



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΕ ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ”**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΑΛΑΤΣΟΥ
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ομότιμος Καθηγητής Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος, Επιβλέπων Καθηγητής
Επίκουρος Καθηγητής Μπονώτης Κωνσταντίνος, Μέλος Επιτροπής
Ψυχολόγος PhD, Τσιούρη Ιωάννα, Μέλος Επιτροπής

Λάρισα, 2020



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**“SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE DISORDERS IN NURSES
WITH A CIRCULAR WORK SCHEDULE”**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ	4
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΝΟΥ.....	4
1.2. ΣΤΑΔΙΑ ΥΠΝΟΥ	5
1.2. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ.....	6
1.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΝΟΥ	8
2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ	13
2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	14
2.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	17
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	22
3.1. ΣΤΟΧΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	22
3.2. ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	22
3.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	23
3.4. ΔΕΙΓΜΑ	26
3.5. ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ,/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ	27
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	28
4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	28
4.2. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	39
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	48
5.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	51
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	60

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

.Για την περάτωση της παρούσας διπλωματικής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά πρώτα από όλους τον καθηγητή μου κ. Αγγελόπουλο Νικηφόρο για όλες τις υποδείξεις και τις συμβουλές του και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, θερμές ευχαριστίες θέλω να δώσω στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στο σύζυγό μου για τη συνεχή συμπαράσταση και την υπομονή τους τα χρόνια των σπουδών μου. Χωρίς αυτούς δε θα είχα τη δυνατότητα για την πραγμάτωση της παρούσας διπλωματικής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο ύπνος είναι μία από τις ζωτικότερες βιολογικές λειτουργίες και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε πλειάδα διαφορετικών σωματικών λειτουργιών. Η έλλειψη ύπνου δύναται να οδηγήσει σε πολλά προβλήματα υγείας και μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας καταγράφουν συχνά χαμηλά επίπεδα ύπνου και ποιότητας ζωής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της ποιότητας ύπνου και της ποιότητας ζωής νοσηλευτών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας, καθώς και τη σχέση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών χαρακτηριστικών με τις διαταραχές του ύπνου και την ποιότητα ζωής.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου σε νοσηλευτές του Μαμάτσειο Νοσοκομείο Κοζάνης κατά την εαρινή περίοδο του 2020. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου “SPSS 23.0 for Windows”, εφαρμόζοντας τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας οι νοσηλευτές που ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας εμφανίζουν δυσκολίες στην ποιότητα ύπνου. Ειδικότερα, καταγράφουν σημαντικές δυσκολίες στην Υποκειμενική ποιότητα ύπνου, στη Λανθάνουσα κατάσταση ύπνου, στη Διάρκεια ύπνου και στο Σύνολο της Ποιότητας Ύπνου. Σε ελαφρώς καλύτερη κατάσταση κατεγράφησαν οι παράγοντες Συνήθους λειτουργίας του ύπνου, Δυσλειτουργίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και Χρήσης Φαρμάκων. Οι παράγοντες της Ποιότητας Ζωής καθώς και το Σύνολο κατέγραψε πολύ υψηλότερα επίπεδα. Αναφορικά με τις συσχετίσεις που διαπιστώθηκαν βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της Φυσικής Υγείας με τον αριθμό των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των Κοινωνικών Σχέσεων με τις απογευματινές βάρδιες, αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές με το Περιβάλλον εργασίας και αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων εργασίας των νοσηλευτών με το Σύνολο της Ποιότητας Ζωής. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στη Φυσική Υγεία των νοσηλευτών και στη Συνολική Ποιότητα Ύπνου, η επαγγελματική εμπειρία σε έτη επιδρά στα επίπεδα Φυσικής Υγείας των νοσηλευτών,

στα επίπεδα Ψυχολογικής Υγείας και στα επίπεδα Συνολικής Ποιότητας Ζωής. Τέλος, το φύλο των νοσηλευτών επιδρά στο επίπεδο Κοινωνικών Σχέσεων, η ηλικιακή ομάδα επιδρά στα επίπεδα Περιβάλλοντος και η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επιδρά στα επίπεδα Κοινωνικών Σχέσεων.

Συμπεράσματα: Τα χαμηλά επίπεδα ύπνου που κατέγραψαν οι νοσηλευτές του δείγματος καθώς και η επίδραση των σαβ/κών στην ποιότητα ζωής τους θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης για τη διοίκηση του νοσοκομείου με την ενσωμάτωση των απαραίτητων προγραμμάτων για την καταπολέμηση και την πρόληψη σοβαρών επιπτώσεων στον χώρο εργασίας.

Λέξεις – Κλειδιά: ποιότητα ύπνου, ποιότητα ζωής, νοσηλευτές, κυκλικό ωράριο εργασίας.

ABSTRACT

Introduction: Sleep is one of the most vital biological functions and plays an important role in many different bodily functions. Lack of sleep can lead to many health problems and reduced quality of life. Nurses who work part-time often have low levels of sleep and quality of life.

Purpose: The purpose of this quantitative research is to investigate the quality of sleep and quality of life of nurses working in a round-the-clock work schedule, as well as the relationship between socio-demographic characteristics and occupational characteristics with sleep disorders and quality of life.

Methodology: The research was carried out using a self-filled questionnaire in nurses of Mamatsio Hospital in Kozani during the spring period of 2020. The statistical analysis of the research data was carried out using the statistical package "SPSS 23.0 for Windows", applying the methods of Descriptive and Inductive Statistics

Results: According to the findings of the study, nurses who follow a circular work schedule have difficulties in the quality of sleep. In particular, they report significant difficulties in subjective sleep quality, latent sleep status, sleep duration, and total sleep quality. Slightly better than usual were the factors of normal sleep, dysfunction during the day and medication. The Quality of Life factors as well as the Total recorded much higher levels. Regarding the correlations found, there was a statistically significant negative correlation between physical health and the number of saves employed by nurses, a statistically significant positive correlation of social relations with afternoon shifts, and a negative correlation between saves. Work environment and negative correlation of nurses' work hours with the Total Quality of Life. It was also found that the educational level affects the Physical Health of Nurses and the Total Sleep Quality, the professional experience in years affects the Physical Health levels of the nurses, the Psychological Health levels and the Total Quality of Life levels. Finally, the sex of nurses affects the level of Social Relations, the age group influences the levels of the Environment and the marital status seems to affect the levels of Social Relations.

Conclusions: The low levels of sleep recorded by the sample nurses as well as the effect of the saves on their quality of life should be investigated by the hospital administration by incorporating the necessary programs to combat and prevent serious consequences in the

workplace.

Keywords: sleep quality, quality of life, nurses, circular working hours.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές του ύπνου είναι από τα συνηθέστερα προβλήματα που συναντώνται στην καθημερινή ιατρική πράξη και προκύπτουν από μία ενδογενή διαταραχή του μηχανισμού ύπνου/εγρήγορσης που συχνά επιπλέκεται από διαταραχές συμπεριφοράς. Η εργασία σε κυκλικό ωράριο αποτελεί πλέον ένα συνηθισμένο τρόπο εργασίας στο Δυτικό κόσμο, με ορατό τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής ύπνου οφειλόμενη σε εργασία σε βάρδιες. Εντοπίζεται σε άτομα που εργάζονται τη νύχτα, ξεκινούν την εργασία τους νωρίς το πρωί (μεταξύ 4 πμ και 7 πμ) ή εργάζονται σε κυκλικές βάρδιες και εμφανίζεται με σοβαρότερα συμπτώματα από τις απλές διαταραχές του ύπνου (1).

Τα επίσημα στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ εκτιμούν ότι περίπου 22 εκατομμύρια άτομα εργάζονται σε βάρδιες. Από αυτά, τα 3.8 εκ. εργάζονται σταθερά σε νυκτερινή βάρδια, ενώ στα 3.3 εκ. η νυκτερινή βάρδια αποτελεί σταθερό μέρος ενός κυκλικού ωραρίου. Οι μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 1/3 των εργαζομένων σε βάρδιες εμφανίζει συμπτωματολογία σχετική με τον ύπνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε εργαζόμενους σε πρωινό ωράριο είναι κάτω του 20% (2). Ο επιπολασμός της διαταραχής ύπνου οφειλόμενης σε εργασία σε βάρδιες υπολογίζεται περίπου στο 20% των εργαζομένων σε βάρδιες (3), το οποίο αναγόμενο στο γενικό πληθυσμό αντιστοιχεί στο 1%, ενώ οι μελέτες των ιατρείων ύπνου δίνουν ποσοστό 2-5% (1, 4).

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ότι έχει αυξηθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με την επίδραση των διαταραχών ύπνου στην ποιότητα ζωής και συγκεκριμένα στις διαστάσεις της καθημερινής λειτουργικότητας, της ποιότητας του ύπνου, της νευρο-γνωστικής λειτουργικότητας και των κοινωνικών σχέσεων, της ποιότητας ζωής γενικότερα, καθώς επίσης και των οικονομικών συνεπειών, δεδομένου ότι πλέον αποτελεί ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας (5, 6). Παρόλα αυτά, άξιοαναφοράς είναι το γεγονός ότι στο παρελθόν υπήρχε περιορισμένος αριθμός σχετικών ερευνών με αποτέλεσμα ο Οργανισμός Παγκόσμιας Υγείας να προτείνει να διεξαχθούν περισσότερες ερευνητικές μελέτες σχετικά με την αϋπνία και την ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life - HRQOL), δεδομένου πως η τελευταία φαίνεται να αποτελεί τον πιο ακριβή τρόπο εκτίμησης των επιπτώσεων των διαταραχών του

ύπνου (7, 8).

Σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της ποιότητας ύπνου και της ποιότητας ζωής νοσηλευτών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας, καθώς και τη σχέση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών χαρακτηριστικών με τις διαταραχές του ύπνου και την ποιότητα ζωής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος είναι μια φυσικά επαναλαμβανόμενη κατάσταση του νου και του σώματος, που χαρακτηρίζεται από αλλοιωμένη συνείδηση, σχετικά ανεσταλμένη αισθητική δραστηριότητα, καταστολή σχεδόν όλων των δραστηριοτήτων των γραμμωτών μυών και μειωμένες αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον. Διαφέρει από την κατάσταση εγρήγορσης/αφύπνισης από τη μειωμένη ικανότητα αντίδρασης στα ερεθίσματα, αλλά αντιστρέφεται ευκολότερα από την κατάσταση της ύπαρξης κώματος. Ο ύπνος εμφανίζεται σε επαναλαμβανόμενες περιόδους, στις οποίες το σώμα εναλλάσσεται μεταξύ δύο ξεχωριστών τύπων τον ύπνο REM (Rapid Eye Movement ή REM) και τον ύπνο βραδέων κυμάτων (NREM) (9).

Παρόλο που ο τύπος REM σημαίνει "γρήγορη κίνηση των ματιών", αυτός ο τρόπος ύπνου έχει πολλές άλλες πτυχές, συμπεριλαμβανομένης της εικονικής παράλυσης του σώματος. Ένα γνωστό χαρακτηριστικό του ύπνου είναι το όνειρο, μια εμπειρία που αναπαριστάται συνήθως σε αφηγηματική μορφή και αναπαριστά την πραγματικότητα ενώ βρίσκεται σε εξέλιξη, αλλά που συνήθως αργότερα διακρίνεται ως φαντασία (10).

Κατά τη διάρκεια του ύπνου, τα περισσότερα από τα συστήματα του σώματος βρίσκονται σε αναβολική κατάσταση, βοηθώντας στην αποκατάσταση του ανοσοποιητικού, νευρικού, σκελετικού και μυϊκού συστήματος. Αυτές είναι ζωτικές διαδικασίες που ρυθμίζουν τη διάθεση, τη μνήμη και τις γνωστικές επιδόσεις και παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος (11). Το εσωτερικό κερκάρδιο ρολόι ρυθμίζει την κυλιόμενη διαδοχή ύπνου και αφύπνισης καθημερινά και κυρίως τις νυχτερινές ώρες. Οι διάφοροι σκοποί και οι μηχανισμοί του ύπνου αποτελούν αντικείμενο ουσιαστικής συνεχιζόμενης έρευνας (12). Η έλευση του τεχνητού φωτός έχει αλλάξει ουσιαστικά τον χρόνο του ύπνου στις βιομηχανικές χώρες (13).

1.2. ΣΤΑΔΙΑ ΥΠΝΟΥ

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι ύπνου: ο ύπνος τύπου REM, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ταχεία κίνηση των οφθαλμών, και ο ύπνος βραδέων κυμάτων (NREM), ο οποίος έχει τρία διαφορετικά στάδια. Ο καθένας συνδέεται με συγκεκριμένα εγκεφαλικά κύματα και νευρωνική δραστηριότητα. Η εναλλαγή των σταδίων των NREM και REM ύπνου μπορεί να συμβεί αρκετές φορές κατά τη διάρκεια μιας τυπικής νύχτας, με ολοένα και μεγαλύτερες, βαθύτερες περιόδους REM να καταγράφονται προς τις πρωινές ώρες (14). Η σταδιοποίηση του ύπνου γίνεται με την χρήση ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ).

Στάδιο 1: το 1^ο στάδιο του NREM είναι η μετάβαση από την αφύπνιση στον ύπνο. Κατά τη διάρκεια αυτής της σύντομης περιόδου σχετικά χαμηλού ύπνου (διαρκείας αρκετών λεπτών), ο καρδιακός παλμός, η αναπνοή και οι κινήσεις των ματιών επιβραδύνουν και οι μύες του σώματος χαλαρώνουν με περιστασιακές συσπάσεις. Τα κύματα του εγκεφάλου αρχίζουν να επιβραδύνουν σε σχέση με την κινητικότητα τους κατά την διάρκεια της ημέρας (15).

Στάδιο 2: το 2^ο στάδιο του NREM ύπνου είναι μια περίοδος ελαφρού ύπνου πριν την είσοδο του οργανισμού στον βαθύτερο ύπνο. Ο καρδιακός παλμός και η αναπνοή μειώνονται ακόμα περισσότερο και οι μύες χαλαρώνουν ακόμα περισσότερο. Η θερμοκρασία του σώματος επίσης μειώνεται και οι κινήσεις των ματιών σταματούν. Η δραστηριότητα των κυμάτων του εγκεφάλου επιβραδύνεται αλλά χαρακτηρίζεται από σύντομες εκρήξεις ηλεκτρικής δραστηριότητας (15).

Στάδιο 3: το 3^ο στάδιο του NREM είναι το διάστημα βαθύ ύπνου που το σώμα χρησιμοποιεί για την ανανέωση και την ανάκαμψή του. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερες περιόδους κατά το πρώτο μισό της νύχτας. Ο καρδιακός παλμός και η αναπνοή φτάνουν στα χαμηλότερα επίπεδα που καταγράφονται κατά τη διάρκεια του ύπνου. Οι μύες παραμένουν χαλαροί και το άτομο δεν έχει μεγάλη αίσθηση του περιβάλλοντος και είναι δυσκολότερο για τον άνθρωπο να διεγερθεί από το στάδιο αυτό. Τα κύματα του εγκεφάλου γίνονται ακόμη πιο αργά (15).

Ο ύπνος REM αρχικά εμφανίζεται περίπου 90 λεπτά μετά τον ύπνο. Τα μάτια εκτελούν γρήγορες παλίνδρομες γραμμικές κινήσεις πίσω από τα κλειστά βλέφαρα. Η δραστηριότητα ανάμεικτης συχνότητας του εγκεφαλικού κύματος είναι παραπλήσια της εγκεφαλικής δραστηριότητας που καταγράφεται κατά την αφύπνιση/διέγερση. Η αναπνοή γίνεται ταχύτερη και πιο ακανόνιστη, ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται σε επίπεδα σχεδόν αφυπνιστικά. Τα περισσότερα από τα όνειρά συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, αν και μερικά μπορεί επίσης να εμφανιστούν κατά τον NREM. Οι μύες των άκρων παραλύουν προσωρινά, πράγμα που εμποδίζει την υπερδιέγερση του ατόμου κατά το στάδιο των ονείρων. Ο μέσος άνθρωπος κατά την ηλικιακή αύξηση παρουσιάζει μικρότερα διαστήματα REM (15).

1.2. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος είναι εξαιρετικά σημαντικός για την υγεία του ανθρώπου, ίσως τόσο σημαντικός όσο η καλή διατροφή, η άσκηση και η υγιεινή. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια, ο ανθρώπινος τρόπος ζωής και το επιβαρυνόμενο περιβάλλον παρεμβαίνει στα φυσικά μοτίβα ύπνου. Οι άνθρωποι κοιμούνται πλέον λιγότερο από ό,τι έκαναν στο παρελθόν και η ποιότητα του ύπνου μειώθηκε επίσης (16). Ο ύπνος είναι απαραίτητος για την υγεία και την ευημερία ενός ατόμου. Ωστόσο, εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν αρκετό ύπνο και πολλοί πάσχουν από έλλειψη ύπνου. Για παράδειγμα, έρευνες που διεξήχθησαν από το National Sleep Foundation (NSF) αποκαλύπτουν ότι τουλάχιστον 40 εκατομμύρια Αμερικανοί πάσχουν από περισσότερες από 70 διαφορετικές διαταραχές ύπνου και το 60% των ενηλίκων αναφέρουν ότι έχουν προβλήματα ύπνου μερικές νύχτες εβδομαδιαίως ή και για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (17). Οι βασικότεροι λόγοι για τους οποίους ο καλός ύπνος είναι ευεργετικός για την υγεία, συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: Τομείς της ανθρώπινης υγείας που επηρεάζονται από την ποιότητα του ύπνου

1	Κακή ποιότητα ύπνου μπορεί να συμβάλει στην αύξηση σωματικού βάρους και ΔΜΣ
2	Άτομα που έχουν αυξημένα επίπεδα ποιότητας ύπνου τείνουν να τρώνε λιγότερες θερμίδες
3	Ο καλός ύπνος μπορεί να βελτιώσει τη συγκέντρωση και την παραγωγικότητα
4	Άνθρωποι που δεν έχουν καλή ποιότητα ύπνου παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακής νόσου και εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου
5	Ο ύπνος επηρεάζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης και μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση διαβήτη τύπου 2
6	Ο ύπνος βελτιώνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος
7	Ο κακός ύπνος συνδέεται με αυξημένη εμφάνιση φλεγμονωδών παθήσεων και την χαμηλότερη ταχύτητα ίασης τους
8	Η κακή ποιότητα ύπνου μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία αφού συνδέεται με την κατάθλιψη
9	Ο ύπνος επηρεάζει τα συναισθήματα και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις
10	Ο ύπνος μειώνει το άγχος

Πηγή: American Psychological Association, 2018

1.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΝΟΥ

Η ποιότητα του ύπνου μπορεί να αξιολογηθεί από αντικειμενική και υποκειμενική άποψη. Η αντικειμενική ποιότητα ύπνου αναφέρεται στο πόσο δύσκολο είναι για ένα άτομο να κοιμηθεί και να παραμείνει σε κατάσταση ύπνου και πόσες φορές ξυπνάει κατά τη διάρκεια μιας μόνο νύχτας. Η κακή ποιότητα του ύπνου διαταράσσει τον κύκλο της μετάβασης μεταξύ των διαφόρων σταδίων του ύπνου (18). Η υποκειμενική ποιότητα του ύπνου αναφέρεται σε μια αίσθηση ανάπαυσης και αναζωογόνησης μετά την αφύπνιση από τον ύπνο. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι άτομα που έπασχαν από αϋπνίες παρουσίασαν μεγαλύτερες δυσκολίες κατά την διαδικασία αξιολόγησης σχετικά με την ποιότητα του ύπνου σε σύγκριση με άτομα που δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα ύπνου (19).

Η ομοιοστατική τάση ύπνου (η οποία εκφράζεται με αυξημένη διάθεση για ύπνο μετά από στέρηση του ύπνου και με ελαττωμένη διάθεση κατά τη διάρκεια του ύπνου ή μετά από επαρκή ύπνο) πρέπει να εξισορροπηθεί με το κικκάδιο ρολόι για ικανοποιητικό ύπνο (20). Η ομοιοστατική τάση και σε συνδυασμό με τα μηνύματα που προέρχονται από το κικκάδιο ρολόι, ρυθμίζουν την ανάγκη του σώματος για ύπνο (9). Για παράδειγμα, ένα άτομο που ξυπνά τακτικά νωρίς το πρωί δεν θα μπορεί γενικά να κοιμηθεί πολύ αργότερα από το φυσιολογικό του ξύπνημα, ακόμα και αν υποστεί μέτρια στέρηση ύπνου. Ο χρονισμός είναι σωστός όταν οι ακόλουθοι δύο κικκάδιοι παράγοντες παρατηρούνται στην μέση του διαστήματος του ύπνου και πριν από την αφύπνιση: μέγιστη συγκέντρωση της ορμόνης μελατονίνης και ελάχιστη θερμοκρασία σώματος πυρήνα (21).

Η αξιολόγηση του ύπνου γίνεται με την βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων μελετών που ονομάζονται μελέτες ύπνου. Οι μελέτες ύπνου έχουν σχεδιαστεί με σκοπό να καθορίσουν αν ένα άτομο που παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα κατά τη διάρκεια του ύπνου και των ωρών αφύπνισης πάσχει από κάποια παθολογική κατάσταση η οποία μπορεί να θεραπευτεί ή ακόμα και αν υπάρχει κάποια υποκείμενη παθολογία κατά τη διάρκεια της νύχτας που μπορεί να προκαλεί προβλήματα στη διάρκεια της ημέρας (22). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εξετάζονται τα πιθανά αίτια και τα συμπτώματα στη ζωή ενός ατόμου που μπορεί να δικαιολογούν μια μελέτη ύπνου.

Τέτοια συμπτώματα μπορεί να συμπεριλαμβάνουν το ροχαλητό το βράδυ, το αίσθημα υπνηλίας κατά την διάρκεια της ημέρας και ιδιαίτερα μετά από επαρκή ύπνο, την αδικαιολόγητη ή υπερβολική κόπωση, παρουσία άπνοιας (διακοπών της αναπνοής κατά τον ύπνο), αϋπνία (αδυναμία ύπνου ή ισόμνια), ναρκοληψία (ξαφνική έναρξη ύπνου), σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (ένα σύνδρομο που προκαλεί δυσάρεστες αισθήσεις στα πόδια) (23).

Ο ιατρικός όρος για τη μελέτη αυτή είναι η «πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου», η οποία είναι μια μη επεμβατική, χωρίς πόνο διαδικασία που συνήθως απαιτεί την διανυκτέρευση σε κάποια κλινική μελέτης ύπνου, αν και δεν είναι ασυνήθιστο η μελέτη να διεξαχθεί σε χώρο επιλεγμένο από τον ασθενή (για παράδειγμα στην οικία του ασθενούς) (24).

Κατά τη διάρκεια μιας μελέτης ύπνου, γίνεται καταγραφή πολλαπλών βιολογικών λειτουργιών κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως το επίπεδο οξυγόνου στα αιμοφόρα αγγεία (οξυμετρία), η εγκεφαλική δραστηριότητα (εγκεφαλογράφημα), η οφθαλμική κίνηση (ηλεκτροοφθαλμογράφημα), ο μυϊκός τόνος (ηλεκτρομυελόγραμμα), ο καρδιακός ρυθμός (ηλεκτροκαρδιογράφημα) και η αναπνοή μέσω ηλεκτροδίων και οθονών που τοποθετούνται στο κεφάλι, στο στήθος και στα πόδια. Μετά την καταγραφή ενός πλήρους νυχτερινού ύπνου, τα δεδομένα καταγράφονται από έναν τεχνολόγο και παρουσιάζονται σε έναν γιατρό για ερμηνεία. Ανάλογα με τις εντολές του γιατρού, οι ασθενείς μπορούν να λάβουν θεραπεία κατά τη διάρκεια της μελέτης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, οξυγόνο ή μια συσκευή που ονομάζεται συνεχής θετική θεραπεία πίεσης αεραγωγών ή CPAP (24).

Συνολικά, μια δοκιμή ύπνου θα μετρήσει:

- Λανθάνουσα κατάσταση ύπνου: ο χρόνος που χρειάζεται για να αποκοιμηθεί
- Διάρκεια ύπνου: η χρονική περίοδος που ένα άτομο παραμένει κοιμισμένο
- Αποδοτικότητα ύπνου: ο λόγος του συνολικού χρόνου κατά τον οποίο ένα άτομο είναι κοιμισμένο προς τον συνολικό χρόνο κατά τον οποίο το άτομο βρίσκεται ξαπλωμένο στο κρεβάτι (24).
- Μοτίβο αναπνοής: ο αριθμός και το βάθος των αναπνοών

- Οφθαλμική κίνηση: ο αριθμός των κινήσεων των ματιών και η συχνότητα ή η ταχύτητά τους
- Δραστηριότητα εγκεφάλου: τα ηλεκτρικά ρεύματα του εγκεφάλου
- Μετακίνηση των άκρων: ο αριθμός και η ένταση των κινήσεων
- Καρδιακός ρυθμός: καρδιακή λειτουργία
- Κορεσμός αιμοσφαιρίνης: το ποσοστό του οξυγόνου που είναι συνδεδεμένο με την αιμοσφαιρίνη στο αίμα
- Ισορροπία οξέων και βάσεων στο γαστρεντερικό σύστημα: η ποσότητα του οξέος που εκκρίνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου (24).

Μια εναλλακτική μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου είναι και η κινησιογραφία (actigraphy), η οποία είναι μια απλή και καθόλου κοστοβόρα τεχνική. Ο κινησιογράφος του καρπού μοιάζει με ένα μικρό ρολόι χειρός και περιέχει μια συσκευή, η οποία είναι ευαίσθητη στις κινήσεις, ένα τσιπ μνήμης και μια μπαταρία. Οι κινήσεις ανιχνεύονται και καταγράφονται από το τσιπ μνήμης και το σχετικό διάγραμμα μπορεί να δημιουργηθεί εύκολα, ανά πάσα στιγμή. Η ιδέα είναι ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου μόνο λίγες κινήσεις θα ανιχνευθούν σε αντίθεση με τις περιόδους αφύπνισης. Το τσιπ μνήμης μπορεί να διαβαστεί μέσω μιας απλής συσκευής και το ιστόγραμμα να σχεδιαστεί χρησιμοποιώντας έναν κανονικό ή φορητό υπολογιστή ή tablet (25). Οι παράμετροι, όπως ο χρόνος στο κρεβάτι, ο συνολικός χρόνος ύπνου, η λανθάνουσα κατάσταση του ύπνου, οι αφυπνίσεις και η διάρκεια τους, καθώς και τα διαστήματα ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, υπολογίζονται και εμφανίζονται αυτόματα. Δεδομένου ότι απαιτείται μόνο μικρή ισχύς, ο κινησιογράφος μπορεί να καταγράφει συνεχώς μακρά χρονικά διαστήματα, τα οποία μπορεί να είναι μεγαλύτερα από 1 μήνα σε περίπτωση που η δημιουργία του ιστογράμματος γίνεται με δεδομένα που επιλέγονται συντηρητικά, για παράδειγμα κάθε λεπτό. Οι σημερινοί κινησιογράφοι καταγράφουν την ένταση του φωτός και κάποια εξελιγμένα μοντέλα καταγράφουν ακόμη και άλλες παραμέτρους, όπως τη συχνότητα της καρδιάς (25). Τα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τη μελέτη ύπνου σε εργαστήριο είναι προφανή:

- είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί εντός και εκτός κλινικών εγκαταστάσεων
- χαμηλό κόστος
- χωρίς περιορισμούς για τον ασθενή
- επισκόπηση μιας μακράς περιόδου με μια ματιά στο ιστόγραμμα και την ποσοτικοποίηση των σημαντικών παραμέτρων του ύπνου και αφύπνισης κατά την ίδια περίοδο.

Το μειονέκτημα έγκειται στο γεγονός ότι οι ενδείξεις μικρής δραστηριότητας αντιπροσωπεύουν διαστήματα ύπνου, το οποίο μπορεί να είναι παραπλανητικό, αφού μπορεί να προσμετρήσουν και διαστήματα απλής σωματικής ανάπαυσης που δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα διαστήματα ύπνου. Επίσης παρουσιάζεται έλλειψη δεδομένων σχετικά με τα στάδια του ύπνου, τις συνοδευτικές διαταραχές αναπνοής (π.χ. άπνοια ύπνου) ή μη φυσιολογικές κινήσεις, όπως οι περιοδικές κινήσεις των άκρων κλπ (25).

Οι πιο δημοφιλείς μορφές κινησιογραφίας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα επιταχυνσιόμετρα στον ένα (Uniaxial accelerometers) και στους τρεις άξονες (triaxial accelerometers). Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευθεί πολλαπλές μελέτες σχετικά με την εγκυρότητα της κινησιογραφίας του καρπού (wristactigraphy).

Οι τεχνολογικές εξελίξεις στα επιταχυνσιόμετρα τα τελευταία χρόνια επιτρέπουν τώρα τη συλλογή δεδομένων υψηλής ευκρίνειας σε καθολικές μονάδες βαρυτικής επιτάχυνσης. Αυτός ο τύπος δεδομένων, ο οποίος αναφέρεται επίσης ως ακατέργαστη επιταχυνσιομέτρηση, αυξάνει την αναλυτική ελευθερία και είναι περισσότερο επιδεκτικός στη μεθοδολογική συνοχή μεταξύ των μελετών (26). Η εκδοχή τέτοιων επιταχυνσιόμετρων που χρησιμοποιούνται στον καρπό έχει γίνει δημοφιλής, ειδικά σε μελέτες μεγάλου πληθυσμού (27), καθώς η συμμόρφωση είναι ίση ή καλύτερη από τις συσκευές που φοριούνται στη μέση (26, 28, 29) και επιτρέπει την εκτίμηση τόσο της σωματικής δραστηριότητας όσο και του ύπνου. Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι αλγόριθμοι για την εξαγωγή μεταβλητών φυσικής δραστηριότητας από δεδομένα επιταχυνσιόμετρου (26).

Τα πληρέστερα δεδομένα ύπνου και φυσικής δραστηριότητας μπορούν να ανακτηθούν με τη χρήση επιταχυνσιόμετρο ισχίου. Αν και τα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με την ακρίβεια και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μελετών ύπνου με επιταχυνσιόμετρο ισχίου είναι ακόμα σχετικά περιορισμένα, υποδεικνύουν ότι ένα επιταχυνσιόμετρο ισχίου μπορεί να είναι ένας οικονομικά αποδοτικός τρόπος συλλογής δεδομένων σχετικά με την σωματική δραστηριότητα και τον ύπνο του ασθενούς, ταυτόχρονα σε άτομα όλων των ηλικιών και ιδιαίτερα σε παιδιατρικούς ασθενείς (30).

Η κλίμακα Pittsburgh για την Ποιότητα Ύπνου (Pittsburgh Sleep Quality Index ή PSQI) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που επίσης αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου για το χρονικό διάστημα ενός μηνός. Η κλίμακα αποτελείται από 19 μεμονωμένα στοιχεία, δημιουργώντας 7 στοιχεία που παράγουν ένα συνολικό σκορ και διαρκεί 5-10 λεπτά για να ολοκληρωθεί (31). Αναπτύχθηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Pittsburgh με σκοπό την δημιουργία ενός τυποποιημένου ερωτηματολογίου σχετικά με τον ύπνο, που θα χρησιμοποιούνταν από κλινικούς και ερευνητές για την διάγνωση διαταραχών του ύπνου, για τον λόγο αυτό έχει ζυγοσταθμιστεί για πολλαπλούς πληθυσμούς (32). Οι κλινικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι το PSQI είναι αξιόπιστο και έγκυρο στην αξιολόγηση των προβλημάτων ύπνου σε κάποιο βαθμό, αλλά περισσότερο με αυτοαναφερόμενα προβλήματα ύπνου και συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη παρά με ακτιγραφικά μέτρα (33). Το PSQI παρουσιάζει τα ίδια προβλήματα και περιορισμούς με άλλα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα μπορούν εύκολα να υπερβάλλονται ή να ελαχιστοποιούνται από το άτομο που τα συμπληρώνει. Όπως όλα τα ερωτηματολόγια, ο τρόπος με τον οποίο το όργανο χορηγείται μπορεί να επηρεάσει την τελική βαθμολογία. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την διαπίστευση της επάρκειας του PSQI αναφορικά με τον καθορισμό των ψυχομετρικών μέτρων του ύπνου (31).

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως έχει αυξηθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με την επίδραση των διαταραχών ύπνου και ειδικά της αϋπνίας στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, έχουν μελετηθεί ευρέως οι επιπτώσεις των διαταραχών ύπνου στις διαστάσεις της καθημερινής λειτουργικότητας, την ποιότητα του ύπνου, την νευρογνωστική λειτουργικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις. Επίσης, δεδομένου ότι πλέον αποτελεί ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας έχουν εξετασθεί και οι οικονομικές συνέπειες του προβλήματος (34, 6). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως στο παρελθόν υπήρχε περιορισμένος αριθμός σχετικών ερευνών και έτσι, ο Οργανισμός Παγκόσμιας Υγείας είχε προτείνει να διεξαχθούν περισσότερες ερευνητικές μελέτες αναφορικά με την αϋπνία και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life - HRQOL). Αυτό συνέβη επειδή η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής φαίνεται να αποτελεί τον πιο ακριβή τρόπο εκτίμησης των επιπτώσεων των διαταραχών του ύπνου (7, 8).

Οι διαταραχές ύπνου, λοιπόν, φαίνεται πως είναι βασική αιτία της νοσηρότητας και της θνησιμότητας παγκοσμίως και μπορούν να μειώσουν τη λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής των ατόμων που έρχονται αντιμέτωποι με αυτές. Το νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικά εκείνο που εργάζεται με ακανόνιστες ή νυχτερινές βάρδιες, φαίνεται πως βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει διαταραχές ύπνου (35). Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη στοχεύει στον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ των διαταραχών ύπνου και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταξύ νοσηλευτών με κυκλικό ωράριο εργασίας.

2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής διαφοροποιείται από την μία κοινωνία στην άλλη, καθώς και από τον έναν άνθρωπο στον άλλο. Ωστόσο, υπάρχει μια κοινή συμφωνία στο ότι οι παρακάτω τομείς θα πρέπει να συγκαταλέγονται στην έννοια της ποιότητας της ζωής: η λειτουργική ικανότητα, οι διαμαρτυρίες για την ασθένεια και τη θεραπεία, και η επάρκεια της ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Ποιότητα Ζωής (World Health Organization of Quality of Life) έχει ορίσει την ποιότητα ζωής ως: *«την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιών στις οποίες ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες»*. Ο συγκεκριμένος ορισμός εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς εκτιμούν την ποιότητα ζωής τους από τη δική τους σκοπιά, δεδομένου ότι πρόκειται για μία υποκειμενική έννοια (36, 37).

Γενικότερα, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει την επίδοση και την ευχαρίστηση από τους κοινωνικούς ρόλους, τη σωματική υγεία, την πνευματική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και την ικανοποίηση με τη ζωή ή την ευεξία (38). Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις, όπως είναι η σωματική, πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, λοιπόν, αποτελεί ένα αδιάσπαστο τμήμα της συνολικής ποιότητας ζωής. Οι έννοιες αυτές, λοιπόν, συνδέονται στενά. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία θα μπορούσε να οριστεί ως η *"υποκειμενική αξιολόγηση του ίδιου του ασθενούς για τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας στον εαυτό του"* (36, 39). Επιπρόσθετα, η κοινωνική ευημερία είναι μία επίσης πολύπλοκη έννοια που αποτελείται από πολλές πτυχές, όπως είναι για παράδειγμα η αμοιβαία οικογενειακή υποστήριξη, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η φιλία, η οικονομική επάρκεια, η προσωπική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας της ιδιωτικής ζωής, η ατομική επιτυχία, η σεξουαλική ικανοποίηση και η φιλοσοφία ζωής (39).

Οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας έχουν χρησιμοποιήσει ευρέως την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την ευημερία, προκειμένου να μετρήσουν τις επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών, των θεραπειών και των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναπηριών. Η σημασία και η σπουδαιότητα, λοιπόν, της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής έγκειται στο γεγονός ότι βοηθά στην κατανόηση της γενικής ευημερίας

ενός ατόμου και του τρόπου με τον οποίο κάποιος μπορεί να επηρεαστεί από κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία (40). Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο, είναι το γεγονός ότι μια αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed αποκάλυψε ότι οι δημοσιεύσεις με τον όρο «Ποιότητα Ζωής» στον τίτλο ή τις περιλήψεις έχουν αυξηθεί περισσότερο από τρεις φορές από το 2001 έως το 2011 σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία, από το 1991 έως το 2001 (36, 39).

Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στις σημαντικές εξελίξεις που σημειώθηκαν στον τομέα της ιατρικής ως αποτέλεσμα των οποίων οι περισσότερες ασθένειες έχουν καταστεί θεραπεύσιμες, η διάρκεια και το προσδόκιμο ζωής έχουν αυξηθεί, και όλοι είναι πλέον σε θέση να ζήσουν με χρόνιες παθήσεις για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (41). Ακόμα, η γνώση των ασθενών για την ασθένειά τους, καθώς επίσης και το επίπεδο συμμετοχής στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους πιθανό να έχουν συνδράμει στην αύξηση του ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Εκτός από αυτό, όμως, φαίνεται πως και η αύξηση του ενδιαφέροντος για την ιδέα της "ιερότητας της ζωής" στον τομέα της ιατρικής έχει επίσης ενισχύσει το ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα της ζωής, συνοψίζοντας, λοιπόν, αναφέρεται στην ουσία στην αντίληψη των ατόμων για την αίσθηση ευημερίας συνολικά που νιώθουν βάσει της ικανότητάς τους να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας και την ικανοποίηση από σημαντικούς τομείς της ζωής. Επομένως, είναι ορθότερο να καθοριστεί σε σχέση με την αλληλεπίδραση με το ίδιο το άτομο (39).

Αξίζει να αναφερθεί πως πέραν των άμεσων εργαλείων μέτρησης για την υγεία του πληθυσμού, το προσδόκιμο ζωής και τις αιτίες θανάτου, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της κατάστασης υγείας στην ποιότητα ζωής. Μια σχετική έννοια με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι και η ευημερία, η οποία αξιολογεί τις θετικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, όπως τα θετικά συναισθήματα και την ικανοποίηση από τη ζωή (40).

Επί του παρόντος, τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται σε κλινικές δοκιμές για την πρόβλεψη της επιβίωσης, την ανταπόκριση στη θεραπεία και την εξέταση της ψυχικής δυσφορίας (42). Παρ' όλο που οι πρώτες μελέτες δεν χρησιμοποίησαν σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, πλέον φαίνεται πως υπάρχουν αρκετά έγκυρα εργαλεία μέτρησής της, τα οποία έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια (43). Σε

γενικές γραμμές, οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής μπορούν να ταξινομηθούν ως γενικές, όπως είναι το Medical Outcomes Study Short Form Survey SF-36 ή ο Δείκτης Ποιότητας Ζωής Missoula-VITAS (MVQOLI-15) που έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στην ελληνική γλώσσα (44) ή σε ειδικά εργαλεία για κάποια συγκεκριμένη ασθένεια (disease specific), όπως είναι το Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής του Καρκίνου του Μαστού (45).

Δεδομένου ότι οι γενικές κλίμακες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα λειτουργικών απωλειών και γενικών ασθενειών όσον αφορά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, εφαρμόζονται σε όλα τα τμήματα της κοινωνίας για όλες τις ασθένειες και είναι διαδεδομένα λόγω του ότι μπορούν και χρησιμοποιούνται σε διάφορες ιατρικές πρακτικές. Οι γενικές κλίμακες χωρίζονται επίσης σε δύο υποομάδες: το "Προφίλ υγείας" και τη "Μέτρηση χρησιμότητας". Τα προφίλ υγείας αποτελούνται από μία μόνο κλίμακα και αναλύουν διάφορες πτυχές της υγείας. Μπορεί να συγκρίνει διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις. Ένα πιθανό μειονέκτημα αυτών των κλιμάκων, όμως, είναι η μη ανταπόκριση στις μικρές αλλαγές. Από τις πιο δημοφιλείς γενικές κλίμακες μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι το SF-36, η κλίμακα για τη Ποιότητα Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Ποιότητα Ζωής (World Health Organization Quality of Life -WHOQOL), το Nottingham Health Profile, το Functional Limitations Profile (FLP) και το Sickness Impact Profile (39, 46, 47).

Οι υποκλίμακες χρησιμότητας (utility measurements) έχουν αναπτυχθεί υπό το πρίσμα διαφόρων θεωριών στον τομέα της οικονομίας της υγείας, και χρησιμοποιούνται για αναλύσεις χρησιμότητας κόστους και, κυρίως, για τον υπολογισμό των Ποιοτικώς Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (QALYS- Quality Adjusted Life Years). Μεταξύ των πιο συχνά χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέτρησης χρησιμότητας είναι το Europe Quality of Life Instrument, (EuroQol Instrument / EQ5-D) και το Health Utility Index (Health Utility Index-HUI). Ένα μειονέκτημα αυτών των κλιμάκων, είναι επίσης, πως όπως συμβαίνει με τα εργαλεία μέτρησης του προφίλ της υγείας, έτσι και αυτά αδυνατούν να εντοπίσουν μικρές αλλαγές. (39, 46, 47).

Από την άλλη πλευρά τα ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, είναι κλινικά ευαίσθητα και μπορούν να εντοπίσουν μικρές αλλαγές. Ωστόσο, το γεγονός τα ειδικά εργαλεία εξαρτώνται από την ομάδα ή την παρέμβαση στην οποία θα εφαρμοσθεί το εργαλείο μέτρησης, φαίνεται να αποτελεί ένα μειονέκτημα, ενώ δεν μπορεί να συγκρίνει και

διαφορετικές καταστάσεις, όπως την ποιότητα ζωής ασθενών με υπνική άπνοια σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Τέτοια εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικά σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού, όπως παιδιά, ηλικιωμένους ή ενήλικες. Μάλιστα, πλέον, υπάρχει ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σχεδόν για όλες τις ασθένειες, όπως την επιληψία, τον διαβήτη, την ρευματοειδή αρθρίτιδα, τις διάφορες μορφές καρκίνου, κ.α. (39, 46, 47).

2.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αξιοσημείωτη είναι μια πρόσφατη ερευνητική μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα από προκειμένου να εξετάσουν την επίδραση των βαρδιών στον ύπνο και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων σε τομείς της ιατρικής περίθαλψης. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος εργαζόμενοι του τομέα υγείας που δούλευαν είτε αποκλειστικά σε πρωινές βάρδιες είτε σε ακανόνιστο ωράριο. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το WHO-5 Well-Being Index (WHO-5), καθώς επίσης και ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό τους. Ακόμα, οι εργαζόμενοι που δούλευαν με βάρδιες συμπλήρωσαν επιπρόσθετα και το Shift Work Disorders Screening Questionnaire (SWDSQ) (48).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως οι εργαζόμενοι με βάρδιες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής, ενώ η διάρκεια και η συχνότητα των βαρδιών, μαζί με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων φάνηκε πως επηρεάζουν αρνητικά και τον ύπνο τους. Μάλιστα, αυτά τα προβλήματα ήταν πιο έντονα μεταξύ των εργαζομένων που είχαν ασταθές ωράριο εργασίας και βραδινές βάρδιες για περισσότερες από τρεις φορές την εβδομάδα. Ταυτόχρονα, τα προβλήματα βελτιώθηκαν όταν οι εργαζόμενοι εγκατέλειψαν το ακανόνιστο κυκλικό ωράριο εργασίας, υποδεικνύοντας την περιορισμένη ικανότητα του ανθρώπινου σώματος να προσαρμοστεί στις μεταβολές του κερκαδιανού ρυθμού (48).

Αντίστοιχα, σε μία παλαιότερη μελέτη που εξετάστηκε η συσχέτιση της ποιότητας του ύπνου με την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών νοσηλευτών που δουλεύουν σε βάρδιες, βρέθηκε ότι η φύση του συγκεκριμένου επαγγέλματος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τον ύπνο αντίστοιχα, ενώ και οι δύο μεταβλητές φάνηκε να συσχετίζονται μεταξύ τους. Ακριβέστερα, στη μελέτη αυτή έλαβαν μέρος 264 νοσηλευτές συνολικά. Το Pittsburg Sleep

Quality Index και το WHOQOL-bref χορηγήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής, αντίστοιχα. Όπως φάνηκε, λοιπόν, η εργασία νυχτερινής βάρδιας συσχετίστηκε με σοβαρή επιδείνωση τουλάχιστον ενός τομέα της ποιότητας του ύπνου ενώ τα προβλήματα ύπνου ήταν πιο συχνά στις γυναίκες (49).

Μία από τις εμπειρικές μελέτες που έχουν εξετάσει σε δείγμα νοσηλευτών τη σχέση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία ήταν αυτή των Zamanian et al. (35). Αυτή η συγχρονική μελέτη διεξήχθη με δείγμα 1.456 νοσηλευτές που εργάζονταν σε 11 νοσοκομεία στο Shiraz και την Τεχεράνη (Ιράν) το 2014. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, την ποιότητα του ύπνου και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ήταν το Pittsburg Sleep Quality Index (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989) και το Medical Outcomes Study Short Form-36 Survey (Montazeri, Goshtasebi, Vahdaninia & Gandek, 2005). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $30,81 \pm 7,8$ και η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (89,04%), ενώ οι περισσότεροι είχαν προβλήματα με τον ύπνο τους. Τα άτομα που μπορούσαν να κοιμηθούν πολλές ώρες, κοιμόντουσαν για περισσότερο από 9,8 ώρες κάθε νύχτα και έλαβαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής από τα άτομα που έκαναν ύπνο μικρής διάρκειας (<4,5 ώρες).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο ύπνος σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Ακόμα, ενίσχυσε την άποψη πως οι διαταραχές ύπνου, όπως η κακή ποιότητα και η βραχεία διάρκεια του ύπνου, συνδέονται αρνητικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, τονίζοντας έτσι, την αναγκαιότητα ανάπτυξης συστημικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος σε αυτόν τον πληθυσμό (35).

Άλλη μια έρευνα που εξέτασε την ποιότητα του ύπνου σε επαγγελματίες υγείας νοσοκομείου του Καρπενησίου, έδειξε ότι το συχνότερο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι ήταν αυτό της αϋπνίας, ενώ η ύπαρξη παιδιών φάνηκε να συσχετίζεται με τις διαταραχές ύπνου (52). Επιπλέον, μια άλλη μελέτη εξέτασαν τους παράγοντες που συνδέονται με τα προβλήματα ύπνου σε νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι οι γυναίκες

νοσηλεύτριες και το νοσηλευτικό προσωπικό με χρόνια κόπωση είχαν μεγαλύτερα προβλήματα ύπνου ανάμεσα στις βάρδιές τους. Μάλιστα, τα προβλήματα ύπνου ήταν μεγαλύτερα για όσων εργάζονταν στο συγκεκριμένο κλάδο για διάστημα μεγαλύτερο των 18 ετών και για εκείνους που είχαν μέλη στην οικογένειά τους, τα οποία έπρεπε να φροντίσουν. Έτσι, λοιπόν, όπως τονίζεται από τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι απαραίτητο να τροποποιείται το πρόγραμμα των βαρδιών σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων και τις προτιμήσεις τους προκειμένου να περιοριστούν τα προβλήματα ύπνου με τα οποία έρχονται συχνά αντιμέτωποι (53).

Επιπρόσθετα, σε έρευνα διεξήχθη μία βιβλιογραφική επισκόπηση προκειμένου να εξετάσουν τους παράγοντες ευαλωτότητας και τα αίτια που οδηγούν συχνά τους νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο στο να εμφανίσουν διαταραχές ύπνου. Ακόμα, στόχος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση αυτών των παραγόντων στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, καθώς και στην επαγγελματική τους ικανότητα και την υγεία τους, όπως και οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, της μελέτης αυτής ανέδειξαν το πρόβλημα των διαταραχών ύπνου λόγω του κυκλικού ωραρίου εργασίας, δεδομένου ότι συνδέονται με διαταραχές συμπεριφοράς, την πρόκληση ατυχημάτων και την αύξηση των ασθενειών. Μάλιστα, η ποιότητα ζωής των εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο φάνηκε να είναι φτωχότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ τα άτομα αυτά έχουν και μεγαλύτερο άγχος, νευρικότητα, δυσκολίες διαχείρισης των οικογενειακών υποχρεώσεων, και δυσκολίες στη κοινωνική ζωή (54).

Μία πρόσφατη ερευνητική μελέτη εξέτασε την αϋπνία και την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των 174 νοσηλευτών που εργάζονταν σε νοσοκομεία της κεντρικής Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι σχεδόν 3 στους 4 νοσηλευτές είχε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Μάλιστα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο χειρουργικό τμήμα και εκείνοι που είχαν πάνω από 4.5 νυχτερινές βάρδιες το μήνα παρουσίασαν και υψηλότερα επίπεδα αϋπνίας. Επίσης, όπως φάνηκε το σκορ της αϋπνίας συνδεόταν θετικά με τις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, την συναισθηματική εξουθένωση και την αποπροσωποποίηση και αρνητικά με την κλίμακα των προσωπικών επιτυχιών. Ακόμα, τα ευρήματα έδειξαν πως οι νεώτεροι σε ηλικία νοσηλευτές ήταν και πιο πιθανόν να εμφανίσουν αϋπνία. Όπως τονίστηκε, λοιπόν, και από τους ερευνητές,

φαίνεται ότι είναι σημαντικό να υπάρξουν ειδικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της αϋπνίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικά στις νεώτερες ηλικιακά ομάδες και σε αυτούς που εργάζονται στον χειρουργικό τομέα (55).

Επιπλέον, μια πιο πρόσφατη έρευνα εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου, την επαγγελματική κόπωση και την επίδοση στην εργασία σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε βάρδιες. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα του ύπνου και η επαγγελματική κόπωση συνδέονταν μεταξύ τους θετικά, ενώ οι γυναίκες φάνηκε να είναι πιο ευάλωτες στα προβλήματα ύπνου. Ακόμα, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντικά αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη επαγγελματική κόπωση που σχετίζεται με τον ασθενή και την επίδοση στην εργασία τους (56).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. ΣΤΟΧΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της ποιότητας ύπνου και της ποιότητας ζωής νοσηλευτών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας, καθώς και τη σχέση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών χαρακτηριστικών με τις διαταραχές του ύπνου και την ποιότητα ζωής.

Ειδικότερα, η παρούσα έρευνα εστιάζει στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποια τα επίπεδα ποιότητας ύπνου στους νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας του δείγματος;
2. Ποια τα επίπεδα ποιότητας ζωής στους νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας του δείγματος;
3. Υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας ύπνου και της ποιότητας ζωής;
4. Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών με την ποιότητα ύπνου;
5. Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών με την ποιότητα ζωής;

3.2. ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας εφαρμόστηκε η ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο Μαμάτσειο Νοσοκομείο Κοζάνης και ειδικότερα στο νοσηλευτικό προσωπικό που ακολουθεί το κυκλικό ωράριο κατά την εαρινή περίοδο του 2020. Για τις ανάγκες της έρευνας διασφαλίστηκε ότι δεν υπάρχει κανένας απολύτως κίνδυνος για τους νοσηλευτές και επίσης λήφθηκαν οι απαιτούμενες άδειες από τις αρμόδιες υπηρεσίες για την πραγματοποίηση της έρευνας οι οποίες παρατίθενται στο παράρτημα Ι.

Η συμμετοχή όλων των νοσηλευτών είναι εθελοντική, διασφαλιζόμενων όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Πριν τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου, η διαδικασία περιελάμβανε επιλογή – διαμόρφωση κατάλληλου ερωτηματολογίου και επίδοσή

του στους νοσηλευτές για να κρίνουν την κατανόησή του τόσο γραπτά όσο και προφορικά.

Κατόπιν της χρήσης του εργαλείου, ο προγραμματισμός είχε την επεξεργασία των αντληθέντων δεδομένων με περιγραφική στατιστική και την εξαγωγή συμπερασμάτων. Τα σχεδιασθέντα υλοποιήθηκαν χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, με περιορισμό της ερευνητικής περιοχής στο Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου “SPSS 23.0 for Windows”, εφαρμόζοντας τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής.

Η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, διάμεσος τιμή, σταθερή απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων έγινε με την Επαγωγική ανάλυση, η οποία περιελάμβανε τους παραμετρικούς ελέγχους T-test και Anova και τους μη παραμετρικούς ελέγχους Mann -Whitney και Kruskal -Wallis. Έγινε χρήση ακόμη του παραμετρικού ελέγχου συσχετίσεων Pearson (r) και του μη παραμετρικού ελέγχου συσχετίσεων Spearman (ρ). Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

3.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας αποτελείται από 3 μέρη τα οποία είναι:

- I. **Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά:** Η παρούσα ενότητα αναφέρεται στα προσωπικά στοιχεία του δείγματος των νοσηλευτών στα οποία συγκαταλέγονται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι επιπλέον σπουδές, η επαγγελματική εμπειρία σε έτη, εάν ακολουθούν ή όχι το κυκλικό ωράριο εργασίας και πόσες βάρδιες κάνουν.

II. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF (57,58): το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF που αποτελεί το επίσημο εργαλείο του οργανισμού για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF πρόκειται για μια συντομευμένη έκδοχή του 100 ερωτήσεων ερωτηματολογίου WHOQOL-100 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (57). Το WHOQOL-BREF είναι ένα απλό και εύχρηστο ερωτηματολόγιο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για την αξιολόγησή της ποιότητας ζωής, κατά αυτόν τον τρόπο η αποτελεσματικότητά του έχει κριθεί, ενώ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες στον κόσμο και μία από αυτές είναι και η ελληνική. Η μετάφραση, η στάθμιση και η πολιτισμική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου για την χορήγηση του στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από την ιατρική σχολή Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο ψυχιατρικό νοσοκομείο υπό την αιγίδα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (58). Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελείται από 26 ερωτήσεις και παρέχει πληροφορίες για τέσσερις τομείς που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Ο τομέας που αφορά την σωματική υγεία αποτελείται από τις ερωτήσεις: 3. (Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε;), 4. (Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;), 10. (Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;), 15. (Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείται μέσα και έξω από το σπίτι;), 16. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τον ύπνο σας;), 17. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας να φέρνετε σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;) και 18. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;) όπου δίνονται πληροφορίες για τον σωματικό πόνο που μπορεί να βιώνει το άτομο και κατά πόσο επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες, την ανάγκη του από φαρμακευτικές ουσίες και ιατρική βοήθεια, την ενέργεια και κόπωση, την κινητικότητα του, την ποιότητα ύπνου και την ικανότητα του για εργασία. Ο τομέας που αφορά την ψυχολογική υγεία του ερωτώμενου αποτελείται από τις ερωτήσεις: 5. (Πόσο πολύ απολαμβάνεται τη ζωή;), 6. (Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;), 7. (Πόσο

καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;),11. (Μπορείτε να αποδεχτείτε την εμφάνιση του σώματος σας;), 19. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τον εαυτό σας;) και 26. (Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;) όπου δίνονται πληροφορίες για τις προσωπικές πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την ζωή του, την συγκέντρωση του, την εικόνα σώματος – εμφάνισης, την αυτοεκτίμηση, την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων και πόσο συχνά αυτά εμφανίζονται. Ο τομέας που αφορά τις κοινωνικές σχέσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις: 20. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;), 21. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;) και 22. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;) όπου δίνονται πληροφορίες για τις προσωπικές σχέσεις του ερωτώμενου, την κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό του περιβάλλον και την σεξουαλική ζωή του. Ο τομέας που αφορά το περιβάλλον αποτελείται από τις ερωτήσεις: 8. (Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;), 9. (Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;), 12. (Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτεται τις ανάγκες σας;),13. (Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;), 14. (Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;), 23. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοικείτε;), 24. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;), 25. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείται;), όπου δίνονται πληροφορίες για την επάρκεια της καθημερινής ασφάλειας του ερωτώμενου, την υγιεινή στο χώρο που ζει, την οικονομική του κατάσταση, την επάρκεια στην πληροφόρηση, την δυνατότητα δημιουργίας και διασκέδασης, την ποιότητα κατοικίας, την περιθαλψη και τέλος τα μέσα μετακίνησης. Οι δύο πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δεν σχετίζονται με κάποιο τομέα αλλά δίνουν έναν γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής του ερωτώμενου και της γενικής κατάστασης υγείας του. Οι ερωτήσεις ακολουθούν την 5βάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 έως το 5, όπου το άτομο καλείται να τις απαντήσει αναλογιζόμενο τον εαυτό

του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες εκτός από τις δύο πρώτες ερωτήσεις.

III. Αξιολόγηση ποιότητας ύπνου (PSQI) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (59,60): η αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI, ελληνική έκδοση) (59, 60). Το PSQI απαρτίζεται από 19 ερωτήσεις αυτό - αξιολόγησης οι οποίες είναι χωρισμένες σε 7 θεματικούς τομείς, που εξετάζουν: την υποκειμενική ποιότητα του ύπνου τον λανθάνοντα χρόνο επέλευσης του ύπνου την αποδοτικότητα του ύπνου τις διαταραχές του ύπνου τη συνολική διάρκεια του ύπνου τον φαρμακευτικά υποβοηθούμενο ύπνο την ημερήσια δυσλειτουργία των ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και διαταραχές στην ποιότητα του ύπνου τους για διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός (59). Η κλίμακα βαθμολόγησης ανά ερώτηση κυμαίνεται από το 0-3. Η συνολική βαθμολογία για την ποιότητα του ύπνου μπορεί να κυμανθεί από το 0 (υψηλή ποιότητα ύπνου) έως 21 (χαμηλή ποιότητα του ύπνου). Ένας γενικός μέσος όρος βαθμολογίας μεγαλύτερος του 5 δηλώνει κακή ποιότητα ύπνου, και οι υψηλότερες βαθμολογίες φανερώνουν επιπλέον μείωση της ποιότητας του ύπνου (59).

3.4. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα έπρεπε, τουλάχιστον, να χαρακτηρίζει τον πληθυσμό ώστε να είναι αντιπροσωπευτικό και να οδηγεί σε αξιόπιστα αποτελέσματα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Μαμάτσειο Νοσοκομείο Κοζάνης με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου κατά την περίοδο Μαΐου – Ιουνίου. Μοιράστηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 70 (70% ποσοστό απόκρισης). Ειδικότερα, στην παθολογική κλινική μοιράστηκαν 30 και επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 23, στην χειρουργική δόθηκαν 20 και επεστράφησαν τα 15, στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών μοιράστηκαν 15 και επεστράφησαν τα 13, στη Στεφανιαία Μονάδα δόθηκαν 20 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν τα 12 και τέλος στην παιδιατρική μοιράστηκαν 15 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 7.

3.5. ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ,/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Καθώς το ερευνητικό εργαλείο είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με προσωπικά στοιχεία, ορισμένοι νοσηλευτές μπορεί να μην είναι απολύτως ειλικρινείς στις απαντήσεις τους και να προκαλούν αρνητική επίπτωση στα ευρήματα. Ωστόσο, ο βαθμός ειλικρίνειας των νοσηλευτών εκτιμάται ως υψηλός βάσει της ευρύτατης ανταπόκρισής τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που μαρτυρά προθυμία και το γεγονός ότι δεν προέκυψαν ζητήματα κατανόησης ή εμφάνισης φαινομένων δαπέδου ή οροφής.

Μια άλλη αδυναμία προέρχεται από τη μη επανάληψη της δειγματοληψίας, που συνεπάγεται πιθανότητα ανεπαρκούς διάρκειας παρατήρησης λόγω έλλειψης ικανού χρονικού διαστήματος. Εντούτοις, στις ποσοτικές έρευνες, η έλλειψη μετρήσεων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές δεν είναι σπάνια και, ως εκ τούτου, μπορεί να γίνει ανεκτή και εδώ.

Συνολικά, τυχόν δυσερμηνείες των δεδομένων εξαιτίας ανειλικρίνειας των ερωτώμενων, ετερογένειας του δείγματος, μη επαναλαμβανόμενης δειγματοληψίας και έλλειψης αρκετών ανεξάρτητων μεταβλητών περιορίζονται σημαντικά. Κατ' επέκταση, η περιγραφή του πληθυσμού από το δείγμα κρίνεται επαρκές και, σε συνδυασμό με την ικανοποιητική ποσότητα του δείγματος και την εγκυρότητα (και χρησιμότητα – καταλληλότητα) του ερευνητικού εργαλείου, τα ευρήματα της έρευνας δύνανται να γενικευθούν αξιόπιστα και έγκυρα στον γενικό πληθυσμό.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα (περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής) ενισχύεται από την οιονεί ποιοτική προσέγγιση που επιχειρείται με το είδος των στοιχείων Ποιότητας ύπνου και ποιότητας ζωής που, ναι μεν, μετρώνται ποσοτικά, αλλά αφορούν άμεσα στην ποιότητα, επιταχυνόμενης σε ένα βαθμό μιας αλληλοσυμπλήρωσης ποσοτικής – ποιοτικής μεθόδου. Περαιτέρω, τα ερευνητικά ερωτήματα είναι σαφή, η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων είναι τυπική, τα ερωτηματολόγια είναι σύντομα και, κατά συνέπεια, όχι κουραστικά και τα ερωτήματα αντανακλούν επαρκώς τα αξιολογούμενα αντικείμενα σε ποσότητα και είδος.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

4.1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N	%
ΦΥΛΟ		
ΑΝΤΡΑΣ	8	11,4
ΓΥΝΑΙΚΑ	62	88,6
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ		
25 ΕΩΣ 34 ΕΤΩΝ	8	11,4
35 ΕΩΣ 44 ΕΤΩΝ	34	48,6
45 ΕΩΣ 54 ΕΤΩΝ	25	35,7
55 ΚΑΙ ΑΝΩ	3	4,3
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
ΑΓΑΜΟΣ/Η	9	12,9
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	51	72,9
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	4	5,7
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	2	2,9
ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΗΡΕΙΑΣ	2	2,9
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	2	2,9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ	28	40
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕ	40	57,1
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΕ	2	2,9
ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΠΟΥΔΕΣ		
ΚΑΝΕΝΑ	65	92,9
ΜΑΣΤΕΡ	4	5,7
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ		
0-10	18	25,7
11-20	39	55,7
20-30	12	17,1
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ>30	1	1,4
ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	Μ.Ο.-Τ.Α.=6,13 ± 1,84 ΕΛΑΧ.-ΜΕΓ.=0-11	
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	Μ.Ο.-Τ.Α.=7,79 ± 2,70 ΕΛΑΧ.-ΜΕΓ.=3-15	
ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ	Μ.Ο.-Τ.Α.=2,87 ± 0,59 ΕΛΑΧ.-ΜΕΓ.=2-4	

Σύμφωνα με το πίνακα 1 και τη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων του δείγματος των νοσηλευτών της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία με 88,6% είναι γυναίκες και το 11,4% άντρες. Το 48,6% του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35 έως 44 ετών, το 35,7% είναι από 45 έως 54 ετών, το 11,4% είναι από 25 έως 34 ετών και 4,3% από 55 ετών και άνω. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση η συντριπτική πλειοψηφία με 72,9% δήλωσαν έγγαμοι με παιδιά, το 12,9% άγαμοι, το 5,7% έγγαμοι χωρίς παιδιά και από 2,9% αντίστοιχα διαζευγμένοι, σε κατάσταση χηρείας και σε συμβίωση. Ερωτώμενοι για το εκπαιδευτικό επίπεδο η πλειοψηφία με 57,1% δήλωσαν απόφοιτοι ΤΕ, το 40% απόφοιτοι ΔΕ και το 2,9% απόφοιτοι ΠΕ. Σχετικά με τις επιπλέον σπουδές η συντριπτική πλειοψηφία με 92,9% δεν κατέχει κάποιο άλλο πτυχίο και μόλις το 5,7% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Το 55,7% του δείγματος εργάζεται στο νοσοκομείο από 11 έως 20 χρόνια, το 25,7% έως 10 χρόνια, το 17,1% από 20 έως 30 χρόνια και το 1,4% περισσότερα από 30 χρόνια. Τέλος, όσον αφορά τις βάρδιες που πραγματοποιούν στις νυχτερινές βάρδιες προκύπτει μέσος όσος 6,13 (τυπική απόκλιση=1,84) και εύρος από 0 έως 11, στις απογευματινές βάρδιες καταγράφηκε μέσος όσος 7,79 (τυπική απόκλιση=2,70) και εύρος 3 έως 15 και σαββατοκύριακα καταγράφουν εύρος από 2 έως 4.

4.1.2. THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI) (ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με τις επτά (7) συνιστώσες (components) / τομείς (domains) της κλίμακας Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) για την ποιότητα του ύπνου και το σύνολο:

1. Υποκειμενική ποιότητα ύπνου (Subjective sleep quality)
2. Λανθάνουσα κατάσταση ύπνου (Sleep latency)
3. Διάρκεια ύπνου (Sleep duration)
4. Συνήθη λειτουργία του ύπνου (Habitual sleep efficiency)
5. Διαταραχές ύπνου (Sleep disturbances)
6. Χρήση φαρμάκων ύπνου (Use of sleep medication)

7. Δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Daytime dysfunction)
8. Σύνολο Ποιότητας Ύπνου

4.1.3.1. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ - SUBJECTIVE SLEEP QUALITY

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ (SUBJECTIVE SLEEP QUALITY)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς;

	N	%
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	13	18,6
ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΗ	30	42,9
ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΗ	25	35,7
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	2	2,9

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα της Υποκειμενικής ποιότητας ύπνου (Subjective sleep quality). Στην ερώτηση “Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς;” η πλειοψηφία με 42,9% δήλωσε “μάλλον καλή”, το 18,6% “πολύ καλή”, το 35,7% “μάλλον κακή” και το 2,9% “πολύ κακή”.

Η μέση τιμή της Υποκειμενικής ποιότητας ύπνου ανέρχεται στα 1,23 (σταθερή απόκλιση = 0,783) με εύρος από 0 έως 3 και τιμές που βρίσκονται κοντά στο 1 να δηλώνουν ότι καταγράφονται σημαντικές δυσκολίες στα επίπεδα υποκειμενικής ποιότητας ύπνου.

4.1.3.2. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΝΟΥ - SLEEP LATENCY

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΠΝΟΥ (SLEEP LATENCY)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
	≤15min	16-30 min	31-60 min	>60 min
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο χρόνο (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να αποκοιμηθείτε κάθε βράδυ;	20 (28, 6%)	34 (48,5%)	15 (21, 4%)	1 (1, 4%)
	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα	Μία η δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε εξαιτίας του ότι: α. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά	9 (12,9%)	17 (24,3%)	19 (27,1%)	25 (35,7%)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα της Λανθάνουσας κατάστασης ύπνου (Sleep latency). Στην ερώτηση "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο χρόνο (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να αποκοιμηθείτε κάθε βράδυ;" η πλειοψηφία με 48,5% απάντησε από 16 λεπτά έως 30, το 28, 6% λιγότερο από 15 λεπτά, το 21, 4% από 31 έως 60 λεπτά και 1,4% πάνω από μία ώρα. Στον παράγοντα "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε εξαιτίας του ότι: α. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά" η πλειοψηφία με 35,7% δήλωσε " Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα ", το 27,1% "Μία η δύο φορές τη βδομάδα ", το 24,3% " Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα " και το 12,9% "Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες".

Η μέση βαθμολογία Λανθάνουσας κατάστασης ύπνου (Sleep latency) ήταν 1,66, η τυπική απόκλιση ήταν 0,931, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 3. Σύμφωνα με τα παραπάνω η Λανθάνουσα κατάσταση ύπνου για το δείγμα μελέτης εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες.

4.1.3.3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΝΟΥ - SLEEP DURATION

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά τη νύχτα; (Αυτό μπορεί να είναι διαφορετικό από τον αριθμό των ωρών που ξοδέψατε στο κρεβάτι).

ΩΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΥΠΝΟΥ ΑΝΑ ΝΥΧΤΑ:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΝΟΥ (SLEEP DURATION)

	N	%
3,00	2	2,9
4,00	9	12,9
5,00	18	25,7
6,00	16	22,9
6,30	2	2,9
7,00	16	22,9
8,00	6	8,6
9,00	1	1,4
M.O±T.A=5,85±1,31		
MIN.-MAX.=3-9		

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα της Διάρκειας ύπνου (Sleep latency). Για την ερώτηση "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά τη νύχτα; (Αυτό μπορεί να είναι διαφορετικό από τον αριθμό των ωρών που ξοδέψατε στο

κρεβάτι) προκύπτει μέση τιμή 5,85 ώρες με τυπική απόκλιση 1,31 και εύρος από 3 έως 9 ώρες με την πλειοψηφία του δείγματος 25,7% να κοιμούνται 5 ώρες.

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση της συνιστώσας Διάρκεια ύπνου προκύπτει μέσος όρος 1,50 με σταθερή απόκλιση 0,891, και εύρος από 0 έως 3 διαπιστώνουμε ότι η Διάρκεια ύπνου για τους ερωτηθέντες του δείγματος δεν είναι σε καλά επίπεδα με αρκετούς να εμφανίζουν προβλήματα.

4.1.3.4. ΣΥΝΗΘΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΝΟΥ - SLEEP EFFICIENCY

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΣΥΝΗΘΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ (HABITUAL SLEEP EFFICIENCY)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
	>85%	75%-84%	65%-74%	<65%
(Σύνολο ωρών πραγματικού ύπνου)/(Σύνολο ωρών στο κρεβάτι) x 100	36 (52,8%)	13 (18,6%)	2 (2,9%)	18 (25,7%)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τη συνιστώσα της Συνήθους λειτουργίας του ύπνου (Habitual sleep efficiency). Η πλειοψηφία με 52,8% καταγράφει συνήθη λειτουργία άνω από 85%, το 18,6% των ερωτηθέντων από 75% έως 84%, το 2,9% από 65% έως 74% και το 25,7% κάτω από 65%.

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση της Συνήθους λειτουργίας του ύπνου προκύπτει μέσος όρος 1,01 με τυπική απόκλιση 1,26 και εύρος από 0 έως 3 όπου δηλώνει ότι καταγράφονται προβλήματα στη συνήθη αποδοτικότητα ύπνου των νοσηλευτών.

4.1.3.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ - SLEEP DISTURBANCE

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ (SLEEP DISTURBANCES)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα	Μία η δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε εξαιτίας του ότι:...				
β. Ξυπνούσατε στη μέση της νύχτας ή νωρίς το πρωί	11(15,7%)	21 (30%)	18 (25,7%)	20 (28,6%)
γ. Χρειαζόταν να σηκωθείτε για να χρησιμοποιήσετε την τουαλέτα;	27 (38,6%)	16 (22,9%)	18 (25,7%)	9 (12,9%)
δ. Δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε άνετα;	47 (67,1%)	13 (18,6%)	9 (12,9%)	1 (1,4%)
ε. Βήχατε ή ροχαλίζατε δυνατά;	42 (60%)	12 (17,1%)	12 (17,1%)	4 (5,7%)
στ. Αισθανόσασταν υπερβολικό κρύο;	40 (50,7%)	21 (30%)	8 (11,4%)	1 (1,4%)
ζ. Αισθανόσασταν υπερβολική ζέστη;	22 (31,4%)	23 (37,1%)	22 (31,4%)	0 (0%)
η. Βλέπατε άσχημα όνειρα;	36 (51,4%)	21 (30%)	10 (14,3%)	3 (4,3%)
θ. Πονούσατε;	25 (35,7%)	15 (21,4%)	22 (31,4%)	8 (11,4%)
ι. Άλλος λόγος (ή άλλοι λόγοι). Παρακαλούμε περιγράψτε	38 (54,3%)	7 (10%)	22 (31,4%)	3 (4,3%)

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα Διαταραχές ύπνου (Sleep disturbances). Στις 7 μεταβλητές το μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφεται στην επιλογή "Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες" και το χαμηλότερο ποσοστό ανιχνεύεται στην επιλογή "Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα".

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση των Διαταραχών του ύπνου προκύπτει μέσος όρος 1,26 με τυπική απόκλιση 0,50 και εύρος από 0 έως 3 όπου δηλώνει υψηλά επίπεδα των Διαταραχών του ύπνου για το δείγμα μελέτης.

4.1.3.6. ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ -USE OF SLEEP MEDICATION

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΥΠΝΟΥ (USE OF SLEEP MEDICATION)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα	Μία η δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;	56 (80%)	10 (14,3%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα της Χρήσης φαρμάκων ύπνου (Use of sleep medication). Στην ερώτηση "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;" η πλειοψηφία με 80% δήλωσε "Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες", το 10% απάντησε "Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα", το 2% "Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα" και το 2% "Μία η δύο φορές τη βδομάδα".

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση της Χρήσης φαρμάκων ύπνου προκύπτει μέσος όρος 0,29 με τυπική απόκλιση 0,69 και εύρος από 0 έως 3 όπου δηλώνει πολύ καλά επίπεδα της συνιστώσας για το δείγμα μελέτης.

4.1.3.7. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ - DAYTIME DYSFUNCTION

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ (DAYTIME DYSFUNCTION)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα	Μία η δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε προβλήματα να παραμείνετε ξύπνιος/α ενώ οδηγούσατε, τρώγατε ή συμμετείχατε σε μία κοινωνική δραστηριότητα;	41 (58,6%)	11 (15,7%)	17 (24,3%)	1 (1,4%)
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, κατά πόσο ήταν πρόβλημα για εσάς να διατηρήσετε αρκετό ενθουσιασμό για να κάνετε πράγματα και να ολοκληρώσετε δραστηριότητες;	25 (35,7%)	23 (32,9%)	19 (27,1%)	3 (4,3%)

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στην μελέτη αναφορικά με τη συνιστώσα της Δυσλειτουργίας κατά τη διάρκεια της ημέρας (Daytime dysfunction). Στην ερώτηση "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε προβλήματα να παραμείνετε ξύπνιος/α ενώ οδηγούσατε, τρώγατε ή συμμετείχατε σε μία κοινωνική δραστηριότητα;" η πλειοψηφία με 58,6% δήλωσε "Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες", το 15,7% απάντησε "Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα", το 24,3% "Μία η δύο φορές τη βδομάδα" και το 1,4% "Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα". Στην ερώτηση "Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, κατά πόσο ήταν πρόβλημα για εσάς να διατηρήσετε αρκετό ενθουσιασμό για να κάνετε πράγματα και να ολοκληρώσετε δραστηριότητες;" η πλειοψηφία με 35,7% δήλωσε "Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες", το

32,9% απάντησε "Λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα", το 27,1% "Μία η δύο φορές τη βδομάδα" και το 4,3% "Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα".

Σύμφωνα με τη βαθμολόγηση της Δυσλειτουργίας κατά τη διάρκεια της ημέρας προκύπτει μέσος όρος 1,03 με τυπική απόκλιση 0,77 και εύρος από 0 έως 3 όπου δηλώνει μειωμένα επίπεδα της συνιστώσας για το δείγμα μελέτης.

4.1.3.8. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ
(GLOBAL PSQI SCORE)**

Μ.Ο	8,68
Τ.Α	3,91
ΔΙΑΜΕΣΟΣ	8
ΕΛΑΧΙΣΤΟ	1
ΜΕΓΙΣΤΟ	18

Η μέση βαθμολογία ποιότητας ύπνου (Global PSQI Score) ήταν 8,68 η τυπική απόκλιση ήταν 3,91, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 18. Με δεδομένο ότι για την Κλίμακα Pittsburgh ένα γενικό σύνολο 5 ή μεγαλύτερο δηλώνει κακή Ποιότητα Ύπνου, και υψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν περαιτέρω πτώση της Ποιότητας του Ύπνου η μέση τιμή 8,68 καθώς και η διάμεσος 8 υποδηλώνουν κακή συνολική Ποιότητα Ύπνου για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μελέτης.

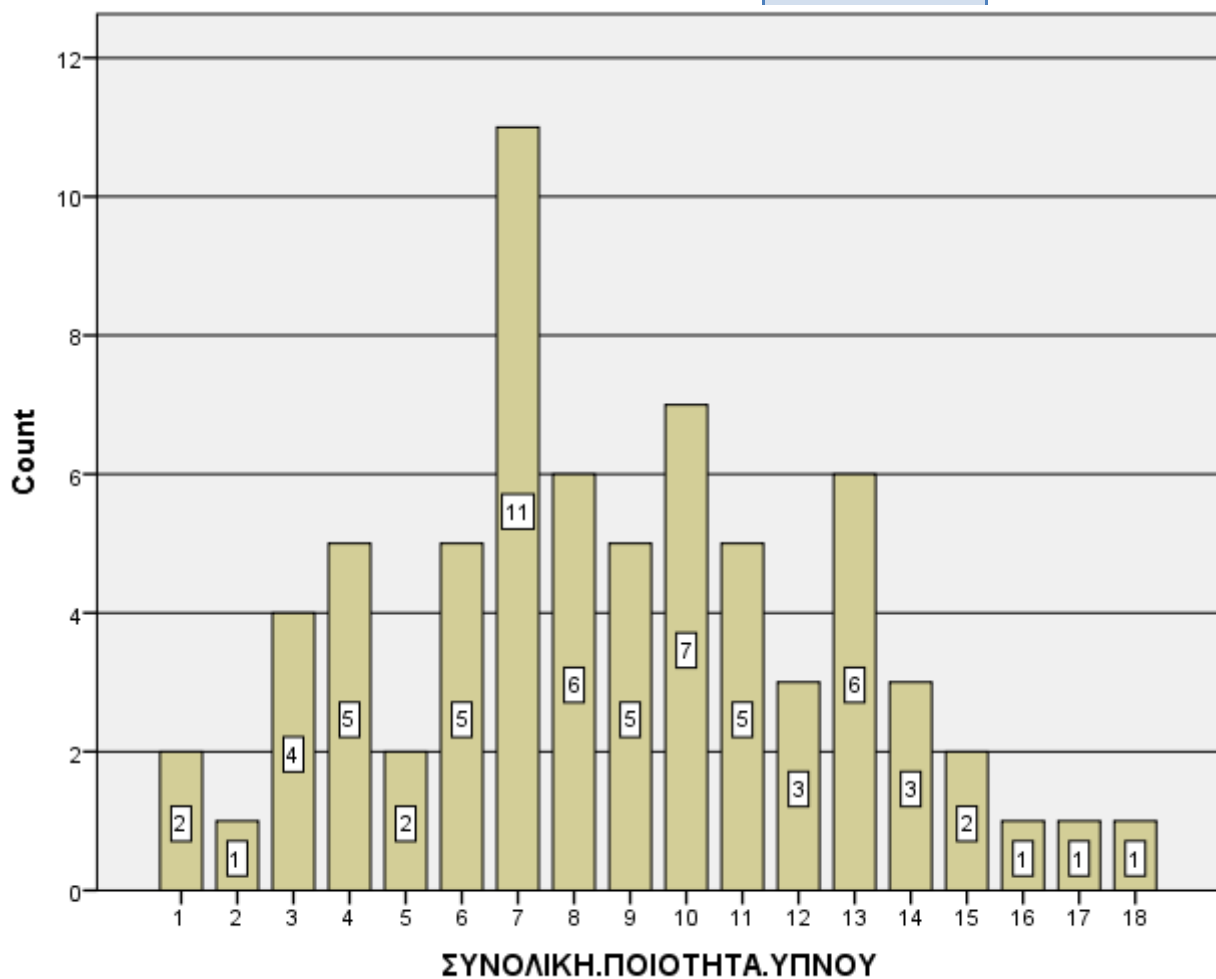
Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται η κατανομή της βαθμολογίας ποιότητας ύπνου αναφορικά με τους νοσηλευτές που σημείωσαν βαθμολογία από 5 και πάνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ

N (%)

Βαθμολογία από 5 και πάνω
("poor" sleeper)

58 (74, 8%)



ΣΧΗΜΑ 1: ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΛΥΤΩΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ (GLOBAL PSQI SCORE)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΑ	CRONBACH'S ALPHA	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ.Ο	Τ.Α
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ (ΚΛΙΜΑΚΑ WHOQOL-BREF)	0,907	8	18	13,17	2,60
Φυσική υγεία	0,753	8,89	17,33	13,78	1,94
Ψυχολογική υγεία	0,764	6,67	18,67	13,98	2,20
Κοινωνικές σχέσεις	0,784	8	19,20	14,13	2,66
Περιβάλλον	0,764	8	16,5	12,79	1,82
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	0,761	1	18	8,68	3,91

Στον πίνακα 12 καταγράφονται η αξιοπιστία και τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των Κλιμάκων της έρευνας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των Κλιμάκων εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's Alpha. Τιμή του συντελεστή α μεγαλύτερη του 0,70 χαρακτηρίζει ως πολύ καλή την αξιοπιστία των ερωτήσεων μιας κλίμακας. Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha των 4 παραγόντων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής είναι 0,753 για τη Φυσική Υγεία, 0,764 για τη Ψυχολογική Υγεία, 0,784 για τις Κοινωνικές Σχέσεις και 0,764 για το Περιβάλλον γεγονός που χαρακτηρίζει ως πολύ καλή την αξιοπιστία και την συνοχή των επιμέρους ερωτήσεων των διαστάσεων της Κλίμακας. Η αξιοπιστία για το σύνολο της Κλίμακας Ποιότητα Ύπνου είναι 0,761 χαρακτηρίζοντας την επίσης πολύ καλή αξιοπιστία.

Ελέγχοντας τα σκορ από τους παράγοντες Ποιότητας Ζωής βάση και των μέσων όρων διαπιστώνονται ιδιαίτερα καλά επίπεδα και στους τέσσερις παράγοντες αλλά και στο σύνολο ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, σε αντίθεση με την Ποιότητα Ύπνου η οποία στο σύνολό της υποδεικνύει σημαντικά προβλήματα.

4.2. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	0,095	70	0,191
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	0,089	70	0,200
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	0,108	70	0,043
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	0,169	70	0,000
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	0,160	70	0,000
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	0,174	70	0,000

Πραγματοποιώντας έλεγχο κανονικότητας διαπιστώθηκε ότι μόνο οι δυο κλίμακες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή η «Συνολική Ποιότητα Ύπνου» ($p=0,191$) και η «Φυσική Υγεία» ($p=0,200$). Για τις παραπάνω κλίμακες στην επαγωγική ανάλυση εφαρμόστηκε παραμετρική επεξεργασία των δεδομένων για την εξαγωγή των συσχετίσεων με τους ελέγχους t-Test, Anova και τον έλεγχο συσχέτισης Pearson (r). Για τις κλίμακες που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή πραγματοποιήθηκε μη παραμετρική ανάλυση με τους ελέγχους Mann-Whitney, Kruskal-Wallis και τον έλεγχο συσχέτισης Spearman (ρ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΕΛΕΧΓΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

(ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ)

		ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	r	0,221	-0,019	0,131
	p	0,070	0,875	0,285
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	-0,092	0,115	-0,246*
	p	0,456	0,350	0,043

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 και την ανάλυση συσχετίσεων των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος για τις κλίμακες που ακολουθούν την κανονική κατανομή διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της Φυσικής Υγείας με τον αριθμό των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές. Όσο μειώνονται τα σαβ/κα εργασία αυξάνεται η βαθμολόγηση της Φυσικής Υγείας και άρα μειώνονται τα επίπεδα της.

Δεν διαπιστώθηκαν συσχετίσεις με τη Συνολική Ποιότητα Ύπνου, τις νυχτερινές βάρδιες και τις απογευματινές βάρδιες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΕΛΕΧΓΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

(ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ)

		ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ	ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	rho	-0,065	0,187	-0,182
	p	0,598	0,127	0,138
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	rho	-0,138	0,304*	-0,055
	p	0,263	0,012	0,657
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	rho	-0,137	-0,085	-0,278*
	p	0,266	0,491	0,022
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	rho	-0,015	-0,052	-0,264*
	p	0,904	0,673	0,030

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15 και τις συσχετίσεις των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος για τις κλίμακες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των Κοινωνικών Σχέσεων με τις απογευματινές βάρδιες που ακολουθούν οι νοσηλευτές ($p=0,012$). Δηλαδή, όσο αυξάνονται οι απογευματινές βάρδιες των νοσηλευτών αυξάνονται τα επίπεδα Κοινωνικών Σχέσεων της ποιότητας ζωής τους.
- Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές με το Περιβάλλον εργασίας ($p=0,022$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα σαβ/κα εργασίας μειώνονται τα επίπεδα Περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές.
- Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων εργασίας των νοσηλευτών με το Σύνολο της Ποιότητας Ζωής ($p=0,030$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνονται τα σα/κα εργασίας των νοσηλευτών μειώνονται τα συνολικά επίπεδα ποιότητας ζωής τους.
- Δεν διαπιστώθηκαν συσχετίσεις με τις νυχτερινές βάρδιες και τη Ψυχολογική Υγεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

(ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	
ΚΛΙΝΙΚΗ	Μ.Ο.	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	13,75	8,87
		ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	14,98	6,71
		ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	13,70	8,77
		ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ	13,25	8,92
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	13,74	9,07
	F*	0,888	0,489	
	p value	0,476	0,744	
ΦΥΛΟ	Μ.Ο.	ΑΝΤΡΑΣ	13,55	8,00
		ΓΥΝΑΙΚΑ	13,81	8,77
	t**	-0,351	-0,524	
	p value	0,619	0,580	
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	Μ.Ο.	25 ΕΩΣ 34 ΕΤΩΝ	13,77	8,75
		35 ΕΩΣ 44 ΕΤΩΝ	13,84	8,62
		45 ΕΩΣ 54 ΕΤΩΝ	13,70	8,76
		55 ΚΑΙ ΑΝΩ	13,77	8,67
	F*	0,023	0,007	
	p value	0,995	0,999	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Μ.Ο.	ΑΓΑΜΟΣ/Η	13,92	6,44
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	13,77	9,16
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	14,77	6,50
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	10,22	11,50
		ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΗΡΕΙΑΣ	12,66	9,00
		ΣΥΜΒΙΩΣΗ	16	8,00
	F*	2,448	1,229	
	p value	0,43	0,306	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Μ.Ο.	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ	14,71	6,68
		ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕ	13,13	10,20

		ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΕ	13,77	6,50
		F*	6,286	8,507
		p value	0,003	0,001
ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ	M.O.	ΚΑΝΕΝΑ	13,75	8,60
		ΜΑΣΤΕΡ	14	11,50
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	-	-
		F*	0,057	2,139
		p value	0,812	0,148
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ	M.O.	0-10	14,83	7,17
		11-20	13,21	8,95
		20-30	13,96	9,92
		ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ>30	14,66	11,00
		F*	3,263	1,507
		p value	0,027	0,221

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 και τη διερεύνηση των συσχετίσεων των ποιοτικών μεταβλητών για τις κλίμακες που ακολουθούν την κανονική κατανομή προέκυψαν τα εξής:

- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στη Φυσική Υγεία των νοσηλευτών ($p=0,003$). Ειδικότερα, οι απόφοιτοι ΔΕ εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής υγείας έναντι των ΤΕ και ΠΕ.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στη Συνολική Ποιότητα Ύπνου ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΤΕ καταγράφουν τις υψηλότερες βαθμολογίες και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ύπνου σε σχέση με του ΔΕ και τους ΠΕ.
- Η επαγγελματική εμπειρία σε έτη επιδρά στα επίπεδα Φυσικής Υγείας των νοσηλευτών ($p=0,027$). Ειδικότερα, όσοι εργάζονται έως 10 έτη εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα φυσικής υγείας.
- Δεν διαπιστώθηκαν αλληλεπιδράσεις με την κλινική, το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ
(ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ)**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	Δ.Τ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	14	14,4	13	14
		ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	15,33	16	13,5	16
		ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	13,33	15,2	13,5	12
		ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ	14,66	14,8	13	14
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	13,33	12,8	12	12
	H*	3,433	5,471	8,984	3,433	
	p value	0,488	0,242	0,062	0,488	
ΦΥΛΟ	Δ.Τ	ΑΝΤΡΑΣ	13	11,6	12,5	14
		ΓΥΝΑΙΚΑ	14,66	15,2	13	12
	U**	184,000	120,000	168,000	183,500	
	p value	0,235	0,017	0,137	0,222	
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	Δ.Τ	25 ΕΩΣ 34 ΕΤΩΝ	14	12,4	13,5	15
		35 ΕΩΣ 44 ΕΤΩΝ	14	15,2	13,5	13
		45 ΕΩΣ 54 ΕΤΩΝ	14	15,2	12	12
		55 ΚΑΙ ΑΝΩ	14,66	12,8	12	14
	H*	0,489	2,004	9,002	4,999	
	p value	0,921	0,572	0,029	0,172	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Δ.Τ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	14,66	14,4	13,5	14
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	14	15,2	12,5	12
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	15,33	16	13,5	14
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	10	9,6	8,5	11
		ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΗΡΕΙΑΣ	13	16,8	13,25	11

		ΣΥΜΒΙΩΣΗ	16,66	16	13,5	16
		H*	7,148	11,306	8,651	7,582
		p value	0,210	0,046	0,124	0,181
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Δ.Τ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ	14,66	15,2	12,75	13
		ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕ	13,33	14,8	13	12
		ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΕ	13,33	11,2	13,5	14
		H*	1,765	2,873	0,410	0,413
		p value	0,414	0,238	0,814	0,813
ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ	Δ.Τ	ΚΑΝΕΝΑ	14	15,2	13	12
		ΜΑΣΤΕΡ	15,33	16	13,5	15
		ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	-	-	-	-
		H*	0,864	1,298	0,821	1,311
		p value	0,353	0,255	0,365	0,252
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ	Δ.Τ	0-10	15,33	15,2	13,5	16
		11-20	13,33	14,4	12,5	12
		20-30	15	14	13,75	13
		ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ>30	12	17,6	12	12
		H*	7,941	2,311	6,130	12,485
		p value	0,047	0,511	0,105	0,006

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 17 και τις συσχετίσεις των ποιοτικών μεταβλητών του δείγματος με τις κλίμακες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το φύλο των νοσηλευτών επιδρά στο επίπεδο Κοινωνικών Σχέσεων ($p=0,017$). Ειδικότερα, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων έναντι των αντρών.
- Η ηλικιακή ομάδα επιδρά στα επίπεδα Περιβάλλοντος των νοσηλευτών ($p=0,029$). Συγκεκριμένα, οι ηλικίες έως 44 ετών καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα.

- Η οικογενειακή κατάσταση επιδρά στα επίπεδα Κοινωνικών Σχέσεων ($p=0,046$). Ειδικότερα, οι διαζευγμένοι καταγράφουν τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικών σχέσεων.
- Η επαγγελματική εμπειρία σε έτη επιδρά στα επίπεδα Ψυχολογικής Υγείας ($p=0,047$). Ειδικότερα, όσοι εργάζονται έως 10 έτη εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα.
- Η επαγγελματική εμπειρία σε έτη επιδρά στα επίπεδα Συνολικής Ποιότητας Ζωής ($p=0,006$). Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής καταγράφουν όσοι εργάζονται έως 10 έτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

		ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	(r), (rho)	1					
	p						
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	(r), (rho)	,769**	1				
	p	,000					
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	(r), (rho)	,610**	,547**	1			
	p	,000	,000				
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	(r), (rho)	,548**	,519**	,578**	1		
	p	,000	,000	,000			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	(r), (rho)	,653**	,508**	,409**	,477**	1	
	p	,000	,000	,000	,000		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	(r), (rho)	-,444**	-,260*	-,212	-,190	-,208	1
	p	,000	,030	,078	,115	,084	

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 18 και τις συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές ισχυρές θετικές συσχετίσεις των παραγόντων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής και του Συνόλου με την κλίμακα Ποιότητας Ύπνου.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα διπλωματική διατριβή με τίτλο «Διαταραχές ποιότητας ύπνου και ποιότητας ζωής σε νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ύπνου και της ποιότητας ζωής νοσηλευτών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας, καθώς και τη σχέση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών χαρακτηριστικών με τις διαταραχές του ύπνου και την ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας οι νοσηλευτές που ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας εμφανίζουν δυσκολίες στην ποιότητα ύπνου. Ειδικότερα, καταγράφουν σημαντικές δυσκολίες στην Υποκειμενική ποιότητας ύπνου, στη Λανθάνουσα κατάσταση ύπνου, στη Διάρκεια ύπνου και στο Σύνολο της Ποιότητας Ύπνου. Σε ελαφρώς καλύτερη κατάσταση κατεγράφησαν οι παράγοντες Συνήθους λειτουργίας του ύπνου, Δυσλειτουργίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και Χρήσης Φαρμάκων. Οι παράγοντες της Ποιότητας Ζωής καθώς και το Σύνολο κατέγραψε πολύ υψηλότερα επίπεδα.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις που διαπιστώθηκαν βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της Φυσικής Υγείας με τον αριθμό των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των Κοινωνικών Σχέσεων με τις απογευματινές βάρδιες, αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων που εργάζονται οι νοσηλευτές με το Περιβάλλον εργασίας και αρνητική συσχέτιση των σαβ/κων εργασίας των νοσηλευτών με το Σύνολο της Ποιότητας Ζωής. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στη Φυσική Υγεία των νοσηλευτών και στη Συνολική Ποιότητα Ύπνου, η επαγγελματική εμπειρία σε έτη επιδρά στα επίπεδα Φυσικής Υγείας των νοσηλευτών, στα επίπεδα Ψυχολογικής Υγείας και στα επίπεδα Συνολικής Ποιότητας Ζωής. Τέλος, το φύλο των νοσηλευτών επιδρά στο επίπεδο Κοινωνικών Σχέσεων, η ηλικιακή ομάδα επιδρά στα επίπεδα Περιβάλλοντος και η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επιδρά στα επίπεδα Κοινωνικών Σχέσεων.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είτε επιβεβαιώνονται είτε απορρίπτονται από άλλες αντίστοιχες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν διεθνώς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία λοιπόν ικανό ποσοστό των εργαζομένων νοσηλευτών σε κυκλικό ωράριο εμφανίζει συχνές και

σημαντικές διαταραχές ύπνου, που οφείλεται κυρίως στην εργασία με βάρδιες γεγονός που επιβεβαιώνεται κι από την παρούσα μελέτη. Ο ανεπαρκής ύπνος μπορεί να προκαλέσει εργατικά ή τροχαία ατυχήματα, σωματικά συμπτώματα, διαταραχή της αντίληψης και μείωση στην απόδοση στην εργασία οφειλόμενη σε κόπωση ή υπνηλία. Μεγάλος αριθμός διεθνών μελετών υπογραμμίζουν ότι η αϋπνία αποτελεί σοβαρότατο πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές, ενώ η κόπωση που τη συνοδεύει έχουν καταστρεπτικές συνέπειες στις επαγγελματικές επιδόσεις των νοσηλευτών, απειλώντας την ψυχική τους ισορροπία (61,62,63).

Επιπλέον, οι σχετικές επιδημιολογικές μελέτες εμφανίζουν ετερογένεια ακόμη και ως προς τα ερευνητικά εργαλεία. Συχνά τα δεδομένα οδηγούν στην ανάδειξη μίας ομάδας εργαζομένων που έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν την διαταραχή, παρά διαγνωσμένων με ασφαλή κριτήρια. Για παράδειγμα, σε έρευνα 700 νοσηλευτριών διαπιστώθηκε ότι το 1/3 ανέφερε ότι είχε αποκοιμηθεί στην εργασία παρά τη θέλησή τους, στοιχείο που μπορεί να θεωρηθεί προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης της διαταραχής, αλλά όχι διαγνωστικό της κριτήριο (64)

Επειδή η νοσολογική αυτή οντότητα υποεκτιμάται κατά την καθημερινή ιατρική πράξη, θεωρείται σημαντικό οι νοσηλευτές να είναι ενήμεροι σχετικά με τη συγκεκριμένη διαταραχή ύπνου, που έχει άμεση σχέση με το ωράριο εργασίας τους, ώστε να γίνεται έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προλαμβάνοντας έτσι τις συνέπειες τόσο στην ατομική και Δημόσια Υγεία, όσο και στο χώρο εργασίας. Η αναγνώρισή της θα βασιστεί στο λεπτότερες ιστορικό και την αναλυτική περαιτέρω διερεύνηση στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης, ώστε να αποκλειστούν άλλοι παθολογικοί αιτιολογικοί παράγοντες. Η συμβουλευτική και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την υγιεινή του ύπνου είναι καθοριστικής σημασίας και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες με κοινά ερευνητικά εργαλεία και μεγάλο δείγμα νοσηλευτών, για τη διεξαγωγή ασφαλών και γενικεύσιμων επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με τη διαταραχή ύπνου που οφείλεται στην εργασία σε βάρδιες.

Πλειάδα ερευνών, έχει συνδέσει την εργασία σε βάρδιες με τη χαμηλή ποιότητα ζωής, ειδικά μεταξύ των νοσηλευτών που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία και παντρεμένοι γεγονός που επιβεβαιώνεται κι από την παρούσα έρευνα. Αυτό έχει εξηγηθεί ως αποτέλεσμα

των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή που μπορεί να προσθέτουν ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση στους νοσηλευτές, εκτός από αυτή που ήδη αντιμετωπίζουν λόγω των βαρδιών. Αντίστοιχα, οι γυναίκες της παρούσας μελέτης φάνηκε να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής στις κοινωνικές τους σχέσεις σε σχέση με τους άνδρες. Ομοίως, τα αποτελέσματα της έρευνας του Al-Ameri (2017) έδειξαν ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη ότι στην παρούσα ερευνητική εργασία σε δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες, ενδεχομένως να επηρέασε τα αποτελέσματα που έδειξαν συνολικά χαμηλή ποιότητα ζωής. Ταυτόχρονα, όμως, το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στους ποικίλους ρόλους που οι γυναίκες καλούνται τη σημερινή εποχή να εκπληρώσουν (65).

5.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής του Ύπνου αναφέρει ότι το όριο μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής αντίδρασης στην εργασία σε βάρδιες δεν είναι σαφώς καθορισμένο και ότι η εγκυρότητα των διαγνωστικών κριτηρίων χρήζει περαιτέρω δοκιμασιών (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Η λήψη πλήρους και λεπτομερούς ιστορικού είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων, αλλά θα πρέπει να συμπληρωθεί και με διαγνωστικές δοκιμασίες, όπου κρίνεται αναγκαίο. Σε εργαζόμενο σε βάρδιες με υπερβολική υπνηλία και αϋπνία για περισσότερο από ένα μήνα και χωρίς ενδείξεις άλλων διαταραχών ύπνου συνιστάται περαιτέρω διερεύνηση προς την κατεύθυνση της διαταραχής ύπνου οφειλόμενης σε εργασία σε βάρδιες (66).

Επιπλέον, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εδραιωθεί μία σημαντική σχέση μεταξύ της διαταραχής και του οικονομικού κόστους (κυρίως σε εργατοώρες), όμως οι ενδείξεις θέτουν ήδη και την οικονομική παράμετρο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της διαταραχής ύπνου που οφείλεται σε εργασία σε βάρδιες (67).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., et al. Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 2004; 27: 1453-1462
3. Ohayon, M.M., Lemoine, P., Arnaud-Briant, V., Dreyfus, M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res*, 2002; 53(1): 577-583.
4. Sack, R.L., Auckley, D., Auger, R.R., et al. Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 2007; 30: 1460-1483
5. Ishak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., & Zaky, C. Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in clinical neuroscience*, 2012; 9(10), 13
6. Léger, D., & Bayon, V. Societal costs of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 2010; 14(6), 379-389.
7. Leger D. Insomnia and quality of life. *INSOM – International News on Sleep and its Optimized Management*, 2003; 1:29- 32
8. World Health Organization. Insomnia, an international consensus conference report. Worldwide project on sleep and health. Division of mental health and prevention of substance abuse, 1998; 13-15
9. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Brain Basics: Understanding Sleep; 2007. Ανακτήθηκε Μάρτιο 2020 από τον ιστότοπο <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/UnderstandingSleep>

10. Schwartz, M. D., & Kilduff, T. S. The neurobiology of sleep and wakefulness. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2015; 38(4), 615–644.
<http://doi.org/10.1016/j.psc.2015.07.002>
11. Assefa, S. Z., Diaz-Abad, M., Wickwire, E. M., & Scharf, S. M. The Functions of Sleep. *AIMS Neuroscience*, 2015; 2(3), 155-171.
12. Costello, R. B., Lentino, C. V., Boyd, C. C., O’Connell, M. L., Crawford, C. C., Sprengel, M. L., & Deuster, P. A. The effectiveness of melatonin for promoting healthy sleep: a rapid evidence assessment of the literature. *Nutrition Journal*, 2014; 13, 106.
13. Randall, D. K. Book excerpt: How the lightbulb disrupted our sleeping patterns and changed the world; 2012. Ανακτήθηκε Μάρτιο 2020 από τον ιστότοπο <http://nationalpost.com/opinion/book-excerpt-how-the-lightbulb-disrupted-oursleeping-patterns-and-changed-the-world>
14. Τσουρουκτσόγλου, Α. Στάδια του ύπνου; 2008. Ανακτήθηκε Μάρτιο 2020 από τον ιστότοπο <http://www.care.gr/post/1276/stadia-tou-ypnou>
15. Moorcroft, W. H. *Understanding sleep and dreaming* (2nd ed.). Place of publication not identified: Springer; 2014.
16. Buysse, D. J. Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter? *Sleep*, 2014; 37(1), 9–17.
17. American Psychological Association. Why sleep is important; 2018. Ανακτήθηκε 18 Μαρτίου 2020 από τον ιστότοπο <http://www.apa.org/topics/sleep/why.aspx>
18. Barnes, C. M., Lucianetti, L., Bhawe, D. P., & Christian, M. S. You Wouldn’t Like Me When I’m Sleepy: Leaders Sleep, Daily Abusive Supervision, and Work Unit Engagement. *Academy of Management Journal*, 2014; 58(5), 1419-1437.
19. Carciofo, R., Du, F., Song, N., & Zhang, K. Mind Wandering, Sleep Quality, Affect and Chronotype: An Exploratory Study. *PLoS ONE*, 2014; 9(3), e91285.
20. Bes, F., Jobert, M., & Schulz, H. Modeling Sleep Propensity when Sleep is Severely Restricted. *Sleep*, 2013; 36(4), 609–611.
21. Reichert, C. F., Maire, M., Gabel, V., Viola, A. U., Götz, T., Scheffler, K., Schmidt, C. Cognitive brain responses during circadian wake-promotion: evidence for sleep-pressure-

- dependent hypothalamic activations. *Scientific Reports*, 2017; 7, 5620.
22. National Sleep Foundation USA. *Sleep Studies*; 2015. Ανακτήθηκε Μάρτιο 2020 από τον ιστότοπο <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-studies>
23. Morales, C. R., Hurley, S., Wick, L. C., Staley, B., Pack, F. M., Gooneratne, N. S., Gurubhagavatula, I. In-Home, Self-Assembled Sleep Studies Are Useful in Diagnosing Sleep Apnea in the Elderly. *Sleep*, 2012; 35(11), 1491–1501.
24. Matheson J.K., Singh R., Packard A. Polysomnography and Sleep Disorders. In: Blum A.S., Rutkove S.B. (eds) *The Clinical Neurophysiology Primer*. Humana Press; 2007
25. De Weerd, A. W. Actigraphy, the Alternative Way? *Frontiers in Psychiatry*, 2014; 5, 155.
26. Van Hees VT, Pias M, Taherian S, Ekelund U, Brage S. A method to compare new and traditional accelerometry data in physical activity monitoring. 2010 IEEE Int Symp “A World Wireless, Mob Multimed Networks.” Ieee; 2010; 1– 6.
27. Anderson C, Horne JA. A high sugar content, low caffeine drink does not alleviate sleepiness but may worsen it. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2013; 21:299–303.
28. Hassani, M., Kivimaki, M., Elbaz, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A., & Sabia, S. Non-Consent to a Wrist-Worn Accelerometer in Older Adults: The Role of Socio-Demographic, Behavioural and Health Factors. *PLoS ONE*, 2014; 9(10), e110816. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0110816>
29. Freedson PS & John D. Comment on “estimating activity and sedentary behavior from an accelerometer on the hip and wrist”. *Med Sci Sports Exerc*. 2013; 45: 962–3. pmid:23594509
30. Rowlands, A., & Stiles, V. Accelerometer counts and raw acceleration output in relation to mechanical loading. *Journal of Biomechanics*, 2012; 45(3), 448-454.
31. Smith, M. T., & Wegener, S. T. Measures of sleep: The Insomnia Severity Index, Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Arthritis & Rheumatism*, 2003; 49(S5).
32. University of Pittsburgh. *Instruments*; 2016. Ανακτήθηκε Μάρτιο 2020 από τον ιστότοπο

<http://www.sleep.pitt.edu/research/instruments.html>

33. Grandner, M. A., Kripke, D. F., Yoon, I., & Youngstedt, S. D. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 2006; 4(2), 129-136. doi:10.1111/j.1479- 8425.2006.00207.x
34. Ishak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., & Zaky, C. Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in clinical neuroscience*, 2012; 9(10), 13.
35. Zamanian, Z., Nikeghbal, K., & Khajehnasiri, F. Influence of sleep on quality of life among hospital nurses. *Electronic physician*, 2016; 8(1), 1811
36. Kyle, SD. Morgan, K. & Espie, CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Medicine Reviews*, 2010; 14, 69–82.
37. World Health Organization. *Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classifications relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO; 1990.
38. Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of gerontology*, 1988; 43(2), M25-M30.
39. Müezzinoğlu, T. Quality of life. *Üroonkoloji Bülteni*, 2005;1, 25-29
40. Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*, 1993; 118(8), 622-629
41. Timur, S., & Şahin, N. H. Specific quality of life measures for sleep disorders. In *Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac*. IntechOpen; 2012.
42. Velikova, G., Wright, E. P., Smith, A. B., Cull, A., Gould, A., Forman, D., & Selby, P. J. Automated collection of quality-of-life data: a comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *Journal of clinical oncology*, 1999; 17(3), 998-998.
43. Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*, 2005; 14(3), 875-882

44. Theofilou, P., Kapsalis, F., & Panagiotaki, H. Greek version of MVQOLI - 15: Translation and cultural adaptation. *International Journal of Caring Sciences*, 2012; 5(3), 289-294
45. Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., & Cull, A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a threecountry field study. *Journal of clinical oncology*, 1996; 14(10), 2756-2768.
46. Reimer, M. A., & Flemons, W. W. Quality of life in sleep disorders. *Sleep medicine reviews*, 2003; 7(4), 335-349
47. Weaver, T. E. Outcome measurement in sleep medicine practice and research. Part 1: assessment of symptoms, subjective and objective daytime sleepiness, healthrelated quality of life and functional status. *Sleep Medicine Reviews*, 2001; 5(2), 103-128
48. Nena, E., Katsaouni, M., Steiropoulos, P., Theodorou, E., Constantinidis, T. C., & Tripsianis, G. Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 2018; 22(1), 29.
49. Perantoni, E., Steiropoulos, P., Siopi, D., Amfilochiou, A., Michailidis, V., Christoforatu, K., & Tsara, V. Validation of the Greek version of Pittsburg sleep quality questionnaire in a sleep lab population; 2012.
50. Buysse, DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 1989; 28(2), 193- 213
51. Montazeri, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 2008; 27(1), 1
52. Υφαντή, Ε., Ζαγκότση, Μ., Γκέτσιος, Ι., Αρμάγος, Π., Υφαντής, Α., & Χαραλαμποπούλου, Ν. Αξιολόγηση της ποιότητας ύπνου σε επαγγελματίες υγείας του γενικού νοσοκομείου Καρπενησίου. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, τόμος*, 2011; 3, 106-112.

53. Korompeli, A., Chara, T., Chrysoula, L., & Sourtzi, P. Sleep disturbance in nursing personnel working shifts. In *Nursing forum*, 2013; 48(1), 45-53
54. Μακρυνίκα, Ε., Ρεκλείτη, Μ., & Ρούπα, Ζ. Διαταραχές ύπνου σε νοσηλευτές κυκλικού ωραρίου: βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, τόμος, 2013; 5, 40-48
55. Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., & Angelopoulos, N. V. Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*, 2014; 18(2), 150.
56. Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C., & Lancia, L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 2017; 74(3), 698–708.
57. The WhoQol Group. The World Health Organisation Quality of life Assesment (WHOQOL): Position Paper from the Health Organisation. *Social Science Medicine*, 1995; 41: 1403-1409.
58. Ginieri, C.M. & Triantafyllou, Eugenia & Antonopoulou, V. & Christodoulou, George. Translation and cross-cultural adaptation of Whoqol-100 in Greece: Part II. *Psychiatry Today*, 2001; 33. 27-40.
59. Vargas, P. A., Flores, M., & Robles, E. Sleep Quality and Body Mass Index in College Students: The Role of Sleep Disturbances. *Journal of American College Health : Journal of ACH*, 2014; 62(8), 534–541.
60. Kotronoulas GC, Papadopoulou CN, Papapetrou A, Patiraki E. Psychometric evaluation and feasibility of the Greek Pittsburgh Sleep Quality Index (GR-PSQI) in patients with cancer receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*; 2010.
61. Lee, K.A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep*, 15:493-8.
62. Papadimitriou, G.N., Linkowski, P. Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 2005; 17, 229-36.
63. Mellman, T.A. Sleep and anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2006; 29, 1047-58

64. Gold, D.R., Rogacz, S., Bock, N., et al. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *The American Journal of Public Health*, 1992; 82, 1011-1014
65. Al-Ameri, M. H. I. Night Shift and its Impact upon the Quality of Life of Nurses Working at the Teaching Hospitals of the Medical City Complex in Baghdad City, Iraq. *Journal of Nursing & Care*, 2017; 6, 414, 2167-1168.
66. Daley, M., Morin, C., LeBlanc, M., et al. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 2009; 32, 55-64.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ
«ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Από τα πρακτικά της 3^{ης} Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ» στις 27 Φεβρουαρίου 2020.

Σήμερα 27 Φεβρουαρίου 2020 ημέρα Πέμπτη ώρα 13:00 συνήλθε το Επιστημονικό Συμβούλιο σε τακτική συνεδρίαση μετά από την υπ' αριθμ. 29/25-2-2020 πρόσκληση του προέδρου κ. Χ. Ποζουκίδη, στην οποία προσήλθαν τα παρακάτω μέλη:

Παρόντες:

Πρόεδρος: Ποζουκίδης Χριστόφορος
Μέλη: Χατζημήσιος Κων/νος
Λιάνα Αικατερίνη
Κουλούρης Ευστάθιος
Γαλογάρου Μαρία
Καλογερόπουλος Κων/νος
Φωτόπουλος Βασίλης

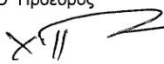
Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία ο πρόεδρος κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου και προχώρησε στη συζήτηση και λήψη αποφάσεων επί του παρακάτω θέματος:

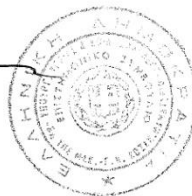
Απόφαση 25/27-2-20

Θέμα 11ο : «Αίτημα εκπόνησης έρευνας της κα.Μπαλατσού Αναστασίας»

Το Ε.Σ. έχοντας υπόψη την υπ' αριθμ.2249/21-2-2020 αίτηση της κα Μπαλατσού Αναστασίας, μεταπτυχιακή φοιτήτρια με την οποία, ζητά να δοθεί άδεια εκπόνησης εργασίας με τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά, προς έγκριση. Η έρευνα θα διενεργηθεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της με θέμα «Διαταραχές ποιότητας ύπνου και ποιότητας ζωής σε νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας».

Το Ε.Σ. προτείνει να γίνει δεκτό το παραπάνω αίτημα.

Ο Πρόεδρος

Ποζουκίδης Χριστόφορος



Η Γραμματέας

Αποστολίδου Κων/νιά



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ
«ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

Κοζάνη 28-2-2020
Αριθμ. Πρωτ.: 27

Επιστημονικό Συμβούλιο
Πληροφορίες: Αποστολίδου Κων/νιά
ΤΗΛ. 2461352619

Προς: Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Θέμα 11ο «Κοινοποίηση αρ. 25/27-2-20 απόφασης του Ε.Σ.»

«Αίτημα εκπόνησης έρευνας της κα. Μπαλατσού Αναστασίας»

Ο Πρόεδρος

Ποζουκίδης Χριστόφορος



Η Γραμματέας

Αποστολίδου Κων/νιά

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγαπητοί συμμετέχοντες

Τα παρακάτω ερωτηματολόγια εντάσσονται στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας με θέμα «Διαταραχές ποιότητας ύπνου και ποιότητα ζωής σε νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο» στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η συμμετοχή σας θα είναι ιδιαίτερος βοηθητική για την διεξαγωγή της μελέτης και διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ανώνυμη και εθελοντική .

Σας διαβεβαιώνουμε πως οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς της εν λόγω μελέτης. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η διαφύλαξη προσωπικών δεδομένων θα τηρηθούν στο ακέραιο σε όλη την διάρκεια της μελέτης αλλά και μετά το πέρας αυτής.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία και τον χρόνο σας.

Με εκτίμηση

Μπαλατσού Αναστασία

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος:
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,
στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας τμήμα Ιατρικής
E-mail: anmpalatsou@gmail.com

Επιβλέπων καθηγητής

Νικηφόρος Β.Αγγελόπουλος
Ομ.Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:

Αντρας

Γυναίκα

Ηλικιακή Ομάδα:

Έως 25 ετών

25 έως 34 ετών

35 έως 44 ετών

45 έως 54 ετών

55 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η με παιδιά

Έγγαμος/η χωρίς παιδιά

Διαζευγμένος/η

Σε κατάσταση χηρείας

Συμβίωση

Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Απόφοιτος ΔΕ

Απόφοιτος ΤΕ

Απόφοιτος ΠΕ

Επίπεδο μεταπτυχιακών:

Κανένα

Μάστερ

Διδακτορικό

Επαγγελματική Εμπειρία σε χρόνια:

0-10

10-20

20-30

περισσότερα > 30

Κυλιόμενο ωράριο:

Ναι

Όχι

Κατά μέσο όρο **νυχτερινές βάρδιες** το μήνα: αριθμός.....

Κατά μέσο όρο **απογευματινές βάρδιες** το μήνα: αριθμός.....

Κατά μέσο όρο **Σαββατοκύριακα** που εργάζεστε το μήνα: αριθμός.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας** και **την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το **πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της** και **για την κατάσταση της υγείας σας** τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ Κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;(πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο **βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση** (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο **ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5

17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/η	Δυσρε- στημένος /η	Ούτε δυσρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.**

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ ΤΟΥ PITTSBURGH (GR-PSQI)

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Οι ακόλουθες ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών μόνο.

Οι απαντήσεις σας θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ακριβέστερες για την πλειοψηφία των ημερών και νυχτών κατά την περίοδο των τελευταίων τριάντα (30) ημερών.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, τι ώρα πηγαίνατε συνήθως για ύπνο το βράδυ;

ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΥΠΝΟΥ _____

2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο χρόνο (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να αποκοιμηθείτε κάθε βράδυ;

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΠΤΩΝ _____

3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, τι ώρα σηκωνόσασταν συνήθως το πρωί;

ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΕΓΕΡΣΗΣ _____

4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά τη νύχτα; (Αυτό μπορεί να είναι διαφορετικό από τον αριθμό των ωρών που ξοδέψατε στο κρεβάτι)

ΩΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΥΠΝΟΥ ΑΝΑ ΝΥΧΤΑ _____

Για κάθε μία από τις επόμενες ερωτήσεις, σημειώστε τη μία καλύτερη απάντηση. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε, εξαιτίας του ότι...

- (α) Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε, εξαιτίας του ότι...

(β) Ξυπνούσατε στη μέση της νύχτας ή νωρίς το πρωί;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(γ) Χρειαζόταν να σηκωθείτε για να χρησιμοποιήσετε την τουαλέτα;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(δ) Δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε άνετα;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(ε) Βήχατε ή ροχαλίζατε δυνατά;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(στ) Αισθανόσασταν υπερβολικό κρύο;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(ζ) Αισθανόσασταν υπερβολική ζέστη;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε, εξαιτίας του ότι...

(η) Βλέπατε άσχημα όνειρα;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(θ) Πονούσατε;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

(ι) Άλλος λόγος (ή άλλοι λόγοι). Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε εξαιτίας αυτού του λόγου;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς;

Πολύ καλή _____
Μάλλον καλή _____
Μάλλον κακή _____
Πολύ κακή _____

7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

8. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος/α ενώ οδηγούσατε, τρώγατε ή συμμετείχατε σε μία κοινωνική δραστηριότητα;

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

9. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, κατά πόσο ήταν πρόβλημα για εσάς, να διατηρήσετε αρκετό ενθουσιασμό για να κάνετε πράγματα και να ολοκληρώσετε δραστηριότητες;

Καθόλου πρόβλημα	_____
Μόνο ένα μικρό πρόβλημα	_____
Αρκετό πρόβλημα	_____
Πολύ μεγάλο πρόβλημα	_____

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

10. Μοιράζεστε το κρεβάτι σας με κάποιον/α σύντροφο ή έχετε κάποιον/α συγκατάικο;

Απουσία συντρόφου ή συγκαταίκο	_____
Σύντροφος/συγκατάικος σε άλλο δωμάτιο	_____
Σύντροφος στο ίδιο δωμάτιο, όχι στο ίδιο κρεβάτι	_____
Σύντροφος στο ίδιο κρεβάτι	_____

Εάν έχετε κάποιον/α συγκατάικο ή κάποιον/α σύντροφο, ρωτήστε τον/την πόσο συχνά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών...

- (α) Ροχαλίζατε δυνατά.

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

- (β) Είχατε μακρές παύσεις μεταξύ των αναπνοών ενώ κοιμόσασταν.

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

(γ) Τινάζατε ή κλωτσούσατε τα πόδια σας ενώ κοιμόσασταν.

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

(δ) Είχατε επεισόδια αποπροσανατολισμού ή σύγχυσης κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

(ε) Άλλη ανησυχία κατά τη διάρκεια του ύπνου. Παρακαλούμε περιγράψτε:

Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	Λιγότερο από μία φορά τη βδομάδα	Μία ή δύο φορές τη βδομάδα	Τρεις ή περισσότερες φορές τη βδομάδα
_____	_____	_____	_____

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

