



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΕΓΓΡΑΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΠΙΔΟΣΗ» .**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Λώλου Ιουλία,

ΑΜ Μ040619031

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Μαλλιαρού Μαρία, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Παπαθανασίου Ιωάννα

Μάλλη Φωτεινή

ΛΑΡΙΣΑ 2022-23

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 2 |
| ABSTRACT | 4 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 5 |
| 1. ΥΓΕΙΑ | 7 |
| 1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ | 7 |
| 1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ..... | 7 |
| 1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ..... | 8 |
| 2. ΕΓΓΡΑΜΑΤΩΣΥΝΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ | 9 |
| 3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΙΝΟΥ | 11 |
| 4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΙΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ | 14 |
| 5. ΣΥΣΧΕΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΙΝΟΥ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ..... | 18 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 22 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 22 |
| ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ | 24 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 25 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 50 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 56 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην εγγραμματοσύνη της υγείας των γονέων σε σχέση με την ποιότητα ύπνου των παιδιών και κατ' επέκταση στη σχολική τους επίδοση. Στόχος ήταν η κατανόηση της συσχέτισης που υπάρχει ανάμεσα στην εγγραμματοσύνη των γονέων και πώς αυτή μπορεί να καθορίσει την ποιότητα ύπνου των παιδιών και τι σχέση έχει καλή ποιότητα ύπνου με την σχολική επίδοση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε ανάμεσα σε γονείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε με σκοπό την συλλογή των πληροφοριών και που σε αριθμό έφτασαν τους 96. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 39,3 έτη με $SD=4,4$ έτη. Το 70,8% του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες το 45,8% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ ενώ το 90,6% ήταν έγγαμοι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρουσία συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή για να μπορέσει να γίνει κατάλληλη συλλογή δεδομένων η οποία θα έδινε τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία θα βοηθούσαν στα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα του ερευνητικού ερωτήματος. Η μελέτη έδειξε πως όσο καλύτερη είναι η εγγραμματοσύνη στον τομέα της υγείας των γονέων αυτόματα τόσο καλύτερη είναι και η ποιότητα ύπνου των παιδιών. Όσο καλύτερη είναι η ποιότητα ύπνου των παιδιών κατ' επέκταση τόσο πιο εύκολα τα παιδιά έχουν καλύτερες αποδόσεις στο σχολικό περιβάλλον. Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως αυτά του επιπέδου εκπαίδευσης αλλά και της κατανάλωσης ή όχι αλκοόλ αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τα επίπεδα εγγραμματοσύνης. Γονείς με καλύτερη εγγραμματοσύνη μπορούν να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε παροχές υγείας αλλά και καταλαβαίνουν καλύτερα τις οδηγίες του ιατρού. Τέλος η καλύτερη ποιότητα ύπνου που απολαμβάνουν τα παιδιά βοηθά στην καλύτερη μνήμη και συγκέντρωση και συνεπώς στην καλύτερη σχολική απόδοση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω η περαιτέρω μελέτη του θέματος είναι ιδιαίτερα σημαντική και σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να φανεί ποιοί παράγοντες επηρεάζουν πραγματικά την εγγραμματοσύνη των γονέων και πώς κατ' επέκταση επηρεάζεται η ποιότητα ύπνου των παιδιών

καθώς επίσης και η σχολική απόδοση έτσι ώστε να δοθεί και μέριμνα στην εγγραμματοσύνη και ενημέρωση των γονέων και όχι απλώς λύσεις για την καλυτέρευση της ποιότητας ύπνου ή της σχολικής επίδοσης.

Λέξεις Κλειδιά: Ποιότητα ύπνου, εγγραμματοσύνη γονέων, σχολική απόδοση.

ABSTRACT

PURPOSE: The purpose of this study was to investigate the correlation between parents' health literacy in relation to children's sleep quality and, by extension, their school performance. The goal was to understand the correlation between parental literacy and how it can determine children's sleep quality and what the relationship between good sleep quality and school performance is.

METHODOLOGY: The population of the present study was selected from among parents who filled in the questionnaire created for the purpose of collecting information and which reached 96 in number. The average age was 39.3 years with $SD=4.4$ years. The 70.8% of the sample consisted of women, 45.8% were university graduates while 90.6% were married.

RESULTS: The present systematic review was conducted using a questionnaire in an electronic format to enable appropriate data collection that would provide the necessary data that would help in the conclusions and results of the research question. The study showed that the better the parents' health literacy, the better the children's sleep quality. The better the quality of children's sleep, by extension, the easier it is for children to perform better in the school environment. Social and demographic characteristics such as the level of education and the consumption or not of alcohol are factors that influence literacy levels. Parents with better literacy can have better access to health benefits but also better understand the doctor's instructions. Finally, the better quality of sleep that children enjoy helps with better memory and concentration and therefore better school performance.

CONCLUSIONS: As a result of all the above, further study of the subject is particularly important in a larger population. It is particularly important to see which factors really affect the literacy of parents and how, by extension, the quality of children's sleep is affected as well as school performance so that care is also given to the literacy and information of parents and not just solutions to improve sleep quality or school performance.

Keywords: *Sleep quality, parental literacy, school performance.*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό μπορεί κάποιος να έχει έτσι ώστε να μπορέσει να ζήσει μία ολοκληρωμένη και χαρούμενη ζωή. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να διατηρείται η υγεία του ατόμου και να μπορεί να την προάγει ακόμη περισσότερο. Για να μπορέσει όμως να γίνει αυτό και για να μπορούν να υπάρχουν ενημερωμένοι ενήλικες οι οποίοι θα έχουν τις βάσεις για μία καλή υγεία θα πρέπει από τη νεαρή ηλικία οι ίδιοι οι γονείς να μπορούν να τους παρέχουν σωστές πρακτικές και κατάλληλες συνθήκες έτσι ώστε να δημιουργηθούν υγιή παιδιά τα οποία θα εξελιχθούν σε υγιείς ενήλικες.

Για αυτόν ακριβώς το λόγο η εγγραμματοσύνη στην υγεία των γονέων είναι ζωτικής σημασίας έτσι ώστε να χτιστεί μία σχέση ανάμεσα στο άτομο και την υγεία του τόσο τη σωματική όσο και την κοινωνική αλλά και την ψυχική οι οποία θα μπορεί να τον βοηθήσει και στα μετέπειτα επίπεδα της ζωής του. Η εγγραμματοσύνη των γονιών για την υγεία είναι πάρα πολύ σημαντική αφού ουσιαστικά δημιουργεί ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο οι ίδιοι οι γονείς δημιουργούν ένα πρόγραμμα υγείας για το παιδί το οποίο μπορεί να καθορίσει και την ποσότητα και ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που θα λάβουν οι ίδιοι άνθρωποι.

Οι γονείς με μικρά παιδιά αντιπροσωπεύουν κατά κύριο λόγο μία κρίσιμη υποομάδα μέσα στο γενικό πληθυσμό που δεν είναι μόνο υπεύθυνοι για τη δική τους ζωή και την υγεία τους αλλά είναι και φροντιστές και υπεύθυνοι για την υγεία και την ευημερία των παιδιών τους. Το σωστό πρόγραμμα που θα θέσουν οι γονείς θα προσφέρει οφέλη στα παιδιά τόσο την δεδομένη χρονική στιγμή όσο και σε όλες τις πτυχές της ζωής τους.

Μία από τις πιο σημαντικές διαδικασίες που κάνει ο οργανισμός είναι αυτή του ύπνου. Οι γονείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη σωστή ποιότητα ύπνου και για το κατά πόσο αυτή μπορεί να ωφελήσει ή όχι τα παιδιά. Η καλή ποιότητα ύπνου σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών είναι αυτή των 9 με 11 ωρών. Όσο περισσότερο και καλό ύπνο λαμβάνουν τα παιδιά όσο καλύτερη δηλαδή είναι η

ποιότητα του ύπνου χωρίς να υπάρχουν διακοπές αυτού ανάμεσα στη νύχτα τόσο καλύτερη είναι και η σωματική και ψυχική υγεία τους.

Ειδικότερα ο καλός ύπνος βοηθάει τα παιδιά να είναι πιο προσεκτικά στο σχολείο, να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις δραστηριότητές τους την επόμενη μέρα να έχουν περισσότερη διαύγεια. Ταυτόχρονα μειώνει τα ποσοστά κατάθλιψης καθώς επίσης και βοηθάει στη συγκέντρωση. Επιπρόσθετα ο καλός ύπνος βοηθάει στην διεκπεραίωση λειτουργιών του οργανισμού οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη των παιδιών.

Πιο συγκεκριμένα όμως ένας καλός ύπνος βοηθάει κυρίως τη σχολική επίδοσή των παιδιών. Η σχολική επίδοσή έχει άμεση συσχέτιση με την καλή ποιότητα ύπνου διότι ο καλός, ολοκληρωμένος και ποιοτικός ύπνος μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της συγκέντρωσης των παιδιών, στην μείωση των παρεμβατικών συμπεριφορών, βοηθάει άμεσα τη μνήμη και βοηθάει περισσότερο στο να αφομοιώνουν τις πληροφορίες και να μπορούν να ανταπεξέρχονται στις σχολικές απαιτήσεις που υπάρχουν.

Συνεπώς φαίνεται να υπάρχει μία αλληλεπίδραση ανάμεσα στην εγγραμματοσύνη των γονέων, στην καλή ποιότητα ύπνου και στην σχολική απόδοση. Όσο καλύτερη είναι η εγγραμματοσύνη των γονέων τόσο καλύτερα πρότυπα υγείας και κατ' επέκταση πρότυπα ύπνου λαμβάνουν τα παιδιά και όσο καλύτερος είναι ο ύπνος και ποιοτικός και ολοκληρωμένος τόσο καλύτερη σχολική απόδοση που έχουν τα παιδιά.

1. ΥΓΕΙΑ

Ο τρέχων ορισμός της υγείας που έχει εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και διατυπώθηκε το 1948, περιγράφει την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 2006). Την εποχή που εμφανίζεται για πρώτη φορά ο ορισμός αυτός η διαπίστωση ήταν πρωτοποριακή λόγω του εύρους και της φιλοδοξίας της. Ξεπέρασε τον ορισμό της υγείας ως απουσίας ασθένειας, που άφηνε μία αρνητική χροιά, και περιλάμβανε και τους ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς κάνοντας τους ισάξιους με την σωματική υγεία. Αν και ο ορισμός έχει επικριθεί τα τελευταία 60 χρόνια, δεν έχει ποτέ προσαρμοστεί. Η κριτική τώρα εντείνεται, και καθώς οι πληθυσμοί γερνούν και το πρότυπο των ασθενειών αλλάζει, κάνοντας έτσι τον ορισμό αυτό να θεωρείται από πολλούς μέχρι και αντιπαραγωγικός (Smith R., 2008).

1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στον σωματικό τομέα, ένας υγιής οργανισμός είναι ικανός για «αλλόσταση», μία διαδικασία που αφορά την διατήρηση της φυσιολογικής ομοιόστασης μέσω μεταβαλλόμενων συνθηκών (Schulkin J., 2004). Όταν έρχεται αντιμέτωπος με φυσιολογικό στρες, ένας υγιής οργανισμός είναι σε θέση να δημιουργήσει μια προστατευτική απόκριση, να μειώσει την πιθανότητα βλάβης και να αποκαταστήσει την ισορροπία. Εάν αυτή η στρατηγική φυσιολογικής αντιμετώπισης δεν είναι επιτυχής, η βλάβη (ή το «αλλοστατικό φορτίο») παραμένει, και μπορεί τελικά να οδηγήσει σε ασθένεια (McEwen BS., 2003).

1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στον νοητικό τομέα, ο Antonovsky περιγράφει την «αίσθηση της συνοχής» ως παράγοντα που συμβάλλει στην επιτυχή ικανότητα αντιμετώπισης και ανάκτησης της ηρεμίας μετά από ισχυρό ψυχολογικό στρες καθώς και την πρόληψη διαταραχών

μετατραυματικού στρες (Antonovsky A., 1984). Η αίσθηση της συνοχής περιλαμβάνει τις υποκειμενικές ικανότητες που ενισχύουν την κατανόηση, τη δυνατότητα διαχείρισης και τη σημασία μιας δύσκολης κατάστασης.

Η ενισχυμένη ικανότητα προσαρμογής και διαχείρισης του εαυτού συχνά βελτιώνει την υποκειμενική ευεξία και μπορεί να οδηγήσει σε θετική αλληλεπίδραση μεταξύ νου και σώματος, για παράδειγμα, ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ανέφεραν θετικές επιδράσεις στα συμπτώματα και την ευεξία. Αυτό συνοδεύτηκε από αύξηση του όγκου της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου, αν και η αιτιακή σχέση και η κατεύθυνση αυτής της συσχέτισης είναι ακόμη ασαφή (DeLange et al., 2008).

1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πολλές διαστάσεις της υγείας μπορούν να εντοπιστούν στον κοινωνικό τομέα, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας των ανθρώπων να εκπληρώσουν τις δυνατότητες και τις υποχρεώσεις τους, την ικανότητα να διαχειρίζονται τη ζωή τους με κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας παρά την κατάσταση της υγείας τους και την ικανότητα συμμετοχής τους σε κοινωνικές δραστηριότητες συμπεριλαμβανομένης της εργασίας. Όλα τα παραπάνω μειώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και βοηθούν το άτομο να νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα περιβάλλον που μπορεί να αναπτυχθεί και να διαπρέψει.

Η υγεία σε αυτόν τον τομέα μπορεί να θεωρηθεί ως μια δυναμική ισορροπία μεταξύ ευκαιριών και περιορισμών, που μετατοπίζεται στη ζωή και επηρεάζεται από εξωτερικές συνθήκες, όπως κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις. Με την επιτυχή προσαρμογή σε μια ασθένεια, οι άνθρωποι μπορούν να εργαστούν ή να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και να αισθάνονται υγιείς παρά τους περιορισμούς.

Αυτό φαίνεται σε αξιολογήσεις του προγράμματος αυτοδιαχείρισης χρόνιας νόσου του Stanford: ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που παρακολουθούνται εκτενώς, οι οποίοι έμαθαν να διαχειρίζονται καλύτερα τη ζωή τους και να αντιμετωπίζουν τη νόσο τους, ανέφεραν βελτιωμένη αυτοαξιολόγηση της υγείας τους, λιγότερη αγωνία,

λιγότερη κόπωση, περισσότερη ενέργεια και λιγότερα αντιληπτές αναπηρίες και περιορισμούς στις κοινωνικές δραστηριότητες μετά την εκπαίδευση.

Η ένταξη των ατόμων με ασθένειες στην καθημερινότητα βοηθά τόσο στην ψυχολογία τους όσο και την δυνατότητα τους να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο και να μπορούν να είναι αυτόνομοι. Είναι πολύ σημαντικό να θυμούνται όλοι πως ένα άτομο με κάποια ασθένεια ή με αναπηρία δεν είναι πάντα ένα μη παραγωγικό άτομο και όλοι μπορούν να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο.

Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκε επίσης (Lorig et al., 1999; Lorig et al., 2003). Εάν οι άνθρωποι είναι σε θέση να αναπτύξουν επιτυχημένες στρατηγικές αντιμετώπισης, η μειωμένη λειτουργικότητα (σχετιζόμενη με την ηλικία) δεν αλλάζει έντονα την αντιληπτή ποιότητα ζωής, ένα φαινόμενο γνωστό ως το παράδοξο της αναπηρίας (Von Faber et al., 2001).

2. ΕΓΓΡΑΜΑΤΟΣΥΝΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταξύ των κορυφαίων δεικτών υγείας είναι η εμπλοκή σε υγιεινές συμπεριφορές, η εμπειρία ενός υγιούς κοινωνικού περιβάλλοντος, η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά, η κατάχρηση ουσιών και η χρήση καπνού (IoM, 2011). Καθένας από αυτούς τους δείκτες εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τις πληροφορίες που έχουν οι άνθρωποι για την υγεία τους και τον τρόπο που τις χρησιμοποιούν (πλευρές γνώσεων), τις επιλογές που σχετίζονται με την υγεία (παράγοντες συμπεριφοράς), το κοινωνικοοικονομικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο (περιβαλλοντικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες) καθώς και το είδος, την ποσότητα και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν οι άνθρωποι (παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα) (IoM, 2011).

Η έννοια της παιδείας για την υγεία χρησιμοποιείται σε διάφορους ορισμούς και έχει μετρηθεί με πολυάριθμα όργανα. Υπάρχει, ωστόσο, συμφωνία ότι ο φτωχότερος εγγραμματισμός υγείας συνδέεται με φτωχότερες γνώσεις για την υγεία, πιο προβληματικές συμπεριφορές που αφορούν την υγεία, χειρότερα αποτελέσματα υγείας, ανεπαρκή χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Yin et al., 2009; Berkman et al., 2011). Η ύπαρξη κακής

εγγραματοσύνης των γονέων για την υγεία οφείλετε κυρίως σε παραπληροφόρηση μέσω διαδικτύου ή ανάμεσα σε γονείς χωρίς την έμπειρη συμβουλή ενός επαγγελματία υγείας.

Οι γονείς με μικρά παιδιά αντιπροσωπεύουν μια κρίσιμη υποομάδα μεταξύ του γενικού ενήλικου πληθυσμού, καθώς δεν είναι μόνο υπεύθυνοι για τη ζωή και την υγεία τους, αλλά ως γονείς και φροντιστές είναι επίσης υπεύθυνοι για την υγεία και την ευημερία των παιδιών τους. Τα παιδιά εξαρτώνται από τους γονείς τους για την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και μπορεί να υποφέρουν όταν οι γνώσεις και οι δεξιότητες των γονέων τους για την εκπλήρωση αυτών των καθηκόντων είναι ανεπαρκείς (Johnston R. et al., 2015; Morrison AK et al., 2019).

Μια μελέτη των Sanders και των συνεργατών του (2009) περιγράφει τον αλφαριθμητισμό των γονέων ως σημαντικό παράγοντα συντονισμού των ανισοτήτων στην υγεία των παιδιών. Η έρευνα καθιερώνει σχέσεις μεταξύ του χαμηλού γραμματισμού υγείας των γονέων και των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των παιδιών, των περιττών επισκέψεων στα τμήματα έκτακτης ανάγκης, της αναποτελεσματικής πρόληψης τραυματισμών, των λαθών στη χορήγηση φαρμάκων, της κακής παιδικής διατροφής, της ανακριβούς αντίληψης του βάρους των παιδιών (τα υπέρβαρα παιδιά θεωρούνται φυσιολογικού βάρους ή λιποβαρή) καθώς και τον αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στον καπνό από το παθητικό τσιγάρο των γονέων (Sandrers et al., 2009).

Μια συστηματική ανασκόπηση από τον DeWalt και των συνεργατών του (2009) προτείνει ότι ο φτωχότερος εγγραμματισμός για την υγεία των γονέων σχετίζεται με φτωχότερες γνώσεις σχετικά με τα αποτελέσματα υγείας, συμπεριφορές και υπηρεσίες υγείας, υψηλότερα ποσοστά νοσηλειών και επισκέψεων στα επείγοντα σε παιδιά με άσθμα, καθώς και με αυξημένη χρήση μη τυποποιημένων δοσομετρικών οργάνων για τη χορήγηση υγρών φαρμάκων.

Μια συστηματική ανασκόπηση από τον Firmino και των συνεργατών του (2017) επικεντρώθηκε στον εγγραμματισμό της στοματικής υγείας των γονέων και βρήκε συσχετίσεις μεταξύ χαμηλότερου αλφαριθμητισμού στοματικής υγείας των γονέων και υψηλότερων ποσοστών οδοντικής τερηδόνας στα παιδιά καθώς και φτωχότερης ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (Girmino et al., 2017).

Η πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τον Morrison και τους συνεργάτες του (2019) επιβεβαιώνει ορισμένα από τα προηγούμενα ευρήματα, συμπεριλαμβανομένης της συσχέτισης μεταξύ του εγγραμματισμού για την υγεία των γονέων και της υγείας του παιδιού, αλλά σε άλλους τομείς τα ευρήματα της έρευνας είναι ασυνεπή.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα αναδυόμενα στοιχεία, πολλές πρόσφατες μελέτες παρέμβασης έχουν επικεντρωθεί στον εγγραμματισμό της γονικής υγείας ως μέρος της ίδιας της παρέμβασης για την αντιμετώπιση του προβλήματος, για παράδειγμα για τη θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας (Zoellner et al., 2017) ή για τη μείωση των σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής (Yin et al., 2016) ένα μέτρο παρέμβασης είναι η εκπαίδευση των γονέων για τα προβλήματα αυτά υγείας.

3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγές στη δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυμάτων, την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες (National Sleep Foundation, 2006). Ορίζεται ως «μια αναστρέψιμη συμπεριφορική κατάσταση αντιληπτικής αποδέσμευσης και μη ανταπόκρισης στο περιβάλλον» (Carskadon, & Dement, 2011).

Οι σκοποί και οι μηχανισμοί του ύπνου είναι μόνο εν μέρει κατανοητοί και αποτελούν αντικείμενο ουσιαστικής συνεχούς έρευνας (Frank, 2006). Ωστόσο, ο ύπνος θεωρείται απαραίτητος για την αναζωογόνηση και την αποκατάσταση των φυσιολογικών διεργασιών που διατηρούν το σώμα και το μυαλό υγιή και λειτουργούν σωστά (Horne, 1988; Oswald, 1980).

Κατ' επέκταση ο ύπνος είναι μία από τις βασικές απαιτήσεις της ανθρώπινης ζωής, όπως η διατροφή, η αναπνοή και η απέκκριση, και βρίσκεται στην πρώτη προτεραιότητα και στο κατώτερο βήμα σύμφωνα με τη Θεωρία Κίνητρων, γνωστή και ως Ιεραρχία των Αναγκών του Maslow (1958). Το άτομο πρέπει να έχει έναν υγιή και ποιοτικό κύκλο ύπνου, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και πνευματική ευεξία, καθώς και μπορεί να αποτελέσει σωματικής και πνευματικής

ευεξίας (Barros et al. 2019). Είναι γνωστό ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου πραγματοποιείται νευροφυσιολογική ανάκαμψη και αποκατάσταση.

Η πρωτεϊνοσύνθεση, η μίτωση των κυττάρων και η απελευθέρωση αυξητικής ορμόνης αυξάνονται κατά την διάρκεια του ύπνου, ενώ οι καταβολικές ορμόνες όπως η αδρεναλίνη και τα κορτικοστεροειδή μειώνονται (Tsai et al. 2019). Κατά τη διάρκεια του ύπνου, το σώμα προετοιμάζεται για μια νέα μέρα ενώ οι λειτουργίες σε όλα τα συστήματα του οργανισμού μειώνονται σε ένα βασικό επίπεδο έτσι ώστε ο οργανισμός να καταφέρει να «ηρεμήσει» (Fesci & Gorgulu 2005). Όλες αυτές οι λειτουργίες του ύπνου είναι δυνατές μέσω μιας ποιοτικής διαδικασίας ύπνου.

Η ποιότητα ύπνου είναι μια υποκειμενική αντίληψη που περιλαμβάνει πτυχές του βάθους ύπνου, της χαλάρωσης, καθώς και ποσοτικά χαρακτηριστικά όπως η καθυστέρηση ύπνου, η διάρκεια του ύπνου και ο αριθμός των ξυπνημάτων κατά την διάρκεια της νύχτας και καθορίζει τη φυσιολογική και ψυχολογική λειτουργικότητα του ύπνου (Ustun et al., 2011). Η ποιότητα του ύπνου επηρεάζεται από πολλούς σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Εκτός από νευροφυσιολογικές διαταραχές του ύπνου όπως η αϋπνία, οι αναπνευστικές διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο υπάρχουν και άλλες διαταραχές που επηρεάζουν την ποιότητα και συνέχεια του ύπνου όπως τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα λ.χ. η ψυχική δυσφορία και το στρες, η αδυναμία αποτελεσματικής αντιμετώπισης του στρες, προβλήματα επικοινωνίας και η αίσθηση της μοναξιάς.

Επίσης είναι γνωστό πως και τα αυξημένα επίπεδα άγχους έχουν την δυνατότητα να μειώσουν την ποιότητα του ύπνου (Segrin & Burke, 2015; Lo Martire et al., 2019). Ένας αναποτελεσματικός ύπνος επηρεάζει κυρίως το άτομο τόσο με έμμεσους όσο και με άμεσους τρόπους δημιουργώντας κακή διάθεση και κούραση αντίστοιχα καθώς επίσης και άλλα προβλήματα, όλα εκ των οποίων δυσκολεύουν και ταλαιπωρούν το άτομο και την καθημερινότητά του (Mollayeva et al., 2016).

Μελέτες που εξέτασαν την ποιότητα ύπνου σε φοιτητές πανεπιστημίου δείχνουν ότι η ποιότητα του ύπνου των μαθητών μειώνεται με αυξανόμενο κίνδυνο (Hicks, Fernandez & Pellegrini 2001; Park et al. 2019). Οι μελέτες έδειξαν πως ένας στους δέκα ανθρώπους άνω των δεκαπέντε ετών αντιμετωπίζει προβλήματα ύπνου και περισσότερο από το 59% των μαθητών έχει χαμηλή ποιότητα ύπνου η οποία μπορεί

να προκαλέσει ακαδημαϊκά προβλήματα (Aysan et al., 2004; Lund et al., 2010; Chung et al., 2015).

Η συνιστώμενη διάρκεια ύπνου για νεαρούς ενήλικες, φοιτητική ηλικία 18-25 ετών είναι 7-9 ώρες, αλλά υπογραμμίζεται ότι η λέξη-κλειδί για αποτελεσματικό ύπνο είναι η ποιότητα και όχι η διάρκεια (Charput et al., 2018). Αυτό σημαίνει πως ο συνεχής ύπνος υπό καλές συνθήκες σε ένα καλό ωράριο είναι πιο ξεκούραστος από έναν απλά μεγάλο σε διάρκεια ύπνο.

Τα βάρη των υποχρεώσεων της ενηλικίωσης, η μετάβαση στην ανεξάρτητη διαβίωση και ο αποχωρισμός από την οικογένεια, οι οικονομικές δυσκολίες, το ακαδημαϊκό και κοινωνικό άγχος, τα προβλήματα σχέσεων και η αντιμετώπιση των φοιτητών, και πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν σε υπερβολικό βαθμό την ποιότητα του ύπνου (Lund et al. 2010).

Ο ύπνος θα πρέπει επίσης να αντιμετωπίζεται με προσοχή από τη σκοπιά των φοιτητών νοσηλευτικής αφού στην εργασία τους απαιτείται κυρίως να εργαστούν με άτομα που χρειάζονται φροντίδα λόγω των επιπτώσεων που έχει στη σωματική, συναισθηματική, κινητική και γνωστική λειτουργία (Tsai et. al. 2019). Ενώ οι φοιτητές νοσηλευτικής βιώνουν πιο έντονο άγχος λόγω του φόρτου εργασίας, των κλινικών εφαρμογών με βάρδιες, των χρόνιων ασθενειών και του φόρτου εργασίας με περιπτώσεις όπως ο θάνατος, προβλήματα επικοινωνίας εντός της ομάδας, έλλειψη γνώσης και δεξιοτήτων από τους συνομηλίκους τους (Labrague, 2013).

Το να είναι κάποιος φοιτητής νοσηλευτικής, έχει κινδύνους όσον αφορά την ποιότητα του ύπνου (Silva et al. 2019). Η έρευνα δείχνει ότι ένας στους τέσσερις φοιτητές νοσηλευτικής στον κόσμο βιώνει αϋπνία (Angelone et al. 2011), ενώ ένας στους δέκα φοιτητές βιώνει την ημέρα. προβλήματα ύπνου (υπνηλία) (Demir., 2017).

Εκτός από το ότι επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των φοιτητών νοσηλευτικής, η υποβάθμιση της ποιότητας του ύπνου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε προβλήματα ασφάλειας, ειδικά κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής (Leger et al., 2014; Zhang et al., 2018; Park et al., 2019).

Η έλλειψη ή η κακή ποιότητα ύπνου όμως δεν επηρεάζει μόνο τους φοιτητές της νοσηλευτικής αλλά και όλα τα άτομα γενικότερα. Η κακή ποιότητα ύπνου επηρεάζει γενικώς τις επιδόσεις και σε εργασιακό και σε κοινωνικό επίπεδο καθώς επίσης στις

νεότερες ηλικίες επηρεάζει και την σχολική και ακαδημαϊκή απόδοση και την μετέπειτα ζωή του ατόμου.

Ο ύπνος είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τα παιδιά αφού υποστηρίζει την ανάπτυξή τους. Τα παιδιά στις ηλικίες 6-13 ετών χρειάζονται 9-11 ώρες ύπνου τη νύχτα για να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα γνωστικά ελλείμματα που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την ικανότητα μάθησης στο σχολείο (National Sleep Foundation, 2014). Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών αυτής της σχολικής ηλικίας κοιμάται λιγότερο από ό,τι συνιστάται, με το 23% των παιδιών να κοιμούνται μόνο οκτώ ώρες τη νύχτα και το 8% να κοιμούνται επτά ώρες ή λιγότερο (National Sleep Foundation, 2014).

Παρά την τόσο μεγάλη σημασία του ύπνου για την ωρίμανση του εγκεφάλου και τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών (Dahl, 2005; Walker, 2009), έχει δοθεί λιγότερη προσοχή στις ατομικές διαφορές κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου σε σύγκριση με την έρευνα για βρέφη και ενήλικες (Vaughn, et al., 2015).

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ

Τα πρότυπα του ύπνου τείνουν να αλλάζουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου (Patel, 2005) και επηρεάζονται τόσο από πολλούς εσωτερικούς όσο και από εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι εξαιρετικά περίπλοκοι και δύσκολο να εντοπιστούν και να εξηγηθούν πλήρως. Η σχολική περίοδος σε ολόκληρο το φάσμα της (από το δημοτικό μέχρι το πανεπιστήμιο) αντιπροσωπεύει ένα κρίσιμο στάδιο της ζωής του ανθρώπου και έχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική ανάπτυξη των μαθητών και στην εδραίωση αξιών και αυτογνωσίας.

Παρόλα αυτά, αυτή είναι επίσης μια περίοδος ευπάθειας που μπορεί να συνοδεύεται από συναισθηματική και συμπεριφορική δυσφορία. Κατά τη διάρκεια της σχολικής ζωής, οι μαθητές βιώνουν συνεχείς αλλαγές στις σωματικές τους λειτουργίες, την ψυχολογία, τις συμπεριφορές, τη γνώση και τους μαθησιακούς στόχους. Οι συνεχείς αυτές αλλαγές που βιώνουν τα παιδιά στις ηλικίες αυτές έχουν ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου τους και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους γενικότερα.

Οι επιπτώσεις που έχουν τα προβλήματα ύπνου στους μαθητές έχουν αναφερθεί ευρέως. Τα ανθυγιεινά πρότυπα ύπνου και οι διαταραχές ύπνου είναι κοινά σε μαθητές που έρχονται σε άμεση επαφή με μία σειρά από ψυχικές, σωματικές, γνωστικές και ακαδημαϊκές διαταραχές στην καθημερινότητά τους, οι οποίες φυσικά έχουν διάφορες συνέπειες σε ψυχικό, ακαδημαϊκό και σωματικό επίπεδο και φυσικά και στην ποιότητα του ύπνου (Oort, 2010; Erwin, 2018; Richardson, 2019).

Ο ανεπαρκής ύπνος και η κακή ποιότητα αυτού γενικότερα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος μεταξύ των μαθητών δημοτικού και, εξαιτίας αυτού οι μαθητές αυτοί συνήθως, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, προβλήματα συμπεριφοράς και κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Li et al., 2019; Sakamoto et al., 2017).

Η χρόνια έκθεση σε ύπνο χαμηλής ποιότητας σε μαθητές σχετίζεται άμεσα με το υπερβολικό βάρος, συμπτώματα κατάθλιψης και κακή ευεξία (Erwin, 2018; Richardson, 2018) και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού, ακόμη και απόπειρες αυτοκτονίας. Επίσης η κακή ποιότητα ύπνου έχει αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές σχέσεις (Li et al., 2019; Jin et al., 2014).

Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν βρει ότι τα προβλήματα ύπνου, όπως η δυσφορία ύπνου, η αϋπνία και η έλλειψη ύπνου σχετίζονται με άγχος, κατάθλιψη, έλλειψη προσοχής/διαταραχή υπερκινητικότητας, απροσεξία και αυτοκτονικό ιδεασμό (το τελευταίο κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες μαθητών) (Khader et al., 2020; Luebbe, 2018).

Αν και το θέμα του ύπνου των μαθητών (ή, τουλάχιστον, ορισμένες πτυχές του) προχωρά σε διεθνές επίπεδο, η επίδραση των σχολικών σταδίων (και των σχετικών παραγόντων) στον ύπνο δεν έχει αναλυθεί διεξοδικά. Είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η κατάσταση του ύπνου σε διαφορετικά σχολικά επίπεδα και να αναπτυχθούν κατάλληλες μέθοδοι παρέμβασης (προσαρμοσμένες ώστε να ταιριάζουν σε κάθε σχολικό στάδιο) για να βοηθηθούν οι μαθητές να αντιμετωπίσουν προβλήματα ύπνου.

Οι μαθητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα αϋπνίας και κακής ποιότητας ύπνου ξυπνάνε και διανύουν την ημέρα τους πολύ πιο κουρασμένοι, δυσκολεύονται και να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι οι μαθητές δεν πάνε απλά σχολείο αλλά έχουν και τις

σχολικές δραστηριότητες, ξένες γλώσσες και ούτω καθεξής. Επιπρόσθετα και μετά τη σχολική ημέρα με την επιστροφή στο σπίτι οι μαθητές οφείλουν να διαβάσουν για την επόμενη μέρα. Όλα τα παραπάνω απαιτούν ενέργεια η οποία προέρχεται κατά βάση και από τον καλό ύπνο.

Η κακή ποιότητα ύπνου μειώνει τις αποδόσεις των μαθητών, τους δυσκολεύει στο να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, τους προκαλεί υπνηλία κατά τη διάρκεια του μαθήματος με αποτέλεσμα την έλλειψη προσοχής και κατ' επέκταση την χαμηλότερη σχολική απόδοση. Οι μαθητές νιώθουν πολύ πιο ταλαιπωρημένοι και κουρασμένοι και όλο αυτό μέρα με την μέρα συσσωρεύεται με αποτέλεσμα την κακή γενικότερα ποιότητα ζωής σε μεγαλύτερο πλαίσιο (Bruno, 2016; Gradisar et al., 2010).

Το μοντέλο του Dahl (Dahl, 1996) προτείνει ότι τα ελλείμματα ύπνου προκαλούν αποσυγχρονισμό της νευρικής επικοινωνίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη απόδοση σε περίπλοκες και με υψηλές προκλήσεις καταστάσεις όπως η τάξη και η σχολική ζωή γενικότερα. Ο κακός ύπνος θεωρείται επίσης ότι συνδέεται με μειωμένες ενεργοποιήσεις σε κρίσιμες περιοχές του εγκεφάλου (Buckhalt et al., 2009; Dahl, 1996; Steenari et al., 2003).

Όταν τα παιδιά κοιμούνται ανεπαρκώς ή κάνουν κακής ποιότητας ύπνο, τα κίνητρα και η δέσμευσή τους για την εκτέλεση εργασιών μπορεί να μειωθούν, καθώς και η συγκέντρωση, η λογική και οι δεξιότητές τους στην επίλυση προβλημάτων (Buckhalt, El-Sheikh, Keller, & Kelley, 2009; Meijer et. al., 2000). Επιπλέον, ο ανεπαρκής ύπνος μπορεί να προάγει τα αισθήματα υπνηλίας και ευερεθιστότητας, να επηρεάσει την ολοκλήρωση και την επιμονή της εργασίας και να οδηγήσει σε κακή απόδοση της εργασίας (Dahl, 1996; Steenari et al., 2003).

Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών έχει βρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύπνου και της μνήμης, με τον ύπνο να είναι ένα ζωτικό συστατικό για την επεξεργασία νέων πληροφοριών και για τη μακροπρόθεσμη αποθήκευση της μνήμης, τα οποία είναι απαραίτητα για τη μάθηση (Walker, 2009). Επιπρόσθετα, ο φτωχός, ανεπαρκής ή αποδιοργανωμένος ύπνος σχετίζεται με χαμηλότερη γνωστική λειτουργία και σχολική επίδοση σε ηλικίες 8-16 ετών (Buckhalt, El-Sheikh, et al., 2009; Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, & Bögels, 2010; Epstein, Chillag, & Lavie, 1998).

Αντίθετα, το πρότυπο των ευρημάτων είναι περιορισμένο στα μικρά παιδιά (Vaughn et al., 2015) και, κατά καιρούς, αντιφατικό. Ο Bernier και οι συνεργάτες του (2013) παρακολούθησαν παιδιά ηλικίας από ένα έως τεσσάρων ετών και διαπίστωσαν ότι ο καλύτερος ύπνος που αναφέρθηκε από τους γονείς στην ηλικία των ενός ετών συσχετίστηκε με καλύτερες αφηρημένες συλλογιστικές δεξιότητες, σχηματισμό εννοιών και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων στην ηλικία των τεσσάρων. Τα προβλήματα ύπνου που αναφέρθηκαν από τους γονείς στην προσχολική ηλικία έχουν επίσης συσχετιστεί αρνητικά με την απόδοση σε εργασίες που αξιολογούν τη μνήμη εργασίας (Karpinski, Scullin, & Montgomery-Downs, 2008; Nelson, Nelson, Kidwell, James, & Espy, 2015).

Ο Ravid και οι συνεργάτες (2009) του διαπίστωσαν ότι η μικρότερη διάρκεια ύπνου και η μειωμένη ποιότητα ύπνου (αντικειμενικά μετρημένη) συσχετίστηκαν με τη διαμονή στο νηπιαγωγείο (Ravid, Afek, Suraiya, Shahar, & Pillar, 2009a). Επιπλέον, τα παιδιά που είχαν κακή επίδοση στα τεστ της πρώτης τάξης είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν διαταραχές ύπνου, όπως κακή ποιότητα ύπνου ή μειωμένες ώρες ύπνου με βάση τις ώρες που είναι απαραίτητες για την ηλικία τους σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (Ravid, Afek, Suraiya, Shahar, & Pillar, 2009b).

Η μειωμένες ώρες ύπνου κυρίως εξαιτίας της καθυστέρησης για ύπνο και η χαμηλή ποιότητα του ύπνου έχουν επίσης συσχετιστεί με μεγαλύτερα σφάλματα μνήμης και φτωχότερους βαθμούς στα μαθηματικά και στα αγγλικά σε παιδιά ηλικίας 6 έως 13 ετών (Gruber et al., 2014; Steenari et al., 2003). Επιπλέον, σε μια μελέτη με παιδιά 2,5–6 ετών, ο Touchette και οι συνεργάτες του (2007) βρήκαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της διάρκειας του ύπνου και των νευροαναπτυξιακών τεστ.

Ωστόσο, αρκετοί ερευνητές έχουν βρει μη σημαντικές ή ασυνεπείς σχέσεις μεταξύ του ύπνου και της ακαδημαϊκής ανάπτυξης (Buckhalt, El-Sheikh, & Keller, 2007; Cooper, Kohler, & Blunden, 2012; Mayes et al., 2008). Επιπλέον, τα μέσα μεγέθη επιδράσεων από μια μετα-ανάλυση που περιελάμβανε σχέσεις μεταξύ της αποτελεσματικότητας ύπνου σε παιδιά 5-12 ετών και πολλαπλών μεταβλητών γνωστικής/μνήμης και σχολικής απόδοσης, καθώς και η μέση επίδραση της διάρκειας

ύπνου στη μνήμη και τη νοημοσύνη των παιδιών ήταν μη σημαντικά (Astill et al., 2012).

Ένας λόγος για αυτές τις αποκλίσεις θα μπορούσε να είναι αν ο ύπνος αξιολογήθηκε ή όχι για μια σύντομη περίοδο (δηλαδή για μια νύχτα) ή για αρκετές νύχτες (Astill et al., 2012). Επιπλέον, είναι πιθανό να υπάρχουν μικτά ευρήματα επειδή η σχέση μεταξύ ύπνου και σχολικής απόδοσης μετριάζεται και από άλλους συναφείς παράγοντες ή αναπτυξιακές διαδικασίες (Buckhalt et al., 2007; El-Sheikh et al., 2014; Mayes et al., 2008).

5. ΣΥΣΧΕΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ

Το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη (WHO EU) όρισε τον εγγραμματισμό υγείας ως «ικανότητες πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών υγείας για τη λήψη αποφάσεων στην καθημερινή ζωή σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας» (Kickbusch et al., 2013). Ο εγγραμματισμός για την υγεία των γονέων είναι ένας βασικός καθοριστικός παράγοντας των γονεϊκών δεξιοτήτων και συμπεριφορών καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος φροντίδας και μπορεί να ασκήσει περαιτέρω βαθιά επίδραση στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα υγείας των παιδιών (Harrington et al., 2015; Snaders et al., 2009; Liechty et al., 2015; Lee et al., 2020).

Οι γονείς με χαμηλό αλφαριθμητισμό για την υγεία είχαν πιο συχνά ανεπιθύμητες γονεϊκές συμπεριφορές όπως λιγότερη προσβασιμότητα στη φροντίδα (Yin et al., 2012), φτωχότερη κατανόηση των οδηγιών που σχετίζονται με την υγεία ή των προγραμμάτων ανοσοποίησης (Yin et al., 2012; Cheng et al., 2016), λάθη στη δοσολογία των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για παιδιά (Cheng et al., 2016), μη συμμόρφωση σε φάρμακα ή συστάσεις (Kein-Malpass J et al., 2015), χειρότερη διαχείριση των παιδιών με χρόνιες παθήσεις (Harrington et al., 2015; Lee et al., 2020,

Borges et al., 2017) και αναποτελεσματική πρόληψη τραυματισμών (de Buhr et al., 2020).

Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε άσχημα αποτελέσματα υγείας των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών παχυσαρκίας κυρίως σε νεαρές ηλικίες (Morrison AK et al., 2019), φτωχότερη κατάσταση στοματικής υγείας (Cheng ER et al., 2016; Farmino RT et al., 2018), χειρότερες κρίσεις άσθματος σε παιδιά που αντιμετωπίζουν τέτοιου τύπου προβλήματα (Harrington KF et al., 2015) και περισσότερες επισκέψεις και νοσηλεία στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Lee HY et al., 2020; Morrison A.K. et al., 2013).

Αντίθετα, ένα υψηλό επίπεδο παιδείας για την υγεία των γονέων και η σωστή και ολοκληρωμένη εγγραματοσύνη τους σχετίζεται με τις υψηλής ποιότητας γονικές δεξιότητες στην πρώιμη παιδική ηλικία, κάτι που οδηγεί αυτόματα σε καλύτερη σωματική ανάπτυξη και νευροανάπτυξη των παιδιών, όπως η καλύτερη σχολική επίδοση μακροπρόθεσμα (Tomloson et al., 2019; Jeong et al., 2021; de Duhr et al., 2020).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως η σωστή εγγραματοσύνη των γονιών όσον αφορά τον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού βοηθάει στη δημιουργία ενός προγράμματος από τους γονείς για τα παιδιά μέσα στο οποίο τα παιδιά θα μπορούν να έχουν την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη και ευεξία. Ταυτόχρονα βοηθάει τους γονείς λαμβάνουν τις καλύτερες δυνατές αποφάσεις όσον αφορά τα θέματα υγείας των παιδιών, να μπορούν να τα βοηθούν σε περιόδους όπου αυτά είναι άρρωστα είτε αντιμετωπίζουν οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας γενικότερα (Tomloson et al., 2019; Jeong et al., 2021; de Duhr et al., 2020).

Η κατάλληλη εγγραματοσύνη των γονέων θα τους βοηθήσει να δημιουργήσουν και ένα κατάλληλο πρόγραμμα ύπνου για τα παιδιά. Όπως αναφέρεται παραπάνω ο σωστός, ολοκληρωμένος και καλής ποιότητας ύπνος μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Από σωματικής άποψης δίνει τη δυνατότητα ξεκούρασης στα παιδιά έτσι ώστε να τους δίνει όλη την απαραίτητη ενέργεια που χρειάζονται για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητά τους και τις δραστηριότητες που υπάρχουν μέσα σε αυτήν (Johnston et al., 2015; Morrison et al., 2019).

Ταυτόχρονα ο καλός και ολοκληρωμένος ύπνος βοηθάει στην διατήρηση της καλής ομοιόστασης του οργανισμού ενώ επίσης δίνει τη δυνατότητα σε διάφορες λειτουργίες να λάβουν χώρα πιο ολοκληρωμένα και σωστά. Την ίδια στιγμή βοηθάει και στην καλή ψυχική υγεία. Τα παιδιά όσο πιο ξεκούραστα και χορτασμένα από ύπνο είναι τόσο πιο εύκολο τους είναι να μπορέσουν να έχουν καλύτερη κοινωνικοποίηση και να μειωθούν οι αρνητικές συμπεριφορές (Karpinski, Scullin, & Montgomery-Downs, 2008; Nelson, Nelson, Kidwell, James, & Espy, 2015).

Αναφέρεται ακόμη και παραπάνω πως ο κατάλληλος ύπνος μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να έχουν καλύτερη σχολική ζωή. Πιο συγκεκριμένα η καλή ποιότητα ύπνου και ο ολοκληρωμένος μέσα στη νύχτα ύπνος χωρίς διακοπές και χωρίς προβλήματα μπορεί να βοηθήσει το παιδί να είναι πιο προσηλωμένο, με λιγότερο άγχος και απροσεξία στην σχολική του ζωή βοηθώντας το έτσι να επιτυγχάνει καλύτερα και ευκολότερα τους στόχους του (Buckhalt, El-Sheikh, Keller, & Kelley, 2009; Meijer et. al., 2000). Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα και ποσότητα ύπνου και σε αυτή της μνήμης με αποτέλεσμα ο ύπνος να γίνεται ένα από τα ζωτικά συστατικά για την επεξεργασία νέων πληροφοριών καθώς και για τη μακροπρόθεσμη αποθήκευση μνήμης όλα εκ των οποίων είναι απαραίτητα για τη μάθηση (Buckhalt, El-Sheikh, Keller, & Kelley, 2009).

Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως η κατάλληλη και σωστή εγγραμματοσύνη των γονέων όσον αφορά την υγεία οδηγεί σε καλύτερες αποφάσεις σχετικά με αυτή όσον αφορά τα παιδιά. Κατ' επέκταση η εγγραμματοσύνη αυτή που υπάρχει μπορεί να βοηθήσει τους γονείς να δημιουργήσουν ένα κατάλληλο πρόγραμμα ύπνου όπου τα παιδιά κοιμούνται τις απαραίτητες για αυτά ώρες έτσι ώστε να μπορούν να λαμβάνουν όλα τα θετικά που έχει να προσφέρει ο ύπνος. Είναι όμως σημαντικό να κοιμούνται και τις κατάλληλες ώρες. Είναι γνωστό πως δεν είναι ίδια η ποιότητα ύπνου αν κάποιος κοιμηθεί μετά τις 12:00 ή πριν από την ώρα αυτή (Johnston et al., 2015; Morrison et al., 2019).

Τα παιδιά είναι προτιμότερο να πηγαίνουν για ύπνο κατά τις 9:00 με 10:00 το βράδυ έτσι ώστε να μπορούν να κοιμούνται 9 με 11 ώρες, όσο δηλαδή χρειάζονται για να μπορούν να λαμβάνουν όλα τα θετικά του ύπνου (National Sleep Foundation, 2014). Οι σωστά ενημερωμένοι γονείς θα προσπαθήσουν να τηρήσουν αυτού του είδους το πρόγραμμα και έτσι θα μπορούν με τον τρόπο αυτό να δώσουν στα παιδιά

τους όλα εκείνα τα θετικά οφέλη του ύπνου (Lee et al., 2020; Morrison et al., 2013; Morrison et al., 2019).

Συνεπώς και λαμβάνοντας τα θετικά αυτά οφέλη τα παιδιά θα είναι αυτόματα πιο αποδοτικά στην σχολική τους ζωή, θα έχουν λιγότερα προβλήματα, λιγότερες παρεμβατικές συμπεριφορές και ως αποτέλεσμα αυτού θα μπορούν να διεξάγουν την καθημερινότητά τους πολύ πιο εύκολα, αναίμακτα και με πολύ καλύτερη ψυχική υγεία. Όλα τα παραπάνω είναι ιδιαίτερα σημαντικά όχι μόνο για την πορεία που βιώνει το παιδί τη δεδομένη χρονική στιγμή που βρίσκεται στο σχολικό περιβάλλον αλλά και για τη μετέπειτα ενήλικη ζωή του παιδιού (Tomloson et al., 2019; Jeong et al., 2021; de Duhr et al., 2020).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό την μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην εγγραμματοσύνη των γονέων την ποιότητα του ύπνου καθώς επίσης και τις σχολικές επιδόσεις των παιδιών. Για να μπορέσει να γίνει σωστή και ολοκληρωμένη συλλογή στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συμπλήρωσαν 96 γονείς. Σκοπός του ερωτηματολογίου ήταν η συλλογή δεδομένων τα οποία θα βοηθούσαν στην απάντηση του ερωτήματος του κατά πόσο η εγγραμματοσύνη των γονέων στην υγεία συμβάλλει στην κακή ποιότητα ύπνου και κατ' επέκταση στην κακή σχολική απόδοση.

Αρχικά το ερωτηματολόγιο είχε κάποια κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία όπως για παράδειγμα το φύλο του γονέα, το βάρος, το ύψος, η πιθανότητα του να είναι καπνιστής ή όχι εάν καταναλώνει αλκοόλ, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και ούτω καθεξής. Όλα τα παραπάνω έχουν σαν στόχο την δημιουργία ενός «προφίλ» γονέων το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει και να χαρακτηρίσει το επίπεδο εγγραμματοσύνης. Στη συνέχεια γινόταν η αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου. Οι γονείς απαντώντας σε κάποιες ερωτήσεις με κείμενο σύντομης απάντησης βοηθούσαν στην αξιολόγηση ποιότητας ύπνου.

Η αξιολόγηση ποιότητας ύπνου στο ερωτηματολόγιο γίνεται με τη βοήθεια του PSQI. Ουσιαστικά η αξιολόγηση ποιότητας ύπνου του Πίτσμπουργκ, όπως ονομάζεται, είναι ένα αποτελεσματικό μέσο το οποίο χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας και τα πρότυπα του ύπνου σε ενήλικες. Διαφοροποιεί την φτωχή από την καλή ποιότητα ύπνου μετρώντας σε επτά τομείς ή αλλιώς συνιστώσες, αυτές είναι: υποκειμενική ποιότητα του ύπνου, η λανθάνουσα κατάσταση, η αποδοτικότητα του, οι διαταραχές του, η διάρκεια του ύπνου, η χρήση υπνωτικών φαρμάκων καθώς επίσης και η δυσλειτουργία στην καθημερινότητα.

Στη συνέχεια έγινε αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης των γονέων σε κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο. Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 96 γονείς από τους οποίους το 70,8% ήταν οι γυναίκες ενώ το 29,2% ήταν άνδρες. Από τους

συμμετέχοντες γονείς τα ύψη και τα βάρη ποίκιλλαν σε ρυθμούς ενώ οι μη καπνιστές ήταν το 68,8% και οι καπνιστές το 31,3%. Επίσης αλκοόλ καταναλώνει 67,7%. Γενικώς το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε τρία κομμάτια κάθε ένα εκ των οποίων μελετούσε και ένα κομμάτι του ερευνητικού ερωτήματος της εργασίας. Στόχος για ακόμη μία φορά ήταν να δημιουργηθεί μία ολοκληρωμένη βάση δεδομένων τα οποία θα μπορούσαν να απαντήσουν στο ερώτημα και να δώσουν «τροφή» για περαιτέρω μελέτη.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis.

Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ύπνου των παιδιών (PSQI) και της εγγραμματοσύνης σχετικά με την υγεία (HLS_EU_Q16) από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης μεταβλητής δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην γραμμική παλινδρόμηση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

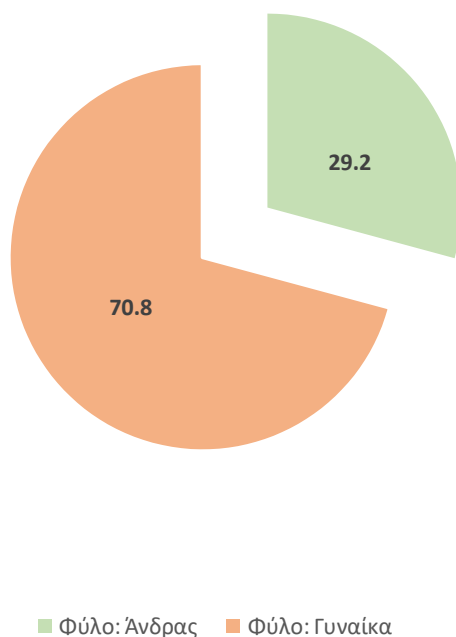
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 96 άτομα με μέση ηλικία 39,3 έτη (SD=4,4 έτη).
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

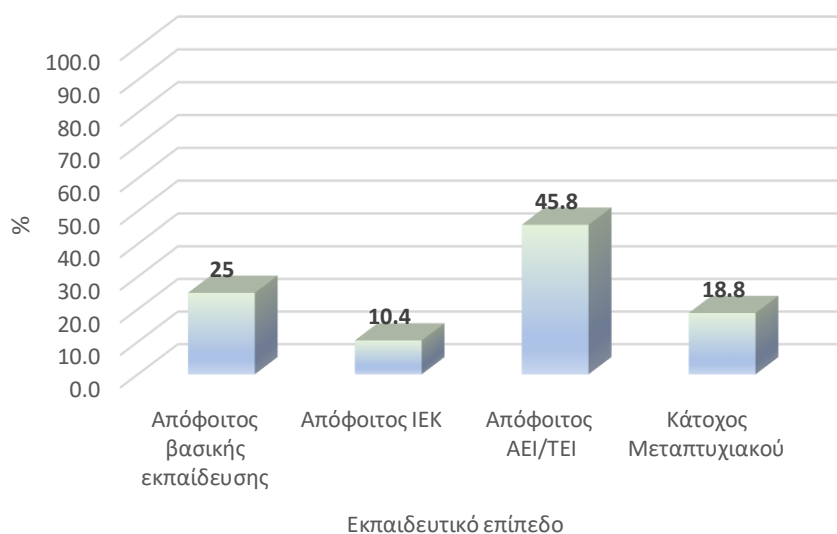
| | | N | % |
|--|-------------------------------|------------|----------------|
| Φύλο | Άνδρας | 28 | 29,2 |
| | Γυναίκα | 68 | 70,8 |
| Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος) | | 39,3 (4,4) | 39,0 (36 - 42) |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης | 24 | 25,0 |
| | Απόφοιτος ΙΕΚ | 10 | 10,4 |
| | Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | 44 | 45,8 |
| | Κάτοχος Μεταπτυχιακού | 18 | 18,8 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 3 | 3,1 |
| | Έγγαμος/η | 87 | 90,6 |
| | Διαζευγμένος/η | 6 | 6,3 |
| | Χήρος/α | 0 | 0,0 |
| Πόσα παιδιά έχετε; | 1 | 33 | 34,4 |
| | 2 | 48 | 50,0 |
| | 3 | 14 | 14,6 |
| | 4 | 1 | 1,0 |

Το 70,8% του δείγματος ήταν γυναίκες. Το 45,8% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ το 90,6% ήταν έγγαμοι και το 50% είχε δύο παιδιά.

Ακολουθεί το διάγραμμα σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων.



Παρακάτω δίνεται το ραβδόγραμμα σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.



Ακολουθεί ο πίνακας σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος, τις καπνιστικές συνήθειες και την κατανάλωση αλκοόλ, την νόσηση από κάποια ασθένεια και τη λήψη φαρμάκων από τους συμμετέχοντες.

| | | N | % |
|--|--------------|-----------|------------|
| Επίπεδα δείκτη μάζας σώματος | Λιποβαρής | 0 | 0,0 |
| | Φυσιολογικός | 69 | 71,9 |
| | Υπέρβαρος | 23 | 24,0 |
| | Παχύσαρκος | 4 | 4,2 |
| Καπνίζετε; | Όχι | 66 | 68,8 |
| | Ναι | 30 | 31,3 |
| Εάν ναι, πόσα πακέτα την εβδομάδα;* | | 2,4 (1,8) | 3,0 (1 -4) |
| Πίνετε αλκοόλ; | Όχι | 31 | 32,3 |
| | Ναι | 65 | 67,7 |
| Κατανάλωση αλκοόλ την ημέρα (ποτήρια)** | 0 | 8 | 12,3 |
| | 1 | 49 | 75,4 |
| | 2 | 8 | 12,3 |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα; | Όχι | 92 | 95,8 |
| | Ναι | 4 | 4,2 |
| Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; | Όχι | 89 | 92,7 |
| | Ναι | 7 | 7,3 |

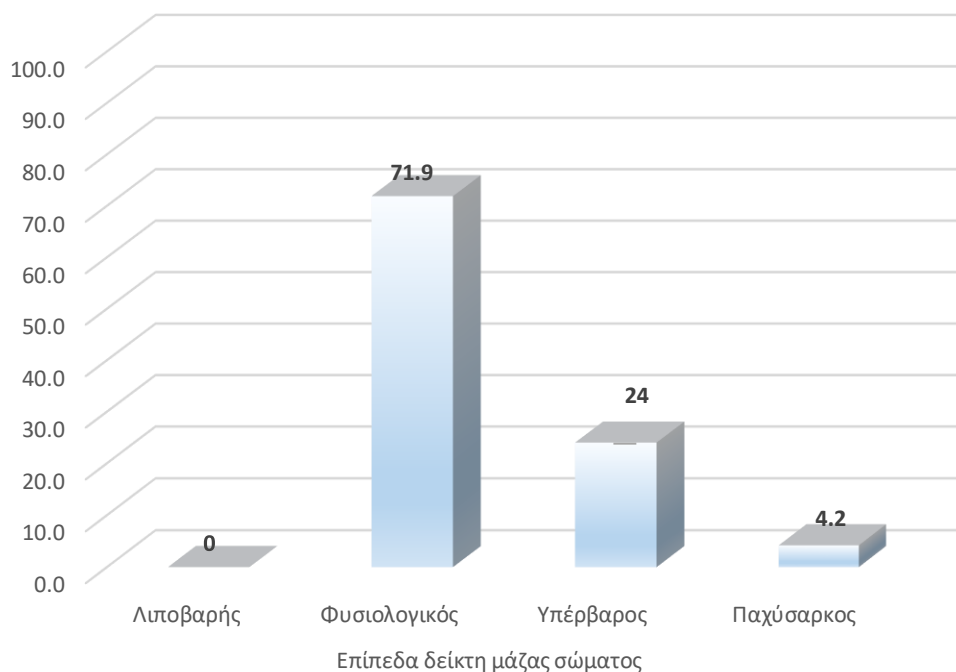
*Τα ποσοστά είναι υπολογισμένα με βάση τους καπνιστές

** Τα ποσοστά είναι υπολογισμένα με βάση όσους καταναλώνουν αλκοόλ

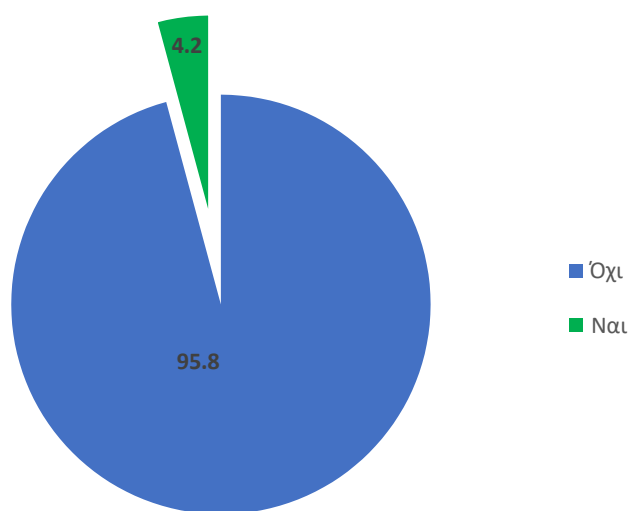
Το 71,9% είχε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος. Το 31,3% κάπνιζε κατά μέσο όρο 2,4 πακέτα την ημέρα (SD=1,8 πακέτα) και το 67,7% δήλωσε ότι πίνει αλκοόλ. Το 75,4% αυτών που έπιναν αλκοόλ καταλάωνε 1 ποτήρι ημερησίως.

Επίσης, μόνο το 4,2% έπασχε από κάποιο νόσημα και το 7,3% λάμβανε φαρμακευτική αγωγή.

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα των επιπέδων του δείκτη μάζας σώματος των συμμετεχόντων.



Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με τη νόσηση από κάποιο χρόνια νόσημα.



Πάσχετε από κάποιο νόσημα;

Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PittsburghSleep Quality Index - PSQI)

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης του ύπνου των παιδιών τους.

| | | N | % | |
|---|--|------------------|-----------------------|--|
| 1. Τι ώρα συνήθως πηγαίνει για ύπνο; | | 22:16 (4,5 ώρες) | 23:00 (23:00 - 24:00) | |
| 2. Πόση ώρα (σε λεπτά) του παίρνει να κοιμηθεί κάθε βράδυ; | | 14,1 (8,3) | 10 (10 - 20) | |
| 3. Τι ώρα συνήθως ξυπνάει το πρωί; | | 8:43 (52 λεπτά) | 8:30 (8:00 - 9:00) | |
| 4. Α Πόσες ώρες πραγματικού ύπνου κοιμάται τη νύχτα; | | 8,7 (1,0) | 9,0 (8 -9) | |
| 4. Β Πόσες ώρες ήταν στο κρεβάτι; | | 9,1 (1,1) | 9,0 (9 -9,5) | |
| 5. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχε προβλήματα στον ύπνο, γιατί: | | | | % Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα |
| A. Δεν μπορούσε να το πάρει ο ύπνος μέσα σε 30 λεπτά | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 33 | 34,4 | 11,5 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 52 | 54,2 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 9 | 9,4 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| B. Ξυπνούσε τη νύχτα ή νωρίς το πρωί | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 40 | 41,7 | 7,3 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 49 | 51,0 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 6 | 6,3 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 1 | 1,0 | |
| C. Έπρεπε να σηκωθεί για να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 35 | 36,5 | 12,5 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 49 | 51,0 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 12 | 12,5 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| D. Δεν μπορούσε να αναπνεύσει άνετα | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 94 | 97,9 | 0,0 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| E. Έβηχε ή ροχάλιζε δυνατά | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 86 | 89,6 | 2,1 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 8 | 8,3 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| F. Κρύωνε | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 94 | 97,9 | 0,0 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |

| | | | | |
|---|--|----|------|------|
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| G. Ζεσταίνεται | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 19 | 19,8 | 42,7 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 36 | 37,5 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 32 | 33,3 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 9 | 9,4 | |
| H. Έβλεπε άσχημα όνειρα | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 38 | 39,6 | 6,2 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 52 | 54,2 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 5 | 5,2 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 1 | 1,0 | |
| I. Πονούσε | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 94 | 97,9 | 0,0 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| J. Άλλος λόγος /λόγοι, παρακαλείσθε να περιγράψετε, συμπεριλαμβανομένου του πόσο συχνά είχατε προβλήματα στον ύπνο, λόγω αυτού του λόγου/ λόγων. | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 95 | 99,0 | 0,0 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 1 | 1,0 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| 6. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά πήρε φάρμακο (συνταγογραφούμενο ή μη) για να κοιμηθεί; | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 91 | 94,8 | 1,0 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 4 | 4,2 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 1 | 1,0 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| 7. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να μείνετε ξύπνιος/α κατά την οδήγηση, την κατανάλωση των γευμάτων, ή τη συμμετοχή σε κοινωνική δραστηριότητα; | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 88 | 91,7 | 3,1 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 5 | 5,2 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 3 | 3,1 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 0 | 0,0 | |
| 8. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να διατηρείτε τον ενθουσιασμό σας στο να κάνετε πράγματα; | Όχι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα | 86 | 89,6 | 4,2 |
| | Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα | 6 | 6,3 | |
| | Μία ή δύο φορές την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| | Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα | 2 | 2,1 | |
| 9. Κατά τη διάρκεια του | Πολύ καλή | 49 | 51,0 | 0,0 |

| | | | |
|---|---------------|----|------|
| προηγούμενου μήνα, πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα του ύπνου του παιδιού σας; | Αρκετά καλή | 47 | 49,0 |
| | Αρκετά άσχημη | 0 | 0,0 |
| | Πολύ κακή | 0 | 0,0 |

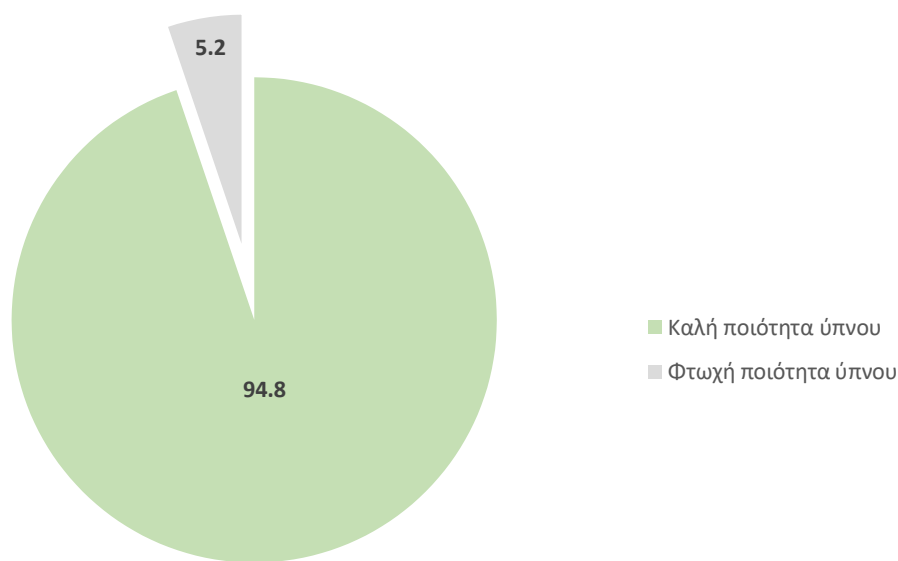
Η διάμεση ώρα ύπνου των παιδιών των συμμετεχόντων ήταν 11 το βράδυ και ο διάμεσος χρόνος μέχρι να κοιμηθούν ήταν 10 λεπτά (ενδ. εύρος 10- 20 λεπτά). Το πρωί η διάμεση ώρα που ξυπνούσαν ήταν 8:43 και πραγματικά κοιμόντουσαν τη νύχτα 9,0 ώρες (ενδ. εύρος 8-9 ώρες), ενώ τόσες ήταν και οι ώρες που έμεναν στο κρεβάτι (ενδ. εύρος: 9-9,5 ώρες). Κατά τον προηγούμενο μήνα της έρευνας το 11,5% των παιδιών των συμμετεχόντων δεν μπορούσε να αποκοιμηθεί μέσα σε 30 λεπτά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, το 7,3% ξυπνούσε τη νύχτα ή νωρίς το πρωί τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και το 12,5% στην ίδια συχνότητα έπρεπε να σηκωθεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.

Κανένα παιδί δεν είχε πρόβλημα με την σωστή αναπνοή, το κρύο ή τον πόνο, το 2,1%% με βήχα ή ροχαλητό. Το 42,7% είχε πρόβλημα με τη ζέστη τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και στην ίδια συχνότητα το 6,2% έβλεπε άσχημα όνειρα. Επίσης, μόνο το 1,0% χρειάστηκε κάποιο φάρμακο για να κοιμηθεί, το 3,1% είχε πρόβλημα να μείνει ξύπνιος/α την κατανάλωση των γευμάτων, ή τη συμμετοχή σε κοινωνική δραστηριότητα και το 4,2% να διατηρεί τον ενθουσιασμό του. Τέλος, το 51,0% των γονέων χαρακτήρισε την ποιότητα ύπνου του παιδιού του, τον προηγούμενο μήνα, πολύ καλή.

Στον ακόλουθο πίνακα δίνεται η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου των παιδιών.

| | | N | % |
|---------------------------------------|----------------------|----|------|
| Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PSQI) | Καλή ποιότητα ύπνου | 91 | 94,8 |
| | Φτωχή ποιότητα ύπνου | 5 | 5,2 |

Το 94,8% των παιδιών των συμμετεχόντων είχαν καλή ποιότητα ύπνου. Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με την ποιότητα ύπνου των παιδιών των συμμετεχόντων.



Κλίμακα ποιότητας ύπνου (PSQI)

Κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας γονέων (HLS_EU_Q16)

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις ερωτήσεις της κλίμακας του αλφαριθμητικού υγείας (HLS-EU-Q16). Η κλίμακα των απαντήσεων κυμαίνεται από 1 έως 4, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «πολύ εύκολο» και το 4 το «πολύ δύσκολο». Άρα, όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των απαντήσεων 3 και 4 (αρκετά- πολύ δύσκολο), τόσο πιο μεγάλη δυσκολία αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στην αντίστοιχη κατηγορία.

| | | N | % | % «Αρκετά- πολύ δύσκολο» |
|---|----------------|----|------|--------------------------|
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που σας απασχολούν? | Πολύ εύκολο | 59 | 61,5 | 2,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 35 | 36,5 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 2 | 2,1 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/η? | Πολύ εύκολο | 16 | 16,7 | 2,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 78 | 81,3 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 2 | 2,1 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας? | Πολύ εύκολο | 13 | 13,5 | 7,3 |
| | Αρκετά εύκολο | 76 | 79,2 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 7 | 7,3 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή? | Πολύ εύκολο | 27 | 28,1 | 1,0 |
| | Αρκετά εύκολο | 68 | 70,8 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλο γιατρό? | Πολύ εύκολο | 18 | 18,8 | 10,4 |
| | Αρκετά εύκολο | 68 | 70,8 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 10 | 10,4 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες? (Οδηγίες: θεραπευτική αγωγή, επιλογές θεραπείας) που σας δίνει ο γιατρός σας ώστε να πάρετε αποφάσεις για να αντιμετωπίσετε την ασθένειά σας? | Πολύ εύκολο | 23 | 24,0 | 1,0 |
| | Αρκετά εύκολο | 72 | 75,0 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε πληροφορίες για να διαχειριστείτε προβλήματα όπως το στρες ή την κατάθλιψη? | Πολύ εύκολο | 8 | 8,3 | 13,5 |
| | Αρκετά εύκολο | 75 | 78,1 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 12 | 12,5 | |

| | | | | |
|---|----------------|----|------|------|
| | Πολύ δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας? | Πολύ εύκολο | 27 | 28,1 | 2,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 67 | 69,8 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 2 | 2,1 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε τους κινδύνους για την υγεία από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η απουσία σωματικής άσκησης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ? | Πολύ εύκολο | 55 | 57,3 | 0,0 |
| | Αρκετά εύκολο | 41 | 42,7 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις? (μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης) | Πολύ εύκολο | 77 | 80,2 | 1,0 |
| | Αρκετά εύκολο | 18 | 18,8 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε εάν οι πληροφορίες για τους κινδύνους υγείας (κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής και νοητικής άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, μόλυνση περιβάλλοντος κτλ) όπως προβάρονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστα? (τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα) | Πολύ εύκολο | 55 | 57,3 | 3,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 38 | 39,6 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 3 | 3,1 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης? | Πολύ εύκολο | 13 | 13,5 | 11,4 |
| | Αρκετά εύκολο | 72 | 75,0 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 10 | 10,4 | |
| | Πολύ δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική διάθεση? (άσκηση, περπάτημα, έξοδος φίλους, κτλ) | Πολύ εύκολο | 57 | 59,4 | 3,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 36 | 37,5 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 2 | 2,1 | |
| | Πολύ δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε συμβουλές για την υγεία από την οικογένεια και φίλους? | Πολύ εύκολο | 11 | 11,5 | 8,3 |
| | Αρκετά εύκολο | 77 | 80,2 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 7 | 7,3 | |
| | Πολύ δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας? | Πολύ εύκολο | 21 | 21,9 | 7,3 |
| | Αρκετά εύκολο | 68 | 70,8 | |
| | Αρκετά δύσκολο | 6 | 6,3 | |
| | Πολύ δύσκολο | 1 | 1,0 | |
| Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε ποιές καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την | Πολύ εύκολο | 59 | 61,5 | 2,1 |
| | Αρκετά εύκολο | 35 | 36,5 | |

| | | | | |
|---|----------------|---|-----|--|
| υγεία σας? (διατροφικές συνήθειες, άσκηση, κτλ) | Αρκετά δύσκολο | 2 | 2,1 | |
|---|----------------|---|-----|--|

Μόνο το 2,1% των συμμετεχόντων θεωρούσαν αρκετά έως πολύ δύσκολη την εύρεση πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα των ασθενειών που τους απασχολούσαν και την λήψη βοήθειας από επαγγελματίες υγείας όταν ήταν άρρωστοι. Το 7,3% κατανοούσε αρκετά έως πολύ δύσκολα όσα έλεγε ο γιατρός, μόνο το 1,0% κατανοούσε, ωστόσο, δύσκολα τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σχετικά με το πως πρέπει να πάρει ένα φάρμακο, ενώ για το 10,4% ήταν δύσκολο να κρίνει πότε χρειάζεται μία δεύτερη γνώμη από κάποιο άλλο γιατρό.

Επίσης το 1,0% δυσκολευόταν να χρησιμοποιήσει τις οδηγίες που δίνει ο γιατρός ώστε να πάρει αποφάσεις για να αντιμετωπίσει την ασθένεια, το 13,5% δυσκολευόταν στην εύρεση πληροφοριών για τη διαχείριση στρες και κατάθλιψης, μόνο το 2,1% δυσκολευόταν να ακολουθήσει οδηγίες γιατρού ή φαρμακοποιού, ακόμα μικρότερο ποσοστό, 1,0%, να αντιληφθεί την αναγκαιότητα των προληπτικών εξετάσεων και το 3,1% να κατανοήσει της αξιοπιστία όσων προβάλλονται στα ΜΜΕ για τους κινδύνους της υγείας.

Το 11,4% δεν μπορούσε εύκολα να αποφασίσει πως μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης, το 3,1% να βρει δραστηριότητες καλές για την ψυχική του διάθεση, το 8,3% να κατανοήσει συμβουλές από οικογένεια και φίλους, το 7,3% να κατανοήσει πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσει την υγεία και το 2,1% να κρίνει ποιες καθημερινές συνήθειες σχετίζονται με την υγεία.

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα των ποσοστών για αυτούς που απάντησαν αρκετά-πολύ δύσκολο σε κάθε κατηγορία. Η σειρά είναι φθίνουσα, άρα στην ερώτηση με το μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετώπισαν και μεγαλύτερη δυσκολία.



Στη συνέχεια υπολογίστηκε το σκορ για την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της κλίμακας τόσο πιο επαρκής είναι η εγγραμματοσύνη που σχετίζεται με την υγεία.

| | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή (SD) | Διάμεσος (ενδ. εύρος) | Cronbach's a |
|--|---------------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|
| Σκορ εγγραμματοσύνης υγείας HLS_EU_Q16 | 9,0 | 16,0 | 15,2(1,6) | 16,0 (15,0-16,0) | 0,76 |

Το συγκεκριμένο σκορ γενικά κυμαίνεται από 0 έως 16 μονάδες. Σε αυτό το δείγμα η ελάχιστη τιμή ήταν 9 και η μέγιστη 16. Η μέση τιμή του σκορ ήταν 15,2 μονάδες (SD= 1,6μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν 0,76, μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

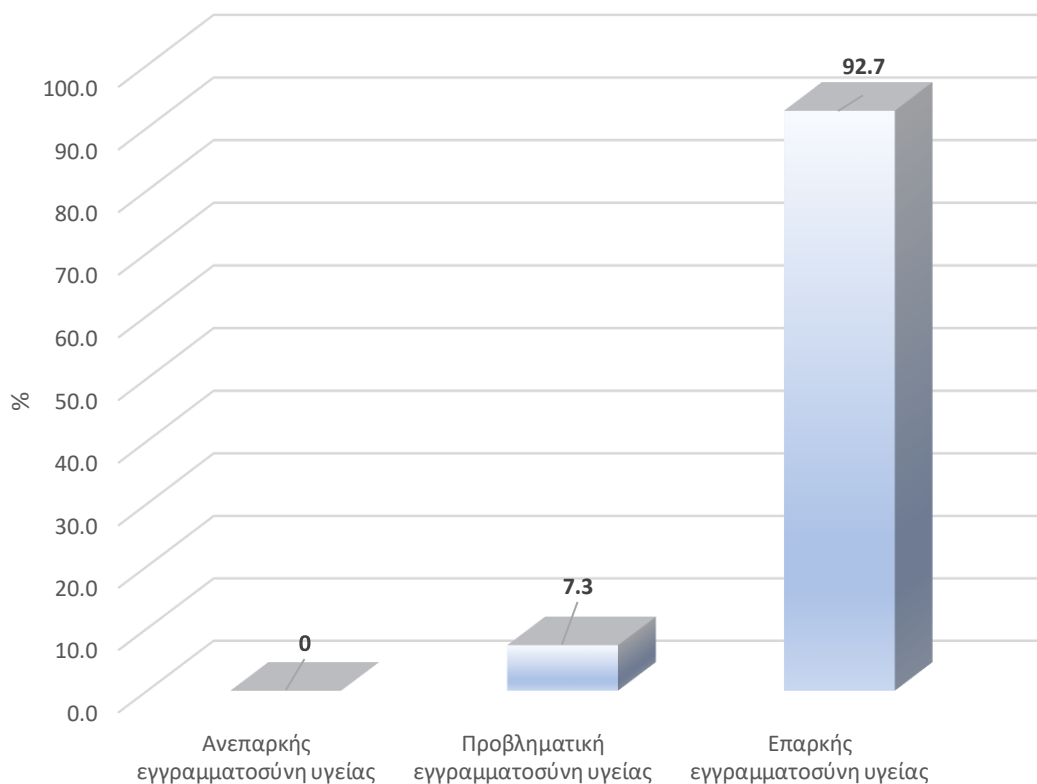
Η κλίμακα HLSEU_16 κατηγοριοποιείται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, μαζί με τα ποσοστά των συμμετεχόντων σε κάθε κατηγορία.

| Κατηγορίες σκορ HLSEU_16 | Μονάδες | N | % |
|------------------------------------|---------|---|-----|
| Ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας | 0-8 | 0 | 0,0 |
| Προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας | 9-12 | 7 | 7,3 |

| | | | |
|-------------------------------|-------|----|------|
| Επαρκής εγγραμματοσύνη υγείας | 13-16 | 89 | 92,7 |
|-------------------------------|-------|----|------|

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (92,7%) κατατάσσεται στην κατηγορία της επαρκούς εγγραμματοσύνης υγείας, ενώ το ποσοστό των συμμετεχόντων με προβληματική εγγραμματοσύνη ήταν 7,3%. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν κατατάχθηκε στην κατηγορία ανεπαρκούς εγγραμματοσύνης.

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα των ποσοστών για τις κατηγορίες εγγραμματοσύνης υγείας.



Συσχέτιση της κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου των παιδιών (PSQI) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, την νόσησή τους από κάποια ασθένεια, την λήψη φαρμάκων καθώς και την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας των συμμετεχόντων γονέων.

Ακολουθεί ο πίνακας με τα αποτελέσματα της μονομεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση της κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου PSQI των παιδιών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, την νόσησή τους από κάποια ασθένεια και την λήψη φαρμάκων.

| | | Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου PSQI | | P |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------|---------|
| | | Μέση τιμή (SD) | Διάμεσος (ενδ. εύρος) | |
| Φύλο | Άνδρας | 2,4 (1,3) | 2 (1,5 – 3) | 0,438+ |
| | Γυναίκα | 2,8 (1,7) | 2 (2 – 3) | |
| Έγγαμος | Όχι | 2,8 (1,8) | 2 (2 – 3) | 0,740+ |
| | Ναι | 2,6 (1,6) | 2 (2 – 3) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης/IEK | 2,8 (1,1) | 2,5 (2 – 3) | 0,566++ |
| | Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | 2,8 (1,8) | 2 (2 – 3) | |
| | Κάτοχος Μεταπτυχιακού | 2,6 (1,6) | 3 (2 – 3) | |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα; | Όχι | 2,7 (1,6) | 2 (2 – 3) | 0,741+ |
| | Ναι | 3 (1,2) | 3 (2 – 4) | |
| Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; | Όχι | 2,7 (1,6) | 2 (2 – 3) | 0,555+ |
| | Ναι | 2,3 (1,4) | 2 (2 – 4) | |
| Καπνίζετε; | Όχι | 2,7 (1,4) | 2 (2 – 3) | 0,775+ |
| | Ναι | 2,7 (1,8) | 2 (2 – 3) | |
| Πίνετε αλκοόλ; | Όχι | 2,7 (1,6) | 2 (2 – 3) | 0,764+ |

| | | | | |
|-----------|-----|-----------|-----------|--------|
| | Ναι | 2,7 (1,5) | 3 (2 – 3) | |
| Υπέρβαρος | Όχι | 2,8 (1,7) | 2 (2 – 3) | 0,595+ |
| | Ναι | 2,5 (1,2) | 2 (2 – 3) | |

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Η κλίμακα αξιολόγησης ύπνου των παιδιών δεν βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με τους παραπάνω παράγοντες.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για την κλίμακα αξιολόγησης ύπνου των παιδιών με την ηλικία των συμμετεχόντων.

| | | |
|---|-----|---------------|
| | | Ηλικία |
| Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου PSQI | rho | -0,19 |
| | P | 0,059 |

Η κλίμακα αξιολόγησης ύπνου των παιδιών δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία των γονέων.

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για την κλίμακα αξιολόγησης ύπνου των παιδιών με το σκορ εγγραμματοσύνης σχετικά με την υγεία.

| | | |
|---|-----|------------------------------------|
| | | Σκορ εγγραμματοσύνης υγείας |
| Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου PSQI | rho | -0,23 |
| | P | 0,040 |

Η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου των παιδιών βρέθηκε ότι σχετίζεται με την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας των γονέων. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη εγγραμματοσύνη υγείας συνεπαγόταν χαμηλότερο σκορ, άρα λιγότερες δυσκολίες και καλύτερη ποιότητα ύπνου για τα παιδιά.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την αξιολόγηση της ποιότητας ύπνου των παιδιών, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το σκορ της κλίμακας αξιολόγησης PSQI και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, την λήψη φαρμάκων, καθώς και την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας των γονέων. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

| | β^+ | SE $^{++}$ | β^* | P |
|---|-----------|------------|-----------|-------|
| Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας) | 0,065 | 0,448 | 0,019 | 0,884 |
| Ηλικία | -0,046 | 0,043 | -0,127 | 0,298 |
| Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι) | 0,417 | 0,565 | 0,078 | 0,462 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | | | | |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ vs Απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ | -0,344 | 0,386 | -0,110 | 0,376 |
| Κάτοχος μεταπτυχιακού vs Απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ | -0,172 | 0,521 | -0,043 | 0,742 |
| Καπνίζετε; (Ναι vs Όχι) | 0,083 | 0,400 | 0,025 | 0,835 |
| Πίνετε αλκοόλ; (Ναι vs Όχι) | 0,074 | 0,382 | 0,022 | 0,847 |

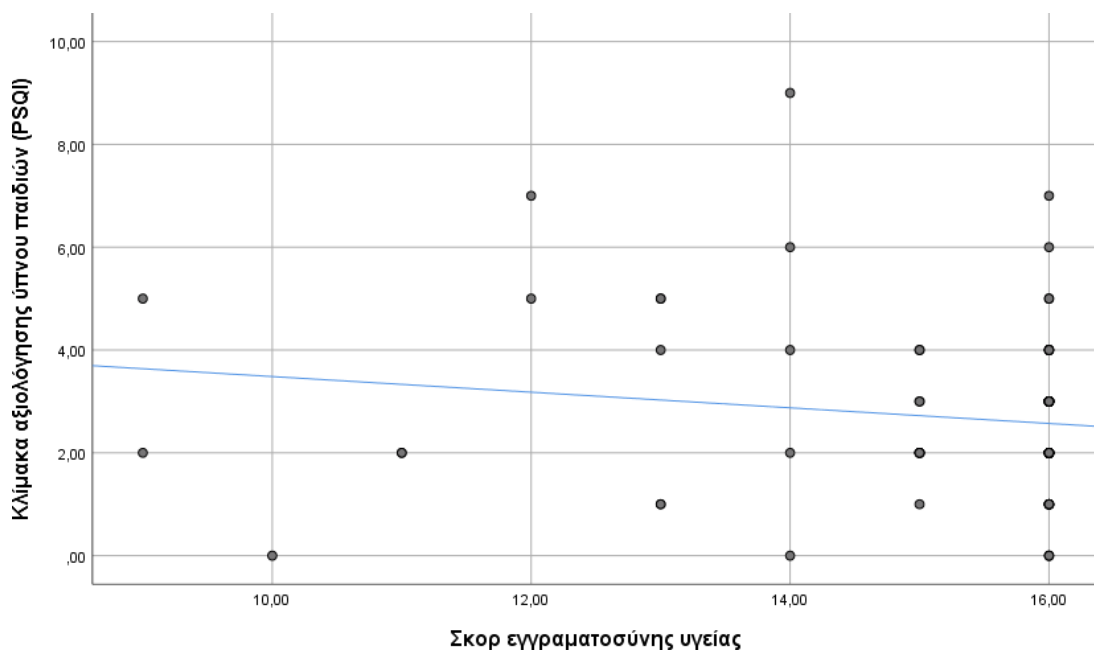
| | | | | |
|---|--------|-------|--------|--------------|
| Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; (Ναι vs Όχι) | -0,938 | 0,720 | -0,157 | 0,196 |
| Υπέρβαρος (Ναι vs Όχι) | -0,178 | 0,429 | -0,051 | 0,680 |
| Σκορ εγγραματοσύνης υγείας | -0,243 | 0,121 | -0,245 | 0,048 |

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου των παιδιών βρέθηκε ότι σχετίζεται ανεξάρτητα με την κλίμακα εγγραματοσύνης υγείας των γονέων. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη εγγραματοσύνη υγείας συνεπαγόταν χαμηλότερο σκορ, άρα λιγότερες δυσκολίες και καλύτερη ποιότητα ύπνου για τα παιδιά.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου των παιδιών με την κλίμακα εγγραματοσύνης υγείας των γονέων.



Συσχέτιση των διατάσεων της κλίμακας PSQI με την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman σχετικά με την βραδινή ώρα ύπνου των παιδιών, την συνολική ώρα στο κρεβάτι, την πραγματική ώρα ύπνου και την ώρα ξυπνήματος με την κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας των γονέων.

| | | Σκορ εγγραμματοσύνης υγείας |
|--|-----|-----------------------------|
| 1. Τι ώρα συνήθως πηγαίνει για ύπνο; | rho | 0,40 |
| | P | <0,001 |
| 2. Πόση ώρα (σε λεπτά) του παίρνει να κοιμηθεί κάθε βράδυ; | rho | -0,03 |
| | P | 0,755 |
| 3. Τι ώρα συνήθως ξυπνάει το πρωί; | rho | 0,16 |
| | P | 0,127 |
| 4. Α Πόσες ώρες πραγματικού ύπνου κοιμάται τη νύχτα; | rho | -0,07 |
| | P | 0,506 |
| 4. Β Πόσες ώρες ήταν στο κρεβάτι; | rho | -0,16 |
| | P | 0,113 |

Η κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ώρα ύπνου των παιδιών. Συγκεκριμένα, καλύτερη εγγραμματοσύνη υγείας των γονέων σχετιζόταν με πιο περασμένη ώρα ύπνου το βράδυ για τα παιδιά.

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με τις δυσκολίες ύπνου των παιδιών και την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου τους ανάλογα με το σκορ εγγραμματοσύνης των γονέων.

| | | Σκορ εγγραμματοσύνης υγείας | | P |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|---------------|
| | | Μέση τιμή (SD) | Διάμεσος (ενδ. εύρος) | |
| A. Δεν μπορούσε να το πάρει ο ύπνος μέσα σε 30 λεπτά | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,4 (1,3) | 16 (16 – 16) | 0,001+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 13,6 (2,2) | 13 (12 – 16) | |
| B. Ξυπνούσε τη νύχτα ή νωρίς το πρωί | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,6) | 16 (15 – 16) | 0,207+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 15,3 (0,8) | 15 (15 – 16) | |
| C. Έπρεπε να σηκωθεί για να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,6) | 16 (15,5 – 16) | 0,184+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 15,3 (1) | 15,5 (15 – 16) | |
| G. Ζεσταίνεται | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,7) | 16 (15 – 16) | 0,594+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,5) | 16 (15 – 16) | |
| H. Έβλεπε άσχημα όνειρα | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,6) | 16 (15 – 16) | 0,789+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 15,2 (1,6) | 16 (15 – 16) | |
| 7. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να μείνετε ξύπνιος/α κατά την οδήγηση, την κατανάλωση των γευμάτων, ή τη συμμετοχή σε κοινωνική δραστηριότητα; | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,3 (1,6) | 16 (15 – 16) | 0,279+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 14,7 (1,2) | 14 (14 – 16) | |

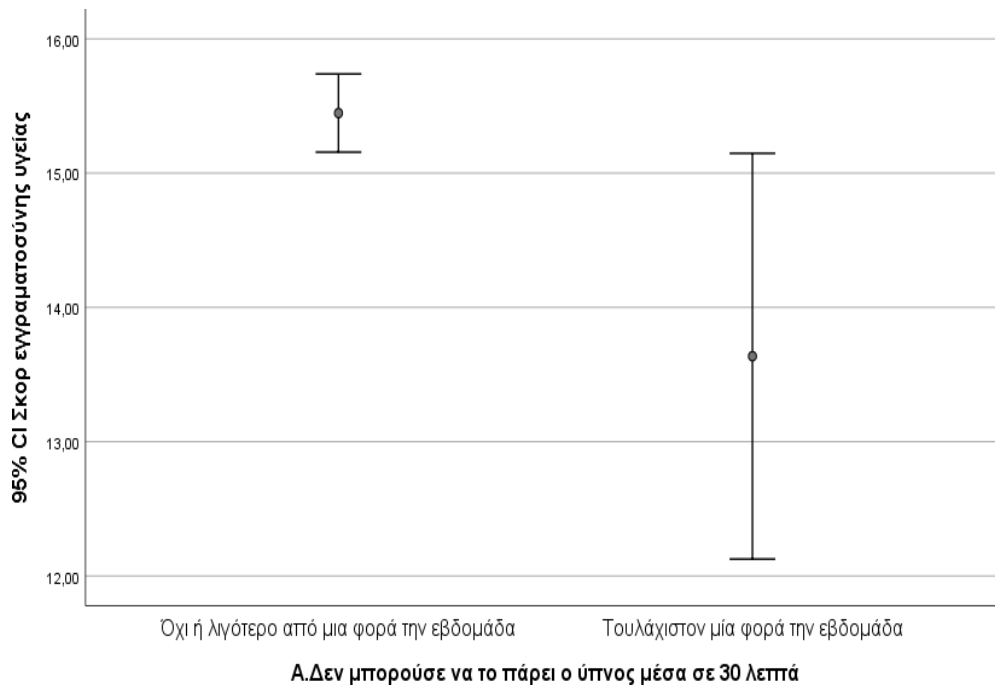
| | | | | |
|--|--|---------------|--------------------|--------|
| 8. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να διατηρείτε τον ενθουσιασμό σας στο να κάνετε πράγματα; | Όχι ή λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | 15,4 (1,4) | 16 (15,5 – 16) | 0,001+ |
| | Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα | 12 (2,2) | 12,5 (10,5 – 13,5) | |
| 9. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πώς θα αξιολογούσατε τη συνολική ποιότητα του ύπνου του παιδιού σας; | Πολύ καλή | 15,3 (1,5) | 16 (15 – 16) | 0,746+ |
| | Αρκετά καλή | 15,2 (1,6) | 16 (15 – 16) | |

+Mann-Whitney test

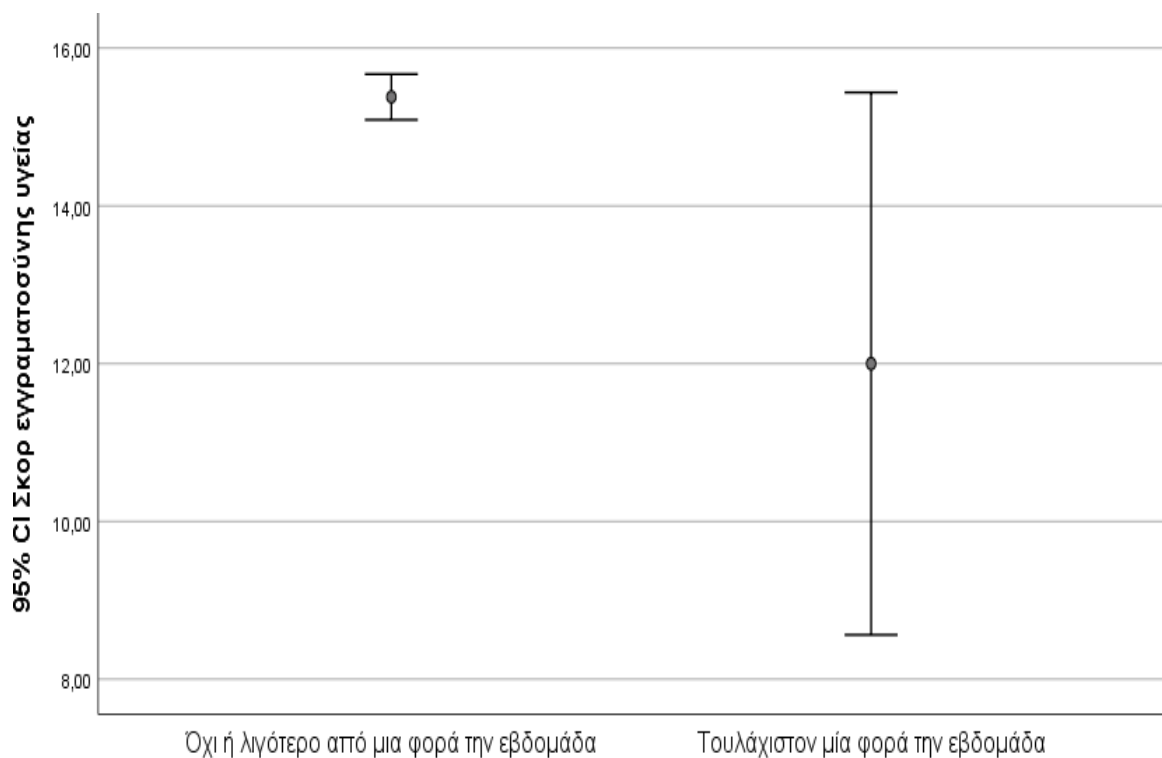
Το σκορ εγγραμματοσύνης υγείας των γονέων διέφερε ανάλογα με τη δυσκολία ύπνου μέσα στα πρώτα 30 λεπτά και ανάλογα με το πρόβλημα διατήρησης του ενθουσιασμού στο να κάνουν πράγματα. Συγκεκριμένα, οι γονείς των παιδιών που κοιμόντουσαν μέσα στα πρώτα 30 λεπτά ή δυσκολεύονταν να κοιμηθούν μέσα σε αυτή την ώρα λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα είχαν υψηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης υγείας συγκριτικά με τους γονείς των παιδιών που δυσκολεύονταν να κοιμηθούν μέσα σε 30 λεπτά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Επίσης, οι γονείς των παιδιών που δεν είχαν πρόβλημα να διατηρούν τον ενθουσιασμό τους για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων ή δυσκολεύονταν λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα είχαν υψηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης υγείας συγκριτικά με τους γονείς των παιδιών που δυσκολεύονταν να διατηρούν τον ενθουσιασμό τους για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Ακολουθεί το γράφημα του σκορ εγγραμματοσύνης υγείας γονέων ανάλογα με τη δυσκολία ύπνου των παιδιών μέσα στα πρώτα 30 λεπτά.



Ακολουθεί το γράφημα του σκορ εγγραματοσύνης υγείας γονέων ανάλογα με τη δυσκολία των παιδιών να διατηρήσουν τον ενθουσιασμό τους στο να κάνουν πράγματα.



8. Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να διατηρείτε τον ενθουσιασμό σας στο να κάνετε πράγματα;

Συσχέτιση της κλίμακας εγγραμματοσύνης υγείας με τα δημογραφικά, τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, την νόσησή τους από κάποια ασθένεια και την λήψη φαρμάκων.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την εγγραμματοσύνη σχετικά με την υγεία, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το σκορ της κλίμακας εγγραμματοσύνης υγείας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, την νόσησή τους από κάποια ασθένεια και την λήψη φαρμάκων. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

| | β+ | SE++ | β* | P |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας) | -0,026 | 0,012 | -0,241 | 0,037 |
| Ηλικία | 0,001 | 0,001 | -0,020 | 0,853 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | | | | |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ vs Απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ | 0,001 | 0,011 | 0,010 | 0,924 |
| Κάτοχος μεταπτυχιακού ΤΕΙ vs Απόφοιτος βασικής | 0,010 | 0,014 | 0,083 | 0,472 |

| | | | | |
|---|--------|-------|--------|--------------|
| Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι) | 0,014 | 0,015 | 0,083 | 0,375 |
| Καπνίζετε; (Ναι vs Όχι) | 0,007 | 0,011 | 0,067 | 0,526 |
| Πίνετε αλκοόλ; (Ναι vs Όχι) | 0,004 | 0,011 | 0,036 | 0,723 |
| Πάσχετε από κάποιο νόσημα; (Ναι vs Όχι) | 0,032 | 0,034 | 0,130 | 0,357 |
| Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; (Ναι vs Όχι) | -0,094 | 0,026 | -0,508 | 0,001 |
| Υπέρβαρος (Ναι vs Όχι) | -0,019 | 0,012 | -0,178 | 0,103 |

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα *τυποποιημένος συντελεστής

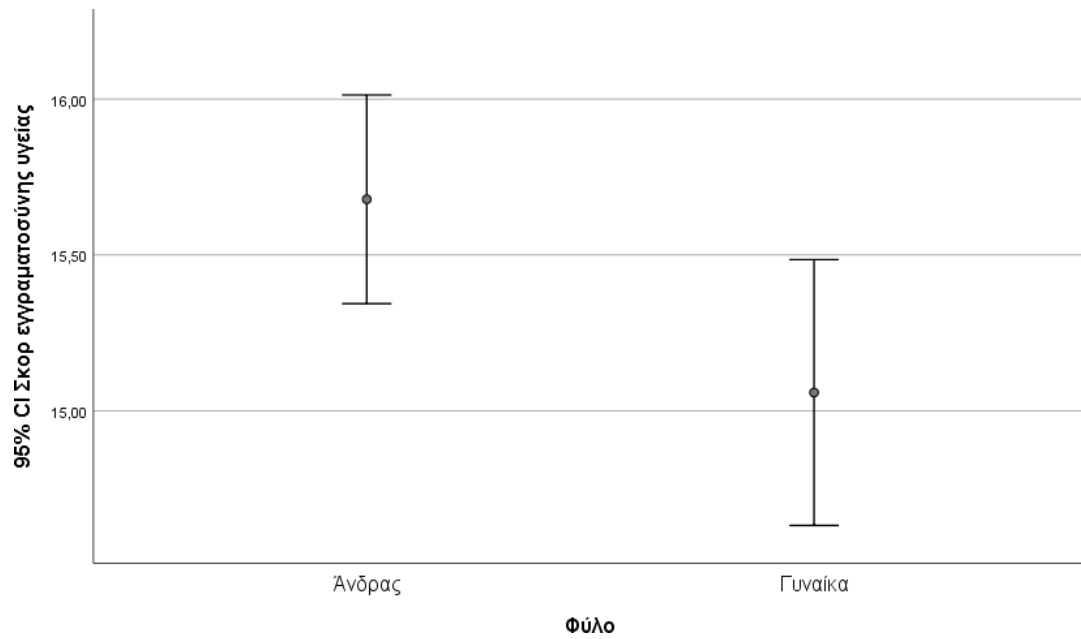
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το φύλο και την λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα:

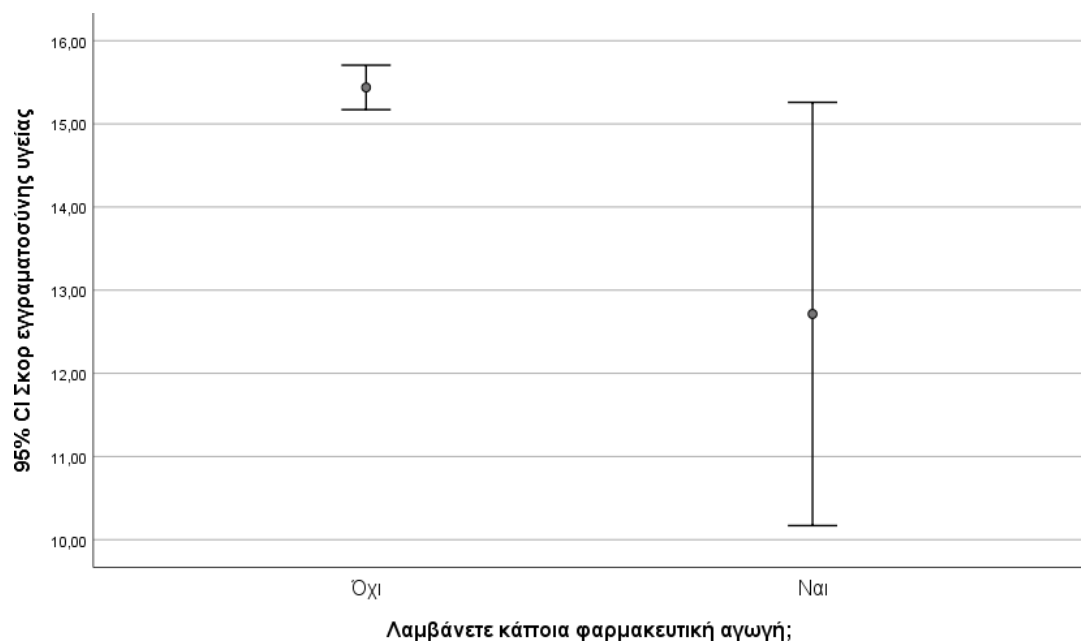
- Οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο σκορ, άρα χειρότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης συγκριτικά με τους άντρες.
- Όσοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή είχαν χαμηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης συγκριτικά με όσους δεν λάμβαναν.

Μεγαλύτερη επίδραση στο σκορ εγγραμματοσύνης είχε η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ακολουθούσε το φύλο.

Ακολουθεί το γράφημα του σκορ εγγραμματοσύνης υγείας ανά φύλο.



Ακολουθεί το γράφημα του σκορ εγγραμματοσύνης υγείας ανάλογα με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συμπερασματικά βλέπουμε πως σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μετρηθεί το κατά πόσο η εγγραμματοσύνη των γονέων όσον αφορά την υγεία επηρεάζει την ποιότητα ύπνου των παιδιών καθώς επίσης και τη σχολική τους επίδοση. Ένα από τα βασικά στοιχεία του περιορισμού στην παρούσα έρευνα αποτελεί το μικρό μέγεθος του δείγματος των συμμετεχόντων καθώς ήταν γονείς που απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η έρευνα να μην ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματική κατάσταση η οποία υφίσταται αφού η γενίκευση του αποτελέσματος στο γενικότερο πληθυσμό είναι πάρα πολύ δύσκολη. Την ίδια στιγμή ο περιορισμένος χρόνος που υπάρχει κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ίσως δεν βοηθάει στην απώλεια ασφαλών συμπερασμάτων αλλά και η έλλειψη οικονομικών πόρων δεν διασφαλίζει την αξιοπιστία της.

Πιο συγκεκριμένα μετά την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε πως το 29,2% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες ενώ το 70,8% ήταν οι γυναίκες. Στο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων φάνηκε ότι το 25% αφορούσε αποφοίτους βασικής εκπαίδευσης, το 10,4% αποφοίτους των ΙΕΚ, το 45,8% αποφοίτους ΑΕΙ ή ΤΕΙ ενώ το 18,8% κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 90,6% ήταν έγγαμοι, το 3,1% άγαμοι ενώ οι υπόλοιποι αποτελούσαν διαζευγμένους γονείς. Επιπρόσθετα το 50% των συμμετεχόντων είχε δύο παιδιά, το 34,4% ένα το 14,6% τρία, ενώ μόλις το 1% είχε τέσσερα παιδιά.

Ένας δείκτης ο οποίος ελέγχθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν αυτός του δείκτη μάζας σώματος καθώς επίσης αναλύθηκαν και οι καπνιστικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ των γονέων ενώ την ίδια στιγμή ελέγχθηκε και η νόσηση από κάποια ασθένεια και η λήψη φαρμάκων. Αυτό είχε σαν στόχο την δημιουργία μίας πιο ολοκληρωμένης εικόνας για τους συμμετέχοντες η οποία θα εξηγούσε ίσως και τις «υγιεινές» συνήθειες και τι προσοχή δίνουν οι γονείς στην υγεία τους.

Το 31,9% των συμμετεχόντων είχε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, το 24% ήταν υπέρβαροι ενώ το 4,2% αποτελούσε άτομα τα οποία θεωρούνταν παχύσαρκα με βάση το δείκτη μάζας σώματος. Την ίδια στιγμή οι καπνιστές

αποτελούσαν το 31,3% του πληθυσμού που μελετήθηκε ενώ το 67,7% του πληθυσμού καταναλώνει αλκοόλ και το 32,3% όχι. Από αυτά από τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ το 75,4% καταναλώνει ένα ποτήρι αλκοόλ την ημέρα, το 12,3% δύο ποτήρια την ημέρα ενώ το 12,3% καταναλώνει αλκοόλ σε πιο αραιή βάση. Από κάποιο νόσημα έπασχε μόνο το 4,2% των γονέων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ενώ το 7,3% λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Στη συνέχεια έλαβαν χώρα οι ερωτήσεις που αφορούσαν την ποιότητα ύπνου των παιδιών. Στις ερωτήσεις αυτές με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φαίνεται ότι ενδιάμεση ώρα ύπνο των παιδιών ήταν 11:00 το βράδυ και ο ενδιάμεσος χρόνος για να κοιμηθούν ήταν τα 10 λεπτά. Το πρωί η ενδιάμεση ώρα που ξυπνούσαν ήταν 8:43 και οι πραγματικές ώρες ύπνου τη νύχτα ήταν περίπου 9 ώρες ενώ την ίδια στιγμή οι ώρες που έμεναν στο κρεβάτι ήταν 9 έως 9:30 ώρες.

Τον προηγούμενο μήνα από αυτόν που διεξήχθη η έρευνα το 11,5% των παιδιών των γονέων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν μπορούσε να κοιμηθεί μέσα σε 30 λεπτά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ενώ το 7,3% ξυπνούσε τη νύχτα ή πολύ νωρίς το πρωί τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Το 12,5% στην ίδια συχνότητα έπρεπε να σηκωθεί για τουαλέτα μία φορά μέσα στην νύχτα. Κανένα από τα παιδιά δεν είχε πρόβλημα με την αναπνοή του ή ένιωθε κρύο ή πόνο ενώ το 2,1% είχε βήχα ή ροχαλητό. Το 42,7% είχε πρόβλημα με τη ζέστη τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, το 6,2% έβλεπε εφιάλτες. Μόνο το 1% των παιδιών των συμμετεχόντων χρειάστηκε κάποιο φάρμακο για να κοιμηθεί και τέλος το 51% των γονιών χαρακτήρισε την ποιότητα ύπνου του παιδιού τον προηγούμενο μήνα πολύ καλή.

Το 94,8% των παιδιών των συμμετεχόντων είχαν καλή ποιότητα ύπνου ενώ το 5,2% είχε φτωχή ποιότητα ύπνου. Μετά υπήρχαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν τον αλφαριθμητισμό υγείας των γονέων ή αλλιώς την εγγραματοσύνη υγείας των γονέων. Στις ερωτήσεις αυτές μόνο το 2,1% των γονιών θεώρησαν αρκετά έως πολύ δύσκολη την εύρεση πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα των ασθενειών που αφορούσαν τα παιδιά τους καθώς επίσης και τη λήψη βοήθειας από επαγγελματίες υγείας όταν τα παιδιά νοσούσαν. Το 7,3% κατανοούσε αρκετά έως πολύ δύσκολα τι έλεγε ο γιατρός ενώ μόλις το 1% κατανοούσε δύσκολα τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σχετικά με το πως πρέπει να λάβει το παιδί το φάρμακο του. Επίσης μόνο το 1% για

ακόμη μία φορά δυσκολευόταν να χρησιμοποιήσει τις οδηγίες που δίνει ο γιατρός ώστε να πάρει αποφάσεις για τον τρόπο με τον οποίον θα αντιμετωπιστεί η ασθένεια του παιδιού.

Το 13,5% δυσκολευόταν στην εύρεση πληροφοριών για τη διαχείριση της κατάθλιψης και του στρες, το 3,1% των γονέων μπορούσε να κατανοήσει την αξιοπιστία όσα προβάλλονται στα Μ.Μ.Ε. για τους κινδύνους της υγείας ενώ το 11,4% δεν μπορούσε εύκολα να αποφασίσει πώς μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Το 3,1% είχε τη δυνατότητα να βρει δραστηριότητες καλές για την ψυχική του διάθεση, το 8,3% κατανοούσε τις συμβουλές από την οικογένεια και τους φίλους ενώ το 7,3% κατανοούσε τις πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για το πώς να βελτιωθεί η υγεία του.

Έχοντας τα αποτελέσματα από τις ερωτήσεις αυτές βγαίνει το σκορ εγγραμματοσύνης της υγείας έτσι ώστε να μπορέσει να γίνει υπολογισμός της ανεπαρκούς εγγραμματοσύνης, της προβληματικής και της επαρκούς εγγραμματοσύνης της υγείας. Από αυτά τα ποσοστά και τα σκορ το 92,7% των γονέων είχε επαρκή γνώση ενώ το 7,3% είχε προβληματική εγγραμματοσύνη στον τομέα της υγείας.

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων έγινε και ανάλυση των αποτελεσμάτων της μονομεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση της κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το δείκτη μάζας σώματος, τη νόσηση τους από ασθένεια και ούτω καθεξής. Από όλα αυτά φαίνεται πως σχετίζεται η κλίμακα εγγραμματοσύνης της υγείας των γονέων με την αξιολόγηση της ποιότητας ύπνου. Πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη εγγραμματοσύνη για την υγεία είχαν οι γονείς τόσο χαμηλότερο σκορ άρα λιγότερες δυσκολίες και καλύτερη ποιότητα ύπνου για τα παιδιά.

Επίσης με βάση τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων και την σύγκριση των δεδομένων φαίνεται πως η εγγραμματοσύνη της υγείας σχετίζεται και με την ώρα ύπνου των παιδιών, καλύτερη εγγραμματοσύνη των γονέων σχετίζεται με πιο σωστή διάρκεια ύπνου των παιδιών. Επίσης το σκορ της εγγραμματοσύνης των γονέων διέφερε ανάλογα με το πόσο δύσκολο ήταν για τα παιδιά να κοιμηθούν μέσα στα

πρώτα 30 λεπτά. Συγκεκριμένα οι γονείς των παιδιών που κοιμόντουσαν μέσα στα πρώτα 30 λεπτά ή δυσκολεύονται να κοιμηθούν μέσα σε αυτή την ώρα λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα είχαν πιο υψηλό σκορ εγγραμματοσύνης σε σχέση με γονείς που τα παιδιά δεν μπορούσαν να κοιμηθούν μέσα σε 30 λεπτά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Επιπρόσθετα οι γονείς των παιδιών που δεν είχαν πρόβλημα να διατηρούν τον ενθουσιασμό τους έτσι ώστε να πραγματοποιούν δραστηριότητες είχαν υψηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης. Επίσης η κλίμακα εγγραμματοσύνης βρέθηκε να διαφέρει ανάμεσα στο φύλο και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο σκορ άρα χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης συγκριτικά με τους άντρες ενώ όσοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή από τους γονείς είχαν χαμηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης συγκριτικά με όσους δεν λάμβαναν. Μεγαλύτερη επίδραση στο σκορ της εγγραμματοσύνης είχε η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σε δεύτερο βαθμό το φύλο.

Λαμβάνοντας υπόψιν και άλλες μελέτες όπως για παράδειγμα εκείνη του Ogi και των συνεργατών του (2018), παρατηρούμε ότι η εγγραμματοσύνη των γονέων σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ύπνου. Πιο αναλυτικά στην συγκεκριμένη μελέτη οι συμμετέχοντες ήταν παιδιά μαζί με τους γονείς τους και συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο 14 σημείων της health literacy escape έδωσαν τις πληροφορίες που χρειαζόταν η έρευνα για την διεξαγωγή της. Η διάρκεια ύπνου των παιδιών αναφέρθηκε στην συγκεκριμένη μελέτη από τους γονείς τους και οι γονείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με τη βαθμολογία τους στην εγγραμματοσύνη.

Το αποτέλεσμα ήταν από τους 279 γονείς και παιδιά που αναλύθηκαν να υπάρχουν δύο ομάδες. Η πρώτη αφορούσε συμμετέχοντες με υψηλή εγγραμματοσύνη και αποτελούνταν από 210 οικογένειες και η δεύτερη άτομα χαμηλής εγγραμματοσύνης που περιλαμβάνει 69 οικογένειες. Η μέση διάρκεια ύπνου των παιδιών στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν περίπου 9.5 ώρες $\pm 0,9$ ώρες στην ομάδα με υψηλότερη εγγραμματοσύνη γονέων σε σχέση με τις 9,1 $\pm 1,1$ ώρες στην ομάδα με χαμηλότερη εγγραμματοσύνη επίσης βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ομάδα χαμηλής εγγραμματοσύνη. Συμπερασματικά στη μελέτη φαίνεται ότι η διάρκεια του ύπνου των παιδιών εξαρτάτε από την εγγραμματοσύνη των γονέων.

Αντίστοιχα και η μελέτη του Ono και των συνεργατών του το 2021 παρουσιάζει τα προβλήματα ύπνου σε παιδιά και αναφέρει πως οι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν τα προβλήματα ύπνου σε παιδιά δεν είναι πάντα κατανοητοί. Ο στόχος της μελέτης ήταν να προσδιορίσει και εκεί τον εγγραμματισμό των γονέων στην υγεία έτσι ώστε να φανεί η σχέση ανάμεσα στην εγγραματοσύνη των γονέων και την ποιότητα του ύπνου. Το δείγμα περιλάμβανε 354 παιδιά μαζί με τους γονείς τους. Σε οικογένειες με δύο ή περισσότερα παιδιά μόνο το μεγαλύτερο παιδί θα συμμετείχε στη μελέτη. Και στην περίπτωση της μελέτης αυτής χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο απαντήθηκε έτσι ώστε να μπορέσουν να συλλεχθούν στοιχεία και στη συνέχεια να γίνει η ανάλυση αυτών. Επίσης και στην μελέτη αυτή οι γονείς αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τη κλίμακα αλφαριθμητικού 14 στοιχείων και στη συνέχεια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες στην ομάδα με υψηλή εγγραματοσύνη στην ομάδα χαμηλής εγγραματοσύνης.

Στη συνέχεια τα αποτελέσματα ανέφεραν πως από τους 354 γονείς το 72% βρισκόταν στην ομάδα υψηλής εγγραματοσύνης ενώ το 28% στην ομάδα με χαμηλότερη εγγραματοσύνη. Η βαθμολογία των αποτελεσμάτων της ποιότητας ύπνου ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα υψηλής εγγραματοσύνης σε σχέση με την ομάδα χαμηλής εγγραματοσύνης. Μετά από την προσαρμογή για όλους τους συγκριτικούς παράγοντες το συμπέρασμα ήταν πως οι γονείς με υψηλότερη εγγραματοσύνη φαίνεται να επηρεάζουν τα προβλήματα ύπνου των παιδιών τους. Κατά συνέπεια η εγγραματοσύνη των γονέων για την υγεία μπορεί να αποτελέσει στόχο παρέμβασης για τη βελτίωση των προβλημάτων του ύπνου. Δηλαδή η καλύτερη ενημέρωση των γονέων και κατ' επέκταση η υψηλότερη εγγραματοσύνη τους μπορεί να αποτρέψει προβλήματα ύπνου στα παιδιά και όχι μόνο.

Όμως η εγγραματοσύνη των γονέων σε σχέση με την ποιότητα ύπνου δεν είναι το μοναδικό πράγμα που μας απασχολεί στην παρούσα εργασία. Για το λόγο αυτό αναφέρεται ακόμη μία μελέτη αυτή του Dewald και των συνεργατών του 2010, η οποία συνδέει την επίδραση της ποιότητας του ύπνου και της διάρκειας ύπνου με την σχολική επίδοσή. Στην εργασία αυτή βλέπουμε πως ο ανεπαρκής ύπνος, η κακή ποιότητα αυτού καθώς επίσης και η υπνηλία είναι προβλήματα στα παιδιά και στους εφήβους τα οποία σχετίζονται με τη μνήμη, τη μάθηση και κατ' επέκταση τις σχολικές επιδόσεις. Χρησιμοποιώντας μελέτες οι οποίες αναλύθηκαν αναμεταξύ τους φαίνεται πως η σχέση ανάμεσα στη διάρκεια ύπνου και της σχολικής απόδοσης

σχετίζεται άμεσα όσο καλύτερη είναι η ποιότητα ύπνου των παιδιών και όσο πιο γεμάτος ολοκληρωμένος και επαρκής είναι ο ύπνος τόσο καλύτερα είναι και τα αποτελέσματα στις σχολικές επιδόσεις.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι τόσο άλλες μελέτες όσο και η δική μας μελέτη καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η εγγραματοσύνη των γονέων έχει άμεση σχέση με την ποιότητα ύπνου των παιδιών και η ποιότητα ύπνου των παιδιών κατ' επέκταση έχει άμεση συσχέτιση με την σχολική επίδοση. Όσο καλύτερη είναι η εγγραματοσύνη των γονέων τόσο καλύτερο πρόγραμμα και ποιότητα ύπνου δημιουργείται στα παιδιά με αποτέλεσμα παιδιά πιο ξεκούραστα υγιή, με καλή μνήμη και ευεξία τα οποία θα έχουν και καλύτερες επιδόσεις στο σχολείο. Γίνεται αντιληπτό ότι ένα παιδί το οποίο βιώνει προβλήματα ύπνου και δεν μπορεί να απολαύσει και να χορτάσει τον ύπνο του δεν μπορεί την επόμενη μέρα να ανταπεξέλθει στις δραστηριότητες του και επέκταση δεν μπορεί να έχει την κατάλληλη απόδοση και στο σχολείο. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η σωστή εγγραματοσύνη μπορεί να βοηθήσει σε όλες τις πτυχές της υγείας των παιδιών.

Εν κατακλείδι φαίνεται πως και άλλες έρευνες συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Παρόλα αυτά τα μειονεκτήματα της έρευνας αυτής αποτελούνται από το μέγεθος του δείγματος, το γεγονός ότι στο δείγμα περιλαμβάνονται μόνο γονείς και όχι τα παιδιά και εξαιτίας και άλλων περιορισμών οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω γίνεται δύσκολη η γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικότερο πληθυσμό. Παρόλα αυτά η περαιτέρω διερεύνηση και διεξαγωγή του θέματος παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον και θα βοηθήσει στο να δημιουργηθούν περαιτέρω συμπεράσματα τα οποία μπορούν ίσως να δώσουν περισσότερες πληροφορίες πάνω στο θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angelone AM, Mattei A, Sbarbati M. & Di Orio F. (2011) Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *J Prev Med Hyg*, 52(4): 201- 208.
- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo J, ed. *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. John Wiley, 1984:114–29.
- Astill RG, Van der Heijden KB, Van Ijzendoorn MH, Van Someren EJ. Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research metaanalyzed. *Psychological Bulletin*. 2012;138:1109–1138.
- Aysan E, Karakose S, Zaybak A. & Ismailoglu EG. (2014) Sleep quality and influencing factors in university students. *DEUHYO ED*, 7(3): 193- 198.
- Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, Zancanella E. & Cardoso TAMO. (2019) Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Rev Saude Publica*, 30: 53-82.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
- Bernier A, Beauchamp MH, Bouvette-Turcot AA, Carlson SM, Carrier J. Sleep and cognition in preschool years: Specific links to executive functioning. *Child Development*. 2013;84:1542–1553.
- Borges K., Sibbald C., Hussain-Shamsy N., Vasilevska-Ristovska J., Banh T., Patel V., Brooke J., Piekut M., Reddon M., Aitken-Menezes K., et al. Parental Health Literacy and Outcomes of Childhood Nephrotic Syndrome. *Pediatrics*. 2017;139:e20161961.
- Bruno R. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult. *Gac Sanit*. 2017;31(1):18–22.

- Buckhalt JA, El-Sheikh M, Keller P. Children's sleep and cognitive functioning: Race and socioeconomic status as moderators of effects. *Child Development*. 2007;78:213–231.
- Buckhalt JA, El-Sheikh M, Keller P, Kelley R. Concurrent and longitudinal relations between children's sleep and cognitive functioning. *Child Development*. 2009;80:875–892.
- Buckhalt JA, Wolfson A, El-Sheikh M. Children's sleep and school psychology practice. *School Psychology Quarterly*. 2009;24:60–69.
- Carskadon MA, Dement WC. Monitoring and staging human sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 5th. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2011.
- Chaput JP, Dutil C. & Sampasa-Kanyinga H. (2018) Sleeping hours: What is the ideal number and how does age impact this? *Nat Sci Sleep*, 10: 421- 430.
- Cheng E.R., Bauer N.S., Downs S.M., Sanders L.M. Parent Health Literacy, Depression, and Risk for Pediatric Injury. *Pediatrics*. 2016;138:e20160025.
- Chung KF, Yeung WF, Yan-Yee Ho F, Yung KP, Yu YM. & Kwok CW. (2015) Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: The Diagnostic and Statistical Manual (DSM), International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med*, 16(Apr 3): 477-482.
- Cooper P, Kohler M, Blunden S. Sleep and academic performance in indigenous Australian children from a remote community: An exploratory study. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2012;48:122–127.
- Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Seminars in Pediatric Neurology*. 1996;3:44–50.
- Dahl RE. Sleep, learning, and the developing brain: Early-to-bed as a healthy and wise choice for school aged children: Comment on Fallone et al. *Sleep*. 2005;28:1498–1499.

- de Buhr E., Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. *BMC PublicHealth*. 2020;**20**:1096.
- De Lange FP, Koers A, Kalkman JS, Bleijenberg G, Hagoort P, Van der Meer JWM, et al. Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain* 2008;**131**:2172-80.
- Demir G. (2017) Daytime sleepiness and related factors in nursing students. *Nurse Educ Today*, 59: 21- 25. doi: 10.1016/j.nedt.2017.08.003
- DeWalt D.A., Hink A. Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;**124**((Suppl. S3)):S265–S274.
- DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;**124**(Suppl 3):S265–74.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*, *14*(3), 179-189.
- El-Sheikh M, Tu KM, Erath SA, Buckhalt JA. Family stress and adolescents' cognitive functioning: Sleep as a protective factor. *Journal of Family Psychology*. 2014;**28**:887–896.
- Epstein R, Chillag N, Lavie P. Starting times of school: Effects on daytime functioning of fifth grade children in Israel. *Sleep*. 1998;**21**:250–256.
- Erwin C. Associations of sleep duration on school nights with self-rated health, overweight, and depression symptoms in adolescents: problems and possible solutions. *Sleep Med*. 2018.
- Fesci H. & Gorgulu U. (2005) Sleep problems and nursing approach. *Syndrome*, 17 (2): 103- 106.
- Firmino RT, Ferreira FM, Martins CC, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Paiva SM. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *J Am Dent Assoc*. 2017;**148**(8):604–13.

- Firmino R.T., Ferreira F.M., Martins C.C., Granville-Garcia A.F., Fraiz F.C., Paiva S.M. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2018;28:459–471.
- Frank MG. The mystery of sleep function: current perspectives and future directions. *Reviews in the Neurosciences.* 2006;17:375–392.
- Gradisar M, Gardner G, Dohnt H. Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: A review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Med.* 2011;12(2):0–118.
- Gruber R, Somerville G, Enros P, Paquin S, Kestler M, Gillies-Poitras E. Sleep efficiency (but not sleep duration) of healthy school-age children is associated with grades in math and languages. *Sleep Medicine.* 2014;15:1517–1525.
- Harrington K.F., Zhang B., Magruder T., Bailey W.C., Gerald L.B. The Impact of Parent's Health Literacy on Pediatric Asthma Outcomes. *Pediatr. Allergy Immunol. Pulmonol.* 2015;28:20–26.
- Hicks RA, Fernandez C. & Pellegrini RJ. (2001) Striking changes in the sleep satisfaction of university students over the last two decades. *Percept Mot Skills*, 93(3): 660.
- Horne JA. Sleep and body restitution. *Experientia.* 1908;36:11–13.
- Institute of Medicine (US) Committee on Leading Health Indicators for Healthy People 2020. *Leading Health Indicators for Healthy People 2020: Letter Report.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
- Jeong J., Franchett E.E., Ramos de Oliveira C.V., Rehmani K., Yousafzai A.K. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021;18:e1003602.
- Jin Y, Ding Z, Fei Y. Social relationships play a role in sleep status in Chinese undergraduate students. *Psychiatry Res.* 2014;220(12):631–638.

- Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. Opportunities for nurses to increase parental health literacy: a discussion paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2015;38(4):266–81.
- Karpinski AC, Scullin MH, Montgomery-Downs HE. Risk for sleep-disordered breathing and executive function in preschoolers. *Sleep medicine*. 2008;9:418– 424.
- Keim-Malpass J., Letzkus L.C., Kennedy C. Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: A systematic review of the literature. *BMC Pediatr*. 2015;15:92.
- Khader, W. S., Tubbs, A. S., Haghighi, A., Athey, A. B., Killgore, W. D., Hale, L., ... & Grandner, M. A. (2020). Onset insomnia and insufficient sleep duration are associated with suicide ideation in university students and athletes. *Journal of affective disorders*, 274, 1161-1164.
- Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D. Health Literacy: The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark: 2013.
- Labrague LJ. (2013) Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Sci J*, 7(4): 424- 435.
- Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev* 1999;56;123-36.
- Lee H.Y., Zhou A.Q., Lee R.M., Dillon A.L. Parents' functional health literacy is associated with children's health outcomes: Implications for health practice, policy, and research. *Child. Youth Serv. Rev.* 2020;110:104801.
- Leger D, Bayon V, Ohayon MM, Philip P Ement P, Metlaine A, Chennaoui M. & Faraut B. (2014) Insomnia and accidents: Cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *J Sleep Res*, 23(2): 143- 152
- Liechty J.M., Saltzman J.A., Musaad S.M., Team S.K. Health literacy and parent attitudes about weight control for children. *Appetite*. 2015;91:200–208.

- Li A, Chen S, Quan SF. Sleep patterns and sleep deprivation recorded by actigraphy in 4th-grade and 5th-grade students. *Sleep Med.* 2019;67:191–199.
- Li L, K I L, Mei SL. Sleep duration and self-rated health in Chinese university students. *Sleep Breathing.* 2019;23:1351–1356.
- Lo Martire V, Casuro D, Palagini L, Zoccoli G. & Bastianini S. (2019) Stress & sleep: A relationship lasting a lifetime. *Neurosci Biobehav Rev.* Sep 3. pii: S0149-7634; (19): 30149- 6.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
- Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs Res* 2003;52:361-9.
- Luebke AM. Sleep in a large, multi-university sample of college students: sleep problem prevalence, sex differences, and mental health correlates. *Sleep Health.* 2018.
- Lund HG, Reider BD, Whiting AB. & Prichard JR. (2010) Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health, 46(2):* 124-132.
- Maslow AH. (1958) A Dynamic Theory of Human Motivation. In Stacey CL, deMartino MF, editors. *Understanding human motivation.* Cleveland, OH, US: Howard Allen Publishers; 1958, 26- 47.
- Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, et al. Nonsignificance of sleep relative to IQ and neuropsychological scores in predicting academic achievement. *Journal of Developmental and Behavior Pediatric.* 2008;29:206–212.
- McEwen BS. Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism* 2003;52(suppl 2):10-6.

- Meijer AM, Habekothe HT, van den Wittenboer GLH. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research*. 2000;9:145– 153.
- Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM. & Colantonio A. (2016) The Pittsburgh Sleep Quality Index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25: 52- 73.
- Morrison A.K., Myrvik M.P., Brousseau D.C., Hoffmann R.G., Stanley R.M. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: A systematic review. *Acad. Pediatr*. 2013;**13**:421–429.
- Morrison AK, Glick A, Yin S. Health literacy: implications for child health. *Pediatr Rev*. 2019;40(6):263–75.
- Morrison A.K., Glick A., Yin H.S. Health Literacy: Implications for Child Health. *Pediatr. Rev*. 2019;40:263–277.
- National Sleep Foundation. *Sleep in America Poll: Sleep in the Modern Family*. Washington (DC): National Sleep Foundation; 2014.
- National Sleep Foundation. *The sleep-wake cycle: Its physiology and impact on health*. Washington, DC: National Sleep Foundation; 2006.
- Nelson TD, Nelson JM, Kidwell KM, James TD, Espy KA. Preschool sleep problems and differential associations with specific aspects of executive control in early elementary school. *Developmental Neuropsychology*. 2015;40:167–180.
- O'Brien F, Haynie DL. Adolescent sleep insufficiency one year after high school. *J Adolesc*. 2018;68:165–170.
- Ogi, H., Nakamura, D., Ogawa, M., Nakamura, T., & Izawa, K. P. (2018, April). Associations between parents' health literacy and sleeping hours in children: A cross-sectional study. In *Healthcare* (Vol. 6, No. 2, p. 32). MDPI.
- Ono, S., Ogi, H., Ogawa, M., Nakamura, D., Nakamura, T., & Izawa, K. P. (2021). Relationship between parents' health literacy and children's sleep problems in Japan. *BMC Public Health*, 21(1), 1-7.

- Oort FJ. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev.* 2010;14(3):0–189.
- Oswald I. Sleep as restorative process: Human clues. *Progress in Brain Research.* 1980;53:279–288.
- Park S, Lee Y, Yoo M. & Jung S. (2019) Wellness and sleep quality in Korean nursing students: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 48: 13- 18.
- Patel SR. Age-related changes in sleep/wake patterns among Korean teenagers. *Pediatrics.* 2005;115(1):250–256.
- Ravid S, Afek I, Suraiya S, Shahar E, Pillar G. Kindergarten children's failure to qualify for first grade could result from sleep disturbances. *Journal of Child Neurology.* 2009a;24:816–822.
- Ravid S, Afek I, Suraiya S, Shahar E, Pillar G. Sleep disturbances are associated with reduced school achievements in first-grade pupils. *Developmental Neuropsychology.* 2009b;34:574–587.
- Richardson CG. Chronic sleep disturbance, not chronic sleep deprivation, is associated with self-rated health in adolescents. *Prev Med.* 2019;124:11–16.
- Sakamoto, N., Gozal, D., Smith, D. L., Yang, L., Morimoto, N., Wada, H., ... & Tanigawa, T. (2017). Sleep duration, snoring prevalence, obesity, and behavioral problems in a large cohort of primary school students in Japan. *Sleep*, 40(3), zsw082.
- Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Paediatrics.* 2009;124(3):S306–14.
- Sanders L.M., Federico S., Klass P., Abrams M.A., Dreyer B. Literacy and child health: A systematic review. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2009;163:131–140.
- Schulkin J. Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation. Cambridge University Press, 2004.

- Segrin C. & Burke TJ. (2015) Loneliness and sleep quality: dyadic effects and stress effects. *Behav Sleep Med*, 13(3): 241- 254.
- Silva RM, Costa ALS, Mussi FC, Lopes VC, Batista KM. & Santos OP. (2019) Health alterations in nursing students after a year from admission to the undergraduate course. *Rev Esc Enferm USP*, 53: e03450. doi: 10.1590/s1980-220x2018008103450.
- Smith R. The end of disease and the beginning of health. *BMJ Group Blogs* 2008.
- Steenari M, Steenari M, Vuontela V, Paavonen J. Working memory and sleep in 6- to 13-year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42:85–92.
- Tomlinson M., Darmstadt G.L., Yousafzai A.K., Daelmans B., Britto P., Gordon S.L., Tablante E., Dua T. Global research priorities to accelerate programming to improve early childhood development in the sustainable development era: A CHNRI exercise. *J. Glob. Health*. 2019;9:020703.
- Touchette É, Petit D, Séguin JR, Boivin M, Tremblay RE, Montplaisir JY. Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*. 2007;30:1213–1219.
- Tsai JC, Chou KR, Tsai HT, Yen YC. & Niu SF. (2019) Effects of nocturnal sleep quality on diurnal cortisol profiles and attention in nurses: A cross-sectional study. *Biol Res Nurs*, 21(5): 510- 518.
- Ustun Y. & Cinar-Yucel S. (2011) Investigation of nurses' sleep quality. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Art*, 4 (1): 29- 37.
- Vaughn BE, Elmore-Staton L, Shin N, El-Sheikh M. Sleep as a support for social competence, peer relations, and cognitive functioning in preschool children. *Behavioral Sleep Medicine*. 2015;13:1–15.
- Von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E, et al. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001;161:2694-700.

- Walker MP. The role of sleep in cognition and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1156:168–197.
- WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006. Διαθέσιμο: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Yilmaz D, Tanrikulu F. & Dikmen Y. (2017) Research on sleep quality and the factors affecting the sleep quality of the nursing students. *Curr Health Sci J*, 43: 20-24.
- Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*. 2009;124(Suppl 3):S289–98.
- Yin H.S., Dreyer B.P., Vivar K.L., MacFarland S., van Schaick L., Mendelsohn A.L. Perceived barriers to care and attitudes towards shared decision-making among low socioeconomic status parents: Role of health literacy. *Acad. Pediatr*. 2012;12:117–124.
- Yin HS, Parker RM, Sanders LM, Dreyer BP, Mendelsohn AL, Bailey S, Patel DA, Jimenez JJ, Kim KA, Jacobson K, Hedlund L, Smith MC, Maness Harris L, McFadden T, Wolf MS. Liquid Medication Errors and Dosing Tools: A Randomized Controlled Experiment. *Pediatrics*. 2016;138(4):117.
- Zhang Y, Peters A. & Bradstreet J. (2018) Relationships among sleep quality, coping styles, and depressive symptoms among college nursing students: A multiple mediator model. *J Prof Nurs*, 34(4): 320- 325.
- Zoellner JM, Hill J, You W, Brock D, Frisard M, Alexander R, Silva F, Price B, Marshall R, Estabrooks PA. The influence of parental health literacy status on reach, attendance, retention, and outcomes in a family-based childhood obesity treatment program, Virginia, 2013-2015. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:E87.