

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Διαταραχές ύπνου και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας"

Μπέκα Ορσαλία
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Λαχανά Ελένη
ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: Δρ. Λαχανά Ελένη
Δρ. Κοτρότσιου Στυλιανή
Δρ. Μαλλιάρου Μαρία

Λάρισα, 2020

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



MASTER THESIS

Sleep disorders and health-related quality of life in nurses with working on rotating shifts

Beka Orsalia

Nurse

Larissa, 2020

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ανεπαρκής και προβληματικός ύπνος αποτελεί πλέον ένα δημόσιο πρόβλημα υγείας καθώς επηρεάζει αρνητικά μια πληθώρα πτυχών της ζωής του ατόμου που υποφέρει. Μια σημαντική αιτία διαταραχών του ύπνου είναι η εργασία με βάρδιες. Η εργασία με κυκλικό ωράριο μελετάται ευρέως επειδή μπορεί να επηρεάσει σε διάφορα επίπεδα την ανθρώπινη ομοιόσταση και ευεξία.

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο, με κυκλικό ωράριο. Επιπλέον μελετήθηκε η σχέση της ποιότητας του ύπνου με την ποιότητα ζωής. Τέλος, εξετάστηκε η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών και ανθρωπομετρικών παραγόντων στο επίπεδο της ποιότητας του ύπνου.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) και 36-Item Short Form Survey (SF-36). Ακολουθήθηκε η δειγματοληψία τύπου «ευκολίας». Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση των δεδομένων, του δείγματος, κατέγραψε εάν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό νοσηλευτών με κακή ποιότητα ύπνου (89.3%). Επιπλέον, υπολογίστηκε ότι το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, των συμμετεχόντων είναι μέτριο. Βρέθηκε, ακόμη, ότι υψηλό επίπεδο σωματικής υγείας αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας. Επίσης, καλή ποιότητα ύπνου παρατηρήθηκε ν' αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα PSQI δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με το φύλο, την ύπαρξη παιδιών, την ηλικία, τον Δείκτη Μάζας Σώματος, την καπνισματική συνήθεια, την κατανάλωση αλκοόλ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων, της παρούσας μελέτης, δεν φαίνεται να ακολουθούν τα πρότυπα της βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης. Είναι ζωτικής σημασίας για τους εργοδότες να οργανώσουν τον έλεγχο για το νοσηλευτικό προσωπικό που εκτελούν εργασία με κυκλικό ωράριο. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εκτιμηθεί εάν η βελτίωση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορούσε να οδηγήσει σε πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας, απουσία και εργασιακό άγχος. Απαιτούνται μελέτες σχετικά με τις παρεμβάσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό

προκειμένου να προσδιοριστεί ο τρόπος συνδυασμού της εργασίας με βάρδιες και του υγιεινού τρόπου ζωής.

Abstract

INTRODUCTION: Inadequate and problematic sleep is now a public health problem as it negatively affects a variety of aspects of the life of the sufferer. An important cause of sleep disorders is shift work. Shift work is widely studied because it can affect human homeostasis and well-being at various levels.

PURPOSE: Evaluation of the quality of sleep and quality of life of nurses working in a public hospital, with shift work. In addition, the relationship between sleep quality and quality of life was studied. Finally, the effect of socio-demographic and anthropometric factors on the level of sleep quality was examined.

METHOD-MATERIAL: The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) and 36-Item Short Form Survey (SF-36) scales were used for the purposes of the study. The "convenience" type sampling was followed. The questionnaires were completed by nursing staff of the General Hospital Papageorgiou Thessaloniki.

RESULTS: The analysis of the data, of the sample, recorded whether a particularly high percentage of nurses with poor sleep quality (89.3%). In addition, it was estimated that the level of physical and mental health of the participants was moderate. It was also found that a high level of physical health corresponded to a high level of mental health. Also, good sleep quality was observed to correspond to a high level of physical and mental health. As for the PSQI scale, it was not found to be related to gender, the existence of children, age, body mass index, smoking habit, alcohol consumption.

CONCLUSIONS: The results of the correlations, of the present study, do not appear to follow the standards of the bibliographic documentation. It is vital for employers to arrange for nursing staff to perform round-the-clock work. Further research is needed to assess whether improving the health of nursing staff could lead to abandonment of work, absence and work stress. Studies on nursing staff interventions are needed to determine how shifts and healthy lifestyles combine.

Πίνακας περιεχομένων

<i>Περίληψη</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Πίνακας περιεχομένων</i>	<i>vi</i>
1. Εισαγωγή	1
2. Διαταραχές ύπνου	5
2.1 Διερεύνηση	5
2.2 Αίτια	10
2.3 Επιπτώσεις	11
2.4 Συννοσηρότητα	12
3. Διαταραχή ύπνου και ποιότητα ζωής	15
4. Διαταραχή ύπνου και κυκλικό ωράριο εργασίας	24
5. Ερευνητική μεθοδολογία	27
5.1 Σκοπός	27
5.2 Το δείγμα της έρευνας	27
5.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού	27
5.4 Ερευνητική διαδικασία	28
5.5 Στατιστική μεθοδολογία	29
5.6 Δειγματοληπτική μέθοδος	29
6. Αποτελέσματα	31
6.1 Περιγραφική ανάλυση	31
6.2 Συσχετίσεις	33
7. Συζήτηση	37
Βιβλιογραφικές αναφορές	40

1. Εισαγωγή

Πρωταρχική μέριμνα του ανθρώπου σε ατομικό επίπεδο είναι η εξασφάλιση μιας υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Αρωγοί του συγκεκριμένου στόχου είναι πολλοί, ωστόσο ο ποιοτικός και πλήρης ποσοτικά ύπνος κατέχει σημαίνουσα θέση μεταξύ τους. Στην περίπτωση που διασφαλίζεται, βάση των κριτηρίων, ένας επαρκής ύπνος, το άτομο επιτυγχάνει να έχει σωματική ευρωστία και ψυχική ισορροπία. Η ομαλή, λοιπόν, λειτουργία του οργανισμού οδηγεί στην απόκτηση και βίωση μιας ποιοτικής ζωής που προάγει τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία στην οποία εντάσσεται. Το προαναφερθέν συμπέρασμα επιβεβαιώνεται από έγκυρες μελέτες καθώς και από την σχολαστική παρατήρηση του ανθρώπου στην καθημερινότητά του. Ο τρόπος σκέψης, έκφρασης, άσκησης της εργασίας και η κοινωνικότητα αποτελούν αδιάσειστα στοιχεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. (Sariarslan, Gulhan, Unalan, Basturk, & Delibas, 2015)

Ο ρόλος του ύπνου στην ανθρώπινη ζωή είναι πολύ σημαντικός αλλά για να προσδιοριστεί γίνεται χρήση έμμεσων τρόπων που αφορούν στην μελέτη των ποικίλων μορφών διαταραχής του. Ως βασικό πρόβλημα θεωρείται η έλλειψη του ύπνου που ακολουθείται από διαταραχές στην διάρκεια και την ποιότητα του. Τα αποτελέσματα της μη εξασφάλισης ενός ποιοτικού ύπνου έχουν άμεσες και έμμεσες επιδράσεις τόσο στην υγεία του ατόμου όσο και στις διάφορες πτυχές της ζωής του. Κατά βάση επηρεάζεται η ικανότητα της συγκέντρωσης και της αντίληψης καθώς επίσης και τα αντανακλαστικά που γίνονται βραδεία με τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχημάτων. Στην περίπτωση, δε, που συνυπάρχουν χρόνια προβλήματα υγείας, έχει διαπιστωθεί πως εμφανίζουν τάση επιδείνωσης ή υποτροπής. Το πρόβλημα του μη ποιοτικού ύπνου γιγαντώνεται ακόμα περισσότερο όταν η παρουσία του αποκτά χρόνιο και ενίοτε μόνιμο χαρακτήρα. Σε αυτήν την περίπτωση, ως φυσικό επακόλουθο επέρχεται η απώλεια της σωματικής δύναμης, η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, η αισθητή μείωση της απόδοσης στον επαγγελματικό τομέα καθώς και η κοινωνική απομόνωση που ορίζεται από τις δυσλειτουργικές σχέσεις του ατόμου με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. (Sariarslan et al., 2015; Taylor, Lichstein, & Durrence, 2003)

Σε ότι αφορά τον ιατρογενή προσδιορισμό του μη ποιοτικού ύπνου, οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ορίζεται ως μία από τις εξής τέσσερις καταστάσεις: αϋπνία, μειωμένος στη χρονική διάρκεια, διακοπτόμενος και μη ποιοτικός (Edinger et al., 2004). Εν συνεχεία, οι ερευνητές στην προσπάθεια προσδιορισμού των αιτιολογικών παραγόντων που προκαλούν τις μορφές του μη ποιοτικού ύπνου διατύπωσαν την άποψη ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Καταρχάς, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας που αφορούν τόσο στην σωματική υγεία όσο και την ψυχική. Τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, τα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχικές διαταραχές έχουν χαρακτηριστεί ως δευτερογενείς παράγοντες που προκαλούν μη ποιοτικό ύπνο αλλά κατέχουν τον κυρίαρχο ρόλο. Εν συνεχεία, ατομικοί παράγοντες που αφορούν στην ιδιοσυγκρασία του ατόμου και τον τρόπο ζωής του είναι εκείνοι που προκαλούν προβλήματα στον ύπνο. Συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα που ανήκει ο πάσχων, το φύλο του, το ωράριο εργασίας και κατάκλισης, η διατροφή του και η λήψη φαρμακευτικών ουσιών συνιστούν ένα σύνολο που καλείται εξατομικευμένοι παράγοντες που δρουν καταλυτικά στον σχεδιασμό του μοτίβου του ύπνου. Τέλος, υφίσταται και μια τρίτη κατηγορία στην οποία ανήκουν οι παράγοντες που είναι απροσδιόριστης αιτιολογίας και καλούνται πρωτογενή αίτια. (Sariarslan et al., 2015)

Μελετώντας τους δεδομένους παράγοντες που ευθύνονται για τον μη ποιοτικό ύπνο, οι έρευνες οδηγήθηκαν σε αξιοσημείωτες και χρηστικές παρατηρήσεις. Ειδικότερα έχει διαπιστωθεί, ότι οι γυναίκες και τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία ανήκουν στις επονομαζόμενες ευπαθείς ομάδες που υποφέρουν συχνότερα από κακής ποιότητας ύπνο. Από την κατηγορία των νοσημάτων, οι ψυχιατρικές διαταραχές ευθύνονται για την εκδήλωση της αϋπνίας ενώ το κυκλικό ωράριο και η εργασία σε βάρδιες προκαλούν έλλειψη ύπνου στους εργαζόμενους. (Harvey, 2008)

Η παρουσία του μη ποιοτικού ύπνου έχει εγείρει την ανάγκη για διενέργεια πολλών μελετών ούτως ώστε να αξιολογηθεί εκτός από τους αιτιολογικούς παράγοντες και ο επιδημιολογικός χαρακτήρας του φαινομένου. Τελικός σκοπός είναι η ανεύρεση κατάλληλων προσεγγίσεων του προβλήματος και η πρόταση λύσεων. Η ανάγκη αυτή αποκτά ολοένα και πιο επιτακτικό χαρακτήρα καθότι οι ερευνητές έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι οι διαταραχές του ύπνου έχουν πλέον αποκτήσει χρονιότητα που

καταγράφεται στο 30-33% του παγκόσμιου πληθυσμού (Kahriman, 2006). Πράγματι, μια αξιόλογη πολυκεντρική μελέτη που διενεργήθηκε και στην οποία συμμετείχαν ερευνητές από 10 χώρες του παγκόσμιου χάρτη επιβεβαίωσαν τον χρόνιο χαρακτήρα του μη ποιοτικού ύπνου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το 25% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίαζαν κάποιου τύπου διαταραχή του ύπνου τους και μόνο ένας στους τρεις είχε αποδεχθεί το πρόβλημα και είχε αναζητήσει εξειδικευμένη στήριξη από τους αρμόδιους επιστήμονες. Επιπλέον, οι έρευνες απέδειξαν πως η διαταραχή του ύπνου αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας που έχει θορυβήσει σχεδόν όλον τον παγκόσμιο πληθυσμό. Πράγματι, βάσει ερευνών, το 95% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει έρθει αντιμέτωπο με προβλήματα στον ύπνο είτε μία φορά είτε και σποραδικά. Αυτό το ανησυχητικό συμπέρασμα κατατάσσει τον μη ποιοτικό ύπνο στην κατηγορία των ιατρικών προβλημάτων με υψηλή συχνότητα εμφάνισης. Συγκεκριμένα, καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση, καθώς ο πόνος κατέχει τα πρωτεία, και αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας που αφορά συνολικά τον παγκόσμιο πληθυσμό. (Hilty, Young, Bourgeois, Klein, & Hardin, 2009)

Ειδικά στην σημερινή εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονη επαγγελματική δραστηριότητα και εξαντλητικούς ρυθμούς ζωής, το πρόβλημα του ανεπαρκούς και διαταραγμένου ύπνου είναι αισθητό. Η αστάθεια που χαρακτηρίζει τα εργασιακά ωράρια επιδρούν άμεσα στον ύπνο και κατά συνέπεια στον κερκάρδιο κύκλο που εμφανίζει διαταραχή του φυσιολογικού του ρυθμού (Parent-Thirion, Fernández-Macías, Hurley, & Vermeylen, 2007). Είναι γεγονός πως πολλά επαγγέλματα ασκούνται στη βάση ασταθών ωραρίων με συνέπεια την πρόκληση προβλημάτων στην υγεία των εργαζόμενων. Ειδικότερα, άνθρωποι που δεν εργάζονται με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα από το καρδιαγγειακό και πεπτικό σύστημα καθώς και αυξημένη συχνότητα νεοπλασμάτων. Επίσης, η σωματική κόπωση και οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η κοινωνική απόσυρση είναι πολύ συχνές εκδηλώσεις στους εργαζόμενους με διαταραγμένο ύπνο (Mikko & Kecklund, 2010). Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα επαγγελματικής ενασχόλησης που σχετίζεται με κακής ποιότητας ύπνο λόγω ασταθών ωραρίων εργασίας είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι εργάζονται ως επί το πλείστον σε κυκλικό ωράριο με νυκτερινές βάρδιες που αναπόφευκτα

προκαλούν ανεπαρκή ύπνο και μείωση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής τους. (Flo et al., 2012)

Η εμφανής παρουσία του μη ποιοτικού ύπνου είχε απασχολήσει από παρελθόντα έτη τους ειδικούς καθώς είχαν παρατηρήσει ότι ο διαταραγμένος ύπνος είχε άμεσες και έμμεσες επιδράσεις στην ποιότητα ζωής, την υγεία, το οικονομικό επίπεδο και την κοινωνική ζωή των εργαζόμενων με κυκλικό ωράριο. Δυστυχώς, οι μελέτες που είχαν διενεργηθεί ήταν περιορισμένες και δεν κρίθηκαν επαρκείς για να πείσουν για την σοβαρότητα του ζητήματος. Καθώς, όμως, το πρόβλημα επεκτεινόταν και μεγεθυνόταν, με την πάροδο του χρόνου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατευθύνθηκε προς την εντατικοποίηση της έρευνας ώστε να ανευρεθεί τρόπος να αναιρεθεί η παγίωση του διαταραγμένου ύπνου σε παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. (IsHak et al., 2012).

2. Διαταραχές ύπνου

Η έννοια του διαταραγμένου ύπνου περιλαμβάνει ποικιλία προβλημάτων που αφορούν στην ποιότητά και την χρονική του διάρκεια. Η μη επάρκειά του οδηγεί σε δεύτερο χρόνο στην αισθητή ελάττωση της λειτουργικότητας του ατόμου που εκφράζεται με συναισθηματική φόρτιση, σωματική κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας σε όλη την διάρκεια της ημέρας που ακολουθεί τον προβληματικό νυκτερινό ύπνο. Γίνεται σαφές πως η επίδραση των διαταραχών του ύπνου στην σωματική ευρωστία υποθάλλει τον κίνδυνο της εμφάνισης ιατρικών προβλημάτων που πολλές φορές αποκτούν χρονιότητα. Επιπλέον, ο προβληματικός ύπνος έχει επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία καθώς μπορεί να αποτελέσει γενεσιουργό αίτιο ψυχολογικών διαταραχών ή επιβαρυντικό παράγοντα προϋπαρχόντων ψυχικών νόσων. (First, 2013)

2.1 Διερεύνηση

Η έννοια των διαταραχών του ύπνου μελετήθηκε εκτενέστερα και διαμορφώθηκε μια ταξινόμηση ούτως ώστε να είναι δυνατή η καλύτερη διερεύνησή τους και η θεραπευτική τους προσέγγιση. Με βάση, λοιπόν, το Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) που διαμορφώθηκε από το American Psychiatric Association (2013), υπάρχουν δέκα μορφές διαταραγμένου ύπνου. Με τυχαία σειρά κατάταξης είναι οι εξής: αϋπνία, ναρκοληψία, υπερυπνία, εφιάλτες, το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, οι διαταραχές ύπνου που οφείλονται στην χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή εξαρτησιογόνων ουσιών, προβληματικός ύπνος ως επακόλουθο αναπνευστικών νοσημάτων, ύπνος που επηρεάζεται από τον κερκάρδιο ρυθμό, διαταραχή ύπνου που σχετίζεται με την γρήγορη κίνηση των ματιών και προβλήματα ύπνου εξαιτίας της μη γρήγορης κίνησης των οφθαλμών (Non Rapid Eye Movement-REM). (First, 2013)

Οι ασθενείς που υποφέρουν από την έλλειψη φυσιολογικού και επαρκούς ύπνου διατυπώνουν συχνά παράπονα τόσο στο οικείο τους περιβάλλον όσο και στο θεράποντα ιατρό τους σχετικά με την αισθητή μείωση της λειτουργικότητάς τους και της διάθεσής τους στην διάρκεια της ημέρας. Οι ασθενείς δεν δύναται να προσαρμοστούν στις αλλαγές στην διάρκεια, στην ποιότητα αλλά και στο χρονοδιάγραμμα του ύπνου τους

και εντοπίζουν το κύριο πρόβλημα στην δυσάρεστη αίσθηση που προκαλεί η αδυναμία έναρξης αλλά και συντήρησης του συνεχόμενου ύπνου. Η επίδραση στην σωματική του υγεία αλλά και στην συναισθηματική κατάσταση, έχει επιπτώσεις και στον ευρύτερο κοινωνικό κύκλο αλλά και σε άλλες πτυχές της καθημερινής ζωής του ασθενή. Η επαφή του ατόμου με τον κοινωνικό του περίγυρο δυσχεραίνεται καθώς η έλλειψη ύπνου επηρεάζει το θυμικό και την πνευματική του διαύγεια και επομένως, οι διαπροσωπικές του σχέσεις καθίσταται ως ένα βαθμό δυσλειτουργικές. (First, 2013)

Από τα πλέον βασικά προβλήματα που δημιουργεί ο ανεπαρκής ύπνος και σχετίζεται με την επαγγελματική δραστηριότητα του ασθενή είναι η έκρυθμη λειτουργία του κερκάρδιου κύκλου. Τα άτομα που εργάζονται σε βάρδιες με βάση ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο εργασιακού ωραρίου έρχονται αντιμέτωπα, κυρίως, με τα συμπτώματα της υπνηλίας και της αϋπνίας. Ωστόσο, δεν εντάσσονται όλοι οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο στην κατηγορία των ατόμων με διαταραχές ύπνου. Το American Academy of Sleep Medicine's International Classification of Sleep Disorders 2 (ICDS-2) οριοθέτησε ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια για την εντόπιση ασθενών με προβλήματα ύπνου. Καταρχήν, οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν ένα συγκεκριμένο ωράριο εργασίας το οποίο να επαναλαμβάνεται επί μακρό χρονικό διάστημα και να συμπίπτει με το σύνηθες χρονοδιάγραμμα ύπνου. Οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι θα πρέπει να επηρεάζονται από το δεδομένο ωράριο εργασίας, εμφανίζοντας συμπτώματα μη ελεγχόμενης υπνηλίας ή αϋπνίας. Στην συνέχεια, η προβληματική κατάσταση με τον ύπνο, εφόσον διαπιστωθεί πως οφείλεται στο εργασιακό καθεστώς, οφείλει να έχει αδιάκοπη παραμονή τουλάχιστον για ένα μήνα. Στη συνέχεια, η συνεχής καταγραφή του ημερολογίου ύπνου και η απεικονιστική παρακολούθηση του ασθενούς για διάστημα 7 ημερών, πρέπει να αποδείξει ότι όντως υφίσταται διαταραχή του κερκάρδιου ρυθμού που σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των ωρών που κοιμάται το άτομο. (First, 2013)

Τέλος, για να αποδοθεί η διαταραχή του ύπνου στο εργασιακό ωράριο, είναι απαραίτητο να αποκλειστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που ευθύνονται για τον ακατάλληλο ύπνο. Συγκεκριμένα, ιατρογενή αίτια, νευρολογικές παθήσεις, ψυχιατρικές διαταραχές και λήψη φαρμακευτικών ουσιών ή εξαρτησιογόνων σκευασμάτων θα πρέπει να αποκλείονται. Η διάγνωση τίθεται με την λήψη ενός λεπτομερειακού

ιατρικού ιστορικού που καταγράφει τις διαταραχές ύπνου σε έναν ασθενή ο οποίος εργάζεται επαναλαμβανόμενα και επί μακρό χρονικό διάστημα σε ωράρια διαφορετικά της χρονικής περιόδου από τις 8:00 το πρωί έως στις 6:00 το απόγευμα. Οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι για να χαρακτηριστούν ως ευπαθής ομάδα, πρέπει να εμφανίζουν υπερβολική υπνηλία στην διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους και αδυναμία ύπνου ή ύπνου με μειωμένες ώρες κατά την παραμονή τους στην οικία τους. Οι μελέτες υποστηρίζουν πως τα προαναφερθέντα συμπτώματα έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε άτομα που η εργασία τους χαρακτηρίζεται από κυκλικό ωράριο.(First, 2013)

Σε μια προσπάθεια λεπτομερειακής διερεύνησης των διαταραχών του ύπνου στην κατηγορία εργαζομένων με κυκλικό ωράριο, η Αμερικάνικη Ακαδημία Ιατρικής του Ύπνου (American Academy of Sleep Medicine) διατύπωσε παλαιότερα την άποψη πως υφίσταται μια διαταραχή που καλείται «διαταραχή της εργασίας σε βάρδιες» (Shift Work Disorder). Οι εν λόγω εργαζόμενοι εμφάνιζαν μη φυσιολογική υπνηλία ή αϋπνία διότι η εργασία τους γινόταν κατά την διάρκεια των ωρών του φυσιολογικού νυκτερινού ύπνου. Οι διαταραχές του ύπνου είχαν διάρκεια τουλάχιστον τριάντα ημέρες και οφείλονταν αποκλειστικά στο εργασιακό ωράριο. Οποιοσδήποτε άλλος αιτιολογικός παράγοντας που προκαλούσε διαταραχή ύπνου είχε αποκλειστεί. Η συγκεκριμένη τοποθέτηση επιβεβαιώθηκε, αργότερα και από το American Psychiatric Association και χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστικό εργαλείο της διαταραχής ύπνου που οφείλεται σε εργασία με κυκλικό ωράριο. (McFarlane, 2017)

Μια εξίσου σημαντική διαταραχή του φυσιολογικού ύπνου αποτελεί η υπερυπνία. Πρόκειται για μια κλινική οντότητα με ευρύτητα στα διαγνωστικά κριτήρια που περιλαμβάνει κυρίως προβλήματα από την παρουσία υπερβολικού ύπνου ή δυσκολιών στην αφύπνιση. Ο υπερβολικός ύπνος ορίζεται από τη εκτεταμένη διάρκεια του κατά τις νυκτερινές ώρες ή την ακούσια εμφάνισή του στην διάρκεια της ημέρας. Τα προβλήματα στην αφύπνιση αναφέρονται στην δυσκολία του ατόμου να ξυπνήσει το πρωί και την αδυναμία του να διατηρηθεί ξύπνιος στην διάρκεια της ημέρας ή οποιαδήποτε άλλη στιγμή είναι απαραίτητο. Αυτό συνιστά σε μια αφύπνιση με υποβαθμισμένη ποιότητα. Αντίθετα, με την περίπτωση της αϋπνίας, οι ασθενείς με υπερυπνία έχουν ευκολία στον ύπνο καθώς κοιμούνται γρήγορα και ο ύπνος τους έχει

άριστη απόδοση, αγγίζοντας το ποσοστό του 90%. Η μόνη δυσκολία που παρουσιάζουν είναι στην πρωινή αφύπνιση όπου αντικειμενικά αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Η κατάσταση των συγκεκριμένων ατόμων χαρακτηρίζεται ως «αδράνεια του ύπνου». Η συγκεκριμένη διαταραχή, ωστόσο, παρατηρείται όχι μόνο το πρωί αλλά και την στιγμή της αφύπνισης από έναν ύπνο μικρής χρονικής διάρκειας οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας. (McFarlane, 2017)

Στην κατάσταση της υπερύπνιας, ο ασθενής έχει την φαινομενική εικόνα του ανθρώπου που είναι ξύπνιος, όμως, οι αντιδράσεις του και η πνευματική του διαύγεια είναι υποβαθμισμένες. Υπάρχει μια αδεξιότητα κατά την τέλεση κινήσεων, ενώ η συμπεριφορά του δεν είναι αρμόζουσα. Το άτομο με υπερύπνια έχει προβλήματα στην μνήμη και στην ικανότητα προσανατολισμού στο χώρο και στον χρόνο. Κυρίαρχο σύμπτωμα αποτελεί το χασμουρητό. Όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα έχουν ένα εύρος χρονικής διάρκειας από λίγα λεπτά έως και ώρες. Σε ότι αφορά το ποσοστό των ανθρώπων που εμφανίζουν την συγκεκριμένη διαταραχή του ύπνου, ανέρχεται στο 1-4% του γενικού πληθυσμού στην ευρωπαϊκή και αμερικανική ήπειρο. Η συχνότητα ισοκατανέμεται στα δύο φύλα, χωρίς διάκριση ενώ στο σύνολο των ατόμων που καταφεύγουν σε ειδικές κλινικές διαχείρισης των προβλημάτων του ύπνου, το 5-10% των ασθενών διαγιγνώσκονται με υπερύπνια. (Ohayon, 2008)

Μια άλλη, εξίσου σημαντική, αλλά λιγότερο συχνή διαταραχή του ύπνου αποτελεί η ναρκοληψία. Πρόκειται για διαταραχή με μακρόχρονη διάρκεια στην οποία συμμετέχει ενεργά ο εγκέφαλος ο οποίος αδυνατεί να ρυθμίζει ορθά τα ωράρια του ύπνου και την ποιότητα της αφύπνισης. Ως αποτέλεσμα, ο ασθενής με ναρκοληψία κοιμάται στην διάρκεια της ημέρας ξαφνα και σε ώρες μη κατάλληλες. Επίσης, εμφανίζει υπερβολική υπνηλία όλη την ημέρα και κυρίως σε περιόδους που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα έπρεπε να διατηρείται ξύπνιος. Η υπνηλία οδηγεί τον ασθενή σε αδυναμία συγκέντρωσης και κοιμάται ξαφνικά χωρίς να υπάρχει προειδοποιητικό σύμπτωμα της υπνηλίας. Η διαταραχή του ύπνου, ωστόσο, δεν είναι η μόνη κλινική εκδήλωση της διαταραχής. Τα άτομα που υποφέρουν από ναρκοληψία δεν έχουν την ικανότητα ελέγχου του μυϊκού τόνου και των κινήσεων τους που οδηγεί αναπόφευκτα σε αδυναμία και ενίοτε σε σωματική κατάρρευση. Κατά την αφύπνιση, ο ασθενής, στα πλαίσια της μυϊκής αδυναμίας, έχει δυσκολία στην μετακίνηση και στην ομιλία, καθώς

οι κινήσεις του είναι αδρές ενώ στην διάρκεια του ύπνου λόγω της παρουσίας ονείρων, ξυπνά επηρεασμένος. Αν και η παρουσία της ναρκοληψίας έχει μακρόχρονο χαρακτήρα, δεν προκαλεί προβλήματα υγείας, τουλάχιστον σοβαρά ή χρόνια. Παρόλα αυτά, όμως, επιδρά άμεσα στην κοινωνική ζωή του ατόμου, επηρεάζοντας την καθημερινότητά του και έχοντας επιπτώσεις στην συναισθηματική του ωρίμανση. Οι έρευνες σε πολλές χώρες σε παγκόσμια κλίμακα έχουν συμπεράνει πως το ποσοστό εμφάνισης κυμαίνεται στο 0,02-0,04% του πληθυσμού, με ίση κατανομή στα δύο φύλα. (First, 2013; Kornum et al., 2017)

Η μορφή της διαταραχής του ύπνου που συνδέεται με την αναπνοή διακρίνεται σε τρεις τύπους: υποαερισμός στην διάρκεια του ύπνου, κεντρική υπνική άπνοια και η μορφή της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Από τους τρεις αυτούς τύπους που σχετίζονται με τον διαταραγμένο ύπνο, συνηθέστερος είναι εκείνος της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Εμφανίζεται με συχνότητα 1-2% στα παιδιά, 2-5% στους μεσήλικες και άνω του 20% στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Στην άπνοια αυτή παρατηρείται ένα κενό στην συνεχή ροή του αέρα που διαρκεί στους ενήλικες περίπου 10 δευτερόλεπτα ενώ στα παιδιά καταγράφεται απώλεια μιας ή δύο αναπνοών. Τα συνήθη συμπτώματα είναι η παρουσία υπνηλίας στην διάρκεια της ημέρας και το ροχαλητό κατά τον βραδινό ύπνο. Στην ιδιοπαθή κεντρική υπνική άπνοια, οι ασθενείς εμφανίζουν δύσπνοια με παρουσία πέντε περίπου απνοιών κάθε μιας ώρας ύπνου. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα αποτελούν η αϋπνία, η υπνηλία και οι συχνές αφυπνίσεις. Η ιδιοπαθής κεντρική υπνική άπνοια θεωρείται μια διαταραχή σπάνια, χωρίς, όμως, να έχει προσδιοριστεί ο επιπολασμός της. Σε ότι αφορά την περίπτωση του υπαερισμού που συμβαίνει στην διάρκεια του ύπνου, οι ασθενείς παραπονούνται για υπνηλία και για πονοκεφάλους έπειτα από την αφύπνιση. (First, 2013; Punjabi, 2008)

Στον τύπο της διαταραχής REM που συνδέεται με την ταχεία κίνηση των οφθαλμών, παρατηρούνται υπερδιεγέρσεις στους ασθενείς κατά την διάρκεια του ύπνου. Οι έντονες αντιδράσεις περιλαμβάνουν κινητικές δραστηριότητες αλλά και φωνητικές αντιδράσεις που οφείλονται στα όνειρα των ασθενών. Λόγω του βίαιου ή έντονου περιεχομένου των ονείρων, τα άτομα που υποφέρουν από την συγκεκριμένη διαταραχή ύπνου, αντιδρούν έντονα σε μια προσπάθεια αποφυγής ή αμυντικής θέσης απέναντι στην απειλή που διατρέχουν στα όνειρά τους. Η συγκεκριμένη κατάσταση ορίζεται ως

«συμπεριφορική αντίδραση στα όνειρα» και ο ασθενής μπορεί να μιλά στην διάρκεια του ύπνου, όσο βιώνει το όνειρο. Χαρακτηριστικό, επίσης, είναι το ότι μετά την αφύπνιση μπορεί να θυμάται λεπτομέρειες από το όνειρό του και είναι σε θέση να το περιγράψει. (Boeve, 2010)

Στις λιγότερο αναλυόμενες διαταραχές του ύπνου λόγω μη ειδικών χαρακτηριστικών εμφάνισης και επιδράσεων είναι η αισθητοκινητική διαταραχή που καλείται «σύνδρομο ανήσυχων ποδιών» κατά την οποία ο ασθενής στην διάρκεια του ύπνου του μετακινεί τα άνω και κάτω άκρα του. Τέλος, ως διαταραχές ύπνου θεωρούνται εκείνες που οφείλονται στην χρήση φαρμακευτικών και άλλων ουσιών όπως και κάποιες απροσδιόριστες χωρίς ιδιαίτερη συμπτωματολογία. (First, 2013)

2.2 Αίτια

Οι διαταραχές του ύπνου έχουν την γενεσιουργό αιτία τους σε μια ποικιλία εκλυτικών παραγόντων που ανάλογα με το είδος του προβληματικού ύπνου κατανέμονται αντίστοιχα. Εντούτοις, υπάρχουν κάποια κοινά αίτια, κυριότερα και συχνότερα των οποίων είναι το ψυχολογικό στρες που βιώνει ένας άνθρωπος, οι ψυχολογικές διαταραχές και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ειδικότερα, ανά τύπο διαταραχής του ύπνου, υπάρχει η δυνατότητα αναφοράς στα αίτια, τα οποία περιγράφονται στη συνέχεια. Η υπερύπνια οφείλεται στην επίδραση κάποιου ιού ο οποίος προκαλεί μόλυνση ή σε κάποιου τύπου εγκεφαλική βλάβη. Στην υπερύπνια, η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, χωρίς, ωστόσο, να έχει προσδιοριστεί ο βαθμός της. Η ναρκοληψία, βασίζεται και εκείνη σε κάποιον μολυσματικό ιό αλλά το στρες φαίνεται να αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα. Επιπρόσθετα, οι μελέτες έχουν αποδείξει πως γενετικά αίτια και ορισμένοι εξατομικευμένοι σωματικοί παράγοντες προδιαθέτουν στην εμφάνιση της ναρκοληψίας. Στις περιπτώσεις εκείνες που τα αναπνευστικά προβλήματα σχετίζονται άμεσα με τις διαταραχές του ύπνου, ως αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η παχυσαρκία, το φύλο (ειδικά το ανδρικό) και εάν υπάρχει οικογενειακό κληρονομικό ιστορικό υπνικής άπνοιας. (First, 2013)

Στην περίπτωση του κερκάρδιου ρυθμού που επηρεάζεται από την μη ικανοποιητικό ύπνο λόγω εργασίας με βάρδια, ατομικά χαρακτηριστικά είναι εκείνα που θεωρούνται

αιτιολογικοί παράγοντες. Συγκεκριμένα, το φύλο, η ηλικία και οι προτιμήσεις του εργαζόμενου σε ότι αφορά το χρονοδιάγραμμα του ύπνου επιδρούν στον κερκάρδιο ρυθμό. Η ταξινόμηση του ατόμου στον πρωινό ή νυκτερινό τύπο ανάλογα δηλαδή με τις ώρες που προτιμά να κοιμάται και την χρονική στιγμή της αφύπνισής του αποτελεί έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν την ικανότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στα εργασιακά ωράρια που απαιτούν κυκλικό πρόγραμμα και βάρδιες. Οι άλλοι παράγοντες που επιδρούν, επίσης, στην προσαρμογή στις βάρδιες είναι η ικανότητα εργασίας και ύπνου σε μεταβαλλόμενες συνθήκες, η δεξιότητα αντιμετώπισης της υπνηλίας και η ανθεκτικότητα στις πιέσεις που ασκεί το εργασιακό περιβάλλον. (Saksvik, Bjorvatn, Hetland, Sandal, & Pallesen, 2011)

2.3 Επιπτώσεις

Οι διαταραχές του ύπνου έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ατόμου, επηρεάζοντας πτυχές της κοινωνικής του δραστηριότητας, των διαπροσωπικών του σχέσεων και της αποδοτικότητας στην εργασία του. Λόγω της έλλειψης του ύπνου, ο πάσχων ασθενής ανησυχεί υπερβολικά για την απώλεια του φυσιολογικού χρονοδιαγράμματος των ωρών ύπνου και αυτό σε συνδυασμό με την αναμενόμενη κόπωση προκαλεί ευερεθιστότητα. Η πνευματική διαύγεια υποβαθμίζεται και επακόλουθα παρατηρείται ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και κακής ποιότητας μνήμη. Δυστυχώς, τα τελευταία συμπτώματα ευθύνονται και για τον αυξημένο ποσοστό ατυχημάτων σε ασθενείς με διαταραχές ύπνου. (Daley et al., 2009; First, 2013)

Η μακρόχρονη αϋπνία, επιπλέον, επηρεάζει αρνητικά και την ψυχική υγεία των ασθενών. Είναι αποδεδειγμένο πως η επίμονη αϋπνία συγκαταλέγεται στους αιτιολογικούς παράγοντες της διπολικής διαταραχής, της κατάθλιψης, της αγχώδους διαταραχής και της χρήσης ουσιών. Η απουσία του ύπνου και η κόπωση που φυσιολογικά επιφέρει οδηγεί το άτομο με διαταραχή ύπνου στην υπέρμετρη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, αγχολυτικών φαρμάκων και καφεΐνης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που τον απασχολούν. Τελικός σκοπός είναι η επίτευξη του ύπνου και η αντιμετώπιση της κόπωσης και της έντασης που προκαλεί η έλλειψη ή ο κακής ποιότητας ύπνου. Η χρήση, ωστόσο, υπνωτικών και αγχολυτικών φαρμάκων ή

διεγερτικών ουσιών δεν επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα πάντα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αϋπνία επιδεινώνεται ενώ συχνά είναι και τα φαινόμενα εθισμού στις ουσίες που χρησιμοποιούνται. (First, 2013)

Στην επίμονη παρουσία της αϋπνίας αποδίδεται και η εμφάνιση ιατρικών διαταραχών όπως η υπέρταση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου όπως και η πρόκληση πληθώρας προσωπικών κοινωνικών προβλημάτων. Οι ασθενείς με διαταραγμένο ύπνο έχουν μειωμένη παραγωγικότητα και απόδοση στον τομέα της εργασίας τους που πολλές φορές τους υποχρεώνει να απουσιάζουν επί μακρό χρονικό διάστημα από τον επαγγελματικό τους χώρο. Η δεδομένη αυτή κατάσταση έχει αντίκτυπο στο οικονομικό εισόδημα και κατά συνέπεια στην ποιότητα ζωής του ασθενή. (Godet-Cayré et al., 2006; Phillips & Mannino, 2007; Thase, 2005)

Οι περιπτώσεις ασθενών με διαταραχή του κερκάρδιου ρυθμού λόγω της εργασίας με βάρδιες, εμφανίζουν σε αυξημένη συχνότητα μειωμένη απόδοση στην εργασία τους αλλά και ατυχήματα που λαμβάνουν χώρα είτε στον εργασιακό χώρο είτε στην διάρκεια της οδήγησης κατά την επιστροφή στην οικία. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει και στις περιπτώσεις ασθενών με διπολική διαταραχή οι οποίοι λόγω του κυκλικού ωραρίου εργασίας, χάνουν ώρες ύπνου που λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας επεισοδίων μανίας. (First, 2013)

2.4 Συννοσηρότητα

Διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει την αϋπνία και τις υπόλοιπες διαταραχές ύπνου με την συνύπαρξη άλλων νοσογόνων οντοτήτων. Συνήθως, οι διαταραχές του ύπνου, στο σύνολό τους ακολουθούνται από διπολική διαταραχή, κατάθλιψη και άγχος. (Riemann, 2007) Σε ότι αφορά τον κάθε τύπο διαταραγμένου ύπνου με την συννοσηρότητα, έχουν διαπιστωθεί τα ακόλουθα. Οι ασθενείς που υποφέρουν από αϋπνία εμφανίζουν συχνά σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία νόσο, σύνδρομο χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, ινομυαλγία, διάφορες αρθρίτιδες και άλλες επώδυνες καταστάσεις. Η σχέση αϋπνίας και ιατρικών προβλημάτων είναι αμφίδρομη, ωστόσο, δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. (Taylor et al., 2007)

Η υπερυπνία συνοδεύεται, κυρίως, από εκφυλιστικές νόσους του νευρικού συστήματος, όπως την νόσο Parkinson και το Alzheimer (Weldemichael & Grossberg, 2010). Η ναρκοληψία, με τη σειρά της, σχετίζεται άμεσα με την σχιζοφρένεια, την παχυσαρκία και την υπνική άπνοια. Στις περιπτώσεις που εμφανίζεται η αποφρακτική υπνική άπνοια, οι ασθενείς πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως η υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και η στεφανιαία νόσος. Επίσης, στον ίδιο τύπο διαταραχής του ύπνου, η συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδους διαβήτη είναι αυξημένη όπως επίσης και η θνησιμότητα. Τέλος, σε όσους διαταράσσεται ο κirkάδιος ρυθμός στην διάρκεια του ύπνου, έχουν μια ροπή προς τη χρήση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών και την εμφάνιση κατάθλιψης. Εκτός, όμως, από την επίδραση στην ψυχική υγεία, στους συγκεκριμένους ασθενείς εμφανίζονται και προβλήματα οργανικά, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, γαστρεντερικές διαταραχές, νεοπλάσματα και σακχαρώδης διαβήτης. (First, 2013)

Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται με την διαταραχή του κirkάδιου ρυθμού και αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο στις χώρες του δυτικού κόσμου. Τα στατιστικά δεδομένα έχουν αποδείξει πως σε πολλά επαγγέλματα το κυκλικό ωράριο εργασίας αποτελεί βασικό εργασιακό καθεστώς και το εργατικό δυναμικό υποχρεούται να απασχολείται σε επαναλαμβανόμενα χρονοδιαγράμματα που περιλαμβάνουν εργασία με βάρδιες (Parent-Thirion et al., 2007). Η εργασία, όμως, με κυκλικό ωράριο συνδέεται με την εμφάνιση ασθενειών όπως τα καρδιαγγειακά προβλήματα, οι γαστρεντερικές διαταραχές, τα νεοπλάσματα, η κόπωση, το άγχος, η κατάθλιψη και οι διαταραχές του ύπνου (Mikko & Kecklund, 2010).

Σε μια προσπάθεια, μελέτης του προβλήματος της έλλειψης επαρκούς ύπνου ανά επαγγελματική ενασχόληση, έγιναν έρευνες σε διάφορες και ανομοιογενείς χώρες σχετικά με την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι μελέτες συσχέτισαν το επάγγελμα του νοσηλευτή με την συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής του κirkάδιου ρυθμού και την αξιολόγηση της επίδρασης σχετικών παραγόντων. Οι μελέτες, λοιπόν, στο σύνολό τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως περίπου το 32%-44% των νοσηλευτών εμφανίζουν διαταραχή του κirkάδιου ρυθμού. Υπάρχουν όμως και παράγοντες που αξιολογήθηκαν και αφορούσαν την ηλικία και το φύλο των

εργαζομένων, τον αριθμό των βαρδιών στο σύνολό τους και των βραδινών ειδικότερα, όπως επίσης και την ύπαρξη ή μη άγχους και αϋπνίας. (Flo et al., 2012)

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ασία και συγκεκριμένα σε Ινδούς νοσηλευτές διαπιστώθηκε πως οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν παράπονα σχετικά με τον ύπνο τους, ενώ το 43% παρουσίαζε διαταραχή ύπνου λόγω της εργασίας σε βάρδιες. Το πρόβλημα γινόταν εντονότερο σε μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές και σε εκείνους που εργάζονταν πολλές ώρες και ειδικά τις βραδινές (Anbazhagan, Ramesh, Nisha, & Joseph, 2016). Σε αντίστοιχη έρευνα που έλαβε χώρα στην Νορβηγία, οι ειδικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε βραδινές βάρδιες και εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης ήταν πολύ πιθανό να υπέφεραν από διαταραχή ύπνου λόγω εργασίας σε βάρδιες (Waage et al., 2014).

Στον ελληνικό χώρο, το 2015 έγινε μελέτη, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσηλευτών και διαπιστώθηκε πως εκείνοι που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο είχαν υποβαθμισμένη ποιότητα ύπνου σε σχέση με εκείνους που εργάζονταν αποκλειστικά το πρωί. Ένα από τα συμπτώματα που εμφάνιζαν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι, και το οποίο μελετήθηκε, ήταν το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου. Από τους πάσχοντες νοσηλευτές, το 21,6% γνώριζε την πάθησή του ενώ το 37,1% παρουσίαζε συμπτώματα αλλά δεν τους είχε τεθεί διάγνωση. Το αξιοσημείωτο, όμως, εύρημα ήταν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυλιόμενο ωράριο εμφάνιζαν σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σε τριπλάσια συχνότητα από εκείνους που η εργασία τους γινόταν μόνο το πρωί. Δεδομένου ότι το κυκλικό ωράριο και συγκεκριμένα οι βραδινές βάρδιες ήταν αναπόφευκτες λόγω της φύσης του επαγγέλματος του νοσηλευτή, δεν υπήρχε δυνατότητα τροποποιήσεων. (Κόκκαλη, 2015)

3. Διαταραχή ύπνου και ποιότητα ζωής

Η ερευνητική προσπάθεια για την διερεύνηση των επιπτώσεων των διαφόρων μορφών της διαταραχής του ύπνου στην καθημερινότητα του ατόμου και στην ποιότητα της ζωής του είναι πρόσφατη. Ο ανεπαρκής και προβληματικός ύπνος αποτελεί πλέον ένα δημόσιο πρόβλημα υγείας καθώς επηρεάζει αρνητικά μια πληθώρα πτυχών της ζωής του ατόμου που υποφέρει. Η λειτουργικότητα του ασθενή μειώνεται αισθητά, ο ύπνος αποκτά προβληματική υπόσταση, η πνευματική εγρήγορση μειώνεται, οι κοινωνικές επαφές και σχέσεις γίνονται δυσλειτουργικές και οι οικονομικές επιπτώσεις είναι σημαντικές. (IsHak et al., 2012; Léger & Bayon, 2010)

Στο πλαίσιο, λοιπόν, της συστηματικής διερεύνησης της συσχέτισης της αϋπνίας με την ποιότητα ζωής των ασθενών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ενθάρρυνε την διεξαγωγή σχετικών ερευνών. Συγκεκριμένα, οι μελέτες έγιναν στοχευμένα με απώτερο σκοπό την συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τις διαταραχές του ύπνου. Οι μελέτες, λοιπόν, απέδειξαν πως οι διαταραχές του ύπνου συνιστούν βασικό αιτιολογικό παράγοντα της εμφάνισης συνοδών ιατρικών προβλημάτων στους συγκεκριμένους ασθενείς όπως και θνησιμότητας. Τόσο οι εργαζόμενοι που λόγω του ωραρίου τους έχουν απώλεια πολύτιμων ωρών νυκτερινού ύπνου όσο και οι καθημερινοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο, βιώνουν καθημερινά έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και της ποιότητας της ζωής τους. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο στους επαγγελματίες, όπως του χώρου της υγείας, που εργάζονται σε μη σταθερό ωράριο και επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα του ύπνου τους. (Zamanian, Nikeghbal, & Khajehnasiri, 2016)

Βασική προϋπόθεση για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με προβλήματα ύπνου αλλά και γενικότερα των ανθρώπων είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «ποιότητα ζωής». Αντικειμενικά, η ποιότητα ζωής είναι όρος που οριοθετείται με υποκειμενικά κριτήρια και διαφοροποιείται στην διάρκεια των χρόνων, μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών κοινωνιών αλλά και ανάμεσα στους ανθρώπους. Εντούτοις, είναι γεγονός πως υπάρχουν κοινά σημεία που περιλαμβάνονται στον ορισμό της ποιότητας ζωής και την χαρακτηρίζουν. Ειδικότερα είναι η λειτουργικότητα σε καθημερινή βάση, το δικαίωμα απολαβής υγειονομικής περίθαλψης

και θεραπείας, η ψυχολογική ισορροπία και η κοινωνική ενεργητικότητα. Ως κατακλείδα, στις προσπάθειες οριοθέτησης της ποιότητας ζωής και έχοντας λάβει υπόψη όλους τους αναφερόμενους παράγοντες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε ως ποιότητα ζωής «την προσωπική τοποθέτηση του ατόμου σχετικά με τον ενεργό ρόλο του στη ζωή με βάση τις πολιτισμικές αξίες με τις οποίες έχει γαλουχηθεί, τις ιδεολογικές του τοποθετήσεις και τους στόχους που θέτει σε κάθε φάση της ζωής του». Είναι σαφές πως ο συγκεκριμένος ορισμός εστιάζεται σε προσωπικές εκτιμήσεις του κάθε ατόμου και έχει χαρακτήρα υποκειμενικό. (Kyle, Morgan, & Espie, 2010)

Η ποιότητα ζωής, ως βασικό στόχο, θέτει την αίσθηση μιας προσωπικής ευφορίας και επιβεβαίωσης του ατόμου λόγω της επίτευξης σωματικής ευρωστίας, πνευματικής διαύγειας, συναισθηματικής ισορροπίας και καθιέρωσης στον κοινωνικό βίο (Pearlman & Uhlmann, 1988). Εκτός, όμως, από τον γενικό όρο της ποιότητας ζωής υπάρχει και η έννοια «ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία». Οι παράμετροι που σκιαγραφούν την έννοια αυτή είναι κοινοί με τους αντίστοιχους του γενικού όρου καθώς μεταξύ τους υπάρχει μια αλληλένδετη σχέση. Προσδιορίζοντας, με περισσότερη ακρίβεια την ποιότητα ζωής στην υγεία, τέθηκε ο εξής ορισμός: είναι η προσωπική, υποκειμενική εκτίμηση του κάθε ασθενή σχετικά με τις επιδράσεις που έχει η ασθένεια και η θεραπευτική προσέγγισή της στον ίδιο. Η εξασφάλιση ποιότητας στην ζωή αλλά και στην υγεία του ανθρώπου έχει άμεση επίπτωση στην κοινωνική του ευημερία. Στην περίπτωση αυτή, η ποιοτική ζωή συνεπάγεται πως ο άνθρωπος έχει μια ομαλή οικογενειακή ατμόσφαιρα, επαρκείς φίλους και ικανοποιητική κοινωνική ζωή, οικονομική αυτονομία, ευτυχισμένη προσωπική ζωή και σεξουαλική πληρότητα. (Kyle et al., 2010)

Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αποτελεί χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο των ιατρών ειδικά και των επιστημόνων στο χώρο της υγείας γενικότερα, στην προσπάθειά τους να εκτιμήσουν τις επιδράσεις και τα αποτελέσματα της παρουσίας χρόνιων ασθενειών και των θεραπειών τους όπως και των αναπηριών που προκαλούνται στον κάθε ασθενή εξατομικευμένα. Ο τρόπος που ένας ασθενής αντιδρά σε μακρόχρονη βάση στο πρόβλημα υγείας του, η συνύπαρξή του με αυτό και η στάση της ζωής τους είναι πολύτιμοι αρωγοί στην προσπάθεια μελέτης της ποιότητας

ζωής στην υγεία, όπως προσδιορίζεται ατομικά από τον κάθε πάσχοντα. (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993)

Είναι γεγονός πως στην σύγχρονη εποχή, έχει αυξηθεί σημαντικά το ενδιαφέρον των μελών της κοινωνίας σχετικά με τους τρόπους που μπορεί να διασφαλισθεί η υγεία τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Στην παγκόσμια βάση δεδομένων, το PubMed, έχει τριπλασιαστεί ο αριθμός των αναζητήσεων με την επωνυμία «ποιότητα ζωής» την δεκαετία 2001-2011 σε σχέση με την ακριβώς προηγούμενη 1991-2001. Η αύξηση αυτή είναι φυσικό επακόλουθο της ουσιαστικής και ραγδαίας εξέλιξης που έχει σημειωθεί στον χώρο της ιατρικής. Η τεχνολογική εξέλιξη έχει δώσει την δυνατότητα της βελτίωσης της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπευτικής επέμβασης. Πολλές από τις ανίατες ασθένειες του παρελθόντος έχουν ιαθεί ή δίνουν την δυνατότητα επιβίωσης με καλύτερη ποιότητα ζωής, αυξάνοντας συγχρόνως και το προσδόκιμο επιβίωσης. Εκτός, όμως, από το ιατρικό προσωπικό και τους ερευνητές, και οι ίδιοι οι ασθενείς δείχνουν ενδιαφέρον για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να συνδράμουν στην βελτίωση της ζωής τους και στην συμβίωση με την ασθένεια. Η ποιότητα της ζωής των ασθενών είναι εντέλει, ένας πολυπαραγοντικός όρος που σχετίζεται άμεσα με τον ίδιο τον ασθενή και την προσωπική του αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο που ορίζει την ευημερία στην καθημερινή του ζωή. Στο σημείο αυτό χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η έννοια της ευημερίας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σαν όρος, ωστόσο, είναι περισσότερο ειδικός και αναφέρεται στην αξιολόγηση των θετικών στοιχείων της ζωής του ανθρώπου όπως τα συναισθήματα που βιώνει και το αίσθημα πλήρωσης και ικανοποίησης από την ζωή του. (Guyatt et al., 1993; Kyle et al., 2010)

Σε ότι αφορά την καθαρά τεχνική προσέγγιση του θέματος του προσδιορισμού της ποιότητας ζωής, χρησιμοποιούνται σύγχρονα σταθμισμένα εργαλεία που εφαρμόζονται στις κλινικές δοκιμές. Ο βασικός τους στόχος είναι η πρόβλεψη του ποσοστού επιβίωσης, ο βαθμός ανταπόκρισης στην θεραπεία και η μελέτη της ψυχικής κατάστασης των ασθενών (Velikova et al., 1999). Τα έγκυρα, λοιπόν, εργαλεία ταξινομούνται μέσω του είδους των μετρήσεων τους σε γενικά και ειδικά. Στην πρώτη κατηγορία γίνεται μια γενικευμένη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και πολύτιμα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι το Medical Outcomes Study Short Form Survey

SF-36 και ο Δείκτης Ποιότητας Ζωής Missoula-VITAS (MVQOLI-15). Τα ειδικά εργαλεία στοχοποιούν συγκεκριμένες ασθένειες και μελετούν ενδελεχώς την συσχέτισή τους με την ποιότητα ζωής. Χαρακτηριστικό ειδικό εργαλείο αποτελεί το Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής του Καρκίνου Μαστού (Sprangers et al., 1996).

Στην κατηγορία των γενικών εργαλείων υπάρχουν κλίμακες που αφορούν την μελέτη ασθενειών, γενικά, στο σύνολό τους και έχουν ευρεία χρήση. Η εφαρμογή τους είναι δυνατή στο σύνολο του πληθυσμού και σε όλες τις ασθένειες. Διακρίνονται λόγω διαφορετικού σκοπού χρησιμότητας στα «Προφίλ Υγείας» και στη «Μέτρηση Χρησιμότητας». Τα προφίλ της υγείας μελετούν διάφορους τομείς της υγείας και επικεντρώνονται στη σύγκριση των ιατρικών θεραπευτικών τεχνικών που εφαρμόζονται. Δημοφιλέστερα εργαλεία της κατηγορίας είναι το SF-36 και η Κλίμακα για την Ποιότητα Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life- WHOQOL). Οι κλίμακες χρησιμότητας, εν συνεχεία, είναι ιδιαίτερα χρηστικές για τον υπολογισμό της οικονομικής δαπάνης για την αντιμετώπιση των ασθενειών όπως και για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών. Από τα πλέον δημοφιλή εργαλεία της συγκεκριμένης κατηγορίας είναι το Europe Quality of Life Instrument και το Health Utility Index. Αν και η χρησιμότητα των συγκεκριμένων εργαλείων είναι δεδομένη, υπάρχει ένα κοινό μειονέκτημα στις δύο υποκατηγορίες των γενικών εργαλείων και αφορά στην αδυναμία εντοπισμού των αλλαγών που παρατηρούνται. (Reimer & Flemons, 2003; Weaver, 2001)

Σε ότι αφορά τα ειδικά εργαλεία, πλεονεκτούν έναντι των γενικών στο ότι έχουν ευαισθησία, εφαρμόζονται σε κλινικές μελέτες και μπορούν να εντοπίζουν και να μελετούν τις αλλαγές. Λόγω της ειδικής, όμως, χρήσης τους, η χρησιμοποίησή τους δεν δύναται να είναι ευρεία και εστιάζεται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Βασικό τους μειονέκτημα αποτελεί η αδυναμία συγκριτικών μελετών σε διαφορετικές ιατρικές καταστάσεις. Εξάιρεση αποτελεί ένα ειδικό εργαλείο, κατάλληλα διαμορφωμένο, που έχει τη δυνατότητα προσδιορισμού της ποιότητας ζωής σε ευρύ πεδίο ασθενειών όπως τον σακχαρώδη διαβήτη, την επιληψία, διάφορους τύπους καρκίνου και τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. (Reimer & Flemons, 2003; Weaver, 2001)

Υπάρχει μια αλληλένδετη και στενή σχέση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας της ζωής, ειδικά για την κατηγορία των ασθενών και κυρίως εκείνων με χρόνια προβλήματα υγείας. Ο διαταραγμένος ύπνος επιδρά αρνητικά σε πολλές από τις σημαντικές πτυχές της ζωής τους και κατά συνέπεια επηρεάζει τον τρόπο που σκέφτονται, αισθάνονται και λαμβάνουν αποφάσεις. Θεωρείται, λοιπόν, ως φυσικό επακόλουθο η αδυναμία των ασθενών να αποφασίσουν ορθά σε ότι αφορά το πρόγραμμα ή την επιλογή της θεραπείας τους όταν υποφέρουν από τα συμπτώματα του προβληματικού ύπνου. Το δεδομένο πρόβλημα, στη συνέχεια, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και από τους θεράποντες ιατρούς στον σχεδιασμό του κατάλληλου θεραπευτικού πρωτοκόλλου για τον ασθενή τους. Θα πρέπει, βέβαια, να σημειωθεί πως ιδιαίτερη μέριμνα οφείλεται και στους οικείους ή τους φροντιστές τους ασθενή, οι οποίοι ως υπεύθυνοι για την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος και την φροντίδα του αρρώστου επηρεάζονται από την αϋπνία του αλλά και από τις απότομες αλλαγές της διάθεσής του. (Reimer & Flemons, 2003; Weaver, 2001)

Η κατάσταση αυτή που διαμορφώνεται λόγω της διαταραχής του ύπνου επηρεάζει την ποιότητα ζωής που προσπαθούν οι ερευνητές να προσδιορίσουν με τις μελέτες τους. Η αξιολόγηση της πορείας της νόσου, της πρόγνωσης, της εφαρμογής αλλά και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας είναι παράμετροι που επηρεάζονται άμεσα από την ποιότητα της ζωής των ασθενών (Reimer & Flemons, 2003). Ως συνέπεια, οι ερευνητές θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αυτήν την αλληλένδετη σχέση προκειμένου τα αποτελέσματα των ερευνών να είναι αξιόπιστα. Χαρακτηριστικό και ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί μελέτη του 2008 που απέδειξε ότι ασθενείς που υπέφεραν από αποφρακτική υπνική άπνοια έδωσαν σε σχετικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης χαμηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα της ζωής τους σε σχέση με ανάλογο δείγμα ερωτηθέντων που δεν ήταν ασθενείς με την συγκεκριμένη νόσο. (Sahbaz et al., 2008)

Στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι επιτακτική η ανάγκη του ποιοτικού και ποσοτικού προσδιορισμού του ύπνου των ασθενών καθώς επηρεάζει όλους εκείνους τους παράγοντες που διαμορφώνουν το είδος της ζωής των ασθενών. Η κόπωση, η έκπτωση της λειτουργικότητας, η παρουσία υπνηλίας σε μη κατάλληλες στιγμές στην διάρκεια της ημέρας, η εμφάνιση των επώδυνων συμπτωμάτων και η διαμόρφωση των

οικογενειακών σχέσεων συνιστούν την επονομαζόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών και αποτελούν θεμελιώδεις παράγοντες εκτίμησης σε κάθε σοβαρή μελέτη (Reimer & Flemons, 2003). Ενδεικτικά, έχει αποδειχθεί πως οι άνδρες που εμφανίζουν νυκτουρία παραπονιούνται για κακής ποιότητας ύπνο που ως φυσικό επακόλουθο επηρεάζει αρνητικά και την ποιότητα ζωής τους (Kim, 2011).

Ανεξάρτητα αν μεμονωμένες μελέτες έχουν συσχετίσει την διαταραχή του ύπνου με την ποιότητα ζωής των ασθενών, είναι γεγονός πως υπάρχει μια υποτίμηση της επίδρασης του ύπνου στην πορεία της νόσου, της θεραπείας και γενικά της ζωής των ασθενών. Η αναζήτηση στην παγκόσμια βιβλιογραφία καταδεικνύει την έλλειψη όγκου σχετικών μελετών και άρθρων που είχαν ως αντικείμενο την σχέση ύπνου και ποιότητας ζωής. Στα περισσότερα άρθρα γινόταν η αξιολόγηση της ζωής ασθενών με καρκίνο ενώ αρκετά είχαν ως αντικείμενο μελέτης την επίδραση της διαταραχής του ύπνου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, νόσο του Parkinson, κατάθλιψη, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και HIV. Η ελλιπής, λοιπόν, παρουσία σχετικών μελετών οδήγησε τον World Health Consensus να παροτρύνει με έκθεσή του την διενέργεια σχετικών ερευνών.

Η παρουσία της αϋπνίας έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ζωή εκατομμυρίων ατόμων, ασθενών και μη, στον παγκόσμιο χάρτη. Καταρχάς πρέπει να επισημανθεί πως η χρονική διάρκεια του ύπνου σχετίζεται με την αυξημένη συχνότητα της νοσηρότητας όπως επίσης και με τα υψηλά ποσοστά της θνησιμότητας που καταγράφονται. Εν συνεχεία, η αϋπνία αποτελεί έναν από τους αιτιολογικούς παράγοντες σοβαρών προβλημάτων δημόσιας υγείας όπως το άγχος, η κατάθλιψη και τα ατυχήματα (Crowley, 2011; Léger & Bayon, 2010). Ειδικά, στην τελευταία περίπτωση, έχει διαπιστωθεί πως το 20% των τροχαίων ατυχημάτων έχουν ως αίτιο την υπνηλία που εμφανίζει ο οδηγός. Εκτός, όμως από την άμεση επίπτωση της αϋπνίας στην υγεία του ατόμου, επιδρά και στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τόσο το ατομικό όσο και της πολιτείας. Η αϋπνία, έχει υπολογιστεί πως κοστίζει στο εθνικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ περίπου 100 δισεκατομμύρια δολάρια (Botteman, 2009). Σημαντικές επιρροές σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επίσης, έχουν και άλλες διαταραχές του ύπνου όπως το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, η υπνική άπνοια, η υπερυπνία και ο διαταραγμένος ύπνος λόγω εργασίας με βάρδιες (Crowley, 2011; Léger & Bayon, 2010).

Σημαντικό βήμα στην αντιμετώπιση του φαινομένου αποτελεί, αρχικά, η εντόπισή του. Στη συνέχεια θα πρέπει να σχεδιαστούν στρατηγικές για την όσο το δυνατό καλύτερη διαχείριση του προβλήματος. Η αντιμετώπιση και η επιτυχημένη θεραπεία των διαταραχών του ύπνου έχουν ως αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων και αυτό τις καθιστά αναγκαίες. Σε πρώτη φάση αποτελεί προτεραιότητα η λήψη προληπτικών μέτρων για την αποφυγή της αϋπνίας σε άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Στη συνέχεια, απαραίτητο βοήθημα είναι η εκπαίδευση των ασθενών. Στο αναφερόμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνεται η λήψη απλών ατομικών μέτρων που συνεισφέρουν σημαντικά στην εξασφάλιση ποιοτικού ύπνου. Οι απλές ασκήσεις αεροβικής γυμναστικής, τεχνικές χαλάρωσης του σώματος και ένα ντους με ζεστό νερό έχει διαπιστωθεί πως βοηθούν τους ασθενείς με προβλήματα ύπνου να βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου τους. (Léger & Bayon, 2010)

Η κινητοποίηση σε παγκόσμιο επίπεδο των ερευνητών και το ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του προβλήματος των διαταραχών του ύπνου και της υποβάθμισης της ποιότητας ζωής έχουν οδηγήσει στην διενέργεια μεγάλων μελετών. Βασικός σκοπός των ερευνών αυτών είναι η διερεύνηση των παραγόντων που προάγουν τον υποβαθμισμένο ύπνο και η αυτοαξιολόγηση των ίδιων των ασθενών σχετικά με την υγεία τους. Σημαντική μελέτη του είδους έγινε το 2008 από τους Andruskiene, Varoneckas, Martinkenas και Grabauskas. Στη συγκεκριμένη έρευνα αξιολογήθηκαν τα παράπονα των ασθενών για τον ύπνο τους με το Basic Nordic Sleep Questionnaire και εκτιμήθηκε η ποιότητα υγείας ζωής μέσω του SF-36 και του Perceived Health Questionnaire. Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την έρευνα ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες που αφορούσαν τις απαντήσεις που δόθηκαν ανά φύλο. Οι άνδρες με διαταραχές ύπνου παρουσίαζαν τακτικά εκδηλώσεις άγχους, ξυπνούσαν συχνά στην διάρκεια του νυκτερινού ύπνου και στις εργάσιμες ημέρες παρουσίαζαν κατάσταση υπνηλίας ή σύντομου ύπνου διάρκειας περίπου 15 λεπτών. Στο ερωτηματολόγιο της αξιολόγησης του ύπνου τους, οι άνδρες χαρακτήριζαν την ποιότητα της υγείας τους ως κακή. Στην περίπτωση των γυναικών, υπήρχαν κοινά σημεία με την αξιολόγηση των ανδρών αλλά επιπρόσθετα εξέφραζαν παράπονα για διάρκεια νυκτερινού ύπνου μικρότερη των 7 ωρών. Το γενικό συμπέρασμα ήταν πως ο διαταραγμένος ύπνος

επιδρούσε άμεσα και με αρνητικό τρόπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και συγκεκριμένα επηρέαζε την σωματική ευρωστία, την συναισθηματική ισορροπία και την λειτουργικότητα. Επιπλέον, τα άτομα με κακής ποιότητας ύπνο αντιμετώπιζαν συχνότερα επώδυνα συμπτώματα και αντιλαμβάνονταν πως η υγεία τους ήταν σαφώς επηρεασμένη αρνητικά στο σύνολό της. (Andruskiene, Varoneckas, Martinkenas, & Grabauskas, 2008)

Οι μελέτες, εκτός από το σύνολο του πληθυσμού, ειδικεύτηκαν σε συγκεκριμένα επαγγέλματα που λόγω ωραρίου εργασίας αντιμετώπιζαν προβλήματα ύπνου. Χαρακτηριστικά, το 2018, διεξήχθη στον ελληνικό χώρο μελέτη που είχε ως σκοπό την διερεύνηση και αξιολόγηση της επίδρασης των βαρδιών της εργασίας στον ύπνο επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης των οποίων το ωράριο εργασίας ήταν είτε ακανόνιστο είτε σε πρωινές βάρδιες. Αφού ελήφθησαν πληροφορίες σχετικά με το ατομικό ιατρικό ιστορικό του καθενός και δημογραφικά στοιχεία, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο WHO-5(Well-Being Index και εκείνοι που ανήκαν στην κατηγορία των εργαζόμενων με βάρδιες έδωσαν επιπλέον απαντήσεις στο Shift Work Disorders Screening Questionnaire (SWDSQ). Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ενδεικτικά της αρνητικής επίδρασης του κυκλικού ωραρίου εργασίας στον ύπνο και στη ζωή των εργαζομένων. Η λεπτομερειακή ανάλυση των δεδομένων απέδειξε τη συσχέτιση του αριθμού και της διάρκειας των βαρδιών σε καθορισμένο χρονικό διάστημα, της ηλικίας των εργαζομένων και της οικογενειακής τους κατάστασης με την ποιότητα του ύπνου τους. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε πως το κύριο πρόβλημα εστιαζόταν σε εκείνους τους επαγγελματίες που εργάζονταν σε βάρδιες ή είχαν ασταθές ωράριο εργασίας για περισσότερο από τρεις φορές σε διάστημα μιας εβδομάδας. Αξιοσημείωτο είναι πως τα προβλήματα του ύπνου και όλα τα συνοδά συμπτώματα βελτιώθηκαν όταν οι εργαζόμενοι απείχαν από τα κυκλικά ωράρια εργασίας. Η συγκεκριμένη παρατήρηση αποτελεί απόδειξη της ένταξης του διαταραγμένου ύπνου στα ιατρικά προβλήματα που συνδέονται με τις επαγγελματικές συνθήκες και αποκαλύπτει την αδυναμία του ανθρώπου να προσαρμοστεί σε οτιδήποτε διαταράσσει τον κερκάρδιο ρυθμό. (Nena et al., 2018)

Σε αντιστοιχία με την ελληνική μελέτη, αναφέρονται δύο που διενεργήθηκαν στο εξωτερικό και οι οποίες είχαν παρόμοιο σκοπό στην έρευνα τους και συναφή αποτελέσματα. Το 2014, οι Palhares, Corrente και Matsubara διενήργησαν έρευνα με σκοπό να διερευνήσουν την ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που το ωράριο εργασίας τους ήταν με βάρδιες και κυρίως στις νυκτερινές ώρες. Χρησιμοποιώντας ως εργαλεία μελέτης τα Pittsburgh Sleep Quality και WHOQOL-Bref αποδείχθηκε πως όντως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές. Μάλιστα, η νυκτερινή εργασία αποδείχθηκε ως γενεσιουργός αιτία των διαταραχών του ύπνου στους συγκεκριμένους εργαζόμενους και επίσης, αναδείχθηκε η σοβαρότητα του προβλήματος στις γυναίκες νοσηλεύτριες που ανήκαν στην ευπαθή ομάδα. (Palhares, Corrente, & Matsubara, 2014)

Μια μεταγενέστερη μελέτη, του 2016, που διεξήχθη στο Ιράν από την ερευνητική ομάδα του Zamanian είχε και αυτή ως σκοπό την διερεύνηση σχέσης ύπνου και ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία έγκυρα και σταθμισμένα ερωτηματολόγια όπως το Pittsburgh Sleep Quality Index και το Medical Outcomes Study Short Form-36 Survey σε νοσηλευτικό προσωπικό ηλικίας 22-38 ετών, κυρίως γυναίκες. Αφού ελήφθησαν υπόψη τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και πληροφορίες σχετικά με τον ύπνο και γενικά την ποιότητα της ζωής τους έγινε η επεξεργασία τους. Εκείνο που πρωτίστως παρατηρήθηκε ήταν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών της έρευνας υπέφεραν από έλλειψη ύπνου. Στη συνέχεια, ένα δεύτερο σημαντικό συμπέρασμα που εξήχθη ήταν το ότι όσα άτομα της μελέτης μπορούσαν να κοιμηθούν για χρόνο μεγαλύτερο των 9 ωρών στη διάρκεια της νύχτας, βαθμολογούσαν με υψηλότερους βαθμούς την ποιότητα της ζωής τους σε σχέση με εκείνους τους συμμετέχοντες που η διάρκεια του ύπνου τους ήταν μικρή, μικρότερη των 4,5 ωρών. (Zamanian et al., 2016)

4. Διαταραχή ύπνου και κυκλικό ωράριο εργασίας

Στον ελληνικό χώρο έχουν πραγματοποιηθεί, μεταξύ άλλων, τρεις αξιόλογες ερευνητικές εργασίες σε νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων της επικράτειας με σκοπό την διερεύνηση της ποιότητας του ύπνου τους σε σχέση με το κυκλικό ωράριο εργασίας τους. Το 2011, οι Υφαντή, Ζαγκότση, Γκέτσιος, Αρμάγος, Υφαντή και Χαραλαμποπούλου, έχοντας χρησιμοποιήσει ως υλικό μελέτης, επαγγελματίες του χώρου της υγείας στο νοσοκομείο του Καρπενησίου, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως όντως η αϋπνία αποτελούσε το κύριο πρόβλημα με το οποίο έρχονταν αντιμέτωποι οι εργαζόμενοι. Ο ήδη διαταραγμένος ύπνος επιβαρυνόταν ακόμα περισσότερο στις περιπτώσεις που στο οικογενειακό περιβάλλον υπήρχαν ανήλικα παιδιά που χρειάζονταν φροντίδα. (Υφαντή et al., 2011)

Λίγα χρόνια αργότερα, το 2013, οι Korompeli Chara και Chrysoula Sourtzi διερεύνησαν τους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονταν για την εμφάνιση προβλημάτων στον ύπνο σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε τρία γενικά νοσοκομεία του νομού Αττικής με κυκλικό ωράριο. Η έρευνα κατέληξε στο βασικό συμπέρασμα πως σοβαρά προβλήματα διαταραγμένου ύπνου ανάμεσα στις βάρδιες αντιμετώπιζαν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και όσα άτομα υπέφεραν από χρόνια κόπωση. Το πρόβλημα γινόταν εντονότερο στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στο χώρο περισσότερο από 18 χρόνια και σε εκείνους που είχαν υπό την φροντίδα και επιμέλειά τους στο οικογενειακό περιβάλλον παιδί ή άτομο με ανάγκες. Δεδομένου ότι οι διαταραχές του ύπνου ήταν ιδιαίτερα σημαντικές, μέσω της έρευνας τέθηκε η πρόταση της διαμόρφωσης του εργασιακού προγράμματος και των βαρδιών με βάση τις ανάγκες των εργαζομένων. (Korompeli, Chara, Chrysoula, & Sourtzi, 2013)

Την ίδια χρονιά, το 2013, μια ομάδα ερευνητών συνέταξε μια μελέτη που στηριζόταν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την ανίχνευση των αιτιολογικών παραγόντων και των εκλυτικών παραμέτρων που ωθούσαν τους νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας σε διαταραχές ύπνου. Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα προσπάθησε να αξιολογήσει τις επιδράσεις των συγκεκριμένων παραγόντων στην υγεία, την ποιότητα ζωής και την επαγγελματική τους δεξιότητα και πληρότητα. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την αρνητική επίδραση του κυκλικού ωραρίου σε πληθώρα

τομέων της καθημερινής ζωής των νοσηλευτών. Οι εργαζόμενοι της μελέτης που επηρεάζονταν από την αϋπνία χαρακτηρίζονταν από διαταραχές στη συμπεριφορά τους, αύξηση της συχνότητας εμφάνισης διάφορων ασθενειών όπως και ατυχημάτων. Η ποιότητα της ζωής τους αποδεδειγμένα είχε υποστεί υποβάθμιση ποιότητας και οι πάσχοντες εκδήλωναν συχνότερα με το γενικό πληθυσμό, άγχος και νευρικότητα. Η επιβαρυσμένη κατάσταση επιδρούσε και στην οικογενειακή τους ζωή, δυσχεραίνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Μοιραία, και η κοινωνική τους ζωή δεχόταν αρνητικές επιδράσεις και υποβαθμιζόταν ο ενεργός κοινωνικός τους ρόλος. (Drake, Roehrs, Richardson, Walsh, & Roth, 2004; Makrynika E, Rekleiti M, & Roura Z, 2013)

Μια ερευνητική μελέτη του 2014 από τους Kousoglou, Mouzas, Bonotis, Roura, Vasilopoulos, και Angelopoulos διερεύνησε τη σχέση της αϋπνίας και της κόπωσης λόγω εργασιακών συνθηκών σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε νοσοκομειακά ιδρύματα της Κεντρικής Ελλάδας. Τα αποτελέσματα δημιουργούν προβληματισμό καθώς αποδεικνύεται πως τρεις στους τέσσερις νοσηλευτές εμφάνιζαν σημεία κόπωσης και εξουθένωσης. Η πλειοψηφία των συγκεκριμένων νοσηλευτών εργάζονταν στον χειρουργικό τομέα ή σε οποιοδήποτε τμήμα αλλά είχαν περισσότερες από 4,5 νυκτερινές βάρδιες στη διάρκεια ενός μήνα. Εκτός, όμως, από την σωματική εξασθένιση, η αϋπνία είχε αρνητική επίδραση και στην συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευτών, στην αυτοξιολόγηση των επιτευγμάτων τους και στην αυτοεκτίμησή τους. Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα τους, οι ερευνητές επισήμαναν την ανάγκη για την ανεύρεση εναλλακτικών τρόπων αποφυγής του προβλήματος της αϋπνίας και της κόπωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. (Kousloglou et al., 2014)

Στα ίδια αποτελέσματα με την προηγούμενη μελέτη κατέληξε μια άλλη έρευνα που έχοντας κατανοήσει την σχέση διαταραχής ύπνου, κόπωσης και απόδοσης στην εργασία στους νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, προσπάθησε να την επιβεβαιώσει και με επιστημονικά κριτήρια. Πράγματι, η συσχέτιση αποδείχθηκε ότι ήταν θετική και επίσης, επιβεβαιώθηκε ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο επιρρεπείς στις διαταραχές του ύπνου. (Giorgi, Mattei, Notarnicola, Petrucci, & Lancia, 2018)

Η Ελληνική νομοθεσία μέσω του Νόμου 4093/2012 έχει οριοθετήσει την έννοια της νυκτερινής βάρδιας και τους περιορισμούς όπως και τα δικαιώματα των εργαζομένων στην ανάπαυση. Ειδικότερα, ένας εργαζόμενος θεωρείται, με βάση τον νόμο, ότι εργάζεται σε νυκτερινή βάρδια όταν σε καθημερινή βάση απασχολείται για τουλάχιστον τρεις ώρες μεταξύ 22:00 και 6:00 ή οι 726 ώρες από τον συνολικό εργασιακό του χρόνο στην διάρκεια ενός έτους αφορούν νυκτερινή εργασία. Συνολικά, η εργασία σε νυκτερινή βάρδια δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 8 ώρες στο 24ωρο ανά εβδομάδα. Εξαίρεση μπορεί να γίνει εάν έχει γίνει διαφορετική εργασιακή συμφωνία που διαφοροποιείται από τη Συλλογική Σύμβαση Εργασίας. Σε ότι αφορά το δικαίωμα του εργαζόμενου στην ανάπαυση, η νομοθεσία επιβάλλει την 11ωρη ανάπαυλα μεταξύ δύο βαρδιών. Επίσης, ο εργοδότης υποχρεούται να δίνει μια συνεχή 24ωρη αποχή από την εργασία κάθε εβδομάδα. (Ραπανάκης, 2014)

Σε αντιστοιχία με την ελληνική νομοθεσία, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι νόμοι είναι σαφείς σε ότι αφορά τα χρονικά όρια των νυκτερινών βαρδιών και της ανάπαυσης των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, ο κανονισμός ορίζει πως οι 8 ώρες είναι το όριο της νυκτερινής εργασίας σε ένα 24ωρο. Οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να αναπαύονται 11 συνεχόμενες ώρες έπειτα από τη νυκτερινή βάρδια, να έχουν ένα 24ωρο ελεύθερο εργασίας την εβδομάδα και άδεια με αποδοχές διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων στην διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους. (Rankin, Phillips, & Warren, 1999)

5. Ερευνητική μεθοδολογία

5.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής νοσηλευτών, με κυκλικό ωράριο, ενός δημόσιου νοσοκομείου. Επιπλέον στόχος, η μελέτη της σχέσης της ποιότητας του ύπνου με την ποιότητα ζωής. Τέλος, εξετάζεται η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών και ανθρωπομετρικών παραγόντων στο επίπεδο της ποιότητας του ύπνου.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν:

- Αν και κατά πόσο παρατηρούνται διαταραχές του ύπνου σε νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο εργασίας.
- Αν και σε τι βαθμό επηρεάζεται η ποιότητα ζωής και η απόδοση των νοσηλευτών με κυκλικό ωράριο.
- Αν και κατά πόσο οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να αποτελέσουν την αιτία για την διατάραξη της σωματικής (PCS) και την ψυχικής (MCS) υγείας των νοσηλευτών.
- Αν και κατά πόσο τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου και τη ΣΥΠΖ.
- Αν και κατά πόσο τα εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου και τη ΣΥΠΖ.

5.2 Το δείγμα της έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από 122 νοσηλευτές ΠΕ,ΤΕ και ΔΕ του γενικού νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης .

5.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Κριτήρια ένταξης

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ηλικία 18 ετών και άνω.

- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ηλικία κάτω των 18 ετών.
- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Αρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

5.4 Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερε

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 3 μέρη:

- Κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα
- Ερωτηματολόγιο Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). Πρόκειται για ένα εργαλείο που διαφοροποιεί τον ύπνο σε «καλής» και «κακής» ποιότητας. Ο ασθενής αξιολογεί μόνος του κάθε μια από τις ερωτήσεις-προτάσεις. Άθροισμα 5 ή μεγαλύτερο αντιπροσωπεύει άτομο με «κακής» ποιότητα ύπνο. (Perantoni et al., 2012)
- Ερωτηματολόγιο 36-Item Short Form Survey (SF-36). Είναι ένα εργαλείο μέτρησης που αφορά την λειτουργική υγεία, την ευεξία, την ψυχική και νοητική υγεία με ψυχομετρικούς όρους. Δεν εστιάζεται σε μία συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και ασθένεια. Είναι κατάλληλο για αυτο-συμπλήρωση καθώς και για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης σε άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Ο χρόνος συμπλήρωσης εκτιμάται περίπου στα 10 λεπτά. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες στο σύνολό τους βαθμολογούνται από 0 έως 100 (0= ελάχιστη δυνατή τιμή, 100=άριστη υγεία). Οι θεματικές κλίμακες

σχηματίζουν δύο ομάδες, μία ομάδα αφορά τη Σωματική Υγεία (SF36-ΣΥ) και η άλλη ομάδα αφορά την Ψυχική Υγεία (SF36-ΨΥ).

5.5 Στατιστική μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία ονομαστικής μεταβλητής έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή του ελέγχου των Kruskal-Wallis, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

5.6 Δειγματοληπτική μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος συλλογής των δεδομένων κρίθηκε η δειγματοληψία τύπου «ευκολίας», δηλαδή συμμετέχουν σε όσα άτομα το επιθυμούν. Η αντιπροσωπευτικότητα τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές μελέτες και δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Παρόλα αυτά, η δειγματοληψία ευκολίας είναι ευρέως διαδεδομένη όπου δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρείται ότι

μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν παρόμοια με αυτά το δείγματος χαρακτηριστικά.

6. Αποτελέσματα

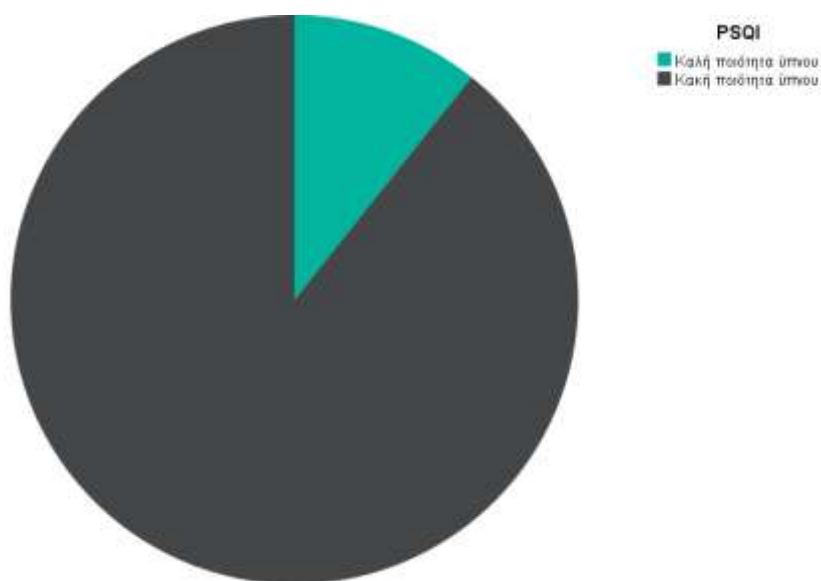
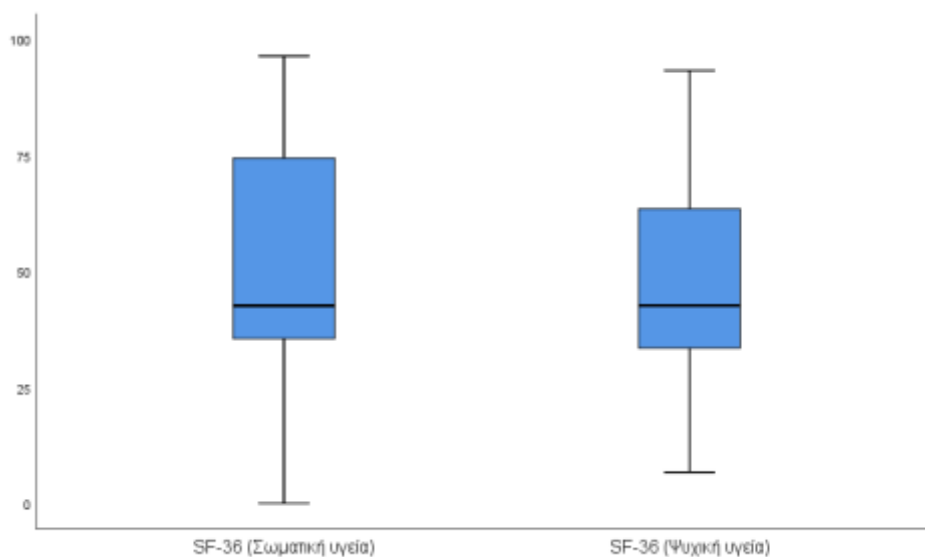
6.1 Περιγραφική ανάλυση

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 112 άτομα (87 γυναίκες και 25 άνδρες). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

	<i>Mean</i>	<i>Standard Deviation</i>	<i>Median</i>	<i>N</i>	<i>N %</i>
<i>Ηλικία</i>	39.3	8.4	38.0		
<i>Δείκτης Μάζας Σώματος</i>	26.1	3.8	26.3		
<i>Φύλο</i>					
	Γυναίκα			87	77.7
	Άντρας			25	22.3
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	Άγαμος/ η			42	37.8
	Έγγαμος/ η			53	47.7
	Διαζευγμένος/ η			11	9.9
	Χήρος/ α			5	4.5
<i>Έχετε παιδιά;</i>	Όχι			50	44.6
	Ναι			62	55.4
<i>Κάπνισμα</i>	Όχι			52	46.8
	Πρώην			16	14.4
	Ναι			43	38.7
<i>Αλκοόλ</i>	Ποτέ			31	27.7
	Σπάνια			32	28.6
	2-4 φορές το μήνα			32	28.6
	2-3 φορές την εβδομάδα			12	10.7
	>3 φορές την εβδομάδα			5	4.5

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων PSQI, SF36-ΣΥ, και SF36-ΨΥ. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα PSQI οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα συντριπτικά υψηλό ποσοστό νοσηλευτών με κακή ποιότητα ύπνου (89.3%). Οι τιμές της κλίμακας SF36-ΣΥ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο σωματικής υγείας (50.1 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της κλίμακας SF36-ΨΥ δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο ψυχικής υγείας (46.8 %).

	Mean	Standard Deviation	Median	N	N %
Ηλικία	39.3	8.4	38.0		
SF-36 (Σωματική υγεία)	50.1	25.2	42.6		
SF-36 (Ψυχική υγεία)	46.8	20.7	42.7		
PSQI	Καλή ποιότητα ύπνου			12	10.7
	Κακή ποιότητα ύπνου			100	89.3



6.2 Συσχετίσεις

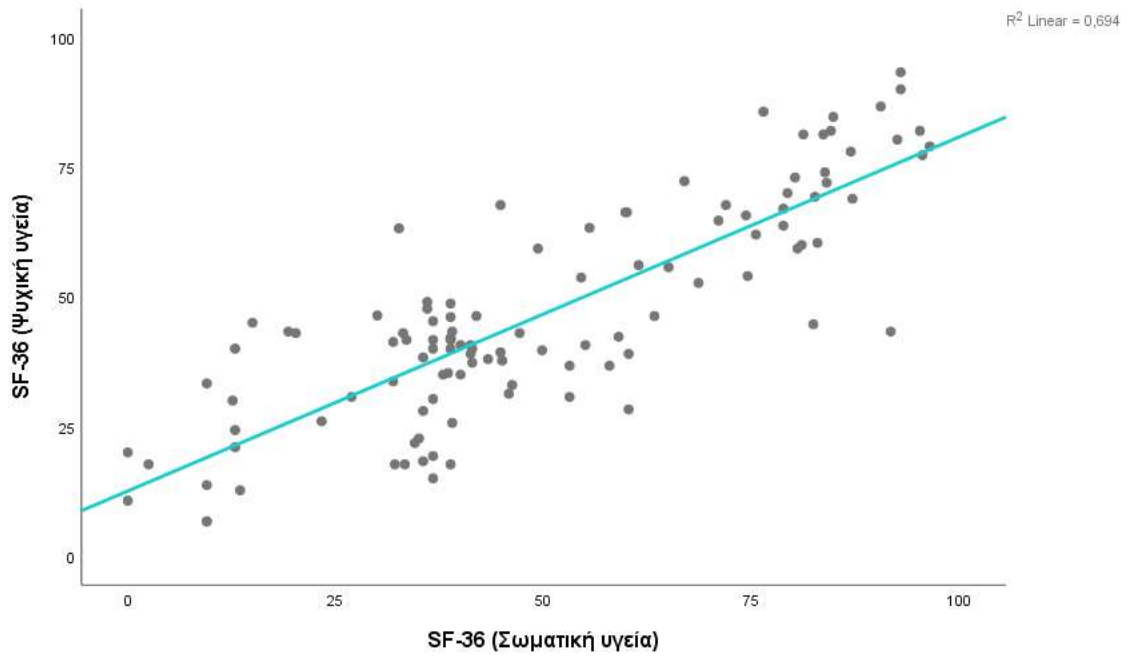
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), και της μελέτης των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», οι κλίμακες SF36-ΣΥ, και SF36-ΨΥ παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων έγινε χρήση παραμετρικών ελέγχων.

Η κλίμακα SF36-ΣΥ βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με την κλίμακα SF36-ΨΥ ($r(112) = .833$, $p < .001$). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο σωματικής υγείας αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας.

Correlations

		SF-36 (Σωματική υγεία)	SF-36 (Ψυχική υγεία)
SF-36 (Σωματική υγεία)	Pearson Correlation	1	.833**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	112	112
SF-36 (Ψυχική υγεία)	Pearson Correlation	.833**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	112	112

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

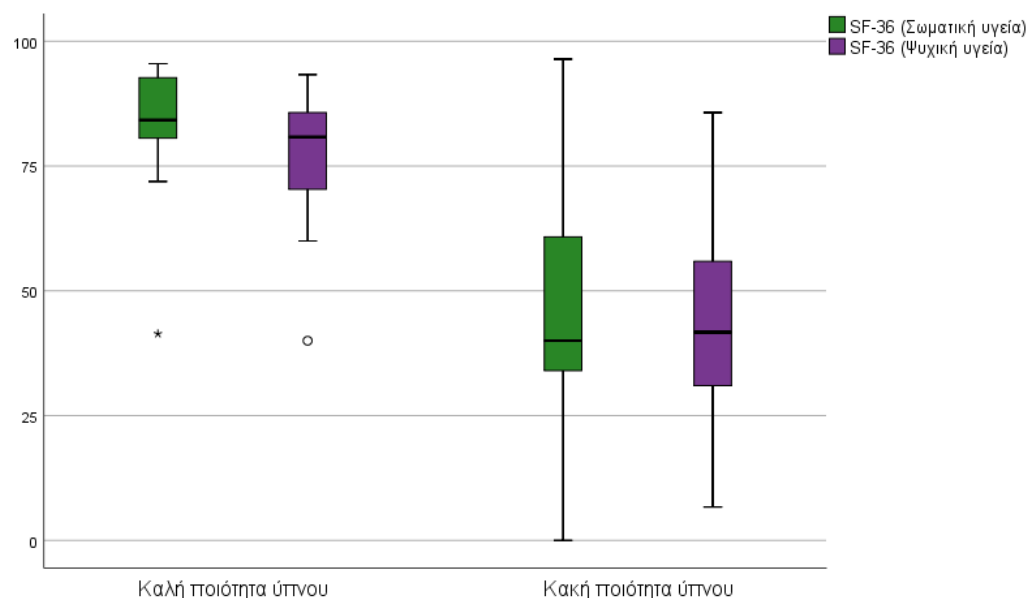


Η κλίμακα PSQI βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με την κλίμακα SF36-ΣΥ ($r_{pb}(112) = -.445, p < .001$) και με την κλίμακα SF36-ΨΥ ($r_{pb}(112) = -.496, p < .001$). Συγκεκριμένα καλή ποιότητα ύπνου αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας.

Correlations

		PSQI	SF-36 (Σωματική υγεία)	SF-36 (Ψυχική υγεία)
PSQI	Point Biserial Correlation	1	-.445**	-.496**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	112	112	112

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Η κλίμακα PSQI δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά, με το φύλο ($r_{\phi}(112) = -.022, p = .816$) ή με την ύπαρξη παιδιών ($r_{\phi}(112) = .095, p = .317$).

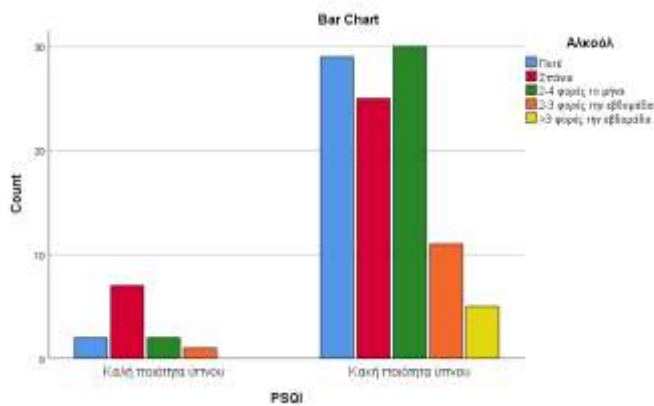
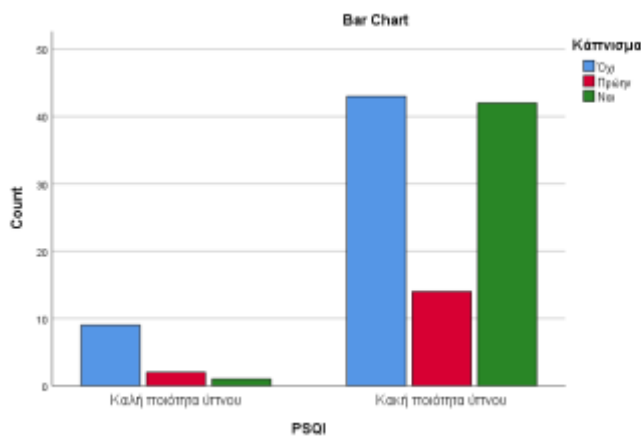
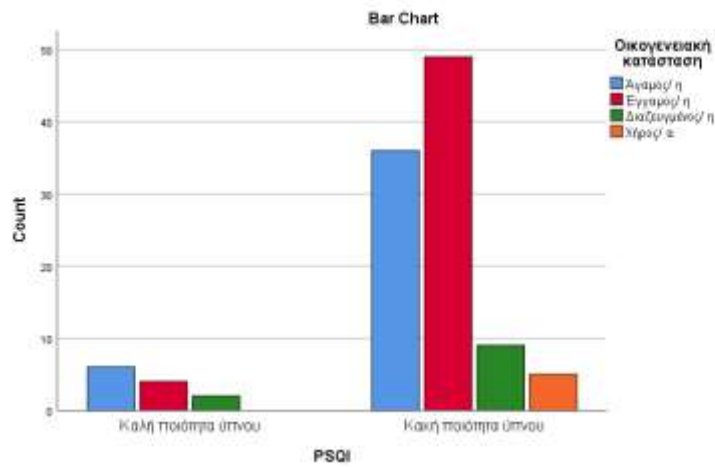
Correlations

		PSQI	Φύλο	Έχετε παιδιά;
PSQI	Phi Correlation	1	-.022	.095
	Sig. (2-tailed)		.816	.317
	N	112	112	112

Η κλίμακα PSQI δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά, με την ηλικία ($r_{pb}(112) = .082, p = .389$) ή με τον Δείκτη Μάζας Σώματος ($r_{pb}(112) = .131, p = .167$).

		Ηλικία	Δείκτης Μάζας Σώματος
PSQI	Point Biserial Correlation	.082	.131
	Sig. (2-tailed)	.389	.167
	N	112	112

Η κλίμακα PSQI δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά, με την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2(3) = 2.337, p = .505$) ή με την καπνισματική συνήθεια ($\chi^2(2) = 5.535, p = .063$) ή με την κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2(4) = 6.093, p = .192$).



7. Συζήτηση

Η εργασία με βάρδιες μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Οι φυσιοπαθολογικές συνέπειες περιλαμβάνουν βιοχημικές αλλαγές και επιπτώσεις στον τρόπο ζωής. Οι ψυχολογικές συνέπειες περιλαμβάνουν άγχος και κατάθλιψη.

Με την παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο, με κυκλικό ωράριο. Επιπλέον μελετήθηκε η σχέση της ποιότητας του ύπνου με την ποιότητα ζωής. Τέλος, εξετάστηκε η επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών και ανθρωπομετρικών παραγόντων στο επίπεδο της ποιότητας του ύπνου. Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) και 36-Item Short Form Survey (SF-36). Ακολουθήθηκε η δειγματοληψία τύπου «ευκολίας». Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης.

Η ανάλυση των δεδομένων, του δείγματος, κατέγραψε εάν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό νοσηλευτών με κακή ποιότητα ύπνου (89.3%). Επιπλέον, υπολογίστηκε ότι το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, των συμμετεχόντων είναι μέτριο. Βρέθηκε, ακόμη, ότι υψηλό επίπεδο σωματικής υγείας αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας. Επίσης, καλή ποιότητα ύπνου παρατηρήθηκε ν' αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα PSQI δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με το φύλο, την ύπαρξη παιδιών, την ηλικία, τον Δείκτη Μάζας Σώματος, την καπνισματική συνήθεια, την κατανάλωση αλκοόλ. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων, της παρούσας μελέτης, δεν φαίνεται να ακολουθούν τα πρότυπα της βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης.

Βάσει της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, η εργασία με κυκλικό ωράριο μελετάται ευρέως επειδή μπορεί να επηρεάσει σε διάφορα επίπεδα την ανθρώπινη ομοιόσταση και ευεξία. Μια σημαντική αιτία διαταραχών του ύπνου είναι η εργασία με βάρδιες. Η Διεθνής Ταξινόμηση Διαταραχών του Ύπνου έχει ορίσει τη διαταραχή του ύπνου κατά την εργασία ως ένα φαινόμενο «που αποτελείται από συμπτώματα αϋπνίας ή υπερβολικής υπνηλίας που εμφανίζονται ως παροδικά φαινόμενα σε σχέση με τα προγράμματα εργασίας». (Zienolddiny et al., 2013)

Οι διαταραχές του ύπνου που προκαλούνται από την αλλαγή του κίρκαδικού ρυθμού ύπνου / αφύπνισης μπορεί περαιτέρω να εντείνονται από διάφορες περιβαλλοντικές και συμπεριφορικές συνθήκες. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο εμφανίζει ανεπαρκή ύπνο και η βαρύτητα των συμπτωμάτων είναι υψηλότερο σε σύγκριση με τους νοσηλευτές/ τριες που δεν ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας (Chan, 2009) [9]. Οι νοσηλευτές/ τριες που εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου είναι αυτοί με εργασιακή εμπειρία ≥ 18 ετών (Chan, 2009; Korompeli et al., 2013).

Οι δυσκολίες στον ύπνο και η εργασία με βάρδιες συσχετίζονται, στη βιβλιογραφία, με υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος, λιγότερη σωματική δραστηριότητα, χαμηλότερη ποιότητα διατροφής, μικρότερη διάρκεια ύπνου, συχνό ροχαλητό, συχνή υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και υψηλότερο επιπολασμό συμπτωμάτων υπέρτασης και κατάθλιψης. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με δυσκολίες στον ύπνο είχαν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς αυτό το πρόβλημα. Συγκεκριμένα, ένας συνδυασμός δυσκολιών ύπνου και νυχτερινής βάρδιας συσχετίστηκε με υψηλό κίνδυνο διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου. Η στέρηση ύπνου έχει επίσης συνδεθεί με την αντίσταση στην ινσουλίνη και τη μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη, η οποία σε χρόνια βάση μπορεί να διευκολύνει την εναπόθεση λίπους και να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. (Lin, Huang, & Wu, 2007; Pietroiusti et al., 2010)

Η πλειονότητα των νοσηλευτών παγκοσμίως έχει διαταραχές του ύπνου και πολλές από αυτές θα αναπτύξουν μεταβολικό σύνδρομο, καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρκίνο του μαστού τα επόμενα χρόνια. Τέτοιες ασθένειες θεωρούνται οι κύριες αιτίες θανάτου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. (“WHO | World Health Organization,” n.d.). Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας για τους εργοδότες να οργανώσουν τον έλεγχο για το νοσηλευτικό προσωπικό που εκτελούν εργασία με κυκλικό ωράριο. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να εξεταστεί το ενδεχόμενο αναθεώρησης των πρωτοκόλλων διαλογής, ιδίως όσον αφορά το χρονοδιάγραμμα του ελέγχου, και λαμβάνοντας υπόψη ότι ορισμένες θέσεις εργασίας μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρκίνου του μαστού.

Ένα καλά οργανωμένο εργασιακό ωράριο, σύμφωνα με τα εργονομικά κριτήρια, μπορεί να είναι λιγότερο επιβλαβές στην υγεία των εργαζομένων και μπορεί ακόμη και να βελτιώσει την προσωπική και εργασιακή ικανοποίηση. Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να γνωρίζουν τις φυσιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες της εργασίας με βάρδιες, τον οικονομικό αντίκτυπο στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και τις συνέπειες στην ποιότητα και την ασφάλεια της νοσηλευτικής εργασίας (απουσίες, αυξημένη άδεια ασθένειας, ατυχήματα και διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων). Η υγεία των εργαζομένων είναι ένα σύνολο που θεωρείται ως «μια ολοκληρωμένη ψυχοσωματική-κοινωνική ευημερία». Ως εκ τούτου, φαίνεται απαραίτητο και σκόπιμο να προωθηθούν ομαδικές ενημερώσεις και δραστηριότητες κατάρτισης προκειμένου να ενθαρρυνθούν υγιείς συμπεριφορές. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν υγιεινή ύπνου και σωστή διατροφή, περιορισμό του καπνίσματος, του αλκοόλ και διεγερτικών ουσιών. Επιπλέον, υγιείς πρακτικές που οδηγούν στην ευημερία των νοσηλευτών/τριών είναι τεχνικές χαλάρωσης και σωματική άσκηση.

Τέλος, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εκτιμηθεί εάν η βελτίωση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορούσε να οδηγήσει σε πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας, απουσία και εργασιακό άγχος. Απαιτούνται μελέτες σχετικά με τις παρεμβάσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να προσδιοριστεί ο τρόπος συνδυασμού της εργασίας με βάρδιες και του υγιεινού τρόπου ζωής.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anbazhagan, S., Ramesh, N., Nisha, C., & Joseph, B. (2016). Shift work disorder and related health problems among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 20(1), 35–38. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.183842>
- Andruskiene, J., Varoneckas, G., Martinkenas, A., & Grabauskas, V. (2008). Factors associated with poor sleep and health-related quality of life. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(3), 240–246. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18413992>
- Boeve, B. F. (2010). REM sleep behavior disorder: Updated review of the core features, the REM sleep behavior disorder-neurodegenerative disease association, evolving concepts, controversies, and future directions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1184, pp. 15–54. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05115.x>
- Botteman, M. (2009). Health economics of insomnia therapy: Implications for policy. *Sleep Medicine*, 10(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.001>
- Chan, M. F. (2009). Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 285–293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02583.x>
- Crowley, K. (2011, March). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, Vol. 21, pp. 41–53. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9154-6>
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., Savard, J., & Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10(4), 427–438. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>
- Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K., & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder: Prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27(8), 1453–1462. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1453>
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C.

- A., ... Stepanski, E. J. (2004, December 15). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine work group. *Sleep*, Vol. 27, pp. 1567–1596. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1567>
- First, M. B. (2013). DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis. In *DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585629992>
- Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Grønli, J., Nordhus, I. H., & Bjorvatn, B. (2012). Shift work disorder in nurses - assessment, prevalence and related health problems. *PLoS ONE*, 7(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>
- Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C., & Lancia, L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 698–708. <https://doi.org/10.1111/jan.13484>
- Godet-Cayré, V., Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Dinet, J., Massuel, M. A., & Léger, D. (2006). Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*, 29(2), 179–184. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.2.179>
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 118, pp. 622–629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Harvey, A. G. (2008). Insomnia, Psychiatric Disorders, and the Transdiagnostic Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 17(5), 299–303. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00594.x>
- Hilty, D., Young, J. S., Bourgeois, J. A., Klein, S., & Hardin, K. A. (2009). Algorithms for the assessment and management of insomnia in primary care. *Patient Preference and Adherence*, 3, 9–20. <https://doi.org/10.2147/PPA.S2670>
- IsHak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., ... Zaky, C. (2012, October). Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, Vol. 9.
- Kahriman, M. (2006). *Türk Nöroloji Dergisi 2006; Cilt:12 Sayı:2 Sayfa:87-97 Clinical*

Update on Epidemiology, Pathogenesis, and Nonpharmacological Treatment of Insomnia / <insomninin Epidemiyolojisi, Patogenezi ve Nonfarmakolojik Tedavisi Üzerine Bir Güncelleme.

- Kornum, B. R., Knudsen, S., Ollila, H. M., Pizza, F., Jennum, P. J., Dauvilliers, Y., & Overeem, S. (2017, February 9). Narcolepsy. *Nature Reviews Disease Primers*, Vol. 3. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.100>
- Korompeli, A., Chara, T., Chrysoula, L., & Sourtzi, P. (2013). Sleep Disturbance in Nursing Personnel Working Shifts. *Nursing Forum*, 48(1), 45–53. <https://doi.org/10.1111/nuf.12005>
- Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., & Angelopoulos, N. V. (2014). Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*, 18(2), 150–155.
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010, February). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 14, pp. 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.07.004>
- Léger, D., & Bayon, V. (2010, December). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 14, pp. 379–389. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2010.01.003>
- Lin, K. C., Huang, C. C., & Wu, C. C. (2007). Association between stress at work and primary headache among nursing staff in Taiwan: CME. *Headache*, 47(4), 576–584. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00759.x>
- Makrynika E, Rekleiti M, & Roupa Z. (2013). Sleep disorders in nurses working on rotating shifts: a literature review. In *Interscientific Health Care* (Vol. 5).
- McFarlane, S. I. (2017). Shift work and sleep: medical implications and management. *Sleep Medicine and Disorders: International Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.15406/smdij.2017.01.00008>
- Mikko, H., & Kecklund, G. (2010, March). Shift work and health - How to proceed? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 36(2), 81–84. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2902>

- Nena, E., Katsaouni, M., Steiropoulos, P., Theodorou, E., Constantinidis, T. C., & Tripsianis, G. (2018). Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 22(1), 29–34. https://doi.org/10.4103/ijjoem.IJOEM_4_18
- Ohayon, M. M. (2008, April). From wakefulness to excessive sleepiness: What we know and still need to know. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 12, pp. 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.01.001>
- Palhares, V. de C., Corrente, J. E., & Matsubara, B. B. (2014). Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Revista de Saude Publica*, 48(4), 594–601. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004939>
- Parent-Thirion, A., Fernández-Macías, E., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). Fourth European Working Conditions Survey | Eurofound. Retrieved December 27, 2019, from <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2007/working-conditions/fourth-european-working-conditions-survey>
- Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of Life in Chronic Diseases: Perceptions of Elderly Patients. *Journal of Gerontology*, 43(2), M25–M30. <https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.M25>
- Perantoni, E., Steiropoulos, P., Siopi, D., Amfilochiou, A., Michailidis, V., Christoforatu, K., & Tsara, V. (2012). Validation of the Greek version of Pittsburg sleep quality questionnaire in a sleep lab population. *European Respiratory Journal*, 40(Suppl 56).
- Phillips, B., & Mannino, D. M. (2007). Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5), 489–494.
- Pietrojusti, A., Neri, A., Somma, G., Coppeta, L., Iavicoli, I., Bergamaschi, A., & Magrini, A. (2010). Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(1), 54–57. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.046797>
- Punjabi, N. M. (2008, February). The epidemiology of adult obstructive sleep apnea.

- Proceedings of the American Thoracic Society*, Vol. 5, pp. 136–143.
<https://doi.org/10.1513/pats.200709-155MG>
- Rankin, C., Phillips, A. T., & Warren, M. H. (1999). *The Working Time Regulations 1998: a practical guide*. Stationery Office.
- Reimer, M. A., & Flemons, W. W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 7, pp. 335–349. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0220>
- Riemann, D. (2007). Insomnia and comorbid psychiatric disorders. *Sleep Medicine*, 8(SUPPL. 4). [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(08\)70004-2](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(08)70004-2)
- Şahbaz, S., İtil, O., İnönü, H., Öztura, İ., Yemez, B., Baklan, B., ... Seyfikli, Z. (2008). Quality of Life, Frequency of Anxiety and Depression in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Retrieved January 4, 2020, from <https://turkthoracj.org/en/quality-of-life-frequency-of-anxiety-and-depression-in-obstructive-sleep-apnea-syndrome-13613>
- Saksvik, I. B., Bjorvatn, B., Hetland, H., Sandal, G. M., & Pallesen, S. (2011, August). Individual differences in tolerance to shift work - A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 15, pp. 221–235. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2010.07.002>
- Sariarslan, H. A., Gulhan, Y. B., Unalan, D., Basturk, M., & Delibas, S. (2015). The relationship of sleep problems to life quality and depression. *Neurosciences*, 20(3), 236–242. <https://doi.org/10.17712/nsj.2015.3.20150157>
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., ... Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14(10), 2756–2768. <https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.10.2756>
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Durrence, H. H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behavioral Sleep Medicine*, Vol. 1, pp. 227–247. https://doi.org/10.1207/S15402010BSM0104_5
- Taylor, D. J., Mallory, L. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W., & Bush,

- A. J. (2007). Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 30(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.213>
- Thase, M. E. (2005). Correlates and consequences of chronic insomnia. *General Hospital Psychiatry*, 27(2), 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.09.006>
- Velikova, G., Wright, E. P., Smith, A. B., Cull, A., Gould, A., Forman, D., ... Selby, P. J. (1999). Automated collection of quality-of-life data: A comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *Journal of Clinical Oncology*, 17(3), 998–1007. <https://doi.org/10.1200/jco.1999.17.3.998>
- Waage, S., Pallesen, S., Moen, B. E., Magerøy, N., Flo, E., Di Milia, L., & Bjorvatn, B. (2014). Predictors of shift work disorder among nurses: A longitudinal study. *Sleep Medicine*, 15(12), 1449–1455. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.07.014>
- Weaver, T. E. (2001). Outcome measurement in sleep medicine practice and research. Part I: Assessment of symptoms, subjective and objective daytime sleepiness, health-related quality of life and functional status. *Sleep Medicine Reviews*, Vol. 5, pp. 103–128. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0152>
- Weldemichael, D. A., & Grossberg, G. T. (2010). Circadian rhythm disturbances in patients with Alzheimer’s disease: A review. *International Journal of Alzheimer’s Disease*. <https://doi.org/10.4061/2010/716453>
- WHO | World Health Organization. (n.d.). Retrieved May 15, 2020, from https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/
- Zamanian, Z., Nikeghbal, K., & Khajehnasiri, F. (2016). Influence of Sleep on Quality of Life Among Hospital Nurses. *Electronic Physician*, 8(1), 1811–1816. <https://doi.org/10.19082/1811>
- Zienolddiny, S., Haugen, A., Lie, J. A. S., Kjuus, H., Anmarkrud, K. H., & Kjærheim, K. (2013). Analysis of polymorphisms in the circadian-related genes and breast cancer risk in Norwegian nurses working night shifts. *Breast Cancer Research*, 15(4). <https://doi.org/10.1186/bcr3445>
- Κόκκαλη, Κ. (2015). Μελέτη συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου εργασίας και της

- ποιότητας του ύπνου με το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου και την ποιότητα ζωής σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου. Retrieved January 4, 2020, from <http://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/2571>
- Ραπανάκης, Π. (2014). Νυχτερινή εργασία - e-forologia - Φορολογική, Λογιστική και Εργατική Ενημέρωση. Retrieved January 4, 2020, from <https://www.e-forologia.gr/cms/viewContents.aspx?id=208495>
- Υφαντή, Ε., Ζαγκότση, Μ., Γκέτσιος, Ι., Αρμάγος, Π., Υφαντής, Α., & Χαραλαμποπούλου, Ν. (2011). *Αξιολόγηση της ποιότητας ύπνου σε επαγγελματίες υγείας του γενικού νοσοκομείου Καρπενησίου (Vol. 3).*