



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Σταυρούλα Δημοβέλη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζακωνθινός Επαμεινώνδας, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Επιβλέπων Καθηγητής

Δανιήλ Ζωή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μακρής Δημοσθένης, Επίκουρος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Investigation of burnout among nurses of “closed” units in a
tertiary hospital**

Πίνακας περιεχομένων

| | |
|--|----|
| Συνοτομογραφίες | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 6 |
| Abstract..... | 7 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 8 |
| 1.Επαγγελματική εξουθένωση | 9 |
| 2. Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης ... | 12 |
| 3. Ο ύπνος και οι διαταραχές του..... | 16 |
| 3.1 Οι διαταραχές ύπνου..... | 16 |
| 4. Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους εργαζομένους..... | 24 |
| 4.1 Αϋπνία και επαγγελματίες υγείας..... | 25 |
| 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 27 |
| Σκοπός | 27 |
| Δείγμα -διαδικασία..... | 27 |
| Ερευνητικά εργαλεία | 28 |
| 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 30 |
| 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 41 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 45 |

Συντομογραφίες

ΑΚΑ: Ανάνηψη Καρδιοχειρουργικών ασθενών

ΑΠ: Αποπροσωποποίηση

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΜΕΝ: Μονάδα Νεογνών

ΜΣΝ: Μονάδα Στεφανιαίας Νόσου

ΜΤΝ: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΜΤ: Μέση τιμή

ΠΓΝΛ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕ: Προσωπικά Επιτεύγματα

ΣΕ: Συναισθηματική Εξάντληση

ΤΑ : Τυπική απόκλιση

ΑΙΣ: Athens Insomnia Scale (Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών)

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή κ. Ζακυνθινό Επαμεινώνδα για την υποστήριξή του, την εμπιστοσύνη του και την καθοδήγησή του καθώς και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κα Δανιήλ Ζωή και κο Μακρή Δημοσθένη για την προθυμία τους να προσφέρουν βοήθεια σε οτιδήποτε προέκυπτε.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα και τους προϊσταμένους των αντίστοιχων τμημάτων.

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για το διδακτικό τους έργο και τη πολύτιμη συμβολή τους αυτά τα δύο χρόνια.

Το πιο μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου Νίκο και Φωτεινή, για τη στήριξη, την κατανόηση και την αμέτρητη αγάπη τους σε κάθε μου προσπάθεια.

Σας ευχαριστώ....!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) είναι ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα που συναντώνται στους εργασιακούς χώρους παγκοσμίως. Υπάρχουν ενδείξεις ότι εξουθένωση και αϋπνία συμβαδίζουν στους εργαζόμενους με βάρδιες με δυσμενείς επιπτώσεις στη ζωή και την εργασία τους.

Σκοπός : Ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, που εργάζονται σε κλειστά τμήματα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, καθώς και η διερεύνηση της συχνότητας της αϋπνίας και της συσχέτισής της με την εξουθένωση.

Μέθοδος : Στην έρευνα συμμετείχαν 103 νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και άλλα κλειστά τμήματα. Χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο εξουθένωσης της Maslach και η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (AIS).

Αποτελέσματα: Γυναίκες ήταν το 87,4% του δείγματος. Η μέση ηλικία ήταν 38,4±6,8 έτη. Η συνολική βαθμολογία στην AIS ήταν 7,76±4,71. Οι νοσηλευτές με περισσότερες από 6 βάρδιες το μήνα εμφάνισαν υψηλότερη αϋπνία. Το ένα τρίτο των νοσηλευτών εμφάνιζε υψηλή εξουθένωση, με κυριότερη επιβάρυνση στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης εμφάνισαν όσοι δεν είχαν προηγούμενη εργασία σε κλειστό τμήμα, ενώ χαμηλά επιτεύγματα όσοι είχαν παιδιά και οι γυναίκες. Η αϋπνία συσχετίστηκε θετικά με την αποπροσωποποίηση και τη συναισθηματική εξάντληση και αρνητικά με τα επιτεύγματα.

Συμπέρασμα: Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ιδιαίτερα έντονη στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων. Συσχετίζεται θετικά με την αϋπνία και δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες για τον ψυχισμό, την ποιότητας ζωής και κατ' επέκταση για την απόδοση των εργαζομένων, την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή.

Λέξεις κλειδιά : Νοσηλευτής, κλειστές μονάδες, εξουθένωση, αϋπνία

Abstract

Introduction: Burnout is one of the commonest problems encountered in the workplace worldwide. There is evidence that burnout and insomnia are closely related to one another among shift workers with adverse impact on the lives and work.

Aim : It was to investigate the level of burnout in nurses who work in “closed” units at a tertiary hospital and to investigate the frequency of insomnia and its association with burnout.

Method: The participants were 103 nurses working in intensive care units and other closed units. The Maslach burnout questionnaire and the Athens insomnia scale (AIS) were applied.

Results: Women were 87.4% of the sample. The mean age was 38.4 ± 6.8 years. The total score on the AIS was 7.76 ± 4.71 . Nurses with more than 6 shifts per month had a higher insomnia level. One third of nurses showed high burnout, the main burden being in the personal achievement dimension. High rates of depersonalization were present in those who had not any previous experience in a closed unit and low achievement scores were observed in those who had children and in women. Insomnia was positively correlated with depersonalization and emotional exhaustion and negatively with achievements.

Conclusion: The burnout is particularly high among nurses of closed units. It is positively correlated with insomnia and creates unfavorable conditions for the mental health, the quality of life and therefore the performance of employees, their family and social lives.

Key words: Burnout, nurses, “ closed” units, insomnia

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) είναι ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα που συναντώνται στους εργασιακούς χώρους παγκοσμίως. Το φαινόμενο βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνών για πολλά χρόνια και καταβάλλονται συνεχείς προσπάθειες για την καλύτερη κατανόησή του και τον περιορισμό του. Ωστόσο, η εξουθένωση είναι παρούσα και πλήττει ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας, με τη συχνότητά του να φτάνει ακόμα και στο 50% των επαγγελματιών υγείας. Αν και δεν υπάρχει ένας καθιερωμένος ορισμός για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο ορισμός που διατυπώθηκε από την Maslach το 1981¹ διατηρεί την αξία του: πρόκειται για «απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας αποτελούν χαρακτηριστικά του συνδρόμου, με άμεσο αντίκτυπο στην απόδοση του εργαζομένου. Η σοβαρότητα του φαινομένου και οι καταστροφικές ατομικές και κοινωνικές συνέπειές του ώθησαν την ερευνήτρια στην επιλογή του θέματος, δοθείσης και της προσωπικής της εμπειρίας σε ένα τμήμα υψηλών απαιτήσεων όπως είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

1. Επαγγελματική εξουθένωση

Το ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) αποτελεί φλέγον ζήτημα για τους επαγγελματίες υγείας και βρίσκεται στο επίκεντρο της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ωστόσο, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός.^{2,3} Θα μπορούσε να οριστεί ως η ψυχολογική κατάσταση κατά την οποία το άτομο διακατέχεται από αισθήματα αποτυχίας και βιώνει σωματική και πνευματική εξάντληση, επειδή αδυνατεί να επιτύχει τους υψηλούς στόχους που θέτει και να υπηρετήσει τα ιδανικά του. Η κατάσταση αυτή έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα συναισθήματα και στη στάση του απέναντι στην εργασία του, όπως και στην υγεία του. Θεωρείται το αποτέλεσμα της ανεπιτυχούς διαχείρισης της υπερβολικής ψυχικής και σωματικής καταπόνησης του εργαζομένου.⁴

Οι Maslach και Jackson,¹ όρισαν το σύνδρομο ως τη σωματική και ψυχολογική κατάρρευση του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της αρνητικής στάσης του απέναντι στους άλλους ανθρώπους, τη ζωή και τη δουλειά του. Η απελπισία, η κόπωση και η σωματική εξάντληση είναι σταθερά ευρήματα του συνδρόμου. Οι Maslach & Jackson θεώρησαν την εξουθένωση ως μια τρισυπόστατη έννοια, προτείνοντας τις εξής τρεις διαστάσεις :

α) συναισθηματική εξάντληση: σχετίζεται με την κοινωνική του αλληλεπίδραση με άλλα άτομα

β) αποπροσωποποίηση : σημαίνει την αρνητική και κυνική στάση του εργαζόμενου απέναντι στους πελάτες του

γ) χαμηλό αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων: το άτομο αξιολογεί αρνητικά τα όσα έχει καταφέρει κυρίως σε σχέση με τα επιτεύγματά του στην εργασία.

Παρόλο που υπάρχουν πολλοί ορισμοί για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, ο τελευταίος είναι ο ευρύτερα αποδεκτός.

Αντίστοιχα προς τις διαστάσεις προκαλούνται και τα συμπτώματα του συνδρόμου. Η «συναισθηματική εξάντληση» εκφράζεται μέσα από αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης και συνοδεύεται από απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Είναι η καλύτερα μελετημένη διάσταση του συνδρόμου.⁵ Η μεγάλη βαρύτητα της συναισθηματικής εξάντλησης στην εξουθένωση οδήγησε στην υποτίμηση της συμβολής των δύο άλλων διαστάσεων.⁶ Η συναισθηματική εξάντληση αντανακλά τη στρεσογόνα διάσταση του συνδρόμου και είναι απαραίτητο κριτήριο για την αναγνώριση του. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι έχει προέχοντα ρόλο στην εξέλιξη του συνδρόμου αλλά

και ότι αποτελεί έναν παράγοντα που οδηγεί σε έλλειψη ικανοποίησης στον εργασιακό χώρο με αποτέλεσμα την επακόλουθη μείωση της απόδοσης, την τάση για απουσίες, τη μειωμένη δέσμευση και τον αυξημένο ρυθμό αντικατάστασης των εργαζομένων στους διάφορους οργανισμούς.^{7,8} Η συναισθηματική εξάντληση, που σημαίνει εξάντληση των συναισθηματικών εφεδρειών του ατόμου και μείωση της ενέργειας του, καθώς και απώλεια της ικανότητας προσήλωσης τους σε αυτή με προφανείς συνέπειες για τους ίδιους και τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Επακόλουθα είναι τα οικογενειακά προβλήματα, οι σωματικές διαταραχές και μια γενικότερη κατάρρευση, ψυχική και βιολογική.

Η δεύτερη διάσταση του συνδρόμου είναι η αποπροσωποποίηση, η οποία αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις και αναφέρεται στην απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του και στην επικράτηση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Ουσιαστικά πρόκειται για την υιοθέτηση μιας αμυντικής στάσης του εξουθενωμένου που αποσκοπεί στην ψυχική του αποστασιοποίηση από τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Κι αυτό γιατί αδυνατεί να διαχειριστεί τις απαιτήσεις τους και την καταπόνηση που αυτές του προκαλούν. Είναι μια ύστατη προσπάθεια ελλείψει άλλων διαθέσιμων μέσων.⁷ Οι εργαζόμενοι, ειδικά στα επαγγέλματα φροντίδας, αναπτύσσουν μια απόμακρη ή ακόμη και απάνθρωπη στάση απέναντι στους ανθρώπους που θα πρέπει να φροντίζουν. Η αποπροσωποποίηση γίνεται αντιληπτή από τις ύβρεις και τις προσβολές, από την απόσυρση μέσω μεγαλύτερων διαλειμμάτων, καθώς και από μια απρόσωπη και σκληρή αντιμετώπιση των χρηστών της υπηρεσίας.⁹ Η αποπροσωποποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως ψυχική διέξοδος από την πλήρη εμπειρία της πραγματικότητας.¹⁰

Η τρίτη διάσταση, που αφορά στην αυτοαξιολόγηση, ονομάζεται «χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα» και αναφέρεται στην αρνητική αξιολόγηση των επιτευγμάτων του ατόμου στο χώρο της εργασίας του με αποτέλεσμα την απογοήτευση και τη συνακόλουθη μείωση της απόδοσής του. Οι εργαζόμενοι βιώνουν αγωνία ή ενοχή για τον τρόπο που έχουν σκεφτεί για τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους, για τον τρόπο που τους έχουν συμπεριφερθεί καθώς και για την αδυναμία τους να δημιουργήσουν ένα κλίμα αμοιβαίας σχέσης και εμπιστοσύνης. Αποκαρδιώνονται από τη διάσταση στόχων και υποκειμενικής αίσθησης επιτευγμάτων και εγκαταλείπουν την προσπάθεια. Τα αισθήματα αυτά μπορεί να προκύψουν και από παράγοντες όπως η έλλειψη εκτίμησης από τους άλλους ή οι μειωμένες αρμοδιότητες τους. Η μείωση της αυτοεκτίμησης μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε εγκατάλειψη της εργασίας που περιλαμβάνει στενή

επαφή με ανθρώπους. Πρόκειται για μια υποκειμενική αντίληψη μειωμένης αυτό-αποτελεσματικότητας. Επισημαίνεται ότι μία χρόνια κατάσταση που οδηγεί έναν εργαζόμενο στην εξάντληση ή στον κυνισμό είναι πιθανό να διαβρώσει το αίσθημα αποτελεσματικότητάς του.

Ο Cherniss¹¹ δημοσίευσε τον παρακάτω πίνακα συμπτωμάτων που αναπτύσσει ο εργαζόμενος, λόγω του εργασιακού στρες και του burnout.

- Μεγάλη απροθυμία στην καθημερινή του προσέλευση στην εργασία
- Αίσθηση αποτυχίας
- Θυμός και μνησικακία
- Αισθήματα ενοχής και αυτομομφής
- Αποθάρρυνση και αδιαφορία
- Αρνητισμός
- Απομόνωση και απόσυρση. Ο εργαζόμενος απομονώνεται ψυχικά και σωματικά από το σύντροφό του και τους συνεργάτες του
- Αισθήματα κούρασης και εξάντλησης όλη τη μέρα
- Εξουθένωση μετά τη δουλειά
- Απώλεια των θετικών συναισθημάτων απέναντι στους πελάτες
- Κυνισμός και στάση μομφής απέναντι στους πελάτες
- Τάση απόλυτης εφαρμογής των κανόνων
- Διαταραχές ύπνου
- Αποφυγή συζητήσεων για τη δουλειά με τους συναδέλφους
- Αυτοενασχόληση. Ο εργαζόμενος είναι « χαμένος» στις σκέψεις του. Η ροπή προς τα ατυχήματα (αυτοκινητιστικά κ.ά) είναι μεγάλη
- Αύξηση χρήσης ηρεμιστικών και άλλων φαρμάκων ως μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς
- Φιλασθένεια
- Καχυποψία και παράνοια
- Συζυγικές και οικογενειακές συγκρούσεις
- Υψηλά επίπεδα απουσιών από την εργασία

2. Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η Maslach έχει προτείνει ότι τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του burnout:

- Η κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά
- Το περιβάλλον της δουλειάς ή το οργανωτικό κλίμα

Έχουν προταθεί και συνδυαστικά μοντέλα, όπου τα προσωπικά χαρακτηριστικά και το οργανωτικό κλίμα συνεργάζονται και επιδρούν στην ικανοποίηση που αντλεί ένα άτομο από την εργασία του.¹² Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί σοβαρό πρόβλημα σε επαγγελματίες που αλληλεπιδρούν καθημερινά με άλλους ανθρώπους. Γι' αυτό και ο κίνδυνος για την ανάπτυξη του συνδρόμου είναι μεγαλύτερος σε επαγγελματικούς τομείς, όπου υπάρχει πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τους χρήστες των υπηρεσιών. Τέτοιοι τομείς είναι ο ιατρικός και νοσηλευτικός τομέας, ο τομέας της εκπαίδευσης, η αστυνομία κ.ά., όπου υπάρχει πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τους αποδοχείς των υπηρεσιών. Τόσο οι εργασιακές συνθήκες, όσο και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συντελούν στην ανάπτυξη του burnout. Τα άτομα με προσωπικά χαρακτηριστικά «τύπου Α», που μεταφράζεται σε ανταγωνιστική διάθεση, ευερεθιστότητα, φιλοδοξία, αλλά και εύκολες ματαιώσεις, πιθανώς χαμηλή αυτοεκτίμηση, απροθυμία και ανυπομονησία, όπως και ανάγκη άσκησης υπερβολικού ελέγχου στην εργασία τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν το σύνδρομο.¹³ Αντίθετα, εργαζόμενοι που μπορούν να διαχειριστούν τις επιπτώσεις των στρεσογόνων γεγονότων, έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν το σύνδρομο.¹⁴ Η επαγγελματική εξουθένωση και η δομή της προσωπικότητας συνδέονται μεταξύ τους και έχει προταθεί η εφαρμογή στρατηγικών που θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να διαχειριστούν το stress και να μειώσουν τα επίπεδα της εξουθένωσης.¹⁵⁻¹⁷ Μελέτη που διεξήχθη σε νοσηλευτές πανεπιστημιακών και γενικών νοσοκομείων στην Τουρκία έδειξε πως το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική εμπειρία καθώς και η κατοχή υψηλών θέσεων ήταν παράγοντες που σχετίζονταν αρνητικά με την εξουθένωση, ενώ οι βραδινές βάρδιες σχετίζονταν θετικά με αυτό. Υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης διαπιστώθηκαν στους νοσηλευτές που αντιμετώπιζαν προβλήματα στις σχέσεις τους με

το υπόλοιπο προσωπικό και σε όσους δεν ήταν ικανοποιημένοι με τις συνθήκες εργασίας τους. Οι αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις, οι οικονομικές δυσκολίες και τα προβλήματα υγείας σχετίζονταν θετικά με το σύνδρομο.¹⁸

Ορισμένα χαρακτηριστικά που πιθανώς να συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

Το εργασιακό περιβάλλον. Η εργασία είναι σημαντική πηγή ικανοποίησης, ενέργειας και πληρότητας. Αν ένας στόχος ικανοποιηθεί, η κόπωση της εργασίας παραχωρεί τη θέση της σε μια αίσθηση ευεξίας και ουσιαστικής ανάπαυσης. Όταν όμως υπάρχει ένα αρνητικό εργασιακό περιβάλλον η απόδοση των εργαζομένων επηρεάζεται δυσμενώς. Πράγματι, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της καθημερινότητας του ανθρώπου αφού μέσα σε αυτό ως εργαζόμενος περνάει τουλάχιστον το ένα τέταρτο της μέρας του και αποτελείται από αυτόν και τους συναδέλφους του. Πρόκειται τόσο για τον περιβάλλοντα χώρο (γραφείο, σπίτι, αυτοκίνητο, χωράφι, κλπ.), όσο και για το έμψυχο δυναμικό αυτού του χώρου. Πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή όχι αυτόν το χώρο όπως τα χρώματα, η διακόσμηση και η καθαριότητα. Όμως ο ψυχικός κόσμος επηρεάζεται από την ανθρώπινη συμπεριφορά, ασχέτως των άψυχων υλικών του χώρου. Είτε σε πολυτελές κατάστημα, είτε στον πιο απλό πάγκο εργασίας, αν υπάρχουν έντονες και συνεχείς αρνητικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις του εργαζόμενου με τους συναδέλφους του, αυτές λειτουργούν εξουθενωτικά και μεταφέρονται συστηματικά στο σπίτι και στην προσωπική ή και κοινωνική του ζωή με πολλές αρνητικές επιρροές σε αυτήν.¹⁹

Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αρνητικού εργασιακού κλίματος είναι:^{20,19}

- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ή οι μη ρεαλιστικές προθεσμίες παράδοσης. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, και ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από συστηματικές οργανωτικές ελλείψεις, επιβαρύνει τον εργαζόμενο ο οποίος συχνά εργάζεται όλο και σκληρότερα προκειμένου να ανταποκριθεί. Η προσπάθεια αυτή, κυρίως όταν δεν τυγχάνει αναγνώρισης από τη διοίκηση, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση ιδιαίτερα στους νέους εργαζόμενους.²¹
- Αναντίστοιχη ανταμοιβή. Αυτό μεταφράζεται σε χρηματική (ή μη) αμοιβή κατώτερη των επιτευγμάτων και των προσδοκιών του εργαζόμενου. Η έλλειψη

αναγνώρισης και ανταμοιβής από την εργασία μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα αναποτελεσματικότητας

- Έλλειψη καθηκοντολογίου/αναρμοδιότητα. Αυτό συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις δε συμβαδίζουν με το αντικείμενο του εργαζομένου. Στην περίπτωση αυτή η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επέλθει ακόμα κι όταν δεν υπάρχει φόρτος εργασίας.

- Οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. Οι χρόνιες και άλυτες συγκρούσεις με συναδέλφους στο περιβάλλον της δουλειάς προκαλούν συναισθήματα απογοήτευσης και εχθρότητας ανάμεσά τους και που μπορούν να φτάσουν σε σοβαρή δυσχέρεια επικοινωνίας, η οποία σε ομαδική εργασία μπορεί να αποβεί καταστροφική.

Τα άτομα ή οι οργανισμοί που συνήθως ασκούν τη λεγόμενη εργασιακή κακομεταχείριση παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:¹⁹

- Υψηλή ανταγωνιστική διάθεση
- Αιφνιδιαστική μεταβολή συμπεριφοράς
- Δυσκίνητες και ιεραρχικές δομές και συγκεντρωτισμό
- Ο στόχος προέχει « πάση θυσία»
- Χαμηλή αίσθηση συναδελφικότητας

Η τελειοθρία. Όταν ο εργαζόμενος θέλει να είναι τέλειος σε όλα, απογοητεύεται εύκολα, ειδικά αν δεν πετύχει τους στόχους που του έθεσαν.²² Επικεντρώνεται στις ελλείψεις και όχι στα επιτεύγματα.²³

Ασάφεια ρόλων. Όταν δεν περιγράφονται με σαφήνεια στον εργαζόμενο τα καθήκοντά του ή ο τρόπος με τον οποίον θα τα εκτελέσει, οι απαιτήσεις από αυτόν συνεχώς μεταβάλλονται και γίνονται δύσκολα κατανοητές. Ο εργαζόμενος δεν έχει την απαιτούμενη αυτοπεποίθηση, δεν απολαμβάνει την εργασία του και δεν αισθάνεται ικανοποίηση από την προσφορά του. Έρευνα σε νοσηλευτές έδειξε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ασάφειας του ρόλου και της επαγγελματικής ικανοποίησης.²⁴

Έλλειψη αναγνώρισης. Είναι εξουθενωτικό για τον εργαζόμενο να δουλεύει σκληρά και να μην αναγνωρίζονται τα επιτεύγματά του.

Απαισιοδοξία. Οι απαισιόδοξοι τείνουν να βλέπουν τον κόσμο ως πιο απειλητικό απ' ότι οι αισιόδοξοι.

Ευερεθιστότητα. Μερικοί άνθρωποι είναι από τη φύση τους πιο ευερέθιστοι από άλλους κι έχουν εντονότερη αντίδραση στο στρες.

Προσωπικότητα τύπου Α. Τα δυο βασικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων με τέτοιου είδους προσωπικότητα είναι η αδημονία και η χωρίς κάποιο συγκεκριμένο λόγο εχθρική συμπεριφορά. Δυσκολεύονται να δείξουν ανεκτικότητα στους άλλους ανθρώπους και τις μικρές ταλαιπωρίες της ζωής και επιτίθενται εύκολα με λόγια και πράξεις.

Συνέπειες σε περίπτωση λάθους. Τα λάθη είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης. Όταν ωστόσο ο εργαζόμενος ξέρει ότι οι συνέπειες σε περίπτωση περιστασιακού λάθους θα είναι άσχημες (π.χ. ελλοχεύει ο κίνδυνος μιας αγωγής), τότε βιώνει την εργασία του ως μια πολύ στρεσογόνα εμπειρία και ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση είναι υψηλός.

Έλλειψη προσωπικού ελέγχου. Οι εργαζόμενοι που νιώθουν ότι δεν έχουν λόγο στις καθημερινές αποφάσεις που λαμβάνονται στην εργασία τους αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναποτελεσματική ηγεσία. Η διοίκηση μιας εταιρείας μπορεί να προστατέψει τον εργαζόμενο από την επαγγελματική εξουθένωση ή αντίθετα να συμβάλει στην πρόκλησή της.

Μεταβαλλόμενο πρόγραμμα. Στην περίπτωση αυτή ο εργαζόμενος αναγκάζεται να αφιερώσει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του στην εργασία παραμελώντας άλλους τομείς της ζωής του όπως τις σχέσεις του, τα χόμπι του ή και τον ίδιο τον εαυτό του.

Περιορισμένα κοινωνικά ερείσματα. Εδώ δεν υπάρχει βοήθεια στην περαίωση των κοινωνικών και οικογενειακών υποχρεώσεων και το συναισθηματικό φορτίο δεν απαλύνεται.

Ανεπαρκής ύπνος. Οι διαταραχές ύπνου και κυρίως η αϋπνία μπορεί να ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για την αίσθηση εξάντλησης πολλών εργαζόμενων και την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν νωρίτερα το επάγγελμά τους.²⁵

3. Ο ύπνος και οι διαταραχές του

Ο ύπνος είναι μία βασική ανθρώπινη ανάγκη, η οποία επηρεάζει την ψυχική υγεία, αλλά και επηρεάζεται από αυτήν. Είναι αναπόσπαστο κομμάτι του φυσιολογικού ρυθμού της ζωής μας και η σημασία του γίνεται αντιληπτή όταν αυτός διαταράσσεται. Ο διαταραγμένος ύπνος επιδεινώνει την ψυχική υγεία γιατί διαβρώνει τη διάθεση, την απόδοση και τη γενικότερη ψυχική λειτουργία. Η διαταραχή στη μορφή του ύπνου αποτελεί συχνά ένα αρχικό σύμπτωμα ψυχικής ασθένειας. Πράγματι, η αλλαγή στη μορφή του ύπνου είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τα μανιακά επεισόδια και τη δυσθυμική διαταραχή, σύμφωνα με το DSM – IV – TR (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές – 5^η έκδοση – βελτιωμένη) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association).²⁶ Η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την αϋπνία – τη χρόνια αδυναμία να κοιμηθούμε ή να διατηρήσουμε τον ύπνο μας κατά τη συνήθη περίοδο ύπνου – είχε παρατηρηθεί από την εποχή του Ιπποκράτη ακόμη. Σήμερα, οι εξελίξεις στις αντικαταθλιπτικές θεραπείες οδήγησαν στο να κατανοήσουμε καλύτερα τη φυσιολογική πλευρά των διαταραχών της ψυχικής διάθεσης και τα στάδια ύπνου – αφύπνισης.

3.1 Οι διαταραχές ύπνου

Ο μέσος χρόνος αναγκαίος ύπνου διαφέρει από άτομο σε άτομο. Το αναγκαίο καθορίζεται από το αίσθημα ευεξίας την επόμενη μέρα. Οι ενήλικες κοιμούνται κατά μέσο όρο 7 με 8 ώρες κάθε νύχτα. Παρόλα αυτά, ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού κοιμάται λιγότερο, κατά μέσο όρο έξι ώρες ή και λιγότερο ακόμη. Ένα άλλο, μικρό επίσης ποσοστό κοιμάται περισσότερο, δηλ από 9 ώρες και πάνω κάθε νύχτα²⁶. Όσοι κοιμούνται περισσότερο κι εκείνοι που κοιμούνται λιγότερο από το μέσο όρο είναι εξ ορισμού εκείνοι που κοιμούνται καλά. Αυτό σημαίνει ότι, αφού κοιμηθούν τις ώρες που χρειάζονται νιώθουν συνήθως ξεκούραστοι και σε εγρήγορση.

Η αϋπνία, η δυσκολία να κοιμηθούμε ή να διατηρήσουμε τον ύπνο μας, είναι ένα παράπονο που αναφέρεται συχνά. Ένα 15% των ενηλίκων αναφέρει συμπτώματα βαριάς ή περιοδικής αϋπνίας και ένα άλλο 15% αναφέρει περιστασιακά επεισόδια. Είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε την παροδική αϋπνία, που συχνά συνδέεται με κάποιο αγχογόνο γεγονός στο περιβάλλον ή σε μια κατάσταση, από την αϋπνία ως διαταραχή

ύπνου. Υπολογίζεται ότι 20-40% των ενηλίκων αναφέρουν κάποιου βαθμού δυσκολία με τον ύπνο κάθε χρόνο και το 17% θεωρούν το πρόβλημα σοβαρό. Η ηλικία προδιαθέτει σε διαταραχές ύπνου (5% επίπτωση στις ηλικίες 30-50 ετών και 30% σε 50 ετών και άνω). Η πρωτοπαθής αϋπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες με αναλογία 3:2. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά την διάρκεια του κύκλου ή κατά την εμμηνόπαυση μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στον ύπνο. Η υπνική άπνοια αποφρακτικού τύπου είναι συχνότερη στους άνδρες (4%) από τις γυναίκες (2.5%). Φάρμακα, οργανικά και ψυχολογικά αίτια ενοχοποιούνται για την πρόκλησή της.²⁷

Οι διαταραχές ύπνου είναι συνηθισμένο ιατρικό πρόβλημα. Οι διαταραχές ύπνου είναι είτε πρωτοπαθείς, είτε δευτεροπαθείς - αποτέλεσμα μίας ποικιλίας ψυχιατρικών και παθολογικών καταστάσεων:²⁸⁻³²

Συνήθως, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

- i. *παρυσπνίες*: πρόκειται για ασυνήθιστες συμπεριφορές και καταστάσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως είναι η διαταραχή του υπνικού τρόμου και η υπνοβασία ή τα εφιαλτικά όνειρα
- ii. *δυσπνίες*: αφορούν διαταραχές στη διάρκεια, την ποιότητα και την έλευση του ύπνου. Σε αυτές ανήκουν η πρωτοπαθής αϋπνία και υπερυπνία, η ναρκοληψία, οι σχετιζόμενες με την αναπνοή διαταραχές ύπνου (π.χ. υπνική άπνοια) και η υπνική διαταραχή κερκαδιανού ρυθμού

Ο όρος «πρωτοπαθής αϋπνία» χρησιμοποιείται από το DSM – IV – TR (Diagnostic and Statistical Management of Mental Disorders-IV-Text Revised) για να περιγράψει τη δυσκολία μας να κοιμηθούμε ή να παραμείνουμε σε κατάσταση ύπνου, ή για να περιγράψει τον μη-αναζωογονητικό ύπνο και η οποία διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα και δε συμβαίνει απαραίτητα σε συνδυασμό με κάποια άλλη διαταραχή ύπνου ή ψυχική διαταραχή. Ο συνηθέστερος τύπος αϋπνίας αφορά στην καθυστερημένη έναρξη ύπνου και/ή τον διακεκομμένο ύπνο που μπορεί να φανεί και στο πολυυπνογράφημα και διαιωνίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των σωματικά εμφανών εντάσεων (αυξημένος αριθμός εγέρσεων) και των γεγονότων του περιβάλλοντος που εμποδίζουν τον ύπνο (αρνητικές καταστάσεις). Επειδή οι απαιτήσεις σε ύπνο ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, η αϋπνία θεωρείται κλινικώς σημαντική όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ως πρόβλημα την έλλειψη. Η αϋπνία μπορεί να είναι οξεία (παροδική) ή και χρόνια.

Η υπερυπνία αναφέρεται ως μια κατάσταση υπερβολικού ύπνου και συνεχούς υπνηλίας, που επηρεάζει έντονα τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η πρωτοπαθής

υπερυπνία είναι εκείνη η περίπτωση που δεν μπορεί να καταταχθεί σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση διαταραχής ύπνου (π.χ. διαταραχή ύπνου που συνδέεται με την αναπνοή ή τη ναρκοληψία, που επίσης προκαλούν υπερυπνία) ή ψυχικής διαταραχής (π.χ. κατάθλιψης)- πίνακας 1.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών ύπνου (κατά DSM – IV – TR)

| ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΨΠΝΙΑ | ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ | ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ |
|---|---|--|
| <p>A. Το κυρίαρχο παράπονο των πασχόντων είναι η δυσκολία να αποκοιμηθούν ή να διατηρήσουν τον ύπνο τους ή ότι ο ύπνος δεν τους ξεκουράζει για περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα.</p> <p>B. Η διαταραχή ύπνου (ή η καθημερινή κόπωση) προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.</p> <p>Γ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της ναρκοληψίας, της διαταραχής που συνδέεται με την αναπνοή, της διαταραχής στον</p> | <p>A. Το κυρίαρχο παράπονο είναι η υπερβολική υπνηλία για τουλάχιστον ένα μήνα, κάτι που αποδεικνύεται είτε από παρατεταμένα επεισόδια ύπνου ή από ύπνους κατά τη διάρκεια της μέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση.</p> <p>B. Η διαταραχή ύπνου προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία μας σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.</p> <p>Γ. Τα αίτια της υπερβολικής υπνηλίας δεν σχετίζονται με την αϋπνία και το φαινόμενο δεν εμφανίζεται απαραίτητα μαζί με κάποια άλλη</p> | <p>A. Ο ύπνος αναστέλλεται και οδηγεί σε μια κατάσταση υπερβολικής υπνηλίας ή σε μια κατάσταση αϋπνίας που οφείλεται στη διαδικασία της αναπνοής (π.χ. σύνδρομο αποφρακτικής ή κεντρικής άπνοιας κατά τον ύπνο ή σύνδρομο κεντρικού κυψελιδικού υποαερισμού).</p> <p>B. Τα αίτια της συγκεκριμένης διαταραχής δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή και δεν οφείλονται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση (που δεν έχει σχέση με την αναπνοή).</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>κιρκαδιανό ρυθμό ή της παραϋπνίας.</p> <p>Δ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. (π.χ. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή γενικευμένου άγχους, παραλήρημα).</p> <p>Ε. Η διαταραχή ύπνου δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση.</p> | <p>διαταραχή ύπνου (π.χ. ναρκοληψία, διαταραχή που συνδέεται με την αναπνοή ή παραϋπνία), όπως επίσης δεν οφείλεται σε ανεπαρκή ποσότητα ύπνου.</p> <p>Δ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής.</p> <p>Ε. Η διαταραχή ύπνου δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική</p> | |
|---|--|--|

Πηγή: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών, 4^η έκδ., βελτιωμένη (προσαρμοσμένο)

Πίνακας 1 (συνέχεια).

Διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών ύπνου (κατά DSM – IV – TR)

| <i>ΝΑΡΚΟΛΗΨΙΑ</i> | <i>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟ ΡΥΘΜΟ</i> |
|--|---|
| <p>A. Ακατανίκητες κρίσεις αναζωογονητικού ύπνου που συμβαίνουν σε καθημερινή βάση τους τελευταίους τρεις μήνες.</p> <p>B. Εμφάνιση ενός ή και των δύο παρακάτω φαινομένων:</p> <ol style="list-style-type: none">1. σύντομα επεισόδια ξαφνικής απώλειας μυϊκού τόνου που συχνά συνδέονται με κάποιο έντονο συναίσθημα.2. συνεχείς παρεμβολές χαρακτηριστικών ύπνου REM στο μεταβατικό στάδιο ανάμεσα στον ύπνο και την αφύπνιση, όπως δείχνουν οι υπναγωγικές ψευδαισθήσεις ή η παράλυση ύπνου στην αρχή ή στο τέλος των επεισοδίων. <p>Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στην άμεση επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση.</p> | <p>A. Μία μόνιμη ή επαναλαμβανόμενη αναστάτωση στον ύπνο που οδηγεί είτε σε υπερβολική υπνηλία είτε σε αϋπνία, λόγω του ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των ωρών ύπνου-αφύπνισης που απαιτείται από το περιβάλλον ενός ατόμου και της μορφής του κιρκαδιανού ρυθμού.</p> <p>B. Η αναστάτωση αυτή προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.</p> <p>Γ. Η αναστάτωση αυτή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης διαταραχής ύπνου ή ψυχικής διαταραχής.</p> <p>Δ. Η αναστάτωση αυτή δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας</p> <p><i>Βασικοί τύποι:</i></p> <p>Καθυστερημένη φάση ύπνου: είναι η επί μόνιμου βάσεως καθυστερημένη έναρξη ύπνου σε συνδυασμό με ξυπνήματα αργά τη νύχτα κι έτσι καθίσταται αδύνατο ο πάσχων να κοιμάται και να ξυπνά στην επιθυμητή ώρα – πιο νωρίς.</p> <p>Αλλαγή χρονικής ζώνης (φαινόμενο</p> |

jet lag): το φαινόμενο υπνηλίας και εγρήγορσης σε ακατάλληλους χρόνους, αναφορικά με την τοπική ώρα, κατά τη διάρκεια της μέρας και είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων ταξιδιών σε πολλαπλές χρονικές ζώνες.

Αλλαγή ωραρίου εργασίας: είναι η αϋπνία κατά τη διάρκεια των ωρών που θα έπρεπε κανονικά να κοιμόμαστε ή η υπνηλία κατά τη διάρκεια των ωρών που θα έπρεπε κανονικά να είμαστε ξύπνιοι. Συνδέεται με τη νυχτερινή βάρδια στη δουλειά ή τη συχνή αλλαγή του ωραρίου εργασίας.

Πηγή: *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών, 4^η έκδ., βελτιωμένη (προσαρμοσμένο)*

Πίνακας 2. Προδιαθεσικοί και εκλυτικοί παράγοντες αϋπνίας.

| |
|--------------------------------------|
| Προδιαθεσικοί |
| Προχωρημένη ηλικία |
| Γυναίκες |
| Χαμηλό κοινωνικο –οικονομικό επίπεδο |
| Προσωπικότητα |
| Ψυχοπαθολογία |
| |
| Εκλυτικοί |
| Ψυχολογική δυσφορία |
| Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής |
| |
| Διαίωσις |
| Κακές συνήθειες ύπνου |
| Ακανόνιστα ωράρια |
| Φόβος αϋπνίας |
| |

Τα είδη της αϋπνίας

Η αϋπνία μπορεί να αφορά στην έλευση του ύπνου (πρώιμη αϋπνία ή διαταραχή έναρξης του ύπνου), στην ενδιάμεση αφύπνιση (μέση φάση του ύπνου - δυσκολία διατήρησης του ύπνου) ή στην πρώιμη έγερση (τελική φάση του ύπνου -όψιμη αϋπνία ή πρώιμη αφύπνιση) τα άτομα ξυπνούν νωρίτερα απ' όσο χρειάζεται. Συχνά η συμπτωματολογία αυτή έχει σχέση με μείζονα κατάθλιψη (πίνακας 3).³¹

Πίνακας 3 . Τα είδη της αϋπνίας

| | |
|----|---|
| 1. | αϋπνία, τύπου επελεύσεως (όταν αργεί να «έρθει» ο ύπνος) |
| 2. | αϋπνία, τύπου διατηρήσεως (όταν ξυπνά στη μέση της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί) |
| 3. | αϋπνία, τύπου αφυπνίσεως (όταν ξυπνά πολύ νωρίς) |

Ο φαύλος κύκλος της αϋπνίας

Η αϋπνία εντείνει την ανησυχία, που με τη σειρά της επιδεινώνει την αϋπνία.



Εικ. 1 Ο φαύλος κύκλος της αϋπνίας (Πηγή : Dikeos & Soldatos 2005, τροποποιημένο)

Πίνακας 4. Πρωτοπαθής αϋπνία και αιτιολογία της.

| |
|---|
| ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ – ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΪΠΝΙΑ |
| - Η συχνότερη μορφή αϋπνίας |
| - ¾ των περιπτώσεων αϋπνίας |
| Αιτιολογία |
| Τρόπος ζωής – Διαταραχή του κερκαδιανού ρυθμού |
| Στρες, Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής |
| Ιατρικά νοσήματα |
| Νευρολογικές / Νευροψυχιατρικές διαταραχές (~ 50% χρονίως αϋπνικών) Ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως αγχώδεις & καταθλιπτικές) |
| Φαρμακευτικές και άλλες ουσίες |
| Διάφορες πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου |
| |

4. Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους εργαζομένους

Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της αϋπνίας περιλαμβάνουν μειωμένη εγρήγορση την επόμενη ημέρα (υπολογίζεται 1½ ώρα απώλεια ύπνου οδηγεί σε 32% μείωση εγρήγορσης), διαταραχές μνήμης, ικανότητας σκέψης, συνειρμών, διαχείρισης πληροφορίας, διπλάσιο κίνδυνο για επαγγελματικό ατύχημα και μειωμένη δραστηριότητα ανοσοποιητικού συστήματος. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου (υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία), στεφανιαίας νόσου, αλλά και ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, προβλήματα στη σχέση με σύντροφο και επιρρέπεια στα τροχαία ατυχήματα. Οι συνέπειες της αϋπνίας αφορούν ολόκληρη την κοινωνία. Οι οικονομικές επιπτώσεις στις επιχειρήσεις από την αϋπνία υπολογίζονται περίπου στα 31 δισ. δολάρια, λόγω ατυχημάτων ή λαθών που συμβαίνουν κατά την εργασία. Σε μεγάλη μελέτη που συμπεριέλαβε 5000 εργαζόμενους βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 20% των ενηλίκων έπασχε από αϋπνία τουλάχιστον για ένα χρόνο στη ζωή τους. Η αϋπνία ευθυνόταν για το 7% των ατυχημάτων ή λαθών στην εργασία. Στις ΗΠΑ σχεδόν 1/3 των εργαζομένων δεν κοιμάται παρά 6 ώρες κάθε βράδυ και πάνω από το 40% των

κατοίκων της χώρας υποφέρουν κάποια στιγμή από αϋπνία.³³ Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 22 εκατομμύρια άτομα εργάζονται σε βάρδιες. Από αυτά 4 εκατομμύρια εργάζονται σταθερά σε νυκτερινή βάρδια, ενώ σε 3 εκατομμύρια η νυκτερινή βάρδια εντάσσεται σε κυκλικό ωράριο. Εκτιμάται ότι το 30% των εργαζομένων σε βάρδιες εμφανίζει συμπτώματα σχετικά με τον ύπνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε εργαζόμενους σε πρωινό ωράριο είναι κάτω του 20%.³⁴ Μελέτες σε νοσηλευτές έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις βάρδιες, την κατάθλιψη και το άγχος. Άλλα συμπτώματα που αποδίδονται πολλές και συνεχόμενες βάρδιες είναι ο διαταραγμένος ύπνος και όρεξη, ο λήθαργος, η μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης και η νευρωτική συμπεριφορά.³⁵

4.1 Αϋπνία και επαγγελματίες υγείας

Οι εργασιακοί παράγοντες, όπως ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των νυκτερινών βάρδιών, το είδος του ωραρίου, αλλά και οι συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων σχετίζονται υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης. Το ένα τρίτο περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού αναμένεται να εμφανίσει σημαντικό βαθμού επαγγελματική εξουθένωση. Υπνηλία, κόπωση και χειρότερη ποιότητα ύπνου αναφέρεται από νοσηλευτές που εργάζονται σε νυκτερινή βάρδια, σε σχέση με εκείνους που εργάζονται μόνο πρωί³⁶. Ο μεγάλος αριθμός βάρδιών συσχετίζεται με εντονότερα συμπτώματα άγχους. Ακόμα και μια βάρδια παραπάνω την εβδομάδα κάνει τη διαφορά, όπως φάνηκε από έρευνα σε νοσηλεύτριες που έκαναν τρεις βάρδιες συγκριτικά με συναδέλφους τους που απασχολούνταν σε δύο βάρδιες.³⁷ Επίσης, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής καταπόνησης συγκριτικά με συναδέλφους τους που απασχολούνται σε μόνιμο ωράριο, με την αλλαγή της ψυχικής διάθεσης να αποδίδεται στην αλλαγή των ωρών ύπνου.³⁷ Πράγματι, οι επαγγελματίες υγείας υποφέρουν από τις διαταραχές ύπνου λόγω της εργασίας σε βάρδιες, σε συνδυασμό με την έντονη ψυχική και σωματική καταπόνηση που υφίστανται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.³⁸⁻⁴⁰

Οι νυκτερινές βάρδιες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τις διαταραχές του ύπνου.⁴¹ Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ή μόνιμα βραδινό ωράριο παραπονούνται συχνά για προβλήματα ύπνου, όπως είναι η δυσκολία στην έλευση και τη συνέχιση του ύπνου, καθώς και η μειωμένη διάρκεια του ύπνου.⁴² Το 70% των νοσηλευτών στις

ΜΕΘ εμφανίζει διαταραχή ύπνου, όπως καταγράφεται στην κλίμακα Epworth, σε σύγκριση με το 20% των νοσηλευτών των άλλων κλινικών. Η συχνότερη διαταραχή αφορά στην έλευση του ύπνου.⁴³ Οι αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας, η ελαττωμένη διάρκεια του ύπνου και η υπνηλία το επόμενο πρωί είναι συχνές διαταραχές. Οι οικογενειακές υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας επιτείνουν το πρόβλημα της επάρκειας του ύπνου.^{38,42}

Τα επαγγελματικά σφάλματα και ατυχήματα, που εμφανίζονται συχνότερα κατά την εργασία τις νυχτερινές ώρες, στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να έχουν ολέθριες συνέπειες. Η επιβίωση των βρεφών στα νεογνικά τμήματα σχετίζεται με την εργασία σε βάρδιες, όπως έδειξε μελέτη στην Σουηδία. Συγκεκριμένα, η θνησιμότητα στα πρόωρα ειδικά βρέφη ήταν υψηλότερη, όταν η γέννα γινόταν κατά τη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας σε σχέση με την πρωινή.⁴⁴ Οι νοσηλευτές και οι ιατροί, λόγω της έλλειψης ύπνου, πιθανόν να υποτιμούν κάποια συμπτώματα και να παραβλέπουν σημαντικές ανάγκες του ασθενούς.

5. Μεθοδολογία

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, που εργάζονται σε κλειστά τμήματα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, καθώς και η διερεύνηση της συχνότητας της αϋπνίας και της συσχέτισής της με την εξουθένωση. Στόχος ήταν και δύο παράμετροι να μελετηθούν σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.

Τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων;
2. Ποιο το επίπεδο της αϋπνίας στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων;
3. Συσχετίζεται η αϋπνία με κοινωνικο-δημογραφικές και εργασιακές παραμέτρους;
4. Συσχετίζεται η εξουθένωση με κοινωνικο-δημογραφικές και εργασιακές παραμέτρους;
5. Συσχετίζεται η αϋπνία με την εξουθένωση;

Δείγμα - διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου-Ιουλίου του 2014. Στην έρευνα συμμετείχαν νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και άλλα κλειστά τμήματα, όπως τα χειρουργεία, το αναισθησιολογικό, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η Μονάδα Στεφανιαίας Νόσου, η Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων ασθενών, η Μονάδα Νεογνών και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα τμήματα:
ΜΕΘ/ΜΕΝ/ΜΤΝ/ΜΣΝ/ΑΚΑ/ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

Ως κριτήριο συμμετοχής στη μελέτη τέθηκαν η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και χρονικό διάστημα εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα τουλάχιστον για ένα δίμηνο, ώστε να έχει υπάρξει ανάλογη εμπειρία του ωρολόγιου προγράμματος στο συγκεκριμένο τμήμα. Συμπληρώθηκαν 103 ερωτηματολόγια, επί συνόλου 133 εργαζομένων κατά την περίοδο της έρευνας στα αντίστοιχα τμήματα (ποσοστό

ανταπόκρισης 77,4%). Επισημαίνεται ότι από το αναισθησιολογικό τμήμα και τα χειρουργεία οι απώλειες έφθασαν το 48% και 43% αντίστοιχα, καθώς οι νοσηλευτές των εν λόγω τμημάτων επικαλούνταν φόρτο εργασίας.

Ερευνητικά εργαλεία

Διανεμήθηκαν οι εξής κλίμακες:

Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 δηλώσεις αυτοαξιολόγησης, που κατανέμονται στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης ως εξής : εννέα για την συναισθηματική εξάντληση, (emotional exhaustion) πέντε για την αποπροσωποποίηση, (depersonalization) και οχτώ για την προσωπική επίτευξη (loss of personal accomplishment). Υψηλές τιμές στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης δηλώνουν και υψηλή εξουθένωση στο συγκεκριμένο πεδίο και το ίδιο συμβαίνει και με την αποπροσωποποίηση. Αντίθετα, στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων, χαμηλή βαθμολογία (λίγα προσωπικά επιτεύγματα) φανερώνει υψηλή εξουθένωση.

Πίνακας 5.1 Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Χαμηλή | Μέτρια | Υψηλή |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|
| Συναισθηματική εξάντληση | ≤ 20 | 21-30 | ≥ 31 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | ≥ 42 | 41-36 | ≤ 35 |
| Αποπροσωποποίηση | ≤ 5 | 6-10 | ≥ 11 |

Πηγή: Αναγνωστόπουλος – Παπαδάτου 1992

Οι ερωτήσεις 5,10,11,15,22 αναφέρονται στην αποπροσωποποίηση, οι 4,7,9,12,17,18,19,21 στα προσωπικά επιτεύγματα και οι υπόλοιπες στη συναισθηματική εξάντληση.

Τα σκορ για κάθε ερώτηση έχει ως εξής :

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|
| Ποτέ δε μου συμβαίνει | Λίγες φορές το χρόνο | 1 φορά το μήνα ή λιγότερο | 2-3 φορές το μήνα | 1 φορά την εβδομάδα | Αρκετές φορές την εβδομάδα | Κάθε μέρα μου συμβαίνει |

Κλίμακα Αϋπνίας

Η κλίμακα μέτρησης της αϋπνίας (κλίμακα αϋπνίας Αθηνών-Soldatos et al 2003) κρίθηκε ως κατάλληλη διότι έχει δυνατότητα εφαρμογής και στη νοσηλευτική. Η κλίμακα αυτή (Athens Insomnia Scale, AIS) είναι ένα ψυχομετρικό όργανο αυτοαξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της δυσκολίας στον ύπνο. Βασίζεται στη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών και των Σχετιζόμενων Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD-10). Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών αποτελείται από οκτώ στοιχεία (items) τα οποία αφορούν στην ποσότητα και στην ποιότητα του ύπνου, καθώς και στην ευεξία, τη λειτουργική ικανότητα και την υπνηλία κατά τη διάρκεια της επόμενης μέρας. Κάθε υποερώτημα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-3 (Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ, 2000). Η διακύμανση της κλίμακας ποικίλει από μεταβλητή σε μεταβλητή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 4 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 0 ("Πολύ γρήγορη", "Κανένα πρόβλημα", "Στον επιθυμητό χρόνο", "Επαρκής", "Ικανοποιητική", "Πλήρης", "Καμιά") έως το 3 ("Πολύ καθυστερημένη", "Έντονο πρόβλημα", "Πολύ ωριότερα", "Πολύ ανεπαρκής", "Κακή", "Πολύ μειωμένη ή απύσχα", "Έντονη"). Η οριακή τιμή ≥ 6 (cut-off value) παρουσιάζει ευαισθησία 93% και ειδικότητα 85% για την κλινική διάγνωση της αϋπνίας (Soldatos et al 2003). Το ερωτηματολόγιο της Maslach και η κλίμακα AIS παρουσιάζονται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. 17.0. Για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση). Πληρούνταν οι

προϋποθέσεις εφαρμογής παραμετρικών μεθόδων (μελέτη κανονικότητας κατανομών, ισότητα διασπορών, πλήθος παρατηρήσεων), οπότε για τις συγκρίσεις των υποομάδων χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test (για δύο ανεξάρτητα δείγματα) και ANOVA (για περισσότερα δείγματα), καθώς και η δοκιμασία Pearson για τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 87,4% του δείγματος. Η μέση ηλικία ήταν $38,4\pm 6,8$ έτη. Η πλειονότητα ήταν παντρεμένοι (73,8%). Γονείς ήταν το 74,8%.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

| | N | % |
|-------------------------------|-------|-------|
| Φύλο | | |
| Άντρας | 90 | 87,4 |
| Γυναίκα | 13 | 12,6 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |
| Ηλικία | ΜΤ | ΤΑ |
| | 38,35 | 6,79 |
| Οικογενειακή κατάσταση | N | % |
| Ανύπανδρη/ος | 17 | 16,5 |
| Παντρεμένη/ος | 76 | 73,8 |
| Διαζευγμένη/ος | 10 | 9,7 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |
| Παιδιά | | |
| Ναι | 77 | 74,8 |
| Όχι | 26 | 24,3 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |

Απόφοιτοι ΤΕ ήταν το 65,1% και ΑΕΙ το 15,5%. Μεταπτυχιακό διέθετε το 13,5% και νοσηλευτική εξειδίκευση το 18,4%. Προηγούμενη εμπειρία εργασίας σε κλειστά τμήματα είχε το 73,8%. Το 69% είχε νοσηλευτική εμπειρία μεγαλύτερη των 10 ετών. Προϊστάμενοι ήταν το 11,7%.

Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο και εργασιακά χαρακτηριστικά

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Έχετε εργαστεί κατά το παρελθόν μόνο σε ανοιχτά τμήματα ή και σε κλειστά; | | |
| Ναι | 76 | 73,8 |
| Όχι | 27 | 26,2 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |
| Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτρια/ής | | |
| 1 – 5 | 13 | 12,6 |
| 6 – 10 | 19 | 18,4 |
| 11 – 15 | 36 | 35,0 |
| 16 – 20 | 19 | 18,4 |
| 21 – 25 | 16 | 15,5 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |
| Ποια θέση κατέχεται αυτήν την στιγμή στο νοσοκομείο που εργάζεστε; | | |
| Νοσηλεύτρια/ής | 91 | 88,3 |
| Υπεύθυνη/ος νοσηλεύτριας/ής | 12 | 11,7 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |

Η πλειονότητα των νοσηλευτών διαθέτει περισσότερο από το 75% του χρόνου στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, που σημαίνει ότι σε 8ωρη βάρδια, περισσότερες από 6 ώρες δαπανώνται για την άμεση φροντίδα του ασθενούς.

Πίνακας 3. Κατανομή χρόνου φροντίδας.

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Μέρος του χρόνου σας που διαθέτετε για άμεση νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών (δηλ. κλινική φροντίδα στον άρρωστο π.χ. περιποίηση, τάισμα κλπ.) | | |
| Λιγότερο από 25% | 20 | 19,4 |
| 50% | 21 | 20,4 |
| 75% | 30 | 29,1 |
| 85% | 15 | 14,6 |
| 95% | 17 | 16,5 |
| Σύνολο | 103 | 100,0 |

Η μέση τιμή προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη θέση ήταν 11,2±5,7 έτη.

Αναφορικά με την αϋπνία, οι σημαντικότερες αιτιάσεις αφορούσαν την έλευση του ύπνου, τις ενδιάμεσες αφυπνίσεις και τη συνολική διάρκεια ύπνου. και την υπνηλία την επόμενη ημέρα. Η συνολική βαθμολογία είναι $7,76 \pm 4,71$, υψηλότερη της οριακής τιμής 6 που σηματοδοτεί κλινική διαταραχή.

Πίνακας 4. Βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις της κλίμακας AIS

| Ερωτήσεις | ΜΤ±ΤΑ |
|---|-------------------------|
| 1. Πόσο γρήγορα σας πιάνει ο ύπνος; | 1,08±0,9 |
| 2. Ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας. | 1,09±0,8 |
| 3. Πρωινό ξύπνημα σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο. | 0,77±0,7 |
| 4. Συνολική διάρκεια ύπνου | 1,20±0,8 |
| 5. Ποιότητα ύπνου | 0,90±0,75 |
| 6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα | 0,97±0,87 |
| 7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα | 0,71±0,60 |
| 8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα | 1,00±0,8 |
| <i>Συνολική βαθμολογία</i> | <i>7,76±4,71</i> |

Πίνακας 5. Ποιότητα ύπνου σε ημέρες ανάπαυσης

Σε ημέρες αδείας ο ύπνος χαρακτηρίζεται ικανοποιητικός από την πλειονότητα, αλλά σε ένα 12-13% ο ύπνος εξακολουθεί να μην είναι ικανοποιητικός.

| | Ικανοποιητική | Μέτρια | Μη ικανοποιητική | Κακή |
|--|---------------|--------|------------------|------|
| Ποιότητα ύπνου σε ρεπό | 50,5% | 36,6% | 12,9 | 0% |
| Ποιότητα ύπνου σε άδεια μικρής διάρκειας | 65,3% | 21,8% | 11,9% | 1% |

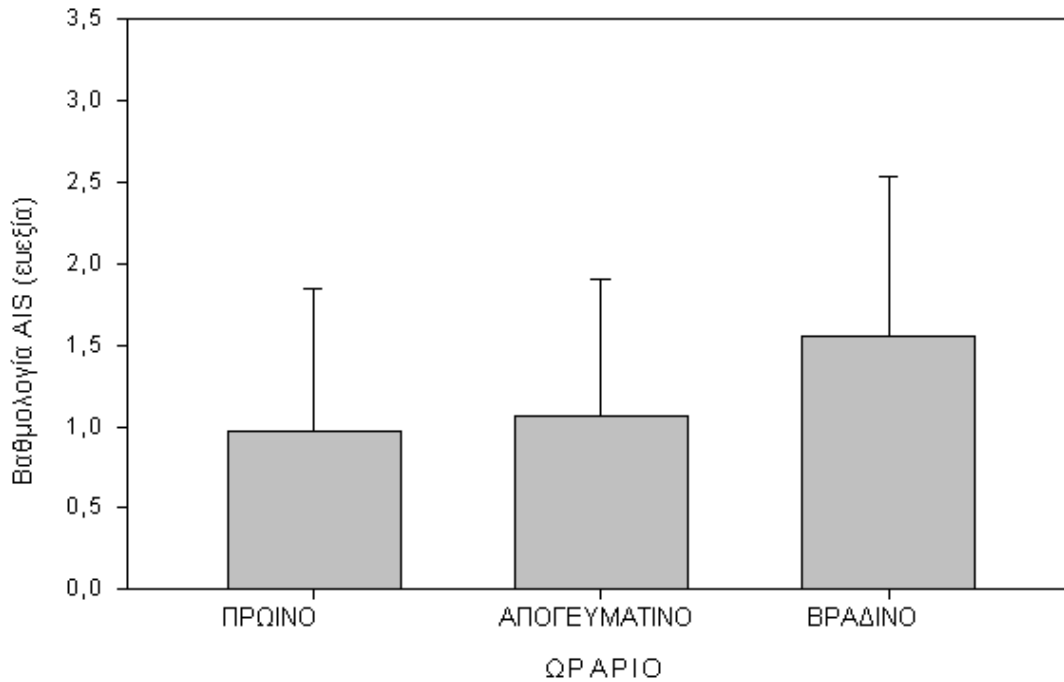
Πίνακας 6. Σχέση εργασίας - οικογένειας

Σε ποσοστά που αγγίζουν το 30% οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι η εργασία έχει διαταράξει τις σχέσεις με την οικογένεια και το ωράριο ενοχοποιείται πολύ/πάρα πολύ από το 40% περίπου των νοσηλευτών.

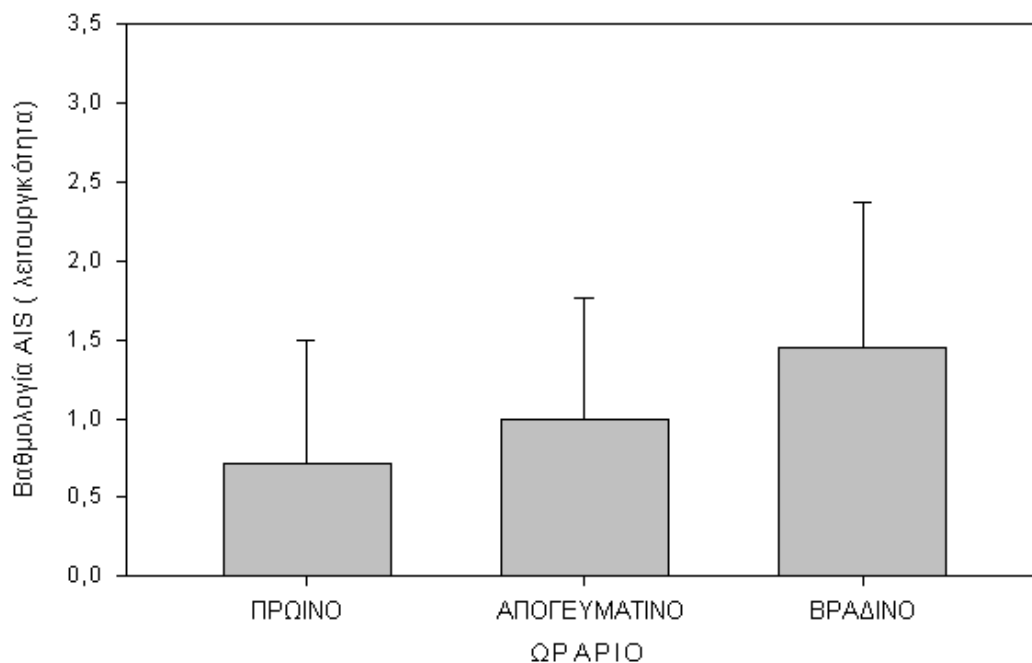
| | Λίγο | Αρκετά | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ |
|--|-------|--------|--------|-------|-----------|
| Πιστεύεται πως η εργασίας σας διαταράσσει τις σχέσεις σας με τον/την σύζυγο και τα παιδιά σας; Αν ναι, πόσο; | 26,1% | 28,3% | 16,3% | 10,9% | 18,5% |
| Πιστεύεται ότι γι' αυτό ευθύνεται το ωράριό σας; Αν ναι, πόσο; | 19,8% | 27,5% | 6,6% | 17,6% | 28,6% |
| Πιστεύεται ότι το ωράριό σας επηρεάζει δυσμενώς τις σχέσεις σας με τους οικείους σας; Αν ναι, πόσο; | 21,6% | 29,9% | 9,3% | 16,5% | 22,7% |

Το απογευματινό και βραδινό ωράριο συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ευεξία και λειτουργικότητα την επόμενη ημέρα ($p < 0,001$)

Γράφημα 1. Ωράριο και ευεξία την επόμενη ημέρα

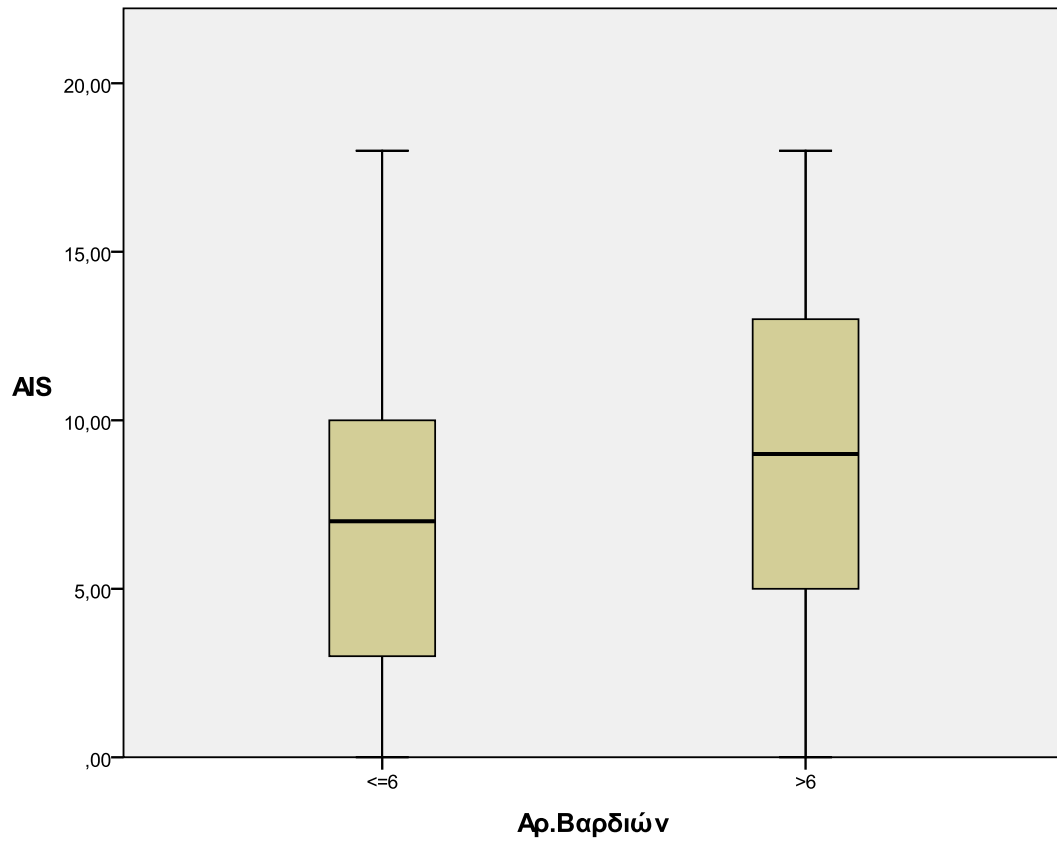


Γράφημα 2. Ωράριο και λειτουργικότητα επόμενη ημέρα



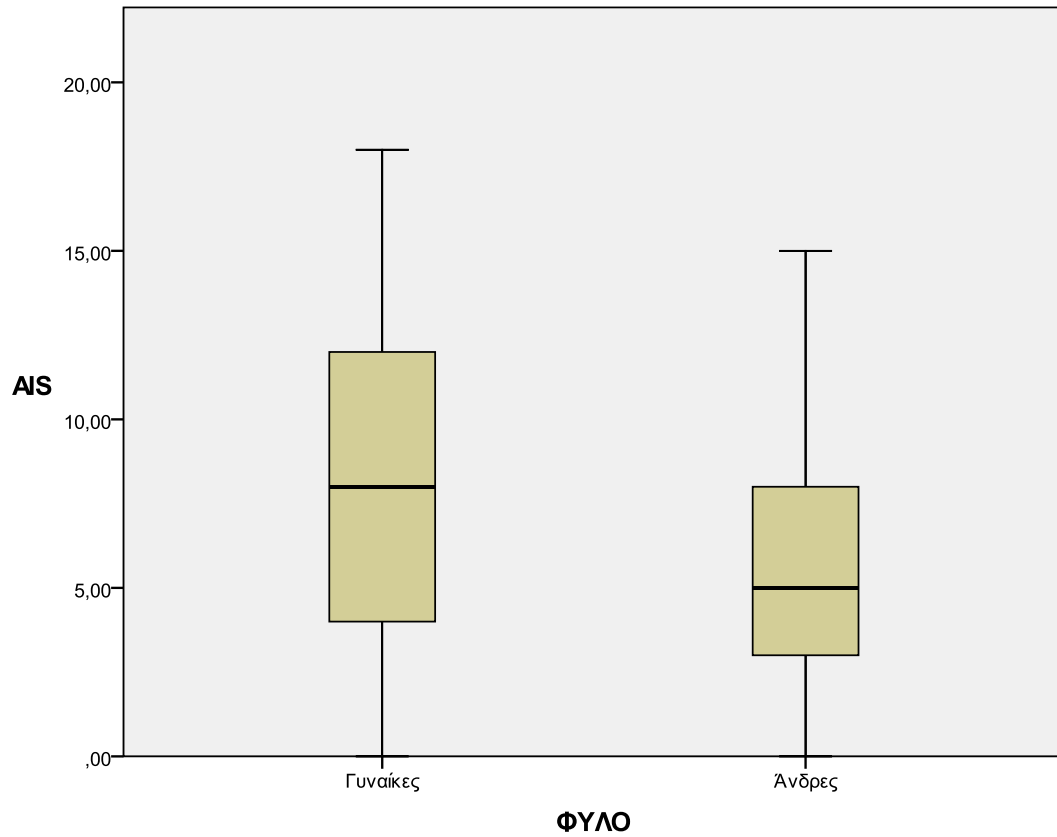
Οι νοσηλευτές με περισσότερες από 6 βάρδιες το μήνα εμφάνισαν υψηλότερη αϋπνία ($p=0,05$).

Γράφημα 3. Αριθμός βαρδιών και αϋπνία



Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία αϋπνίας ($8,00 \pm 4,76$) έναντι των ανδρών ($5,80 \pm 4,50$), χωρίς η διαφορά να είναι σημαντική στατιστικά ($p=0.10$)

Γράφημα 4. Φύλο και αϋπνία



Το ένα τρίτο των νοσηλευτών εμφάνιζε υψηλή εξουθένωση, με κυριότερη επιβάρυνση στην κλίμακα των προσωπικών επιτεύγμάτων.

Πίνακας 7. Οι διαστάσεις της εξουθένωσης

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Χαμηλή% | Μέτρια% | Υψηλή% |
|--------------------------|---------|---------|-------------|
| Συναισθηματική εξάντληση | 50,0 | 20,4 | 29,6 |
| Προσωπικά επιτεύγματα | 33,7 | 30,4 | 35,9 |
| Αποπροσωποποίηση | 51,1 | 17,4 | 31,5 |

Υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης εμφάνισαν όσοι δεν είχαν προηγούμενη εργασία σε κλειστό τμήμα, ενώ χαμηλά επιτεύγματα οι γυναίκες (οριακή διαφορά) και όσοι είχαν παιδιά ($p=0,025$) (Τα ποσοστά αναφέρονται στην υψηλή εξουθένωση κατά κλίμακα).

Πίνακας 8. Στατιστικά σημαντικές σχέσεις εξουθένωσης και εργασιακών – δημογραφικών χαρακτηριστικών

| Μεταβλητές | ΣΕ (%) | ΑΠ (%) | ΠΕ (%) |
|--|--------|--------------|--------------|
| Γυναίκα | 30,2 | 36,5 | 34,5 |
| Άνδρας | 25,0 | 30,0 | 9,0 |
| p | 0,826 | 0,887 | 0,070 |
| Υπαρξη παιδιών | | | |
| Ναι | 25,7 | 34,3 | 36,7 |
| Όχι | 33,3 | 44,4 | 13,6 |
| p | 0,796 | 0,739 | 0,025 |
| Προηγούμενη εμπειρία από κλειστό τμήμα | | | |
| Ναι | 26,3 | 29,8 | 29,8 |
| Όχι | 36,3 | 61,9 | 36,3 |
| p | 0,504 | 0,002 | 0,108 |

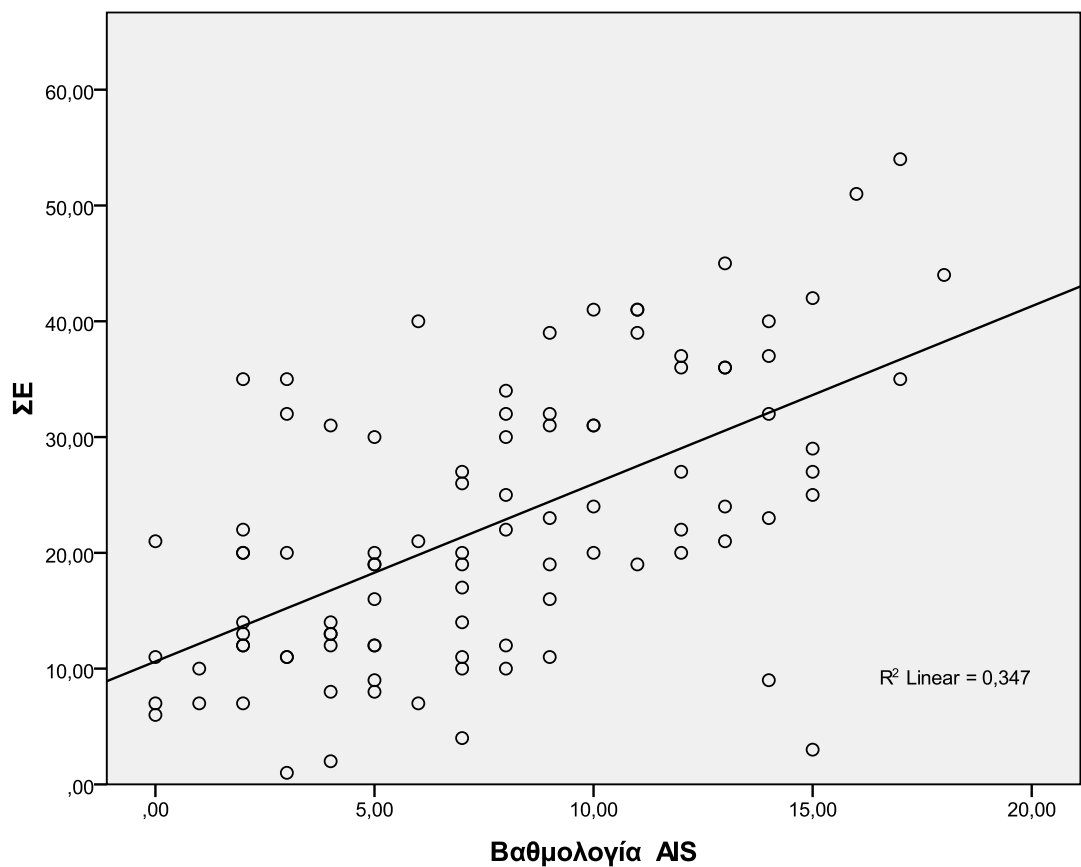
Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της εξουθένωσης σε σχέση με την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας, το χρόνο που αφιερώνεται στη φροντίδα, τον αριθμό των εφημεριών και των βαρδιών ή των ημερών εργασίας στα σαββατοκύριακα, ή το επίπεδο εκπαίδευσης.

Η αϋπνία συσχετίστηκε θετικά με την αποπροσωποποίηση και τη συναισθηματική εξάντληση και αρνητικά με τα επιτεύγματα. Υψηλότερη αϋπνία σημαίνει υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και χαμηλότερα επιτεύγματα. Η γραμμική σχέση αϋπνίας και συναισθηματικής εξάντλησης παριστάνεται στο γράφημα 5.

Πίνακας 9. Συσχετίσεις εξουθένωσης - αϋπνίας

| N=103 | | ΑΠ | ΠΕ | ΣΕ |
|--------|---------------------|--------|--------|------------------|
| Αϋπνία | Pearson Correlation | 0,393 | -0,263 | 0,589 |
| | p | <0,001 | 0,012 | <0,001 |
| | | | | |
| ΑΠ | Pearson Correlation | | -0,112 | 0,600 |
| | p | | ,308 | <0,001 |
| | | | | |
| ΠΕ | Pearson Correlation | | | -0,128 |
| | p | | | 0,233 |
| | | | | |

Γράφημα 5. Αϋπνία και συναισθηματική εξάντληση.



7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υπαρκτό και ιδιαίτερα έντονο στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων. Συσχετίζεται θετικά με την αϋπνία και δημιουργεί εκρηκτικές συνθήκες για τον ψυχισμό, την ποιότητας ζωής και κατ' επέκταση για την απόδοση των εργαζομένων, την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών της ΜΕΘ εμφανίζουν ανεπαρκή ύπνο, σε επίπεδα που στοιχειοθετούν κλινική διαταραχή, ενώ αναφορικά με την εξουθένωση, υψηλή εξουθένωση παρατηρείται στο 30% των νοσηλευτών. Αν συμπεριληφθούν και οι νοσηλευτές με μέτρια εξουθένωση, τότε η συχνότητα του συνδρόμου υπερβαίνει το 60% ειδικά στην περίπτωση της αποπροσωποποίησης. Η υψηλή εξουθένωση στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκε με την αϋπνία, τον αριθμό των βαρδιών, το φύλο, την ύπαρξη παιδιών (τα προσωπικά επιτεύγματα) και την απουσία προηγούμενης εμπειρίας από κλειστό τμήμα. Αντίστοιχα, η αϋπνία συσχετίστηκε με τον αριθμό των βαρδιών και το απογευματινό-βραδινό ωράριο. Οι αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας, η ελαττωμένη συνολική διάρκεια του ύπνου και η δυσκολία στην έλευση του ύπνου ήταν οι πιο συχνές διαταραχές.

Αναφορικά με το φύλο, αν και στην παρούσα μελέτη η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία, με μέση τιμή πολύ πάνω από το όριο του 6 της κλίμακας αϋπνίας, ενώ οι άνδρες κάτω από το όριο αυτό (8 και 5,7 αντίστοιχα), που δείχνει ότι η αϋπνία στις γυναίκες έχει και κλινικές εκδηλώσεις. Η μελέτη μας συμβαδίζει με τη μελέτη των Li et al, όπου βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες εμφανίζουν συχνότερα αϋπνία που έχει συνέπειες στη λειτουργικότητά τους⁴⁵. Το πρόβλημα της αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας αφορά κυρίως το γυναικείο πληθυσμό σε ποσοστό 23%, υπερδιπλάσιο εκείνου των αντρών⁴⁶. Οι γυναίκες που εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες και κυκλικό ωράριο εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα κόπωσης και ανεπαρκή ύπνο³⁹. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην παρούσα έρευνα αριθμός βαρδιών μεγαλύτερος του 6 συνδυάστηκε με αυξημένη αϋπνία. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και από πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στον χειρουργικό τομέα των δύο νοσοκομείων της πόλης μας, με τη διαφορά ότι η κρίσιμη τιμή των βαρδιών ήταν οι 7-8 βάρδιες⁴⁶. Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στη φύση της εργασίας στα κλειστά τμήματα. Πράγματι, η πολύωρη εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού και η συνεχής φροντίδα των ασθενών, τα

επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, η μονότονη εργασία, ο γρήγορος βηματισμός και το άγχος από την πίεση της εργασίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης⁴⁷. Στη μελέτη των Kunert et al βρέθηκε ότι η υπνηλία, η κόπωση και η ποιότητα ύπνου είναι χειρότερες στους νοσηλευτές που εργάζονται σε νυχτερινή βάρδια, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται μόνο πρωί⁴⁸. Άλλη μελέτη δείχνει ότι κυριότερη διαταραχή εντοπιζόταν στην έλευση του ύπνου, με τη μέση καθυστέρηση να υπερβαίνει τα 11 λεπτά, σε σχέση με τα 5 λεπτά των υπολοίπων νοσηλευτών⁴³, εύρημα συμβατό με το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης.

Ειδικά η αϋπνία είναι πολύ συχνή σε όσους υποφέρουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έχειδειχθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση επιδεινώνει τις διαταραχές του ύπνου και οδηγεί σε φαύλο κύκλο κόπωσης, που οδηγεί σε διαιώνιση της εξουθένωσης⁴⁹. Αντικειμενικά εργαστηριακά ευρήματα (ελάττωση βραδέων κυμάτων) συνηγορούν ότι το υποκειμενικό αίσθημα της εξουθένωσης συνοδεύεται και από διαταραχές ύπνου. Οι έχοντες επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζουν περισσότερα επεισόδια αφύπνισης, μικρότερη διάρκεια ύπνου βραδέων κυμάτων και ύπνου REM και φτωχή ποιότητα ύπνου⁵⁰. Οι Bell et al βρήκαν ότι η αϋπνία είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης⁵¹. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι όσοι παρουσίαζαν επαγγελματική εξουθένωση είχαν προβλήματα στην έλευση του ύπνου και συχνότερες ενδιάμεσες αφυπνίσεις⁵². Υποστηρίζεται ότι η μία οντότητα αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την άλλη, και ότι η σχέση είναι αμφίδρομη σχέση. Έχει επίσης βρεθεί ότι η αϋπνία συσχετίστηκε με την επιμονή της συναισθηματικής εξάντλησης⁵³.

Τα υψηλά ποσοστά εξουθένωσης στην παρούσα μελέτη είναι εύρημα σύμφωνο με προγενέστερες έρευνες που δείχνουν ότι ο ταχύς και έντονος ρυθμός εργασίας επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου και παρεμποδίζει την ανάπαυση, ιδιαίτερα λόγω υπερέντασης, με αποτέλεσμα την κόπωση και κατ' επέκταση την επαγγελματική εξουθένωση⁵⁴. Το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων εντατικής θεραπείας βιώνει ήπια επίπεδα άγχους αλλά με έντονα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης όπως είναι οι διαταραχές ύπνου, υπερένταση, μυοσκελετικά προβλήματα, γνωστικές διαταραχές κ.α. Οι συνθήκες στελέχωσης που επικρατούν στις ΜΕΘ οφείλονται για την εμφάνιση των πιο πάνω επιπτώσεων στην υγεία των νοσηλευτών. Στη μελέτη των Poncet et al βρέθηκε ότι το 33% του δείγματος της έρευνας εμφανίζουν σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης

σχετίζονταν με οργανωτικά και ατομικά χαρακτηριστικά, όπως και με την σοβαρότητα της κλινικής εικόνας των ασθενών της ΜΕΘ⁵⁵. Το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών της ΜΕΘ συμβάλλει αρνητικά στην υγεία και ευεξία των εργαζομένων σε σωματικό, ψυχικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο^{56,57}. Η ελλιπής στελέχωση οδηγεί αναπόφευκτα σε αύξηση του αριθμού των βαρδιών, με αποτέλεσμα επιπτώσεις στην ποιότητα του παραγόμενου⁵⁸.

Αναφορικά με το εύρημα ότι η ύπαρξη παιδιών συσχετίστηκε με υψηλά ποσοστά χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων, τονίζεται ότι αναπόφευκτα, οι απαιτήσεις του γονεϊκού ρόλου συχνά δεν επιτρέπουν τη συναισθηματική και υπερωριακή δέσμευση στην εργασία, συχνά απαραίτητες προκειμένου να επιτευχθεί ο επαγγελματικός στόχος με αποτέλεσμα αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και αναξιοτήτας. Οι απαιτήσεις της οικογένειας και οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανίκανο να βρει τις ισορροπίες.

Προτάσεις

Το κυκλικό ωράριο είναι μια πραγματικότητα που δύσκολα θα μεταβληθεί στο μέλλον, ειδικά στη χώρα μας που διάγει περίοδο χαλεπή οικονομικά και η υποστελέχωση των τμημάτων είναι έκδηλη. Ωστόσο, το πρόγραμμα των εφημεριών θα πρέπει να σχεδιάζεται έτσι ώστε να σέβεται την κυκλική εναλλαγή κατά τη φορά των δεικτών του ρολογιού. Προτείνεται οι βάρδιες να ακολουθούν τη σειρά πρωί – απόγευμα– νύκτα, με διαστήματα ημερήσιας ανάπαυσης πριν από την έναρξη νέου κύκλου. Επίσης, οι ίδιοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής, με ευχάριστες δραστηριότητες στα μεσοδιαστήματα της εργασίας τους και στις διακοπές τους.

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών και η επιμόρφωση τους σε θέματα εντατικής νοσηλείας ασθενών, αλλά διαχείρισης της εξουθένωσης μπορεί να συμβάλλει στην προστασία των ιδίων από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και κατ' επέκταση και των ασθενών από σφάλματα και παραλείψεις κατά την παροχή φροντίδας⁵⁹. Χρειάζεται καλύτερος εργονομικός σχεδιασμός, προσεκτικός σχεδιασμός των βαρδιών και όσο το δυνατόν καλύτερη στελέχωση. Η στήριξη των νοσηλευτών από τη διοίκηση είναι επιτακτική ανάγκη. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται ευθέως με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Περιορισμοί

Το δείγμα της μελέτης προερχόταν από τα κλειστά τμήματα ενός μόνο νοσοκομείου, ενώ ο μικρός αριθμός νοσηλευτών ανά τμήμα δεν επέτρεπε τη διενέργεια επιμέρους συγκρίσεων μεταξύ των διαφόρων τμημάτων, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης. Επίσης δεν αξιολογήθηκαν τυχόν συγχυτικοί παράγοντες όπως οι αγχώδεις διαταραχές, δεν υπήρξε εργαστηριακός έλεγχος του ύπνου, ενώ χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Η μεγάλη όμως συχνότητα της εξουθένωσης και της αϋπνίας και η μεταξύ τους συσχέτιση δείχνουν το μέγεθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σε ΜΕΘ και κλειστά τμήματα τριτοβάθμιου νοσοκομείου και τονίζουν την ανάγκη για αντίστοιχες παρεμβάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Maslach C, Jackson ES. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour* 1981, 2:99-113.
2. Weber A, Jaekel-Reinhard A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med* 2000, 50:512-517.
3. Tomei G, Cinti ME, Palitti T, Rosati MV, Tria M, Monti C, Tomei F, Fioravanti M. Scientific evidence in occupational health: meta-analytical study of the burnout syndrome. *Med Lav* 2008, 99:327-351.
4. Gurbutz H, Tutar H, Baspinar NO. Burnout levels of executive lecturers: A comparative approach in three universities 2007. Retrieved from http://www.manas.kg/pdf/sbdpdf18/05_Gurbuz.pdf.
5. Toon W, Taris, Pascale M, Le Blanc, Wilmar B, Schaufeli, Paul J. G, Schreurs. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress* 2005, 19:238-255.
6. Lee T, Raymond, Ashforth E, Blake. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990, 75:743-747.
7. Lee TR, Ashforth EB. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior* 1992, 14:3 – 20.
8. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med* 1995, 40:1357-1363.
9. Kalliath Thomas J, Beck Alexandra. Is the path to burnout and turnover paved by a lack of supervisory support? A structural equations test. *New Zealand Journal of Psychology*, 2001.
10. Michal M, Beutel ME, Jordan J, Zimmermann M, Wolters S, Heidenreich T. Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195:693-696.
11. Cherniss C. *Staff Burnout - Job Stress in the Human Services*. Studies in Community Mental Health Series 1980, vol. 2. (book).
12. Boyd JB, Pasley KB. Role Stress as a Contributor to Burnout in Child Care Professionals. *Child & Youth Care Quarterly* 1989, 18:243-258.
13. Acker GM. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health Soc Work* 1999, 24:112-119.
14. Rich VL, Rich AR. Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Image J Nurs Sch* 1987, 19:63-66.

15. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Dev* 1996, 12:81-85.
16. Hsieh CJ, Hsieh HY, Chen PH, Hsiao YL, Lee S. The relationship between hardiness, coping strategies and burnout in psychiatric nurses. *Hu Li Za Zhi* 2004, 51:24-33.
17. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:418-427.
18. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int. journal of nursing studies* 2003, 40:807-827.
19. Αντωνίου Άρτεμις. Υγεία / Ψυχική Υγεία. Πόσο χαρούμενοι είστε στον εργασιακό χώρο, 2008. Retrieved from http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3878
20. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397-422.
21. Viviers S, Lachance L, Maranda M, Ménard C. Burnout, Psychological Distress, and Overwork: The Case of Quebec's Ophthalmologists. *Canadian Journal of Ophthalmology* 2008, 43: 535-46.
22. Chong Yee Joan, Osman Intan. Burnout, Role of Perfectionism, Life Satisfaction: A Study of Dual-role Women in Malaysia. *The Seventh International Conference on Diversity in Organisations, Communities & Nations*. Amsterdam, The Netherlands 2007, 3-6.
23. Gould Daniel, Udry Eileen, Tuffey Suzanne, Loehr E. James. (1996). Burnout in Competitive Junior Tennis Players: I. A Quantitative Psychological Assessment. *The Sport Psychologist* 1996, 10:322-340.
24. Chang E, Hancock K. Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nurs Health Sci* 2003, 5:155-163.
25. Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC, Peng TC, Chang FM. Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *J Clin Nurs* 2008, 17:1886-1896.
26. American Psychiatric Association, 2000
27. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med* 2007, 3:S7-10.
28. Dinges DF, Pack F, Williams K, et al. Cumulative sleepiness, mood disturbance and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep* 1997, 20: 267-277.

29. Harma M, Tenkanen L, Sjoblom T, et al. Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scand J Work Environ Health* 1998, 24:300-307.
30. Marquie JC, Foret J. Sleep, age, and shiftwork experience. *J Sleep Res* 1999, 8:297-304.
31. Kneisl C, Wilson H, Trigoboff E. *Contemporary Psychiatric -Mental Health Nursing*, Pearson ed, New Jersey, 2004.
32. Pigeon WR. Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia. *Indian J Med Res* 2010, 131:321-332.
33. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Fitzgerald T, Hajak G, Roth T, Shahly V, Shillington AC, Stephenson JJ, Walsh JK. Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America Insomnia Survey. *Sleep* 2012, 35:825-834.
34. Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep* 2004, 27:1453-1462.
35. Asaoka S, Aritake S, Komada Y, Ozaki A, Odagiri Y, Inoue S, Shimomitsu T, Inoue Y. Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. *Chronobiol Int* 2013, 30:628-636.
36. Øyane NM, Pallesen S, Moen BE, Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *PLoS One*. 2013, 8(8):e70228
37. Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, Saito I, Kosugi S, Shimokata H. Effects of shift work schedule on mood changes among female nurses. *Shinrigaku Kenkyu* 2003, 74:354-361.
38. Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Hilde Nordhus I, Bjorvatn B. Shift work disorder in nurses--assessment, prevalence and related health problems. *PLoS One*. 2012,7(4):e33981.
39. Rodríguez-Muñoz A, Moreno-Jiménez B, Fernández-Mendoza JJ, Olavarrieta-Bernardino S, de la Cruz-Troca JJ, Vela-Bueno A. (2008). Insomnia and quality of sleep among primary care physicians: a gender perspective. *Rev Neurol* 2008, 47:119-123.
40. Vela-Bueno A, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Olavarrieta-Bernardino S, Fernández-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ, Bixler EO, Vgontzas AN. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res* 2008, 64:435-442.
41. Rivard-Infante C, Dumont M, Montplaisir J. Sleep disorder symptoms among nurses and nursing aides. *Int Arch Occup Environ Health* 1989, 61:353-358.

42. Lee KA. Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep* 1992, 15:493-498.
43. Surani S, Subramanian S, Babbar H, Murphy J, Aguillar R. Sleepiness in critical care nurses: results of a pilot study. *J Hosp Med* 2008, 3:200-205.
44. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs* 2005, 52:445-453.
45. Li RH, Wing YK, Ho SC, Fong SY. Gender differences in insomnia – a study in the Hong Kong Chinese population. *J Psychosom Res* 2002, 5:601-609.
46. Σιαφάκα Π. Διερεύνηση αϋπνίας σε επαγγελματίες υγείας του χειρουργικού τομέα. Μεταπτυχιακή εργασία, ΑΠΚ, 2014
47. Μουστάκα Ε, Μαλλιάρου Μ. Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 2009.
48. Kunert K, King ML, Kolkhorst FW. Fatigue and sleep quality in nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007, 45:30-37.
49. Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, Kant I. A comparison of the course of burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2008, 65:31-38.
50. Ekstedt M, Söderström M, Akerstedt T, Nilsson J, Søndergaard HP, Aleksander P. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*. 2006, 32:121-31.
51. Bell RB, Davison M, Sefcik D. A first survey. Measuring burnout in emergency medicine physician assistants. *JAAPA* 2002, 15:40-42, 45-48, 51-52.
52. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs* 2008, 62:84-95.
53. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. Is There a Bidirectional Link Between Insomnia and Burnout? A Prospective Study in the Swedish Workforce. *Int J Behav Med* 2010, 17:306-313.
54. Καρανικόλα ΜΝ, Σταθοπούλου Χ, Καλαφάτη Μ, Τερζή Α, Μπουζικά Μ, Παπαθανάσογλου ΕΔ. Αξιολόγηση Συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, 48:447-457.
55. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, 175:698-704.

56.Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο: Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Νοσηλευτική 2006, 45:98-106.

57.Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts.PLoS One. 2013, 8(8):e70882.

58.Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Θεοδώρα Κ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού 2009, 8:222-239.

59.Järnefelt H, Sallinen M, Luukkonen R, Kajaste S, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: analyses of outcomes up to 24 months post-treatment.Behav Res Ther. 2014,56:16-21.