



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΒΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΑΝΘΟΣ ΓΙΑΝΝΑΠΗΣ

Λευκωσία

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΒΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΑΝΘΟΣ ΓΙΑΝΝΑΠΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής: Γιάγκος Λαβράνος

Λευκωσία

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

Copyright © Άνθος Γιανναπής , 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

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

Υπογραφή:

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην οικογένεια μου

Στους φίλους και συνεργάτες Ανέστη και Σάββα καθώς και στον επιβλέποντα Καθηγητή Δρ Γιάγκο Λαβράνο για την πολύτιμη καθοδήγηση του. Σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που βοήθησαν στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύστημα βάρδιας διαταράσσει το φυσιολογικό κύκλο των κερκάδιων ρυθμών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές καθημερινά και για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι εκτεθειμένοι στο κυκλικό ωράριο εργασίας, με αποτέλεσμα να αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων.

Σκοπός: Είναι να διαφανούν ποιες είναι οι επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας της Κύπρου που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας. Επίσης θα γίνει μελέτη ενός θεωρητικού πλαισίου ώστε να δοθούν εισηγήσεις για λήψη διορθωτικών μέτρων που θα συμβάλουν στην πρόληψη προβλημάτων υγείας των νοσηλευτών που ενδεχομένως προκύπτουν από το σύστημα βάρδιας.

Υλικό - Μέθοδος: Η συγκεκριμένη εργασία ήταν μια ποσοτική έρευνα. Μελετήθηκε νοσηλευτικό προσωπικό (N= 180) που εργάζεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και είναι τοποθετημένοι σε μονάδες που λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.20.0. Έγινε περιγραφική στατιστική για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και επαγωγική στατιστική για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Με ποσοστό 61,7 % δήλωσαν κατά την μετακίνηση ή απομάκρυνση από την δουλειά ότι κινδύνευαν να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα και με ποσοστό 45,9 % ότι εργάζονταν νυκτερινό ωράριο την ημέρα του παραλίγο ατυχήματος. Πιο συγκεκριμένα έχει βρεθεί στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ωράριο και τις πόσες φορές δήλωσαν ότι κινδύνευαν να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα (P. 0.24). Επίσης, οι συχνότερες αιτίες παραλίγο τροχαίου ατυχήματος ήταν η κόπωση, η υπνηλία και η μειωμένη προσοχή. Σε ότι αφορά τη σχέση εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού σε τροχαίο ατύχημα με το σύστημα βάρδιας διαπιστώθηκε ότι με ποσοστό 16,7 % κατά την μετακίνηση ή απομάκρυνση από την δουλειά ενεπλάκη σε τροχαίο ατύχημα και από αυτούς το 83,3 % σε μια περίπτωση τον τελευταίο χρόνο. Επίσης, ποσοστό 40% δήλωσε ότι την ημέρα που συνέβηκε το δυστύχημα εργάζονταν νυκτερινό ωράριο ενώ με το ίδιο ποσοστό εργάζονταν πρωινό ωράριο και οι κυριότερες αιτίες τροχαίου ατυχήματος ήταν η κόπωση, η υπνηλία και η μειωμένη προσοχή. Σε ότι αφορά την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου, σχεδόν 8 στους 10 δήλωσαν πολύ γρήγορη ή ελαφρώς

καθυστερημένη επέλευση του ύπνου. Ποσοστό 96,7 % δήλωσε ότι δεν παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα όσο αφορά τις αφυπνίσεις τη νύκτα ενώ το 99,4 % δεν αναφέρει έντονη υπνηλία κατά την επόμενη μέρα. Σε ότι αφορά την ποιότητα του ύπνου σχεδόν όλοι έχουν ικανοποιητική ή μέτρια ποιότητα και το 53,3 % δήλωσαν επάρκεια σε ότι αφορά την συνολική διάρκεια του ύπνου.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου λόγω της αποδιοργάνωσης του κερκαδιανού ρυθμού μαζί με την ανεπάρκεια ύπνου και την κόπωση λόγω του κυκλικού ωραρίου, τοποθετούνται σε ομάδα υψηλού κινδύνου πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων. Σε ότι αφορά τη διαταραχή της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου δεν παρουσιάζουν σοβαρές επιπτώσεις.

Λέξεις Κλειδιά: Κυκλικό Ωράριο, Σύστημα Βάρδιας, Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

ABSTRACT

Introduction: Rotating shift system is disrupted by the circadian rhythms, which has as a consequence the emergence of bio psychosocial impact on health professionals. Because of the daily basis exposure to the rotating shift system, nurses are at a high-risk of presenting bio psychosocial effects.

Aim: The aim of the present research study was to study the effects of the rotating shift system on the Cypriot nursing personnel's health. Moreover, this research study aims to study the theoretical basis which will lead us to provide recommendations for corrective measures, that will help to prevent health problems of nurses, which may arise from the rotating shift system.

Material-method: The current study is a quantitative study in which 180 nurses who work at the mental health services were tested. The nurses tested, are serving in units operating around the clock. The statistical analysis was done through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V.20.0. On the demographic characteristics a descriptive statistical analysis was done, and for the presentation of results, a statistical inference.

Results: A percentage of 61,7% declared that while going to or leaving from their job, risked being involved in a road accident. Also a percentage of 45.9% stated that they had a night shift on the day of the almost accident. More specifically, there is a significant statistical difference between the shift time and the times that the nurses declared they were risking in being involved in a road accident (P. 0.24). Moreover, the most frequent causes of an almost road accident were fatigue, sleepiness and reduced attention.

The relative involvement of nursing staff in a road accident with the rotating shift system revealed that a percentage of 16,7% were involved in a car accident while leaving from their job. Also, a percentage of 83,3% of them were involved at least once in a road accident the last year. A percentage of 40% declared that the day they were involved in the accident were working on a night shift, while the same percentage declared they were working on a morning shift. The main causes of the road accident were fatigue, sleepiness and reduced attention. Regarding the quality and the quantity of sleep, almost 8 to 10 nurses declared to fall asleep really quick or with a small delay.

A percentage of 96,7% declared that there is no serious problem regarding their sleep during the night, while 99,4% did not mention strong sleepiness during the next day. Regarding the quality of sleep more than 9 to 10 nurses declared that their sleep is good or moderate, and a percentage of 53,3% declared that the total hours of sleep are adequately good.

Conclusions: Mental health professionals in Cyprus due to the disruption of the circadian rhythm along with the inadequacy of sleep and fatigue, and because of the cyclic rhythm, they are placed in the high- risk group who may be involved in road accidents. Regarding the disruption of the quality and the quantity of sleep, there are no serious effects on the sleep of the health professionals in Cyprus.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | ii |
| ABSTRACT | iv |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 2 |
| 1.1 Καταγραφή του προβλήματος- Αναγκαιότητα της μελέτης..... | 3 |
| 1.2 Σκοπός και Βασικά ερευνητικά ερωτήματα | 3 |
| 1.3 Λειτουργικοί Ορισμοί..... | 4 |
| 1.4 Ορισμός και χαρακτηριστικά του κυκλικού ωραρίου ή «εργασίας κατά ωράρια»..... | 5 |
| 1.5 Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις..... | 21 |
| 2.1 Διαταραχές ύπνου | 21 |
| 2.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων..... | 24 |
| 2.3 Κοινωνικές επιπτώσεις | 25 |
| 2.4 Σωματικές επιπτώσεις | 26 |
| 2.5 Τροχαία δυστυχήματα..... | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 31 |
| 3.1. Σκοπός και στελέχωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας | 31 |
| 3.2. Δομές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας | 31 |
| 3.2.1. Δομές εσωτερικής νοσηλείας | 31 |
| 3.2.1.1. Νοσοκομείο Αθαλάσσης..... | 31 |
| 3.2.1.2. Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας και Λεμεσού | 32 |
| 3.2.1.3. Θεραπευτική Μονάδα Εξαρτημένων Ατόμων (ΘΕ.Μ.Ε.Α.)..... | 32 |
| 3.2.1.4. Μονάδα απεξάρτησης ΑΝΩΣΗ..... | 32 |
| 3.2.1.5. Άγιος Χριστόφορος | 32 |

| | |
|--|----|
| 3.2.2. Εξωτερικές δομές | 32 |
| 3.2.2.1. Κοινωνικά κέντρα ψυχικής υγείας, εξωτερικά ιατρεία, συμβουλευτικά κέντρα | 32 |
| 3.2.2.2. Κέντρα ημέρας | 33 |
| 3.2.2.3. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης | 33 |
| 3.2.2.4. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων | 33 |
| 3.2.2.5. Τμήμα φυλακών | 33 |
| 3.2.2.6. Δομές πρόληψης/απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες χωρίς εσωτερική νοσηλεία: | 34 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 35 |
| 4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση | 35 |
| 4.2 Ποσοτική Έρευνά | 35 |
| 4.2.1 Σχεδιασμός μελέτης | 36 |
| 4.2.2 Συλλογή δεδομένων | 36 |
| 4.2.3 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου | 36 |
| 4.2.4 Εγκυρότητα ερευνητικού εργαλείου | 38 |
| 4.2.4 Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας | 38 |
| 4.2.5 Ηθικές προεκτάσεις | 39 |
| 4.2.6 Χώρος μελέτης | 39 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 56 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 64 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 67 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1..... | 75 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2..... | 83 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3..... | 84 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4..... | 85 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση υπήρξε βασικός άξονας ανεύρεσης πηγών πληροφόρησης για το θέμα. Η εργασία αυτή βασίστηκε κυρίως σε μελέτη σύγχρονων συγγραμμάτων και άρθρων για να μπορέσει να αναδειχθεί η σημερινή πραγματικότητα. Επίσης διερευνήθηκαν πηγές από το διαδίκτυο όταν αυτές μπορούσαν να προσφέρουν ουσιώδεις πληροφορίες. Στην προσπάθεια να βρεθεί το κατάλληλο υλικό υπήρξαν άτομα που με εξυπηρέτησαν ιδιαίτερα. Θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό της Γραμματείας και της βιβλιοθήκης του Ανοικτού Πανεπιστημίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο βιορυθμός ή αλλιώς το «βιολογικό ρολόι» του ανθρώπινου οργανισμού είναι υπεύθυνο για τη ρύθμιση λειτουργιών όπως η αναπνοή, η πέψη, η καρδιακή λειτουργία, η διακύμανση της έκλυσης των ορμονών και η αντίδραση στον πόνο. Η σωστή λειτουργία του οργανισμού περιλαμβάνει τη νυχτερινή ανάπαυση και την ημερήσια εγρήγορση με τις επιμέρους δραστηριότητες, δηλαδή έχει άμεση σχέση με την εναλλαγή ημέρας και νύχτας, επειδή ακριβώς μετράει το χρόνο με βάση το φυσικό ρυθμό του περιβάλλοντος (Fitzpatrick, 1999).

Το επάγγελμα του νοσηλευτή ανήκει στα επαγγέλματα υγείας, όπου υποχρεωτικά επιβάλλεται να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο, με σκοπό να καλυφθούν οι διαρκείς ανάγκες των πελατών-χρηστών. Το ωράριο αυτό, είναι ένας συνδυασμός βαρδιών κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, περιλαμβάνει εξάωρες βάρδιες που εναλλάσσονται σε πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή, έτσι ώστε ο νοσηλευτής να επανέρχεται σε τακτά διαστήματα σε ημερήσιο ωράριο (Learthart, 2000)

Εκτός των εξάωρων βαρδιών στην Κύπρο υπάρχουν και οι δωδεκάωρες βάρδιες, περίπτωση που συμβαίνει μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Στα άτομα που απασχολούνται με κυκλικό ωράριο διακόπτεται κατά τη νύχτα ο βιολογικός εικοσιτετράωρος ρυθμός. Η αποδιοργάνωση αυτή ονομάζεται “jet lag” syndrome ή στη συγκεκριμένη περίπτωση το “shift lag” syndrome. Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι το αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, λήθαργος, προβλήματα πέψης, αϋπνία και μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης.

Αρκετές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι των οποίων οι ώρες ύπνου ήταν σταθερές σε καθημερινή βάση, διέθεταν καλύτερο επίπεδο υγείας σε σύγκριση με εκείνους που οι ώρες ύπνου εναλλάσσονταν.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το πρόβλημα των παρενεργειών του συστήματος βάρδιας των νοσηλευτών είναι εξόχως ζήτημα κακού σχεδιασμού. Συνεπώς η διαχείρισή του προϋποθέτει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και εργασιακών σχέσεων, με εγγυημένη επαρκή ποιοτικά και ποσοτικά ανάπαυση για όλο το προσωπικό, ανεξαρτήτως ηλικίας και θέσης εργασίας. (Κορομπέλη 2006)

Αν και το ζήτημα της αποτίμησης του κυκλικού ωραρίου από πλευράς βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων έχει εξεταστεί σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία σε πολύ μεγάλο αριθμό εργασιών την τελευταία 20ετία, στην Κύπρο μόνο

ένας ελάχιστος αριθμός εργασιών έχουν γίνει ενώ δεν πραγματοποιήθηκε καμία για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Η εργασία με το σύστημα βάρδιας έχει τεράστιες επιπτώσεις στην υγεία και ευεξία των νοσηλευτών σε σωματικό, ψυχικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο.

Στα παρακάτω υποκεφάλαια γίνεται μια ανασκόπηση σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία σε ότι αφορά τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών.

1.1 Καταγραφή του προβλήματος- Αναγκαιότητα της μελέτης

Το κυκλικό ωράριο εργασίας όσον αφορά στους νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας είναι δεδομένο αφού τα νοσηλευτήρια πρέπει να λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως. Το ότι πιθανόν να επιφέρει σημαντικές βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην υγεία τους, αποτελεί ένα σοβαρό ερώτημα-ζήτημα. Επίσης, η απουσία οποιασδήποτε έρευνας που συσχετίζει το σύστημα βάρδιας με την υγεία των νοσηλευτών αποτέλεσε το κυριότερο κίνητρο για την διερεύνηση αυτής της έρευνας. Άκρως αναγκαία είναι η έρευνα του προβλήματος αυτού έτσι ώστε να αναδειχθεί αν υπάρχει πρόβλημα, αλλά και να διαφανούν εισηγήσεις για απάμβυση του. Εισηγήσεις τόσο προς τους ίδιους τους νοσηλευτές αλλά και προς τις νοσηλευτικές διοικήσεις έτσι ώστε η ασφάλεια, η υγεία, η ευημερία των νοσηλευτών να διατηρείται σε όσο το δυνατό πιο υψηλά επίπεδα, έτσι και αλλιώς " 1 γραμμάριο πρόληψη ισοδυναμεί με 10 τόνους θεραπείας".

1.2 Σκοπός και Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι να διαφανούν οι επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας της Κύπρου που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας και η μελέτη ενός θεωρητικού πλαισίου ώστε να δοθούν εισηγήσεις για λήψη διορθωτικών μέτρων που θα συμβάλουν στην πρόληψη προβλημάτων υγείας των νοσηλευτών που ενδεχομένως προκύπτουν από το σύστημα βάρδιας.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

1. Το σύστημα βάρδιας επηρεάζει την ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας;
2. Ποιες είναι οι κυριότερες επιπτώσεις ψυχικής υγείας που εμφανίζονται στους Νοσηλευτές που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας;

1.3 Λειτουργικοί Ορισμοί

Όπως αναφέρει ο Kogi (2001), **βάρδια** είναι οι ώρες της ημέρας όπου ο εργαζόμενος ή ομάδα εργαζομένων είναι προγραμματισμένοι για να εργαστούν. Ο προγραμματισμός της βάρδιας διαφέρει από εργασία σε εργασία αλλά και από χώρα σε χώρα.

Σύμφωνα με τους Monk & Folkart (1992), **κυκλικό ωράριο** εργασίας ορίζεται η εργασία που εκτείνεται πέρα από το πρωινό ωράριο των ημερών από Δευτέρα έως και Παρασκευή. Έτσι ως κυκλικό ωράριο μπορεί να θεωρείται μόνο η νυχτερινή ή μόνο η απογευματινή βάρδια ή ο συνδυασμός και η εναλλαγή και των τριών βαρδιών. Επίσης, όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εργασίας το κυκλικό ωράριο εργασίας ορίζεται ως «κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού περιτροπής, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής, γεγονός το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων» (Pati et al., 2001).

O Gillete & Abbott (2001) αναφέρουν ότι **κιρκάδιος ρυθμός** (circadian rhythm) ορίζεται ως οποιαδήποτε βιολογική διαδικασία που εμφανίζει μια ενδογενή ταλάντευση των φυσιολογικών παραμέτρων του σώματος που είναι υπεύθυνες για τις ψυχικές και ψυχολογικές μεταβολές μέσα σε 24 ώρες. Ο όρος προέρχεται από το λατινικό circa που σημαίνει «περίπου», και diem που σημαίνει «ημέρα».

O Allen (2004) ορίζει την έννοια **αϋπνία** ως μία διαταραχή του ύπνου, που εμφανίζει δυσκολία στην έναρξη, στη διατήρηση του ύπνου και στην τελική αφύπνιση πριν από τον επιθυμητό χρόνο, με την απουσία ποιοτικού και αναζωογονητικού ύπνου. Διακρίνεται σε: α) πρωτοπαθή αϋπνία με ενδογενείς και εξωγενείς εκλυτικούς παράγοντες, χωρίς όμως κάποια υποκείμενη κατάσταση που προκαλεί αϋπνία και β) δευτεροπαθή αϋπνία που αποτελεί σύμπτωμα άλλων καταστάσεων.

Σύμφωνα με τους James et al. (2007) το **βιολογικό ρολόι** αποτελεί τον ενδογενή βηματοδότη των κιρκάδιων ρυθμών που συγχρονίζεται με την εναλλαγή φωτός-σκοταδιού, ενώ εκείνος συγχρονίζει στη συνέχεια την κατάσταση ύπνου-εγρήγορσης και ρυθμίζει την έκκριση της μελατονίνης.

Ο Nakajima (1995) εκφράζει το **τροχαίο ατύχημα** ως κάθε συμβάν που συντελείται στους δρόμους από ένα ή περισσότερα κινούμενα οχήματα και προκαλεί τον τραυματισμό ή το θάνατο ενός ή περισσότερων ατόμων. Τα τροχαία ατυχήματα χαρακτηρίζονται ως θανατηφόρα ή σωματικών βλαβών. Θανατηφόρο λέγεται το ατύχημα που συμβαίνουν ένας ή περισσότεροι ακαριαίοι θάνατοι οφειλόμενοι στο ατύχημα, ανεξάρτητα της ύπαρξης ή όχι τραυματιών. Σωματικών βλαβών λέγεται το ατύχημα όταν υπάρχει ένας ή περισσότεροι τραυματίες, αλλά όχι νεκρός (Nakajima, 1995).

1.4 Ορισμός και χαρακτηριστικά του κυκλικού ωραρίου ή «εργασίας κατά ωράρια»

Όπως αναφέρει η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εργασίας (ΠΟΥ), κυκλικό ωράριο ή «ως εργασία κατά ωράρια» ορίζεται ως εξής: *«κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού περιτροπής, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής, γεγονός το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων».*

Οι βάρδιες ή τα ωράρια εργασίας χωρίζονται σε πρωινά, απογευματινά και νυκτερινά. Αυτό δίνει την δυνατότητα στους εργαζόμενους να εργάζονται με συνδυασμό δύο ή και περισσότερων ωραρίων που εναλλάσσονται περιοδικά (Wilson,2002). Το κυκλικό ωράριο χαρακτηρίζεται από τον προγραμματισμό, τη συνέχεια και την εναλλαγή των ωραρίων εργασίας. Οι προγραμματισμένες βάρδιες ενός εργαζόμενου διαφοροποιούνται ημερησίως ή εβδομαδιαίως ή παραμένουν μόνιμα σε ένα ωράριο.

Τα είδη εναλλασσόμενων ωραρίων είναι συνεχή, ημισυνεχή και διακοπτόμενα. Η απασχόληση με ωράρια ονομάζεται συνεχής όταν οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές μέσα στο 24ωρο, περιλαμβανομένων των αργιών. Στο συνεχές σύστημα βάρδιας, οι εργαζόμενοι χωρίζονται σε τέσσερις ομάδες, οι τρεις εργάζονται 8ωρο ωράριο και μία ομάδα αναπαύεται και είναι γνωστό ως το «4x8 συνεχές σύστημα». Ένα άλλο σύστημα ωραρίου εργασίας το γνωστό ως «3x8 ημισυνεχές σύστημα», συμβαίνει όταν η παραγωγή εργασίας διακόπτεται στο τέλος της εβδομάδας αλλά οι εργαζόμενοι απασχολούνται τις νυκτερινές ώρες και οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές. Τέλος, όταν εμπλέκονται δύο ή και τρεις ομάδες εργαζομένων, οι οποίοι δεν εργάζονται νυκτερινό ωράριο ή κατά τη διάρκεια του

σαββατοκύριακου το σύστημα ωραρίου εργασίας αναφέρεται ως «διακοπτόμενο σύστημα» (Buxton, 2003).

Επίσης, μέσα στη βιβλιογραφία αναφέρονται και δύο άλλα χαρακτηριστικά που συμβάλουν στο σχεδιασμό κυκλικών ωραρίων εργασίας. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ο ρυθμός και η κατεύθυνσης εναλλαγής των ωραρίων. Τα συστήματα ωραρίων εργασίας έχουν τη δυνατότητα να εναλλάσσονται κατευθυνόμενα προς τα εμπρός σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού, όπως για παράδειγμα, ένα πρωινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και κατόπιν από νυκτερινό ωράριο ή κατευθυνόμενα προς τα πίσω αντίστροφα από τη φορά των δεικτών του ρολογιού, π.χ. ένα νυκτερινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και στη συνέχεια από πρωινό ωράριο εργασίας (Sizeni, 2003).

Εκτός από το κλασικό 8ωρο ωράριο που παρουσιάστηκε πιο πάνω, για την κάλυψη της 24ωρου παραγωγής, σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιείται και το σχήμα των δύο 12ωρων ωραρίων εργασίας. Ο κυριότερος ισχυρισμός για την εφαρμογή των 12ωρων ωραρίων αναφέρεται στο γεγονός ότι προκύπτουν περισσότερες ημέρες ανάπαυσης και κυρίως ελεύθερο σαββατοκύριακο για τον εργαζόμενο (Axelsson, 2005)

Στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Κύπρου, η οργάνωση των ωραρίων εργασίας χωρίζεται συνήθως σε τρεις ομάδες. Η μια ομάδα εργάζεται 6ωρο πρωινό, η δεύτερη ομάδα εργάζεται 6ωρο απογευματινό και η τρίτη ομάδα εργάζεται 12ωρο νυκτερινό, η όποια την επόμενη μέρα δεν εργάζεται καμιά βάρδια. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι νοσηλευτές εργάζονται σε 6ήμερη βάση άρα μια ημέρα την εβδομάδα δεν εργάζονται καθόλου.

1.5 Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι η ειδικότητα της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στη γρήγορη αποκατάστασή τους και προάγει την ευημερία συνολικά του πληθυσμού.

Αποστολή

Η προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες υπηρεσίες για

1. γρήγορη θεραπεία,

2. μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας,
3. ψυχοκοινωνική αποκατάσταση,
4. προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και
5. βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Σκοπός

Η συνεχής βελτίωση του επιπέδου ψυχικής υγείας και ευημερίας των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

Στόχοι

1. προαγωγή της ψυχικής υγείας
2. πρόληψη της ψυχικής ασθένειας
3. προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων

Οι βασικές αρχές των προγραμμάτων ψυχικής υγείας

1. Η προσφορά ολιστικής φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
2. Η μετάθεση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το Νοσοκομείο στην κοινότητα.
3. Η φροντίδα κοντά στον ασθενή.
4. Η θεραπευτική συνέχεια.
5. Οικογενειακή και κοινοτική προσέγγιση στην προσφορά φροντίδας με ομαδική εργασία

Η φροντίδα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται με πολύ εξειδικευμένες παρεμβάσεις για την ανταπόκριση στις ποικίλες ανάγκες του πολύ ιδιαίτερου και ευαίσθητου τομέα της ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα που προσφέρονται είναι:

1. Εκούσια ή ακούσια εσωτερική νοσηλεία.

2. κοινοτική Νοσηλευτική με κατ' οίκον επισκέψεις και άλλες κοινοτικές παρεμβάσεις για ενήλικα άτομα και άτομα τρίτης ηλικίας.
3. Νοσηλευτική/συμβουλευτική για παιδιά και εφήβους.
4. Νοσηλευτική/συμβουλευτική σε άτομα με ψυχική ασθένεια ή προβλήματα Τοξικοεξάρτησης στις Φυλακές.
5. Νοσηλευτική/συμβουλευτική στον τομέα των Τοξικοεξαρτήσεων.
6. Διασυνδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία.
7. Διασυνδετική/συμβουλευτική εργασία με τους λειτουργούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
8. Εκπαίδευση και διαφώτιση των πολιτών για θέματα ψυχικής υγείας.

Τομείς δραστηριοτήτων της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

1. Υπηρεσίες ενηλίκων με προβλήματα ψυχικών ασθενειών
2. Υπηρεσίες για προβλήματα Τοξικοεξαρτήσεων
3. Υπηρεσίες για προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων
4. Υπηρεσίες για στήριξη/εκπαίδευση σε συγγενείς ατόμων με προβλήματα ψυχικής ασθένειας
5. Υπηρεσίες συμβουλευτικής στα άτομα, οικογένειες, κοινότητες

Κυριότερες δραστηριότητες:

1. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με προγράμματα εσωτερικής ή εξωτερικής φροντίδας με στόχο τη γρήγορη ανάρρωση και τον περιορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας.
2. Η εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
3. Η εκπαίδευση των ατόμων, οικογενειών και φροντιστών υγείας για διαχείριση συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας και της φαρμακευτικής αγωγής.

4. Η εκπαίδευση των ατόμων και οικογενειών για να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από την παρουσία μιας χρονιάς νόσου, αλλά και να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους διαβίωσης με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους.
5. Η διεπαγγελματική συνεργασία για την ολοκλήρωση του σχεδίου φροντίδας.
6. Η συνεργασία και οικοδόμηση σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς και αλλά οργανωμένα σύνολα για προώθηση δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.
7. Η Διασυνδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία

Βασικοί τομείς προσφοράς των Προγραμμάτων είναι

1. Πρόληψη και Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας
2. Συμβουλευτική
3. Θεραπεία
4. Αποκατάσταση

Τα προγράμματα παρεμβαίνουν στα τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή) με τρεις κύριους άξονες:

A) Την Κοινωνική Νοσηλευτική με αντικείμενο λειτουργίας την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων της ψυχικής ασθένειας των ενηλίκων και ατόμων τρίτης ηλικίας.

B) Τη Νοσηλευτική Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής την προαγωγή της ψυχικής υγείας και για τη διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων μέχρι της ηλικίας των 17 χρονών.

Γ) Τη Νοσηλευτική στον τομέα των Τοξικοεξαρτήσεων για την πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες νόμιμες ή παράνομες ουσίες.

Δ) Νοσηλευτική εσωτερικής νοσηλείας (φροντίδα εσωτερικής νοσηλείας), για εντατική νοσηλευτική ψυχικής υγείας και διαχείριση οξέων περιπτώσεων, παροχή προγραμμάτων νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης.

Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Η κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι το Τμήμα των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας που προσφέρει φροντίδα στα άτομα με ψυχική ασθένεια, στο οικογενειακό ή άλλο περιβάλλον, μέσα στην ίδια τους την κοινότητα.

Αποστολή

Η προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές μεθόδους και κοινωνικοθεραπευτικές παρεμβάσεις για:

1. μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας,
2. προαγωγή της ευημερίας των ατόμων και
3. βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Σκοπός

Η βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

Στόχοι

1. προαγωγή της ψυχικής υγείας
2. πρόληψη της ψυχικής ασθένειας
3. προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων της ψυχικής ασθένειας

Όλες οι εξειδικεύσεις της κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Δραστηριότητες Κοινοτικών Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

1. Κατ' οίκον επισκέψεις
2. καθημερινή διαχείριση σχεδίων φροντίδας και άλλων εξειδικευμένων προγραμμάτων στη κοινότητα

3. Συμμετοχή σε συνεταιριστικά προγράμματα
4. Παρεμβάσεις σε κρίσεις
5. Εξειδικευμένες παρεμβάσεις σε Εξωτερικά Ίατρεία, Συμβουλευτικά κέντρα, σε ΑΥΚ και Στέγες
6. Συνεργασία με ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
7. Συνεργασία με κυβερνητικές και μη κυβερνητικές υπηρεσίες
8. Συνεργασία με ομάδες ενδονοσοκομειακών δομών
9. Επικοινωνία με ιδιώτες ψυχιάτρους
10. Διασυνδετική/Συμβουλευτική εργασία

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές τους οποίους Π.Ο.Υ. χαρακτηρίζει, ως τους στρατιώτες της πρώτης γραμμής για την περιφρούρηση της ψυχικής υγείας του ευρύτερου πληθυσμού, εδρεύουν στα Κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας και καλύπτουν τις ανάγκες για κατ' οίκον φροντίδα παγκύπρια. Η Κύπρος θεωρείται ότι έχει ένα πολύ καλά οργανωμένο σύστημα εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης για τους ψυχικά ασθενείς που κυρίως βασίζεται στην προσφορά των κοινοτικών Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.

Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και φροντίδα υγείας των ατόμων τρίτης ηλικίας στην κοινότητα, για υγιή και αξιοπρεπή γηρατειά.

Προσφέρονται εξειδικευμένες παρεμβάσεις βασισμένες και στους 4 πυλώνες της φροντίδας (Βιολογικό, Ψυχολογικό, κοινωνικό, Πολιτισμικό), στις οποίες λαμβάνονται η ατομικότητα, ανεξαρτησία, απομόνωση, κοινωνικός αποκλεισμός, οι προκαθορισμένες αντιλήψεις, ο φόβος οι προκαταλήψεις μπροστά στην αρρώστια και το θάνατο, καθώς και η συναισθηματική επιβάρυνση των οικογενειών.

Οι παρεμβάσεις γίνονται μέσα από ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών με κατ' οίκον επισκέψεις, μέσα από τα Κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας, Συμβουλευτικά Κέντρα, Κέντρα Π.Φ.Υ., Στέγες Ηλικιωμένων Ατόμων, Διασυνδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία, Πολυδύναμα κοινοτικό Κέντρα για:

1. Υποστήριξη ατόμων τρίτης ηλικίας

2. Εκπαίδευση και υποστήριξη οικογενειών/φροντιστών
3. Εκπαίδευση των φροντιστών που εργάζονται στα Πολυδύναμα Κέντρα και Οίκους Ευγηρίας για εκπαίδευση στη φροντίδα των ατόμων Τρίτης Ηλικίας (όπου διαμορφώνεται αίτημα), για να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους
4. Αγωγή της κοινότητας με τη συμβολή των Αρχών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα Συμβούλια Κοινοτικού Εθελοντισμού, ΜΚΟ κ.α.

Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων

Οι Νοσηλεύτες της Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής προσφέρουν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις παιδιών, εφήβων και γονιών μέσω εξωτερικών ιατρείων, διαφόρων ενδιάμεσων δομών, σχολείων και κατοίκων επισκέψεων.

Δράσεις Νοσηλευτών Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής

Οι υπηρεσίες προς τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειες τους περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προσφοράς:

Εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η κοινοτική Νοσηλευτική, η παρέμβαση σε κρίση και η Διασυνδεδετική/συμβουλευτική, πολύ συχνά προσφέρονται ως εναλλακτική λύση στην έλλειψη Τμήματος Εσωτερικής Νοσηλείας, Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας και Κέντρων Ημέρας Εφήβων. Αποτελούν δε, τη φιλοσοφία και τον άξονα γύρω από τους οποίους περιστρέφεται η νοσηλευτική φροντίδα.

1. Κοινοτική Νοσηλευτική

Οι κοινοτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις ως εναλλακτική υπηρεσία έναντι της κλασικής κλινικής εργασίας, δίνει τη δυνατότητα της αξιολόγησης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της οικογένειας, του σχολείου, της κοινότητας για πιο ολιστική εκτίμηση της όλης κατάστασης (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική, πολιτιστική διάσταση).

Η κοινοτική Νοσηλευτική ως εναλλακτική παρέμβαση, είναι αποδοτική διότι στηρίζεται στις αρχές για αποδοτικές υπηρεσίες, όπως είναι

1. Εύκολη πρόσβαση

2. Διαθεσιμότητα
3. Ανταποκρισιμότητα
4. Μειωμένο κόστος

2. Παρέμβαση σε κρίση

1. Η νοσηλευτική παρέμβαση σε μια ψυχολογική κρίση αποβλέπει στη βοήθεια του ατόμου να επανέλθει το συντομότερο, στο προ της κρίσης επίπεδο λειτουργίας του»
2. Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:
3. Αξιολόγηση
4. Άμεση νοσηλευτική φροντίδα
5. Συνεργασία με Διεπαγγελματική Ομάδα
6. Συντονισμό παρεχόμενων υπηρεσιών
7. Συμβουλευτική
8. Τήρηση γραπτών στοιχείων
9. Προληπτικό προγραμματισμό
10. Σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου
11. Συντονισμό του θεραπευτικού πλάνου και εμπλεκόμενων υπηρεσιών
12. Αξιολόγηση ψυχικής κατάστασης του παιδιού/εφήβου (NANOΑ)
13. Διαχείριση φαρμακοθεραπείας (δράση, αποτέλεσμα, παρενέργειες)
14. Εκπαίδευση της οικογένειας για κατανόηση της επίδρασης της φαρμακοθεραπείας και τη σημασία της συνέπειας στη λήψη της (αντιμετώπιση του φόβου για πιθανές παρενέργειες)
15. Λήψη και παρακολούθηση ζωτικών σημείων

16. Υποστηρικτική συμβουλευτική γονιών και άλλων μελών της οικογένειας
17. Εντοπισμό και ενίσχυση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος
18. Εμπλοκή άλλων υπηρεσιών π.χ. ΥΚΕ, εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι, ΥΨΥ ενηλίκων κ.α.
19. Ανάπτυξη δεξιοτήτων της οικογένειας
20. Συνοδεία παιδιών στο σχολείο (έντονη σχολική φοβία)
21. Τηλεφωνικές επικοινωνίες με γονείς (διαθεσιμότητα στο να ακούονται οι γονείς για στήριξη και άλλες απαραίτητες παρεμβάσεις).

3. Διασυνδεδετική Συμβουλευτική Υπηρεσία

Η διασυνδεδετική εργασία είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις νοσηλείας παιδιών/εφήβων σε μη ψυχιατρικούς χώρους, για αντιμετώπιση και χειρισμό δύσκολων περιπτώσεων.

Η διασυνδεδετική εργασία περιλαμβάνει:

1. Στήριξη παιδιών/εφήβων και της οικογένειάς τους
2. Καθημερινή ενημέρωση για την εξέλιξη της κατάστασης των παιδιών/εφήβων
3. Αξιολόγηση βιοψυχοκοινωνικών αναγκών
4. Ενημέρωση της Δ.Ο.
5. Εποπτεία, αξιολόγηση, επαναξιολόγηση
6. Διδασκαλία προσωπικού
7. Βελτίωση των σχέσεων του προσωπικού με τους πελάτες και μεταξύ τους

4. Διαπολιτισμική φροντίδα υγείας

Τα τελευταία χρόνια στις ΥΨΥ παιδιών και εφήβων, υπάρχει μεγάλος αριθμός παραπομπών από μετανάστες, αιτητές πολιτικού ασύλου, η παιδιών που ένας εκ των δυο γονιών του είναι κύριος. Μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία του παιδιού η παρέμβαση σε κρίση με άμεση κοινοτική επίσκεψη.

1. Οι λειτουργοί πρέπει να είναι πολιτισμικοί ευαίσθητοι, να σέβονται τη διαφορετικότητα.
2. Πολιτισμική αξιολόγηση
3. Αξιολόγηση του βαθμού της πολιτισμικής προσαρμογής του ατόμου

Νοσηλευτική στον τομέα των Τοξικοεξάρτησεων

Οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλες τις μονάδες Τοξικοεξάρτησης και ανάλογα με την ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών, ασκούν διάφορους ρόλους και αναλαμβάνουν ειδικευμένα καθήκοντα τα οποία απαιτούν ειδικευμένες γνώσεις. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους νοσηλευτές στις διάφορες μονάδες Τοξικοεξάρτησης είναι:

Αξιολόγηση

1. Ο νοσηλευτής αξιολογεί το άτομο στην πρώτη φάση του προγράμματος με την χρήση εργαλείων αξιολόγησης (ανάλογα του προγράμματος όπου εργάζεται) όπως το EuroPASI, το TDI, ΔΕΜΑ , το ADAD) αλλά και άλλα έντυπα νοσηλευτικής αξιολόγησης π.χ. το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.
2. Η αξιολόγηση είναι πολυδιάστατη και αφορά στη βιολογική κατάσταση του ατόμου, την συναισθηματική και ψυχική του κατάσταση καθώς επίσης και το βαθμό λειτουργικότητας αλλά και το αίτημα θεραπείας.
3. Ο νοσηλευτής καθοδηγεί, κινητοποιεί και παραπέμπει το άτομο στις κατάλληλες μονάδες υγείας για εξετάσεις αίματος βιοχημικού και μολυσματικού έλεγχου.

1. Διασυνδεδετική Νοσηλευτική Υπηρεσία

1. Ευαισθητοποίηση της κοινότητας για μείωση των αντιδράσεων και την αποδοχή των ατόμων στο χώρο του προγράμματος και την ενίσχυση της συνεργασίας με στόχο την αποφυγή της περιθωριοποίησης.
2. Ενημέρωση άλλων συναφών υπηρεσιών με στόχο τη δικτύωση και την καλύτερη συνεργασία.
3. Διασυνδεδετική εργασία σε περιπτώσεις παραπομπής η αιτήματος γνωμάτευσης από άλλες ειδικότητες.

2. Συντονιστικός νοσηλευτικός ρόλος

Μετά την πρώτη αξιολόγηση του ατόμου και την ένταξη του, Ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, αναλαμβάνει

1. Το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου (σε ποιες ομάδες θα συμμετέχει το άτομο, τον χρόνο θεραπείας του, τον αριθμό των ατομικών συναντήσεων, την πιθανή παραπομπή του, κ.α.)
2. Συντονίζει την θεραπευτική προσπάθεια και οργανώνει τις παρεμβάσεις από τους νοσηλευτές και τις άλλες ειδικότητες.
3. Επαναξιολογεί και αναθεωρεί σε συχνά τακτικοί διαστήματα τον θεραπευτικό σχεδιασμό του ατόμου. Παρακολουθεί τη βελτίωση της θεραπευτικής του προσπάθειας και ενημερώνει τη Διεπαγγελματική Ομάδα.
4. Έχει την ευθύνη της καταγραφής της κλινικής πορείας στον ατομικό φάκελο.
5. Κινητοποιεί το άτομο στην εξεύρεση εργασίας και στην εξεύρεση χώρου διαμονής όπου είναι αναγκαίο. Ενισχύει το άτομο για ανάπτυξη σχέσεων με το στενό του οικογενειακό περιβάλλον.
6. Εκπαιδεύει το άτομο και την οικογένεια του.
7. Συνοδεύει το άτομο σε αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες όπως (Θέατρο, bowling, ποδόσφαιρο κ.α.), δημιουργώντας τις συνθήκες ανάπτυξης ενός υγιούς τρόπου ζωής με τεχνικές εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες.

A. Προγράμματα εφήβων

Στα προγράμματα εφήβων ο νοσηλευτής παρεμβαίνει με

1. Ψυχοεκπαίδευση και παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης σε έφηβους χωρίς αίτημα αποχής ή ένταξης σε πρόγραμμα (ομάδα γνωριμίας)
2. Πρόγραμμα Fred Goes net (αξιολόγηση περιπτώσεων και συντονισμός ομαδικής παρέμβασης)
3. Διαχείριση Ανοικτής Τηλεφωνικής Γραμμής

4. Αξιολόγηση οικογένειας μέσω POSIP (Problem Oriented Screening Instrument for Parents) και μέσω του FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)
5. Συμβουλευτική γονιών (ζεύγος) και ατομική συμβουλευτική γονιών
6. Ομαδική συμβουλευτική γονιών
7. Ψυχοεκπαίδευση γονιών και εκπαίδευση σε ανάπτυξη επικοινωνίας και γονικών δεξιοτήτων

B. Υπηρεσίες που προσφέρει ο Νοσηλευτής σε εξωτερικά προγράμματα Απεξάρτησης Παράνομων ουσιών, Αλκοόλ, Τυχερά παιχνίδια.

1. Αξιολόγηση και παραπομπή των ατόμων σε θεραπευτικοί προγράμματα νόμιμων και παράνομων ουσιών για αποτοξίνωση και απεξάρτηση.
2. Συντονισμό της Ομάδας Ενημέρωσης και Προετοιμασίας για παραπομπή σε Θεραπευτικοί Προγράμματα για Αποτοξίνωση και Απεξάρτηση από παράνομες ουσίες και σε ειδικότητες.
3. Λήψη και ανάλυση ούρων για ανίχνευση ουσιών με πενταπλό test και Συντονισμό της Ομάδας Στήριξης για Απεξάρτηση από το Αλκοόλ.
4. Συντονισμό των Ομάδων Στήριξης για αποχή από παράνομες ουσίες και της Ομάδας Απεξάρτησης από τυχερά παιχνίδια.

Γ. Υπηρεσίες των νοσηλευτών στα προγράμματα θεραπείας/επανάταξης

Συντονισμός θεραπευτικών ομάδων

Ο νοσηλευτής συντονίζει:

Την ομάδα προετοιμασίας

Αναπτύσσει και ενισχύει τα προσωπικά κίνητρα του ατόμου για διατήρηση και ενίσχυση της αποχής.

Την ομάδα Πρόληψης Υποτροπής

1. Βοηθά το άτομο να αναγνωρίσει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου.

2. Αναπτύσσει συνεργασία με το άτομο, για προσωπικό σχέδιο αντιμετώπισης έκτακτης κατάστασης και κατάστασης υψηλού κινδύνου.

Την Ομάδα Θεραπείας ή και Συμβουλευτικής

1. Υποκινεί το άτομο να αναγνωρίσει δυσλειτουργικές συμπεριφορές.
2. Φέρνει το άτομο σε επαφή και αναγνώριση αρνητικών συμπεριφορών, με την χρήση του εργαλείου προσομοίωσης.
3. Ενισχύει την έκφραση των συναισθημάτων, το μοίρασμα των εμπειριών και απόψεων καθώς και την ενδυνάμωση του αισθήματος του ανήκειν μεταξύ των μελών.

Την Ομάδα κινητοποίησης

Βοηθά το άτομο να μετρήσει τα θετικά της αποχής και τα αρνητικά της χρήσης, ενισχύοντας τα θετικά της αποχής, με τη χρήση του εργαλείου ανάπτυξης και ενίσχυσης προσωπικών κινήτρων για αλλαγή.

Την Ομάδα Στήριξης Συγγενών και Φίλων

1. Ενημερώνει την οικογένεια και τους φίλους για την εξάρτηση και όλα τα συνεπακόλουθα της.
2. Ενημερώνει για την υποτροπή και εκπαιδεύει τους συγγενείς και φίλους.
3. Παρακολουθεί τη συνέχεια της θεραπευτικής προσπάθειας και ενημερώνει τη διεπαγγελματική ομάδα.
4. Προωθεί τα θεραπευόμενα μέλη στο προγράμματος Οικονομικής
5. Ενίσχυσης Πρώην Εξαρτημένων Ατόμων του Γραφείου Ευημερίας.
6. Ενημερώνεται από λειτουργό του Γραφείου Ευημερίας για την πορεία της οικονομικής Ενίσχυσης.
7. Διασύνδεει τα άτομα με εργοδότες και προγράμματα εκπαίδευσης του ΚΕΠΑ με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση τους.

Δ. Νοσηλευτικές υπηρεσίες στις μονάδες μείωσης της βλάβης

Ο νοσηλευτής προσφέρει

1. Αξιολόγηση φυσικής κατάστασης ζωτικών σημείων και όπου χρειάζεται περιποίηση πληγών από ενδοφλέβια χρήση, ενημέρωση σε θέματα προσωπικής υγιεινής.
2. Χορήγηση συριγγών και βελόνων και άλλου εξοπλισμού για ασφαλή χρήση.
3. Χορήγηση προφυλακτικών.
4. Συντονισμό ομάδας ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα ασφαλούς χρήσης, ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς και τρόπους αποφυγής μόλυνσης και μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών.
5. Αξιολόγηση για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων υπερβολικής δόσης και παραπομπή στις Α' Βοήθειες.
6. Παραπομπές σε ειδικότητες (π.χ. πνευμονολόγο, ηπατολόγο, οδοντίατρο, παθολόγο).

Ε. Νοσηλευτικές υπηρεσίες στα προγράμματα υποκατάστασης απιοειδών

Χορήγηση φαρμάκων ΟΠΑ - βουπρενορφίνη από νοσηλευτές

1. Χορήγηση υποκατάστατων φορμάικων με βάση αυστηρά πρωτόκολλα.
2. Αξιολόγηση πριν τη χορήγηση που αφορά στη βιολογική διάσταση (ζωτικό σημεία) αλλά και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου.
3. Επαναξιολόγηση μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

Ομάδα Στήριξης

1. Ανάπτυξη κινήτρων για επανέναρξη της χορήγησης των υποκατάστατων.
2. Παρακολούθηση της κλινικής εικόνας και παθολογικών προβλημάτων που πιθανόν να προέκυψαν λόγω χρήσης.

3. Ενημερώνει για τους κανονισμούς, τη λειτουργία του προγράμματος και τη διαδικασία εισαγωγής (κάρτα νοσηλείας κλπ).
4. Προσανατολισμός και εξοικείωση με το Πρόγραμμα.

Ομάδα Διαχείρισης Υποτροπής

1. Στόχος είναι η διακοπή της χρήσης και η συνέχιση της θεραπείας. χρησιμοποιεί ημιδομημένο εργαλείο πρόληψης υποτροπής το οποίο έχει διαμορφωθεί ανάλογα και εφαρμόζεται σε πέντε συναντήσεις.

Ομάδα Εκπαίδευσης

Εκπαίδευση των θεραπευόμενων σε θέματα υγείας (ψυχικής ή σωματικής) με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο νοσηλευτής έχοντας το ρόλο του εκπαιδευτή/καθοδηγητή διαχειρίζεται το υλικό της Ομάδας έτσι ώστε να βελτιωθεί η γνώση των θεραπευόμενων μέσα από βιωματικές τεχνικές.

Έλεγχος ούρων και Alco test

1. Ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη της λήψης ούρων και της διαδικασίας της ανάλυσης με test ανίχνευσης ουσιών καθώς επίσης της ανακοίνωσης και διαχείρισης του αποτελέσματος του test. Ανάλογα αφορά και το αλκοόλ.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα προγράμματα θεραπείας αλκοόλ

1. Παροχή 24ωρης νοσηλευτικής φροντίδας
2. Αντιμετώπιση εκδήλωσης πιθανού Συνδρόμου Στέρησης
3. Αξιολόγηση και παρακολούθηση στερητικών συμπτωμάτων και ανάλογη αντιμετώπιση τους. Ίκανοποίηση των αυξημένων αναγκών του συνδρόμου όπως: χορήγηση υγρών και φαγητού, λήψη ζωτικών σημείων, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αυτομέριμνα και προσανατολισμός
4. Συντονισμός ομάδας αυτοβοήθειας
5. Διαχείριση 24ωρης γραμμής επικοινωνίας
6. Λήψη αίματος - αιματολογικές εξετάσεις

7. Συνοδεία στο Γ.Ν.Α. για παθολογικά προβλήματα
8. Έλεγχος ούρων, αίματος, αναπνοής για ανίχνευση ουσιών αλκοόλ. (Υπουργείο Υγείας 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

2.1 Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου ως αίτιο ανεπιθύμητων κοινωνικών και σωματικών ενεργειών έχει επισημανθεί σε σημαντικό αριθμό δημοσιεύσεων, τόσο στην ελληνική, όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι διαταραχές χωρίζονται σε δύσπνοιες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στη διάρκεια, την ποιότητα και τη χρονική στιγμή του ύπνου (πρωτοπαθής αϋπνία και υπερυπνία, ναρκοληψία, υπνική άπνοια και υπνική διαταραχή κικκάδιου ρυθμού) και σε παρυπνίες, που είναι ασυνήθιστες εμπειρίες ή συμπεριφορές οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου (διαταραχή υπνικού τρόμου, υπνοβασία, διαταραχή εφιαλτικών ονείρων) (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Ο ρυθμιστής του ημερήσιου κύκλου ύπνου/εγρήγορσης είναι το κικκάδιο σύστημα, μέσω ερεθίσματος που δημιουργείται από το φως στον αμφιβληστροειδή και μεταφέρεται στον υποθάλαμο και συγκεκριμένα στους υπερχιασματικούς πυρήνες που αποτελούν το ρυθμιστικό κέντρο. Οι ενδογενείς διαταραχές του κικκάδιου ρυθμού είναι υπεύθυνες για τη διαμόρφωση των προτιμήσεων κάθε ατόμου για το μέρος της ημέρας που επιλέγει για τις δραστηριότητές του (πρωινός ή βραδινός τύπος) (Borbely et al., 1992).

Επίσης, εκτός από το κικκάδιο σύστημα ως ρυθμιστής του ημερήσιου ύπνου, υπάρχει και η ομοιοστατική ώθηση προς τον ύπνο, όπου συμβαίνει όταν συσσωρευμένες ώρες εγρήγορσης παράγουν μια συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για ύπνο. Αυτά τα δύο συστήματα ελέγχου - το κικκάδιο και το ομοιοστατικό συνεργάζονται αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους ώστε να διατηρηθεί ο κύκλος. Όταν το κικκάδιο σύστημα πάσχει ή η συμπεριφορά του ατόμου αλλάζει ως προς τον κικκάδιο ρυθμό, τότε τα δύο αυτά συστήματα παύουν να συνεργάζονται. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι σε βάρδιες προσπαθούν να παραμείνουν ξύπνιοι τη νύκτα χωρίς την υποστήριξη ενός σήματος από τον εγκέφαλο που να προωθεί την εγρήγορση (Drake, 2010).

Σε κυκλικό ωράριο και ειδικά στη νυχτερινή βάρδια η πρώτη λειτουργία που διαταράσσεται είναι ο κύκλος του ύπνου, ο οποίος υφίσταται αλλαγή στην ποιότητά του και μείωση στη διάρκεια, αφού όταν ο Νοσηλευτής εργάζεται πρωινή βάρδια αναγκάζεται να ξυπνήσει νωρίς το πρωί. Επίσης, όταν ο νοσηλευτής εργάζεται νυχτερινή βάρδια, αντιστρέφεται πλήρως ο κύκλος ύπνος/εγρήγορση και υπάρχει μεγάλη δυσκολία αναπλήρωσης του χαμένου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας (Giovanpi, 1996). Η διαταραχή της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου ως αίτιο ανεπιθύμητων κοινωνικών και σωματικών ενεργειών έχει επισημανθεί σε σημαντικό αριθμό δημοσιεύσεων, τόσο στην ελληνική, όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Το συχνό κυκλικό ωράριο βαρδιών οδηγεί σε συμπτώματα όπως υπνηλία ή αντίθετα αϋπνίες, διαταραχές της διάθεσης και αδιαθεσία. Σε μεγάλο χρονικό διάστημα, αυτές οι διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές και μόνιμες επιπλοκές του νευρικού συστήματος, όπως είναι η χρόνια κόπωση, η αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου, η μόνιμη κατάσταση άγχους και κατάπτωσης (Παπαδημητρίου, 2002). Οι νοσηλευτές αναφέρουν κυρίως νευρικότητα και κόπωση. Η κόπωση έχει άμεση σχέση με το είδος της βάρδιας ανεξάρτητα από τη διάρκειά της. Επίσης, συχνά αναφέρονται και για συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βρετανία, το 80% των νοσηλευτών υποφέρουν από συμπτώματα συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) που φτάνουν σε μέτριο ή σοβαρό βαθμό. (Αδαλή, 2000).

Σε μελέτη των Admi et al. που διεξήχθη σε ομάδα νοσηλευτών σε πανεπιστήμιο του Ισραήλ το 2008, όπου επιδίωξε να διερευνήσει αν υπάρχουν διαφορές στην επίπτωση της νυχτερινής βάρδιας στην υγεία των νοσηλευτών ανδρικού και γυναικείου φύλου, αλλά και μεταξύ υποομάδων εργαζομένων με μεγαλύτερη ή, αντίστοιχα, μικρότερη, ευκολία προσαρμογής στην αλλαγή ωραρίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται με κυκλικό ωράριο εμφανίζουν συχνότερα όλες σχεδόν τις παραμέτρους ενόχλησης από την αποστέρηση ύπνου, εκτός από το ροχαλητό και τη νυχτερινή έγερση. Επίσης, οι γυναίκες αναφέρουν αυξημένη συχνότητα αϋπνίας, έγερση τη νύχτα και πρωινή κεφαλαλγία. Το συμπέρασμα των ερευνητών ήταν ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση και επιβάρυνση των εργαζομένων με κυκλικό ωράριο σχετικά με τον ύπνο τους, όμως αυτή διαφοροποιείται με βάση διάφορες κοινωνικό-οικονομικές παραμέτρους, όπως το φύλο, η προσαρμοστικότητα και η δεκτικότητα για αλλαγή.

Σε αντίστοιχη μικρότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιορδανία το 2008, προκειμένου να μελετηθεί η επίπτωση της νυχτερινής βάρδιας ειδικά σε νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη αναφορά σε έλλειψη ύπνου (ανεπαρκούς ποσότητας), ενώ δεν αναδείχθηκαν σημαντικές μεταβολές σε επίπεδο ποιότητας ύπνου.

Στην Ελλάδα, η Κορομπέλη (2006), επιδίωξε να αποτυπώσει τις επιπτώσεις των Νοσηλευτών που εργάζονται με σύστημα βάρδιας στην Αττική. Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι η επιβάρυνση είναι δυσανάλογα υψηλή για άτομα με μεγαλύτερη ηλικία και χρόνια υπηρεσία, πιθανόν λόγω αυξημένων αρμοδιοτήτων / ευθύνης στο χώρο εργασίας αλλά και λόγω μικρότερων φυσικών αντοχών. Η επιβάρυνση από το νυχτερινό ωράριο ήταν τόσο ψυχοκοινωνική όσο και σωματική, ενώ οι συνέπειες διαρκούν για αρκετές ώρες ή / και ημέρες μετά την κάθε βάρδια. Δόθηκε μεγάλη σημασία από τους ερευνητές στην απώλεια της ποιότητας και ποσότητας ύπνου, καθώς αυτή συσχετίστηκε ισχυρότερα με τις δυσμενείς επιπτώσεις, παρά ο απόλυτος αριθμός νυκτερινών υπηρεσιών ή ο αριθμός ωρών εργασίας. Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας βγαίνουν τα συμπεράσματα ότι η εργασία με κυκλικό ωράριο ανάγει το πρόβλημα της διαταραχής των συνηθειών ύπνου σε πρωτεύον ζήτημα ποιότητας ζωής για τους νοσηλευτές και αυτά τείνουν να συμφωνήσουν με τα συμπεράσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Το πρόβλημα των διαταραχών του ύπνου ως επακόλουθο του κυκλικού ωραρίου εργασίας των νοσηλευτών, γίνεται εύκολα αντιληπτό σε όλες τις παρεμφερείς δημοσιεύσεις και αναφορές από διάφορες αναπτυγμένες χώρες. Καλό παράδειγμα είναι μια κλασική μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία το 1999 η οποία έχει δείξει ότι η νυχτερινή βάρδια επιβαρύνει τους νοσηλευτές σε ό,τι αφορά τη διάρκεια του ύπνου, αλλά και την αποβολή του αισθήματος κόπωσης και υπνηλίας την επόμενη μέρα (Matsumoto et al., 1996). Πανομοιότυπα συμπεράσματα συναντούμε και σε άλλες ανάλογες εργασίες, όπου και σε αυτές τις περιπτώσεις τεκμηριώθηκε η υψηλότερη επίπτωση του προβλήματος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ επίσης υπάρχει κάποιος βαθμός εξοικείωσης / βιολογικής προσαρμογής, με την έννοια ότι σε επαναλαμβανόμενες νυκτερινές βάρδιες ή σε άτομα που ξενυχτούσαν έτσι κι αλλιώς, τα προβλήματα ήταν λιγότερο έκδηλα.

Σε σχετική δημοσίευση από το Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Σουηδίας, αναφέρεται στο κείμενο η απόλυτη ομοιομορφία των συμπερασμάτων όλων των ερευνών ότι η εργασία με το σύστημα βάρδιας συνεπάγεται σε πολύ υψηλή συχνότητα διαταραχές ύπνου και εγρήγορσης. Οι διάφοροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αίτιο είναι η ανατροπή του κικκάδιου ρυθμού λειτουργίας του σώματος και προτείνουν διάφορες «θεραπευτικές» ενέργειες, όπως ο απογευματινός ύπνος πριν τη βάρδια και πολύωρη ανάπαυση αμέσως μετά, με μερική όμως μόνο αποτελεσματικότητα (Akerstedt, 1998).

Η μελέτη των Portela et al. (2004), ξεχωρίζει λόγω της ανάδειξης προστατευτικών μηχανισμών ως προς την ποιότητα του ύπνου από τον περιορισμό της έκθεσης στη νυχτερινή εργασία. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε αυξημένη καταγραφή διαταραχών ύπνου ή συνοδευτικών καταστάσεων όπως εύκολη κόπωση, υπνηλία και κεφαλαλγία-ημικρανία, σε άτομα που εργάζονταν νυχτερινές βάρδιες μικρότερες των 12 ωρών και με μεγάλα μεσοδιαστήματα μέχρι την επόμενη εργασία στη διάρκεια της νύχτας. Ειδικότερα, το σημείο από το οποίο άρχισαν να παρουσιάζονται σημαντικές διαταραχές ύπνου και ψυχοκοινωνικής αναστάτωσης μετρήθηκε στις άνω των 4 βαρδιών νυχτερινής εργασίας σε διάστημα 2 εβδομάδων. Συμπεραίνεται ότι δεν είναι μόνο η στέρηση του ύπνου, αλλά και η όλη κόπωση και εξάντληση από την πολύωρη επαναλαμβανόμενη εργασία χωρίς τη μεσολάβηση εύλογου διαστήματος ανάπαυσης.

Τέλος, μια ακόμη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Βραζιλία το 2006 ανέδειξε μια επιπρόσθετη πτυχή στο ζήτημα της διαταραχής του ύπνου στη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας και τις πιθανές δυσμενείς της επιπτώσεις. Όπως αναφέρεται, μια σημαντική ομάδα νοσηλευτών είχε καθιερώσει σύντομη ανάπαυση στο χώρο εργασίας είτε αμέσως πριν την ανάληψη της βάρδιας είτε σε ήρεμα μεσοδιαστήματα κατά τη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας. Η ομάδα αυτή εμφάνισε σε σημαντικό βαθμό λιγότερο μέσο χρόνο αντίδρασης, λιγότερο χρόνο επιτέλεσης εργασιών στο νοσοκομείο και την οικία και λιγότερο αριθμό σφαλμάτων σε σχέση με την ομάδα που δήλωσε ότι παράμενε διαρκώς σε εγρήγορση (Ribeiro-Silva, 2006).

2.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων

Το φυσικό περιβάλλον του χώρου εργασίας ενός επαγγελματία νοσηλευτή περιβάλλεται από πολλούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως απαιτητικοί ασθενείς, φόρτος εργασίας, πίεση χρόνου, έλλειψη προσωπικού, κυκλικό ωράριο και νυχτερινό ωράριο εργασίας που

όλα αυτά λειτουργούν αθροιστικά μαζί με τη διαταραχή σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Healy, 2000). Πολύ συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει τη δυσαρέσκεια του με διάφορα ψυχοσωματικά και ψυχονευρωτικά συμπτώματα, όπως είναι η κατάθλιψη, το αίσθημα απελπισίας, η χρόνια κόπωση, η συναισθηματική εξουθένωση, ο θυμός, η γνωστική διαταραχή και η νευρωτική συμπεριφορά (Ruggiero, 2003).

Η διαταραχή της σωστής λειτουργίας του κερκάρδιου ρυθμού μπορεί να προκαλέσει αποδιοργάνωση της ψυχοκοινωνικής δομής του εργαζόμενου, με αποτέλεσμα την κατάθλιψη. Σύμφωνα με την έρευνα του Stordeur (2001), υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ εργασίας και εναλλασσόμενων ωραρίων, κατάθλιψης και stress, στο νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως αναφέρουν Embriaco et al. (2007), ο φόρτος εργασίας, η συχνότητα των νυκτερινών ωραρίων εργασίας, το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ημερών ανάπαυσης και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων σχετίζονται με την υψηλότερη βαθμολογία συναισθηματικής εξουθένωσης. Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολούνταν με το σύστημα τριών εναλλασσόμενων ωραρίων ανέφερε περισσότερα συμπτώματα άγχους συγκριτικά με συναδέλφους που εργάζονταν με το σύστημα δύο ωραρίων εργασίας. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό που λάμβανε υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον είχε μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση, λιγότερο stress και ψυχολογική κόπωση (Wilson, 2002).

2.3 Κοινωνικές επιπτώσεις

Η εργασία με το σύστημα βάρδιας διαταράσσει και κατευθύνει τις κοινωνικές συναναστροφές των εργαζομένων και ειδικότερα σε άτομα που απασχολούνται με νυχτερινή βάρδια, καθώς ο εργαζόμενος δυσκολεύεται να έχει ικανοποιητικές σχέσεις με το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον (Παϊκοπούλου, 2001). Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι οι εργαζόμενοι σε πολλές περιπτώσεις αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι από το οικείο περιβάλλον και ανεπαρκείς στην εκπλήρωση των οικογενειακών τους υποχρεώσεων, με συνέπεια ανάπτυξης διαταραχών συναισθημάτων όπως ή χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευερεθιστότητα (Fitzpatrick, 1999).

Αρκετές είναι οι περιπτώσεις νοσηλευτών που εργάζονται με το σύστημα βάρδια να αισθάνονται μειονεκτικά έναντι άλλων προσώπων, όσον αφορά στη δυνατότητα συμμετοχής τους σε οικογενειακές και σε κοινωνικές δραστηριότητες. Επίσης, ο

ελεύθερος χρόνος των νοσηλευτών με κυκλικό ωράριο εργασίας είναι συνήθως στο μέσον της εβδομάδας, όταν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας εργάζονται ή βρίσκονται στο σχολείο και όχι τα σαββατοκύριακα. Επιπλέον, η εργασία σε αργίες ή σαββατοκύριακα προκαλεί μεγάλο βαθμού δυσαρέσκεια στον εργαζόμενο και την οικογένειά του. Επίσης, αρκετές είναι οι περιπτώσεις που εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο ανέφεραν ότι έχουν λιγοστούς φίλους και αρέσκονται σε μοναχικές δραστηριότητες τις ώρες που δεν εργάζονται συγκριτικά με εργαζόμενους με πρωινό ωράριο (Schmieder, 1996).

Σε έρευνα του Presser (2000), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 162 εργαζόμενων στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι η νυκτερινή εργασία αυξάνει της πιθανότητές διάλυσης ενός γάμου και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη γυναίκα. Οι πιθανότητες αυξάνονται όταν υπάρχουν και παιδιά, όπου οι γονείς θα πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλίες πρωταρχικής σημασίας, όπως είναι η προετοιμασία του δείπνου, η ατομική υγιεινή και η προετοιμασία των παιδιών για το σχολείο την επομένη ημέρα. Επίσης, οι περισσότεροι άνδρες δεν είναι σε θέση να αναλάβουν τέτοιες ευθύνες συγκριτικά με τις γυναίκες και βρίσκουν τη φροντίδα των παιδιών ως μια στρεσογόνο ή πιθανόν και ανεπιθύμητη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα λύσης του γάμου.

Όπως αναφέρει η Madide (2003), η συνεχής νυκτερινή εργασία συνοδεύεται με αυξημένο βαθμό άγχους και ψυχοκοινωνικής πίεσης, καθώς και ευρήματα σωματικής εξάντλησης και καταπόνησης, ειδικά σε περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται ανάγκη επανειλημμένης νυκτερινής εργασίας για αρκετές φορές τον ίδιο μήνα. Παρά το μικρό μέγεθος της μελέτης, χαρακτηρίζεται αρκετά σημαντική αφού φαίνεται να υποδεικνύει μια απευθείας αναλογία μεταξύ του πραγματικού χρόνου νυκτερινής εργασίας και του κινδύνου επιπλοκών από την ψυχική, οικογενειακή ή κοινωνική σφαίρα.

2.4 Σωματικές επιπτώσεις

Παρόλο που η βιβλιογραφία για τη συσχέτιση του κυκλικού ωραρίου και των σωματικών προβλημάτων υγείας δεν είναι το ίδιο πλούσια όσο για τα προηγηθέντα κεφάλαια, παρ'όλα αυτά, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σωματική εξουθένωση και η καταπόνηση των ατόμων που εργάζονται με κυκλικό ωράριο και ειδικότερα σε νυκτερινές βάρδιες προεκτείνεται σε μετρήσιμες μεταβολές – παρενέργειες στα διάφορα ζωτικά όργανα (Ιωάννου, 2005)

Η εγρήγορση και η ανάπαυση είναι μια συμπεριφορά του οργανισμού που αντανακλά άμεσα τη λειτουργία των βιολογικών ρυθμών (αναπνευστική, καρδιαγγειακή, πεπτική, νεφρική) που λαμβάνουν χώρα σε διάστημα 24 ωρών (Giovanni, 1996).

Η διατάραξη του οργανισμού επηρεάζει την ικανότητά του ανθρώπου για εργασία, ενώ έρευνες αναφέρουν συμπτώματα μεγαλύτερης ή μικρότερης έκτασης που αφορούν το καρδιαγγειακό, το πεπτικό σύστημα και τις διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες (Παπαδημητρίου, 2002).

Το κυκλικό ωράριο προκαλεί stress που μπορεί να έχει άμεση επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα είτε με άμεσους, είτε με έμμεσους μηχανισμούς. Οι άμεσοι μηχανισμοί αφορούν τους νευρο-ορμονικούς και νευροφυτικούς, που προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και κορτιζόλης και επιδρούν στο καρδιακό ρυθμό, στην αρτηριακή πίεση, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και στο μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων. Οι έμμεσοι μηχανισμοί αναφέρονται στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, όπως είναι οι διατροφικές συνήθειες, οι ώρες ύπνου καθώς επίσης και το κάπνισμα (Παπαδημητρίου, 2002).

Σε μελέτη που διεξυχθήκε στην Ιαπωνία, αποδείχθηκε η θετική συσχέτιση μεταξύ του εναλλασσόμενου ωραρίου και των καρδιαγγειακών νόσων. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι οι εναλλασσόμενες βάρδιες σχετίζονται άμεσα με την επιμήκυνση του QTc διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Το QTc είναι προγνωστικό σημείο του κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο σε άτομα που ήδη πάσχουν από θρόμβωση στο μυοκάρδιο, ενώ ανωμαλία στο QTc παραπέμπει σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας (Murata, 1999).

Σε εργασία η Kunnert το 2007, αναφέρει σαφή συσχέτιση της νυχτερινής εργασίας με υψηλότερες τιμές BFI, μια διαπίστωση που υποδηλώνει και αυξημένο κίνδυνο για κόπωση, εξάντληση και αδυναμία σε νοσηλευτές που υπόκεινται συχνά σε καθήκον νυχτερινής βάρδιας.

Σε πανομοιότητα συμπεράσματα είχε καταλήξει και μια παλαιότερη έρευνα των Lindborg & Davidhizar το 1993, οι οποίοι ανέδειξαν σαφή συσχέτιση εκδήλωσης συνδρόμου υπερκόπωσης με τον ολικό χρόνο εργασίας, αλλά επιπλέον, κατέστη σαφές ότι τα άτομα εκείνα με την πιο μακροχρόνια εργασία κατά τις νυχτερινές ώρες είναι εκείνα που

εμφανίζουν και τη μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης / εξάντλησης στο κοντινό μέλλον.

Αξιοσημείωτης αναφοράς είναι η μικρής έκτασης μελέτη της Γκριζιώτη το 2010, η οποία ανάδειξε ότι οι σωματικές επιπτώσεις της νυχτερινής εργασίας συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα. Η μείωση των αντανακλαστικών και του επιπέδου εγρήγορσης φαίνεται ότι κατέχουν κεντρικό παθο-φυσιολογικό ρόλο, χωρίς να αποκλείεται η εμπλοκή και άλλων συστημάτων (αισθητήρια όργανα, μυς).

Επίσης, μελέτες έχουν αποδείξει τον αυξημένο επαγγελματικό κίνδυνο των νοσηλευτριών λόγω εργασίας με το σύστημα βάρδιας. Η εργασία με κυκλικό ωράριο μεταβάλλει την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και επηρεάζει τους αναπαραγωγικούς μηχανισμούς (Totterdell, 1995).

Σύμφωνα με την έρευνα των Biggi et al., (2008), έδειξαν ότι σε εργαζόμενους με το σύστημα βάρδιας απαντώνται συχνότερα τα διαγνωστικά κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου, ενώ εμφανίζουν σταθερά υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος. Σε παρόμοια μελέτη βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι με το σύστημα βάρδιας εμφανίζουν συχνότερα πεπτικό έλκος και συμπτώματα από το γαστρεντερικό, όπως δυσκοιλιότητα και διάρροια. Τόσο οι γαστρεντερικές διαταραχές, όσο και οι διαταραχές του μεταβολισμού, αποδίδονται στα γεύματα σε ασυνήθιστες ώρες και τις γαστρικές εκκρίσεις στο μέσο της νύχτας που διαταράσσουν τον φυσιολογικό ρυθμό ενζυμικής δραστηριότητας και στην αυξημένη κατανάλωση καφέ και οινοπνευματωδών που παρατηρείται σε αυτή την κατηγορία εργαζομένων (Drake et al., 2004).

Τέλος,, στην Ελλάδα έχει αναλυθεί μια πολύ πρόσφατα δημοσιευμένη εργασία των Κορομπέλη και Σουρτζή το 2010 που επιδίωξε τη σύνδεση κυκλικού ωραρίου εργασίας των νοσηλευτών με τις δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική υγεία. Στη μελέτη αυτή, οι ερευνητές εξάντλησαν τα διαθέσιμα δεδομένα σε όλες τις βάσεις δεδομένων, προκειμένου να εξεταστεί αν ο κεντρικός σχεδιασμός του προγράμματος απασχόλησης με βάση τις αρχές της ισότιμης κατανομής των βαρών και της κυκλικής εναλλαγής ωραρίου μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση του ποσοστού ανεπιθύμητων συμβάντων. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι καμία παρέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει πλήρως τις δυσμενείς επιπτώσεις της νυχτερινής εργασίας αλλά ένας προσεκτικός προγραμματισμός μπορεί να τις περιορίσει σε σημαντικό βαθμό.

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας αναφέρουν ότι το στρες που αναπτύσσεται λόγω του κυκλικού ωραρίου οδηγεί συχνά τους νοσηλευτές σε συμπεριφορές και στάσεις, όπως διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση οινοπνεύματος, έλλειψη σωματικής άσκησης καθώς και χρήση καπνού, οι οποίες συχνά δημιουργούν προβλήματα στο καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν Kivimäki et al., (2001), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο ήταν πιο πιθανό να είναι υπέρβαρες και καπνίστριες σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονταν σε ημερήσιες βάρδιες αποκλειστικά.

2.5 Τροχαία δυστυχήματα

Οι νοσηλευτές καλούνται καθημερινά να προσφέρουν σε 24ωρη βάση υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Όμως η αποδιοργάνωση που κερκαδιανού ρυθμού σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια ύπνου και την κόπωση λόγω του κυκλικού ωραρίου, τοποθετούν τους νοσηλευτές σε ομάδα υψηλού κινδύνου πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων. (Blachowicz, 2006).

Όπως αναφέρουν οι Dorrian et al. διαπιστώθηκε υπνηλία και κόπωση κατά την οδήγηση μετά από νυκτερινή εργασία, με αποτέλεσμα να προκληθούν ατυχήματα ή παρ' ολίγον ατυχήματα. Μάλιστα σε άλλες έρευνες, αναφέρουν ότι ο κίνδυνος πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων κατά την μετάβαση των νοσηλευτών στο σπίτι μετά από νυκτερινή εργασία είναι αυξημένος σε συγκεκριμένες κατηγορίες νοσηλευτών, όπως οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Surani, 2008)

Σε έρευνα των Novak και Auvil, σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ με το σύστημα Βάρδιας ανέφεραν τροχαίο ατύχημα ή παρ' ολίγον ατύχημα κατά τη μετακίνησή τους από και προς την εργασία.

Αναφορικά με την έρευνα της Gold et al. που έχει σκοπό τη συσχέτιση μεταξύ του κυκλικού ωραρίου και των ατυχημάτων που έχουν σχέση με υπνηλία, σε νοσηλευτές, ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν με σύστημα βάρδιας είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε ατύχημα ή σε παρ' ολίγον ατύχημα σε σχέση με τους νοσηλευτές που δεν εργάζονταν νυκτερινό ωράριο.

Σε προοπτική μελέτη των Scott et al., στην οποία συμμετείχαν 895 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι από τους 596 νοσηλευτές που παρουσίασαν υπνηλία κατά την οδήγηση, το 21% είχε τουλάχιστον ένα τροχαίο ή παρ' ολίγον τροχαίο ατύχημα. Η υπηρεσία σε νυκτερινό ωράριο και η υπνηλία κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας αύξησε κατά πολύ την πιθανότητα οδήγησης σε κατάσταση υπνηλίας.

Αντίστοιχα, σε πειραματική μελέτη των Blachowicz και Letizia (2006) που διεξήχθη στη Σουηδία με τη βοήθεια εξομοιωτών οδήγησης, διαπιστώθηκε ότι η οδήγηση μετά από νυκτερινή εργασία είχε άμεση σχέση με την πρόκληση ατυχημάτων, με αναλογία 18 προς 2 ατυχήματα στην ομάδα ελέγχου που εργαζόταν σε πρωινό ωράριο.

Επίσης, και πάλι σε πειραματική έρευνα, παρατηρήθηκε ότι ο παρατεταμένος χρόνος αϋπνίας όπως για παράδειγμα 19 συνεχόμενες ώρες χωρίς ύπνο, μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα οδήγησης που είναι αντίστοιχη με αυτή που παρατηρείται σε οδηγούς με συγκέντρωση οιοπνεύματος στο αίμα της τάξης του 0,05%. Όταν ο χρόνος αϋπνίας ξεπέραν την μια ημέρα, ο χρόνος αντίδρασης και η ικανότητα οδήγησης ήταν αντίστοιχη με εκείνη που παρατηρείται σε οδηγούς με συγκέντρωση οιοπνεύματος στο αίμα της τάξης του 0,1 (Dawson, 1996).

Σε έρευνα των Barger et al. που διεξήχθη σε μεγάλο δείγμα ειδικευόμενων ιατρών στις ΗΠΑ, βρέθηκε να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος μετά από υπερωριακή εργασία, σε σχέση με το φυσιολογικό ωράριο εργασίας. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να κοιμηθούν κατά τη διάρκεια της οδήγησης, όταν οι εργαζόμενοι είχαν περισσότερες από πέντε εφημερίες το μήνα.

Σε παρόμοια έρευνα, που μελετήθηκε η επίπτωση της υπερωριακής εργασίας σε αναισθησιολόγους και ιατρούς επειγόντων, έδειξε ότι το 17% του δείγματος ανέφερε τουλάχιστον ένα ατύχημα λόγω υπνηλίας κατά τη μετάβαση του στο σπίτι μετά από εφημερία (Dorrigan et al., 2008).

Στο κεφάλαιο αυτό ασχοληθήκαμε με τη διερεύνηση της σχέσης που μπορεί να έχει η εργασία με το σύστημα βάρδιας στην εμπλοκή των νοσηλευτών σε τροχαίο ατύχημα, κατά τη μετάβαση τους στο σπίτι μετά από υπηρεσία. Οι κυριότερες αιτίες πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων ήταν η έλλειψη προσοχής, η κόπωση και η υπνηλία. Ειδικά η υπνηλία σχεδόν

σε όλες τις έρευνες προκύπτει να έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στην εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα λόγω του ότι παραβιάζει το φυσιολογικό κύκλο των κινκάρδιων ρυθμών που επιφέρει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και για το λόγο αυτό κρίθηκε αναγκαίο να γίνει μια σύντομη αναφορά σε αυτές.

3.1. Σκοπός και στελέχωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η πρόληψη, θεραπεία και μείωση των επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών αλλά και της κατάχρησης και εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες, αποτελούν τους τομείς δραστηριοτήτων τους. Στελεχώνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τους νοσηλευτές, ψυχολόγους, ψυχιάτρους και εργοθεραπευτές.

3.2. Δομές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Οι δομές των υπηρεσιών, ανάλογα με τον τρόπο νοσηλείας/παροχής υπηρεσιών, χωρίζονται σε δομές εσωτερικής νοσηλείας και σε εξωτερικές δομές (Ετήσια έκθεση Υπηρεσιών, 2009):

3.2.1. Δομές εσωτερικής νοσηλείας

Εσωτερική νοσηλεία ορίζεται η εισαγωγή του θεραπευόμενου σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η διανυκτέρευση του σε αυτό. Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας διαθέτουν έξι τέτοιες δομές, τρεις για ψυχιατρικά περιστατικά δύο για εξαρτημένα σε ψυχοτρόπες ουσίες άτομα και μία για άτομα με ειδικές ανάγκες.

3.2.1.1. Νοσοκομείο Αθαλάσσης

Νοσηλεύονται άτομα με σοβαρά ψυχικά προβλήματα τα οποία εισάγονται υποχρεωτικά ή προαιρετικά, σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου . Ο αριθμός των θεραπευόμενων που βρίσκονταν στο Νοσοκομείο Αθαλάσσης στις 31/12/2013 ήταν 105.

3.2.1.2. Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας και Λεμεσού

Αποστολή τους είναι η παροχή πολύπλευρης φροντίδας σε άτομα που παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών και χρειάζονται βραχυπρόθεσμες θεραπείες με στόχο να ξεπεραστεί η οξεία φάση του προβλήματος. Στεγάζονται στα Γενικά Νοσοκομεία των αντίστοιχων πόλεων και εξυπηρετούν τις αντίστοιχες επαρχίες, αλλά και τις γύρω. Η εισαγωγή των θεραπευόμενων σε αυτές είναι προαιρετική.

3.2.1.3. Θεραπευτική Μονάδα Εξαρτημένων Ατόμων (ΘΕ.Μ.Ε.Α.)

Απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα στο αλκοόλ αλλά και άλλες νόμιμες ουσίες εξάρτησης, τόσο για σωματική όσο και για ψυχική απεξάρτηση. Η εισαγωγή και νοσηλεία είναι σε εθελοντική βάση.

3.2.1.4. Μονάδα απεξάρτησης ΑΝΩΣΗ

Προσφέρει εσωτερικά προγράμματα σωματικής απεξάρτησης από διάφορες ψυχοτρόπες ουσίες εξάρτησης, εκτός του αλκοόλ. Εφαρμόζει προγράμματα ανάπτυξης κινήτρων και προετοιμασίας ένταξης των ατόμων σε θεραπευτικά προγράμματα τόσο στην ίδια μονάδα όσο και σε άλλες συναφείς δομές για ψυχολογική απεξάρτηση. Η νοσηλεία είναι σε εθελοντική βάση.

3.2.1.5. Άγιος Χριστόφορος

Προσφέρει εσωτερική διαμονή και φροντίδα σε ανήλικα και ενήλικα άτομα με ειδικές ανάγκες που παράλληλα παρουσιάζουν ψυχιατρικά προβλήματα. Βρίσκεται στη Λευκωσία σε σπίτι στην κοινότητα. Ανήκει στο γραφείο ευημερίας και το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται εκεί είναι απόσπαση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3.2.2. Εξωτερικές δομές

Οι εξωτερικές δομές, ως αποτέλεσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποσκοπούν στη μεταφορά της περίθαλψης στην κοινότητα. Μέσα στα πλαίσια αυτά οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανέπτυξαν ένα μεγάλο δίκτυο εξωτερικών δομών τα τελευταία χρόνια.

3.2.2.1. Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, εξωτερικά ιατρεία, συμβουλευτικά κέντρα

Αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην ίδια την κοινότητα, διευκολύνοντας την πρόσβαση των ατόμων και παρέχοντας υπηρεσίες σε διάφορα επίπεδα. Η εύκολη και

έγκαιρη πρόσβαση των χρηστών των υπηρεσιών διευκολύνει την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών έτσι ώστε να μειωθεί ή να εξαλειφθεί η ανάγκη ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

Λειτουργούν πέντε κοινοτικά κέντρα Παγκύπρια για να υπάρχει η όσο το δυνατόν καλύτερη γεωγραφική και πληθυσμιακή κάλυψη (δύο στη Λευκωσία, ένα στη Λεμεσό, ένα στη Λάρνακα/Ελεύθερη Αμμόχωστο και ένα στην Πάφο). Επίσης Παγκύπρια, υπάρχουν δεκαπέντε εξωτερικά Ιατρεία και έξι συμβουλευτικά κέντρα.

3.2.2.2. Κέντρα ημέρας

Τα κέντρα ημέρας είναι ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα με προγράμματα που στοχεύουν στη ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ενταγμένων στην κοινότητα ατόμων, έτσι ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητά τους στο κοινωνικό σύνολο. Βασικός τους στόχος είναι η ενεργή συμμετοχή των ιδίων των ατόμων στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής επανένταξης, η ευαισθητοποίηση και εμπλοκή των εθελοντών, των κοινοτικών παραγόντων και φορέων στα προγράμματα και δραστηριότητες του κέντρου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Λειτουργούν τέσσερα κέντρα ημέρας Παγκύπρια.

3.2.2.3. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι μονάδες αυτές στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων.

3.2.2.4. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους μέχρι 17 ετών, με διάφορες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθώς και στις οικογένειες τους σε Παγκύπρια κλίμακα.

3.2.2.5. Τμήμα φυλακών

Στις Φυλακές προσφέρονται προγράμματα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες αποτελούν επέκταση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Όλοι οι κρατούμενοι έχουν πρόσβαση και δικαίωμα στη χρήση αυτών των Υπηρεσιών και ειδικότερα τα άτομα που εισάγονται στη Φυλακή και έχουν ιστορικό με προβλήματα ψυχικής υγείας.

3.2.2.6. Δομές πρόληψης/απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες χωρίς εσωτερική νοσηλεία:

1. Κέντρο συμβουλευτικής εφήβων και οικογένειας ΠΕΡΣΕΑΣ: Λειτουργεί στη Λευκωσία και απευθύνεται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες έως 22 ετών οι οποίοι κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή και συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά και στις οικογένειές τους.
2. Συμβουλευτικό κέντρο ΤΟΞΟΤΗΣ: Λειτουργεί στη Λευκωσία και έργο του είναι η αξιολόγηση και προετοιμασία εξαρτημένων ατόμων για εισαγωγή στα τμήματα εσωτερικής νοσηλείας ή αν αυτό δεν είναι εφικτό, η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης επί εξωτερικής βάσης με τελικό στόχο την απεξάρτηση.
3. Μονάδα απεξάρτησης ΓΕΦΥΡΑ: Το Πρόγραμμα προσφέρει στο εξαρτημένο άτομο την ευκαιρία να διακόψει τη χρήση παράνομων ουσιών, με τη χορήγηση υποκατάστατων. Η θεραπεία απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα τα οποία έχουν ένα μακρύ ιστορικό χρήσης, ένα ιστορικό αποτυχημένων προσπαθειών απεξάρτησης και είναι άνω των 22 ετών. Σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία, παρέχεται παράλληλα ψυχοκοινωνική υποστήριξη, διαχείριση της ψυχιατρικής και σωματικής νοσηρότητας και η όσο το δυνατόν μείωση των κοινωνικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Λειτουργεί στη Λευκωσία.
4. Κέντρο πρόληψης και συμβουλευτικής ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ: Παρέχει προληπτικές δράσεις και προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης καθώς επίσης και θεραπευτικά προγράμματα σε έφηβους και νεαρούς μέχρι 22 ετών, χρήστες ουσιών εξάρτησης και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί στη Λεμεσό.
5. Θεραπευτικό πρόγραμμα ΠΥΞΙΔΑ: Το πρόγραμμα απευθύνεται σε εξαρτημένα από παράνομες ουσίες άτομα, με στόχο τη ψυχολογική τους απεξάρτηση και κοινωνική επανένταξη. Το πρόγραμμα λειτουργεί στη Λευκωσία. (Ηρακλέους, 2011).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της έρευνας, είναι η επιστήμη που μελετά και ερευνά μεθοδικά, ενεργητικά, επίμονα και συστηματικά κάθε μορφή γνώσης βάσει εμπειρικών δεδομένων που την επαληθεύουν και τη γενικεύουν ως αλήθεια. Η ιδιαίτερη σημασία της επιστημονικής έρευνας, και της Μεθοδολογίας της Έρευνας, είναι συνυφασμένη με τους κύριους σκοπούς της που συνίστανται στην αναζήτηση και αποκάλυψη της αλήθειας, της γνώσης και της απάντησης σε σημαντικά ερωτήματα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων.

Η έρευνα και η ερευνητική διαδικασία (διάφορα είδη έρευνας, ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι έρευνας, η μεθοδολογία της έρευνας), περιλαμβάνουν τη διατύπωση του προβλήματος (θεωρητικό πλαίσιο, υποθέσεις εργασίας), το πληθυσμό, το χρονικό πλαίσιο αναφοράς, τις μεταβλητές, τη συνάφεια, την εγκυρότητα της έρευνας. μέσα από τη συλλογή δεδομένων, ερωτηματολόγια, τεχνικές ανάλυσης δεδομένων και τέλος τη διατύπωση πρότασης. (Ζαφειρόπουλος, Κ. 2005).

4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Στο πρώτο μέρος της μεταπτυχιακής διατριβής πραγματοποιήθηκε μελέτη συστηματικής ανασκόπησης μικρής κλίμακας, για την θεωρητική τεκμηρίωση του θέματος. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (EMBASE, MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, SCIENCE, PUBMED, BIOMED, E-MEDICINE). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Κυκλικό Ωράριο, νοσηλευτές, επιπτώσεις.

4.2 Ποσοτική Έρευνά

Στο δεύτερο μέρος της διατριβής πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με σκοπό να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Η ποσοτική έρευνα, χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση του ερευνητή να συλλέξει αντικειμενικά και γενικά δεδομένα για κάποιο φαινόμενο και στη συνέχεια να τα αναλύσει μετατρέποντας αυτά τα δεδομένα σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία, ώστε να προβεί σε συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και να παρέχει αντικειμενικές επεξηγήσεις για τα αίτια ή τις σχέσεις μεταξύ

των μεταβλητών, που θα αποτελούν μια αντικειμενική και γενική θεωρία για το φαινόμενο της έρευνας. (Parahoo, 2006)

4.2.1 Σχεδιασμός μελέτης

Η συγκεκριμένη εργασία ήταν μια ποσοτική έρευνα. Μελετήθηκε νοσηλευτικό προσωπικό (N= 180) που εργάζεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και είναι τοποθετημένο σε μονάδες που λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση το οποίο αποτελεί και το κυριότερο κριτήριο επιλογής του δείγματος.

4.2.2 Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους χώρους εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, από τον ίδιο τον ερευνητή μεταξύ Ιανουαρίου - Φεβρουαρίου 2014. Φωτοαντίγραφο των αδειών από το Υπουργείο Υγείας για τη διεξαγωγή της έρευνας δινόταν στους προϊστάμενους του κάθε τμήματος.

Ο κάθε επαγγελματίας είχε στη διάθεσή του ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο είχε προσαρτηθεί το έντυπο συναίνεσης για συμμετοχή στην έρευνα. Συμπλήρωνε μόνος το ερωτηματολόγιο και το τοποθετούσε σε κλειστό φάκελο που διανεμήθηκε παράλληλα με κάθε ερωτηματολόγιο και ακολούθως το έβαζε σε ειδικό κιβώτιο που τοποθετήθηκε από τον ερευνητή στο χώρο/τμήμα εργασίας του. Ο χρόνος που δόθηκε για τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν μία εβδομάδα. Η διαδικασία αυτή αποσκοπούσε στη διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να συμπληρωθούν όσο το δυνατό πιο άνετα και αντικειμενικά τα ερωτηματολόγια. Τα κιβώτια με τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή και από συνεργάτες του στο κάθε τμήμα.

4.2.3 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Το βασικό ερευνητικό εργαλείο ήταν ένα ερωτηματολόγιο (παράρτημα 1) που διανεμήθηκε σε 180 νοσηλευτές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνήτρια Αικατερίνη Αραβανή και τον επιβλέποντα καθηγητή Κο Ανδρέα Παυλάκη σε παρόμοια ερευνητική εργασία που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2013. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις ανοικτού ή κλειστού τύπου και μία σταθμισμένη κλίμακα αποτελούμενη από 8 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Για τη συμπλήρωσή του χρειάζονται περίπου 15 λεπτά.

Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε δεκαπέντε (15) ερωτήσεις που αφορούσαν τα συνήθη δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, σπουδές), τα επαγγελματικά στοιχεία (τμήμα εργασίας, έτη στο επάγγελμα και στο τμήμα, ωράριο εργασίας) και στοιχεία σχετικά με την οδήγηση από και προς το νοσοκομείο (έτη οδήγησης, μεταφορικό μέσο, απόσταση και είδος οδικού δικτύου).

Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε δεκαέξι (16) ερωτήσεις σχετικές με την εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα κατά την μετακίνηση από και προς το νοσοκομείο. Οι μετακινήσεις χωρίζονταν σε δύο χρονικές περιόδους στο παρελθόν. Η πρώτη αφορούσε το τελευταίο έτος και η δεύτερη τα πέντε τελευταία έτη. Για τις δύο αυτές χρονικές περιόδους υπήρχαν ερωτήσεις σχετικές με τη συχνότητα (πόσες φορές), το είδος του ατυχήματος (υλικές ζημιές, τραυματισμοί, θάνατος), το οδικό δίκτυο (πόλης, επαρχιακό, εθνικό κτλ), την φορά κίνησης (προς ή από την εργασία) και τις πιθανές αιτίες του ατυχήματος.

Το τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 5 ερωτήσεις σχετικά με την σεξουαλική τους δραστηριότητα τους τελευταίους έξι μήνες, για δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο (paintball, κυνήγι, extreme sport), αν είναι κάτοχοι πυροβόλου όπλου, το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα, αν έχουν προφυλακιστεί / φυλακιστεί ποτέ μέχρι σήμερα και αν έχουν δικαστεί ποτέ μέχρι σήμερα για ποινικό αδίκημα.

Το τέταρτο τμήμα του ερωτηματολογίου αποτελείτο από μια σταθμισμένη κλίμακα αυτοαξιολόγησης που διερευνά την σχέση των ερωτώμενων με τον ύπνο, την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών - Athens Insomnia Scale (AIS). Η AIS αναπτύχθηκε από τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Αθηνών Κ. Σολδάτο, ο οποίος ήταν εμπειρογνώμονας, αρμόδιος για την σύνταξη των αρχικών διαγνωστικών κριτηρίων για τις διαταραχές ύπνου κατά IDC-10 (WHO, 1992). Κάθε λήμμα της AIS εκτιμάται από 0 έως 3 και η συνολική βαθμολόγηση κυμαίνεται από 0 έως 24. Η Κλίμακα είναι σταθμισμένη για τον ελληνικό πληθυσμό, ενώ η αξιοπιστία της είναι υψηλότερη από 0.85 (Soldatos et al., 2000). Η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης έχει δείξει πως τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 10 (cut off value ≥ 10), αποτελούν κριτήριο διάγνωσης προβλημάτων ύπνου με θετική προγνωστική αξία (positive predictive value – PPV) 90%, ενώ και η αρνητική προγνωστική αξία (negative predictive value – NPV) είναι υψηλότερη από 94% (Soldatos et al., 2003). Η AIS έχει χρησιμοποιηθεί σε κλινικούς πληθυσμούς για την μέτρηση προβλημάτων ύπνου ως

αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο τόσο στην Ελλάδα (Lazaratou et al., 2005), όσο και στο εξωτερικό (Soldatos et al., 2005), (Kass et al., 2003)

4.2.4 Εγκυρότητα ερευνητικού εργαλείου

Η εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου εξετάστηκε από τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου το 2003 σε παρόμοια ερευνητική εργασία. Οι συγγραφείς για την επίτευξη υψηλής εγκυρότητας περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε με βάση διεθνείς μελέτες και με τη συνεργασία του επιβλέποντος καθηγητή. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με πιλοτική εφαρμογή σε 12 νοσηλευτές (8 κυκλικού ωραρίου και 4 πρωινού ωραρίου). Αυτοί συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και ύστερα από δέκα ημέρες τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν ξανά ώστε να μην θυμούνται τις πρώτες απαντήσεις τους. Ακολούθως τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης Kappa και οι τιμές του κυμάνθηκαν μεταξύ 0,85 έως 1, υποδηλώνοντας σχεδόν απόλυτη συμφωνία. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της Κλίμακας AIS, είναι αναγνωρισμένη όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, ενώ το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από αναλυτικές οδηγίες συμπλήρωσης (Αραβανή, 2013)

4.2.4 Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων και διαγράμματα των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση ϵ) όταν οι μεταβλητές είναι συνεχείς. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διάφορων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Στις περιπτώσεις που συγκρίνονταν περισσότερα από δυο ανεξάρτητα δείγματα και αναγνωριζόταν στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης τιμής στην εξαρτημένη, εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη

συγκρίσεις (post hoc). Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

4.2.5 Ηθικές προεκτάσεις

Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε άδεια χορήγησης του ερωτηματολογίου από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου η οποία διαπίστωσε ότι η έρευνα δεν άπτεται θεμάτων βιοηθικής (Παράρτημα 3,4). Ακολούθως, εγκρίθηκε η διεξαγωγή της από τις Νοσηλευτικές και Ιατρικές Υπηρεσίες, του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Αφού το υπουργείο έλαβε γραπτώς τα απαιτούμενα έγγραφα (πρωτόκολλο έρευνας, έγκριση από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, γραπτές άδειες χρήσης των ερωτηματολογίων (παράρτημα 2) κλπ).

Η συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν εθελοντική. Πρώτα ενημερώνονταν για αυτό από τον ίδιο τον ερευνητή αλλά και από το έντυπο συναίνεσης για συμμετοχή που ήταν επισυνημμένο σε κάθε ερωτηματολόγιο. Στο εν λόγω έντυπο, αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας, σε ποιους απευθυνόταν, η εθελοντική συμμετοχή και η διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Επίσης, αναφερόταν ότι τυχόν άρνηση συμμετοχής ή διακοπή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν θα είχε καμία επίπτωση σε αυτούς.

Η έρευνα δεν είχε κανένα οικονομικό κόστος ή επιβάρυνση στις Υπηρεσίες και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν στον ελεύθερο χρόνο των συμμετασχόντων.

4.2.6 Χώρος μελέτης

Η ποσοτική έρευνα διεξήχθη σε 2 επαρχίες της Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία και Λεμεσό. Τοποθετήθηκαν ερωτηματολόγια σε 9 σημεία, στην επαρχία Λευκωσίας, 2 σημεία στην επαρχία Λεμεσού. Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται αναλυτικά οι πόλεις και οι χώροι στους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα ερωτηματολόγια.

| ΠΟΛΗ | ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | ΔΟΜΕΣ | ΘΑΛΑΜΟΣ |
|-------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------|
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 23 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 24 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 34 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 34 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 36 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 37 |
| Λευκωσία | Νοσοκομείο Αθαλλάσας | | Θάλαμος: 21 |
| Λευκωσία | Γενικό Νοσ. Λευκωσίας | Ψυχιατρική Κλινική Λευκωσίας | |
| Λευκωσία | Μακάριο Νοσοκομείο | Τμήμα Εσωτερικής Νοσηλείας Εφήβων | |
| Λεμεσός | Γενικό Νοσ. Λεμεσού | Ψυχιατρική Κλινική Λεμεσού | |
| Λεμεσός | Παλαιό Νοσ. Λεμεσού | Άνωση (Μονάδα απεξάρτησης) | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 180 εργαζόμενους που εργάζονταν στα τμήματα τα οποία επιλέχθηκαν να συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και οι 180 διαμορφώνοντας ένα ποσοστό ανταπόκρισης 100%. Παρακάτω παρουσιάζονται οι πίνακες και τα αποτελέσματα της έρευνας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, από τα 180 άτομα 101 ήταν άνδρες (56,1 %) και τα 79 ήταν γυναίκες (43,9 %). Σχεδόν έξι στους δέκα ήταν έγγαμοι, οι μισοί δηλώσαν ότι έχουν παιδιά, με τη συντριπτική πλειοψηφία να είναι κάτοχοι πτυχίου πανεπιστημίου με ποσοστό (83,9 %). Τέλος, εξαιρουμένου ενός ατόμου όλοι εργάζονται με κυκλικό ωράριο.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

| | N | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Φύλο | | |
| Άνδρας | 101 | 56,1 |
| Γυναίκα | 79 | 43,9 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Άγαμος-άγαμη | 71 | 39,4 |
| Έγγαμος-έγγαμη | 103 | 57,2 |
| Διαζευγμένος-διαζευγμένη | 4 | 2,2 |
| Χήρος-χήρα | 2 | 1,1 |
| Παιδιά | | |
| Όχι | 88 | 49,7 |
| Ναι | 89 | 50,3 |
| Ανώτερο Μορφωτικό επίπεδο | | |
| Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό | 21 | 11,7 |
| Πτυχίο Πανεπιστημίου | 151 | 83,9 |
| Λύκειο | 8 | 4,4 |
| Τμήμα στο οποίο εργάζεστε | | |
| Θαλ 23 | 29 | 16,1 |
| Θαλ 24 | 24 | 13,3 |
| Θαλ 21 | 14 | 7,8 |
| Θαλ 36 | 13 | 7,2 |
| Θαλ 34 | 19 | 10,6 |
| Θαλ14 | 10 | 5,6 |
| TENE | 1 | ,6 |
| Άνωση | 16 | 8,9 |
| Θαλ37 | 13 | 7,2 |
| Ψυχιατρική Κλινική Λευκωσία | 21 | 11,7 |
| Ψυχιατρική Κλινική Λεμεσού | 20 | 11,1 |
| Τι ωράριο εργασίας κάνετε | | |
| Πρωινό | 1 | ,6 |

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία (συνέχεια)

| | N | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|---------------|-----|----------|---------|------------|-----------------|
| Ηλικία | 179 | 24 | 62 | 35.13 | 9.86 |
| ΔΜΣ | 179 | 17.10 | 41.52 | 25.06 | 3.77 |

Ο μέσος όρος ηλικίας είναι 35,13 (ΤΑ. 9.86) με την μικρότερη ηλικία να είναι 24 και την μεγαλύτερη να είναι 62. Παρομοίως ΔΜΣ είχε μέσο όρο 25,6 (ΤΑ 3.77) με το μικρότερο δείκτη να είναι 17.10 και το μεγαλύτερο να είναι 42.52.

Πίνακας 3: Στοιχεία καπνίσματος

| | N | % |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Καπνίζετε; | | |
| Ναι | 61 | 33.9 |
| Όχι | 119 | 66.1 |
| | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
| Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως | 17.70 | 9.79 |

Όπως φαίνεται στο πίνακα 3, δήλωσαν ότι ένας στους τρεις καπνίζουν.

Πίνακας 4: Στοιχεία κατανάλωσης μη-αλκοολούχων ποτών

| | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|--|------------|-----------------|
| Πόσα φλιτζάνια / ποτήρια καφέ, τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα καταναλώνετε σε ένα συνηθισμένο 24ωρο | 3.35 | 1.66 |

Ο μέσος όρος κατανάλωσης φλιτζάνια / ποτήρια καφέ, τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα καταναλώνετε σε ένα συνηθισμένο 24ωρο ήταν 3.35 (ΤΑ. 1,66).

Πίνακας 5: Αριθμός ετών εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα/επάγγελμα

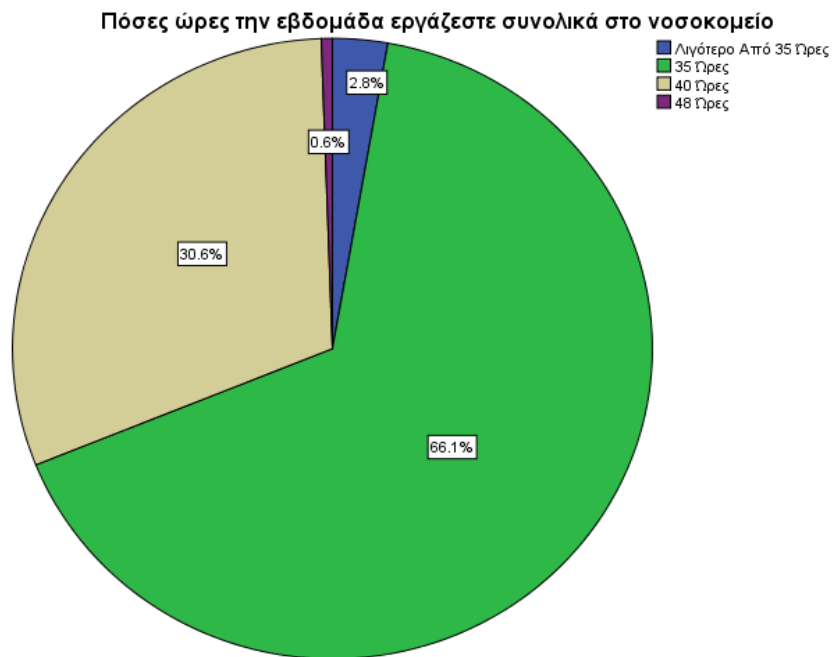
| | N | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|---|----------|-----------------|----------------|-------------------|------------------------|
| Αριθμός ετών εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα | 179 | 1 | 33 | 3.45 | 3.97 |
| Αριθμός ετών εργασίας στο επάγγελμα | 179 | 1 | 40 | 11.04 | 9.89 |

Ο μέσος όρος αριθμός ετών στο συγκεκριμένο τμήμα είναι 3.45 (ΤΑ. 3.97) με τον μικρότερο αριθμό ετών να είναι το 1 και το μεγαλύτερο να είναι 33. Παρομοίως ο αριθμός ετών εργασίας στο επάγγελμα είχε μέσο όρο 11.04 (ΤΑ 9.89) με το μικρότερο αριθμό ετών να είναι 1 και ο μεγαλύτερος να είναι 40. Τέλος να σημειωθεί ότι ένας συμμετέχοντας δεν έχει δήλωση.

Πίνακας 6: Είδος και συχνότητα βάρδιας ανά μήνα

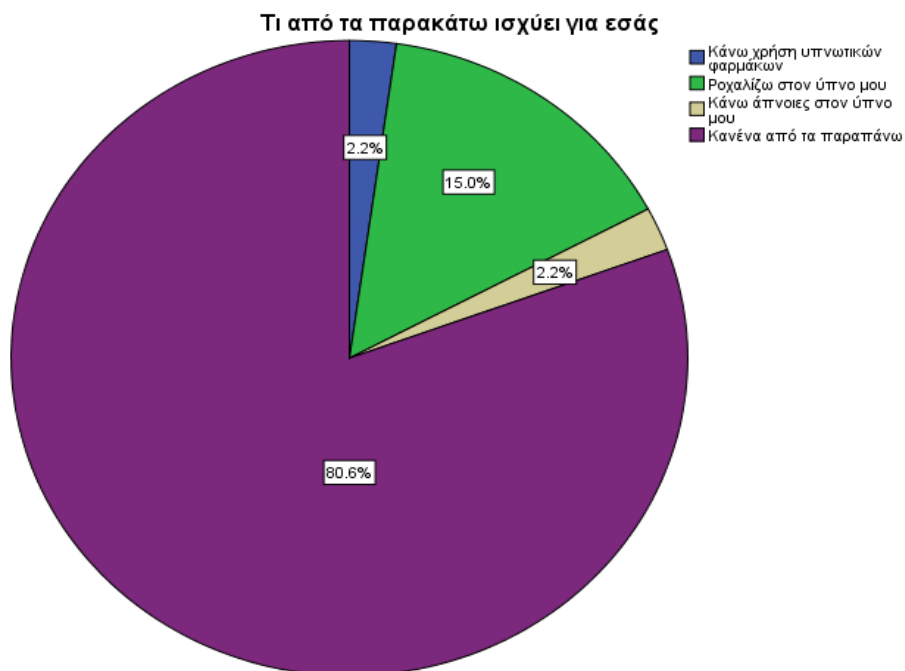
| Αριθμός ανά μήνα | N | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|-------------------------|----------|-----------------|----------------|-------------------|------------------------|
| Πρωινό | 180 | 4 | 26 | 10.72 | 3.09 |
| Απογευματινό | 179 | 2 | 14 | 7.25 | 2.12 |
| Νυχτερινό | 171 | 2 | 8 | 4.09 | .85 |

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 6, μέσος όρος εργασία πρωινής βάρδιας να είναι 10.72 (ΤΑ. 3.09), της απογευματινής βάρδιας να είναι 7.24 (ΤΑ. 2.12) και της νυκτερινής βάρδιας να είναι 4.09 (ΤΑ. .85. Τέλος να σημειωθεί ότι 9 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν εργάζονται νυκτερινή βάρδια.



Διάγραμμα 1: Ώρες εργασίας την εβδομάδα

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ποσοστό 66.1 % δήλωσε ότι εργάζεται 35 ώρες την εβδομάδα και το 30.6 % δήλωσε ότι εργάζεται 40 ώρες την εβδομάδα.



Διάγραμμα 2: Συνήθειες που αφορούν τον ύπνο

Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 2, η πλειοψηφία με ποσοστό 80,6 % δήλωσαν ότι δεν κάνουν χρήση υπνωτικών χαπιών, δεν ροχαλίζουν την νύκτα και ότι δεν έχουν άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου τους. Τέλος, ένα ποσοστό 15 % αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της νύκτας ροχαλίζει.

Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά στοιχεία αναφορικά με την οδήγηση

| | N | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Έχετε δίπλωμα οδήγησης; | | |
| Ναι | 177 | 98,3 |
| Όχι | 3 | 1,7 |

Με συντριπτική πλειοψηφία 98,3 % του δείγματος είναι κάτοχος άδειας οδήγησης.

Πίνακας 8: : Χαρακτηριστικά στοιχεία αναφορικά με την οδήγηση (συνέχεια)

| | N | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|------------------------------|-----|----------|---------|------------|-----------------|
| Πόσα χρόνια οδηγείτε; | 177 | 5 | 41 | 15.75 | 8.59 |

Ο μέσος όρος ετών οδήγησης είναι 15,75 (ΤΑ. 8,59) με το ελάχιστο ετών να είναι 5 και το μέγιστο να είναι 41.

Πίνακας 9: Χαρακτηριστικά στοιχεία αναφορικά με την οδήγηση (συνέχεια)

| | N | % |
|---|-----|------|
| Τι μεταφορικό μέσο οδηγείτε για την μετακίνηση από και προς την εργασία σας: | | |
| Αυτοκίνητο | 170 | 94.4 |
| Μοτοσυκλέτα | 8 | 4.4 |
| Ποδήλατο | 1 | .6 |

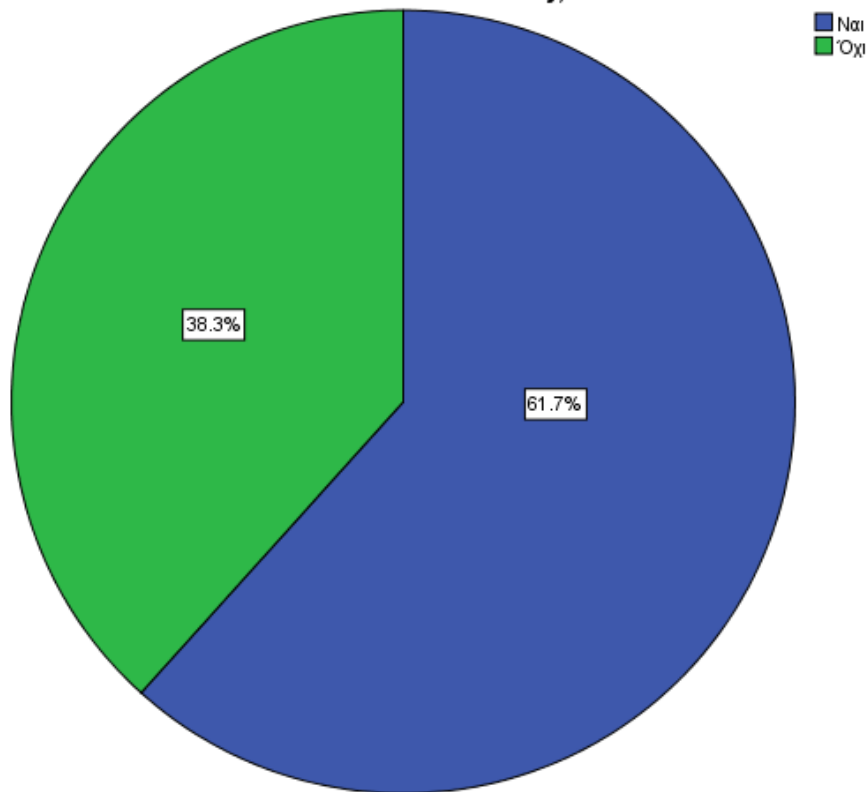
Η συντριπτική πλειοψηφία (94,4 %) δήλωσε ότι χρησιμοποιεί το αυτοκίνητο ως μέσο μετακίνησης από και προς την εργασία.

Πίνακας 10: Απόσταση μέχρι την μετακίνηση από το σπίτι στην δουλεία

| | N | % | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|----|------|--------------------|
| Πόσα χιλιόμετρα διανύετε με το μεταφορικό σας μέσο για να μετακινηθείτε από το σπίτι στην εργασία σας | | | |
| Λιγότερο από 5km | 27 | 15,1 | 15,1 |
| 5-10 km | 60 | 33,5 | 48,6 |
| 11-15 km | 37 | 20,7 | 69,3 |
| 16-20 km | 30 | 16,8 | 86,0 |
| 21-30 km | 17 | 9,5 | 95,5 |
| Περισσότερο από 31 km | 8 | 4,5 | 100,0 |

Σχεδόν επτά στους 10 δήλωσαν για την μετακίνηση τους από το σπίτι στην εργασία διανύουν λιγότερη απόσταση από 15 χιλιόμετρα.

Κινδυνεύσατε να εμπλακείτε σε ατύχημα ερχόμενος ή φεύγοντας από τη δουλειά σας;



Διάγραμμα 3: Συχνότητα παραλίγο ατύχημα

Ποσοστό 61,7 % δήλωσε ότι κατά τη μετακίνηση ή απομάκρυνση από τη δουλειά ότι κινδύνευσαν να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα.

Πίνακας 11: Συχνότητα περιπτώσεων παραλίγο ατυχήματος τον τελευταίο χρόνο

| | N | % |
|---|-------------------|------------------------|
| Αν ναι, πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο; | | |
| 1 | 44 | 40,4 |
| 2 | 30 | 27,5 |
| 3 | 15 | 13,8 |
| 4 | 5 | 4,6 |
| 5 | 8 | 7,3 |
| 6 | 2 | 1,8 |
| 10 | 3 | 2,8 |
| 12 | 1 | ,9 |
| 20 | 1 | ,9 |
| Αν ναι, πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο; | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
| | 2.60 | 2.65 |

Οι περισσότεροι δήλωσαν με ποσοστό 40,4 % ότι κινδύνευσαν να εμπλακούν σε τροχαίο 1 φορά ένα με ποσοστό 27,5 % κινδύνευσε να εμπλακεί 2 φορές.

Πίνακας 12: Ωράριο εργασίας σε σχέση με το παραλίγο ατύχημα

| | N | % |
|--|----|------|
| Τι ωράριο εργασίας είχατε την ημέρα που κινδυνεύσατε με ατύχημα-ατυχήματα | | |
| Πρωινό | 17 | 15,3 |
| Απογευματινό | 14 | 12,6 |
| Νυχτερινό | 51 | 45,9 |
| Πρωινό και νυχτερινό | 18 | 16,2 |
| Δεν θυμάμαι | 11 | 9,9 |

Οι νοσηλευτές με συντριπτική πλειοψηφία (45,9 %) δήλωσαν ότι εργάζονταν νυχτερινό ωράριο την ημέρα του παραλίγο ατυχήματος.

Πίνακας 13: Συσχέτιση ωραρίου με την συχνότητα παραλίγο δυστοχήματος.

| Ωράριο - Φορές | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση | F | Sig. |
|---|------------|-----------------|-------|------|
| 1.Πρωινό ⁽⁴⁾ | 1.35 | .606 | 3.283 | .024 |
| 2.Απογευματινό | 1.79 | 1.19 | | |
| 3.Νυχτερινό | 3.00 | 3.22 | | |
| 4.Πρωινό και νυχτερινό ⁽¹⁾ | 3.83 | 2.96 | | |
| Ο αριθμός σε παρένθεση υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά με την αντίστοιχη κατηγορία | | | | |

Έχει βρεθεί στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ωράριο και τις δηλώσεις που κινδύνευσαν να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα (P. 0.24). Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που εργάζονταν πρωινό και νυχτερινό ωράριο έχουν υψηλότερο μέσο όρο κινδύνου από αυτούς που εργάζονταν μόνο πρωινό.

Πίνακας 14: Συχνότερη αιτία παραλίγο τροχαίου ατυχήματος

| Ποιά πιστεύετε ότι ήταν η αιτία ή οι αιτίες που παραλίγο να προκληθεί το ατύχημα (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις) | Ποσοστό |
|---|--------------|
| Οι κακές καιρικές συνθήκες | 19,3 |
| Η κακή κατάσταση του οδοστρώματος | 7,9 |
| Η περιορισμένη ορατότητα | 8,8 |
| Η κόπωση | 66,7 |
| Η υπνηλία | 50,0 |
| Η κακή κατάσταση του μεταφορικού μέσου | 1,8 |
| Η μειωμένη προσοχή | 33,3 |
| Η χρήση κινητού τηλεφώνου | 6,1 |
| Η συνομιλία με άλλο επιβάτη | ,9 |
| Η κατανάλωση φαγητού ή ποτού | 1,8 |
| Η απασχόληση με την αναζήτηση ραδιοφωνικού σταθμού | ,9 |
| Η κατανάλωση αλκοόλ | ,9 |
| Άγνωστη αιτία | 5,3 |
| Άλλο | 16,7 |
| Σύνολο | 220,2 |

Οι συχνότερες αιτίες παραλίγου τροχαίου ατυχήματος ήταν η κόπωση, η υπνηλία και η μειωμένη προσοχή.

Πίνακας 15: Συχνότητα τροχαίου ατυχήματος τον τελευταίο χρόνο

| | N | % |
|---|-----|------|
| Έχετε εμπλακεί ως οδηγός σε τροχαίο ατύχημα τον τελευταίο χρόνο; | | |
| Ναι | 30 | 16,7 |
| Όχι | 150 | 83,3 |
| Αν ναι, πόσες φορές; | | |
| 1 | 25 | 83,3 |
| 2 | 4 | 13,3 |
| 3 | 1 | 3,3 |

Οι Ν με ποσοστό 16,7 % δήλωσαν κατά την μετακίνηση ή απομάκρυνση από την δουλειά ότι εμπλάκηκαν σε τροχαίο ατύχημα και από αυτούς το 83,3 % σε μια περίπτωση των τελευταίο χρόνο.

Πίνακας 16: Ωράριο εργασίας σε σχέση με το παραλίγο ατύχημα

| | N | % |
|--|----|------|
| Τι ωράριο εργασίας είχατε την ημέρα που συνέβη το ατύχημα- τα ατυχήματα | | |
| Πρωινό | 12 | 40,0 |
| Απογευματινό | 6 | 20,0 |
| Νυχτερινό | 12 | 40,0 |

Ποσοστό 40% δήλωσε ότι την ημέρα που συνέβηκε το δυστύχημα εργάζονταν νυχτερινό ωράριο ενώ με το ίδιο ποσοστό εργάζονταν πρωινό ωράριο.

Πίνακας 17: Ώρες εργασίας την ημέρα του δυστυχήματος

| | N | % |
|--|----|------|
| Πόσες ώρες είχατε εργαστεί εκείνη την ημέρα | | |
| Οκτώ | 15 | 50,0 |
| Οκτώ με δέκα ώρες | 1 | 3,3 |
| Περισσότερο από δέκα ώρες | 10 | 33,3 |
| Δεν θυμάμαι | 4 | 13,3 |

Ακριβώς οι μισοί δήλωσαν ότι την ημέρα που είχαν εμπλακεί σε δυστύχημα εργάζονταν 8 ώρες.

Πίνακας 18: Επιπτώσεις τροχαίου ατυχήματος

| | N | % |
|---|----|-------|
| Στο τροχαίο-τροχαία ατύχημα-ατυχήματα που είχατε εμπλοκή τον τελευταίο χρόνο προκλήθηκαν | | |
| Μόνο υλικές ζημιές | 30 | 100,0 |

Όλοι που εμπλάκηκαν σε τροχαίο ατύχημα είχαν μόνο υλικές ζημιές.

Πίνακας 19: Αιτία ατυχήματος

| Ποιά πιστεύετε ότι ήταν η αιτία-οι αιτίες που προκάλεσε-προκάλεσαν το τροχαίο-τα τροχαία ατύχημα-ατυχήματα τον τελευταίο χρόνο; | Ποσοστό |
|---|---------|
| Οι κακές καιρικές συνθήκες | 13.3% |
| Η κακή κατάσταση του οδοστρώματος | 6.7% |
| Η περιορισμένη ορατότητα | 3.3% |
| Η κόπωση | 53.3% |
| Η υπνηλία | 46.7% |
| Η κακή κατάσταση του μεταφορικού μέσου | 3.3% |
| Η μειωμένη προσοχή | 46.7% |
| Η χρήση κινητού τηλεφώνου | 13.3% |
| Η απασχόληση με την αναζήτηση ραδιοφωνικού σταθμού | 3.3% |
| Άγνωστη αιτία | 3.3% |
| Άλλο | 26.7% |
| Σύνολο | 220.0% |

Οι συχνότερες αιτίες τροχαίου ατυχήματος ήταν η κόπωση, η υπνηλία και η μειωμένη προσοχή.

Πίνακας 20

| | Κλίμακα | N | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση | Cronbach's Alpha |
|------------|---------|-----|----------|---------|------------|-----------------|------------------|
| AIS | 0 - 24 | 180 | 0 | 18 | 5.27 | 3.98 | 0.837 |

Πίνακας 21

| | Κινδυνεύσατε να εμπλακείτε σε ατύχημα ερχόμενος ή φεύγοντας από τη δουλειά σας; | N | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση | t | p value |
|------------|---|-----|------------|-----------------|-------|---------|
| AIS | Ναι | 111 | 5.59 | 3.80 | 1.380 | .169 |
| | Όχι | 69 | 4.75 | 4.24 | | |
| AIS | Έχετε εμπλακεί ως οδηγός σε τροχαίο ατύχημα τον τελευταίο χρόνο; | | | | | |
| | Ναι | 30 | 6.03 | 4.17 | 1.147 | .253 |
| | Όχι | 150 | 5.12 | 3.94 | | |

Πίνακας 22: Αποτελέσματα Κλίμακας AIS

| | N | % | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---|-----|------|--------------------|
| Επέλευση ύπνου | | | |
| Πολύ γρήγορη | 73 | 40,6 | 40.6 |
| Ελαφρώς Καθυστερημένη | 76 | 42,2 | 82.8 |
| Καθυστερημένη | 25 | 13,9 | 96.7 |
| Πολύ καθυστερημένη | 6 | 3,3 | 100.0 |
| Ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας | | | |
| Κανένα πρόβλημα | 90 | 50,0 | 50.0 |
| Μικρό πρόβλημα | 57 | 31,7 | 81.7 |
| Μέτριο Πρόβλημα | 27 | 15,0 | 96.7 |
| Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμάται | 6 | 3,3 | 100.0 |
| Πρωινό ξύπνημα σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο | | | |
| Στον επιθυμητό χρόνο | 58 | 32,2 | 32.2 |
| Λίγο νωρίτερα | 80 | 44,4 | 76.7 |
| Αρκετά νωρίτερα | 33 | 18,3 | 95.0 |
| Πολύ νωρίτερα | 9 | 5,0 | 100.0 |
| Συνολική διάρκεια ύπνου | | | |
| Επαρκής | 96 | 53,3 | 53.3 |
| Μάλλον ανεπαρκής | 55 | 30,6 | 83.9 |
| Ανεπαρκής | 23 | 12,8 | 96.7 |
| Πολύ μειωμένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου | 6 | 3,3 | 100.0 |
| Ποιότητα ύπνου | | | |
| Ικανοποιητική | 98 | 54,4 | 54.4 |
| Μέτρια | 71 | 39,4 | 93.9 |
| Μη ικανοποιητική | 9 | 5,0 | 98.9 |
| Κακή | 2 | 1,1 | 100.0 |
| Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα | | | |
| Πλήρης | 90 | 50,0 | 50.0 |
| Ελαφρώς ανεπαρκής | 81 | 45,0 | 95.0 |
| Αρκετά μειωμένη | 9 | 5,0 | 100.0 |
| Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα | | | |
| Πλήρης | 107 | 59,4 | 59.4 |
| Ελαφρώς ανεπαρκής | 70 | 38,9 | 98.3 |
| Αρκετά μειωμένη | 3 | 1,7 | 100.0 |
| Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα | | | |
| Καμία | 85 | 47,2 | 47.2 |
| Ελαφρά | 77 | 42,8 | 90.0 |
| Μέτρια | 17 | 9,4 | 99.4 |
| Έντονη | 1 | ,6 | 100.0 |

Σχεδόν 8 στους 10 δήλωσαν πολύ γρήγορη ή ελαφρώς καθυστερημένη επέλευση του ύπνου. Ποσοστό 96,7 % δήλωσε ότι δεν παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα όσο αφορά στις αφυπνίσεις τη νύκτα ενώ το 99.4 % δεν αναφέρει έντονη υπνηλία κατά την επόμενη μέρα. Σε ότι αφορά στην ποιότητα του ύπνου περισσότερο από 9 στους 10 έχουν ικανοποιητική ή μέτρια ποιότητα και το 53.3 δήλωσε επάρκεια σε ότι αφορά τη συνολική διάρκεια του ύπνου.

Πίνακας 23

| | N | % |
|---|-----|------|
| Αναφορικά με την σεξουαλική σας δραστηριότητα τους τελευταίους έξι μήνες ισχύει | | |
| Αποχή | 19 | 10,7 |
| Μόνιμος σύντροφος – μόνο επαφές με προφύλαξη | 76 | 42,7 |
| Μόνιμος σύντροφος – ελεύθερες επαφές | 60 | 33,7 |
| Περιστασιακές επαφές – μόνο με προφύλαξη | 18 | 10,1 |
| Περιστασιακές επαφές, ορισμένες εκ των οποίων ελεύθερες | 5 | 2,8 |
| Έχετε συμμετάσχει σε κάποια από τις ακόλουθες δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο | | |
| Extreme sports | 18 | 33,3 |
| Κυνήγι | 29 | 53,7 |
| Paintball | 7 | 13,0 |
| Είστε κάτοχος πυροβόλου όπλου(εκτός από οπλισμό εφέδρων στρατιωτών); | | |
| Ναι | 32 | 17,9 |
| Όχι | 147 | 82,1 |
| Ποιο είναι περίπου το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα | | |
| Λιγότερο από 30.000 ευρώ | 106 | 59,2 |
| 30.000 – 50.000 ευρώ | 61 | 34,1 |
| πάνω από 50.000 ευρώ | 12 | 6,7 |
| Έχετε προφυλακιστεί / φυλακιστεί ποτέ μέχρι σήμερα ; | | |
| Ναι | 2 | 1,1 |
| Όχι | 177 | 98,9 |
| Έχετε δικαστεί ποτέ μέχρι σήμερα για ποινικό αδίκημα; | | |
| Ναι | 7 | 3,9 |
| Όχι | 172 | 96,1 |

Ποσοστό 74,6% διατηρούν μόνιμη σεξουαλική σχέση. Αξιοσημείωτο ποσοστό των ερωτηθέντων N=54 ότι το τελευταίο χρόνο ασχολήθηκαν με επικίνδυνη δραστηριότητα. Παράλληλα το ποσοστό των ατόμων που είχαν οποιαδήποτε προβλήματα με τον νόμο είτε δικαστεί είτε φυλακιστεί είναι πολύ χαμηλά ή σχεδόν αμελητέα.

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος έγιναν διάφοροι έλεγχοι υποθέσεων.

Πίνακας 24: Αλκοόλ

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|------------------------------|-------|-------|--------|----|------|--------|---------------------|--------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Γυναίκα | 1.435 | .394 | 13.280 | 1 | .000 | 4.201 | 1.941 | 9.090 |
| Ηλικία | -.027 | .022 | 1.521 | 1 | .217 | .973 | .932 | 1.016 |
| ΔΜΣ | -.122 | .055 | 5.020 | 1 | .025 | .885 | .795 | .985 |
| Άγαμος- Άγαμη | | | 2.169 | 3 | .538 | | | |
| Έγγαμος- Έγγαμη | .735 | 1.623 | .205 | 1 | .651 | 2.086 | .087 | 50.238 |
| Διαζευγμένος- Διαζευγμένη | .060 | 1.543 | .002 | 1 | .969 | 1.062 | .052 | 21.863 |
| Χήρος-Χήρα | -.801 | 1.948 | .169 | 1 | .681 | .449 | .010 | 20.443 |
| Παιδιά = Ναι | -.271 | .547 | .245 | 1 | .620 | .763 | .261 | 2.228 |
| Σταθερά | 3.636 | 1.939 | 3.518 | 1 | .061 | 37.957 | | |

Στο πιο πάνω πίνακα παρουσιάζεται ότι οι γυναίκες και τα άτομα με χαμηλό ΔΜΣ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ.

Πίνακας 25 : Παραλίγο Ατύχημα

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|------------------------------|---------|-------|-------|----|------|-----------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Γυναίκα | -.086 | .360 | .057 | 1 | .812 | .918 | .454 | 1.857 |
| Ηλικία | .007 | .021 | .104 | 1 | .747 | 1.007 | .966 | 1.050 |
| ΔΜΣ | .055 | .052 | 1.133 | 1 | .287 | 1.057 | .954 | 1.171 |
| Άγαμος- Άγαμη | | | .552 | 3 | .907 | | | |
| Έγγαμος- Έγγαμη | -21.409 | 28309 | .000 | 1 | .999 | .000 | 0.000 | |
| Διαζευγμένος- Διαζευγμένη | -21.341 | 28309 | .000 | 1 | .999 | .000 | 0.000 | |
| Χήρος-Χήρα | -20.470 | 28309 | .000 | 1 | .999 | .000 | 0.000 | |
| Παιδιά = Ναι | .791 | .539 | 2.149 | 1 | .143 | 2.205 | .766 | 6.347 |
| Σταθερά | 19.820 | 28309 | .000 | 1 | .999 | 405053338 | | |

Τα δημογραφικά στοιχεία δε σχετίζονται με τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχημάτων.

Πίνακας 26 : Τροχαία Ατυχήματα

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|------------------------------|---------|-------|-------|----|------|-----------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Γυναίκα | -.799 | .461 | 3.011 | 1 | .083 | .450 | .182 | 1.109 |
| Ηλικία | .016 | .028 | .324 | 1 | .569 | 1.016 | .962 | 1.073 |
| ΔΜΣ | .113 | .062 | 3.315 | 1 | .069 | 1.119 | .991 | 1.263 |
| Άγαμος- Άγαμη | | | 1.975 | 3 | .578 | | | |
| Έγγαμος- Έγγαμη | 20.433 | 28027 | .000 | 1 | .999 | 748160640 | 0.000 | |
| Διαζευγμένος- Διαζευγμένη | 19.366 | 28027 | .000 | 1 | .999 | 257253074 | 0.000 | |
| Χήρος-Χήρα | 19.453 | 28027 | .000 | 1 | .999 | 280829231 | 0.000 | |
| Παιδιά = Ναι | -.497 | .822 | .365 | 1 | .546 | .609 | .121 | 3.049 |
| Σταθερά | -24.189 | 28027 | .000 | 1 | .999 | .000 | | |

Τα δημογραφικά στοιχεία δε σχετίζονται με τα τροχαία ατυχήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα ασχολήθηκε με τη διερεύνηση των επιπτώσεων στην ψυχοσωματική υγεία των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας της Κύπρου που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας.

Πιο αναλυτικά, 101 (56,1%) ήταν άνδρες και 79 (43,9%) γυναίκες εκ των οποίων έξι στους δέκα ήταν έγγαμοι και είχαν παιδιά. Η πλειοψηφία με ποσοστό 83,9% είναι κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου και εργάζονται όλοι εκτός με κυκλικό ωράριο.

Εντύπωση προκαλεί το επίπεδο μόρφωσης των νοσηλευτών όπου με ποσοστό 83,9% να είναι πτυχιούχοι ενώ 11,7% να είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου. Αυτό οφείλεται στην αναβάθμιση της νοσηλευτικής ως επιστήμη πλέον τα τελευταία χρόνια, της αναγνώρισης της ως τίτλος σπουδών αλλά και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για αναβάθμιση του επιπέδου γνώσεων τους.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων είναι 35,13 χρόνια με την μικρότερη ηλικία 24 και την μεγαλύτερη 62. Εμφανές είναι το νεαρό της ηλικίας των νοσηλευτών κάτι που έχει να κάνει με την τάση όλο και περισσότερο νέων να έλκονται από την Ψυχιατρική νοσηλευτική είτε λόγω του ενδιαφέροντος επί αντικειμένου είτε λόγω της ανάγκης για μια καλά αμειβόμενη απασχόληση. Επίσης, ο δείκτης μάζας σώματος σκοράρει 25,6 μέσο όρο με ελάχιστο 17,10 και με ελάχιστο 17,10 και μέγιστο το 41,52 κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ότι οι νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας με κυκλικό ωράριο αγγίζουν τα όρια των υπέρβαρων. Παρόμοιο εύρημα διαπιστώθηκε και στην έρευνα των Biggi et al (2008), που έδειξε ότι σε νοσηλευτές που βρίσκονται σε εγρήγορση λόγω του συστήματος βάρδιας συναντώνται συχνά φαινόμενα μεταβολικού συνδρόμου ενώ εμφανίζουν σταθερά υψηλό δείκτη μάζας σώματος καθώς και γαστρεντερικές διαταραχές. Αυτό αποδίδεται κατά κύριο λόγο σε γεύματα σε ασυνήθιστες ώρες και γαστρεντερικές εκκρίσεις στο μέσο της νύκτας διαταράσσοντας το φυσιολογικό ρυθμό εντερικής δραστηριότητας. Σε άλλη έρευνα των Κοραμπέλη και Σαρτζή το 2010 που έγινε στην Ελλάδα κατέδειξε ότι λόγω κυκλικού ωραρίου πολλοί νοσηλευτές παρουσιάζουν διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και οι έρευνα των Kiviameki et al (2001).

Σε ότι αφορά το κάπνισμα βρέθηκε ότι 61 νοσηλευτές (33,9%), καπνίζουν με μέσο όρο 17,70 τσιγάρων ημερησίως κάτι που αποτελεί ένα σημαντικό εύρημα.

Αναφορικά με την κατανάλωση καφέ τσάι και αλκοόλ οι ερωτηθέντες καταναλώνουν κατά μέσο όρο 3,35 σε ένα 24ώρο κάτι που αποτελεί αυξημένο επίπεδο σε σχέση με τα συνηθισμένα επίπεδα. Αυτό διαπιστώνεται και σε άλλες έρευνες όπως της Παπαδημητρίου (2002) η οποία αναφέρει ότι το κυκλικό ωράριο δημιουργεί στρες που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα. Έμμεσα το κάπνισμα, η χρήση καφέ, αναψυκτικών αλκοόλ κτλ. Επίσης οι Droke et al. (2004), αναφέρουν αυξημένη κατανάλωση καφέ, οινοπνευματωδών και καπνού από νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν οι Κοραμπέλη και Σαρτζή το 2010 όπου κατέδειξαν λόγω κυκλικού ωραρίου συχνά οι νοσηλευτές οδηγούνται σε διαταραχές κατανάλωσης οινοπνεύματος και χρήση καπνού το οποία δημιουργούν συχνά προβλήματα στο καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα. Δυστυχώς, η έρευνα αυτή κατέληξε ότι καμία παρέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει πλήρως τις δυσμενείς επιπτώσεις της νυκτερινής εργασίας, όμως ένας προσεκτικός προγραμματισμός μπορεί να τις περιορίσει σε σημαντικό βαθμό.

Στο πίνακα 4 διαφαίνεται ότι ο μέσος όρος ετών στο τμήμα είναι 3,43 με το ελάχιστο αριθμό ετών να είναι 1 και με μέγιστο 33, ενώ ο μέσος όρος ετών στο επάγγελμα είναι 11, με μικρότερο 1 και με μέγιστο 40. Και εδώ φαίνεται καθαρά ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που εργάζονται με κυκλικό ωράριο είναι κατά μέσο όρο νέα άτομα στο επάγγελμα αλλά και νέα άτομα με μικρότερη εργασιακή πείρα στο ανάλογο τμήμα. Αυτό φαίνεται να έχει να κάνει όπως προείπα με την τάση όλο και περισσότερων να έλκονται από την Ψυχιατρική Νοσηλευτική αλλά και από το ότι πιθανόν οι πιο παλιοί να έχουν εξουθενωθεί από το κυκλικό ωράριο και να αναζητούν μετάβαση σε σταθερό ωράριο.

Όσο αφορά το είδος και την συχνότητα βάρδιας ο μέσος όρος πρωινής βάρδιας είναι το 10,72 με μικρότερο το 4 και το μέγιστο το 26, της απογευματινής 7,24 με μικρότερο το 2 και το μέγιστο το 14 η δε νυκτερινή 4,09 με μικρότερο το 2 και μέγιστο το 8. Αυτό έχει να κάνει με την φιλοσοφία των προϊσταμένων που ασχολούνται με τον καταρτισμό των μηνιαίων ή 15 ημερών προγραμμάτων εργασίας, αφού λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικές ανάγκες των νοσηλευτών, γίνεται μία ακριβοδίκαιη κατανομή των βαρδιών στο μέτρο του δυνατού έτσι ώστε όλοι να είναι το πλείστο ικανοποιημένοι. Αξιοσημείωτο να σημειωθεί ότι 9 νοσηλευτές δεν εργάζονται νυκτερινή βάρδια κάτι που έχει να κάνει με προσωπικές συνθήκες είτε οικογενειακές είτε υγείας.

Η πλειοψηφία την συμμετεχόντων με ποσοστό 66,1 % δήλωσε ότι εργάζεται 35 ώρες την εβδομάδα κάτι που έχει να κάνει αποκλειστικά και μόνο με τις εργασιακές συμβάσεις των νοσηλευτών και καθορισμό των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας. Αξιοσημείωτο ποσοστό 30,6 % δήλωσε ότι εργάζεται 40 ώρες την εβδομάδα κάτι που έχει να κάνει με περιπτώσεις έκτακτων σοβαρών περιστατικών όπου οι νοσηλευτές καλούνται να μείνουν και πέρα των καθορισμένων ωρών εργασίας όπου είναι απόλυτα κατανοητό αφού η νοσηλευτική επιστήμη εκτός από επάγγελμα αποτελεί λειτούργημα όπου οι ανθρώπινες ανάγκες και η ανθρώπινη ζωή βαρύνει πολύ περισσότερο από συνδικαλιστικές συμφωνίες.

Όσον αφορά τις συνήθειες ύπνου η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 80,6 % δήλωσε ότι δεν κάνει χρήση υπνωτικών χαπιών ούτε ροχαλίζουν και ούτε έχουν άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου. Παρουσιάζεται μια φυσιολογική εικόνα ύπνου που πιθανόν να οφείλεται στην κούραση λόγω κυκλικού ωραρίου. Αυτό αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο αφού συναντάται η ομοιοστατική ώθηση προς τον ύπνο, όπου όταν υπάρχουν συσσωρευμένες ώρες εγρήγορσης όπως το κυκλικό ωράριο παρατηρούνται συνεχώς αυξημένες ανάγκες για ύπνο (Drake, 2010).

Βάσει του Παπαδημητρίου 2002 το κυκλικό ωράριο οδηγεί συχνά σε συμπτώματα όπως υπνηλία και όχι αϋπνία. Επίσης σε έρευνα των Atam et al. (2008) που διεξήχθη στο Ισραήλ κατέδειξε άμεση σχέση κυκλικού ωραρίου με όλες τις παραμέτρους ενόχλησης από την αποστέρηση ύπνου, εκτός από το ροχαλητό και την νυκτερινή έγερση. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν μεγάλη συσχέτιση της εργασίας βάσει συστήματος βάρδιας και με τον ύπνο. Φυσικά αυτή διαφοροποιείται με βάση παραμέτρους όπως διάφορες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, όπως είναι το φύλο, η ικανότητα προσαρμογής και δεκτικότητας. Η Κορομπέλη (2006) αναφέρει ότι οι βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις διαρκούν αρκετές ώρες ή και μέρες μετά από κάθε βάρδια.

Η συντριπτική πλειοψηφία (98,3 %) κατέχει άδεια οδήγησης με μέσο όρο ηλικίας ετών οδήγησης το 17,75 με ελάχιστο τα 5 χρόνια και μέγιστο τα 41. Αυτό έχει να κάνει με τη νοοτροπία των Κυπρίων για απόκτηση άδειας οδήγησης και χρήση αυτοκινήτου, αδήριτης ανάγκης όμως αφού στην Κύπρο του 2014 οι δημόσιες συγκοινωνίες είναι αρκετά υποβαθμισμένες μέχρι και ανύπαρκτες σε κάποια σημεία. Το ίδιο τεκμηριώνεται και από τον πίνακα 9 όπου όλοι χρησιμοποιούν ιδιωτικό μεταφορικό μέσο με την συντριπτική πλειοψηφία 94,4% να χρησιμοποιεί ιδιωτικό αυτοκίνητο.

Αναφορικά με τα χιλιόμετρα που διανύουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας για να φτάσουν στην εργασία τους από το σπίτι δήλωσαν ότι 7 στους 10 διανύουν λιγότερη απόσπαση από 15 χιλιόμετρα για την μετακίνηση από το σπίτι στην εργασία με ελάχιστη απόσταση λιγότερο από 5 χιλιόμετρα και μέγιστη περισσότερο από 31. Αυτό οφείλεται στις μικρές αποστάσεις της Κύπρου σαν νησί αλλά και στο ότι οι πλείστοι νοσηλευτές συνηθίζουν να εκμεταλλεύονται την οικιστική ανάπτυξη γύρω από ένα νοσοκομείο ικανοποιώντας τις ανάγκες στέγασης τους. Το 4,5% με απόσταση πέραν των 31 χιλιομέτρων έχει να κάμει καθαρά με την απασχόληση από άλλες επαρχίες λόγω αυξημένων αναγκών στην Λευκωσία και Λεμεσό.

Σε ότι αφορά τα παραλίγο ατυχήματα παρά πολλοί (61,7%) δήλωσαν ότι κινδύνευσαν να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα κατά τη μετάβαση από και προς την εργασία, ποσοστό 40,4 % να κινδύνευσε μία φορά εντός ενός έτους και 27,5 % 2 φορές και ένα μικρό ποσοστό 0,9 ανέφερε ότι κινδύνευσε 20 φορές. Παρατηρείται αυξημένο ποσοστό όπως διακρίνεται και στους εν λόγω πίνακες καθώς και μια έντονη σχέση με το κυκλικό ωράριο.

Οι συχνότερες αιτίες παραλίγο τροχαίου ατυχήματος είναι η κόπωση σε ποσοστό 66,7%, η υπνηλία σε ποσοστό 50% και η μειωμένη προσοχή 33,3% κάτι που έχει να κάνει σαφώς με τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις λόγω κυκλικού ωραρίου.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζεται το ποσοστό 16,7% που δήλωσαν εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα από και προς την εργασία τους, με την συντριπτική πλειοψηφία του 83,3% να το έχει παρουσιάσει σε συχνότητα 1 φορά κατά τον τελευταίο χρόνο. Αρκετά υψηλό ποσοστό άμεσα συνυφασμένο με το κυκλικό ωράριο εργασίας αφού στον επόμενο πίνακα 40% φαίνεται να δήλωσαν ότι την μέρα του δυστυχήματος εργάζονταν νυκτερινό ωράριο. Εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 40% εξίσου που δήλωσαν ότι την ημέρα που συνέβη το δυστύχημα εργάζονταν πρωινό ωράριο. Αυτό όμως έχει να κάνει με τις επιπτώσεις γενικά του κυκλικού ωραρίου – συστήματος βάρδιας αφού πχ της σημερινής πρωινής βάρδιας προηγήθηκε η νυκτερινή. Οι μισοί των ερωτηθέντων, δήλωσαν ότι την ημέρα του δυστυχήματος εργάζονταν 8 ώρες ενώ 33,3% πέραν των 10 ωρών. Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν και αρκετές έρευνες. Οι Berger et al. (2005) και οι Akorsted et al. (2005) αναφέρουν ως κύρια αιτία πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων την υπνηλία, η οποία παρουσιάζει διαμεσολαβητικό ρόλο λόγω της αποδιοργάνωσης των κερκάρδιων ρυθμών που επιφέρει. Παρομοίως η Dorian et al. και Surami αναφέρουν ότι ο κίνδυνος πρόκλησης

τροχαίων ατυχημάτων κατά τη μετάβαση των Νοσηλευτών στο σπίτι μετά από νυκτερινό καθήκον είναι αυξημένος. Από τα πιο πάνω δεδομένα συμπεραίνεται ότι οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας Κύπρου λόγω της αποδιοργάνωσης κερκάρδιου ρυθμού μαζί με την ανεπάρκεια ύπνου και την κόπωση λόγω κυκλικού ωραρίου, τοποθετούνται σε ομάδα υψηλού κινδύνου πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων. Οι Scott et al. με δείγμα 895 νοσηλευτών έδειξε ότι από 596 νοσηλευτές που παρουσίασαν υπνηλία κατά την οδήγηση, το 21% είχε τουλάχιστον 1 τροχαίο ή παραλίγο ατύχημα εντός ενός έτους. Βασικός παράγοντας υπνηλίας κατά την οδήγηση διεφάνει να είναι η εργασία σε νυκτερινό ωράριο. Πολύ σημαντικό εύρημα κατέδειξε πειραματική μελέτη των Blachonicz και Letizia (2006) που διεξήχθη στη Σουηδία με τη βοήθεια εξομοιωτών οδήγησης. Έδειξε ότι η οδήγηση μετά από νυκτερινή εργασία είχε άμεση σχέση με την πρόκληση ατυχημάτων με αναλογία 18 ατυχήματα σε νοσηλευτές κυκλικού ωραρίου έναντι 2 ατυχημάτων σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε σταθερά πρωινό ωράριο.

Αναφορικά με τα τροχαία ατυχήματα, ευχάριστο θεωρείται το γεγονός ότι όσοι ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα είχαν μόνο υλικές ζημιές. Επαλήθευση θεωρείται ως συχνότερη αιτία πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων την κόπωση σε ποσοστό 53,3%, την υπνηλία σε ποσοστό 46,7% και την μειωμένη προσοχή επίσης σε ποσοστό 46,7%. Εν κατακλείδι, σημαντικό θεωρείται το εύρημα ότι 111 από τους 180 ερωτηθέντες κινδύνεψαν να εμπλακούν σε ατύχημα εν σχέση με την εργασία αφού βάση του Νόμου ατύχημα από και προς την εργασία θεωρείται εργατικό ατύχημα (Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας). Ανάλογα σεβαστός αριθμός, ένας (1) στους έξι (6) είχε άμεση εμπλοκή σε ατύχημα. Όπως διαπιστώθηκε το κυκλικό ωράριο εργασίας επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης σε μεγάλο βαθμό κυρίως όταν απορυθμίζεται το ισοζύγιο ξεκούρασης-ύπνου και εργασίας.

Οκτώ (8) στους δέκα (10) ερωτηθέντες δήλωσαν πολύ γρήγορη ή ελαφρώς καθυστερημένη επέλευση ύπνου, 96,7% κανένα πρόβλημα όσον αφορά τις αφυπνίσεις τη νύκτα ενώ 99,4% όχι έντονη υπνηλία την επόμενη μέρα. Επίσης, εννέα (9) στους δέκα(10) χαρακτηρίζουν ικανοποιητική ή μέτρια την ποιότητα ύπνου τους ενώ το 53,3% δήλωσαν επάρκεια σε ότι αφορά τη συνολική διάρκεια του ύπνου τους. Άρα, σε ότι αφορά την διαταραχή της ποιότητας και της ποσότητας ύπνου οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας Κύπρου δεν παρουσιάζουν σοβαρές επιπτώσεις. Σε αντίθεση με παρόμοια έρευνα της Αραβανή (2013) όπου κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα ύπνου αποτελούν

συχνό φαινόμενο μεταξύ των Νοσηλευτών. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το 33% παρουσιάζει σημαντικά θετική προγνωστικότητα για προβλήματα ύπνου. Σε διεθνή πάλι βιβλιογραφία καταγράφεται διαφωνία σε ότι αφορά τις επιπτώσεις στον ύπνο σε σχέση με την εργασία βάση κυκλικού ωραρίου. Η Giovanni (1996) και Admi et al. (2008) αναφέρουν σοβαρές διαταραχές τόσο στην ποιότητα όσο και την ποσότητα ύπνου. Επίσης όπως έχει επισημανθεί, οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται ως αίτιο ανεπιθύμητων κοινωνικών και σωματικών επιπτώσεων. Εμβαθύνοντας, θεωρούμε ότι διαταραχές λόγω κυκλικού ωραρίου δεν θεωρείται μόνο η αϋπνία αλλά σε εξίσου σημαντικό βαθμό και η υπνηλία λόγω εργασιακής εξουθένωσης με εμφανές αποτέλεσμα τη γρήγορη έλευση ύπνου. Επίσης, ας ληφθεί υπόψη το νεαρό ηλικίας του δείγματός μας αφού ως γνωστόν οι νέοι άνθρωποι παρουσιάζουν μεγαλύτερες αντοχές σε καταπονήσεις λόγω συστήματος βάρδιας.

Στον πίνακα 22 παρουσιάζεται η σεξουαλική δραστηριότητα, η ενασχόληση με επικίνδυνες δραστηριότητες και η παραβατική συμπεριφορά. Διαφάνηκε με ποσοστό 74,6% των ερωτηθέντων να διατηρούν μόνιμη σεξουαλική σχέση. Αυτό πιθανόν να έχει να κάνει με τις γνώσεις των Νοσηλευτών περί υγιούς σεξουαλικής ζωής όπου η μονογαμικότητα αποτελεί μια και κύρια ασπίδα στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ως Ψυχιατρικός νοσηλευτής όμως δεν μπορώ να παραγνωρίσω ότι πιθανό να οφείλεται στο ότι μέσω της μόνιμης σεξουαλικής σχέσης οι Νοσηλευτές να αποζητούν την ασφάλεια και την σταθερότητα κάτι που απουσιάζει από την εργασιακή τους ζωή. Ή το ότι απλά λόγω κυκλικού ωραρίου οι πιθανότητες για έντονη κοινωνική ζωή - νέες γνωριμίες και παράλληλα έντονη σεξουαλική ζωή δεν υπάρχει.

Παράλληλα, 54 από τους 180 ερωτηθέντες αναζητώντας ίσως την εκτόνωση από το εργασιακό άγχος που προκαλεί και το κυκλικό ωράριο-σύστημα βάρδιας ανέφεραν ότι ασχολήθηκαν με κάποιες επικίνδυνες δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο.

Εν τέλει, το ποσοστό των ερωτηθέντων που είχαν οποιαδήποτε προβλήματα με τον Νόμο είναι πολύ χαμηλά κάτι που δεν αποδεικνύει οποιαδήποτε σχέση κυκλικού ωραρίου με παραβατική συμπεριφορά.

Κύρια συμπεράσματα

Όπως διαφάνηκε το κυκλικό ωράριο επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης σε μεγάλο βαθμό κυρίως όταν απορυθμίζεται ο κερκάδιος ρυθμός. Τα περισσότερα τροχαία ατυχήματα συνέβησαν όταν οι νοσηλευτές εργάζονταν πρωινή ή νυκτερινή βάρδια όπου και διαταράσσεται περισσότερο ο κερκάδιος ρυθμός και οι κυριότερες αιτίες πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, με σειρά συχνότητας, ήταν η υπνηλία, η κόπωση και η έλλειψη προσοχής. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν στην έρευνα τους Barger et al. (2005), και οι Akerstedt et al. (2005) που αναφέρουν ως κύρια αιτία πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων την υπνηλία η οποία φαίνεται να έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στην εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα λόγω της αποδιοργάνωσης των κερκάδιων ρυθμών που επιφέρει.

Επίσης ο κίνδυνος πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων κατά την μετάβαση των νοσηλευτών στο σπίτι μετά από νυκτερινή εργασία, είναι αυξημένος σε σχέση με άλλα ωράρια. Ανάλογα ευρήματα έχουν δώσει και άλλες παρόμοιες έρευνες των Dorrian et al. και Surami που αναφέρουν ότι ο κίνδυνος πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων κατά την μετάβαση των νοσηλευτών στο σπίτι μετά από νυκτερινή εργασία, είναι αυξημένος.

Από τα πιο πάνω δεδομένα συμπεραίνεται ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου λόγω της αποδιοργάνωσης του κερκαδιανού ρυθμού σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια ύπνου και την κόπωση λόγω του κυκλικού ωραρίου, τοποθετούνται σε ομάδα υψηλού κινδύνου πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων.

Σε ότι αφορά την διαταραχή της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας της Κύπρου δεν παρουσιάζουν σοβαρές επιπτώσεις. Σε αντίθεση με παρόμοια έρευνα της Αραβανή (2013) όπου κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα ύπνου αποτελούν συχνό πρόβλημα μεταξύ των νοσηλευτών. Επίσης, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το 33% παρουσιάζει σημαντικά θετική προγνωστικότητα για προβλήματα ύπνου. Σε διεθνή βιβλιογραφία πάλι καταγράφεται διαφωνία σε ότι αφορά τις επιπτώσεις του ύπνου σε εργασία με κυκλικό ωράριο. Οι Giovanni (1996), Admi et al. (2008) αναφέρουν σοβαρές διαταραχές της ποιότητας όσο και της ποσότητας του ύπνου. Επίσης έχει επισημανθεί ότι οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται ως αίτιο ανεπιθύμητων κοινωνικών και σωματικών ενεργειών.

Επίσης μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων αναδύεται υψηλό ποσοστό ερωτηθέντων με μόνιμη σεξουαλική σχέση κάτι που ίσως επιδιώκουν αποζητώντας την ασφάλεια και σταθερότητα στην σεξουαλική τους ζωή κάτι που τους λείπει στην εργασιακή τους ζωή.

Παράλληλα 54 από του 180 ερωτηθέντες αναζητώντας ίσως την εκτόνωση από το εργασιακό άγχος που προκαλεί το κυκλικό ωράριο ανέφεραν ότι ασχολήθηκαν με κάποιες επικίνδυνες δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο. Τα ποσοστά των ερωτηθέντων που είχαν οποιαδήποτε προβλήματα με τον νόμο είναι πολύ χαμηλά κάτι που δεν αποδεικνύει οποιαδήποτε σχέση με παραβατική συμπεριφορά.

Περιορισμοί έρευνας

1. Δεν υπάρχει παρόμοια έρευνα με ορατή την έλλειψη σύγκρισης.
2. Μικρό δείγμα λόγω μη ύπαρξης άλλων δομών που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας.
3. Έρευνα διερευνήθηκε μόνο σε δημόσια νοσοκομεία αφού ελλείπουν ανάλογες δομές ιδιωτικού χαρακτήρα.
4. Θεωρείται αναγκαία η περαιτέρω μελέτη του ερωτήματος συμπεριλαμβανομένης και της σύγκρισης με νοσηλευτές που εργάζονται σταθερό ωράριο.

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τελειώνοντας λοιπόν την έρευνα αυτή θα ήθελα να προτείνω – εισηγηθώ κάποια μέτρα που θα βελτιώσουν την θέση και το έργο των νοσηλευτών.

Είναι γεγονός ότι το κυκλικό ωράριο, είναι μια δυσάρεστη αλλά υπαρκτή πραγματικότητα στο νοσηλευτικό χώρο και λαμβάνοντας υπόψη ότι η διαταραχή των κερκάδιων ρυθμών ευθύνεται για τις διάφορες επιπτώσεις στην υγεία, αλλά κυρίως για την εμπλοκή σε ατύχημα λόγω υπνηλίας και κόπωσης. Για αυτό είναι αναγκαία η εφαρμογή μιας ορθολογικής στρατηγικής διαχείρισης του κυκλικού ωραρίου εργασίας. Συνιστάται, η κατάρτιση του κυκλικού προγράμματος εργασίας, να τηρείται αυστηρά η κυκλική εναλλαγή με τη φορά των δεικτών του ρολογιού (clockwise). Για παράδειγμα, το πρόγραμμα πρέπει να είναι του τύπου πρωί – απόγευμα– νύκτα, με διαστήματα ημερήσιας ανάπαυσης πριν από την έναρξη νέου κύκλου, ώστε να προκαλείται η μικρότερη δυνατή διαταραχή των κερκάδιων ρυθμών και να μπορεί να επανασυγχρονιστεί το βιολογικό ρολόι.

Τοποθέτηση ανωτάτου ορίου νυχτερινών υπηρεσιών ανά μήνα, με σκοπό να μην επιφορτίζονται δυσανάλογα οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας με πολλαπλές νυκτερινές υπηρεσίες. Κατά την νυκτερινή βάρδια εφόσον το επιτρέπει ο φόρτος εργασίας και η οργάνωση της μονάδας, μπορούν να οργανωθούν μικρής διάρκειας διαλείμματα κατάκλισης κατά την διάρκεια της βάρδιας.

Επίσης θεμιτή θα ήταν και η απεμπλοκή από τις νυκτερινές βάρδιες των νοσηλευτών που βρίσκονται χρόνια στο επάγγελμα, λόγω της αυξημένης επιβάρυνσης ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Το ίδιο ισχύει για νοσηλεύτριες που κυοφορούν ή και για γονείς ανηλίκων παιδιών. Αξιολόγηση σε τακτά χρονικά διαστήματα, των επιπτώσεων σε ατομικό επίπεδο, με λήψη στοχευμένων μέτρων παρέμβασης όπου διαπιστώνεται σοβαρό πρόβλημα.

Διοικητικά – Πολιτική

1. Πλήρωση κενών θέσεων και πρόσληψη προσωπικού έτσι ώστε να τηρείται το νομομισμένο ισοζύγιο αριθμού νοσηλευτών και φόρτου εργασίας και να μην επιβαρύνεται το ήδη υπάρχων προσωπικό με επιπλέον βάρδιες.

2. Το κυκλικό ωράριο – σύστημα βάρδιας που θα προγραμματίζεται από των εκάστοτε προϊστάμενο να γίνεται με βάση τις ουδετερότητες και τις ανάγκες του κάθε νοσηλευτή και της προσωπικής του ζωής.
3. Η μηχανογράφηση του πιο πάνω προγράμματος θα βοηθήσει τα μέγιστα, αφού θα γίνεται πιο δίκαιη κατανομή των βαρδιών, ενώ θα τηρούνται στατιστικά για το τι δούλεψε ο κάθε νοσηλευτής.
4. Δημιουργία ομάδων εποπτείας και ψυχολογικής στήριξης των νοσηλευτών έτσι ώστε να αποφεύγεται η εργασία και η εξουθένωση στο μέτρο του δυνατού.
5. Εκπαίδευση των νοσηλευτών όσον αφορά τις επιπτώσεις από το κυκλικό ωραρίου και εξευρέσεις από τον καθένα υγιών αντισταθμιστικών μέτρων.
6. Λειτουργία επιτροπής ασφαλείας ευημερίας προσωπικού η οποία θα επιλαμβάνεται μεταξύ άλλων και θέματα ανίχνευσης και μείωσης επιπτώσεων λόγω κυκλικού ωραρίου.
7. Καταβολή χρηματικού ποσού όπως καταβολή επιδόματος βάρδιας.
8. Συνδικαλιστική εμπλοκή έτσι ώστε να τηρούνται οι όροι εργοδότησης νοσηλευτών σε σύστημα βάρδιας και να κατοχυρώνονται οποιαδήποτε δικαιώματα απορρέουν από τυχόν νόμους και συμφωνίας.
9. Καθιέρωση προγραμμάτων για μείωση εργασίας και άγχους.
10. Βελτίωση συνθηκών εργασίας.
11. Παροχή διευκολύνσεων στο προσωπικό τόσο στο χώρο εργασίας όσο και στο σύστημα βάρδιας πχ. δικαίωμα αλλαγών ωραρίου.

Νοσηλευτές

1. Να τηρείται ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα όπου οι πρωινές βάρδιες να ακολουθούνται από τις απογευματινές και εντέλει από τις νυκτερινές.
2. Μετά από κάθε νυκτερινή βάρδια να μεσολαβεί επαρκής χρόνος ξεκούρασης ώστε να επανέλθει ο νοσηλευτής σε υγιούς ρυθμούς αλλά και να καλύψει το έλλειμμα ύπνου.

3. Η νυκτερινή βάρδια να μην υπερβαίνει την μια κάθε εβδομάδα.
4. Να έχει ένα με δυο σαββατοκύριακα ελεύθερα τον μήνα που να συνδέονται εάν είναι δυνατό και με ολιγοήμερη άδεια απουσίας έτσι ώστε ο νοσηλευτής να μπορεί να ασχοληθεί με την προσωπική - κοινωνική- οικογενειακή ζωή.
5. Ενημέρωση των ατόμων του προσωπικού του περιβάλλοντος για το πρόγραμμα εργασίας ξεκούρασης και ύπνου του.
6. Εκπαίδευση νοσηλευτών για ισοζύγια δουλειάς, ξεκούρασης, αφύπνισης, ύπνου και την σημασία της τήρησης του.
7. Εκπαίδευση νοσηλευτών στην ιεράρχηση αναγκών τους και δημιουργία ενός προγράμματος όπου θα ικανοποιούνται η βιοψυχοκοινωνικές τους ανάγκες, τόσο των ιδίων όσο και των ατόμων του περιβάλλοντος τους.
8. Ισότιμη εργασία όσον αφορά τον αριθμό των βαρδιών και των εορτών – αργιών μεταξύ των νοσηλευτών. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται επίσης οι συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού.
9. Εκπαίδευσης νοσηλευτών για αναγνώριση πρόδρομων σημείων εργασιακής εξουθένωσης λόγω κυκλικού ωραρίου και ανάπτυξης προσωπικών μηχανισμών άμυνας.

Θέματα για περαιτέρω έρευνα

1. Νοσηλευτικά λάθη λόγω κυκλικού ωραρίου και ασφάλεια του ασθενή.
2. Εργασιακή εξουθένωση νοσηλευτών ως επακόλουθο του κυκλικού ωραρίου.
3. Συχνότητα αδειών ασθενείας νοσηλευτών και απώλεια εργατοωρών σε σχέση με το κυκλικό ωράριο .
4. Σχέση Ψυχιατρικών προβλημάτων και αϋπνία λόγω κυκλικού ωραρίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαλή Ε., Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών, έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. Νοσηλευτική, 3(1), 2000, σ. 292– 297

Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Πλατή Χ., Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτική 4(2), 2000, σ. 313–324.5

Αραβανή, Α. (2013) *Οι συνήθειες ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού και η συσχέτισή τους με την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων λόγω του κυκλικού ωραρίου εργασίας. Μεταπτυχιακή εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1398> (21/1/2014)*

Γκριζιώτη Μ, Μαστροκόστας Α, Χάιδιτς ΑΜ, Παναγοπούλου Ε, Μπένος Α., Κυκλικό ωράριο εργασίας και τροχαία ατυχήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική, 49(3), 2010, σ. 305-314 Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=237 (20/4/2014)

Διαδικτυακός τόπος Υπουργείου Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument [http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/\\$file/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20090412.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/F584360C65871FE2C2257A1E00273631/$file/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20090412.pdf?OpenElement) (23/5/2014)

Ηρακλέους, Η. (2011) *Ο βαθμός Οργανωσιακής δέσμευσης των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας. Μεταπτυχιακή εργασία. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.*

Ιωάννου Π. (2005) *Η επίδραση της νυχτερινής βάρδιας στην ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών. Πτυχιακή Εργασία Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική Σχολή Υπουργείου Υγείας.*

Κορομπέλη Α, Σουρτζή Π., Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεων του στους εργαζομένους. Νοσηλευτική 49(2), 2010, σ. 131-140 Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=219 (21/4/14)

Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 45 (1), 2006, σ. 98-106

Παϊκοπούλου Δ, Γέραλη Μ. Βιολογικοί ρυθμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα: Η ενδογενής επίδραση της μελατονίνης. Νοσηλευτική 4(1), 2001, σ. 38–42

Παπαδημητρίου Μ, Γιαννοπούλου Β, Καραγιαννοπούλου Α,. Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, 3(1), 2002 σ. 329–336

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία*; Εκδ. Κριτική, Αθήνα

Διεθνής Βιβλιογραφία

Abdalkader RH, Hayajneh FA.(2008), " Effect of night shift on nurses working in intensive care units at Jordan University Hospital." *Europ J Sci Res*, Vol. 23, no. 1, pp. 170-86 Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο http://www.researchgate.net/publication/237565377_Effect_of_Night_Shift_on_Nurses_Working_in_Intensive_Care_Units_at_Jordan_University_Hospital (23/4/2014)

Admi H, Tzischinski O, Epstein R, Herer P, Lavie P. (2008), "Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients' safety? ", *Nurs Econ*, Vol. 26, No. 4 pp. 250-257. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18777974> (12/4/2014)

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.

Akerstedt, T. (1998), "Shift work and disturbed sleep wakefulness ", *Sleep medicine reviews*, Vol. 53, no. 2, pp. 117-128. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12637592> (11/4/2014).

Akerstedt T, Peters B, Anund A, Kecklund G. (2005), "Impaired alertness and performance driving home from the night shift: a driving simulator study". *J Sleep Res*, Vol. 14, No. 1, pp. 17–20. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15743329> (21/5/2014).

Allen, B. (2004). U.S. National Library of Medicine: Sleep Disorders

Axelsson, J. (2005) *Long shifts, short rests and vulnerability to shift work*. Department of Psychology, Stockholm University, National Institute of Psychosocial Medicine, Stockholm.

Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE et al., (2005), "Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns." *N Engl J Med*, Vol. 352, no. 2, pp. 125–134 Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15647575> (15/4/2014).

Biggi, N., Consonni, D., Galluzo, V., et al., (2008) "Metabolic syndrome in permanent night workers." *Chronobiol Int*, Vol. 25, no. 2, pp. 443-454. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484373> (12/4/2014).

Borbely, A.A., Achermann, P., (1992) "Concepts and models of sleep regulation: an overview." *J Sleep Res*, Vol. 1, no. 2, pp. 63-79. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10607028> (9/4/2014).

Blachowicz E, Letizia M., (2006), "The challenges of shift work." *Medsurg Nurs*, Vol. 15, no. 5, pp. 274–280. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17128897> (13/4/2014)

Buxton S. (2003) *Shift work: An occupational health and safety hazard*. PhD. Thesis, Murdoch University, Perth, Western Australia. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://researchrepository.murdoch.edu.au/495/> (12/4/2014).

Dawson D, Reid K., (1997) "Fatigue, alcohol and performance impairment." *Nature*, Vol. 388, no. 1, p. 235. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.nature.com/nature/journal/v388/n6639/abs/388235a0.html> (16/4/2014).

Giovanni, C. (2002) "The impact of shift and night work on health.", *Appl Ergonom*, Vol. 27, No. 1, pp. 9–16. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15676307> (13/4/2014).

Dorrian J, Tolley C, Lamond N, van den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE et al. (2008), "Sleep and errors in a group of Australian hospital nurses at work and during the commute", *ApplErgon*, Vol. 39, no. 5, pp. 605–613. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18395183> (9/4/2014).

Drake, C. (2010), "The characterization and pathology of circadian rhythm sleep disorders." *J Fam Practice*, Vol. 59, no. 1suppl. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20074505> (3/4/2014).

Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., et al. (2004), "Shift work sleep disorder : prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers." *Sleep*, Vol. 27, no. 8 pp. 1453-1462. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15683134> (5/4/2014).

Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A et al. (2007) "High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors" *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 175, no. 7, pp. 686–692. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234905> (14/4/2014)

Fitzpatrick J, While A, Roberts J, (1999), "Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues." *J Adv Nurs*, Vol. 29, No. 1, pp. 18–27. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10064278> (20/4/2014)

Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE et al. (1992), "Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses." *Am J Public Health*, Vol. 82, no. 7, pp. 1011–1014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1609900> (17/4/2014)

Gillette, M., Abbott, M. (2006). Basic mechanisms of circadian rhythms and their relation to the sleep/wake cycle. In: Cardinali D, Pandi-Perumal SR, editors. Neuroendocrine correlates of sleep/wakefulness. New York: Springer. p

Healy CM, McKay MF. (2000) "Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses." *J Adv Nurs*, Vol. 31, no. 3, pp. 681–688. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718888> (13/4/2014)

James, FO., Cermakian, N., Boivin, DB. (2007), "Circadian rhythms of melatonin, cortisol, and clock gene expression during simulated night shift work", *Sleep*, Vol. 30, No. 11, pp. 1427-36. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18041477> (25/4/2014).

Kogi, K. (2001). Shift work. International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors, Volume 2., pp 1350-1353

Kivimäki, M., Kuusma, P., Virtanen, M. and Elovainio, M. (2001), "Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who have never done shift work", *Work and Stress* Vol. 15, No. 1, pp. 3-13. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370118685#.U5A5WHKSx1Y> (23/4/2014).

Matsumoto M, Kamata S, Naoe H, Mutoh F, Chiba S.(2006) "Investigation of the actual conditions of hospital nurses working on three rotating shifts: questionnaire results of shift work schedules, feelings of sleep and fatigue and depression" *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, Vol. 98, no. 1, pp. 11-26. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718888> (15/4/2014)

Nakajima, H. (1995). «Προσοχή! Προστατέψτε την υγεία σας από τις συνέπειες της βίας και της αδιαφορίας». Μήνυμα του Γενικού Διευθυντή του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Γενική Ιατρική, 1,5–15

Soldatos, C., Dikeos, D., Paparrigopoulos, T, (2003), "The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale", *Journal of Psychometric Research*. Vol. 55, No. 3, pp. 263-267. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932801> (24/4/2013)

Soldatos, C., Allaert, F., Ohta, T., Dikeos, D. (2005), "How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries", *Sleep Medicine*. Vol. 6, No. 1, pp. 5-13. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680289> (21/4/2013).

Schmieder RA, Smith CS. (2006) "Moderating effects of social support in shift working nurses." *Work Stress*, Vol. 10, no. 2, pp. 128–140. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379608256792#.U3CNtIGSx1Y> (11/4/2014).

Size M. (2003) "Effects of night shift schedules on nurse working in a private hospital in South Africa" Division of Industrial Ergonomics. Luleå University of Technology, Industrial Ergonomics Division. Sweden, 2003:084 CIV

Scott LD, Hwang WT, Rogers AE, Nysse T, Dean GE, Dinges DF., (2007), "The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving", *Sleep*, Vol. 30, no. 12, pp. 1801–1807 Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276124/> (21/4/2014).

Surani S, Subramanian S, Babbar H, Murphy J, Aguillar R., (2008), "Sleepiness in critical care nurses: Results of a pilot study" *J Hosp Med*, Vol. 3, no. 3, pp. 200–205. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18571776> (13/5/2014).

Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. (2001) "Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff", *J Adv Nurs*, Vol. 35, no.4, pp. 533–542. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529953> (23/4/2014)

Madide S. Effects of night shift schedules on nurses working in a private hospital in South Africa. Master Thesis. Lulea University of Technology, Sweden 2003

Murata K , Yano E , Shinozaki T, (1999) "Impact of shift work on cardio vascular functions in a 10-year follow-up study." *Scand J Work Environ Health*, Vol. 25, No. 3, pp. 272–277. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10450779> (11/4/2014).

Monk, TH., Folkard, S. (1992) Introduction. Making shift work tolerable. London: Francis & Taylor. p. 1-4.

Novak RD, Auvil-Novak SE., (1996), "Focus group evaluation of night nurse shiftwork difficulties and coping strategies", *Chronobiol Int*, Vol. 13, no. 6, pp. 457–463. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8974191> (23/4/2014)

Lazaratou, H., Dikeos, DG., Anagnostopoulos, DC., Sbokou, O., Soldatos, CR. (2005), "Sleep problems in adolescence. A study of senior high school students in Greece", *European child and adolescent psychiatry*, Vol. 14, No. 4, pp. 237-243. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15981135> (12/4/2013)

Learthart S., (2000), "Health effects of internal rotation of shifts" *Nurs Stand*, Vol. 14, no. 47, pp. 34–36. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11974375> (12/4/2014).

Lindborg C, Davidhizar R., (1993), "Is there a difference in nurse burnout on the day or night shift?" *Health Care Superv*, Vol. 11, no. 3, pp. 47-52. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124142> (14/4/2014).

Kass, SJ., Wallace, JC., Vodanovich, SJ. (2003), "Boredom proneness and sleep disorders as predictors of adult attention deficit scores", *Journal of Attention Disorders*, Vol. 7, No.2, pp. 83-91. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15018357> (11/4/2014).

Kunnert K., (2007), "Fatigue and sleep quantity in nurses", *J Psychosocial Nursing Mental Health Serv*, Vol. 45, no. 1, pp. 1-10.

Pati, AK, Chandrawanshi A, Reinberg A, (2001), "Shift work: Consequences and management", *Curr Sci India*, Vol. 81, No. 1, pp. 32–52. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.iisc.ernet.in/currsci/jul102001/32.pdf> (24/4/2014)

Parahoo K. (2006), *Nursing research: Principles, process and issues*. 2nd ed. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Portela L, Rotenberg L, Waissmann W. (2004), "Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12h night and day shifts", *Chronobiol Int*, Vol.

21, no. 6, pp. 859-870. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646233> (11/4/2014).

Presser HB., (2000), "Nonstandard work schedules and marital instability" *J Marriage Fam*, Vol. 62, no. 1, pp. 93–110. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1566690?uid=3739256&uid=2&uid=4&sid=21104150363353> (12/4/2014).

Ribeiro-Silva F, Rotenberg L, Soares RE, Pessanha J, Ferreira FL, Oliveira P et al., (2006), "Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses", *Chronobiol Int*, Vol. 23, no. 6, pp. 1389-1399. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17190721> (12/4/2014)

Rogers A. The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Ch 40 In: Patient Safety and Quality, LWW 2010

Ruggiero JS., (2003) "Correlates of fatigue in critical care nurses", *Res Nurs Health*, Vol. 26, no. 6, pp. 434–444. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14689460> (12/4/2014)

Totterdell P, Spelten E, Pokorski J. (1995), "The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle." *J Adv Nurs*, Vol. 21, No. 5, pp. 996–1005. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7602010> (21/4/2014)

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva.

Wilson JL., (2002), "The impact of shift patterns on healthcare professionals". *J Nurs Manag*, Vol. 10, no. 4, pp. 211–219. Ανάκτηση από διαδικτυακό τόπο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100600> (12/4/2014)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής κυκλώστε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε.

Στις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σημειώστε ολογράφως την απάντηση.

1. Φύλο: α) Άνδρας β) Γυναίκα

2. Ηλικία:

3.α) Βάρος (σε κιλά)

3.β) Ύψος (σε εκατοστά)

3.γ) Καπνίζετε; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως

3.δ) Πόσα φλιτζάνια / ποτήρια καφέ, τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα καταναλώνετε σε ένα συνηθισμένο 24ωρο;

3.ε) Πόσα ποτήρια καταναλώνετε την εβδομάδα:

Μπίρα..... Κρασί Κονιάκ, ουίσκι, ούζο κλπ

4.α) Οικογενειακή κατάσταση:

α) άγαμος-άγαμη

β) έγγαμος-έγγαμη

γ) διαζευγμένος-διαζευγμένη

δ) χήρος-χήρα

4.β) Παιδιά: α) ΟΧΙ β) ΝΑΙ(αριθμός παιδιών)

5. Ανώτερο Μορφωτικό επίπεδο:

α) Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

β) Πτυχίο Πανεπιστημίου

γ) διαζευγμένος- διαζευγμένη

δ) Υποχρεωτική Εκπαίδευση

6. Τμήμα στο οποίο εργάζεστε:

7.α) Αριθμός ετών εργασίας στο συγκριμένο τμήμα:.....

7.β) Αριθμός ετών εργασίας στο επάγγελμα:.....

8. Τι ωράριο εργασίας κάνετε: α) πρωινό β) κυκλικό

9. Σημειώστε δίπλα σε κάθε ωράριο τον αριθμό που κάνετε ανά μήνα (κατά προσέγγιση):

α) πρωινό

β) απογευματινό

γ) νυχτερινό

10. Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε συνολικά στο νοσοκομείο:

α) λιγότερο από 35 ώρες

β) 35 ώρες

γ) 40 ώρες

δ) 48 ώρες

ε) περισσότερο από 48 ώρες

11. Τι από τα παρακάτω ισχύει για εσάς:

α) κάνω χρήση υπνωτικών φαρμάκων

β) ροχαλίζω στον ύπνο μου

γ) κάνω άπνοιες στον ύπνο μου

δ) κανένα από τα παραπάνω

12. Έχετε δίπλωμα οδήγησης: α) Ναι β) Όχι

13. Πόσα χρόνια οδηγείτε:

14. Τι μεταφορικό μέσο οδηγείτε για την μετακίνηση από και προς την εργασία σας:

α) αυτοκίνητο.....

β) μοτοσυκλέτα.....

γ) ποδήλατο.....

δ) άλλο.....

15. Πόσα χιλιόμετρα διανύετε με το μεταφορικό σας μέσο για να μετακινηθείτε από το σπίτι στην εργασία σας:

α) λιγότερο από 5km

β) 5-10 km

γ) 11-15 km

δ) 16-20 km

ε) 21-30 km

στ) περισσότερο από 31 km

Παραλίγο ατύχημα

16. Κινδυνεύσατε να εμπλακείτε σε ατύχημα ερχόμενος ή φεύγοντας από τη δουλειά σας;

α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

17. Αν ναι, πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο;

18. Τι ωράριο εργασίας είχατε την ημέρα που κινδυνεύσατε με ατύχημα-ατυχήματα:

α) πρωινό.....

β) απογευματινό.....

γ) νυχτερινό.....

δ) πρωινό και νυχτερινό.....

ε) δεν θυμάμαι.....

19. Ποιά πιστεύετε ότι ήταν η αιτία ή οι αιτίες που παραλίγο να προκληθεί το ατύχημα (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις):

α) οι κακές καιρικές συνθήκες.....

β) η κακή κατάσταση του οδοστρώματος.....

γ) η περιορισμένη ορατότητα.....

δ) η κόπωση.....

ε) η υπνηλία.....

στ) η κακή κατάσταση του μεταφορικού μέσου.....

ζ) η μειωμένη προσοχή.....

η) η χρήση κινητού τηλεφώνου.....

θ) η συνομιλία με άλλο επιβάτη.....

ι) η κατανάλωση φαγητού ή ποτού.....

ια) η απασχόληση με την αναζήτηση ραδιοφωνικού σταθμού.....

ιβ) η κατανάλωση αλκοόλ.....

ιγ) άγνωστη αιτία.....

ιδ) άλλο.....

Εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα

20. Έχετε εμπλακεί ως οδηγός σε τροχαίο ατύχημα τον τελευταίο χρόνο;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν θυμάμαι

δ) Αν ναι, πόσες φορές; 1 φορά..... 2 φορές..... 3 φορές.....

21. Τι ωράριο εργασίας είχατε την ημέρα που συνέβη το ατύχημα- τα ατυχήματα:

α) πρωινό.....

β) απογευματινό.....

γ) νυχτερινό.....

δ) πρωινό και νυχτερινό.....

ε) δεν θυμάμαι

22. Πόσες ώρες είχατε εργαστεί εκείνη την ημέρα:

α) οκτώ.....

β) οκτώ με δέκα ώρες.....

γ) περισσότερο από δέκα ώρες.....

δ) δεν θυμάμαι

23. Στο τροχαίο-τροχαία ατύχημα-ατυχήματα που είχατε εμπλοκή

τον τελευταίο χρόνο προκλήθηκαν:

α) μόνο υλικές ζημιές.....

β) τραυματισμοί.....

γ) θάνατος ενός ή περισσότερων ατόμων.....

24. Ποιά πιστεύετε ότι ήταν η αιτία-οι αιτίες που προκάλεσε-προκάλεσαν το

τροχαίο-τα τροχαία ατύχημα-ατυχήματα τον τελευταίο χρόνο;

- α) οι κακές καιρικές συνθήκες
- β) η κακή κατάσταση του οδοστρώματος
- γ) η περιορισμένη ορατότητα
- δ) η κόπωση
- ε) η υπνηλία
- στ) η κακή κατάσταση του μεταφορικού μέσου
- ζ) η μειωμένη προσοχή
- η) η χρήση κινητού τηλεφώνου
- θ) η συνομιλία με άλλο επιβάτη
- ι) η κατανάλωση φαγητού ή ποτού
- ια) η απασχόληση με την αναζήτηση ραδιοφωνικού σταθμού
- ιβ) η κατανάλωση αλκοόλ
- ιγ) άγνωστη αιτία
- ιδ) άλλο.....

25. Αναφορικά με την σεξουαλική σας δραστηριότητα τους τελευταίους έξι μήνες ισχύει:

- α) Αποχή
- β) Μόνιμος σύντροφος – μόνο επαφές με προφύλαξη
- γ) Μόνιμος σύντροφος – ελεύθερες επαφές
- δ) Περιστασιακές επαφές – μόνο με προφύλαξη
- ε) Περιστασιακές επαφές, ορισμένες εκ των οποίων ελεύθερες

26. Έχετε συμμετάσχει σε κάποια από τις ακόλουθες δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο

- α) Extreme sports (π.χ bungee jumping, παραπέντε, κατάδυση χωρίς φιάλη εξυγόνου).

β) Κυνήγι

γ) Paintball

27. Είστε κάτοχος πυροβόλου όπλου(εκτός από οπλισμό εφέδρων στρατιωτών); ΝΑΙ / ΟΧΙ

28. Ποιο είναι περίπου το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα

α) Λιγότερο από 30.000 ευρώ

β) 30.000 – 50.000 ευρώ

γ) πάνω από 50.000 ευρώ

29. Έχετε προφυλακιστεί / φυλακιστεί ποτέ μέχρι σήμερα ; ΝΑΙ / ΟΧΙ

30. Έχετε δικαστεί ποτέ μέχρι σήμερα για ποινικό αδίκημα; ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ Β

Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΙΝΟ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΨΠΝΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ (AIS)

(Athens Insomnia Scale, Soldaros et al. 2000, J Psychosom Res 48:555-560

Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσον όρο για τον τελευταίο μήνα, παρουσιάστηκαν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: (η αξιολόγηση αναφέρεται στο νυκτερινό ύπνο και βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμηση σας)

1. Επέλευση ύπνου

Πολύ γρήγορη Ελαφρώς Καθυστερημένη Καθυστερημένη Πολύ καθυστερημένη

2. Ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας

Κανένα πρόβλημα Μικρό πρόβλημα Μέτριο Πρόβλημα Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμάται

3. Πρωινό ξύπνημα σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο.

Στον επιθυμητό χρόνο Λίγο νωρίτερα Αρκετά νωρίτερα Πολύ νωρίτερα

4. Συνολική διάρκεια ύπνου

Επαρκής Μάλλον ανεπαρκής Ανεπαρκής Πολύ μειωμένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

5. Ποιότητα ύπνου

Ικανοποιητική Μέτρια Μη ικανοποιητικοί
Κακή

6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα $0,83 \pm 0,68$

Πλήρης Ελαφρώς ανεπαρκής Αρκετά μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύουσα

7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης Ελαφρώς ανεπαρκής Αρκετά μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύουσα

8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα

Καμία Ελαφρά Μέτρια Έντονη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Αγαπητέ κ. Παυλάκη

Ευχαρίστως σας παρέχω την έγκριση μου να χρησιμοποιήσετε την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών όπως αναφέρετε στο μήνυμά σας.

Με εκτίμηση

Κ.Ρ.Σολδάτος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Αρ. Φακ.: 3.28.197
Αρ. Τηλ. : 22818303

22 Νοεμβρίου 2013

Κύριο Άνθο Γιανναπή
Ανδρέα και Σάββα Δημητρίου 8Γ
2450 Κάτω Δευτερά

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας του κ. Άνθου Γιανναπή, νοσηλεύτη και φοιτητή στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Η διερεύνηση των επιπτώσεων του συστήματος βάρδιας στη ψυχοσωματική υγεία των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας Κύπρου», με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 14.11.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμα σας ημερομηνίας 21.11.2013 με διευκρινίσεις/συμπληρώσεις των σημείων «Ε», «Ζ», «Η» και «Θ», και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.138
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

02 Δεκεμβρίου 2013

Κύριο Άνθο Γιανναπή
Ανδρέα και Σάββα Δημητρίου 8Γ
2450 Κάτω Δευτερά
Λευκωσία

Θέμα: «Η διερεύνηση των επιπτώσεων του συστήματος βάρδιας στην ψυχοσωματική υγεία Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας Κύπρου»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 25 Νοεμβρίου 2013 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, βεβαίωση εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής, πρωτόκολλο, φυλλάδιο ενημέρωσης Λειτουργών Υγείας, επιστολή Επιτρόπου Δεδομένων και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω αντιληφθεί ότι:

1. Η έρευνα που θα διεξάγετε στηρίζεται στη διανομή και συλλογή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας της Κύπρου,
2. Δεν θα υπάρξει από δικής σας πλευράς οποιαδήποτε επέμβαση σε συμμετέχοντες για τη λήψη οποιασδήποτε βιολογικής ουσίας για οποιοσδήποτε εξετάσεις, και
3. Δεν τίθεται θέμα παροχής οποιασδήποτε ιατρικής φροντίδας προς τους συμμετέχοντες.

Σύμφωνα με όλα τα πιο πάνω, έχω την άποψη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν χρήζει οποιασδήποτε βιοηθικής αξιολόγησης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου