνδέεται άρρηκτα με τη μοντελοποίηση ρόλων.

Είναι ζωτικής σημασίας, «οι κλινικοί εκπαιδευτές να επιδεικνύουν εξειδικευμένες κλινικές δεξιότητες, να διαθέτουν κλινική κρίση και να είναι ικανοί να μοιράζονται τις γνώσεις με τους φοιτητές». Επιπροσθέτως, μέσω της εκπαιδευτικής στρατηγικής της εφαρμογής των ρόλων οι φοιτητές νοσηλευτικής έχουν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν, να θέσουν ερωτήματα και να συζητήσουν για τη συμπεριφορά που έχει διαμορφωθεί. Ακόμα δίνεται η ευκαιρία στους έμπειρους νοσηλευτές να εκφραστούν προφορικά για την κλινική αιτιολογία, που είναι πιθανόν να συμβεί κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, εφόσον ο ασθενής είναι δεκτικός ή σε μια απολογιστική συνεδρία. Όπως προκύπτει, με τον απολογισμό οι αρχάριοι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα να συλλογιστούν και να συνειδητοποιήσουν τις σωστές αλλά και για τις λανθασμένες ενέργειές τους και αυτό ενισχύει σημαντικά τη μνήμη.

Όπως είναι προφανές, γενικότερα στη Νοσηλευτική μεγάλη πρόκληση αποτελεί η περίπτωση του εκπαιδευόμενου νοσηλευτή που παράλληλα με τη συλλογή νέων θεωρητικών γνώσεων δεν έχει τη δυνατότητα να εφαρμόσει στην πράξη αυτά που διδάχθηκε. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές που έχουν διδαχθεί τη διαδικασία εισαγωγής ενός καθετήρα Folley αλλά δεν το έχουν θέσει ποτέ σε εφαρμογή, δεν είναι δυνατόν να λάβουν ανατροφοδότηση που είναι και βασική για να εξασφαλιστεί ότι υλοποιούν σωστά τη δεξιότητα. Εύλογα λοιπόν, οι φοιτητές επιθυμούν και επιδιώκουν περισσότερες ευκαιρίες προκειμένου να κάνουν εξάσκηση πάνω στις γνώσεις που ήδη έχουν αποκτήσει. Αναμφισβήτητα, ένα άτομο πρέπει να θεωρήσει ότι υπάρχει κάποια αξία, ώστε να υιοθετηθεί μια ήδη διαμορφωμένη συμπεριφορά (Doherty και συν. 2016).

3.5 Καθήκοντα και αρμοδιότητες νοσηλευτή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Η άφιξη του ασθενή πραγματοποιείται στον χώρο διαλογής από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του τον κατευθύνουν στο ΤΕΠ. Σε περίπτωση που το περιστατικό είναι απειλητικό για τη ζωή αντιμετωπίζεται εγκαίρως στην αίθουσα αναζωογόνησης, ενώ τα σοβαρά αλλά σταθερά περιστατικά προορίζονται για τους θαλάμους εξέτασης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

Ο ασθενής παραμένει στο συγκεκριμένο χώρο, εξετάζεται και στη συνέχεια του παρέχονται βασικές νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες. Έπειτα, ακολουθεί η χορήγηση της θεραπευτικής αγωγής, η εφαρμογή οδηγιών και γίνεται ενημέρωση για το εάν είναι απαραίτητη η επιπλέον παραμονή του στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. Μεταφέρεται επίσης σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας για σύντομη παραμονή και παρακολούθηση, όπου εκεί του δίνονται οδηγίες και εξιτήριο ή εισιτήριο στο τμήμα που είναι να εισαχθεί. Εισάγεται στο τμήμα που κρίνεται αναγκαίο για την περίπτωση της πάθησής του και διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο αφού έχει γίνει συνεννόηση με τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον εφημερεύοντα του άλλου νοσοκομείου.

3.5.1 Αρμοδιότητες και καθήκοντα προϊσταμένου νοσηλευτή του ΤΕΠ

Στο συγκεκριμένο τμήμα ηγείται ένας νοσηλευτής ή μία νοσηλεύτρια ΠΕ ή ΤΕ που έχουν πολυετή εμπειρία και εξειδικευμένες γνώσεις στην επείγουσα νοσηλευτική, οι οποίοι είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για τον χώρο του ΤΕΠ και φέρουν διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες. Οι ίδιοι επιβλέπουν το νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, αλλά και τους εξωτερικούς συνεργάτες όπως για παράδειγμα είναι το προσωπικό ασφαλείας. Επίσης, καθήκον του αποτελεί η παραγγελία, αλλά και η προμήθεια του αναγκαίου υγειονομικού και

αναλώσιμου υλικού, καθώς επίσης και του φαρμακευτικού υλικού που δεν έχει συνταγογραφηθεί (ENE 2016).

Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) βασική προϋπόθεση για μια άριστη και ποιοτική φροντίδα αποτελεί η ύπαρξη επαγγελματιών με επαρκείς ικανότητες στην κλινική ηγεσία. Ωστόσο, το πρόγραμμα σπουδών σπάνια αναφέρεται στην εκμάθηση της κλινικής ηγεσίας και πέρα απ' αυτό, υπάρχει απουσία έμπειρων νοσηλευτών και ιατρών, οι οποίοι θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως πρότυπα για τους λιγότερο εκπαιδευμένους ιατρούς και νοσηλευτές στα Επείγοντα. Το περιβάλλον των Επειγόντων παίζει ρόλο ζωτικής σημασίας, αφού παρέχει πρόσβαση στο σύστημα υγείας και σ' αυτό προσφέρεται νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με τραυματισμούς και με οξείες ασθένειες. Επιπλέον, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της κλινικής ηγεσίας, αυτά είναι: η ενδυνάμωση των άλλων, η κλινική τεχνογνωσία, η δέσμευση σε άσκηση υψηλής ποιότητας, η συμμετοχή στη φροντίδα και οι διαπροσωπικές δεξιότητες. Οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στα ΤΕΠ διαθέτουν κλινικές και επικοινωνιακές ικανότητες και είναι χρήσιμο να έχουν τη δυνατότητα να προβλέπουν και να προλαμβάνουν τα προβλήματα, πριν αυτά προκύψουν (Husebo & Olsen 2019).

Η αποτελεσματική ηγεσία είναι βασική στον χώρο των Επειγόντων, διότι αυξάνει την ασφάλεια των ασθενών και συμβάλλει στην καλύτερη έκβαση υγείας. Γενικότερα, «οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης συχνά χαρακτηρίζονται από υψηλή πολυπλοκότητα, αβεβαιότητα, χάος και ασάφεια», γι' αυτό είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να δρουν ομαδικά έχοντας αποκτήσει τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις. Μέσω του κινήτρου, της αυτοπεποίθησης και της ικανότητας να διατηρούν μια ισορροπία στην ομάδα οι νοσηλευτές με θέση ηγέτη, καταφέρνουν να είναι πρότυπα και να καθοδηγούν αποτελεσματικά, με το να παίρνουν γρήγορες αποφάσεις. Για να γίνει κάποιος νοσηλευτής-ηγέτης πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του την επαγγελματική του κατάσταση και την εμπειρία του και να μην αμελήσει την επαγγελματική του εμπειρία, καθώς η έλλειψη αυτής μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο σε μια αποδοτική και

αποτελεσματική ηγεσία. Ακόμη, ιδανικό για έναν ηγέτη είναι να διαθέτει υπευθυνότητα, να επιλύει τις συγκρούσεις μέσω διαπραγματεύσεων, να μοιράζεται τις επιτυχίες και το πιο σημαντικό, να έχει σεμνότητα. Σε περίπτωση που απαιτείται ταχύτητα παρέμβασης σε μια κατάσταση ή τα μέλη της ομάδας δεν είναι ακόμα καλά εκπαιδευμένα, ο νοσηλευτής ηγέτης πρέπει να δείχνει περισσότερο δυναμισμό. Όταν όμως η κατάσταση βαίνει ομαλά και τα μέλη της ομάδας είναι αυτόνομα και επαρκώς εκπαιδευμένα, οι νοσηλευτές-ηγέτες προσαρμόζουν ένα συμμετοχικό μοντέλο ηγεσίας. Κάτι που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι ένας ηγέτης ποτέ δεν πρέπει να είναι εκφοβιστικός ή αυταρχικός, αλλά να προσαρμόζει τη μέθοδο της ηγεσίας του και να είναι σε θέση να γνωρίζει το δυναμικό της ομάδας του. Επιπροσθέτως, σημαντικό καθήκον του είναι να δίνει προσοχή στο περιβάλλον των ΤΕΠ και να μειώνει τον αριθμό των ανθρώπων που αποσπών την προσοχή και αυξάνουν τον κίνδυνο κακής επικοινωνίας. Μεταξύ του νοσηλευτή με ηγετική θέση και των μελών, καλό είναι να υπάρχει ένα υποστηρικτικό και φιλικό περιβάλλον, όπου θα υπάρχει ενθάρρυνση για βελτίωση της ομάδας, θα αναλύονται οι λύσεις για καλύτερες παρεμβάσεις στο μέλλον και τα μέλη θα μοιράζονται τις ανησυχίες τους, κάτι που θα τους βοηθήσει να συνεργαστούν καλύτερα (Abrantes και συν. 2018).

3.5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή-συντονιστή

«Η εφαρμογή ενός νέου ρόλου στις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης πηγάζει από τις ολοένα και περισσότερο αναδυόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες στο σύστημα παροχής της φροντίδας ή τις εκφραζόμενες ανάγκες των κλινικών ιατρών, των ασθενών ή και αυτών που παρέχουν φροντίδα». Σχετικά με τις εμπειρίες των νοσηλευτών-συντονιστών στο Ισραήλ, παρατηρείται ότι μια αποτελεσματική υλοποίηση επιτυγχάνεται όταν υπάρχουν καλά οριοθετημένες λειτουργίες του ρόλου και εφόσον τα άλλα μέλη της ομάδας είναι επαρκώς πληροφορημένα για την κατάσταση των ασθενών. Επιπροσθέτως, τα αναμενόμενα αποτελέσματα πρέπει να

υπολογίζονται και να καθορίζονται από εκείνους που εκτελούν τον συγκεκριμένο ρόλο. Οι νοσηλευτές, που έχουν εκπαιδευτεί προκειμένου να παρέχουν μια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, με την πάροδο του χρόνου έχουν γίνει ισχυροί υποστηρικτές. Όπως προκύπτει, οι εφαρμογές του νοσηλευτή-καθοδηγητή και του νοσηλευτή-συντονιστή στις ΗΠΑ και στο Ισραήλ έχουν δημιουργήσει παρόμοιες προκλήσεις και η αξία αυτών των ρόλων και στις δύο χώρες έχει τεκμηριωθεί. Από την οπτική του ρόλου του συντονιστή-νοσηλευτή, είναι καλό να συνδυάζονται διάφοροι νοσηλευτικοί ρόλοι από ικανούς επαγγελματίες υγείας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, εξακολουθούν να γίνονται προσπάθειες για να αποσαφηνιστεί η λειτουργία των ρόλων και για να διαφοροποιηθούν οι συντονιστές-νοσηλευτές από άλλους ρόλους νοσηλευτικής. Πέρα απ' αυτό, καταξιώνεται το νοσηλευτικό επάγγελμα και οι υπηρεσίες που προσφέρει (Driscoll και συν. 2019).

Υπάρχουν εκτενείς αποδείξεις ότι ιδιαίτερα επωφελής για τους ασθενείς είναι ο ρόλος των νοσηλευτών-συντονιστών. Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές είναι περισσότερο προσιτοί και διαθέσιμοι στους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές χωρίς κάποια εξειδίκευση, οι οποίοι λειτουργούν ομαδικά και γνωρίζουν καλύτερα πώς να ελέγχουν τα συμπτώματα. Ο ρόλος του νοσηλευτή-συντονιστή θεωρείται βαρύνουσας σημασίας, καθώς αυτό το μέλος προσφέρει φροντίδα και υποστήριξη σε όλους τους ασθενείς. Ακόμα, «υπάρχουν ορισμένα στοιχεία τα οποία λαμβάνονται ως κοινά χαρακτηριστικά στην εργασία όλων ανεξαιρέτως των νοσηλευτών-συντονιστών και αυτά είναι τα ακόλουθα: συναισθηματική υποστήριξη, καθοδήγηση και συντονισμός στην περίθαλψη των ασθενών». Ακόμα και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αξιοσημείωτο ρόλο παίζει ο νοσηλευτής-συντονιστής.

Ωστόσο, κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι, παρατηρούνται ανεπάρκειες σχετικά με την περιγραφή των λειτουργιών του νοσηλευτή-συντονιστή και σχετικά με την αναβάθμιση του ρόλου (Chinitz και συν. 2017).

Ο νοσηλευτής με ρόλο συντονιστή στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λειτουργεί ως σύνδεσμος μεταξύ των νοσηλευόμενων και των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου συνολικά. Ειδικότερα, σκοπός του συγκεκριμένου νέου ρόλου είναι να βελτιωθεί η ροή των ασθενών στο περιβάλλον των Επειγόντων (Agrawal και συν. 2016).

Η δημιουργία ενός νοσηλευτή-συντονιστή είναι πολύτιμη, διότι εκείνος μέσω του συντονισμού των ασθενών μειώνει την παραμονή τους στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται σημαντικά η ικανοποίησή τους. Ένας νοσηλευτής με τέτοιο ρόλο συντονίζει σε συνεργασία με τους γιατρούς τη ροή των ασθενών στην υποδοχή. Επομένως, το νοσοκομείο με τη μείωση της συχνότητας των ασθενών έχει τη δυνατότητα να τους φροντίσει και να τους εξετάσει ευκολότερα. Πέρα απ' αυτά, ένας νοσηλευτής με τέτοια καθήκοντα «διευκολύνει την κινητικότητα των ασθενών». Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ο συνωστισμός αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα στα νοσοκομεία και σ' αυτό συμβάλλει η ροή των ασθενών. Έτσι, αλλαγές και παρεμβάσεις πρέπει να συμβαίνουν τόσο στον χώρο των Επειγόντων, όσο και στο νοσοκομείο. Επιπροσθέτως, «η δημιουργία αυτού του ρόλου επιτρέπει την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού στο Τμήμα των Επειγόντων και τη βελτιωμένη φροντίδα των ασθενών». Αδιαμφισβήτητα, το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να είναι περισσότερο ικανοποιημένο από το επάγγελμά του, όταν και οι ασθενείς είναι το ίδιο χαρούμενοι από τη φροντίδα που τους προσφέρεται. Συνεπώς, παρατηρείται μια ενισχυμένη ικανότητα απομνημόνευσης, η οποία πιθανόν οφείλεται στην αυξημένη ικανοποίηση των νοσηλευτών. Ακόμα, για την άμεση κινητικότητα των ασθενών στο νοσοκομείο, είναι αναγκαίο να υπάρχουν νοσηλευτές-ηγέτες, οι οποίοι θα είναι αφοσιωμένοι και θα έχουν όραμα (Marula 2015).

3.5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής

Ο νοσηλευτής διαλογής είναι αρμόδιος για τα παρακάτω:

- ✚ Τη συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, που προτεραιότητα έχει η εξέταση των ασθενών ανάλογα με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας και καθορίζεται ή όχι η έγκαιρη παρέμβαση
- ✚ Την επίβλεψη των ασθενών που πρόκειται να εξεταστούν, στον χώρο της αναμονής και γίνεται συνεχής επανεκτίμηση για την επιδείνωση των συμπτωμάτων
- ✚ Την μετακίνηση των ασθενών στο ανάλογο ιατρείο
- ✚ Την επίβλεψη των ασθενών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας. Στον χώρο αυτό πραγματοποιείται συνεχής επαναξιολόγηση των ασθενών κατόπιν της ιατρικής εξέτασης, αφού εξασθενήσουν τα πρωτεύοντα ενοχλήματα
- ✚ Την ενημέρωση συνοδών και ασθενών (ENE).

Η διαλογή όντας μια θεμελιώδης και αναπόσπαστη δομή σε κάθε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) διευκολύνει την άμεση αντιμετώπιση των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, καθορίζει τη ροή τους και αξιολογεί στοιχεία όπως η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Επίσης, η διαλογή σε πολλές χώρες εφαρμόζεται με τη συνεργασία νοσηλευτή και ιατρού. Η διαδικασία αυτή διενεργείται από διπλωματούχους νοσηλευτές, συγκεκριμένα από τους νοσηλευτές διαλογής, οι οποίοι στις μέρες μας αναγνωρίζονται παγκοσμίως όλο και πιο έντονα και βασική επιδίωξή τους αποτελεί η αύξηση ικανοποίησης των ασθενών.

Βασικά γνωρίσματα που οδηγούν σ' αυτό είναι τα ακόλουθα:

- Η ικανότητα προσφοράς της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή
- Δεξιότητες επικοινωνίας
- Έμπρακτο ενδιαφέρον για την έκβαση της πορείας του ασθενούς
- Δεξιότητες διάγνωσης και διαχείρισης προβλημάτων υγείας
- Συχνότερη ενεργή παρουσία στο οπτικό πεδίο των ασθενών

- Χρήση απλών μορφών επικοινωνίας, οι οποίες διευκολύνουν τη λήψη πληροφοριών νοσηλευτών που έχουν σχέση με τους ασθενείς
- Η δυνατότητα να απαντηθούν τυχόν ερωτήματα και
- Η ενθάρρυνση για ερωτήσεις

Απ' ότι έχει αποδειχθεί, ένας Νοσηλευτής Διαλογής τείνει να είναι περισσότερο αποδοτικός όταν υπάρχει ένα σωστά οργανωμένο ΤΕΠ, το οποίο προσφέρει τις απαραίτητες πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο. Βέβαια εκτός απ' αυτό, η αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου νοσηλευτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εκπαίδευσή του επίσης.

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, υπάρχουν ορισμένα μεταπτυχιακά προγράμματα και διαλέξεις Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής τα οποία προσφέρουν εξειδικευμένες γνώσεις. Όμως, τα μεταπτυχιακά με κατεύθυνση την Επείγουσα Νοσηλευτική είναι ανεπαρκή και δεν εμβαθύνουν στη διαλογή. Γι' αυτό είναι χρήσιμο λοιπόν, να αναδειχθεί και να αξιοποιηθεί επαρκώς ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής, αλλά και δημιουργηθούν κατάλληλα διαμορφωμένες δομές για την εκπαίδευσή τους (Στεργιάννης 2016).

Ένας ασθενής είναι πιθανότερο να αναζητήσει βοήθεια από έναν επαγγελματία, και ειδικά από έναν νοσηλευτή διαλογής, όταν εκείνος είναι διαθέσιμος. Συνήθως οι ασθενείς απ' ότι αποδεικνύεται, καλούν έναν νοσηλευτή όταν είναι αβέβαιοι για τα συμπτώματα επειδή προσφέρει υποστήριξη, ακόμα κι αν το ζήτημα υγείας που τους απασχολεί είναι αμελητέο. Έτσι, όπως προκύπτει, αυτό επιτρέπει στους νοσηλευτές να ταξινομούν τους ασθενείς και να παρατηρούν σοβαρά σημεία και συμπτώματα, τα οποία χρήζουν προσοχής. Γενικά, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, πρέπει να νιώσουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό κατανοεί την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και ότι έχουν τις καλύτερες προθέσεις. Εξαρχής, αποδεικνύεται αδιαμφισβήτητα ότι «η επικοινωνία παίζει μεγάλο ρόλο στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή». Οι τελευταίοι έχουν λίγες, αλλά σημαντικές

απαιτήσεις από τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας: επιθυμούν να ακούγονται, να είναι σεβαστοί, να συμπεριλαμβάνονται ως παίκτες ομάδες στο σχέδιο φροντίδας και να λαμβάνουν έμπρακτα το ενδιαφέρον (Rudowitz 2019).

Ο ρόλος του νοσηλευτή διαλογής στους ασθενείς με άσθμα

Σε περίπτωση που κάποιοι ασθενείς βιώνουν αναπάντεχες δυσκολίες με την διαχείριση των αεραγωγών τους, η επικοινωνία με έναν νοσηλευτή διαλογής είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να παρέμβει ποικιλοτρόπως. Το νοσηλευτικό προσωπικό που χρησιμοποιεί τις δεξιότητες κριτικής σκέψης και τα πρωτόκολλα, όπως είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες Schmitt-Thompson, είναι πιο εύκολη γι' αυτό η κατεύθυνση του γονιού ή του ασθενή μέσω της συμπτωματολογίας για να αποφασιστεί ο κατάλληλος και καλύτερος τρόπος φροντίδας.

«Το άσθμα είναι μια χρόνια πνευμονική διαταραχή, η οποία δημιουργεί δυσκολία στην αναπνοή με τη στένωση και φλεγμονή των αεραγωγών (βρογχικοί σωλήνες)». Μια κρίση άσθματος ειδικά για τα μικρά παιδιά και τους γονείς τους μπορεί να είναι μια απίστευτα τρομακτική εμπειρία. Επομένως, για όλες τις ηλικιακές ομάδες κλειδί αποτελεί η έγκαιρη παρέμβαση, όπως επίσης και η διδασκαλία στους ενηλίκους και στα παιδιά για το πώς να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα σημάδια, αλλά και τις πυροδοτήσεις.

Μια κρίση άσθματος μπορεί να προκαλέσει:

- ❖ «Φλεγμονή, οίδημα και στένωση των αεραγωγών
- ❖ Επαναλαμβανόμενο συριγμό
- ❖ Σφίξιμο στο στήθος
- ❖ Βήχα και
- ❖ Δυσκολία στην αναπνοή»

Για να αξιολογηθούν οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα άσθματος υπάρχουν τα ιατρικά πρωτόκολλα διαλογής για τους νοσηλευτές, τα οποία περιέχουν κατευθυντήριες οδηγίες. Μέθοδοι θεραπείας, όπως οι νεφελοποιητές και οι εισπνευστήρες είναι οι πιο συνήθεις.

Μια κρίση άσθματος είναι πιθανό να συμβεί οπουδήποτε και οποιαδήποτε στιγμή, γι' αυτό είναι βασικό «να παρέχεται στους ασθενείς τηλεφωνική υπηρεσία νοσηλευτικής διαλογής για να εξασφαλιστεί ότι λαμβάνουν ταχεία ποιοτική φροντίδα» (Raheja 2017).

3.6 Η νοσηλευτική διαλογή μέσω τηλεφώνου

Ολοένα και συχνότερα εφαρμόζεται η νοσηλευτική διαλογή διαμέσου του τηλεφώνου στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου δίνονται πρακτικές συμβουλές για την επίλυση των ζητημάτων που εντοπίζονται. Πολλά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών είναι στενά συνδεδεμένα με τη ρύθμιση των κλήσεων διαλογής κατά την παρακολούθηση της πρακτικής. Επιπλέον, όσοι νοσηλευτές είχαν θετική άποψη και ανέφεραν ότι είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για τον ρόλο ήταν πιο πιθανό να είναι αντιμετώπισουν πιθανές κλήσεις περισσότερο αποδοτικά. Πρακτικές που εξετάζουν τη νοσηλευτική διαλογή διαβεβαιώνουν, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που κάνει μετάβαση σε νέους ρόλους, νιώθει επαρκώς έτοιμο. Απ' ότι φαίνεται ωστόσο, από τη στιγμή που η εκπαίδευση είναι αναγκαία, είναι πιθανό να μην επαρκεί προκειμένου να εξασφαλίσει η πετυχημένη υλοποίησή της. Η τηλεφωνική διαλογή είναι μια στρατηγική, η οποία χρησιμοποιείται ώστε ο φόρτος εργασίας να γίνει πιο εύκολα διαχειρίσιμος. Όπως έχει αποδειχθεί οι νοσηλευτές στη συνέχεια, προσφέρουν μια αποτελεσματική και ασφαλή υπηρεσία διαλογής με ποικίλες ρυθμίσεις συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ακόμα, διάφορα ευρήματα ερευνών υποστηρίζουν την άποψη ότι «ευρέως οι ασθενείς αποδέχονται νοσηλευτικούς ρόλους, οι οποίοι εκτείνονται στα καθήκοντα που παραδοσιακά ανήκουν στους γιατρούς» (Calitri και συν. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

4.1 Γενικά

Σύμφωνα με τη Margolis (2019), οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς στα ΤΕΠ (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών), όπου απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή λόγω των πολύ σοβαρών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν, και εκεί το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με διάφορες δυσκολίες. Σ' αυτές τις δυσκολίες συμπεριλαμβάνονται τα υψηλά επίπεδα εργασιακής βίας, η έκθεση σε τραυματισμούς και στον θάνατο και η πίεση που υφίστανται οι νοσηλευτές εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος.

4.1.1 Απαιτητικό Επάγγελμα

Το να είναι κάποιος νοσηλευτής μπορεί να είναι συναρπαστικό, είναι όμως και πολύ απρόβλεπτο επάγγελμα. Στα Επείγοντα η ηλικία, αλλά και το περιστατικό του κάθε ασθενούς διαφέρει και έτσι οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλες ιατρικές καταστάσεις. Επιπροσθέτως, λόγω του αρκετά απαιτητικού επαγγέλματος που έχουν επιλέξει, συχνά αποδυναμώνονται συναισθηματικά και εξαντλούνται. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όσοι ασκούν τη νοσηλευτική πρέπει να έχουν πίστη στις δυνατότητές τους, και αυτό γιατί καθημερινά καλούνται να πάρουν σοβαρές αποφάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα που αφορούν τη ζωή πολλών ανθρώπων. Είναι γεγονός επίσης ότι κάποιες φορές οι νοσηλευτές μεταφέρονται σε κάποιο άλλο κτίριο ή πτέρυγα για να εργαστούν και υπάρχει η προσδοκία απ' αυτούς να εργάζονται, σαν είναι χρόνια εκεί. Ταυτόχρονα όμως στην καθημερινότητά τους, αναλαμβάνουν πολλά καθήκοντα, όπως είναι η δίαιτα και φροντίδα των ασθενών, η συνεννόηση με τις κοινωνικές υπηρεσίες, η χορήγηση φαρμάκων, η τακτοποίηση του υλικού, η κατάλληλη προετοιμασία για εξετάσεις ή και για χειρουργικές επεμβάσεις κτλ. Επομένως οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της εργασίας τους,

έρχονται αντιμέτωποι με πολύωρη ορθοστασία, κάτι που τους καταπονεί σωματικά. Πέρα από τη σωματική καταπόνηση, οι νοσηλευτές βιώνουν και τη ψυχική, καθώς υπάρχουν φορές που αισθάνονται τύψεις παρά το γεγονός ότι η προσπάθειά τους για φροντίδα και ικανοποίηση των ασθενών είναι υπέρμετρη (Jones 2016).

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την υποχρέωση να παρέχει ασφάλεια στους ασθενείς και να εφαρμόζει ρητά τις ιατρικές οδηγίες. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, να απομονώνονται οι παράγοντες που λόγω αυτών μπορεί να προκληθεί κάποιο λάθος. Τα ιατρικά λάθη, τα οποία υπάρχουν σε μέγιστο βαθμό, από τα αμελητέα μέχρι τα πολύ κρίσιμα, «αποτελούν μια από τις πιο συχνές απειλές στην ασφάλεια των ασθενών». Επίσης, αποτελούν πηγή θνησιμότητας και νοσηρότητας και οι επιπτώσεις τους είναι επιβλαβείς και ανεπανόρθωτες, ειδικά για τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση υγείας. Δεν είναι μόνο ο θάνατος μια συνέπεια, αλλά και μια πιθανή παρατεταμένη παραμονή ενός ασθενούς στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να αποβεί καταστροφική για την υγεία ενός ασθενούς. Οι νοσηλευτές είναι ο πυρήνας της υγειονομικής περίθαλψης και «αποτελούν το τελευταίο άτομο στην αλυσίδα της παράδοσης των φαρμάκων». Επομένως, για οποιοδήποτε ιατρικό λάθος εκείνοι είναι οι κυρίως υπεύθυνοι. Τα νοσηλευτικά λάθη συνδέονται κυρίως με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, το κυκλικό ωράριο και με το στρες, το οποίο υπάρχει σε μεγάλο βαθμό στους νοσηλευτές και επηρεάζει την απόδοσή τους (Alinia και συν. 2018).

4.1.2 Υψηλή έκθεση σε τραυματισμούς

Παγκοσμίως, κάθε επαγγελματίας υγείας κινδυνεύει από την έκθεσή του σε παράγοντες, οι οποίοι έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν τους τραυματισμούς από βελόνα και την έκθεση σε σωματικά ή άλλα υγρά, όπως είναι το αίμα. Επίσης, αποτελούν έναν από τους πιο συχνούς επαγγελματικούς κινδύνους που συμβαίνουν στους νοσηλευτές. Έτσι, οποιαδήποτε διείσδυση βελόνας ή τραυματισμός στο δέρμα μπορεί να μεταδώσει λοιμώξεις, όπως είναι η Ηπατίτιδα Β, C και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. Παρατηρείται ωστόσο, ότι τα παραπάνω συνεχίζουν να είναι τα πιο βασικά προβλήματα στην υγεία, παρά το γεγονός ότι ο έλεγχος των λοιμώξεων έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Τέτοιες καταστάσεις παρουσιάζονται σε χώρες, όπως είναι η Αιθιοπία, όπου η υγεία δεν ρυθμίζεται σωστά (Adinew και συν. 2017). Πρακτικές που αυξάνουν τους τραυματισμούς από βελόνες είναι η δειγματοληψία αίματος, ο χειρισμός «κατά τη μεταφορά ενός σωματικού υγρού από μια σύριγγα σε ένα δοχείο δείγματος» και η μη ασφαλής χορήγηση ένεσης.

Απ' όλα τα επαγγέλματα υγείας, η νοσηλευτική είναι εξίσου σημαντική, και αυτό αναγνωρίζεται ιδιαίτερα στο Ιράν. Όμως παρατηρείται μεγαλύτερη προδιάθεση για τραυματισμούς, λόγω της έλλειψης ασφαλών συσκευών για τα αιχμηρά αντικείμενα και της υψηλής αναλογίας ασθενών-νοσηλευτών (Hoboubi και συν. 2016).

Σύμφωνα με τους Agazoo και συν. (2015), οι τραυματισμοί συμβαίνουν και στους φοιτητές νοσηλευτικής, όπως συμβαίνει και με τους επαγγελματίες νοσηλευτικής και ιατρικής. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής και παραϊατρικών σχολών είναι το ίδιο εκτεθειμένοι σε ασθένειες, όπως είναι το HIV, το HBV (Ηπατίτιδα Β) και το HCV (Ηπατίτιδα C), κάτι που παρατηρήθηκε σε μια νοσηλευτική σχολή στο Ταϊβάν. Γι' αυτό, είναι ζωτικής σημασίας να εφαρμόζονται ασφαλείς τεχνικές κατά τη διάρκεια της φροντίδας ενός ασθενούς, όχι μόνο από τους έμπειρους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τους φοιτητές νοσηλευτικής. Σύμφωνα με τους Αγναντή και Πατσοπούλου (2017), οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν αναφέρουν τα περιστατικά τραυματισμών, επειδή υποβαθμίζουν τον κίνδυνο μιας ενδεχόμενης

μόλυνσης, πιστεύουν ότι η αναφορά της είναι χρονοβόρα και από φόβο μήπως χαρακτηριστούν μη επαγγελματίες. Παγκοσμίως, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι τουλάχιστον μια φορά ετησίως ένας στους τρεις νοσηλευτές τραυματίζεται και αυτό προκαλείται από ενδοαγγειακούς καθετήρες, σύριγγες μιας χρήσης, χειρουργικά εργαλεία, βελόνες κλπ. Επίσης, η πλειοψηφία των νοσηλευτών τραυματίζεται κατά τη φλεβοκέντηση, την απόρριψη της βελόνας στα ειδικά κίτρινα κυτία, και όταν επανατοποθετείται το καπάκι στη βελόνα, αφού έχει χρησιμοποιηθεί και συχνότερο σημείο τραυματισμού είναι τα χέρια. Γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τηρούνται ασφαλείς πρακτικές κατά τις νοσηλευτικές ενέργειες, όπως είναι η χρήση γαντιών, και κατά την απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων. Επιπροσθέτως, όσον αφορά τους φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής, οι τραυματισμοί οφείλονται στην έλλειψη εμπειρίας.

Ρόλο ακόμη, παίζουν τα χρόνια προϋπηρεσίας και η ηλικία των επαγγελματιών υγείας.

Στον χώρο της υγείας και της περίθαλψης πρέπει αναμφισβήτητα να δίνεται βαρύτητα στην πρόληψη της έκθεσης, για να μειωθούν οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα. Κάτι άλλο εξίσου σημαντικό είναι η εκπαίδευση για τους κινδύνους των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων και ο εμβολιασμός για τον ιό της Ηπατίτιδας Β. Ακόμα κρίνεται αναγκαία η σχολαστική τήρηση γενικών προφυλάξεων, η χρήση κατάλληλων προστατευτικών μέσων, η μη εφαρμογή κάλυψης της βελόνας μετά τη χρήση της και η συλλογή όλων των αιχμηρών αντικειμένων, των βελόνων και των συριγγών σε κατάλληλα κυτία και αντικατάσταση αυτών, όταν η στάθμη ξεπεράσει το επιτρεπόμενο όριο.

4.1.3 Βία στον χώρο εργασίας

Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών η εργασιακή βία ολοένα και αυξάνεται, και οι νοσηλευτές πλέον «το αντιλαμβάνονται ως μέρος του επαγγέλματός τους». Η βία στον χώρο της εργασίας ορίζεται ως «οποιαδήποτε ενέργεια ή απειλή φυσικής βίας, παρενόχλησης, εκφοβισμού ή άλλης ενοχλητικής συμπεριφοράς, η οποία συμβαίνει στο περιβάλλον της εργασίας και μπορεί να προκαλέσει φυσική ή συναισθηματική βλάβη». Αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο είναι οι

επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν αναφέρουν τα περιστατικά βίας στους ανωτέρους τους, επειδή φοβούνται την ανταπόκρισή τους. Ενδεικτικά, οι περισσότερες επιθέσεις βίας πραγματοποιούνται από ασθενείς, και επόμενο είναι αυτή η συμπεριφορά να επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας και να κλονίζει το ηθικό του προσωπικού. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα περιστατικά προξενούν φόβο, στρες, θυμό, δυσαρέσκεια, ευερεθιστότητα και άλλα μακροπρόθεσμα προβλήματα, όπως είναι η αναπηρία και ο χρόνιος πόνος. Η εργασιακή βία αποτελεί κίνδυνο για το νοσηλευτικό προσωπικό, ο οποίος όμως μπορεί να μειωθεί με τις κατάλληλες προφυλάξεις και με τη δημιουργία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος. «Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αποτελούν μια περιοχή αυξημένου κινδύνου για εργασιακή βία» και οι παράγοντες που συμβάλλουν σ' αυτό, είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση προσωπικού ασφαλείας, το ιδιαίτερα στρεσογόνο περιβάλλον και η εικοσιτετράωρη προσβασιμότητα. Εκείνοι που προκαλούν αυτή τη βίαιη συμπεριφορά είναι οι ασθενείς, τα οικογενειακά μέλη και οι επισκέπτες, και οι λόγοι αυτής της πράξης είναι: η παρατεταμένη αναμονή, ο πόνος, έλλειψη ιδιωτικότητας και το στρες. Γενικότερα, στα ΤΕΠ μπορεί να δημιουργηθεί ένα πολύ ασταθές περιβάλλον, όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια, άγχος, φόβος και κατάχρηση ουσιών (Dohlman και συν. 2015).

Η εργασιακή βία αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα και τη φροντίδα των νοσηλευτών προς τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζουν συχνά φυσική και λεκτική βία σε μεγάλο βαθμό, κάτι που επηρεάζει αρνητικά τη διάθεσή τους, μειώνει την ικανοποίηση από το επάγγελμά τους, τους εξαντλεί συναισθηματικά, έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία τους και τους ωθεί να μειώσουν χρονικά τη διάρκεια της φροντίδας τους απέναντι στους συγκεκριμένους βίαιους ασθενείς. Συγκεκριμένα, όλα τα δυστυχήματα στον χώρο εργασίας οφείλονται στη βίαιη συμπεριφορά, και ιδιαίτερα ευάλωτο είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω της οξύτητας των ασθενειών και του όγκου των ασθενών. Γενικότερα, τα ποσοστά βίας δεν είναι εύκολο να αναφερθούν και να

καταγραφούν, επειδή δεν υπάρχει κάποιος καθιερωμένος τρόπος μέτρησης και λόγω του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει το θύμα που υπέστη βία (Aggarwal και συν. 2019).

Σύμφωνα με τους Baydin & Erenler (2014), στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών η εργασιακή βία είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο, το οποίο έχει παρόμοια χαρακτηριστικά χωρών με διαφορετική οικονομική και κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση. Ακόμα, παρατηρείται ότι όσο συνεχίζονται οι διάφορες μορφές βίας, ολοένα και το πρόβλημα αυξάνεται και επιδρά αρνητικά στη ψυχολογία. Βραχυπρόθεσμα, κάποια βήματα που μπορούν να γίνουν, είναι να μειωθεί σημαντικά η παραμονή στα ΤΕΠ, να αυξηθεί το προσωπικό ασφαλείας και να αναφέρονται τα ονόματα των ασθενών με επιθετική συμπεριφορά. Μακροπρόθεσμα, χρήσιμο θα ήταν να δημιουργηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που θα έχουν ως στόχο την εξάλειψη της βίας στο εργασιακό περιβάλλον. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι, ότι στον χώρο των επειγόντων παρουσιάζονται βίαια περιστατικά, επιθέσεις με όπλα, αλλά και σεξουαλικές παρενοχλήσεις ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Υποστηρίζεται ότι κατά τα φαινόμενα αυτά, όπως είναι η λεκτική βία, οι εργαζόμενοι δεν υποστηρίζονται κοινωνικά και αυτό τους επιβαρύνει ψυχολογικά και τους δημιουργεί ανασφάλεια. Γι' αυτό και είναι χρήσιμο να βελτιστοποιηθεί το σύστημα διαλογής και να ενθαρρυνθεί η αναφορά βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών.

Η βία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στα ΤΕΠ

Σύμφωνα με τις Ζοφίνσκα & Θεοδωρίδου (2018), η βίαιη συμπεριφορά ανάμεσα στο προσωπικό του ΤΕΠ αποτελεί προέκταση της βίας που παρατηρείται στο προσωπικό του νοσοκομείου. Ο λόγος, ο οποίος αυξάνει ιδιαίτερα τις εντάσεις και τις συγκρούσεις είναι το έντονο εργασιακό άγχος.

Οι συγκεκριμένες αντιπαραθέσεις είναι οι ακόλουθες:

✚ Οι αντιπαράθεσεις μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης του νοσοκομείου, όπως είναι για παράδειγμα οι συγκρούσεις μεταξύ του προϊσταμένου του ΤΕΠ και ενός νοσηλευτή του ΤΕΠ

✚ Οι συγκρούσεις μεταξύ των υπαλλήλων με ίδιο ή παρόμοιο βαθμό εξουσίας, όπως είναι οι αντιπαράθεση μεταξύ δύο νοσηλευτών του ΤΕΠ

Άλλες συγκρούσεις είναι οι συγκρούσεις μεταξύ ομάδων, οι διαπροσωπικές και οι ενδοπροσωπικές.

Λόγοι συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού υγείας

Οι λόγοι που προκαλούν διενέξεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι ποικίλλουν, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία, στην ασφάλεια των ασθενών και των εργαζομένων και στην αποδοτικότητα.

Οι βασικότεροι απ' αυτούς είναι:

- Η ασάφεια σχετικά με τα καθήκοντα
- Η ανταγωνιστική διάθεση μεταξύ των συναδέλφων, που έχει ως επακόλουθο την επιθετικότητα, τις βιαιοπραγίες και τις διενέξεις
- Οι σεξουαλικές παρενοχλήσεις μεταξύ των συναδέλφων
- Η αβεβαιότητα λόγω μιας πιθανής αλλαγής
- Και η προκλητική συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας προς άλλους επαγγελματίες, που έχει ως συνέπεια το αρνητικό κλίμα.

4.2 Χρόνος Αναμονής κατά τη διαλογή και Ικανοποίηση των Ασθενών

Στα περισσότερα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών η διαλογή πραγματοποιείται κατά τον ερχομό ενός ασθενούς, όπου εκεί μετρώνται τα ζωτικά σημεία και λαμβάνεται σύντομο ιατρικό ιστορικό. Σε περίπτωση που εισέλθουν πολλοί ασθενείς ταυτόχρονα, «υπάρχει καθυστέρηση στην εγγραφή των ασθενών και της καταγραφής του χρόνου λόγω της ουράς». Έτσι, πολύ πιθανό

είναι να μη δοθούν ακριβή στοιχεία και να υπάρξουν ψευδή δεδομένα για τη διάρκεια που περιμένουν οι ασθενείς. Γενικότερα, δεν υπάρχει σαφής γνώση για το πόση ώρα περιμένουν οι ασθενείς στα ΤΕΠ και ο αυξημένος αριθμός τους, αυξάνει τον χρόνο αναμονής (Fischer και συν. 2015). Σύμφωνα με τους Aghdash και συν. (2017), στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ο χρόνος αναμονής αποτελεί ένδειξη της ποιότητας του νοσοκομείου και επιδρά θετικά ή αρνητικά στην ικανοποίηση του ασθενούς. Ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής στερεί από άλλους ασθενείς την απαραίτητα φροντίδα, και αυτό έχει ως συνέπεια τη δυσαρέσκειά τους και τον αυξημένο κίνδυνο των παρενεργειών των ασθενειών. Είναι γεγονός ότι, οι παρατεταμένοι χρόνοι αναμονής αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα για τα νοσοκομεία, και μέσα απ' αυτό αντικατοπτρίζεται η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας. Επιπλέον, ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής δημιουργεί αρνητικές αντιδράσεις προς τους επαγγελματίες υγείας και το νοσοκομείο και η εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας κλονίζεται. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, να παρέχεται φροντίδα στους ασθενείς την σωστή στιγμή και να σχεδιάζονται έγκαιρα κατάλληλες παρεμβάσεις. Οι Μανωλίτζας και Στυλιανού (2018) υποδεικνύουν ότι, δεδομένης της οικονομικής κρίσης και του ολοένα και γηραιότερου πληθυσμού, τα συστήματα υγείας δέχονται μεγάλες πιέσεις. Επιπροσθέτως, άλλος ένας λόγος που συμβάλλει σ' αυτό είναι ο συνωστισμός, ο οποίος έχει ως απόρροια τον έντονο πόνο, την αγανάκτηση των ασθενών, τον παρατεταμένο χρόνο αναμονής και την ταλαιπωρία. Δυστυχώς, στην Ελλάδα προς το παρόν δεν έχει αναπτυχθεί κάποια πολιτική για την αξιολόγηση των χρόνων αναμονής και του συνωστισμού. Ακόμη, δεν υπάρχουν τα ειδικά μέσα για να καταγραφεί η κατάσταση των ασθενών και οι υπηρεσίες που προσφέρονται, όπως είναι ο φόρτος εργασίας, ο χρόνος αναμονής, η συνολική παραμονή, η χρήση κλινών κλπ. Παρατηρείται ότι σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου εισέρχεται μικρός αριθμός ασθενών στα ΤΕΠ, η φροντίδα τους αλλά και η θεραπεία τους πραγματοποιείται άμεσα χωρίς καθυστερήσεις. Όσον αφορά τον χρόνο αναμονής, δεν υπάρχει κάποιο χρονικό όριο, αυτό όμως που λαμβάνεται υπόψη είναι ο πληθυσμός των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Reese (2019), στην Καλιφόρνια οι ασθενείς τείνουν να εγκαταλείπουν το νοσοκομείο, πριν ακόμα ολοκληρωθεί η φροντίδα, και η κυριότερη αιτία είναι τα συνωστισμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Διεθνώς, η Καλιφόρνια έχει τους μεγαλύτερους χρόνους αναμονής στα νοσοκομεία, και έτσι κάποιοι ασθενείς εγκαταλείπουν τα Επείγοντα, ενώ δεν έχουν εξεταστεί από κάποιον ιατρό. Ωστόσο, οι ασθενείς που εγκαταλείπουν σύντομα τα ΤΕΠ, «θέτουν σκόπιμα τους εαυτούς τους σε υψηλότερο κίνδυνο για νοσηρότητα και θνησιμότητα». Και πέρα απ' αυτό, αυτοί που έχουν την τάση να φύγουν από το νοσοκομείο, παρά την ιατρική συμβουλή, είναι κυρίως άντρες ηλικίας 20-39. Πιο πιθανό είναι να διαμαρτυρηθούν εκείνοι για συμπτώματα, όπως είναι ο βήχας ή ο πόνος στο στήθος. Πάντως, σε περίπτωση που ένας ασθενής επιθυμεί να φύγει από τα Επείγοντα και τον προλάβει το ιατρικό προσωπικό, οφείλει να τον αξιολογήσει και να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχουν ψυχολογικά προβλήματα.

Ο Ehrler και συν. (2019) υποστηρίζουν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών που επηρεάζεται από πολλούς και διάφορους παράγοντες, έχει ιδιαίτερη σημασία. Συγκεκριμένα, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών προσφέρουν υπηρεσίες, όπου η αξιολόγηση αυτών συσχετίζεται στενά με την εμπειρία του «πελάτη» και η ικανοποίησή του χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Έτσι, οποιοσδήποτε ανικανοποίητος ασθενής λόγω της παρατεταμένης αναμονής του στα ΤΕΠ, είναι πιο πιθανό να εκφράσει αρνητικά λόγια και παράπονα. Η αξιολόγηση φροντίδας των ασθενών και ο χρόνος αναμονής πριν από τη φροντίδα σχετίζονται με την ικανοποίηση που προσφέρεται από τις υπηρεσίες. Βέβαια, ο χρόνος αναμονής είναι μια έννοια υποκειμενική, που ο καθένας την αντιλαμβάνεται διαφορετικά. Σ' αυτό πρέπει να προστεθεί, ότι «ο πραγματικός χρόνος αναμονής είναι ένας ισχυρός παράγοντας για την ικανοποίηση, του οποίου η αντίληψη είναι ένας παράγοντας- κλειδί». Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση είναι συνυφασμένη με τον αντιλαμβανόμενο χρόνο αναμονής και τη σύνδεσή του με τον πραγματικό χρόνο αναμονής. Πιο ειδικά στον χώρο των Επειγόντων, ο χρόνος αναμονής είναι κάτι το εξαιρετικά χρονοβόρο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι «όσο περισσότερο περιμένει ένας ασθενής πριν από τη φροντίδα, τόσο υψηλότερος

είναι ο κίνδυνος να φύγει χωρίς να αξιολογηθεί». Συμπερασματικά, ένας τρόπος για να λυθεί το συγκεκριμένο πρόβλημα είναι να εστιάσει η διαλογή περισσότερο σε ουσιώδεις πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή.

4.3 Σύνδρομο Burnout

Οι Bompard και συν. (2019) ισχυρίζονται ότι, οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων και του υπερβολικού φόρτου εργασίας. Επιπροσθέτως, η ψυχική ταλαιπωρία που προκαλείται από τις εργασιακές συνθήκες, παρατηρείται έντονα στον πληθυσμό των εργαζομένων, μετά τις μυοσκελετικές διαταραχές. Πράγματι, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών παρουσιάζεται μια ολοένα και αυξανόμενη απαίτηση και πολυπλοκότητα της φροντίδας, και ο αριθμός των περιστατικών που αφορά ηλικιωμένα άτομα πολλαπλασιάζεται συνεχώς.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), «το Burnout είναι ένα σύνδρομο που θεωρείται ότι προκύπτει στο εργασιακό περιβάλλον λόγω του χρόνιου στρες, το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς» και χαρακτηρίζεται από τα εξής:

1. Αίσθημα εξάντλησης της ενέργειας
2. Αυξημένη ψυχική απόσταση από το εργασιακό περιβάλλον και αίσθημα κυνισμού ή αρνητισμού προς αυτό, και επίσης
3. Μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα

Το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout), αναφέρεται αποκλειστικά σε επίπεδο επαγγέλματος, και δεν πρέπει να συγχέεται με άλλους τομείς της ζωής. Επίσης, συμπεριλαμβάνεται στο ICD-10 και στο ICD-11, σύμφωνα με τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD).

Επιπλέον, αυτό το σύνδρομο είναι συνυφασμένο με τη συναισθηματική πίεση, τη μακρόχρονη διαπροσωπική εμπλοκή και την προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία υγείας. Συμπτώματα που

εμφανίζονται, είναι η αρνητική συμπεριφορά και στάση ως προς την επαγγελματική τους επιτυχία, αλλά και προς τους συναδέλφους. Γενικά, το Burnout είναι ένα σύνδρομο που δεν παρατηρείται μόνο στον κλάδο της υγείας, αλλά και σε πολλά άλλα επαγγέλματα. Ωστόσο, η παρουσία του είναι περισσότερο ορατή στους νοσηλευτές. Συχνά, το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει στρεσογόνες εργασιακές καταστάσεις, αφού καθημερινά εργάζεται στενά με τους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα και ο καθένας έχει διαφορετικές απαιτήσεις (Abreu και συν. 2014).

Σύμφωνα με τους Gadelha και συν. (2019), στο περιβάλλον της εργασίας ο ανταγωνισμός είναι μια από τις κύριες αιτίες του άγχους, και προβλήματα όπως αυτό, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα. Επίσης, η κόπωση και η μείωση της ποιότητας της φροντίδας, είναι κάποιες από τις συνέπειες. Το Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης πρόκειται για ένα τεράστιο ψυχολογικό πρόβλημα, το οποίο προκαλεί ανησυχία λόγω της σοβαρότητας των επιπτώσεών του σε πολλά επίπεδα. Πέρα απ' αυτό, είναι ένα σύνδρομο στο οποίο υπάρχει διαρκής έκθεση σε αντίξοες συνθήκες, και η ικανοποίηση είναι ελάχιστη. Υπάρχουν ορισμένοι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα του Burnout, ενώ κάποιοι άλλοι δεν τα καταφέρνουν να διαχειρίζονται το έντονο εργασιακό στρες, και καταπονούνται συναισθηματικά και σωματικά. Επίσης, υπάρχει η προσδοκία να περιπολούνται έναν ασθενή υπομονετικά και με συμπόνια, με υπερβολικά ωράρια εργασίας και με έλλειψη πόρων σε ένα άκρως στρεσογόνο περιβάλλον. Επομένως, η πρόληψη του Συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ειδικά στους νοσηλευτές, είναι κάτι πολύ σημαντικό για την προώθηση της υγείας συνολικά. Είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο, το οποίο κάποιες φορές οδηγεί σε αυτοκτονικές τάσεις, κατάθλιψη, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και δυσλειτουργία κατά την εργασία (Fonkou και συν. 2018).

Επιπροσθέτως, τα αυξημένα φαινόμενα βίας προς τους νοσηλευτές στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, είναι παράγοντες που προκαλούν το Burnout. Συγκεκριμένα, η έκθεση σε επιθετικές συμπεριφορές, είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση (Hamdan & Hamra 2017).

Σύμφωνα με τους Campos και συν. (2017), «ένας επαγγελματίας με Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιάσει σωματική αδυναμία, αϋπνία, εχθρική συμπεριφορά και ευερεθιστότητα». Σχετικά μ' αυτό, η νοσοκομειακή μονάδα και η ειδικότητα, την οποία έχει επιλέξει ένας νοσηλευτής να εργάζεται, συμβάλλουν σημαντικά στην πρόκληση του burnout. Καθημερινά, οι νοσηλευτές στον χώρο των Επειγόντων αντιμετωπίζουν απροσδόκητα-και υψηλού κινδύνου-περιστατικά ασθενών. Συνεπώς, αυτή η άμεση επαφή σε τέτοια περιστατικά, έχει ως συνέπεια το τραυματικό στρες ειδικά στους νοσηλευτές.

4.3.1 Αντιμετώπιση Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout)

Σύμφωνα με την Πολύζου (2019), για να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) «η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψη». Ένας επαγγελματίας υγείας που μπορεί να αναγνωρίσει άμεσα την υπερκόπωση και τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του, αλλά και την αποδοτικότητά του. Η έγκαιρη παρέμβαση και η πρόληψη της πίεσης και της εξουθένωσης, σχετίζονται με τη σωστή διαχείριση του προσωπικού και με τη δημιουργία ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος. Επίσης, η ομαδική υποστήριξη και η θετική ψυχολογία συμβάλλουν στην ικανοποίηση ενός εργαζομένου.

Στην περίπτωση που κάποιος βιώνει burnout, είναι καλό γι' αυτόν να δίνεται έμφαση στην κοινωνικοποίησή του και στην επικοινωνία του με άλλα άτομα. Με αυτόν τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας που πάσχει από Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, θα χαλαρώσει

και έτσι θα απελευθερωθεί από το στρες. Πέρα απ' αυτά, η δημιουργία μιας νέας φιλίας και η διεύρυνση του κοινωνικού κύκλου, είναι επίσης κάτι πολύ βοηθητικό (Robinson και συν. 2019).

Σύμφωνα με τη Werber (2019), ανάλογα με τη σοβαρότητα του Burnout εφαρμόζονται τεχνικές αυτοφροντίδας, με σκοπό τη θεραπεία. Τέτοιες μέθοδοι είναι ο διαλογισμός για λίγα λεπτά, η άσκηση και ψυχολογικές μέθοδοι, όπως είναι η ενσυνειδητότητα. Η τελευταία είναι μια τεχνική μέσω της οποίας απομακρύνεται η σύγχυση και μ' αυτόν τον τρόπο, αυξάνεται η ηρεμία του μυαλού. Ωστόσο, σε περίπτωση που το πρόβλημα του burnout εξακολουθεί να υπάρχει, μια λύση είναι η αναζήτηση για βοήθεια από έναν ειδικό.

Συμπερασματικά, το Burnout είναι ένα σύνδρομο το οποίο δημιουργεί στους επαγγελματίες υγείας, και ειδικά στους νοσηλευτές, συναισθήματα κενού, υπερκόπωσης και ανικανότητας να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής. Τα σημάδια του είναι ορατά τόσο στο σώμα, όσο και στην ψυχή κάποιου, και αν δε γίνει κάτι έγκαιρα, οι δυσκολίες θα υπάρχουν και στην καθημερινότητά του. Συνεπώς, υγιεινές συνήθειες, όπως αρκετός ύπνος, γυμναστική και καλή διατροφή, είναι πολύ πιθανό να μειώσουν τις επιπτώσεις αυτού του τόσο στρεσογόνου επαγγέλματος (Scott 2019).

4.4 Ελλείψεις σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Τις τελευταίες δεκαετίες η έλλειψη φαρμάκων έχει γίνει ένα σύνθετο πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει όλες τις χώρες παγκοσμίως. Σε χώρες, όπως είναι η Ευρώπη και η Βόρεια Αμερική, αυτό το φαινόμενο παρατηρείται σε καθημερινή και εβδομαδιαία βάση. Δυστυχώς, τα φάρμακα που λείπουν είναι πολύ βασικά, και αυτό επηρεάζει αρνητικά τα μέρη αυτά. Το φαινόμενο έλλειψης φαρμάκων έχει όχι και τόσο θετικό αντίκτυπο, και αυτό είναι εμφανές ακόμα και στο σύστημα υγείας, και πιο συγκεκριμένα στους εργαζόμενους και στους ασθενείς. Έτσι, αποτέλεσμα αυτού είναι η ακύρωση πολλών χειρουργείων, η ανεπαρκής φροντίδα των ασθενών και η καθυστέρηση της θεραπείας. Επίσης, εξαιτίας των ελλείψεων είναι πιθανό να γίνουν λάθη

κατά τη φαρμακευτική αγωγή, να παρουσιαστούν ανεπιθύμητες ενέργειες, να χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάρρωσης και το κόστος της φροντίδας να αυξηθεί κατά πολύ. Εκτός απ' αυτά, «η μη διαθεσιμότητα των φαρμάκων έχει κακή έκβαση της υγείας των ασθενών», κι αυτό επειδή κάποια εναλλακτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται δεν είναι το ίδιο αποδοτικά. Επιπλέον, δυσχεραίνεται και η σχέση ιατρών-ασθενών (Cai και συν. 2018).

Σύμφωνα με τον Belvis και συν. (2016), τα ΤΕΠ παγκοσμίως έρχονται αντιμέτωπα με προκλήσεις, όπως είναι ο χρόνος παραμονής των ασθενών, η μείωση του κόστους και ο συνωστισμός. Αυτά τα προβλήματα οδηγούν στην ενόχληση των ασθενών, στη διακοπή και στην ανεπάρκεια της φροντίδας.

4.5 Το φαινόμενο του εκφοβισμού (Bullying) στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Παγκοσμίως, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) παρατηρείται έντονα το φαινόμενο του εκφοβισμού, στο οποίο εκτίθενται οι νοσηλευτές καθημερινά. Το bullying έχει αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα, την ψυχική υγεία, και παράλληλα αυξάνει τις πιθανότητες να εγκαταλείψει κάποιος το επάγγελμα αυτό. Επίσης, είναι ένα πρόβλημα που χρήζει προσοχής διεθνώς, αφού είναι μια από τις πιο διαδεδομένες μορφές βίας σε ένα νοσοκομείο. Το bullying αφορά συμπεριφορές, οι οποίες επανειλημμένα στοχεύουν σε πολλούς επαγγελματίες υγείας και επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, τέτοιες συμπεριφορές σχετίζονται με λεκτικές προσβολές, μη λεκτικά υπονοούμενα, κομπασμό, προδοσία, δολιοφθορά κλπ. Απόρροια των παραπάνω, είναι τα προβλήματα ύπνου, το στρες, η κατάθλιψη, το άγχος και η ευερεθιστότητα. Επιπροσθέτως, τα φαινόμενα εκφοβισμού αυξάνουν τις αναρρωτικές άδειες και την κατά συνήθεια απουσία (Al-Ghabeesh & Qattom 2019).

Σύμφωνα με τον Dalton (2016), σε ένα εργασιακό περιβάλλον ο εκφοβισμός συνδέεται στενά με την έννοια της προσβολής, της αγένειας και της συμπεριφοράς που προκαλεί αναστάτωση.

Ακόμα, ένα άτομο με τέτοια αντίδραση έχει πρόθεση να βλάψει ή και να ελέγξει κάποιον άλλο. Στους εργασιακούς χώρους, το bullying μπορεί να συμβεί μεταξύ δύο εργαζομένων παρόμοιας βαθμίδας, αλλά και μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικής θέσης. Επιπλέον, το bullying εμφανίζεται πιο συχνά στο νοσηλευτικό προσωπικό, σε αντίθεση με άλλα φαινόμενα, όπως είναι η σεξουαλική παρενόχληση, ο ρατσισμός κλπ. Γενικότερα, άσχημες ή και αρνητικές συμπεριφορές είναι πιο πιθανό να προκύψουν σε ένα στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον μικρών διαστάσεων. Συνεπώς, οι επιπτώσεις του είναι ορατές στα θύματα, στους ασθενείς, αλλά και στους εργαζόμενους

Το bullying επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση της υγείας των ασθενών, αλλά και την ασφάλειά τους. Επίσης, συνέπειές του είναι η έλλειψη συγκέντρωσης και κινήτρου των εργαζομένων, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο για πιθανά λάθη κατά την εργασία.

Σύμφωνα με τους Fenre και συν. (2015), η απομόνωση, οι απειλές-σχετικές με την επαγγελματική κατάσταση-και η υπερβολική δουλειά είναι μορφές του εργασιακού bullying, το οποίο «υπονομεύει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του αποδέκτη». Ειδικότερα, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών είναι ασταθή εργασιακά περιβάλλοντα με υψηλή πίεση χρόνου και πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όποτε τέτοιες συμπεριφορές, όπως είναι το bullying, είναι λογικό να ευδοκιμούν. Πέρα απ' αυτό, το ΤΕΠ είναι ένας χώρος στον οποίο οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο ευάλωτοι, και βασίζονται ο ένας στον άλλον.

4.5.1 Επιπτώσεις εκφοβισμού (Bullying)

Οι Ίντας & Πανταζής (2016) υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός σε ατομικό επίπεδο αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ και τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που καπνίζουν. Παράλληλα, στους νοσηλευτές παρατηρείται έντονα η επαγγελματική εξουθένωση και η μειωμένη

ικανοποίηση από το επάγγελμά τους, λόγω του πιεστικού περιβάλλοντος από το οποίο περιβάλλονται. Επίσης, όταν η κατάσταση γίνει ακραία, είναι πιθανό να υπάρξουν ακόμα και αυτοκτονικές σκέψεις ή να γίνει χρήση ουσιών. Σε επαγγελματικό επίπεδο οι εργαζόμενοι είναι λιγότερο αποδοτικοί, συνταξιοδοτούνται πρόωρα και το ηθικό τους μειώνεται κατακόρυφα.

4.5.2 Τρόποι αντιμετώπισης του εκφοβισμού (Bullying) στους νοσηλευτές

Σύμφωνα με τον Μπακάλη (2015), το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών κάποια στιγμή στην επαγγελματική του ζωή δέχεται bullying, το οποίο αντιμετωπίζεται ως μέρος της καθημερινότητάς τους. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει φόβο, δεν κινητοποιείται, και μέσω αυτής της αδράνειας, το φαινόμενο αυτό εξακολουθεί να υπάρχει. Γι' αυτό, είναι αναγκαίο να γίνουν κάποιες απαραίτητες ενέργειες για να μειωθεί ο εκφοβισμός. Συγκεκριμένα, μια τεχνική είναι η καθοδήγηση, η οποία δρα αποτελεσματικά. Η καθοδήγηση είναι πολύ σημαντική, αφού «προωθεί το ρόλο της κοινωνικοποίησης και δημιουργεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον» ανάμεσα σε έναν αρχάριο και έναν έμπειρο επαγγελματία υγείας. Επίσης, μ' αυτόν τον τρόπο η περίθαλψη των ασθενών ενισχύεται και το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό γίνεται περισσότερο αποδοτικό.

Σύμφωνα με τον Scopelliti (2018), η παρενόχληση και ο εκφοβισμός σε οποιοδήποτε εργασιακό περιβάλλον είναι μη αποδεκτά φαινόμενα, τα οποία πρέπει πάντα να αναφέρονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Απαραίτητη είναι η ενθάρρυνση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, όπου θα γίνεται συζήτηση για σημαντικά θέματα που απασχολούν το προσωπικό και θα παρέχεται βοήθεια όταν είναι αναγκαία. Επίσης, είναι χρήσιμο να εγκατασταθούν υπηρεσίες συμβουλευτικής, στις οποίες ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα έχει πρόσβαση. Ακόμα, είναι καλό να εφαρμοστούν πολιτικές, οι οποίες θα είναι απόλυτα αυστηρές σχετικά με τον εκφοβισμό και την παρενόχληση στον εργασιακό χώρο. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι, ότι πρέπει να

υπάρχει υπενθύμιση των εργαζομένων για τις συνέπειες των μη αποδεκτών συμπεριφορών, και αυτό να ενισχύεται ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των συνεδριάσεων του προσωπικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί έναν χώρο του νοσοκομείου, στον οποίο καθημερινά προκύπτουν ποικίλα περιστατικά, τα οποία ανάλογα με τη βαρύτητά τους απαιτούν άμεση ή όχι παρέμβαση. Ακόμη, το ΤΕΠ λειτουργεί συνδεδετικά μεταξύ των ασθενών και του νοσοκομείου, και φέρει σημαντική αποστολή που είναι η άριστη ποιότητα περίθαλψης. Παγκοσμίως, στα ΤΕΠ εντοπίζονται διεθνή πρότυπα συστημάτων επείγουσας φροντίδας που επεκτείνονται σε πολλές χώρες στην Ευρώπη και ευρύτερα. Πέρα απ' αυτά, σ' αυτόν τον χώρο η διαλογή είναι βαρύνουσα σημασίας, μέσω της οποίας οι ασθενείς αξιολογούνται και κατατάσσονται από το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασής τους, κάτι που πρέπει να πραγματοποιείται με υπευθυνότητα και αμέριστη προσοχή. Κατά τη διαλογή εφαρμόζονται συστήματα, για τα οποία αναγκαίες είναι οι γνώσεις και η επαρκής εκπαίδευση, ώστε να αποφευχθούν τυχόν λάθη που θα επηρεάσουν την έκβαση της υγείας των ασθενών. Σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης, πρέπει να χρησιμοποιούνται αξιόπιστα εργαλεία, τα οποία φαίνεται ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα ενός ασθενούς. Τα ελληνικά δεδομένα δείχνουν ότι η ανάπτυξη των ΤΕΠ πρόκειται για μια καινοτομία, όπου το επίπεδο είναι ικανοποιητικό, παρά το γεγονός ότι παρατηρούνται κάποιες αδυναμίες.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι ζωτικής σημασίας, αφού αυτός είναι υπεύθυνος για την υποδοχή και την παροχή ολιστικής φροντίδας σε έναν ασθενή. Επιπλέον, όταν υπάρχει αίσθημα πόνου ο νοσηλευτής είναι εκείνος που βρίσκεται πάντα σε κινητοποίηση, αξιολογώντας τον ασθενή με ακρίβεια και δημιουργώντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, όπου θα υπάρχει συμπόνια, κατανόηση και έμπρακτο ενδιαφέρον. Εξίσου χρήσιμο είναι για έναν νοσηλευτή να διευκολύνει τη ροή των ασθενών στο νοσοκομείο, ώστε να αποτρέπεται η συμφόρηση και να υπάρχει άμεση εξυπηρέτηση. Σε έναν χώρο με τόσες προκλήσεις, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας νοσηλευτής-ηγέτης που μέσω των

χαρακτηριστικών του αποτελεί πρότυπο, δίνει κίνητρο και εμπνέει νεότερους νοσηλευτές να υιοθετήσουν χαρακτηριστικά, όπως είναι η αφοσίωση, η ακεραιότητα και η ενεργή παρουσία. Επιπροσθέτως, ένας νοσηλευτής έχει πολλά καθήκοντα και αρμοδιότητες στον χώρο των Επειγόντων και είναι καλό γι' αυτόν να έχει επικοινωνιακές, κλινικές δεξιότητες και να εκπαιδεύει σωστά ασθενείς και συνοδούς. Είναι γεγονός ότι, οι νοσηλευτές ξοδεύουν πολλή ώρα με τους ασθενείς καθημερινά, κι αυτό βοηθάει στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης και στη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος μεταξύ τους.

Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι φορές που σ' ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες συνθήκες όπως είναι: τα βίαια περιστατικά, οι συγκρούσεις, οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος και η έκθεση σε τραυματισμούς. Φαινόμενα, όπως οι τραυματισμοί, οι βίαιες επιθέσεις και οι συγκρούσεις έχουν μεγάλη συχνότητα και είναι ανάγκη να αναφέρονται από την πρώτη στιγμή που εκδηλώνονται και να μην αποκρύπτονται, διότι διαιωνίζονται. Ακόμη, το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout), ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής, οι ελλείψεις και το φαινόμενο του εκφοβισμού (Bullying) έχουν αυξημένες αρνητικές επιπτώσεις, όπως είναι η μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα, τα λάθη και η κόπωση. Γι' αυτό, είναι αδήριτη ανάγκη να υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον, θετική ψυχολογία, έγκαιρη παρέμβαση, και το πιο σημαντικό όλων, πρόληψη. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει μια ισορροπία και θα εξασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία ενός ΤΕΠ.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για μια βελτιωμένη επείγουσα φροντίδα είναι χρήσιμο να υπάρχει εφημερία των ΤΕΠ 24 ώρες το 24ωρο, αλλά και να πραγματοποιείται σ' αυτόν τον χώρο η διαλογή των ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο, πιθανά προβλήματα που προκύπτουν θα αντιμετωπίζονται άμεσα και την ίδια στιγμή θα γίνεται εισαγωγή ή παρακολούθηση ενός ασθενούς, δεν θα υπάρχει συνωστισμός και η αξιολόγηση θα είναι ταχεία. Ακόμη, απαραίτητο για κάθε νοσοκομείο είναι να διαθέτει το δικό του ΤΕΠ, ώστε να υπάρχει έγκαιρη συνεννόηση.

Απαραίτητο είναι η στελέχωση των ΤΕΠ να γίνεται από ικανά άτομα, και οι ιατροί που έχουν κάποια εξειδίκευση να καλούνται σε έκτακτες περιπτώσεις, κατά τις οποίες είναι δύσκολο να υπάρξει διάγνωση ή αντιμετώπιση ενός κρίσιμου περιστατικού. Μ' αυτήν την ενέργεια ο όγκος των ασθενών θα μειωθεί σημαντικά, και αν διαμοιράζονται σε εφημερεύοντα νοσοκομεία, θα βρίσκονται πιο κοντά στην κατοικία τους.

Επιπροσθέτως, ασθενείς με ιστορικό έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούνται χωρίς περιορισμό και από άλλα νοσοκομεία που εφημερεύουν.

Τέλος, μέσω της μετακίνησης κλινικών με σκοπό την ισοκατανομή των ειδικοτήτων αντιμετωπίζεται μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών, η εξυπηρέτηση των ασθενών είναι πιο αποτελεσματική και οι δαπάνες λιγότερες. Επιπλέον, αυτό συμβάλλει στην εξοικονόμηση των πόρων, στην ανεξαρτητοποίηση των ΤΕΠ, στην προφανώς αυξημένη αποδοτικότητα και στη βελτιωμένη ποιότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abrantes ARD., Baptista RCN., Coutinho VRD., Fernandes MID., Gomes CIA., Martins JCA., Martins DJO., Oliveira LMN., Pinto CSS., Sousa ACV. (2018). Communication and leadership in emergency situations: Systematic literature review and recommendations for practice. *Clinical Nursing Studies*, 6(2).

Abreu LC., Carvalho TD., Ferreira C., Ferreira M., Filho CF., Filho JA., Francisco NG., Gregory P., Leao ER., Ribeiro VF., Valenti VE., Xavier V. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7(22).

Adinew YM., Belachew YB., Germossa GN., Lema TB. (2017). Blood/Body Fluid Exposure and Needle Stick/Sharp injury among nurses working in public hospitals:Southwest Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 5(299).

Aggarwal P., Jamshed N., Kashyap SR., Sachdeva S. (2019). Perception of Workplace Violence in the Emergency Department. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 12(3), 179-184.

Aghdash SA., Amnab HH., Asiabar AS., Hashemi SMEF., Mirabedini SA., Rezapour A. (2017). Patient waiting time in hospital emergency departments of Iran: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 31:79.

Agrawal D., Preethy S., Reghunathan N., Robin M., Xavier T. (2016). Impact of an Emergency Nurse Coordinator on work flow optimization in an Emergency Department in Delhi, India. *Nursing Informatics*.

Al-Ghabeesh SH., Qattom H. (2019). Workplace bullying and its preventive measures and productivity among emergency department nurses. *BMC Health Services Research*, 19(445).

- Aljazairi AFH. (2019). Triage, Emergency Medicine and Trauma. <http://intechopen.com/books/emergency-medicine-and-trauma/triage>. Τελευταία Προσπέλαση Δεκέμβριος 12, 2019.
- Alinia T., Jafarabadi MA., Nazari J., Zaree TY. (2018). Impact of psychosocial factors on occurrence of medication errors among Tehran Public Hospitals nurses by evaluating the balance between effort and reward. *Safety and Health at Work*, 9(4), 447-453.
- Alves CF., Freitas P., Moll HA., Rood PPM., Roukema GR., Seiger N., Smit FJ., Zachariasse JM. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLoS One*, 12(2).
- Arazoo A., Bhatt A., Butola H., Painuly D., Prasuna J., Sharma R., Yadav A. (2015). Occurrence and Knowledge about needle stick injury in nursing students. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad-Pakistan*, 27(2).
- Batista REA., Emi AS., Leao ER., Lopes MCBT., Okuno MFP., Silva JA. (2017). Emergency Severity Index: Accuracy in risk classification. *Einstein (Sao Paulo)*, 15(4), 421-427.
- Baydin A., Erenler AK. (2014). Workplace violence in Emergency Department and its effects on Emergency Staff. *International Journal of Emergency Mental Health*, 16(2), 288-290.
- Bazyar J., Farrokhi M., Khankeh H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: A review study with a worldwide approach. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482-494.
- Belvis AG., Bucci S., Franceschi F., Leva AC., Marventano S., Ricciardi W., Specchia ML., Tanzariello M. (2016). Emergency Department crowding and hospital bed shortage: Is Lean a smart answer? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 20, 4209-4219.

Bingisser R., Geigy N., Malinovska A., Nickel CH., Pitasch L. (2019). Modification of the Emergency Severity Index improves mortality prediction in older patients. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(4), 633-640.

Bompard C., Bourgeois S., Durand AC., Gentile S., Markarian T., Michelet P., Moukarzel A., Sebbane M. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Research International*.

Brown J., Meigh M. (2018). Pediatric Glasgow Coma Scale. *Calculated Decisions. Pediatric Emergency Medicine Practice*.

Bullard M., Ffrench C., Grierson R., Leeies M., Strome T., Weldon E. (2017). Prehospital Application of the Canadian Triage and Acuity Scale by Emergency Medical Services. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 26-31.

Cai W., Fang Y., Li Z., Page A., Yang C. (2018). The current status and effects of emergency drug shortages in China: Perceptions of emergency department physicians. *Emergency medicine shortages in China*, 13(10).

Calitri R., Campbell J., Chaplin K., Fletcher E., Holt TA., Lattimer V., Murdoch J., Richards DA., Richards SH., Varley A., Warren FC. (2016). The effect of nurses' preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial. *International Journal of Nursing Studies*, 58,12-20.

Campos E., Fuente G., Garcia L., Pecino C., Solana E., Urquiza J. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *CriticalCareNurse*, 37(5), e1-e9.

Cannon W., Heightman AJ. (2015). A scientific look at START and our ability to do it. *Journal of Emergency Medical Services: Major Incidents, Mass casualty incidents, Patient care*, 5(40).

Chaou CH., Chien CY., Ng CJ., Seak CJ., Weng YM., Wu IL., You SH. (2018). Introduction of a mass burn casualty triage system in a hospital during a powder explosion disaster: A retrospective cohort study. *World Journal of Emergency Surgery*, 13(38).

Chinitz D., Monas L., Toren O., Uziely B. (2017). The oncology nurse coordinator: Role perceptions of staff members and nurse coordinators. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(66)

Chinthapalli K., Mehta R. (2019). Glasgow coma scale explained. *The BMJ*, 365.

Clarkson L., Williams M. (2019). *EMS, Mass Casualty Triage*. StatPearls Publishing LLC.

Dalton D. (2016). Bullying in the Healthcare Industry. *EMS Insider, Legal Consult. Journal of Emergency Medical Services*. <http://jems.com/2016/08/19/bullying-in-the-healthcare-industry/>.

Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 8, 2020.

Delavari S., Fallah R., Maleki M., Rezaei S., Riahi L. (2015). Effectiveness of Five-Level Emergency Severity Index Triage System compared with Three-Level Spot Check: An Iranian Experience. *Archives of Trauma Research*, 4(4).

Doherty KQ., Harding AD., Whalen KC. (2016). Role modeling as a teaching strategy for the novice nurse in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(2), 158-160.

Ding Y., Grafstein E., Nagarajan M., Park E. (2018). Patient prioritization in Emergency Department Triage Systems: An empirical study of Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). *Manufacturing and Service Operations Management Manuscript*.

Dohlman M., Larson E., Levy M., Stene J. (2015). Workplace violence in the Emergency Department: Giving staff the tools and support to report. *The Permanente Journal*, 19(2), 113-117.

Driscoll J., Gross AH., Ma L. (2019). The nurse coordinator role: fulfillment of the nursing profession's compact with society. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(5).

Duckworth R. (2017). How to use SALT to triage MCI patients: Keeping patients moving toward definitive treatment through accurate triage of life threats is the key to EMS success at a mass casualty incident.

Ebrahimi M., Esmaily H., Kooshiar H., Mirhaghi A. (2015). Outcomes for Emergency Severity Index triage implementation in the Emergency Department. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(4).

Ebrahimi M., Heydari A., Mazlom R., Mirhaghi A. (2015). The reliability of the Canadian Triage and Acuity Scale: Meta-Analysis. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(7), 299-305.

Ebrahimi M., Mirhaghi A. (2017). The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria may need to be revised. *Emergency Journal Tehran*, 5(1).

Edema N., Ghismonde A., Jacques CJ., Louis LP., Massaut J., Massenat RB., Santiago L., Valles P., Van den Bergh R., Zakir A. (2017). The modified South African Triage Scale System for mortality prediction in resource-constrained emergency surgical centers: A retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(594).

Ehrler F., Gaspoz JM., Lovis C., Rochat J., Spechbach H. (2019). Patients' time perception in the waiting room of an ambulatory emergency unit: A cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 19(41).

Elsi M., Novera I. (2019). Different triage categorization using Emergency Severity Index (ESI) method in emergency department. *Enfermeria Clinica*, 29(1), 101-104.

Fevre J., Jamieson J., Mitchell R., Perry A. (2015). Bullying and harassment of trainees: An unspoken emergency? *Emergency Medicine Australasia*, 27, 464-467.

Fischer C., Houston C., Sanchez LD., Volz K., Wolfe R. (2015). Waiting for Triage: Unmeasured Time in Patient Flow. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 39-42.

Fonkou S., Makebe H., Mbanga C., Njim T., Tim D., Toukam L. (2018). Determinants of burnout syndrome among nurses in Cameroon. *BMC Research Notes*, 11(893).

Fulbrook P., Jessup M., Kinnear F. (2017). Implementation and evaluation of a 'Navigator' role to improve emergency department throughput. *Australasian Emergency Care*, 20(3), 114-121.

- Gadelha M., Nascimento VB., Oliveira SM., Sousa LV. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An integrating literature review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15, 64-73.
- Gaines K. (2017). Understanding the Glasgow Coma Scale. <http://nurse.org/articles/glasgow-coma-scale/>. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 15, 2019.
- Ganapathy S., Tham LP., Yeo JG. (2018). The Singapore Paediatric Triage Scale validation study. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 205-209.
- Goldman RD., Inoue N., Shimizu N., Takahashi T., Terakawa T. (2016). “Down-Triage” for children with abnormal vital signs: Evaluation of a new triage practice at a paediatric emergency department in Japan. *Emergency Medicine Journal*, 33(8).
- Graham T. (2015). Triage Systems-What Type is best for your hospital? *Western Pennsylvania Healthcare News*. <http://wphealthcarenews.com/triage-systems-type-best-hospital/>. Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 10, 2019.
- Hamdan M., Hamra A. (2017). Burnout among workers in emergency departments in Palestinian hospitals: Prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research*, 17(407).
- Hasanzadeh F., Heydari A., Mazlom R., Mirhaghi A. (2015). Reliability of the Emergency Severity Index: Meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 15(1), e71-e77.
- Hertz K., Jensen CM., Mauthner O. (2018). Orthogeriatric nursing in the Emergency and Perioperative in patient setting. *Fragility fracture nursing: Perspectives in Nursing Management and Care for older adults*, 53-65.
- Hoboubi N., Jahangiri M., Rostamabadi A., Soleimani A., Tadayon N. (2016). Needle stick injuries and their related safety measures among nurses in a university hospital, Shiraz, Iran. *Safety and Health at Work*, 7(1), 72-77.

Husebo SE., Olsen OE. (2019). Actual clinical leadership: A shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(2).

Iverson LM., Jain S., Teasdale GM. (2019). Glasgow Coma Scale. StatPearls Publishing LLC.

Jones P. (2016). 22 Reasons Being a Nurse is really hard. Healthcare. <http://thejobnetwork.com/being-a-nurse->. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 6, 2019.

Kuriyama A., Nakayama T., Urushidani S. (2017). Five-level emergency triage systems: Variation in assessment of validity. *Emergency Medicine Journal*, 34, 703-710.

Mapula K. (2015). ED Flow Coordinators. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 184-185.

Margolis RE (2019). Issues facing Emergency Room Nurses. *Chron.* <http://work.chron.com/issues-facing-emergency-room-nurses->. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 19, 2019.

Padilla S. (2018). Is the Singapore Paediatric Triage Scale useful in emergency settings? *MIMS Multidisciplinary*. <http://specialty.mims.com/topic/is-the-singapore-paediatric-triage-scale-useful-in-emergency-settings->. Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 5, 2019.

Raheja R. (2017). Nurse triage help for patients who suffer from asthma. *TriageLogic*. <http://triagelogic.com/nurse-triage-help-for-patients-who-suffer-from-asthma/>. Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 2, 2019.

Reese P. (2019). As ER wait times grow, more patients leave against medical advice. *Kaiser Health News*. <http://khn.org/news/as-er-wait-times-grow-more-patients-leave-against-medical-advice/>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 3, 2020.

Robinson L., Segal J., Smith M. (2019). Burnout Prevention and Treatment. *HelpGuide*. <http://helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm>. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 1, 2019.

Rudowitz M. (2019). The crucial role triage nurses play in educating adults about serious medical symptoms. TriageLogic. <http://triagelogic.com/the-crucial-role-triage-nurses-play-in-educating-adults-about-serious-medical-symptoms/>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 4, 2019.

Scopelliti V. (2018). How to deal with bullying in hospital environments. Wiseworkplace. http://wiseworkplace.com.au/_blog/WISE_Blog/post/how-to-deal-with-bullying-in-hospital-environments/. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 21, 2019.

Scott E. (2019). Burnout symptoms and Treatment. Verywellmind. <http://verywellmind.com/stress-and-burnout-symptoms-and-causes-3144516>. Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 20, 2019.

Shiel WC. (2018). Medical definition of Emergency Department. <http://medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=12156>. Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 24, 2019.

Stone E. (2019). Clinical decision support systems in the Emergency Department: Opportunities to improve Triage Accuracy. Journal of Emergency Nursing, 45(2), 220-222.

Updated definition of Emergency Medicine in Europe. European Society for Emergency Medicine. <http://eusem.org/news/87-updated-definition-of-emergency-medicine-in-europe>. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 2, 2019.

Werber C. (2019). A psychologist explains how to deal with the symptoms of burnout. Quartz at Work. <http://qz.com/work/1640624/a-psychotherapist-explains-how-to-deal-with-burnout-symptoms/>. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 20, 2019.

Αγναντής Χ., Πατσοπούλου Α. (2017). Τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα στους επαγγελματίες υγείας: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Νοσηλευτική, 56(2), 107-115.

Ανθόπουλος Γ. Συστήματα Προνοσοκομειακής Επείγουσας Φροντίδας. Θέματα Αναισθησιολογίας και Επείγουσας Ιατρικής.

http://anesthesia.gr/download/TOMOS_12/tefhos_24/2.pdf. Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 20, 2019.

Δερμάτης Π., Δρίτσα Α., Ίντας Γ., Κακλαμάνου Ε., Παπαδόπουλος Γ., Τσιφτσής Δ., Φελλάχ Ν. (2017). Γνώσεις επαγγελματιών υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών νοσοκομείου του Ν. Αττικής στο σύστημα διαλογής Emergency Severity Index. Νοσηλευτική, 56(4), 358-365.

Διαμεσολαβητής Μ. (2017). Τι θεωρούν οι εταιρείες Επείγον Περιστατικό Υγείας; Nextdeal. <http://nextdeal.gr/asfalistis/diamesolavisi/85503/ti-theoroun-oi-etairies-epigon-peristatiko-ygeias>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 10, 2020.

Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων. Η πρόταση για την Επείγουσα Φροντίδα. <http://anadiarthrosi-nosokomeion.gr.xelixis.net/index.php/protaseis-se-epipedo-xwras/i-protasi-gia-tin-epiegousa-frontida>. Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 1, 2019.

Ζοφίνσκα Μ., Θεοδωρίδου Ε. (2018). Η βία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών-Το νοσηλευτικό προσωπικό και η βία-Η βία μεταξύ του προσωπικού των ΤΕΠ-Πηγές των συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού υγείας (Μέρος Δεύτερο). Διασώστες Ρόδου. http://diasostesrodou.blogspot.com/2018/03/blog-post_18.html. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 12, 2019.

Θεοφανίδης Δ., Ζιούτη Α. (2018). Αξιολόγηση οργάνωσης και λειτουργίας τμημάτων επειγόντων περιστατικών Ν. Θεσσαλονίκης: Ομοιότητες και διαφορές. Το Βήμα του Ασκληπιού, 17(1).

Ίντας Γ., Πανταζής Α. (2016). Επαγγελματικός ψυχολογικός εκφοβισμός στο νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική, 55(4), 320-328.

Μανωλίτζας Π., Στυλιανού Ν. (2018). Modeling waiting times in an Emergency Department in Greece during the economic crisis. Journal of Health Management, 20(7).

Μπακάλης Β. (2015). Εκφοβισμός στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών (Bullying). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4(2).

Πολύζου Β. (2019). Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης ή σύνδρομο burnout. Ποιές οι αιτίες και τα συμπτώματα που προκαλεί; Ιατρικά Νέα. http://medlabgr.blogspot.com/2015/03/burnout_30.html. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 17, 2020.

Στεργιάννης Π. (2016). Νοσηλευτές Διαλογής: Σύγχρονες τάσεις και προκλήσεις. Health and Research Journal, 2(2).