



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



Διπλωματική Εργασία

Θέμα:

**Η Διασύνδεση του ύπνου με το ψυχολογικό προφίλ και την
ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στα πλαίσια της
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Ευγενία Σιέμου

Επιβλέπουσα: καθ. Μαίρη Γκούβα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2023



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
MASTER OF SCIENCE
PRIMARY HEALTH CARE**



Master's Thesis

**The interconnection of sleep with the psychological profile and
quality of life in the context of Primary Health Care**

Postgraduate Student

Eygenia Siemou

IOANNINA, 2023

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ύπνος είναι μια θεμελιώδης βιολογική λειτουργία που παρέχει στιγμές ξεκούρασης και ηρεμίας, ενώ παράλληλα μειώνει τη σωματική δραστηριότητα και την αλληλεπίδραση με τον εξωτερικό κόσμο. Διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς επίσης συμβάλλει στη συνολική ευημερία και τις γνωστικές διαδικασίες ενός ατόμου που σχετίζονται με τη μνήμη και τη μάθηση.

Η έρευνα διεξήχθη για την αντιμετώπιση του κενού στη βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση ψυχολογικών παραγόντων στον ύπνο των ηλικιωμένων ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Στόχος του ήταν να κατανοήσει την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ύπνου, ποιότητας ζωής και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Η μελέτη χρησιμοποίησε επαγωγική στατιστική ανάλυση για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ πολλαπλών μεταβλητών και χρησιμοποίησε περιγραφικές στατιστικές για τον εντοπισμό σημαντικών δεδομένων.

Τα ευρήματα αποκάλυψαν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των προτύπων ύπνου και της ψυχικής υγείας, καθώς και της ποιότητας ζωής, κάτι που είναι σύμφωνο με προηγούμενες έρευνες. Τονίστηκε επίσης η σημασία της επιλογής κατάλληλου δείγματος για επιτυχημένη ποσοτική έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: Ύπνος, Ψυχολογικό Προφίλ, Ψυχολογική Ευεξία, Ηλικιωμένοι Και Ποιότητας Ζωής, Ύπνος Και Ποιότητα Ζωής

ABSTRACT

Sleep is a fundamental biological function that provides moments of rest and calm while reducing physical activity and interaction with the external world. It plays a critical role in maintaining physical and mental health, as well as contributing to an individual's overall well-being and cognitive processes related to memory and learning .

This study was conducted to address the gap in the literature on the effect of psychological factors on sleep of elderly patients in primary health care in Greece. It aimed to understand the complex interaction between sleep, quality of life and psychopathological symptoms.

The study used inferential statistical analysis to explore the relationship between multiple variables and used descriptive statistics to identify significant data.

Findings revealed a strong association between sleep patterns and mental health as well as quality of life, which is consistent with previous research. The importance of selecting an appropriate sample for successful quantitative research was also highlighted.

Keywords: Sleep, psychological profile, psychological wellbeing, older people and quality of life, sleep and quality of life

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	9
2	Τρίτη Ηλικία	12
2.1	Ορισμός.....	12
2.2	Χαρακτηριστικά.....	12
2.3	Ανάγκες.....	14
2.4	Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων.....	15
3	Ύπνος.....	17
3.1	Ορισμός.....	17
3.2	Βιολογικές Διεργασίες Ύπνου	17
3.3	Διαταραχές.....	20
3.4	Ύπνος και Ηλικιωμένοι.....	26
3.4.1	Βασικές Πληροφορίες	26
3.4.2	Διαταραχές Ύπνου	28
3.4.3	Αϋπνία	28
3.4.4	Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ)	28
3.4.5	Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ)	29
3.4.6	Παράμετροι επιρροής του ύπνου	30
3.4.7	Άγχος και κατάθλιψη	30
3.4.8	Χρόνιος πόνος	30
3.4.9	Άνοια	31
3.4.10	Νόσος του Πάρκινσον	31
4	Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων.....	32
4.1	Ορισμός Ποιότητας ζωής.....	32
4.2	Ποιότητα ζωής Ηλικιωμένων.....	33

4.3	Κοινωνική μοναξιά ηλικιωμένων	34
5	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για Ηλικιωμένους	36
5.1	Φροντίδα των ηλικιωμένων.....	36
5.2	Πρωτοβάθμια Φροντίδα και ηλικιωμένοι	37
6	Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	39
6.1	Υλικό και Μέθοδος	39
6.2	Δείγμα.....	41
6.3	Διαδικασία	41
6.3.1	Ερευνητικό εργαλείο.....	41
7	Αποτελέσματα.....	44
7.1	Περιγραφική Ανάλυση.....	44
7.2	Επαγωγική Ανάλυση.....	47
8	Συζήτηση.....	56
9	Συμπεράσματα.....	59
10	Βιβλιογραφία	61
10.1	Ξένη Βιβλιογραφία	61
10.2	Ελληνική Βιβλιογραφία	68

Περιεχόμενα Πινάκων

<i>Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων.....</i>	<i>44</i>
<i>Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων.....</i>	<i>44</i>
<i>Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων.....</i>	<i>45</i>
<i>Πίνακας 4 Ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη τιμή.....</i>	<i>46</i>
<i>Πίνακας 5 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών ανάμεσα στα δυο φύλα</i>	<i>47</i>
<i>Πίνακας 6 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «η σύνταξη είναι καλή»</i>	<i>50</i>
<i>Πίνακας 7 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτιση τόπου διαμονής με γενικό δείκτη συμπτωμάτων, ψυχαναγκαστικότητας, άγχος και ψυχωτισμός.....</i>	<i>51</i>
<i>Πίνακας 8 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης εκπαιδευτικού επιπέδου με συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας.....</i>	<i>54</i>
<i>Πίνακας 9 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης του καλού ύπνου με τον σωματικό πόνο και την γενική υγεία</i>	<i>54</i>
<i>Πίνακας 10 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της απουσία ύπνου με την επιθετικότητα, του παρανοϊκού ιδεασμού και του ψυχωτισμού</i>	<i>55</i>
<i>Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της προσοχής στην υγεία με τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, της σωματοποίησης, της επιθετικότητας και του σωματικού πόνου.....</i>	<i>55</i>

Περιεχόμενα Γραφημάτων

<i>Γράφημα 1 Ιστόγραμμα κατανομής ηλικίας</i>	<i>46</i>
<i>Γράφημα 2 Συγκριτικό θηκόγραμμα Γενικού δείκτη συμπτωμάτων ανάμεσα στα δυο φύλα</i>	<i>48</i>
<i>Γράφημα 3 Συγκριτικό θηκόγραμμα Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ανάμεσα στα δυο φύλα</i>	<i>48</i>
<i>Γράφημα 4 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ανάμεσα στα δυο φύλα</i>	<i>49</i>
<i>Γράφημα 5 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ανάμεσα στα δυο φύλα</i>	<i>49</i>
<i>Γράφημα 6 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «Η σύνταξη είναι καλή»</i>	<i>50</i>
<i>Γράφημα 7 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «Η σύνταξη είναι καλή»</i>	<i>51</i>
<i>Γράφημα 7 Means plot Γενικού δείκτη συμπτωμάτων σε σχέση με τον τόπο διαμονής</i>	<i>52</i>
<i>Γράφημα 7 Means plot Ψυχαναγκαστικότητας σε σχέση με τον τόπο διαμονής</i>	<i>52</i>
<i>Γράφημα 7 Means plot Άγχους σε σχέση με τον τόπο διαμονής</i>	<i>53</i>
<i>Γράφημα 7 Means plot Ψυχωτισμού σε σχέση με τον τόπο διαμονής</i>	<i>53</i>

1 Εισαγωγή

Ο ύπνος αποτελεί μια από τις βασικότερες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, καθώς προσφέρει στιγμές χαλάρωσης και ηρεμίας. Επιπλέον, με τον ύπνο μειώνεται η δραστηριότητα του μυοσκελετικού συστήματος, ενώ έχει παρατηρηθεί πως ελαττώνει και την αλληλεπίδραση του σώματος με το εξωτερικό περιβάλλον (Berry et al., 2017). Ο ύπνος είναι σημαντικός για τη σωστή λειτουργία του σώματος και του εγκεφάλου, καθώς βοηθάει στη σωματική και ψυχική υγεία. Επίσης μπορεί να προσφέρει στην ευεξία του ατόμου, αφού επηρεάζει εγκεφαλικές διεργασίες που αφορούν την μάθηση και την μνήμη (Asefa, 2015).

Κατά την διάρκεια του ύπνου, το σώμα και ο εγκέφαλός έχουν την ευκαιρία να ξεκουραστούν και να θεραπευτούν. Αυτό συμβάλλει σημαντικά καθώς βασικές λειτουργίες του σώματος παράγονται και λειτουργούν καλύτερα, όπως για παράδειγμα οι ορμόνες και οι χημικές ουσίες. Οι λειτουργίες αυτές βοηθούν το σώμα και τον εγκέφαλό να επικοινωνούν μεταξύ τους (Schwartz & Kilduff, 2015, Espana, 2011).

Από την μελέτη τους Guetterman & Mitchell (2016) οι μεταβολές του ύπνου μπορούν να απεικονισθούν μέσω εξετάσεων όπως:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG)
- Ηλεκτρομυογράφημα (EMG)
- Ηλεκτροκυκλογράφημα (EOG)
- Διακυμάνσεις της λειτουργίας της αναπνοής και της καρδιάς
- Κινήσεις σκελετικών και οφθαλμικών μυών

Στην εξέταση καταγραφής κινήσεων, παρατηρείται η μεταβολή της ταχύτητας κίνησης των οφθαλμών. Η μία περίπτωση είναι ο οφθαλμός να κινηθεί αργά (Non Rapid Eye Movement–NREM), ενώ στην δεύτερη περίπτωση ο οφθαλμός κινείται γρήγορά (Rapid Eye Movement–REM) (Shepard et al., 2005).

Οι διαταραχές ύπνου έχουν απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες, αφού έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με ψυχικά και σωματικά προβλήματα, ανεξαρτήτως της ηλικίας του ατόμου. (Barclay et al., 2011, Franzen et al., 2009, Glozier et al., 2010, Nakakubo et al., 2017, Franzen et al., 2009, Gregory et al., 2011, Ramsawh et al., 2009, Reid et al., 2009, Stein et al., 2008). Σύμφωνα με μελέτες τα προβλήματα που μπορούν να επηρεάσουν τον ύπνο είναι:

- Κατάθλιψη
- Άγχος
- Καρδιακά νοσήματα
- Παχυσαρκία
- Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, τα πιο σημαντικά είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Το άγχος είναι μια κατάσταση που συμβαίνει στον εγκέφαλό και δημιουργεί το αίσθημα ανησυχίας, αναστάτωσης. Ακόμα μπορεί να δημιουργεί την πεποίθηση νόσησης από μία ασθένεια. Είναι πιθανό να επηρεάσει τον τρόπο που τα άτομα σκέφτονται, ενεργούν και αισθάνονται με διαφορετικούς τρόπους. Όλα αυτά μπορούν να προκληθούν από το συναίσθημα του φόβου (NIMH, 2016). Σε μελέτη των Hoehn-Saric & McLeod (1988) βρέθηκε ότι το άγχος μπορεί να λειτουργήσει ως μία προειδοποίηση για τον ανθρώπινο οργανισμό (Καλπάκογλου, 2013). Σύμφωνα με την ιστοσελίδα NIMH (2016) το άγχος παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως:

- Ταχυκαρδία
- Εφίδρωση διάρροια
- Ναυτία
- Δύσπνοια
- Ζαλάδα

Αντίθετα, η κατάθλιψη είναι μία ψυχοπαθολογική κατάσταση που αντιμετωπίζει καθημερινά η ψυχιατρική πρακτική. Ήδη από το 2004 σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α βρέθηκε ότι το 17% των ανηλίκων είναι πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Ζήση, 2004). Όμως για άτομα άνω των 65 ετών το ποσοστό εμφάνισης αυξάνεται αγγίζοντας το ποσοστό του 20%.

Με την μείωση της διάρκειας του ύπνου συχνά εμφανίζονται προβλήματα σωματικά και ψυχικά (Ζήντρου Γ. et al., 2014). Στην μελέτη του Cho (2008) βρέθηκε ότι η αυπνία είναι μια αρκετά συχνή διαταραχή. Άλλες μελέτες έχουν δείξει την κατάθλιψη ως μια σημαντική ψυχική διαταραχή, η οποία μπορεί να ευθύνεται για την μείωση της ευημερίας, την αύξηση αναπηριών και θέματα θανάτου. Σύμφωνα με μελέτες που έχει πραγματοποιήσει ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) επιδεικνύει την κατάθλιψη ως μία από τις κυριότερες αιτίες αναπηριών (Verropoulou & Tsimbos, 2007).

Όσον αφορά το άγχος δεν έχει βρεθεί αν είναι η αιτία των υπνικών διαταραχών ή αν οι διαταραχές αυτές είναι η αιτία εμφάνισης άγχους (Καλπάκογλου, 2013). Αυτή τη στιγμή, λόγω της ασθένειας που ονομάζεται Covid-19, είναι δύσκολο για τους ανθρώπους να κοιμούνται καλά. Ο COVID-19 προκάλεσε άγχος σε άτομα όλων των ηλικιών, ενώ έχει αποδειχθεί ότι άτομα τις τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν υπνικές διαταραχές. Οι υπνικές διαταραχές αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για την υγεία όλων και είναι απαραίτητο να εξεταστούν εκτενέστερα, ώστε να προστατευτούν τα άτομα από μελλοντική νόσηση. (Zakiyah, 2020)

2 Τρίτη Ηλικία

Οι άνθρωποι κατά την διάρκεια της ζωής τους και όσο μεγαλώνουν υφίστανται φυσιολογικές μεταβολές στον οργανισμό τους τόσο ως προς την λειτουργικότητα όσο και στην εμφάνιση τους. Ο προσδιορισμός και τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας παρατίθενται σε επόμενες ενότητες για την καλύτερη ανάλυση τους.

2.1 Ορισμός

Σύμφωνα με τον Πυθαγόρα, η ζωή μπορεί να παρομοιαστεί με τις τέσσερις εποχές. Με άλλα λόγια η άνοιξη παρουσιάζει τα πρώτα 20 χρόνια ζωής, τα επόμενα 20 χρόνια παρομοιάζονται με το καλοκαίρι, από τα 40 έως τα 60 μοιάζουν με το φθινόπωρο, ενώ ο χειμώνας θεωρούνται τα χρόνια άνω των 60 ετών. Ο διαχωρισμός αυτός μπορεί να περιγράψει ως ένα σημείο την τρίτη ηλικία. Πολλοί επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την τρίτη ηλικία χωρίς κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα. Είναι δύσκολο να αποδοθεί μόνο ένας ορισμός, γιατί κάθε τύπος είναι διαφορετικός, με τις δικές του παραδόσεις, τρόπους ζωής και διάρκεια ζωής των ανθρώπων. Ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός είναι μοναδικός και το ηλικιακό όριο διαφέρει και δεν είναι σαφές. Ωστόσο ο Οργανισμών Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) σε έναν αυθαίρετο κανονισμό ορίζει πως η τρίτη ηλικία ξεκινάει από τα 60 έτη. Ο κανονισμός αυτός έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα που εμφανίζει η Αφρική ή άλλες χώρες που το υγειονομικό τους σύστημα δεν είναι ανεπτυγμένο. Πλέον, σε επιστημονικό επίπεδο το όριο ηλικίας που αφορά την τρίτη ηλικία είναι τα 65 έτη. Υπάρχουν επιστήμονες που προτιμούν να χωρίζουν τα άτομα άνω των 65 ετών σε ομάδες, και να επισημαίνουν ότι τα προβλήματα υγείας συχνά διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Στην σύγχρονη εποχή, τα 65έτη ορίζονται ως η ηλικία που τα άτομα βγαίνουν στην σύνταξη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τέταρτη ηλικία θεωρούνται τα άτομα των ηλικιών 74-90, ενώ τα άτομα άνω των 90 αποτελούν την Πέμπτη ηλικία (EMKE, 1999, Fang et al., 2012)

2.2 Χαρακτηριστικά

Γήρανση θεωρείται η διαδικασία συσσώρευσης όλων των αλλαγών που πραγματοποιούνται στο σώμα με το πέρασμα του χρόνου, είτε αυτές σχετίζονται με την σωματική ωρίμανση είτε την ψυχοσύνθεση των ατόμων. Τα χαρακτηριστικά της γήρανσης γίνονται εμφανή με

παθολογικές διεργασίες, καθώς αφορούν την μείωση της απόδοσης και της ζωτικότητας των κυττάρων του κάθε οργάνου. Οι αλλαγές αυτές γίνονται αισθητές όχι μόνο στην λειτουργία του σώματος αλλά και στην εξωτερική εμφάνιση των ατόμων. Στο δέρμα των ηλικιωμένων συχνά εμφανίζονται κηλίδες τόσο στα χέρια, τους καρπούς όσο και στο πρόσωπο, καθώς επίσης και ρυτίδες. Επιπλέον, όπως προαναφέρθηκε οι αλλαγές αυτές δεν σχετίζονται μόνο με την εξωτερική εμφάνιση αλλά και με την λειτουργικότητα των ατόμων. Τα άτομα γίνονται πιο αργά στις κινήσεις τους, στις αντιδράσεις τους, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπής σε ατυχήματα (Zis, 2017).

Η προσωπικότητα και η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων απειλείται, καθώς χάνουν την επαγγελματική τους ιδιότητα, απομονώνονται και αποσύρονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες. Αντίθετα, τα συστήματα όπως το κυκλοφοριακό, το νευρικό και το αναπνευστικό, με την πάροδο του χρόνου παύουν να είναι αποτελεσματικά και συνεπώς τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αρρωσταίνουν συχνότερα. Η οστεοαρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, ο διαβήτης, οι καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά είναι ενδεικτικά μερικές από τις παθήσεις που εμφανίζονται στις περισσότερες περιπτώσεις (Zis, 2017).

Τα όργανα που επηρεάζουν τις αισθήσεις κυρίως της ακοής και της όρασης δυσλειτουργούν, οδηγώντας τα άτομα να απομονώνονται από το περιβάλλον τους και τον περίγυρό τους, καθώς δεν μπορούν πλέον να ενσωματωθούν εύκολα σε μια συζήτηση. Ο Murtagh το 2011 αναφέρει πως η γήρανση χαρακτηρίζεται από τα εξής χαρακτηριστικά:

- Μείωση της μάζας του σώματος
- Δυσλειτουργικότητα ή μείωση της ικανότητας των οργάνων
- Αυξημένα επίπεδα στρες
- Μεγαλύτερη ευπάθεια νοσημάτων
- Κίνδυνος θανάτου

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί επιπλέον ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά. Είναι πολύ συχνό οι ηλικιωμένοι να επιλέγουν να διαμένουν σε κάποιο ίδρυμα, εξαιτίας της μοναξιάς που νιώθουν, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας. Η ψυχολογία των ηλικιωμένων επηρεάζεται επιπλέον από τους εξωτερικούς παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, οι φορείς που σχετίζονται με την ασφάλισή τους, η μόρφωσή τους, καθώς και η απώλεια του συζύγου ή κάποιου οικείου προσώπου (Harries et al., 2011).

2.3 Ανάγκες

Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής και η ικανοποίηση των αναγκών είναι σημαντική για όλα τα μέλη μιας κοινωνίας. Η οικογένεια αποτελεί μια μικρογραφία της κοινωνίας και συνεπώς είναι υπεύθυνη για την ικανοποίηση των αναγκών των μελών της ανεξαρτήτως ηλικίας. Όπως είναι φυσικό οι ανάγκες διαφέρουν τόσο από άτομο σε άτομο όσο και ανάλογα την ηλικία. Ωστόσο είναι εξίσου σημαντικό να συμβάλλουν όλοι και να μην παραγκωνίζονται οι ανάγκες κανενός (Rangarajan et al., 2021).

Ποικίλες ελληνικές και ξένες έρευνες επισημαίνουν πως οι ανάγκες των ηλικιωμένων στον Ελλαδικό χώρο συνοψίζονται στις ανάγκες για τροφή, ρούχα, στέγη αλλά και βοήθεια για μετακίνηση και καθαριότητα. Η διαμονή σε ένα καθαρό, με θέρμανση σπίτι, για την προστασία από τις αντίξοες καιρικές συνθήκες είναι ανάγκη των ηλικιωμένων αλλά και όλων των ανθρώπων. Για την εξασφάλιση των παραπάνω είναι απαραίτητο να διατίθεται στους ηλικιωμένους κάποια χρηματική – οικονομική στήριξη από την πολιτεία για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών (Rangarajan et al., 2021).

Επιπλέον, για την καλή ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι απαραίτητο να διατηρούνται οι ανθρώπινες σχέσεις τους και να μην παραγκωνίζονται από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, εξαιτίας των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζουν επειδή μεγαλώνουν. Η ενσωμάτωση τους σε ένα οικείο περιβάλλον, ώστε να μην νιώθουν παρείσακτοι και βάρος στον περίγυρό τους είναι μείζονος σημασίας. Οι ηλικιωμένοι όταν είναι μέλος μιας ομάδας ξεχνούν τα προβλήματά τους και νιώθουν ότι με τον τρόπο τους βοηθάνε και συνεισφέρουν (Rangarajan et al., 2021).

Για την επίτευξη όλων των παραπάνω είναι αναγκαίο να υπάρχει ο σεβασμός τόσο στις ανάγκες όσο και στα δικαιώματα των ατόμων. Ο διαφορετικός ρυθμός και οι πιο αργές αντιδράσεις των ηλικιωμένων δεν πρέπει να αποτελούν αίτια για την απομόνωση τους. Τέλος, στην σύγχρονη εποχή δυστυχώς παρατηρείται πως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που μαστιάζει τις χώρες όχι μόνο της Ευρώπης αλλά και όλου του κόσμου η πολιτεία αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των ηλικιωμένων αναφορικά με τις ασφαλιστικές και νομικές δραστηριότητες (Rangarajan et al., 2021).

2.4 Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων

Η ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλα προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά είναι τα εξής:

- Μοναξιά
- Κατάθλιψη
- Δυσθυμία
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή
- Οργανική διαταραχή διάθεσης
- Διπολική διαταραχή
- Ο φόβος του θανάτου
- Ψυχολογικό στρες

Με την πάροδο του χρόνου είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο να είναι πιο έντονος ο φόβος των ηλικιωμένων απέναντι στον θάνατο. Ωστόσο, όπως είναι φυσικό δεν επηρεάζονται όλοι από το αίσθημα αυτό, καθώς πολλοί είναι αυτοί που θεωρούν ότι έχουν ζήσει μια ολοκληρωμένη ζωή. Οι ηλικιωμένοι πολλές φορές νιώθουν μοναξιά, ειδικότερα αν ο σύντροφός τους έχει «φύγει» από την ζωή. Το αίσθημα της μοναξιάς είναι ένα ψυχολογικό πρόβλημα που χρήζει σωστής αντιμετώπισης, καθώς συχνά οδηγεί στην κατάθλιψη και σε ψυχώσεις (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019).

Το πρόβλημα της κατάθλιψης είναι σύνθητες να συσχετίζεται με άλλα ψυχολογικά προβλήματα, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Έχει βρεθεί πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται και οι πιθανότητες κατάθλιψης. Αυτό συμβαίνει καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος αποκτά περισσότερες ευθύνες.

Αντίθετα, η δυσθυμία είναι μια ψυχική διαταραχή που εμφανίζει πιο ήπια συμπτώματα εν συγκρίσει με την κατάθλιψη, αλλά είναι πιθανό να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ατόμου (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2019). Επιπλέον, ένα ψυχολογικό πρόβλημα που μπορούν να εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η διπολική διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη. Πρόκειται για μία σοβαρή ψυχική ασθένεια που περιλαμβάνει επεισόδια τόσο μανίας όσο και κατάθλιψης, που συχνά συνοδεύονται με την ψύχωση (Ευσταθίου, 2011).

Η κατάθλιψη είναι ένα ψυχολογικό πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί με πολλούς τρόπους. Η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση αποτελεί μία ακόμα μορφή της. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων ως απάντηση σε έναν συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα, ο οποίος εμφανίζεται ύστερα από διάστημα τριών μηνών (Ευσταθίου, 2011). Τα άτομα μπορεί να εμφανίζουν καταθλιπτική διαταραχή παράλληλα με άγχος. Συνεπώς με τη ν συγκεκριμένη διαταραχή αισθάνονται έντονο άγχος, νευρικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και σύγχυση. Επίσης παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα όπως σοβαρή κόπωση, διαταραχές ύπνου και μυϊκή ένταση (Μενεδιάτου, 2012).

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να βιώσουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους λόγω του ψυχολογικού στρες, ενώ παράλληλα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η αιτία του. Αυτό το είδους άγχος μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται ανίκανοι να χειριστούν άβολες καταστάσεις.

Ένα τελευταίο πρόβλημα της ψυχικής υγείας που μπορεί να εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η οργανική διαταραχή της διάθεσης. Η διαταραχή αυτή είναι ένας τύπος ψυχικής ασθένειας που προκύπτει από μια υποκείμενη οργανική αιτία, όπως η νόσος του Πάρκινσον ή η νόσος του Αλτσχάιμερ. Μπορεί επίσης να προκληθεί από φαρμακευτική αγωγή ή άλλες ασθένειες που έχουν τόσο οργανικό όσο και ψυχολογικό αντίκτυπο, όπως ο καρκίνος. (Ευσταθίου, 2011).

3 Ύπνος

3.1 Ορισμός

Η έννοια του ύπνου αποτελούσε αμφιλεγόμενο θέμα, ωστόσο οι ερευνητές πλέον προσδιορίζουν τον ύπνο ως μία κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος παραμένει ενεργός για την εκπλήρωση των σημαντικών λειτουργιών και αναστέλλει ορισμένες σωματικές λειτουργίες (Carter, 2011)

Ο ύπνος είναι απαραίτητος για κάθε άνθρωπο. Η ανάγκη για ύπνο εμφανίζεται κυρίως μετά από έντονη άσκηση, ψυχολογική και σωματική εξάντληση, κόπωση, καθώς και εξαιτίας άλλων παραγόντων όπως η αδράνεια, η πλήξη και οι θόρυβοι. Οι διαταραχές του ύπνου είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ποικίλα προβλήματα. Για τον λόγο αυτό συστήνεται τα άτομα να κοιμούνται 7 με 8 ώρες την νύχτα, μιας και αυτό το διάστημα είναι αρκετό για την κάλυψη των παραπάνω αναγκών.

Οι ερευνητές αν και έχουν απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα σχετικά με τις λειτουργίες του εγκεφάλου κατά την διάρκεια του ύπνου, ακόμα δεν έχουν αποσαφηνίσει πλήρως την σημαντικότητά του, δηλαδή δεν έχουν βρει την απάντηση στο ερώτημα «Γιατί οι άνθρωποι πρέπει να κοιμούνται». Η πιο βάσιμη και τεκμηριωμένη απάντηση που έχει αποδοθεί στο ερώτημα αυτό είναι πως οι νευροδιαβιβαστές κατά την διάρκεια του ύπνου είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο του εγκεφάλου, δηλαδή αν βρίσκεται σε εγρήγορση και αν «κοιμάται» ενεργοποιώντας ορισμένες λειτουργίες, όπως η αναδιοργάνωση των νευρώνων, η οργάνωση των πληροφοριών και η ξεκούραση αφενός του εγκεφάλου και αφετέρου του καρδιαγγειακού συστήματος, για την αναδόμηση και δημιουργία κυττάρων και ιστών (National Academies Press (US),2006).

3.2 Βιολογικές Διεργασίες Ύπνου

Ο ύπνος είναι μια μοναδικά σημαντική κατάσταση ανάπαυσης και εγρήγορσης, με διακριτά χαρακτηριστικά φυσιολογίας και συμπεριφοράς. Οι ερευνητές αλλά και οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν τον ζωτικό ρόλο του ύπνου σε διάφορους τομείς, όπως ο μεταβολισμός, οι διαδικασίες αποκατάστασης, ο έλεγχος των βλαβών, η νευρική δραστηριότητα και προσαρμοστικότητα και οι βιολογικοί ρυθμοί και λειτουργίες.

Όσον αφορά τον μεταβολισμό και τη λειτουργική μνήμη, ο ύπνος, ιδιαίτερα ο ύπνος NREM, είναι καθοριστικός για την αποκατάσταση της μεταβολικής ισορροπίας. Ο ύπνος μη ταχείας κίνησης των ματιών (NREM), γνωστός και ως ύπνος ηρεμίας, είναι συλλογικά, τα στάδια 1-3 του ύπνου, προηγούμενως γνωστά ως στάδια 1-4. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης του μεταβολικού ρυθμού, της αναπλήρωσης των εξαντλημένων βιομορίων και της μείωσης της νευροδιαβίβασης, ώστε να επιτραπεί στους υποδοχείς να ανακτήσουν την ευαισθησία τους, επιταχύνοντας ταυτόχρονα την κάθαρση των μεταβολικών αποβλήτων (Scammell et al., 2017).

Με βάση τις μελέτες τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ανακαλύφθηκε ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου με μη γρήγορη κίνηση των ματιών (NREM), η ροή του αίματος και η μεταβολική δραστηριότητα μειώνονται. Αυτή η μείωση μπορεί να είναι έως και 40% κατά τη διάρκεια του σταδίου ύπνου βραδέων κυμάτων. Ο θάλαμος παρουσιάζει μειωμένη δραστηριότητα λόγω αυξημένης υπερπόλωσης, ενώ τα γάγγλια και η παρεγκεφαλίδα απενεργοποιούνται. Ωστόσο, οι πρωτογενείς αισθητικοί φλοιοί παραμένουν ενεργοί. Το γλυμφικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την απομάκρυνση των τοξικών κυτταρικών αποβλήτων και ο διάμεσος χώρος αυξάνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, επιτρέποντας την αποτελεσματική απομάκρυνση των αποβλήτων. Κατά τη διάρκεια του ύπνου, η μοριακή βιοσύνθεση αποκαθιστά κυτταρικά συστατικά όπως πρωτεΐνες που εμπλέκονται στη νευροδιαβίβαση και τη μεταφορά χοληστερόλης, τη σύνθεση μυελίνης και τη διατήρηση της μεμβράνης. Ο ύπνος NREM σχετίζεται με αναβολικές διεργασίες, ενώ ο ύπνος με γρήγορη κίνηση των ματιών (REM) παίζει κρίσιμο ρόλο στη διατήρηση της αντιοξειδωτικής δραστηριότητας και της νευροπροστασίας. Η στέρηση ύπνου REM μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην αναγέννηση των αντιοξειδωτικών, τη σάρωση των ελεύθερων ριζών και τη βιοσύνθεση των ενζύμων επιδιόρθωσης των κυττάρων. Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα, όπως το μεταιχμιακό σύστημα, ενώ άλλες είναι λιγότερο ενεργές, όπως ο βρεγματικός φλοιός, ο βρεγματικός λοβός, ο οπίσθιος προσαγωγός φλοιός και ο πλευρικός κοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός (Siclari et al., 2017).

Η αλληλεπίδραση μεταξύ της ανοσολογικής απόκρισης και του ύπνου είναι πολύπλοκη και αμφίδρομη, με τον ύπνο NREM να παίζει κρίσιμο ρόλο στη ρύθμιση των ανοσολογικών παραγόντων όπως η ιντερλευκίνη-1, η ιντερλευκίνη-6, ο παράγοντας νέκρωσης όγκου α (TNF-

α) και άλλες προφλεγμονώδεις κυτοκίνες . Μέσω των συνδυασμένων επιδράσεων του ύπνου NREM και του κιρκάδιου ρυθμού, δημιουργείται ένα προφλεγμονώδες ορμονικό περιβάλλον που στοχεύει στη διατήρηση του εναλλασσόμενου μοτίβου ύπνου και εγρήγορσης. Η διατάραξη αυτής της λεπτής ισορροπίας μέσω της στέρησης ύπνου μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα του σώματος να καταπολεμά τις ασθένειες (Mullington, 2010).

Ο ύπνος μπορεί να γίνει κατανοητός ως το αποτέλεσμα μίας πολύπλοκης νευροδυναμικής, η οποία περιλαμβάνει την παραγωγή, μετάδοση, επεξεργασία και ενορχήστρωση νευρικών κυκλωμάτων και ρυθμιστικών μηχανισμών. Αυτές οι διεργασίες δημιουργούν τα διακριτά στάδια του ύπνου, που χαρακτηρίζονται από αλλαγές στον μυϊκό τόνο και την αισθητηριακή ανταπόκριση. Η ικανότητα του εγκεφάλου να ανταποκρίνεται και να προσαρμόζεται σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, γνωστή ως νευροπλαστικότητα, είναι απαραίτητη σε διαδικασίες όπως η εδραίωση της μνήμης και η αναδιαμόρφωση του εγκεφάλου. Η πλαστικότητα του Synapse, ειδικότερα, ενισχύεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, συμβάλλοντας στην εδραίωση της μνήμης και στη συντήρηση του νευρωνικού δικτύου. Συνολικά, ο ύπνος περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση ομοιοστατικής και νευρικής πλαστικότητας, η οποία υποστηρίζει την κρίσιμη λειτουργία σηματοδότησης του (Nir, 2015).

Η εύρυθμη λειτουργία των κοινωνικών, αναπαραγωγικών και βιολογικών συστημάτων του σώματος καθίσταται δυνατή από τους βιολογικούς ρυθμούς που διέπουν τον ύπνο και άλλες διαδικασίες. Ωστόσο, υπάρχει ακόμη μεγάλη συζήτηση σχετικά με τους μηχανισμούς που ρυθμίζουν τα στάδια του ύπνου, παρά τις προτεινόμενες οδούς σηματοδότησης όπως το σύστημα υποκρετίνης/ορεξίνης. Ωστόσο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ενεργοποίηση και απενεργοποίηση αυτών των σταδίων ελέγχεται από αμοιβαία ανασταλτικούς νευρώνες στον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος (Schwartz, 2015).

Η συνείδηση του ύπνου, που εκφράζεται μέσω των ονείρων, είναι μια κρίσιμη βιολογική διαδικασία. Παλαιότερα πίστευαν ότι συμβαίνουν μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, η πρόοδος στην τεχνολογία και οι αντικειμενικές μέθοδοι έχουν αποκαλύψει ότι τα όνειρα είναι επίσης σημαντικά κατά τον ύπνο NREM. Αυτή η επικάλυψη γνωστικών διαδικασιών και μηχανισμών ύπνου υποστηρίζει την ιδέα ότι ο ύπνος παίζει ζωτικό ρόλο στη συμπεριφορά και τη γνωστική λειτουργία ενός οργανισμού. Πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι τα συναισθήματα, οι ανταμοιβές και η εσωτερική επεξεργασία πληροφοριών ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια

των ονείρων, οδηγώντας ενδεχομένως σε βελτιωμένη μνήμη, ρύθμιση συναισθημάτων, κοινωνικές δεξιότητες και δημιουργικότητα (Siclari et al., 2017).

Το στάδιο του ύπνου γνωστό ως REM (ταχεία κίνηση των ματιών) είναι γνωστό για τα μοναδικά χαρακτηριστικά του, όπως οι γρήγορες κινήσεις των ματιών, τα εγκεφαλικά κύματα που υποδηλώνουν μια κατάσταση αυξημένης δραστηριότητας παρόμοια με την εγρήγορση ή τον ελαφρύ ύπνο, καθώς και τη βαθιά μυϊκή χαλάρωση συγκρίσιμη με που βιώθηκε κατά τον βαθύ ύπνο (Perogamvros, 2015).

Ο συνδυασμός διάφορων παραγόντων, όπως τα ασυνήθιστα όνειρα που οδηγούν σε αφυπνίσεις, έχει συνδεθεί με την ψυχοπαθολογία και λιγότερο με την ψυχολογική ανθεκτικότητα. Οι διαταραχές ύπνου, όπως η αϋπνία και η στέρηση ύπνου μπορούν να διαταράξουν τις βιολογικές αυτές διεργασίες και να αυξήσουν τον κίνδυνο σωματικών παθήσεων όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η άνοια καθώς και θέματα ψυχικής υγείας όπως διαταραχές διάθεσης και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, ειδικά σε ευάλωτα άτομα.

3.3 Διαταραχές

Στο πεδίο των συνθηκών και των μεταπτώσεων που σχετίζονται με τον ύπνο, πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη την πιθανή εκδήλωση διαταραχών ύπνου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, που μπορεί να έχει επακόλουθες επιπτώσεις τόσο στο μυαλό όσο και στο σώμα. Στην πέμπτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-V) αναφέρονται δέκα υπνικές διαταραχές που μπορούν να επηρεάσουν την καθημερινή λειτουργία των ανθρώπων και να έχουν ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Αυτές οι διαταραχές περιλαμβάνουν:

1. Αϋπνία: Δυσκολία στο να κοιμηθεί κανείς ή να διατηρήσει τον ύπνο του.
2. Υπερυπνία: Αυξημένη διάρκεια ύπνου ή υπερβολική κούραση κατά την ημέρα.
3. Ναρκοληψία: Απροκάλυπτες επιθυμίες για ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, με πιθανότητα εμφάνισης απρόσμενων επιληπτικών επεισοδίων ύπνου.
4. Διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπνοή: Περιλαμβάνουν την αποφρακτική ή κεντρική άπνοια ύπνου και τον σχετιζόμενο με τον ύπνο υποαερισμό.

5. Διαταραχές σχετιζόμενες με τον κικκάδιο ρυθμό: Περιλαμβάνουν το σύνδρομο προχωρημένης φάσης ύπνου, το σύνδρομο ακανόνιστου ύπνου-εγρήγορσης και το μη-24ώρο ύπνου-εγρήγορσης.
6. Διαταραχή ύπνου εγρήγορσης μη REM: Περιγράφει διαταραχές ύπνου που επηρεάζουν την επίπεδη φάση του ύπνου.
7. Διαταραχή εφιάλτη: Εμφάνιση επαναλαμβανόμενων εφιαλτικών εμπειριών κατά τον ύπνο.
8. Διαταραχή συμπεριφοράς κατά το REM στάδιο: Απροσδόκητη κίνηση ή παράλυση κατά τη διάρκεια του REM ύπνου.
9. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών: Ανεξήγητη ανάγκη για κίνηση των ποδιών κατά τη διάρκεια του ύπνου.
10. Υπνική διαταραχή σχετιζόμενη με τη χρήση ουσιών ή φαρμάκων: Υπνικές διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών ή φαρμάκων.

Αυτές οι διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν άγχος και να επηρεάσουν την καθημερινή λειτουργία των ανθρώπων, είτε λόγω δυσκολίας στον ύπνο είτε λόγω παρατεταμένων επιπτώσεων στην ψυχολογία και την υγεία τους (Kupfer, 2015).

Η αϋπνία είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή του ύπνου και επηρεάζει έναν στους τρεις ενήλικες σε κάποιο στάδιο της ζωής τους (Morin & Benca, 2012). Η εμφάνιση της αϋπνίας αυξάνεται με την ηλικία και είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Συνήθως, η αϋπνία προκαλείται από ψυχολογικούς ή σωματικούς λόγους, όπως το άγχος, η υπερθυρεοειδισμός, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις. Ανάλογα με τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν αϋπνία μπορεί να χαρακτηριστεί ως δευτερεύουσα ή πρωτογενής αϋπνία. Η αϋπνία μπορεί να ταξινομηθεί βάσει των εξής κριτηρίων:

1. Αίτια προκάλεσης: Ψυχοσωματική, παράδοξη, ιδιοπαθής αϋπνία.
2. Ρυθμός εμφάνισης: Παροδική, επεισοδιακή ή χρόνια αϋπνία.
3. Μέρος του ύπνου που επηρεάζεται: Αρχική αϋπνία (δυσκολία να ξεκινήσει ο ύπνος), διατήρηση αϋπνίας (συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας) ή τερματική αϋπνία (πρόωρος ξύπνιος ύπνος).

Η παροδική αϋπνία είναι η πιο συνηθισμένη και τις περισσότερες φορές συσχετίζεται με το άγχος, ωστόσο η μη αποτελεσματική αντιμετώπισή της μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια αϋπνία.

Σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί η θανατηφόρος οικογενής αϋπνία, μια σπάνια περίπτωση κατά την οποία οι άνθρωποι φέρουν ανωμαλίες στις πρωτεΐνες που επηρεάζουν τον εγκεφαλικό θάλαμο και χάνουν σταδιακά την ικανότητά τους να κοιμηθούν (Παπαδημητρίου, 2013).

Οι διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπνοή, όπως οι άπνοιες και το ροχαλητό, είναι συχνές και μη διαγνωσμένες προβλήματα ύπνου που επηρεάζουν ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων. Οι άπνοιες εμφανίζονται όταν η αναπνοή διακόπτεται ή εξασθενεί για μερικά δευτερόλεπτα κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ το ροχαλητό αποτελεί ένα σύμπτωμα των αυξημένων επιπέδων της χαμηλής αναπνοής ή της παθολογικής συχνότητας (Παπαδημητρίου, 2013).

Οι άπνοιες χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι η κεντρική άπνοια, όπου ο εγκέφαλος δεν πυροδοτεί σωστά τους μύες για την αναπνοή, και η δεύτερη είναι η αποφρακτική άπνοια, όπου υπάρχει απόφραξη των αεραγωγών. Το ροχαλητό συνήθως συνοδεύει τις άπνοιες και οφείλεται σε ανακόπτους ροές αέρα μέσα από τις στενωμένες αεραγωγούς, που παράγει ηχητικούς κραδασμούς (Παπαδημητρίου, 2013).

Αυτές οι διαταραχές συχνά οδηγούν σε πολλαπλά και συχνά ξυπνήματα κατά τη διάρκεια του ύπνου, επηρεάζοντας την ποιότητα και τη διάρκεια του ύπνου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια στέρηση ύπνου, η οποία συνδέεται με συμπτώματα όπως κόπωση, υπνηλία και πονοκέφαλος. Επιπλέον, η χαμηλή αναπνοή ή άπνοια μπορεί να οδηγήσει σε παροδική υποξία, καθώς ο εγκέφαλος στέλνει σήματα στο άτομο να ξυπνήσει και να αναπνεύσει βαθιά προτού ξανακοιμηθεί. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να επαναλαμβάνονται πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας, δημιουργώντας διακοπές στον ύπνο και επηρεάζοντας τον κύκλο ύπνου (Παπαδημητρίου, 2013).

Οι διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπνοή μπορούν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, καθώς συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση και κατάθλιψη. Είναι σημαντικό να γίνεται η διάγνωση και η αντιμετώπισή τους από ειδικούς στον ύπνο, καθώς υπάρχουν θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου και να μειώσουν τις επιπτώσεις στην υγεία (Παπαδημητρίου, 2013).

Συμπερασματικά, οι υπνικές διαταραχές μπορούν να περιλαμβάνουν διαταραχές που σχετίζονται με τον κιρκαδιανό ρυθμό του ατόμου. Αυτές οι διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ξυπνά και να κοιμάται σε κατάλληλες χρονικές ώρες σύμφωνα με το βιολογικό του ρολόι. Παρόλο που ο ύπνος του ατόμου μπορεί να είναι ποιοτικός και σε επαρκή

διάρκεια, η ασυμφωνία με τον κερκαδιανό ρυθμό μπορεί να προκαλεί συνεχείς αισθήματα αποσυγχρονισμού με το περιβάλλον. Ορισμένες από αυτές τις διαταραχές είναι:

1) Σύνδρομο προώθησης ή καθυστέρησης της φάσης του ύπνου (Advanced or Delayed Sleep Phase Syndrome): Το άτομο έχει μια εκκίνηση του ύπνου που είναι πολύ νωρίτερα (προώθηση) ή πολύ αργότερα (καθυστέρηση) από τις συνηθισμένες ώρες ύπνου.

2) Μη-24ωρος ρυθμός του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης: Ο ρυθμός ύπνου-εγρήγορσης του ατόμου δεν ακολουθεί τον σταθερό 24ωρο κύκλο, αλλά είναι μεταβαλλόμενος.

3) Ακανόνιστος ή αποδιοργανωμένος κύκλος ύπνου-εγρήγορσης: Ο κύκλος ύπνου-εγρήγορσης του ατόμου είναι ακανόνιστος και απρόβλεπτος, συνήθως παρουσιάζεται σε άτομα με Alzheimer ή άνοια.

Επιπλέον, η διαταραχή απότομης αλλαγής χρονικής ζώνης (jet lag) εμφανίζεται όταν μετακινείται γρήγορα από μία χρονική ζώνη σε μια άλλη, προκαλώντας απόκλιση μεταξύ του εσωτερικού ρολογιού του ατόμου και του νέου περιβάλλοντος. Επίσης, η διαταραχή που οφείλεται σε κυλιόμενο ωράριο εργασίας (εργασία με βάρδιες) προκαλεί δυσκολίες στον ύπνο και την αγρυπνία λόγω της αστάθειας του ωραρίου εργασίας. Αυτές οι διαταραχές συνήθως έχουν γενετική αιτιολογία και συνδέονται με αλλαγές στα γονίδια PER και CLOCK. Ωστόσο, κοινωνικοί και εργασιακοί παράγοντες μπορεί επίσης να συμβάλουν στην εκδήλωση αυτών των διαταραχών (Παπαδημητρίου, 2013).

Η διαταραχή ύπνου εγρήγορσης NREM αφορά μη φυσιολογικές κινήσεις, συμπεριφορές, συναισθήματα, αντιλήψεις και όνειρα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου, ειδικά στα στάδια NREM (μη REM) του ύπνου. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να περιλαμβάνουν φαινόμενα όπως υπνοβασία, ομιλία κατά τον ύπνο, υπνοφαγία, σεξουαλική δραστηριότητα, βραδινοί τρόμοι, υπνικές επαγρυπνήσεις, σύνδρομο εκρηγνυόμενης κεφαλής, τρίξιμο δοντιών και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών. Επίσης, υπάρχουν διαταραχές που σχετίζονται με το στάδιο REM του ύπνου, όπως η διαταραχή συμπεριφοράς του ύπνου REM (RBD), η καταθρηνία και η υπνική παράλυση (Παπαδημητρίου, 2013).

Η διαταραχή συμπεριφοράς του ύπνου REM (RBD) είναι μια σπάνια διαταραχή όπου οι άνθρωποι δεν έχουν τη συνήθη μυϊκή ατονία κατά το στάδιο REM του ύπνου και εκδηλώνουν κινήσεις ή πράξεις που ανταποκρίνονται στα όνειρά τους. Αυτή η διαταραχή συνδέεται με

εκφυλίσεις του εγκεφάλου και μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη νευρολογικών παθήσεων, όπως ο πάρκινσον (Παπαδημητρίου, 2013).

Η καταθρηγία είναι μια άλλη διαταραχή που συμβαίνει κατά το στάδιο REM του ύπνου και συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα κατά τη διάρκεια των ονείρων. Η υπνική παράλυση είναι μια διαταραχή κατά την οποία οι άνθρωποι αισθάνονται προσωρινή παράλυση του σώματός τους κατά τη διάρκεια της μετάβασης από την κατάσταση της επαγρύπνησης στον ύπνο ή από τον ύπνο στην επαγρύπνηση (Παπαδημητρίου, 2013).

Αυτές οι διαταραχές ύπνου μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου και να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευεξία του ατόμου. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών συνήθως γίνεται από ειδικούς στον ύπνο, και υπάρχουν θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση αυτών των προβλημάτων ύπνου (Παπαδημητρίου, 2013).

Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (Restless Legs Syndrome - RLS) είναι μια νευρολογική διαταραχή που προκαλεί αίσθημα αναπήδησης, φαγούρας ή ανυποφορίας στα πόδια και έντονη επιθυμία για κίνηση των ποδιών. Συνήθως, αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης ή του αποκοιμήματος και μπορούν να διαταράξουν τον ύπνο. Οι ακριβείς αιτίες του RLS δεν είναι πλήρως κατανοητές, αλλά πιστεύεται ότι συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Παπαδημητρίου, 2013).

Έχουν γίνει πολλές έρευνες που υποδεικνύουν ότι τα χαμηλά επίπεδα σιδήρου και ντοπαμίνης μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση του RLS. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μια απόλυτη αιτιολογία για την διαταραχή αυτή, και η ακριβής σχέση μεταξύ σιδήρου, ντοπαμίνης και RLS παραμένει αντικείμενο μελέτης. Το RLS είναι συχνότερο σε άτομα άνω των 40 ετών, και οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από το σύνδρομο σε σχέση με τους άνδρες. Τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου (Παπαδημητρίου, 2013).

Το σύνδρομο της περιοδικής διαταραχής της κίνησης των άκρων (Periodic Limb Movement Disorder - PLMD) αναφέρεται επίσης ως μια συναφής διαταραχή, κατά την οποία οι άνθρωποι εμφανίζουν ακούσιες κινήσεις των ποδιών κατά τη διάρκεια του ύπνου, κυρίως κατά τη φάση NREM (μη-REM) του ύπνου, με περιοδικές κινήσεις που επαναλαμβάνονται κάθε 20-40 δευτερόλεπτα. Και αυτή η διαταραχή σχετίζεται με τα επίπεδα ντοπαμίνης και μπορεί να

επηρεάσει σοβαρά την ποιότητα του ύπνου. Και τα δύο σύνδρομα, RLS και PLMD, μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές του ύπνου και να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που τα αντιμετωπίζουν. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών γίνεται συνήθως από ειδικούς στον ύπνο και υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση αυτών των προβλημάτων ύπνου (Παπαδημητρίου, 2013).

Μία ακόμα υπνική διαταραχή αναφέρεται στη διαταραχή του ύπνου που προκαλείται από τη χρήση ουσιών ή φαρμάκων που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω των ψυχοδιεγερτικών ουσιών, των αντικαταθλιπτικών, των κορτικοστεροειδών, των βρογχοδιασταλτικών, των β-αναστολέων και των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Συχνά, ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από συνδεόμενες παθήσεις υγείας λαμβάνουν αυτούς τους τύπους φαρμακευτικών θεραπειών. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει συχνή συσχέτιση μεταξύ ποικίλων ασθενειών και υπνικών διαταραχών, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η σχέση αιτίου-αποτελέσματος δεν είναι πλήρως κατανοητή. Μερικές φορές η υπνική διαταραχή οφείλεται στην υπάρχουσα νόσο, άλλες φορές η νόσος οφείλεται στην υπνική διαταραχή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η σχέση μεταξύ τους είναι αμοιβαία (Παπαδημητρίου, 2013).

Ορισμένες από τις ασθένειες που συνδέονται με υπνικές διαταραχές είναι η άνοια ή η νόσος Alzheimer, η σχιζοφρένεια, το άγχος και οι σχετιζόμενες με τη διάθεση διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης με συμπτώματα αϋπνίας ή υπερύπνωσης, καθώς και άλλες συναφείς διαταραχές. Επιπλέον, άλλες ασθένειες που μπορεί να συνδέονται με υπνικές διαταραχές είναι η άσθμα, ο διαβήτης τύπου 2, η παχυσαρκία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η επιληψία, η νόσος του Parkinson, η εποχική κατάθλιψη κατά τους χειμερινούς μήνες, το σύνδρομο διάσπασης προσοχής και το φάσμα των ασθενειών του αυτισμού (Παπαδημητρίου, 2013).

Τα εμπειρικά ευρήματα που προέρχονται από μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι ο ύπνος είναι απαραίτητο συστατικό για τη μακροζωία ενός οργανισμού. Αυτή η κρίσιμη πτυχή διέπεται από μια διπλή αλληλεπίδραση εγγενών μηχανισμών που επηρεάζουν τον κιρκάδιο ρυθμό και την ομοιοστάση του ύπνου.

3.4 Ύπνος και Ηλικιωμένοι

Ο ύπνος είναι μέγιστης σημασίας για όλες τις ηλικίες. Ωστόσο, στην περίπτωση των ηλικιωμένων ο ύπνος είναι σημαντικός καθώς επηρεάζει την συνολική τους υγεία (Gulia, 2018). Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται η διάρκεια του ύπνου, η επάρκεια του και ο ύπνος βραδέων κυμάτων, ενώ αυξάνονται οι στιγμές αφύπνισης και οι στιγμές που μένουν ξύπνιοι (Li, 2018). Παρόλα αυτά, τα προβλήματα ύπνου δεν αποτελούν φυσικό μέρος της γήρανσης και οι φυσιολογικές αλλαγές στα πρότυπα ύπνου δεν είναι απαραίτητα παθολογικές. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές μπορούν να κάνουν τους ηλικιωμένους πιο επιρρεπείς σε διαταραχές ύπνου. Οι παράγοντες κινδύνου για τη διαταραχή του ύπνου στους ηλικιωμένους ενήλικες προέρχονται από ιατρική και ψυχιατρική συννοσηρότητα, χρήση φαρμάκων και ουσιών, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και πρωτογενείς διαταραχές ύπνου. Τουλάχιστον τρεις ταυτόχρονες ασθένειες που συχνά υπάρχουν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, είναι σαφές ότι οι διαταραχές ύπνου που μπορεί να προκύψουν δεν είναι εύκολο να αποσαφηνιστούν. Κατά συνέπεια, η διαχείριση των προβλημάτων ύπνου στους ηλικιωμένους απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη όλους τους παράγοντες κινδύνου και ενσωματώνει πολλαπλές μεθόδους θεραπείας (Miner, 2017).

3.4.1 Βασικές Πληροφορίες

Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Ύπνου, οι ενήλικες άνω των 65 ετών θα πρέπει να στοχεύουν σε 7-8 ώρες ύπνου. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι που κοιμούνται μεταξύ 6-9 ωρών βιώνουν βελτιωμένη γνωστική, πνευματική και σωματική ευεξία, μαζί με βελτιωμένη συνολική ποιότητα ζωής, συγκριτικά με εκείνους που κοιμούνται λιγότερο ή περισσότερο. Αν και η ανάγκη για ύπνο παραμένει σταθερή, η ικανότητα επίτευξης της συνισταμένης ποσότητας μπορεί να επηρεαστεί λόγω των αλλαγών στην αρχιτεκτονική του ύπνου, οι οποίες έχουν παρατηρηθεί μέσω της πολυπνογραφίας (Gulia, 2018)

Η αρχιτεκτονική και η φύση του ύπνου υφίστανται αλλαγές όσο κάποιος μεγαλώνει. Τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να περνούν περισσότερο χρόνο σε ελαφρύτερα στάδια ύπνου, με αποτέλεσμα να ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτό το φαινόμενο, γνωστό ως κατακερματισμός του ύπνου, μπορεί να μειώσει την ποιότητα του ύπνου και αποτελεί πηγή ανησυχίας για τους ηλικιωμένους. Ενώ οι περισσότερες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία

στις παραμέτρους ύπνου συμβαίνουν μέχρι την ηλικία των 60 ετών, η επάρκεια ύπνου συνεχίζει να μειώνεται πέρα από την ηλικία των 90 ετών. Ο χρόνος ύπνου μειώνεται στους ηλικιωμένους, με τους άνδρες να παρουσιάζουν πιο έντονη μείωση από τις γυναίκες. Αυξάνεται επίσης ο χρόνος αφύπνισης μετά την έναρξη του ύπνου, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν δυσκολία να επιστρέψουν στον ύπνο μετά το ξύπνημα. Υπάρχει μια αύξηση στον λανθάνοντα χρόνο έναρξης του ύπνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών και οι σύντομοι μεσημεριανοί ύπνοι είναι πιο συνηθισμένοι στους ηλικιωμένους. Ο αντίκτυπος αυτών των μεσημεριανών ύπνων είναι ανάμεικτος, με ορισμένες μελέτες να υποδεικνύουν ευεργετικά αποτελέσματα, ενώ άλλες να υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συνολικά, φαίνεται ότι ο μεσημεριανός ύπνος μπορεί να έχει προστατευτικό ρόλο σε άτομα με μικρή διάρκεια νυχτερινού ύπνου, αλλά μπορεί να είναι επιβλαβής για εκείνους με περισσότερες από εννέα ώρες νυχτερινού ύπνου (Gulia, 2018, Yaremchuk, 2018, Miner, 2017).

Μεγαλώνοντας, οι κιρκάδιοι ρυθμοί αλλάζουν, γεγονός που επηρεάζει τον ύπνο και άλλες σωματικές λειτουργίες. Αυτό οφείλεται στη μείωση της ορμόνης μελατονίνης, η οποία είναι πιο έντονη σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παρά σε νεότερους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση υπνηλίας νωρίτερα το βράδυ και να οδηγήσει στο νωρίτερο πρωινό ξύπνημα. Η θεραπεία με έντονο φως συνιστάται για όσους βιώνουν αυτές τις αλλαγές. Οι κύκλοι ύπνου-αφύπνισης ρυθμίζονται από δύο συστήματα: την ομοιοστατική διαδικασία και το κιρκάδιο ρολόι. Σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, το κιρκάδιο ρολόι γίνεται λιγότερο αποτελεσματικό, οδηγώντας σε διαταραχή του ύπνου και περισσότερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό μπορεί επίσης να επηρεάσει την ικανότητά μας να παραμένουμε σε εγρήγορση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το πλάτος των κιρκάδιων ρυθμών μας μειώνεται επίσης με την ηλικία, προκαλώντας μείωση του γενικού συγχρονισμού μας και επηρεάζοντας διάφορους φυσιολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να συμβάλουν σε μεταβολικές και νευροεκφυλιστικές διαταραχές, καθώς και σε διαταραχές ύπνου (Gulia, 2018).

3.4.2 Διαταραχές Ύπνου

Οι διαταραχές του ύπνου οφείλονται σε ποικίλα προβλήματα που αναφέρονται τόσο στην ποιότητα όσο και στον χρόνο που διαρκεί ο ύπνος.. Γίνεται εύκολα κατανοητό πως οι επιδράσεις του προβληματικού ύπνου έχουν επιπτώσεις τόσο στην ψυχική υγεία των ατόμων όσο και στην επιβάρυνση των προ υπάρχοντων νόσων. Ο ανεπαρκής ύπνος είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει αισθητά στην χειροτέρευση της λειτουργικότητας των ατόμων. Η σωστότερη μελέτη του διαταραγμένου ύπνου έχει σκοπό την διερεύνηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων και την κατηγοριοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν.

3.4.3 Αϋπνία

Η αϋπνία είναι μια κοινή διαταραχή ύπνου που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα οι γυναίκες. Τα άτομα όπως γερνούν, οι διαταραχές ύπνου γίνονται πιο διαδεδομένες, ακόμη και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η διάγνωση της αϋπνίας καθορίζεται με βάση συγκεκριμένα κλινικά κριτήρια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αϋπνία θεωρείται συννοσηρή κατάσταση, που σημαίνει ότι συνυπάρχει με άλλα ιατρικά ή ψυχιατρικά ζητήματα και μπορεί να μην είναι δυνατό να προσδιοριστεί εάν η αϋπνία είναι αιτία ή αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων. Οι ηλικιωμένοι συχνά επηρεάζονται από παράγοντες όπως η πολυφαρμακία και η πολυνοσηρότητα, που μπορεί να περιπλέξουν τη διάγνωση της αϋπνίας. Διάφορες μελέτες έχουν διερευνήσει την επιδημιολογία της αϋπνίας στους ηλικιωμένους, τα αποτελέσματα διαφέρουν λόγω των διαφορετικών ορισμών που χρησιμοποιούνται. Ωστόσο, είναι γενικά αποδεκτό ότι τα συμπτώματα της αϋπνίας αυξάνονται με την ηλικία, με την αϋπνία να επηρεάζει έως και το 50% των ατόμων άνω των 65 ετών. Είναι ενδιαφέρον ότι ορισμένα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να μην αναφέρουν δυσαρέσκεια ή δυσφορία με την ποιότητα του ύπνου, οδηγώντας τους σε μια παράδοξη αίσθηση ευεξίας, επειδή αισθάνονται ότι η υγεία τους υπερβαίνει τα αναμενόμενα επίπεδα (Maglione, 2014).

3.4.4 Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ)

Καθώς τα άτομα μεγαλώνουν, ο επιπολασμός της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου (OSA) αυξάνεται και οι εκτιμήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται. Για όσους ορίζονται ότι έχουν άπνοιες ή/και υπόπνοιες ≥ 10 ανά ώρα ύπνου, ο επιπολασμός της

OSA στους ηλικιωμένους μπορεί να φτάσει έως και 70% στους άνδρες και 56% στις γυναίκες. Συγκριτικά, ο γενικά εκτιμώμενος επιπολασμός στο γενικό ενήλικο πληθυσμό είναι 15% στους άνδρες και 5% στις γυναίκες. Παρά την κοινότητά του, το OSA συχνά υποδιαγιγνώσκεται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας λόγω των μοναδικών χαρακτηριστικών της διαταραχής σε αυτόν τον πληθυσμό. Μετά την ηλικία των 60 ετών, ο επιπολασμός του OSA είναι παρόμοιος μεταξύ των φύλων και η παχυσαρκία δεν αποτελεί πλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να αναφέρουν παράπονα που σχετίζονται με τον ύπνο, όπως υπνηλία και νυκτουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ οι αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΑΑ. Οι αρνητικές συνέπειες του OSA στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τη μειωμένη ποιότητα ζωής, τις νευρογνωστικές διαταραχές, τη νυκτουρία και την επιδείνωση καρδιαγγειακών παθήσεων όπως η υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια και το εγκεφαλικό. Επιπλέον, ο διαβήτης και η κατάθλιψη είναι κοινά σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με OSA. Παρόλο που το ποσοστό θνησιμότητας του OSA που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία στους ηλικιωμένους είναι ασαφές, δεν υπάρχει λόγος να μην αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες (Miner, 2017).

3.4.5 Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ)

Με την ηλικία, το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS) και η διαταραχή της περιοδικής κίνησης των άκρων στον ύπνο γίνονται πιο διαδεδομένα και σοβαρά, οδηγώντας σε διαταραχές ύπνου. Μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων, εκτιμάται ότι το 9-20% πάσχει από SAD, ενώ το 4-11% εμφανίζει περιοδική διαταραχή της κίνησης των άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου, με περίπου 80% των ασθενών με ΣΝ να επηρεάζονται επίσης. Οι παράγοντες κινδύνου για ΣΝ στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις συννοσηρότητες, τη νόσο του Πάρκινσον, τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου και την έλλειψη σιδήρου. Η κύρια φαρμακολογική προσέγγιση για τη θεραπεία της SAD είναι οι αγωνιστές ντοπαμίνης, ενώ τα αντισπασμωδικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή και οι ντοπαμινεργικοί παράγοντες μπορούν να χρησιμοποιηθούν δευτερευόντως, με προσοχή λόγω πιθανών παρενεργειών. Επιπλέον, η άσκηση, ο περιορισμός της καφεΐνης και οι κάλτσες συμπίεσης είναι εναλλακτικές παρεμβάσεις που μπορεί να ανακουφίσουν τα συμπτώματα (Miner, 2017).

3.4.6 Παράμετροι επιρροής του ύπνου

Ο ύπνος επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι ανάλογα με την αιτία που προκλήθηκαν κατανέμονται αντίστοιχα. Τα αίτια που προκαλούν διαταραχές στον ύπνο αποτελούν δημόσιο πρόβλημα για την υγεία και επηρεάζουν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.

3.4.7 Άγχος και κατάθλιψη

Η σημασία της απόκτησης καλής ποιότητας ύπνου δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί όταν πρόκειται για τη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας. Οι ηλικιωμένοι συχνά πλήττονται από κατάθλιψη και άγχος, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα όπως γνωστική έκπτωση, αναπηρία, ανικανότητα και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Με την ηλικία έρχονται αλλαγές στα πρότυπα ύπνου που έχουν συνδεθεί με καταθλιπτικές τάσεις μεταξύ αυτών των δημογραφικών στοιχείων. Τόσο η ανεπαρκής όσο και η υπερβολική διάρκεια ύπνου έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα κατάθλιψης στους ενήλικες. Οι διαταραχές του ύπνου πιστεύεται ότι είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη (Zdanys2015).

3.4.8 Χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα διαδεδομένο και χωρίς λύση πρόβλημα, κυρίως για τους ηλικιωμένους. Με βάση μία εκτεταμένη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ των δικαιούχων του Medicare, συμπεραίνεται ότι ένας σημαντικό ποσοστό ενηλίκων ταλαιπωρούνταν από πόνους, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό βιώνει τον πόνο παράλληλα με κάποια σοβαρή ασθένεια. Η συναισθηματική δυσφορία, η κακή ποιότητα ύπνου και η αυξημένη κόπωση συμβάλλουν αρνητικά στην υπάρχουσα κατάσταση. Επιπλέον, ο μέτριος πόνος φαίνεται να προκαλεί πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, κόπωσης και αϋπνίας από τον χαμηλό πόνο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό πόνου εν συγκρίσει με τους άντρες (Zdanys, 2015).

3.4.9 Άνοια

Στη σφαίρα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, η άνοια αναδεικνύεται ως μια ιδιαίτερα πιεστική ανησυχία. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση κατέδειξε τη πιθανή σχέση μεταξύ των διαταραχών ύπνου και του κινδύνου εμφάνισης άνοιας, τονίζοντας τη διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο ως πιθανό παράγοντα κινδύνου για τη νόσο του Αλτσχάιμερ και την αγγειακή άνοια. Η αϋπνία, από την άλλη πλευρά, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο της νόσου του Αλτσχάιμερ συγκεκριμένα, αντί της άνοιας ή της αγγειακής άνοιας. Μάλιστα, σημαντική μερίδα ατόμων με Αλτσχάιμερ υποφέρει επίσης από διαταραχές ύπνου, οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άνοιας και να θέσουν σε κίνδυνο περαιτέρω τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Zdanys, 2015).

3.4.10 Νόσος του Πάρκινσον

Οι πάσχοντες από την νόσο του Πάρκινσον, οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα διαδεδομένο ζήτημα, που δυνητικά συμβαίνουν πριν από την έναρξη των κινητικών συμπτωμάτων επηρεάζοντας έως και το 90% των ασθενών. Οι πιο συχνές διαταραχές ύπνου περιλαμβάνουν αϋπνία, υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και διαταραχή συμπεριφοράς ύπνου REM. Η χορήγηση ντοπαμίνης εμπλέκεται στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών, αν και άλλοι παράγοντες όπως η βλάβη στην αρχιτεκτονική του ύπνου, το σύστημα αφύπνισης και ο κύκλος ύπνου-αφύπνισης, καθώς και διάφορα συμπτώματα και παρενέργειες φαρμάκων, μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο. Ο ανεπαρκής ύπνος μεταξύ των ατόμων με Πάρκινσον συνδέεται με την κούραση κατά τη διάρκεια της ημέρας, τη μειωμένη ποιότητα ζωής, την αυξημένη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την κατώτερη κοινωνική και ψυχολογική συμπεριφορά (Zdanys, 2015).

4 Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων

Πολλές ήταν οι ερμηνείες που με την πάροδο του χρόνου έχουν αποδοθεί στον όρο «ποιότητα ζωής». Ο όρος αυτός άρχισε να χρησιμοποιείται εκτενέστερα από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα έως και τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Η απόδοση μιας ερμηνείας που θα περιέχει όλες τις πτυχές του όρου έχει απασχολήσει ερευνητές από όλους τους επιστημονικούς κλάδους, όπως είναι της φιλοσοφίας, της θεολογίας και της ψυχολογίας. Το αίσθημα της μοναξιάς κυριαρχεί στην ψυχολογία των ηλικιωμένων και ανάλογα με το κοινωνικό επίπεδο και την προσωπικότητά τους, οι τρόποι αντιμετώπισής του διαφέρουν.

4.1 Ορισμός Ποιότητας ζωής

Ο ορισμός για την ποιότητα ζωής ενώ εμφανίζει αντικρουόμενες ερμηνείες, οι επιστήμονες βρίσκουν ένα κοινό σημείο ορίζοντας την ποιότητα ζωής ως ένα πολυσχιδή όρο, ο οποίος περιλαμβάνει ποικιλόμορφο και πολυδιάστατο περιεχόμενο και επιδρούν σε αυτόν πολλοί παράγοντες. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής είναι η ευχαρίστηση και το εξατομικευμένο αίσθημα ευφορίας, καθώς και ικανοποίησης (ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής), την οποία μπορεί να αποκτή και να αισθάνεται ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ένα σημαντικό μέσο επιρροής του ανθρώπου είναι η αίσθηση που έχει ο ίδιος ο άνθρωπος ως προς την ένταση της λειτουργικότητάς του σε αρκετές πτυχές της ζωής του όπως και στις δραστηριότητες της προτίμησής του που κάνει στον ελεύθερο χρόνο του (Sivertsen et al., 2015). Σύμφωνα με την μελέτη του Sivertsen (2015), η απόλαυση τοποθετείται σε τρεις πτυχές της ζωής:

1. Το είναι (ψυχικό, βιολογικό και πνευματικό),
2. Από που προέρχεται ο καθένας (κοινωνιολογικές και ατομικές διασυνδέσεις με το περιβάλλον),
3. Τον προορισμό του ανθρώπου (να φέρνει εις πέρας τους προσωπικούς στόχους).

Ως προς την αντικειμενικότητα των παραγόντων της ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται η διάσταση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου λειτουργικού συστήματος και η δυνατότητά του για εργασία, αφού μέσω αυτών εντοπίζεται η σωματική επίδοση του ανθρώπου. Από την άλλη, στους εξατομικευμένους δείκτες εντοπίζονται η ψυχολογική και συναισθηματική θέση του ατόμου, η ευχαρίστηση από τη ζωή, η ψυχική διάθεση και η ολική

επιρροή. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), «η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες» (Sivertsen et al., 2015).

4.2 Ποιότητα ζωής Ηλικιωμένων

Η ανάδειξη της ψυχολογικής υγείας στα γηρατειά εμπλέκεται με την ανάπτυξη ατομικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών προϋποθέσεων που έχουν ως σκοπό την ενδυνάμωση και την βελτίωση της υγείας αλλά και της ανάπτυξης. Η παροχή καλής ψυχολογικής υγείας στους ηλικιωμένους επιτυγχάνει την βελτίωση της ζωής τους ως προς την ποιότητά της. Με την πάροδο των χρόνων το ενδεχόμενο παρουσίασης ασθενειών μεγαλώνει και κατά συνέπεια οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με πολλές ασθένειες. Το κατά πόσο ποιοτική είναι η ζωή των ηλικιωμένων σχετίζεται με τον συνδυασμό κοινωνικών, δημογραφικών και ψυχολογικών προϋποθέσεων. Όπως φαίνεται σε μια μελέτη, οι συντελεστές που επιδρούν στη ζωή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία είναι το περιβάλλον της κοινωνίας, η κατάθλιψη και η νοημοσύνη. Ως προς την αίσθηση μοναξιάς, μία ομάδα ηλικιωμένων που ανήκουν στις ηλικίες 85 – 103 διαχωρίζεται σε δύο κατηγορίες, στην πρώτη η νοσταλγία αποθανόντων κοντινών ανθρώπων και η παραμέληση δημιουργούν ένα έντονο αίσθημα μοναξιάς, ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι ηλικιωμένοι νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όταν μένουν μόνοι τους. Κατά συνέπεια, η αίσθηση μοναξιάς σε αυτές τις ηλικίες ενδέχεται να είναι ισοπεδωτικό ή παραγωγικό και προκύπτει αναλόγως από την πορεία της ζωής των ηλικιωμένων, καθώς και από την αντίληψή τους σχετικά με τη ζωή ή το θάνατο. Ποσοστιαία η μοναξιά επιδρά στο 10% των ανθρώπων μεγάλης ηλικίας. Σε μια μελέτη παρατηρήθηκε πως σε ένα δείγμα 1725 ανθρώπων ηλικίας 75 χρόνων και άνω το 35% ένιωθε μοναξιά και μάλιστα οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν τη μοναξιά εντονότερα. Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται κάθε άνθρωπος τα γηρατειά αποτελούν σημαντικό μέρος της ύπαρξης της ψυχολογικής υγείας των ηλικιωμένων, αφού υπάρχει η περίπτωση να επηρεάζεται αρνητικά η γενική στάση της κοινωνίας διογκώνοντας το αίσθημα των ηλικιωμένων πως δεν είναι χρήσιμοι και πως επιβαρύνουν με την παρουσία τους τις οικογένειές τους και εμφανίζουν σημαντικές ψυχικές ανωμαλίες. Ακόμη, το άγχος μπορεί να συντελέσει στην σωματική δυσλειτουργία, την χαμηλού επιπέδου ποιότητα ζωής, και κυρίως την ενισχυμένη χρήση ως προς τις υπηρεσίες

της υγείας. Επιπρόσθετα, οι τομείς που δημιουργούν άγχος σχετικά με το θέμα της υγείας προκαλούν στον ηλικιωμένο την αίσθηση πως δεν είναι ικανός να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των προαναφερθέντων παραγόντων μπορεί να επιτευχθεί με το να ενστερνιστούν οι ηλικιωμένοι τη θρησκεία, αφού αυτή περιλαμβάνει ένα μεγάλο ποσοστό ποιοτικότερης ζωής. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες το να ασχολείται κάποιος ηλικιωμένος με τη θρησκεία καταστέλλει την κατάθλιψη που μπορεί να τον διακατέχει, ενώ άλλες δραστηριότητες δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής και την υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Με τις θρησκευτικές εκδηλώσεις οι ηλικιωμένοι κοινωνικοποιούνται και δημιουργείται ένα αίσθημα ασφάλειας, αφού καταλύονται οποιεσδήποτε ψυχολογικές διαταραχές και μέσω των φιλιών που προκύπτουν αυξάνεται η ευφορία των ηλικιωμένων. Επίσης ο τόπος που διαμένει ένας ηλικιωμένος μπορεί να επιδράσει θετικά ή αρνητικά στην ποιότητα της ζωής του, όπως και τα στοιχεία του χαρακτήρα του, καθώς οι πιο εσωστρεφής ηλικιωμένοι εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς σε σχέση με τα εξωστρεφή. Ακόμα, το στίγμα που ακολουθεί τους ανθρώπους που καταβάλλονται από την ψυχική αυτή νόσο, τους τοποθετεί στο περιθώριο. Επίσης, η αισιοδοξία ή η απαισιοδοξία που μπορεί να διακατέχει έναν άνθρωπο, μπορεί να συμβάλλει θετικά ή αρνητικά αντίστοιχα στο κατά πόσο ο άνθρωπος αυτός θα αναζητήσει βοήθεια και τρόπους θεραπείας για να απαλλαγεί από τη μοναξιά. Τέλος, έχει παρατηρηθεί από διάφορες μελέτες πως η χαμηλή εισφορά, οι ελλείψεις στις εφαρμογές της υγείας, το ανεπαρκές επίπεδο της παιδείας και οι λανθασμένες πεποιθήσεις ως προς τον τομέα της υγείας οδηγούν στην εμφάνιση προβλημάτων στην υγεία των ηλικιωμένων (Wijesiri et al., 2023, van Marwijk et al., 2015, Pary et al., 2019, Campbell et al., 2010).

4.3 Κοινωνική μοναξιά ηλικιωμένων

Εγγενής στην ανθρώπινη φύση είναι η ανάγκη για κοινωνική αλληλεπίδραση και συντροφικότητα. Οι Baumeister και Leary (1995) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική μοναξιά επηρεάζει σημαντικά τις συναισθηματικές και κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων. Η μελέτη των Depp και Jeste (2006) συμπεραίνει ότι οι κοινωνικές συνδέσεις και η σωματική ευεξία των ηλικιωμένων είναι υψίστης σημασίας για τον καθορισμό της επιτυχίας στη διαδικασία της γήρανσης. Έχει αποδειχθεί ότι οι απομονωμένοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, τονίζοντας τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για τη συνολική υγεία. Η θετική κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει τις σχέσεις των ηλικιωμένων,

αποτρέποντας θέματα υγείας, όπως η κατάθλιψη και οι σωματικές επιπλοκές που προέρχονται από την κακή ψυχική υγεία. Η μοναξιά αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία, καθώς η σημασία των κοινωνικών σχέσεων ποικίλλει για κάθε άτομο, επηρεάζεται από την προσωπική του ανάγκη για κοινωνική αλληλεπίδραση όπως επίσης και από τον χαρακτήρα του. (Nunes, 2021).

Το ζήτημα της κοινωνικής μοναξιάς πέραν των αρνητικών επιπτώσεων στα άτομα, δεν λαμβάνει την προσοχή που της αναλογεί από τους ερευνητές. Αυτό το είδος μοναξιάς έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, σοβαρή κατάθλιψη, ακόμη και αυτοκτονία. Η βιβλιογραφία από όλο τον κόσμο υποδηλώνει ότι η κοινωνική μοναξιά οδηγεί συχνά σε κοινωνική απομόνωση και απελπισία, λόγω των αυξημένων επιπέδων κατάθλιψης που προκαλεί στα άτομα (Ong, 2016).

Το είδος, η ποιότητα και η ποσότητα των κοινωνικών συνδέσεων, καθώς και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση, έχουν σημαντικό αντίκτυπο. Πιστεύεται ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός κοινωνικών συνδέσεων μπορεί να βελτιώσει την ποιότητά τους. Η αξιολόγηση της ποιότητας των κοινωνικών συνδέσεων είναι υποκειμενική και διαφέρει ανάλογα με τις ατομικές προτιμήσεις του καθενός (Hajek et al., 2023).

Η συναισθηματική μοναξιά προκύπτει από την απουσία ενός έμπιστου οικείου προσώπου και ενός ανεπαρκούς κοινωνικού κύκλου. Όσο τα άτομα ωριμάζουν, η μοναξιά τους μπορεί να κατηγοριοποιηθεί είτε ως κοινωνική είτε ως συναισθηματική, καθένα με ξεχωριστές αιτίες και στρατηγικές αντιμετώπισης. Συνολικά, η μοναξιά είναι ένα αρνητικό συναίσθημα που σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων. Αν και ορισμένοι ερευνητές συνδέουν την κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά, οι έννοιες αυτές δεν είναι ταυτόσημες (Hu & Wang, 2023).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Weiss, ακόμη και άτομα με ισχυρή προσωπικότητα μπορεί να βιώσουν την μοναξιά σε ορισμένες καταστάσεις, ωστόσο αυτό το συναίσθημα μπορεί να μειωθεί μέσω της διατήρησης κοινωνικών δεσμών. Η μοναξιά ορίζεται συγκρίνοντας τις πραγματικές σχέσεις ενός ατόμου με τις επιθυμητές του. Αν τα δύο δεν ταιριάζουν, η μοναξιά γίνεται αισθητή. Είναι σημαντικό για όλους να διατηρήσουν βασικές κοινωνικές σχέσεις για να αποτρέψουν τα έντονα συναισθήματα μοναξιάς (Hu & Wang, 2023).

5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για Ηλικιωμένους

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα βρίσκεται στο επίκεντρο του συστήματος υγείας, ωστόσο ο θεσμικός στόχος των ΠΦΥ παραμένει ασαφής. Η φροντίδα, η περίθαλψη και η σωστή ενημέρωση των πολιτών για πρόληψη αποτελούν βασικό άξονα της δημιουργίας της. Η ΠΦΥ διαδραματίζει σημαντικό ρυθμιστικό ρόλο για τον υγειονομικό τομέα στο σύνολό του, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την επίτευξη των κοινωνικών στόχων.

5.1 Φροντίδα των ηλικιωμένων

Η έννοια της περίθαλψης ήρθε στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1950 και έκτοτε έχει συνδεθεί με την προαγωγή της ευημερίας, ιδιαίτερα σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια. Όπως αποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, η φροντίδα είναι μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πνευματικής, θρησκευτικής και υπαρξιακής. Μέσω του θεραπευτικού δεσμού, η πνευματική φροντίδα δίνει στα άτομα την ευκαιρία για θεραπεία, παρέχοντάς τους διαπροσωπική επικοινωνία και άνεση. Ενθαρρύνοντας τη συμπόνια και την αισιοδοξία, η πνευματική φροντίδα μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του φόβου και του πόνου και να εμπνεύσει ελπίδα, η οποία είναι αναπόσπαστο στοιχείο για την αντιμετώπιση της απόγνωσης και την εύρεση νέων πηγών νοήματος στη ζωή. Η στάση ενός ατόμου απέναντι στη φροντίδα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του θρησκευτικού, κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο μεγάλωσε. Ενώ η φροντίδα είναι μια παγκοσμίως αναγνωρισμένη και αποδεκτή έννοια, η έκφρασή της διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές και κοινωνικές δομές εντός των οποίων λειτουργεί. Η φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας παρέχεται συνήθως από άτυπους φροντιστές εντός της οικογενειακής μονάδας (Κοτρώτσιου, 2008).

Η γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί πρόκληση για τις κοινωνικές πολιτικές, ιδίως όσον αφορά την παροχή βοήθειας στους ηλικιωμένους. Η προσέγγιση της Αυστρίας στη φροντίδα των ηλικιωμένων αντανακλά το σύστημα κοινωνικής πρόνοιάς της και εκτιμά τη σημασία της οικογένειας. Η φροντίδα παρέχεται τόσο μέσω επίσημων όσο και άτυπων δικτύων, συμπεριλαμβανομένων του δημόσιου τομέα, των μη κερδοσκοπικών και κερδοσκοπικών οργανισμών καθώς και των οικογενειακών φροντιστών. Οι μελετητές Strell και Duncan σημειώνουν την επιρροή της οικογενειακής πολιτικής της Αυστρίας, η οποία

προωθεί ως ιδανικό ένα παραδοσιακό οικογενειακό μοντέλο με προσανατολισμό τους άνδρες (Blass, 2012).

Μέσα στο πεδίο της μακροχρόνιας περίθαλψης, η Αυστρία μπορεί να υπερηφανεύεται για ένα εντυπωσιακό στατιστικό στοιχείο, με το 80% των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια να φροντίζονται στην άνεση του σπιτιού τους από τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Μόλις το 4-5% των ατόμων άνω των 65 ετών βρίσκονται σε κλινικό περιβάλλον. Αυτή η επιτυχία μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στην απασχόληση περίπου 40.000 μεταναστών φροντιστών που όχι μόνο εργάζονταν αλλά και διέμεναν στο ίδιο νοικοκυριό με το άτομο στο οποίο συνήθιζαν. Επικρατεί η έννοια της οικογενειακής ευθύνης, με συγκεκριμένες πολιτικές και κανονισμούς που θεσπίζονται για να διασφαλιστεί ότι οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται και αξίζουν. Αυτά τα άτομα θεωρούνται ότι απαιτούν εξειδικευμένη προσοχή και ως εκ τούτου, οι ανάγκες τους ικανοποιούνται με τη μέγιστη προσοχή (Weicht, 2011).

Η πράξη της φροντίδας μπορεί να είναι συναισθηματικά και σωματικά επιβαρυντική, απαιτώντας επένδυση πόρων για παρατεταμένες περιόδους. Οι ηλικιωμένοι είναι συχνά αυτοί που χρειάζονται τη μεγαλύτερη φροντίδα, γεγονός που παρουσιάζει προκλήσεις τόσο για τις οικογένειές τους όσο και για την κοινωνία γενικότερα. Η έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και η προώθηση της υγιούς γήρανσης μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση αυτού του προβλήματος (Weicht, 2011).

5.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα και ηλικιωμένοι

Σε συνέδριο που διεξήχθη στην Alma – Ata το 1978 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως «το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης... ». Στην Ελλάδα ο νόμος 1397/1983 όρισε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο αφορά την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας και οικονομικής κατάστασης, καθώς επίσης και την πρόληψη ασθενειών σε προσβάσιμες

υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία, τα πολυιατρεία και τα νοσοκομεία (Rasanathan & Evans, 2020).

Στην Ελλάδα επί πολλών ετών το Εθνικό Σύστημα Υγείας εξαιτίας του τεράστιου όγκου των ασθενών σε συνδυασμό με την απουσία σύγχρονων μέσων νοσηλείας, αδυνατεί να λειτουργήσει ως μέσω πρόληψης και αντιθέτως λειτουργεί ως σύστημα ασθενειών, με αποτέλεσμα πλέον να χαρακτηρίζεται ως νοσοκομειοκεντρικό. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια οι πολίτες δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον στην πρόληψη αυξάνοντας σημαντικά την αναγκαιότητα της ΠΦΥ και ορίζοντάς την ως το επίκεντρο του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Η στροφή αυτή στην προληπτική ιατρική συμβάλλει σημαντικά στην μείωση των δαπανών των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, καθώς μειώνεται η ζήτηση των πιο εξειδικευμένων και συνεπώς ακριβών υπηρεσιών και περιορίζεται ο όγκος των ασθενών στα νοσοκομεία (Rasanathan & Evans, 2020).

Οι δομές της ΠΦΥ είναι απαραίτητο να μεριμνούν για όλους τους πολίτες της χώρας ανεξαρτήτως χαρακτηριστικών. Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν εξαίρεση. Η ΠΦΥ για την συνεισφορά στην όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπισή τους έχει δημιουργήσει κοινοτικές δομές όπως είναι τα γηροκομεία, οι σύλλογοι συνταξιούχων, τα κέντρα αποκατάστασης και ψυχικής υγείας, τα Κ.ΑΠ.Η, Κ.Η.Φ.Η (Rasanathan & Evans, 2020).

6 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Έναυσμα για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας στάθηκε η ελλιπής βιβλιογραφία στον Ελλαδικό χώρο, αναφορικά με την επίδραση του ψυχολογικού προφίλ στον ύπνο των ηλικιωμένων στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Γενικός σκοπός της μελέτης είναι η διασύνδεση του ύπνου με την ποιότητα ζωής καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν στην αύξηση των συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη της πολυπλοκότητας των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και συνεπώς τον ύπνο, προκειμένου τα αποτελέσματα να επιβεβαιωθούν.

6.1 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα διπλωματική υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023. Το δείγμα αποτελείται από 204 ηλικιωμένα άτομα

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη θα ενημερωθούν δεόντως για τους στόχους της μελέτης και θα λάβουν επαρκείς διαβεβαιώσεις για την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία των διαδικασιών. Για να διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες στη μελέτη θα πρέπει να δημιουργήσουν έναν μοναδικό και εξατομικευμένο κωδικό, ο οποίος θα χρησιμοποιηθεί αντί της προσωπικής τους ταυτότητας. Επιπλέον, το σύνολο της διαδικασίας θα εκτελούνταν από το ίδιο προσωπικό, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα αποκάλυψης πληροφοριών και εξασφαλίζοντας μια ατμόσφαιρα αυξημένης αξιοπιστίας μεταξύ των επιστημόνων και των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η μελέτη χρησιμοποίησε ποσοτική μεθοδολογία για τη διεξαγωγή της έρευνας. Στην ποσοτική έρευνα, ο ερευνητής καθορίζει την εστίαση της έρευνας θέτοντας στενά καθορισμένα ερωτήματα και συλλέγοντας αριθμητικά δεδομένα από τον πληθυσμό ενδιαφέροντος. Στη συνέχεια, τα δεδομένα υποβάλλονται σε στατιστική ανάλυση με αμερόληπτο και αντικειμενικό τρόπο (Creswell, 2011). Η ποσοτική έρευνα προσπαθεί να διευκρινίσει και να προβλέψει μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών που εξετάζονται. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές αναφέρονται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή γνωρίσματα ενός επιλεγμένου δείγματος που έχουν

αντίκτυπο στις εξαρτημένες μεταβλητές και, κατά συνέπεια, διαμορφώνουν τα ευρήματα της έρευνας. Οι εξαρτημένες μεταβλητές αναφέρονται σε ιδιότητες ή χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (Robson 2010).

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον ολοκληρωμένο χαρακτηρισμό των εξαρτημένων μεταβλητών και στη διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ επιλεγμένων ανεξάρτητων μεταβλητών που αντιπροσωπεύονται από τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και των προαναφερόμενων εξαρτημένων μεταβλητών, όπως εξηγείται από τα ερευνητικά ερωτήματα που περιγράφονται στην προηγούμενη ενότητα. Σύμφωνα με τον Keeves (1988), στην ποσοτική έρευνα, υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων: η περιγραφική στατιστική και η επαγωγική στατιστική.

Ο πρωταρχικός στόχος της διενέργειας περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων είναι η παροχή μιας ολοκληρωμένης περίληψης των γενικών προτύπων και τάσεων που παρατηρούνται σε μια έρευνα. Επιπλέον, η ανάλυση αυτή αποσκοπεί στην εξέταση του επιπέδου μεταβλητότητας που μπορεί να υπάρχει στις τιμές που λαμβάνονται και στη διευκόλυνση της σύγκρισης μιας εξαρτημένης ή ανεξάρτητης τιμής με άλλες τιμές εντός του συνόλου δεδομένων (Creswell, 2011). Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, ενσωματώνοντας μέτρα σχετικής θέσης που έχουν υποστεί μετασχηματισμό σε κλίμακα εκατοστημορίων. Συγκεκριμένα, αυτή η κλιμακωτή προσέγγιση υποδεικνύει το ποσοστό των συμμετεχόντων που κατέχουν μια καθορισμένη τιμή.

Η μέθοδος της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης εφαρμόζεται για τη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ πολλαπλών μεταβλητών, με στόχο να διαπιστωθεί ο βαθμός επιρροής που ασκεί κάθε μεταβλητή στις άλλες (Cohen & Manion, 1994). Η παρούσα έρευνα αναφέρεται συνήθως ως επεξηγηματική ανάλυση, καθώς διευκρινίζει τη συσχέτιση μεταξύ διαφόρων μεταβλητών (Fraenkel & Wallen, 2000). Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε την προσέγγιση του μεγέθους επίδρασης για τη διεξαγωγή περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, η οποία είναι μια μέθοδος εξαγωγής συμπερασμάτων για τη συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών. Η παρούσα έρευνα εντόπισε με επιτυχία στατιστικά σημαντικά δεδομένα για το δείγμα σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

Αυτή η έρευνα χρησιμοποίησε ένα μείγμα περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης για την εξαγωγή των ευρημάτων. Αναμφίβολα, η επιλογή του κατάλληλου δείγματος αποτελεί

κομβική πτυχή της επιτυχημένης ποσοτικής έρευνας. Πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία επιλογής του ερευνητικού δείγματος θα βρείτε στην επόμενη ενότητα.

6.2 Δείγμα

Το ερευνητικό δείγμα που μελετήθηκε αποτελείται από συνολικά 204 ηλικιωμένους εκ των οποίων οι 80 ήταν άνδρες (39,2%) και οι 124 γυναίκες (60,8%).

6.3 Διαδικασία

Για την συλλογή των δεδομένων και την στατιστική τους επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα του SPSS και του Excel.

6.3.1 Ερευνητικό εργαλείο

Τα άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που απαρτιζόταν από κοινωνικοδημογραφικά, ψυχοπαθολογικά στοιχεία και ερωτήσεις αναφορικά με την υγεία. Οι απαντήσεις όλων των ερωτηθέντων ήταν ανώνυμες.

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή και μπορεί να χωριστεί στην βοήθεια δύο κατηγοριών ερωτηματολογίου και στην χρήση της κλίμακας SCL-90. Πιο συγκεκριμένα:

- Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων, αναφέρεται στα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, δηλαδή το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, την διαμονή, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, καθώς επίσης και τις ερωτήσεις που αναφέρονται στις συνήθειες του ύπνου τους.
- Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF-36, σχετίζεται με την μέτρηση οκτώ διαστάσεων που αφορούν την ποιότητα ζωής και την υγεία. Οι διαστάσεις χωρίζονται ως εξής: σωματικός πόνος (BP), φυσική λειτουργικότητα (PF), σωματικός ρόλος (RP), κοινωνική λειτουργικότητα (SF), γενική υγεία (GH), συναισθηματικός ρόλος (RE), ζωτικότητα (VT), πνευματική και ψυχική υγεία (MH). Απόρροια της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων και της επεξεργασίας, συλλογής 149 πηγών ήταν η δημιουργία 36 ερωτήσεων. Η παραπάνω πηγή βελτιώθηκε ύστερα

από την αξιολόγησή της από διάφορους τρόπους μέτρησης και τα τελευταία 20 χρόνια χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

- Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), αναπτύχθηκε το 1977 από τον Derogatis και αναφέρεται στην καταγραφή της ήδη υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Τα ερωτήματα που την αποτελούν είναι 90 και σχετίζονται με τις συμπεριφορικές, σωματικές και ψυχολογικές αιτίες στην βάση 9 υποκλιμάκων. Η σωματοποίηση, η διαπροσωπική ευαισθησία, ο ιδεοψυχαναγκασμός, η κατάθλιψη, το φοβικό άγχος, η επιθετικότητα, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός και άλλες διάφορες αιτιάσεις, όπως οι διαταραχές του ύπνου, οι διατροφικές συνήθειες συμπεριλαμβάνονται στις συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Για την αξιολόγηση χρησιμοποιείται η κλίμακα τύπου Likert σύμφωνα με την οποία οι ερωτηθέντες απαντούν την κάθε ερώτηση σε μία πεντάβαθμη κλίμακα (0-1-2-3-4-5).

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε μια στρατηγική στατιστικής ανάλυσης για να περιγράψει τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις στάσεις, τις γνώσεις και τις συμπεριφορές τους. Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές κατανομές (όπως ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση) για τη σύνοψη των απαντήσεων σε κάθε στοιχείο.

Επιπλέον, έγινε σύγκριση μεταξύ των μέσων τιμών των απαντήσεων που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια των δύο ετών της μελέτης. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το t-test για τη σύγκριση των δύο κατανομών. Η απόφαση αυτή ενημερώθηκε από τα αποτελέσματα των δοκιμών Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, καθώς και από οπτικά βοηθήματα όπως τα διαγράμματα διασποράς, τα φυλλογράμματα, το κανονικό διάγραμμα Q-Q-Q και το detended normal Q-Q plot. Συνολικά, αυτές οι προκαταρκτικές αξιολογήσεις έδειξαν ότι οι υποθέσεις κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ικανοποιητικές, όπως σημείωσε προηγουμένως ο Gardellis (2006). Σε περιπτώσεις που απαιτούνταν η σύγκριση κατηγορικών δεδομένων, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα στοιχεία (Δαφέρμος, 2005):

- Η δοκιμασία χ^2 του Pearson μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πίνακες ενδεχομένων 3x2, υπό την προϋπόθεση ότι λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι κάτω από 5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι μικρότερη από 1 και ο αθροιστικός αριθμός των παρατηρήσεων υπερβαίνει τις 24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).

- Η μέθοδος chi-square του Pearson χρησιμοποιείται σε πίνακες 2x2 σε περιπτώσεις όπου όλες οι αναμενόμενες τιμές υπερβαίνουν το 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Το τεστ χ^2 του Yates για πίνακες ενδεχομένων 2x2 χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπου μία ή περισσότερες από τις αναμενόμενες τιμές εμπίπτουν στο εύρος 5 έως 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Σε περιπτώσεις όπου μία ή περισσότερες από τις αναμενόμενες τιμές είναι μικρότερες του 1 ή όταν δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη χρήση της δοκιμασίας chi-squared, χρησιμοποιείται η ακριβής δοκιμασία του Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί αλγόριθμοι της παρούσας δοκιμασίας παρουσιάζουν κάποιο βαθμό πολυπλοκότητας, ωστόσο η εφαρμογή της μέσω στατιστικών προγραμμάτων λογισμικού είναι εύκολη (Γναρδέλλης, 2006).

Οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν υποβλήθηκαν σε στατιστική ανάλυση και παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές (P) σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p < 0.05$)

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις για την αξιολόγηση των περιγραφικών χαρακτηριστικών των μεταβλητών με τη χρήση του Excel και του SPSS. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις για την εξέταση των σχέσεων μεταξύ ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών και για την αξιολόγηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Οι αξιολογήσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 24 (Γναρδέλλης, 2006)

Για να αξιολογήσουμε την εσωτερική συνοχή των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας, χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή α του Cronbach. Σε κάθε περίπτωση, ο δείκτης βρέθηκε να είναι μεγαλύτερος από 0,7, υποδηλώνοντας αξιοσημείωτο βαθμό συμφωνίας μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε το t-test ανεξάρτητου δείγματος ως στατιστική μεθοδολογία για την αξιολόγηση της ισοδυναμίας των μέσων όρων των μεταβλητών απάντησης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τη συμμόρφωσή τους με την κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τον προσδιορισμό της αποδοχής ή απόρριψης των παρατηρούμενων διαφορών από όλες τις χρησιμοποιούμενες στατιστικές δοκιμές ορίστηκε στο όριο του 5%.

7 Αποτελέσματα

7.1 Περιγραφική Ανάλυση

<i>Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων</i>			
		N	%
Φύλο	Άνδρας	80	39.2%
	Γυναίκα	124	60.8%
	Άγαμος	10	4.9%
Συντροφική κατάσταση	Έγγαμος	110	53.9%
	Διαζευγμένος	5	2.5%
	Χήρος	79	38.7%
Πάιρνετε σύνταξη	Ναι	186	91.2%
	Όχι	18	8.8%
Η σύνταξη είναι καλή	Ναι	80	39.2%
	Όχι	124	60.8%

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται το σύνολο του δείγματος (204 άτομα) εκ των οποίων οι 124 ήταν γυναίκες (60,8%) και οι 80 ήταν άνδρες (39,2%). Ο πίνακας παρουσιάζει την συντροφική κατάσταση των συμμετεχόντων. Βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι παντρεμένοι (N=110 ή 53.9%), ενώ, μόλις 79 άτομα (38.7%) είναι χήροι. Όμως μόνο 5 άτομα (2.5%) έχουν πάρει διαζύγιο. Στην ερώτηση αν παίρνουν σύνταξη μόλις 186 (91.2%) απάντησαν πως ναι, που μόνο 18 άτομα (8,8%) παίρνουν μία καλή σύνταξη, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος δεν λαμβάνει καλή σύνταξη (N=124 ή 60.8%).

<i>Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων</i>			
		N	%
Έχετε παιδιά	Ναι	190	93.1%
	Όχι	14	6.9%
	Μόνος	72	35.3%
	Σύντροφο	104	51.0%
Με ποιόν μένετε	Κάποιον φίλο	0	0.0%
	Αδερφή	1	0.5%
	Αδελφό	5	2.5%
	Παιδιά μου	22	10.8%

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως έχει παιδιά (N=190 ή 93.1%), ενώ, μόλις 14 άτομα (6.9%) δεν έχει. Το δείγμα είχε 104 άτομα (51.0%) που μένει με τον σύντροφο τους, και 72 άτομα (35.3%) που μένουν μόνα τους.

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα απαντήσεων

		N	%
Τόπος διαμονής	Χωριό-Κωμόπολη	129	63.2%
	Πόλη <150.000 κάτοικους	57	27.9%
	Πόλη > 150.000 κάτοικους	18	8.8%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	54	26.5%
	Απόφοιτος Δημοτικού	76	37.3%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	38	18.6%
	Απόφοιτος Λυκείου	20	9.8%
	Απόφοιτος - ΤΕΙ	16	7.8%
Κοιμάστε καλά	Όχι, Πολύ λίγο	12	5.9%
	Λίγο	22	10.8%
	Μέτρια	49	24.0%
	Πολύ	70	34.3%
	Ναι, Πάρα πολύ	51	25.0%
	Όχι, Πολύ λίγο	19	9.3%
	Λίγο	21	10.3%
Αποφεύγετε να ξενυχτάτε	Μέτρια	24	11.8%
	Πολύ	30	14.7%
	Ναι, Πάρα πολύ	110	53.9%
	Όχι, Πολύ λίγο	12	5.9%
	Λίγο	25	12.3%
Προσέχετε την υγεία σας	Μέτρια	52	25.5%
	Πολύ	60	29.4%
	Ναι, Πάρα πολύ	55	27.0%

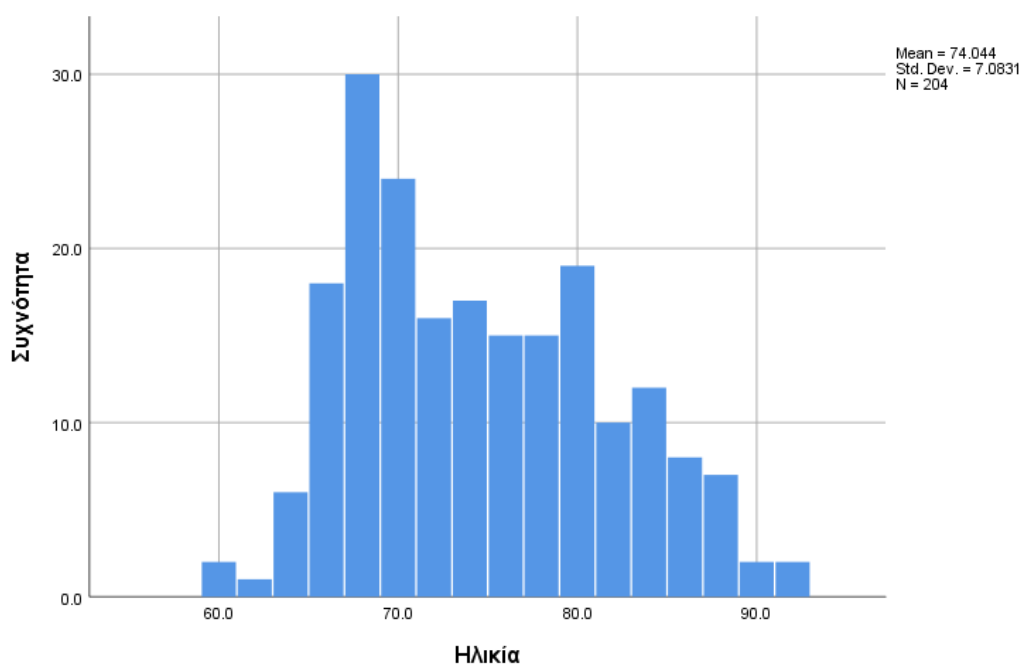
Τα περισσότερα άτομα του δείγματος μένουν σε χωριό ή κωμόπολη (N=129 ή 63.2%), ενώ μόλις 18 άτομα μένουν σε πόλη με περισσότερο από 150 χιλιάδες κάτοικους. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, υψηλό ήταν το ποσοστό των αναλφάβητων συμμετεχόντων (N=54 ή 26.5%), ενώ τα περισσότερα άτομα δήλωσαν ότι έχουν τελειώσει το δημοτικό (N=76 ή 37.5%).

Σχετικά με το κατά πόσο οι συμμετέχοντες κοιμούνται καλά, τα 51 άτομα (25.0%) δήλωσαν ότι κοιμούνται πάρα πολύ, 70 άτομα (34.3%) πολύ και μόλις 12 άτομα (5.9%) πολύ λίγο. Στην πλειοψηφία αποφεύγουν να ξενυχτούν (N=53.9%), ενώ το άτομα που ξενυχτούν είναι μόλις 19 (9.3%). Τέλος, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν προσέχουν την υγεία τους, που βρέθηκε ότι μόλις 55 άτομα (27.0%) προσέχουν πάρα πολύ, 60 άτομα (29.4%) προσέχουν πολύ, και μόλις 12 (5.9%) πολύ λίγο.

Πίνακας 4 Ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη τιμή

	Ελάχιστο	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μέγιστο
Ηλικία	60.0	74.0	7.1	92.0

Το δείγμα που εξετάστηκε ήταν από 60 έως 92 ετών, με μέση ηλικία τα 74 έτη και τυπική απόκλιση τα 7.1 έτη.



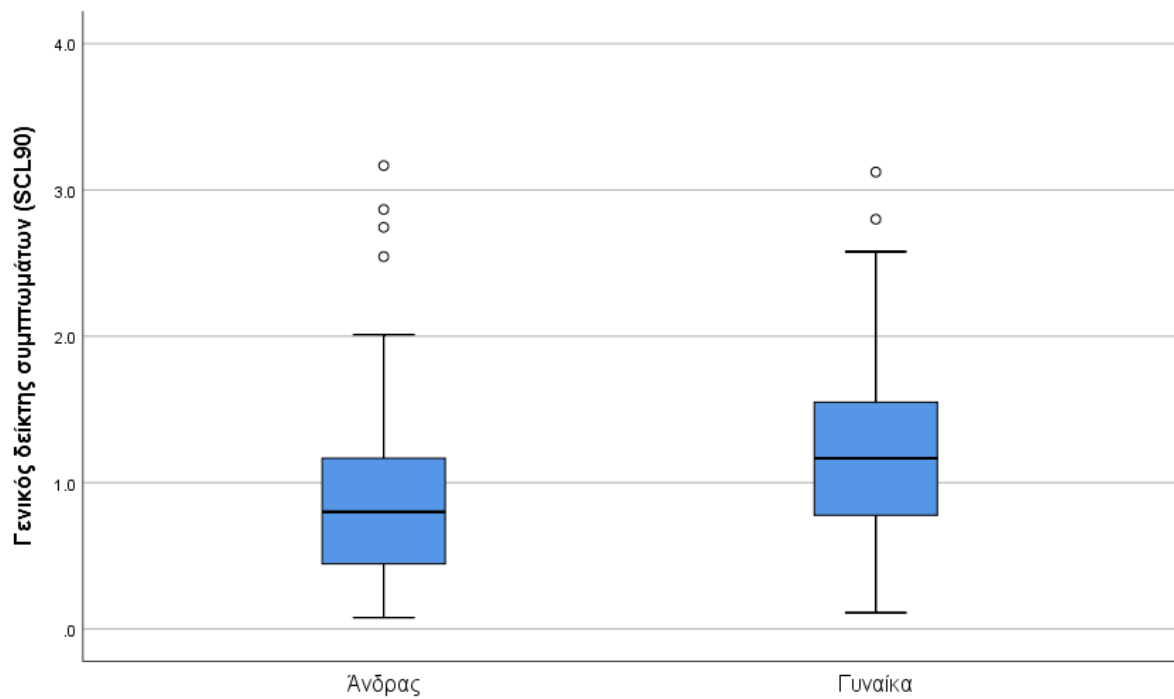
Γράφημα 1 Ιστόγραμμα κατανομής ηλικίας

7.2 Επαγωγική Ανάλυση

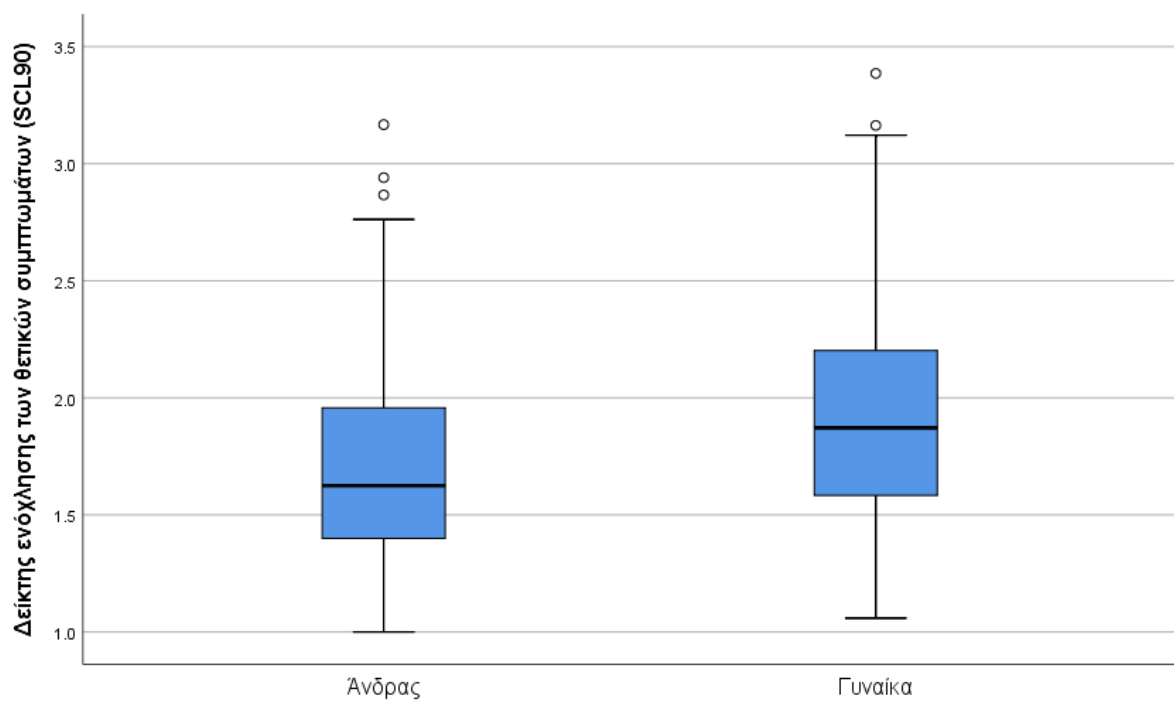
Πίνακας 5 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών ανάμεσα στα δυο φύλα

Φύλο		N	M.T.	T.A.	t	df	Sig. (2-tailed)
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)	Άνδρας	78	0.9	0.6	-3.369	200	0.001
	Γυναίκα	124	1.2	0.6			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)	Άνδρας	78	1.7	0.5	-2.881	200	0.004
	Γυναίκα	124	1.9	0.5			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Άνδρας	80	64.4	18.8	4.214	202	0.000
	Γυναίκα	124	52.0	21.8			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Άνδρας	80	59.9	11.0	2.839	202	0.005
	Γυναίκα	124	54.9	12.7			

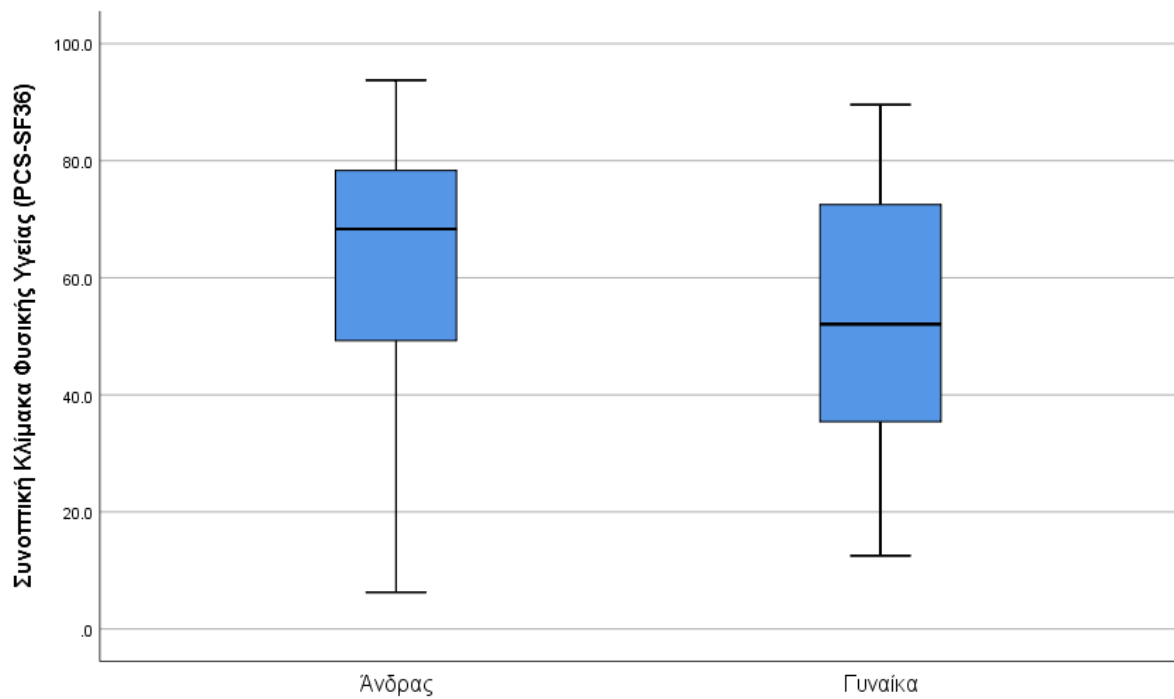
Μετά την αξιοποίηση του ελέγχου t – test ανεξάρτητων δειγμάτων για την διερεύνηση πιθανών διαφορών στις τιμές των κλιμάκων ανάμεσα στα δυο φύλα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερή τιμή στους παράγοντες γενικός δείκτη συμπτωμάτων ($t=-3.369$, $p=0.001$), δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($t=-2.881$, $p=0.004$), σωματοποίηση ($t=-4.364$, $p=0.000$). Αντίθετα βρέθηκε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερή τιμή στους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα SF, όπου οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη τιμή από τις γυναίκες στις τιμές της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ($t=4.351$, $p=0.000$) και στις τιμές της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ($t=2.932$, $p=0.004$).



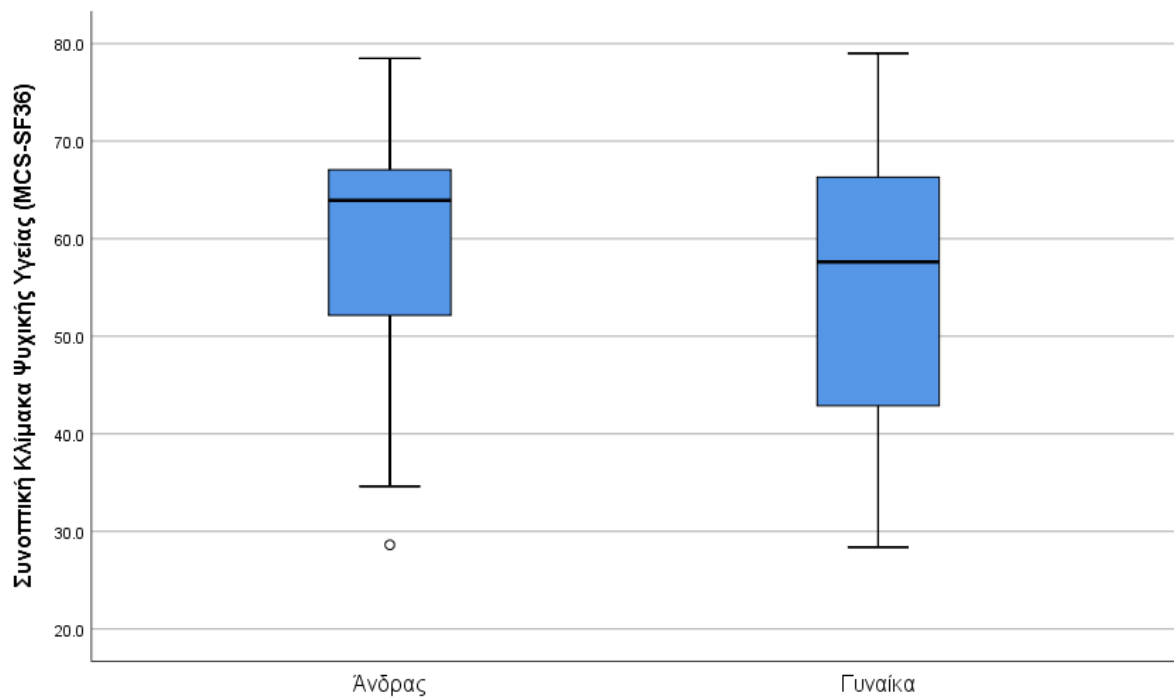
Γράφημα 2 Συγκριτικό θηκόγραμμα Γενικού δείκτη συμπτωμάτων ανάμεσα στα δυο φύλα



Γράφημα 3 Συγκριτικό θηκόγραμμα Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ανάμεσα στα δυο φύλα



Γράφημα 4 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ανάμεσα στα δυο φύλα

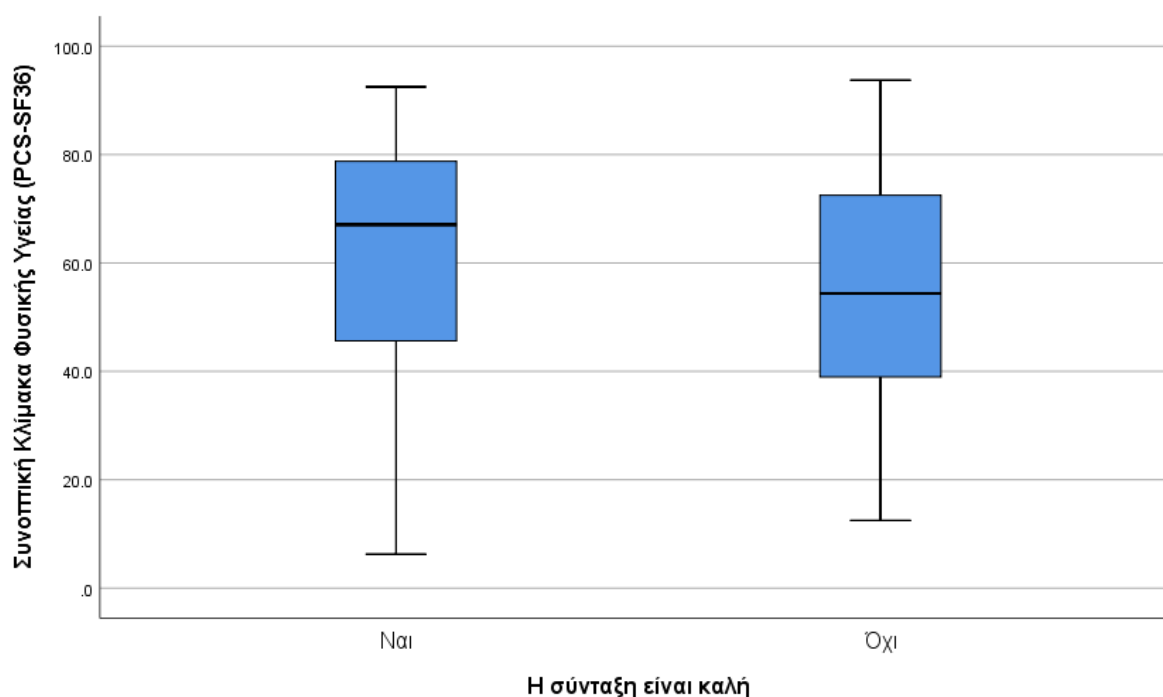


Γράφημα 5 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ανάμεσα στα δυο φύλα

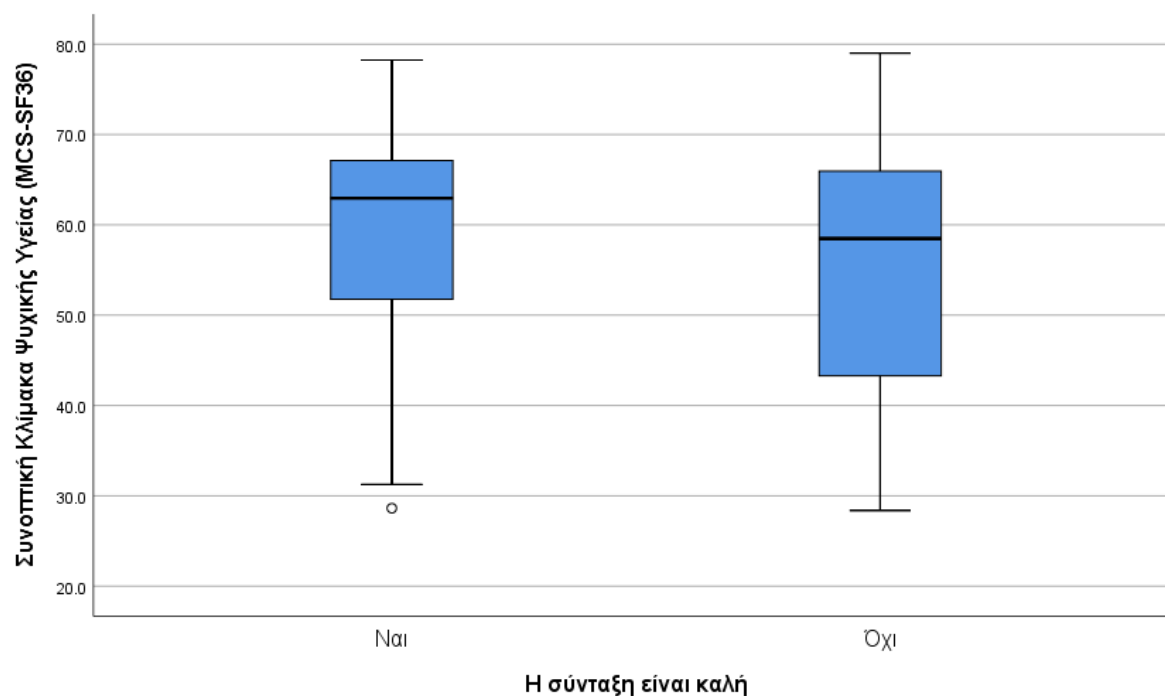
Πίνακας 6 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «η σύνταξη είναι καλή»

Η σύνταξη είναι καλή		N	M.O.	T.A.	t	df	Sig. (2-tailed)
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	80	61.4	22.6	2.435	202	0.016
	Όχι	124	53.9	20.3			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	80	59.1	11.6	2.057	202	0.041
	Όχι	124	55.5	12.6			

Μετά την υλοποίηση του t – test ανεξάρτητων δειγμάτων για την διερεύνηση πιθανών διαφορών βρέθηκε ότι τα άτομα που δηλώνουν ότι παίρνουν καλή σύνταξη, παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ($t=2.435$, $p=0.016$) και τις τιμές της συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($t=2.057$, $p=0.041$) σε σχέση με τα άτομα που δεν λαμβάνουν καλή σύνταξη.



Γράφημα 6 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «Η σύνταξη είναι καλή»

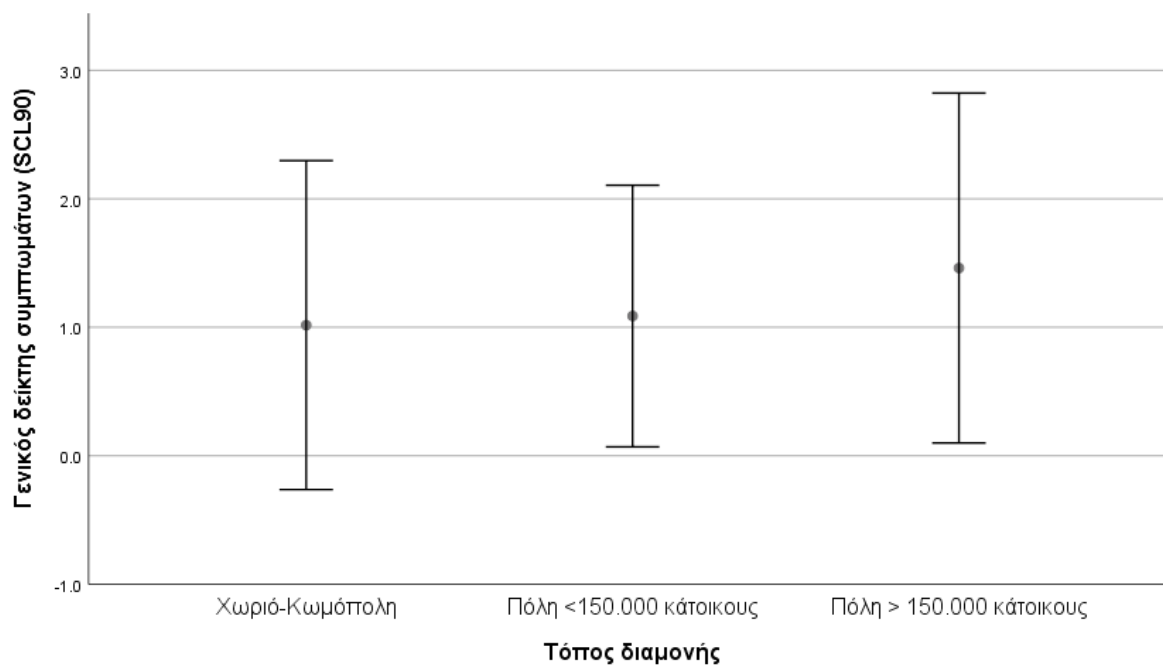


Γράφημα 7 Συγκριτικό θηκόγραμμα Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ανάμεσα στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «Η σύνταξη είναι καλή»

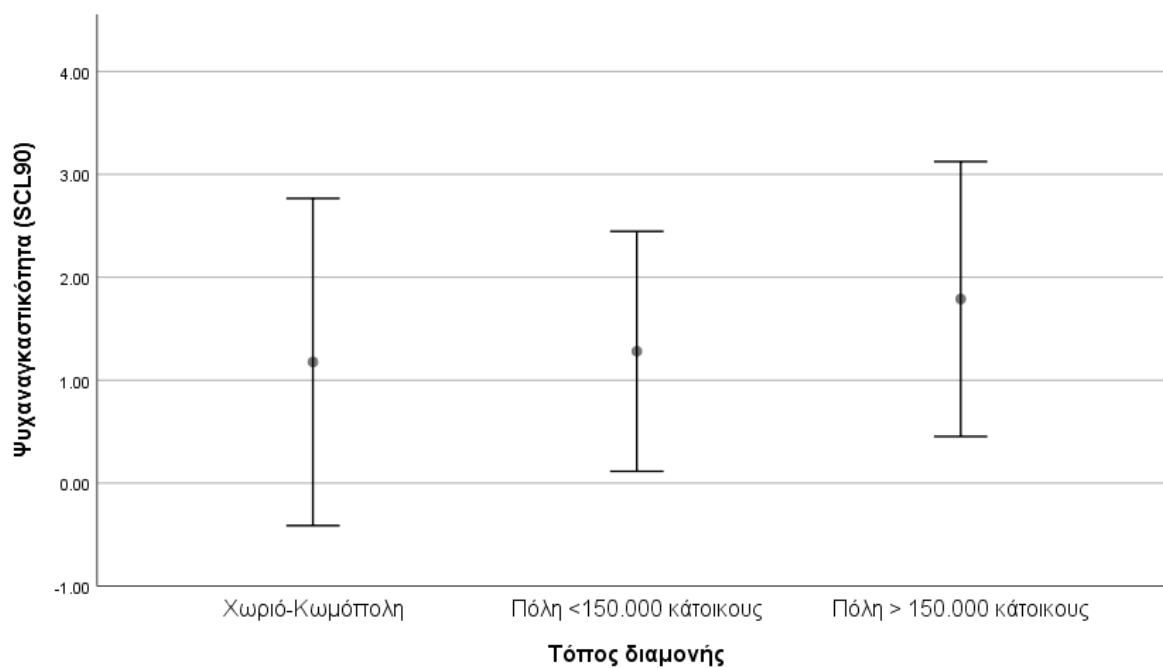
Πίνακας 7 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτιση τόπου διαμονής με γενικό δείκτη συμπτωμάτων, ψυχαναγκαστικότητας, άγχος και ψυχωτισμός

		Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)	Ψυχαναγκαστικότητα (SCL90)	Άγχος (SCL90)	Ψυχωτισμός (SCL90)
Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	.170*	.206**	.236**	.212**
	Sig. (2- tailed)	0.016	0.003	0.001	0.002
	N	202	204	204	204

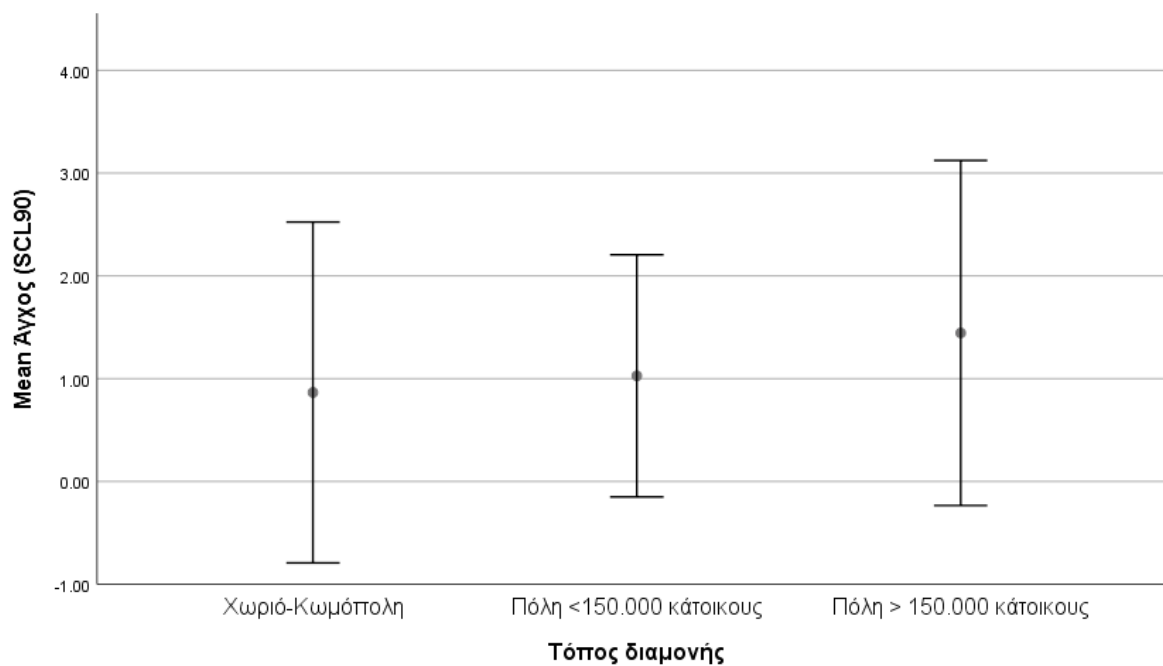
Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συσχέτισης του τόπου διανομής με το με τις υποκλίμακες του SCL παρατηρούμε συγκεκριμένα ότι καθώς αυξάνεται ο πληθυσμός του τόπου διαμονής των συμμετεχόντων, αυξάνεται αντίστοιχα και ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων η ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος αλλά και ο Ψυχωτισμός των ερωτηθέντων.



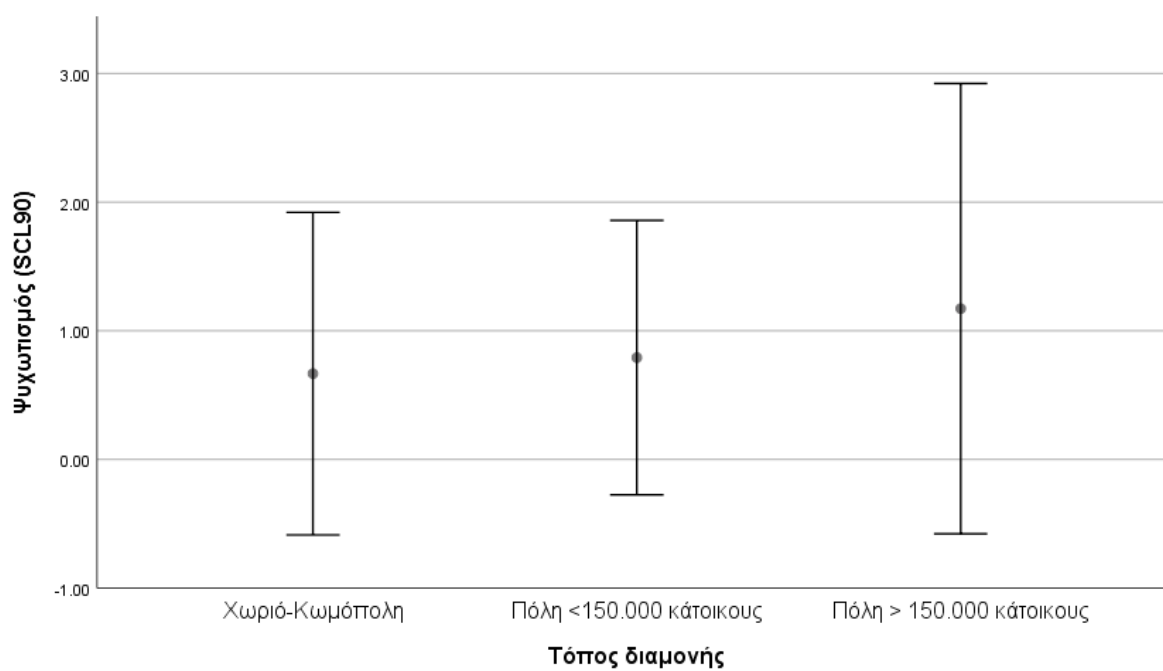
Γράφημα 8 Means plot Γενικού δείκτη συμπτωμάτων σε σχέση με τον τόπο διαμονής



Γράφημα 9 Means plot Ψυχαναγκαστικότητας σε σχέση με τον τόπο διαμονής



Γράφημα 10 Means plot Άγχους σε σχέση με τον τόπο διαμονής



Γράφημα 11 Means plot Ψυχωτισμού σε σχέση με τον τόπο διαμονής

Πίνακας 8 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης εκπαιδευτικού επιπέδου με συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας

		Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	.319**	.219**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.002
	N	204	204

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρατηρούμε ότι καθώς αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, αυξάνεται και η τιμή της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας αλλά και της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας επομένως παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση του εκπαιδευτικού επιπέδου με τη συνολική κλίμακα φυσικής υγείας ($\rho=0.319$, $\text{sig}<0.01$), αλλά και τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ($\rho=0.219$, $\text{sig}<0.01$).

Πίνακας 9 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης του καλού ύπνου με τον σωματικό πόνο και την γενική υγεία

		Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Γενική υγεία (GH-SF36)
Κοιμάστε καλά	Correlation Coefficient	-.141*	.179*
	Sig. (2-tailed)	0.044	0.010
	N	204	204

Αναφορικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση αν κοιμούνται καλά οι συμμετέχοντες, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση με το σωματικό πόνο ($\rho=-0.141$, $\text{sig}<0.01$) αλλά και θετική κατεύθυνση με την Γενική υγεία ($\rho=-0.179$, $\text{sig}<0.01$) γεγονός που σημαίνει ότι όσο καλύτερα δηλώνουν ότι κοιμούνται οι συμμετέχοντες, τόσο χαμηλότερες τιμές σωματικού πόνου δηλώνουν ότι έχουν, αντίθετα όσο περισσότερο δηλώνουν ότι κοιμούνται καλά οι ερωτηθέντες τόσο μεγαλύτερη τιμή γενικής υγείας εμφανίζουν.

Πίνακας 10 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της απουσία ύπνου με την επιθετικότητα, του παρανοϊκού ιδεασμού και του ψυχωτισμού

		Επιθετικότητα (SCL90)	Παρανοϊκός ιδεασμός (SCL90)	Ψυχωτισμός (SCL90)
Αποφεύγετε να ξενυχτάτε	Correlation	-.200**	-.172*	-.143*
	Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0.004	0.014	0.042
	N	204	204	204

Όσον αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην ερώτηση «Αποφεύγετε να ξενυχτάτε», παρατηρούμε ότι όσο περισσότερο δηλώνουν ότι αποφεύγουν να ξενυχτάνε τόσο χαμηλότερες τιμές επιθετικότητας εμφανίζουν, τόσο χαμηλότερες τιμές παρανοϊκού ιδεασμού έχουν αλλά και τόσο χαμηλότερες τιμές ψυχωτισμού παρουσιάζουν. Έτσι οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «αποφεύγετε να ξενυχτάτε» παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση και με τις τρεις υποκλίμακες την επιθετικότητα ($\rho = -0.200$, $\text{sig} < 0.01$) των παρανοϊκό ιδεασμό ($\rho = -0.172$, $\text{sig} < 0.05$) και τον ψυχωτισμό ($\rho = -0.143$, $\text{sig} < 0.05$).

Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της προσοχής στην υγεία με τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, της σωματοποίησης, της επιθετικότητας και του σωματικού πόνου

		Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)	Σωματοποίηση (SCL90)	Επιθετικότητα (SCL90)	Σωματικός πόνος (SP- SF36)
Προσέχετε την υγεία σας	Correlation	-.139*	-.145*	-.238**	.166*
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	0.048	0.039	0.001	0.018
	N	202	204	204	204

Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα, υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες στην ερώτηση «Προσέχετε την υγεία σας» και τις υποκλίμακες «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)» ($\rho = -0.139$, $\text{sig} < 0.05$), «Σωματοποίηση (SCL90)» ($\rho = -0.145$, $\text{sig} < 0.05$), «Επιθετικότητα (SCL90)» ($\rho = -0.139$, $\text{sig} < 0.05$) και «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» ($\rho = -0.145$, $\text{sig} < 0.05$), γεγονός που σημαίνει ότι καθώς αυξάνεται η πεποίθηση των συμμετεχόντων ότι προσέχουν την υγεία τους, τόσο μειώνονται οι τιμές των αντίστοιχων υποκλιμάκων.

8 Συζήτηση

Η τρέχουσα έρευνα προσπαθεί να εμβαθύνει στη συσχέτιση μεταξύ της τρίτης ηλικίας και διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αλληλεπίδραση μεταξύ των προτύπων ύπνου και της ψυχολογικής σύνθεσης καθώς και της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Από αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση βιβλιογραφικών πηγών παρέχονται πολύτιμες πληροφορίες για τα φαινόμενα αυτά. Προσφέροντας μία καλή βάση για τη συζήτηση και την σημασία των αποτελεσμάτων.

Το θέμα της κατώτερης ποιότητας ύπνου είναι μια ανησυχία που επηρεάζει τους νεότερους δημογραφικούς παράγοντες, όπως αποδεικνύεται από τα εντυπωσιακά στατιστικά στοιχεία που αποκαλύπτουν ότι πάνω από το 50% των συμμετεχόντων στη μελέτη εμφάνισαν κακή ποιότητα ύπνου. Επιπλέον, αυτό το ζήτημα φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένο μεταξύ των γυναικών, αν και είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι αυτή η ανισότητα μεταξύ των φύλων δεν μπορεί να εξηγηθεί αποκλειστικά από την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών ή κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Fatima et al., 2016).

Τα μη βέλτιστα πρότυπα ύπνου συνδέονται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και ευθυγραμμίζονται με προηγούμενη έρευνα που διεξήχθη σε ηλικιωμένο πληθυσμό. Επιπλέον, έχουν γίνει έρευνες για την πιθανή επίδραση της κατάθλιψης στη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και της συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή κάποιου, παρόμοια με την έννοια της ικανοποίησης στη ζωή (Brandolim Becker et al., 2018, Chang et al., 2014, Lacruz et al., 2016, Motivala et al., 2006).

Ο ανεπαρκής ύπνος κατά τη διάρκεια της νύχτας μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, αυξάνοντας την πιθανότητα αρνητικών περιστατικών και συναισθημάτων και, συνεπώς, αυξάνοντας την ευαλωτότητα των ατόμων στους κινδύνους της κατάθλιψης (Nes et al., 2013). Η συσχέτιση μεταξύ του ανεπαρκούς ύπνου και των μηχανισμών αντιμετώπισης του στρες, συμπεριλαμβανομένων και των επιβλαβών δραστηριοτήτων όπως αυτές του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ, της κατάχρησης ουσιών και της υπερβολικής κατανάλωσης τροφίμων, έχει τεκμηριωθεί εκτενώς. Τέτοιες συμπεριφορές μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (Otsuka et al., 2017, Albert et al., 2015, Benedict et al., 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα γενικού δείκτη συμπτωμάτων, δείκτη θετικού συμπτωματικού ενοχλήματος και σωματοποίησης, ενώ οι άνδρες τείνουν να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα σωματικής και ψυχικής υγείας. Αυτή η ανισότητα μεταξύ των φύλων δείχνει ότι οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα, ενώ οι άνδρες μπορεί να απολαμβάνουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία στο πλαίσιο του ύπνου και της ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων.

Επιπλέον, οι ερωτηθέντες που ανέφεραν ότι λαμβάνουν αξιοπρεπή σύνταξη σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας σε σύγκριση με εκείνους που δεν λαμβάνουν καλή σύνταξη. Αυτή η ανακάλυψη υποδηλώνει ότι μια καλή σύνταξη μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη συνολική υγεία και ευημερία του ηλικιωμένου πληθυσμού.

Η έρευνα έδωσε μια αξιοσημείωτη σχέση μεταξύ του μεγέθους της κοινότητας στην οποία κατοικεί κάποιος και του συνολικού μέτρου των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καταναγκασμό, το άγχος και τον ψυχωτισμό. Με άλλα λόγια, καθώς αυξάνεται ο πληθυσμός μιας συγκεκριμένης τοποθεσίας, αυξάνεται και ο επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν τα άτομα εντός αυτής της κοινότητας. Επιπλέον, η μελέτη αποκάλυψε μια θετική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων και της σύνθετης κλίμακας σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου, αυξάνονταν και οι τιμές σε αυτές τις κλίμακες, υποδεικνύοντας ότι τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης μπορεί να συνδέονται με ανώτερα αποτελέσματα σωματικής και ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένα άτομα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μια ευνοϊκή συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των σύνθετων μετρήσεων σωματικής και ψυχικής ευεξίας.

Όταν οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη ανέφεραν ότι κοιμούνται καλά, βίωσαν λιγότερο σωματικό πόνο και καλύτερη γενική υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η ποιότητα του ύπνου συσχετίζεται αρνητικά με τον σωματικό πόνο, αλλά θετικά συσχετίζεται με τη γενική υγεία. Όσοι απέφευγαν να μείνουν ξύπνιοι όλη τη νύχτα είχαν χαμηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, παρανοϊκού ιδεασμού και ψυχωτισμού, υποδεικνύοντας μια σχέση μεταξύ της μη αποφυγής του βραδινού ύπνου και μειωμένων ψυχολογικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι φρόντιζαν καλά την υγεία τους είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε διάφορες

υποκλίμακες που σχετίζονται με τη διαταραχή των συμπτωμάτων, τη σωματοποίηση, την επιθετικότητα και τον σωματικό πόνο. Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τη φροντίδα της υγείας τους και τη σοβαρότητα αυτών των συμπτωμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα διαθέσιμα δεδομένα, παρουσιάζονται πολυάριθμοι δρόμοι έρευνας, ο καθένας με τη δυνατότητα να επεκτείνει και να εμπλουτίσει τις ανακαλύψεις που έγιναν σε αυτήν την έρευνα.

Το βασίλειο του ύπνου και η σύνδεσή του με το φύλο έχει εξεταστεί διεξοδικά, αποκαλύπτοντας ανισότητες στην αλληλεπίδραση μεταξύ των προτύπων ύπνου και της ψυχολογικής σύνθεσης. Θα μπορούσε να επιδιωχθεί πρόσθετη έρευνα για τις βαθύτερες αιτίες αυτής της απόκλισης, διερευνώντας την πιθανή καθολικότητα αυτού του φαινομένου σε διάφορες ηλικιακές ομάδες ή την ιδιαιτερότητά του για τον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Όπως αποδεικνύεται από τα ευρήματα της μελέτης, όσοι λαμβάνουν ευνοϊκή σύνταξη είναι πιο πιθανό να επιτύχουν υψηλότερους βαθμούς στις αξιολογήσεις σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι συναρπαστικές οδοί για περαιτέρω εξερεύνηση μπορεί να περιλαμβάνουν μια έρευνα για την αλληλεπίδραση μεταξύ της οικονομικής σταθερότητας, της ποιότητας του ύπνου και της ολιστικής ευεξίας. Αυτό θα μπορούσε να συνεπάγεται την εξέταση του άμεσου αντίκτυπου των οικονομικών παραγόντων στον ύπνο, ή εναλλακτικά, τον εντοπισμό τυχόν μεσολαβητικών επιρροών που παίζουν.

Στον τομέα του ύπνου και του οικιακού περιβάλλοντος, η μελέτη ανακάλυψε μια βαθιά συσχέτιση μεταξύ του πληθυσμού της κατοικίας των συμμετεχόντων και ορισμένων ψυχολογικών συμπτωμάτων. Περαιτέρω έρευνες θα μπορούσαν να εμβαθύνουν στα ακριβή οικολογικά και κοινοτικά στοιχεία που συνδέονται με ποικίλες κατοικίες και τις επιπτώσεις τους στην ποιότητα του ύπνου και της συναισθηματικής ευημερίας.

Μελλοντικές έρευνες μπορεί να εμβαθύνουν στους υποκείμενους μηχανισμούς με τους οποίους η εκπαίδευση επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου και τα γενικά αποτελέσματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων πιθανών μεσολαβητών παραγόντων όπως η παιδεία για την υγεία, η προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη και οι επιλογές του τρόπου ζωής.

Στην πρόσφατη μελέτη μας, ανακαλύψαμε μια ανησυχητική αντίστροφη σχέση μεταξύ ατόμων που πίστευαν ότι φρόντιζαν σωστά για την ευημερία τους και ορισμένα ψυχολογικά συμπτώματα. Περαιτέρω διερεύνηση των περίπλοκων συνδέσεων μεταξύ των συμπεριφορών υγείας, των μεθόδων αυτοφροντίδας, της ποιότητας ανάπαυσης και της ψυχικής ευημερίας θα είναι απαραίτητη για να καθοριστεί εάν συγκεκριμένες παρεμβάσεις ή συνήθειες θα μπορούσαν ενδεχομένως να ενισχύσουν τον ύπνο και τα συναισθηματικά αποτελέσματα.

Μέσω της συγκεντρωμένης προσοχής σε αυτές τις σφαίρες, οι προσεχείς έρευνες μπορούν να παρέχουν μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της περίπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του ύπνου, της νοητικής συγκρότησης και του βιοτικού επιπέδου, και τελικά να εντοπίσουν τακτικές και θεραπείες για την ανύψωση της ευημερίας των ηλικιωμένων ατόμων σε πρωτογενή ιατρικά πλαίσια.

9 Συμπεράσματα

Ο ύπνος θεωρείται μια από τις σημαντικότερες διεργασίες και η πλήρη ή μερική απώλειά του είναι πιθανόν να επηρεάσει τόσο τις σωματικές όσο και ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Οι νευροδιαβιβαστές κατέχουν σημαντικό ρόλο καθόλη την διάρκεια του ύπνου, καθώς είναι υπεύθυνοι για την σωστή ρύθμιση και τον έλεγχο της κατάστασης του εγκεφάλου. Ο ύπνος μπορεί να θεωρηθεί ως ένα βιολογικό φαινόμενο και αποτελείται από 4-5 διαδοχικούς κύκλους για την αναπλήρωση και ανανέωση ορισμένων βιολογικών δραστηριοτήτων. Τα προβλήματα ύπνου πολλές φορές σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η άνοια και ο χρόνιος πόνος. Είναι σύνηθες τα προβλήματα αυτά να εμφανίζονται κυρίως σε άτομα που ανήκουν στην ομάδα της τρίτης ηλικίας. Το άγχος και η κατάθλιψη στηρίζονται συνήθως στο αίσθημα του φόβου και τις περισσότερες φορές μπορεί να εκδηλωθούν μέσω των συμπτωμάτων της δύσπνοιας, αλλά και της ταχυκαρδίας. Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι σαφές πως επηρεάζεται από τα επίπεδα και την ποιότητα του ύπνου και έχει σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις τόσο στις καθημερινές τους δραστηριότητες όσο και στην ψυχροσύνθεση τους. Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν να γίνει μια προσπάθεια εμβάθυνσης στη συσχέτιση των διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τον ύπνο σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση των πρότυπων

ύπνου με την ψυχική υγεία και την συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, κάτι που ήρθε σε συμφωνία με αποτελέσματα από προηγούμενες μελέτες.

10 Βιβλιογραφία

10.1 Ξένη Βιβλιογραφία

- Albert, S. M., Roth, T., Toscani, M., Vitiello, M. V., & Zee, P. (2015). Sleep health and appropriate use of OTC sleep aids in older adults—recommendations of a gerontological society of America workgroup. *The Gerontologist*, 57(2), gnv139. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv139>
- Assefa, S. Z., Diaz-Abad, M., Wickwire, E. M., & Scharf, S. M. (2015). The functions of sleep. *AIMS Neuroscience*, 2(3), 155–171. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2015.3.155>
- Barclay, N. L., Eley, T. C., Maughan, B., Rowe, R. & Gregory, A. M. (2011), “Associations between diurnal preference, sleep quality and externalizing behaviours: a behavioural genetic analysis” *Psychol Med*, 41, 1029-40.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Benedict, C., Brooks, S. J., O’Daly, O. G., Almèn, M. S., Morell, A., Åberg, K., Gingnell, M., Schultes, B., Hallschmid, M., Broman, J.-E., Larsson, E.-M., & Schiöth, H. B. (2012). Acute sleep deprivation enhances the brain’s response to hedonic food stimuli: an fMRI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97(3), E443-7. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-2759>
- Berry, R. B., Brooks, R., Gamaldo, C., Harding, S. M., Lloyd, R. M., Quan, S. F., Troester, M. T., & Vaughn, B. V. (2017). AASM scoring manual updates for 2017 (version 2.4). *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 13(5), 665–666. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6576>
- Blass, K. (2012). Altenpflege zwischen professioneller Kompetenzentwicklung und struktureller Deprofessionalisierung. In *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit* (pp. 417–438). Gabler Verlag.
- Brain basics: Understanding sleep. (2023). National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Retrieved May 23, 2023, from <https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep>

- Brandolim Becker, N., Jesus, S. N. de, Viseu, J. N., Stobäus, C. D., Guerreiro, M., & Domingues, R. B. (2018). Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 18(1), 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.10.002>
- Campbell, J. D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *Journal of Religion and Health*, 49(1), 3–17. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9227-5>
- Chang, K. J., Son, S. J., Lee, Y., Back, J. H., Lee, K. S., Lee, S. J., Chung, Y. K., Lim, K. Y., Noh, J. S., Kim, H. C., Koh, S. H., Roh, H. W., Park, M. A., Kim, J. J., & Hong, C. H. (2014). Perceived sleep quality is associated with depression in a Korean elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 468–473. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.04.007>
- Datta, S., & Maclean, R. R. (2007). Neurobiological mechanisms for the regulation of mammalian sleep-wake behavior: reinterpretation of historical evidence and inclusion of contemporary cellular and molecular evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(5), 775–824. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.02.004>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.jgp.0000192501.03069.bc>
- Espana, R. A. & Scammell, T. E. (2011), “Sleep neurobiology from a clinical perspective”, *Sleep*, 34, 845-58.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2012). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52(1), 66–78. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr085>
- Fatima, Y., Doi, S. A. R., Najman, J. M., & Mamun, A. A. (2016). Exploring gender difference in sleep quality of young adults: Findings from a large population study. *Clinical Medicine & Research*, 14(3–4), 138–144. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1338>

- First, M. B. (2013). DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis. In DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585629992>
- Guetterman, T. C., & Mitchell, N. (2016). The role of leadership and culture in creating meaningful assessment: A mixed methods case study. *Innovative Higher Education*, 41(1), 43–57. <https://doi.org/10.1007/s10755-015-9330-y>
- Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge: Sleep in elderly. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 18(3), 155–165. <https://doi.org/10.1111/psyg.12319>
- Hajek, A., Zwar, L., Gyasi, R. M., Kretzler, B., & König, H.-H. (2023). Prevalence and determinants of loneliness among the oldest old living in institutionalized settings : Study findings from a representative survey. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02196-x>
- Harries, L. W., Hernandez, D., Henley, W., Wood, A. R., Holly, A. C., Bradley-Smith, R. M., Yaghootkar, H., Dutta, A., Murray, A., Frayling, T. M., Guralnik, J. M., Bandinelli, S., Singleton, A., Ferrucci, L., & Melzer, D. (2011). Human aging is characterized by focused changes in gene expression and deregulation of alternative splicing: Gene expression changes in human aging. *Aging Cell*, 10(5), 868–878. <https://doi.org/10.1111/j.1474-9726.2011.00726.x>
- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *The Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 375–386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3047706/>
- Hu, Q., & Wang, N. (2023). The experience of loneliness among the Chinese bereaved parents- a qualitative study from the life course perspective. *BMC Geriatrics*, 23(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03865-7>
- Institute Of Medicine (US), Committee on Sleep Medicine and Research,. In: Colten, H. R. & Altevogt, B. M. (eds.), (2006), “Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem”, 2, Washington (DC): National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669438>.

- Ishak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., Brownstein, A., & Zaky, C. (2012). Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(10), 13–26.
- Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 245–246. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/dkupfer>
- Lacruz, M. E., Schmidt-Pokrzywniak, A., Dragano, N., Moebus, S., Deutrich, S. E., Möhlenkamp, S., Schmermund, A., Kaelsch, H., Erbel, R., & Stang, A. (2016). Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. *BMJ Open*, 6(1), e007919. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007919>
- Li, J., Vitiello, M. V., & Gooneratne, N. S. (2018). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>
- Maglione, J. E., Ancoli-Israel, S., Peters, K. W., Paudel, M. L., Yaffe, K., Ensrud, K. E., & Stone, K. L. (2014). Subjective and objective sleep disturbance and longitudinal risk of depression in a cohort of older women. *Sleep*, 37(7), 1–9. <https://doi.org/10.5665/sleep.3834>
- Miner, B., & Kryger, M. H. (2017). Sleep in the aging population. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.008>
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet*, 379(9821), 1129–1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Motivala, S. J., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M. R. (2006). Impairments in health functioning and sleep quality in older adults with a history of depression: Health functioning, sleep, and depression history. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1184–1191. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00819.x>
- Mullington, J. M., Simpson, N. S., Meier-Ewert, H. K., & Haack, M. (2010). Sleep loss and inflammation. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(5), 775–784. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.08.014>
- Nes, R. B., Czajkowski, N. O., Røysamb, E., Orstavik, R. E., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Major depression and life satisfaction: a population-based twin

- study. *Journal of Affective Disorders*, 144(1–2), 51–58.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.060>
- NIMH. (2016), “Anxiety Disorders [Online]. National Institute of Mental Health”, Available:
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>.
- Nir, Y., Vyazovskiy, V. V., Cirelli, C., Banks, M. I., & Tononi, G. (2015). Auditory responses and stimulus-specific adaptation in rat auditory cortex are preserved across NREM and REM sleep. *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)*, 25(5), 1362–1378.
<https://doi.org/10.1093/cercor/bht328>
- Nunes, D., & Faro, A. (2021). O papel da autoeficácia, da autoestima e do autoconceito na depressão em adolescentes. *Ciencias Psicológicas*.
<https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2164>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449.
<https://doi.org/10.1159/000441651>
- Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Nakagome, S., Jike, M., & Ohida, T. (2017). Relationship between stress coping and sleep disorders among the general Japanese population: a nationwide representative survey. *Sleep Medicine*, 37, 38–45.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.06.007>
- Pary, R., Sarai, S. K., Micchelli, A., & Lippmann, S. (2019). Anxiety disorders in older patients. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 21(1).
<https://doi.org/10.4088/PCC.18nr02335>
- Perogamvros, L., & Schwartz, S. (2015). Sleep and emotional functions. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 25, 411–431. https://doi.org/10.1007/7854_2013_271
- Rangarajan, S. K., Sivakumar, P. T., Manjunatha, N., Kumar, C. N., & Math, S. B. (2021). Public health perspectives of geriatric mental health care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(5 Suppl), S1–S7.
<https://doi.org/10.1177/02537176211047963>

- Rasanathan, K., & Evans, T. G. (2020). Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 801–808. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252932>
- Scammell, T. E., Arrigoni, E., & Lipton, J. O. (2017). Neural circuitry of wakefulness and sleep. *Neuron*, 93(4), 747–765. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.01.014>
- Schwartz, M. D., & Kilduff, T. S. (2015). The neurobiology of sleep and wakefulness. *The Psychiatric Clinics of North America*, 38(4), 615–644. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.07.002>
- Schwartz, M. D., & Kilduff, T. S. (2015). The neurobiology of sleep and wakefulness. *The Psychiatric Clinics of North America*, 38(4), 615–644. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.07.002>
- Siclari, F., Baird, B., Perogamvros, L., Bernardi, G., LaRocque, J. J., Riedner, B., Boly, M., Postle, B. R., & Tononi, G. (2017). The neural correlates of dreaming. *Nature Neuroscience*, 20(6), 872–878. <https://doi.org/10.1038/nn.4545>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5–6), 311–339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Strell, M., & Duncan, S. (2001). Lone motherhood, ideal type care regimes and the case of Austria. *Journal of European Social Policy*, 11(2), 149–164.
- van Marwijk, H. W. J., van der Kooy, K. G., Stehouwer, C. D. A., Beekman, A. T. F., & van Hout, H. P. J. (2015). Depression increases the onset of cardiovascular disease over and above other determinants in older primary care patients, a cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12872-015-0036-y>
- Weicht, B. (2011). Embodying the ideal carer. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(2), 17–52. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.105217>
- Wijesiri, H. S. M. S. K., Wasalathanthri, S., De Silva Weliange, S., & Wijeyaratne, C. N. (2023). Quality of life and its associated factors among home-dwelling older people

- residing in the District of Colombo, Sri Lanka: a community-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(4), e068773. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068773>
- World Health Organization (WHO). Definition of an older or elderly person, 2011
- Yaremchuk, K. (2018). Sleep disorders in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>
- Yfantopoulos J. ,(2001b), Quality of life and QALYs in the measurement of health, *Archives of Hellenic medicine* 18(2):114-130)
- Zdanys, K. F., & Steffens, D. C. (2015). Sleep disturbances in the elderly. *The Psychiatric Clinics of North America*, 38(4), 723–741. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.07.010>
- Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., Sykioti P., Varrassi G., Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging* 2017, 12: 709–720

10.2 Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α. (2019). Ψυχολογία Της Τρίτης Ηλικίας. GUTENBERG. Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Έμκε - Πουλοπούλου Η. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999
- Ευκλείδη, Α., (επιμ.), Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Εκδόσεις Ελληνικά
- Ευσταθίου Γ. (2011). Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο μία έννοια, Ιατρικό Βήμα, τεύχος 130
- Ζήση, Α., και Στυλαινίδης, Σ. (2004). “Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές”. Εγκέφαλος, 41, 22-26.
- Ηλιάδης Χ., Ζιώγου Θ. & Κουρκούτα Λ. (2015), “Διαταραχές ύπνου στη Τρίτη ηλικία”, Επιστημονικά Χρονικά 20, 64-70.
- Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π. (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999, 15–58
- Καλπάκογλου Θ., (2013), «Άγχος και πανικός – Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία», ψηφιακή έκδοση, <https://www.openbook.gr/agxos-kai-panikos/>
- Καλπάκογλου Θ., (2013), «Άγχος και πανικός – Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία», ψηφιακή έκδοση, <https://www.openbook.gr/agxos-kai-panikos/>
- Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ. & Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1), 57-71
- Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ. & Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1), 57-71
- Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α. Γήρας και υγεία στο: Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Μενεδιάτου Α. (2012). Σχετικά με την κατάθλιψη, κλινική Ψυχολογία Ελληνική εταιρία διαταραχών διάθεσης, Τεύχος 89.

- Μενεδιάτου Α. (2012). Σχετικά με την κατάθλιψη, κλινική Ψυχολογία Ελληνική εταιρία διαταραχών διάθεσης, Τεύχος 89.
- Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λυκούρας Ε. (2013), “Σύγχρονη Ψυχιατρική”. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.Αθήνα, 2013.
- Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λυκούρας Ε. (2013), “Σύγχρονη Ψυχιατρική”. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.Αθήνα, 2013.
- Πλατή Χ. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Ιδιωτική Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β.Παρισιάνος, Αθήνα, 1993