



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διερεύνηση των αλλαγών και ανίχνευση των διαταραχών
στις συνήθειες του ύπνου και της ποιότητας ζωής σε
ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μαριάνθη Κεφάλαια

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Χ. Καραμανίδου, Συνεργαζόμενη Επιστήμων, Επιβλέπων
Α. Κατσης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Κόρινθος, Μάιος 2013

Copyright © Κεφάλαια Μαριάνθη, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.



*...Το ποίημα – ναι είναι αυτό που γίνεται κόμπος στο στήθος σου
όταν την κοιτάς
όταν στριφογυρίζεις τη νύχτα σε στρώμα από καρφιά...
–ο διάολος πάλι συμπαθάτε με έχω τον κολικό μου κάνω
αιμοκάθαρση μέρα παρά μέρα
δεν μ' αφήνουν να πίνω νερό...
μια μέρα... θα πεθάνω
όμως πάντα π ά ν τ α θα γράφονται ποιήματα...
«Το αυθύπαρκτο», Κ. Ζηδάκη*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου Δρ. Χριστίνα Καραμανίδου, για τη βοήθεια και την καθοδήγησή της σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας, την άψογη συνεργασία που μου προσέφερε και την κατανόησή της.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω στον Δρ. Αθανάσιο Κατσή και τον Δρ. Κυριάκο Σουλιώτη, μέλη της τριμελούς επιτροπής, οι οποίοι με στήριξαν σε θέματα επιστημονικής οριοθέτησης και μεθοδολογικής προσέγγισης.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τη Μαρία Ρεκλείτη, υποψήφια διδάκτορα, για τις πολύτιμες επιστημονικές υποδείξεις της σε όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Θα ήταν παράληψη να μην ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση που συμμετείχαν στη μελέτη, αφιερώνοντας λίγο από το χρόνο τους για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΙΝΑΚΕΣ	8
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ΑΒSTRACT	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	16
1.1 Νεφρική λειτουργία	16
1.2 Ορισμός Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	16
1.3 Κατηγοριοποίηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	17
1.4 Αίτια και Κλινική εικόνα Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	17
1.5 Πρόληψη και θεραπεία Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	18
1.6 Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και το μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού	18
2. ΥΠΝΟΣ	20
2.1 Φυσιολογικός ύπνος	20
2.2 Ύπνος REM	22
2.3 Δυσυπνίες	23
2.3.1 Πρωτοπαθής Αϋπνία	23
2.3.2 Πρωτοπαθής Υπερυπνία	24
2.3.3 Ναρκοληψία	26
2.3.4 Διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή	27
2.4 Παραϋπνίες	29
2.4.1 Διαταραχή Εφιαλτών (Πρώην Διαταραχή Ονειρικού Άγχους)	29
2.4.2 Διαταραχή Ενόπνιου Τρόμου	30
2.4.3 Διαταραχή υπνοβασίας	31
2.4.4 Διαταραχή του Ύπνου οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση	33
2.4.5 Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες	34

3.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	36
3.1	Η έννοια της Ποιότητας Ζωής	36
3.2	Ιστορική αναδρομή της έννοιας της Ποιότητας Ζωής	37
3.3	Θεωρητικό πλαίσιο της έννοιας της Ποιότητας Ζωής	37
3.4	Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής	38
3.5	Η έννοια της Ποιότητας Ζωής στο χώρο της υγείας	39
3.6	Χρόνια Νοσήματα και Ποιότητα Ζωής	40
4.	ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ, ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ	42
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
5.	ΣΚΟΠΟΣ	45
5.1	Επιμέρους στόχοι	45
5.2	Ερευνητικά ερωτήματα	45
6.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	46
6.1	Δείγμα	46
6.2	Διαδικασία	47
6.3	Δομή ερωτηματολογίου	47
6.4	Στατιστική ανάλυση	49
7.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
7.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	49
7.2	Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF)	54
7.3	Ερωτηματολόγιο μελέτης ύπνου (ESS)	56
7.4	Ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου (GR-PSQI)	58
7.5	Σχέσεις και συσχετίσεις	61
8.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	76
9.	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	83
10.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	84
11.	ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87
11.1	Πηγές	87

11.1	Διεθνής Βιβλιογραφία	87
11.2	Ελληνική Βιβλιογραφία	98
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	101
I	Αίτηση άδειας συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας	101
II	Ερευνητικό Πρωτόκολλο	103
III	Φόρμα ενημέρωσης ασθενή	110
IV	Ερευνητικό εργαλείο	112

ΠΙΝΑΚΕΣ

	ΣΕΛΙΔΑ
Πίνακας 1. Κατηγοριοποίηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	17
Πίνακας 2. Στάδια NREM ύπνου	21
Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Πρωτοπαθή Αϋπνία	23
Πίνακας 4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Πρωτοπαθή Υπερυπνία	25
Πίνακας 5. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Ναρκοληψία	26
Πίνακας 6. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή	28
Πίνακας 7. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Εφιαλτών	30
Πίνακας 8. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου	31
Πίνακας 9. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Υπνοβασίας	32
Πίνακας 10. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση	33
Πίνακας 11. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες	35
Πίνακας 12. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτη	50
Πίνακας 13. Σχέση μεταξύ του χρόνου θεραπείας με την εργασία των συμμετεχόντων	53
Πίνακας 14. Κλίμακες μελέτης ύπνου κατά Epworth	57
Πίνακας 15. Συνήθειες ύπνου των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα	58
Πίνακας 16. Συνήθειες ύπνου των συμμετεχόντων σχετικά με ώρα και διάρκεια ύπνου τον τελευταίο μήνα	58
Πίνακας 17. Συχνότητα των προβλημάτων του ύπνου των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα	59
Πίνακας 18. Πιθανή χρήση υπναγωγών φαρμάκων, δυσκολίες και προβλήματα που αφορούν την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα	60
Πίνακας 19. Αριθμός συγγενών προβλημάτων υγείας ανά φύλο	62
Πίνακας 20. Αριθμός συγγενών προβλημάτων υγείας ανά ηλικία	63

Πίνακας 21.	Σχέση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά	64
Πίνακας 22.	Σχέση μεταξύ της ικανοποίησης υγείας των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά	65
Πίνακας 23.	Σχέση μεταξύ πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με το φύλο τους	65
Πίνακας 24.	Σχέση της πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με τον χρόνο θεραπείας τους	66
Πίνακας 25.	Σχέση μεταξύ πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με την ηλικία τους	67
Πίνακας 26.	Σχέση μεταξύ της πραγματικής διάρκειας ύπνου των συμμετεχόντων με το χρόνο θεραπείας τους	67
Πίνακας 27.	Σχέση μεταξύ λήψης φαρμάκων και ηλικίας των συμμετεχόντων	68
Πίνακας 28.	Σχέση μεταξύ της συχνότητας λήψης υπναγωγών φαρμάκων με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων	69
Πίνακας 29.	Σχέση μεταξύ ποιότητας ύπνου και χρόνου θεραπείας των συμμετεχόντων	70
Πίνακας 30.	Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής με την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια Του τελευταίου μήνα	71
Πίνακας 31.	Σχέση μεταξύ των κλιμάκων μελέτης του ύπνου και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής	71
Πίνακας 32.	Συσχέτιση ποιότητας ζωής και κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων	72
Πίνακας 33.	Συσχετίσεις διαστάσεων	73
Πίνακας 34.	Συσχέτιση ποιότητας ζωής και ποιότητας ύπνου	73
Πίνακας 35.	Συσχέτιση κλιμάκων μελέτης ύπνου και διαστάσεων της ποιότητας ζωής	74
Πίνακας 36.	Σχέση μεταξύ χρόνου θεραπείας των συμμετεχόντων με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση που νιώθουν για την υγεία τους	75
Πίνακας 37.	Συσχετίσεις Διάρκειας ύπνου – Λήψης φαρμάκων – Ποιότητας ύπνου	76

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
Γράφημα 1. Χρόνος υποβολής σε θεραπεία	51
Γράφημα 2. Συγγενή προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν το τελευταίο διάστημα οι συμμετέχοντες	52
Γράφημα 3. Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στο σύνολό της	54
Γράφημα 4. Κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στο σύνολό της	55
Γράφημα 5. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων σε διάφορες διαστάσεις της ζωής τους	56
Γράφημα 6. Βαθμός υπνηλίας των συμμετεχόντων σύμφωνα με την Κλίμακα μελέτης ύπνου κατά Epworth	57
Γράφημα 7. Αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα	61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση φαίνεται να εμφανίζουν πτωχή ποιότητα ζωής και διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς ή συναισθήματος.

Σκοπός: της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των αλλαγών και των διαταραχών ύπνου, καθώς και της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση ιδιωτικών μονάδων τεχνητού νεφρού των νομών Αττικής και Κορινθίας, με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου, που περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία, την κλίμακα ύπνου Epworth, το δείκτη ποιότητας ύπνου Pittsburgh και το World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 71 ασθενείς (άντρες 78.8%, n=56), ηλικίας άνω των 51 ετών (73.2%, n=52), έγγαμοι (66.2%, n=47), βασικού και μέσου εκπαιδευτικού επιπέδου (73.2%, n=52), που δεν εργάζονταν (81.7%, n=58) και ζούσαν μαζί με τις οικογένειές τους ή φροντιστές (87.3%, n=62). Το 52.1% (n=37) του δείγματος αξιολογεί την ποιότητα ζωής του ως καλή/πολύ καλή, το 45.07% (n=32) ως μέτρια τη γενική κατάσταση της υγείας του, το 66.2% (n=47) την ποιότητα ύπνου του ως μάλλον καλή/ πολύ καλή και το 85.92% (n=61) παρουσίασε φυσιολογικού βαθμού υπνηλία τον τελευταίο μήνα. Παρατηρείται θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και τον βαθμό ικανοποίησης της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων ($p < 0.05$). Η πλειοψηφία του δείγματος με καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αξιολογεί θετικά την ποιότητα του ύπνου, ενώ υψηλά ποσοστά ποιότητας ζωής παρουσιάζονται και για τους ασθενείς με χαμηλό βαθμό αξιολόγησης της ποιότητας ύπνου. Όσον αφορά την ικανοποίηση που νιώθουν με την υγεία τους, μειώνεται όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα υποβολής θεραπείας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας αντιτίθενται στα δεδομένα της πλειοψηφίας των διεθνών μελετών, γεγονός που ίσως οφείλεται στο μικρό δείγμα ή την κουλτούρα των Ελλήνων ασθενών και δεν επιτρέπει την εξαγωγή γενικεύσιμων

αποτελεσμάτων, αναδεικνύοντας την ανάγκη μιας αμιγούς επιδημιολογικής μελέτης αντιπροσωπευτικού δείγματος αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: αιμοκάθαρση, γενική υγεία, διαταραχές ύπνου, ικανοποίηση, νεφρική νόσος, ποιότητα ζωής, ποιότητα ύπνου

INVESTIGATING CHANGES IN SLEEPING HABITS AND QUALITY OF LIFE OF RENAL PATIENTS UNDER DIALYSIS

ABSTRACT

Introduction: Renal patients under dialysis seem to have poor quality of life and sleep disturbances that are linked to increased morbidity, poor treatment compliance and behavioural or emotional disorders.

Aim: The aim of the present study was to investigate changes in renal patients' sleeping habits and quality of life.

Methodology: A random sample of renal patients under dialysis was selected from private dialysis units in the regions of Attica and Corinth; an anonymous questionnaire was used that included the patients' demographics, the Epworth Sleepiness Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index and the WHO Quality of Life Questionnaire. The SPSS 17.0 software was used for the statistical analysis.

Results: The sample consisted of 71 patients (78.8% males, n= 56), aged over 51 years (73.2%, n= 52), married (66.2%, n= 47), of primary and secondary education (73.2%, n= 52), not working (81.7%, n= 58), living with family or caregivers (87.3%, n= 62). 52.1% of the participants (n= 37) assessed their quality of life as good/very good, 45.07% of them (n=32) thought that their general health status was moderate, 66.2% of them (n=47) reported good/very good quality of sleep, and 85.92% (n=61) had had normal levels of sleepiness in the past month. A positive correlation between quality of life and satisfaction for health status was found ($p<0.05$). Most of the participants who enjoyed good/very good quality of life gave high marks to their quality of sleep as well, while even the participants who had poor quality of sleep, reported good quality of life. Regarding their health status satisfaction, the longer they are under treatment, the less satisfied they feel for their general health status.

Conclusions: Our findings contrast with those of most international studies, something that could be attributed to the small sample size, or the Greek patients' cultural differences. Nevertheless, wider conclusions cannot be drawn at this point, since an epidemiological study with a larger and more representative sample is necessary for safer conclusions to be reached.

Key-words: hemodialysis, general health, sleep disorders, satisfaction, renal disease, quality of life, sleep quality

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος αποτελεί πολυεπίπεδη νοσολογική οντότητα, επηρεάζοντας άμεσα το άτομο που νοσεί, την καθημερινότητά του, την προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του και τη ψυχοσύνθεσή του, ενώ η διαδικασία της αιμοκάθαρσης, ως το μόνο θεραπευτικό μέσο για την επιβίωση, δημιουργεί επιπλέον αρνητικά αισθήματα και απαγορεύσεις στον ασθενή.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στα πλαίσια της απόκτησης του διπλώματος από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Το θέμα της μελέτης επιλέχθηκε λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση μεταξύ χρόνιας νεφρικής νόσου, ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών και διαταραχές ύπνου, ως ένα ιδιαίτερος τομέας ενδιαφέροντος, αφού έχει φανεί ότι η πτωχή ποιότητα ζωής και οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα, επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας και της επαγγελματικής και προσωπικής ανικανότητας, μειωμένη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και των παρεμβάσεων κατά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, αλλά και εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς ή συναισθήματος.

1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) επιβεβαιώνεται από την παρουσία της νεφρικής βλάβης και από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης, ανεξάρτητα από την αιτία. Σε ασθενείς με XNN το στάδιο της νόσου πρέπει να προσδιορίζεται βασισμένο στο επίπεδο νεφρικής λειτουργίας ανεξάρτητα από την αιτία. Αναλυτικότερα:

1.1 Νεφρική λειτουργία

Ο νεφρός, ως όργανο του ανθρωπίνου σώματος, έχει ως κύριες λειτουργίες την αποβολή των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού (ουρία και κρεατινίνη) και διατηρεί την ισορροπία του άλατος, του νερού και των άλλων ιόντων και ιχνοστοιχείων του ανθρωπίνου σώματος (ασβέστιο, φώσφορο, μαγνήσιο, χλώριο, κάλιο και τα οξέα του). Επίσης, ο νεφρός αποτελεί ενδοκρινικό όργανο, παράγοντας τις ορμόνες ερυθροποιητίνη (με δράση στο μυελό των οστών για την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων), παραθορμόνη και την τελική μορφή της βιταμίνης D (ρυθμίζοντας το ασβέστιο και το φώσφορο, καθώς και τη δομή των οστών) (Ντουνούση και συν., 2009).

1.2 Ορισμός Χρόνιας Νεφρική Νόσου

Η XNN ορίζεται ως η μείωση της λειτουργίας των νεφρών σε διάφορο βαθμό για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών. Αποτέλεσμα αυτής της μείωσης είναι η κακή διατήρηση της ομοιοστασίας του νερού, των ηλεκτρολυτών του οργανισμού, της ρύθμισης αποβολής οξέων και επαναρρόφησης βάσεως, της αποβολής των άχρηστων-τελικών προϊόντων αποδόμησης του μεταβολισμού, καθώς και της ορμονικής λειτουργίας των νεφρών (παραγωγή βιταμίνης-D, ερυθροποιητίνης). Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχει μείωση της νεφρικής λειτουργίας, αλλά κάποια λειτουργική διαταραχή, όπως λευκωματουρία και αιματουρία ή δομική διαταραχή, η οποία φαίνεται σε ένα απλό υπερηχοτομογράφημα νεφρών (Καλογιαννίδου & Μαυροματίδης, 2010).

1.3 Κατηγοριοποίηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Ανάλογα με τη μείωση της λειτουργίας των νεφρών, η ΧΝΝ κατηγοριοποιείται σε πέντε στάδια, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 1**. Το τελευταίο στάδιο ονομάζεται ΧΝΑ τελικού σταδίου, κατά το οποίο οι ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη της νεφρικής τους λειτουργίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατηγοριοποίηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Κατηγορία	Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης
Στάδιο I	>90 ml/min, αλλά με νεφρική βλάβη
Στάδιο II	89-60 ml/min
Στάδιο III	59-30 ml/min
Στάδιο IV	29-15 ml/min
Στάδιο V	<15 ml/min

1.4 Αίτια και Κλινική εικόνα Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Τα κυριότερα αίτια της ΧΝΝ είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης, η Αρτηριακή Υπέρταση, οι Σπειραματονεφρίτιδες, διάφορα συγγενή νοσήματα, όπως η πολυκυστική νόσος νεφρών, το σύνδρομο Alport, η νόσος λεπτών μεμβρανών, διάφορες συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης, όπως μονόνεφρος, πεταλοειδής νεφρός) και η επίκτητη απώλεια νεφρού, καθώς και διαταραχές του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, όπως η χρόνια απόφραξη.

Το χαρακτηριστικό της ΧΝΝ είναι ότι συχνά η συμπτωματολογία και η κλινική της εικόνα είναι σιωπηρή και ο ασθενής που βρίσκεται στα πρώτα στάδια της νόσου αργεί να αντιληφτεί την εμφάνιση των συμπτωμάτων, ώστε να αναζητήσει ιατρική βοήθεια.

Η συμπτωματολογία της νόσου περιλαμβάνει σημεία, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ευαισθησία στο κρύο, οίδημα στα κάτω άκρα, κνησμό, ούρα αφρώδη ή αιματουρία. Συνήθως η διάγνωση γίνεται τυχαία, στα πλαίσια ενός απλού ιατρικού ελέγχου για τη διαταραχή ή/και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή την αύξηση της ουρίας ή και της κρεατινίνης, ή την αποβολή λευκώματος με τα ούρα, με φυσιολογική ή αυξημένη τιμή ουρίας και κρεατινίνης (Αρσάλη και συν., 2008).

1.5 Πρόληψη και θεραπεία Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Κύριες συνιστώσες της πρόληψης της νόσου αποτελούν η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, όπως η μεγάλη ηλικία, το μικρό βάρος γέννησης και το οικογενειακό ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου, καθώς και η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων έναρξης, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, τα αυτοάνοσα νοσήματα, η λιθίαση ουροποιητικού, η πολυκυστική νόσος και οι συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης.

Η θεραπεία της ΧΝΝ περιλαμβάνει: (α) την αναγνώριση και αναστολή αν είναι δυνατόν των παραγόντων εξέλιξης με συχνό έλεγχο επιπέδων σακχάρου, αρτηριακής πίεσης, λευκωματουρίας, χοληστερίνης, παχυσαρκίας και ειδική θεραπεία έναντι σπειραματικών ή σωληναροδιάμεσων νοσημάτων, (β) θεραπεία των επιπλοκών της νεφρικής νόσου, για παράδειγμα της αρτηριακής υπέρτασης, της λευκωματουρίας, της αναιμίας, της οστικής νόσου ή/και της διαταραχής της θρέψης, (γ) φαρμακευτική αγωγή, ανάλογα με το γενεσιουργό αίτιο ή τις επιπλοκές της νεφρικής νόσου και (δ) θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, σε ΧΝΝ τελικού σταδίου, επιλέγοντας, ανάλογα τον ασθενή, την αιμοκάθαρση, την περιτοναϊκή κάθαρση ή τη μεταμόσχευση νεφρού (Dingwall, 1997).

1.6 Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και το μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού

Ο ασθενής με χρόνια νεφρική νόσο υποβάλλεται σε θεραπεία κάθαρσης του αίματος του οργανισμού του από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, μέσω ειδικού μηχανήματος αιμοκάθαρσης, του Τεχνητού Νεφρού (ΤΝ). Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα τρεις φορές την εβδομάδα, διάρκειας τεσσάρων ωρών αρχικά κι έπειτα τροποποιείται ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του ασθενή, τα συνοδά νοσήματα και τις συνήθειες του τρόπου ζωής του.

Η θεραπεία με χρόνια αιμοκάθαρση αντικαθιστά μερικώς την απέκκριση των ηλεκτρολυτών, του νερού και των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού. Οι ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές δεν μπορούν να διορθωθούν, αφού για την αποκατάστασή τους απαιτείται η παρουσία λειτουργικού νεφρικού παρεγχύματος. Ο ΤΝ αντικαθιστά στο σημείο αυτό τη νεφρική λειτουργία, χωρίς όμως να μπορεί να υποκαταστήσει και την ορμονική λειτουργία των νεφρών.

Το μηχάνημα του TN αποτελείται από την αντλία αιμοκάθαρσης, το φίλτρο αιμοκάθαρσης και το σύστημα παρασκευής και τροφοδοσίας του υγρού αιμοκάθαρσης. Η αιμοκάθαρση επιτυγχάνεται με την κυκλοφορία του αίματος εντός του μηχανήματος του TN. Αναλυτικότερα:

A) Η αντλία αιμοκάθαρσης διευκολύνει τη ροή του αίματος και του υγρού αιμοκάθαρσης από και προς το φίλτρο αιμοκάθαρσης, με τη χρήση ειδικών σωληνώσεων. Οι σωληνώσεις αυτές διαχωρίζονται σε όσες μεταφέρουν το αίμα και όσες μεταφέρουν το υγρό αιμοκάθαρσης προς το φίλτρο και μετά σε αποχέτευση.

B) Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης είναι ένα σύμπλεγμα μεμβρανών, όπου κυκλοφορεί το αίμα μέσα από ειδικά διαμορφωμένα διαμερίσματα, ενώ εξωτερικά κυκλοφορεί το υγρό αιμοκάθαρσης, που ομοιάζει με το εξωκυττάριο υγρό του οργανισμού. Ουσιαστικά, κατά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης κυκλοφορούν αίμα και υγρό αιμοκάθαρσης μέσα από τις ημιδιαπερατές μεμβράνες του φίλτρου, αναπαριστώντας τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών. Με τον τρόπο αυτό νερό και άχρηστες ουσίες του οργανισμού μεταφέρονται από το αίμα στο υγρό αιμοκάθαρσης και υποκαθίσταται μερικώς η νεφρική λειτουργία.

Γ) Σημαντικοί ζωτικοί παράμετροι της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης καταγράφονται στην οθόνη του μηχανήματος του TN, βοηθώντας τον έλεγχο και την παρακολούθηση της διαδικασίας και των ζωτικών σημείων του αιμοκαθαιρόμενου (Αγραφιώτης και συν., 2003).

Δ) Περίπου 250ml αίματος ανά λεπτό διυλίζονται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ενώ ο όγκος του αίματος που περνάει από το φίλτρο αιμοκάθαρσης είναι δεκάκις μεγαλύτερος του φυσιολογικού όγκου αίματος του οργανισμού (Schwab, 1999).

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης εφαρμόζεται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN). Τα κύρια χαρακτηριστικά της MTN είναι η εύκολη προσβασιμότητα, η χωροταξική αυτονομία, τα ειδικά υλικοτεχνικά συστήματα (σύστημα τροφοδοσίας νερού, μηχανήματα TN) και το εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό. Η MTN εξυπηρετεί τις ανάγκες τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και των ασθενών, προσφέροντας τις μεγαλύτερες δυνατές ανέσεις και ασφάλεια στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης (Σόμπολος, 1985).

2. ΥΠΝΟΣ

2.1 Φυσιολογικός ύπνος

Ένα φυσιολογικό άτομο χρειάζεται περίπου 7,5 ώρες ύπνου τη νύχτα, αν και ορισμένα άτομα χρειάζονται περισσότερο και άλλα λιγότερο για να νιώσουν ότι ξεκουράστηκαν. Τα νεότερα άτομα απαιτούν περισσότερο ύπνο από ότι τα πιο ηλικιωμένα (Τζωράκη - Μανουσάκη, 2007).

Η έρευνα του ύπνου έχει βασιστεί σημαντικά στην πολυπνογραφία (polysomnography), που είναι μία μέθοδος κατά την οποία καταγράφονται ορισμένες ηλεκτροφυσιολογικές παράμετροι κατά τον ύπνο, όπως είναι η ηλεκτροεγκεφαλική, η ηλεκτροοφθαλμική και η ηλεκτρομυική δραστηριότητα (μπορεί να γίνουν και άλλες καταγραφές, όπως της αναπνοής), οπότε στο πολυπνογράφημα έχουμε ταυτόχρονα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ), ηλεκτροοφθολμαγράφημα, ηλεκτρομυογράφημα κ.ά. ενώ η πολυπνογραφία μελετά τον ύπνο κυρίως κατά τη νύχτα (American Academy of Sleep Medicine, 1999). Καθώς όμως υπάρχουν διαταραχές του ύπνου και κατά την ημέρα (π.χ. Πρωτοπαθής Υπερυπνία, Ναρκοληψία), η πολυπνογραφία χρησιμοποιείται και κατά την ημέρα. Με την πολυπνογραφία έγινε φανερό ότι ο ύπνος διακρίνεται σε στάδια ανάλογα με το αν υπάρχουν ταχείες οφθαλμικές κινήσεις (REM = Rapid Eye Movements) ή όχι (NREM = Non REM) και επίσης ανάλογα με τον τύπο των κυμάτων που επικρατούν στο HEΓ (α,β,γ,δ κτλ.) και την ένταση του μυϊκού τόνου (Παράσχου, 2009).

Τα στάδια του ύπνου είναι ο NREM ύπνος (**Πίνακας 2**) και ο REM (Hauri, 1982), που περιγράφεται παρακάτω:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Στάδια NREM ύπνου

Στάδιο 0 Είναι η περίοδος αμέσως πριν την έναρξη του ύπνου, όπου το άτομο είναι ακόμα ξύπνιο και με τα μάτια κλειστά. Στο ΗΕΓ επικρατούν α κύματα, με λίγα β. Ο μυϊκός τόνος είναι αυξημένος. Καθώς το άτομο αρχίζει να μπαίνει στον ύπνο η α δραστηριότητα ελαττώνεται.

Στάδιο 1 (υπνηλία)	Διαρκεί τα πρώτα πέντε έως δέκα λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου. Χαρακτηρίζεται από μειωμένη μυϊκή δραστηριότητα, αργή κίνηση των οφθαλμών και εύκολη αφύπνιση. Η α δραστηριότητα ελαττώνεται προοδευτικά και εμφανίζονται περισσότερα κύματα β. Το στάδιο 1 αντιστοιχεί στο 5% περίπου της συνολικής περιόδου ύπνου.
Στάδιο 2 (ελαφρύς ύπνος)	Καταλαμβάνει το 50% του κύκλου του ύπνου. Οι οφθαλμοί αδρανοποιούνται, ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνεται και η θερμοκρασία μειώνεται. Σ' αυτό το στάδιο υπερισχύουν τα κύματα θ, με την εμφάνιση και λίγων κυμάτων δ και εμφανίζονται περιοδικά και κάποιοι ειδικοί σχηματισμοί κυμάτων (άτρακτοι του ύπνου, συμπλέγματα K), ενώ ο μυϊκός τόνος αυξάνει.
Στάδιο 3 (βαθύς ύπνος)	Τα βραδέα κύματα δ επικρατούν και ο μυϊκός τόνος παραμένει αυξημένος. Είναι δύσκολο να ξυπνήσει κάποιος από βαθύ ύπνο και όταν αυτό συμβεί μπορεί να αισθάνεται ελαφρά ζάλη και αποπροσανατολισμό. Ο βαθύς ύπνος θεωρείται το πιο αναζωογονητικό από όλα τα στάδια ύπνου. Η διάρκεια του βαθέως ύπνου μειώνεται όσο ο ύπνος συνεχίζεται. Το στάδιο 3 μαζί με το 4 αποτελούν το 15% ως το 20% της συνολικής διάρκειας του ύπνου.
Στάδιο 4	Τα κύματα δ επικρατούν ακόμη περισσότερο και ο μυϊκός τόνος μπορεί να είναι αυξημένος.

2.2 Ύπνος REM

Ο ύπνος αυτός χαρακτηρίζεται από ΗΕΓ ευρήματα παρόμοια με του σταδίου 1 και κυρίως από την απότομη εμφάνιση ταχέων συζυγών κινήσεων των οφθαλμών και την πλήρη μυϊκή χαλάρωση. Ο REM ύπνος καταλαμβάνει το 20% ως το 25% της συνολικής περιόδου ύπνου. Η πρώτη περίοδος του ύπνου REM λαμβάνει χώρα περίπου 70-90 λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου. Οι πρώτοι κύκλοι ύπνου περιλαμβάνουν σχετικά βραχείες περιόδους ύπνου REM, αλλά προς το τέλος της νύχτας ο ύπνος REM καταλαμβάνει πολύ μεγαλύτερο μέρος κάθε κύκλου του ύπνου. Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, οι κινήσεις των οφθαλμών είναι ταχείες, οι μύες των άκρων προσωρινά παραλύουν, ενώ ο εγκέφαλος είναι εξίσου ενεργός, εάν όχι περισσότερο, από ότι κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Ο ύπνος REM είναι η περίοδος του ύπνου που παρουσιάζονται τα όνειρα (Rechtschaffen & Kales, 1968).

Ένα φυσιολογικό ενήλικό άτομο περνά από την κατάσταση εγρήγορσης σε μια περίοδο NREM ύπνου, που διαρκεί περίπου 90', πριν εμφανιστεί η πρώτη περίοδος REM ύπνου (το διάστημα αυτό του NREM ύπνου λέγεται REM λανθάνουσα περίοδος). Σε ιδανικές συνθήκες, η ακολουθία του ύπνου είναι ως εξής: NREM στάδια 1,2,3,4,3 και 2 στο σημείο αυτό συμβαίνει η πρώτη περίοδος REM ύπνου, επαναλαμβάνονται τα NREM στάδια 2,3,4,3 και 2 ακολουθεί δεύτερη περίοδος REM ύπνου κ.ο.κ. Υπάρχουν, έτσι, τέσσερις με έξι κύκλοι NREM/REM ύπνου τη νύχτα και καθένας από αυτούς διαρκεί 70' ως 100'. Αν και η πρώτη περίοδος REM ύπνου διαρκεί 5' ως 10', καθώς προχωρά ο ύπνος οι REM περίοδοι γίνονται μεγαλύτερες και πιο συχνές και η συχνότητα των κινήσεων των ματιών στη διάρκεια των περιόδων αυτών συνεχώς και πιο μεγάλη (Dement & Kleitman, 1975).

Οι κύκλοι NREM/REM ύπνου (μετρούμενοι από περίοδο REM ύπνου σε περίοδο REM ύπνου) στα παιδιά είναι βραχύτεροι 50' ως 60' και προοδευτικά αυξάνουν για να φθάσουν τα 70' ως 100' (που τα φθάνουν στην εφηβεία). Στη γέννηση του ατόμου, οι περίοδοι REM και NREM ύπνου κατανέμονται εξίσου στη διάρκεια της νύχτας. Επίσης, όμως, καθώς το άτομο μεγαλώνει, η περίοδος εγρήγορσης και τα στάδια 0 και 1 αυξάνουν, ενώ τα στάδια 3 και 4 (δηλ. ο βαθύς ύπνος) ελαττώνονται (Dement & Kleitman, 1975).

2.3 Δυσυπνίες

Οι δυσυπνίες είναι πρωτοπαθείς διαταραχές της έναρξης ή της διατήρησης του ύπνου ή υπερβολικής υπνηλίας και χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στην ποσότητα ή ποιότητα του ύπνου ή στην καταλληλότητα του χρόνου έλευσης του ύπνου (Αγοραστός, 2007).

2.3.1 Πρωτοπαθής Αϋπνία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Πρωτοπαθούς Αϋπνίας είναι η δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί ή να διατηρήσει τον ύπνο του ή ακόμη το να έχει ύπνο που δεν ξεκουράζει, για τουλάχιστον ένα μήνα, που οφείλεται σε άλλη διαταραχή του ύπνου, σε ψυχική διαταραχή, σε μια γενική κατάσταση υγείας ή σε κάποια ουσία (American Psychiatric Association, 1994).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την πρωτοπαθή αϋπνία παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Πρωτοπαθή Αϋπνία

A Το προεξάρχον ενόχλημα είναι η δυσκολία στην έναρξη ή τη διατήρηση του ύπνου ή ο ύπνος δεν ξεκουράζει, για τουλάχιστον ένα μήνα.

B	Η διαταραχή του ύπνου (ή η κόπωση στη διάρκεια της ημέρας που συνδέεται με αυτήν) προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
Γ	Η διαταραχή του ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την πορεία της Ναρκοληψίας, της Διαταραχής του Ύπνου Σχετιζόμενης με την Αναπνοή, της διαταραχής του Κιρκαδιανού Ρυθμού του ύπνου ή μιας Παραυπνίας.
Δ	Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την πορεία μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (μείζον καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ένα παραλήρημα).
E	Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικευμένης ιατρικής κατάστασης.

Πολλά άτομα με Πρωτοπαθή Αϋπνία είναι αγχώδη και στενάχωρα. Η αϋπνία οδηγεί σε ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση και σε αίσθημα κόπωσης κατά την διάρκεια της ημέρας. Επίσης, προδιαθέτει για τη χρήση αλκοόλ, υπνωτικών ή αγχολυτικών (για να διευκολυνθεί η έλευση ύπνου ή να ανακουφισθεί το άγχος) και καφεΐνης ή άλλων διεγερτικών (για να καταπολεμηθεί η κόπωση) (Σολδάτος, 1993).

Η πολυπνογραφία δείχνει αύξηση του σταδίου 1, ελάττωση των σταδίων 3 και 4, αύξηση του λανθάνοντος χρόνου έλευσης του ύπνου, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και γενικά κακή συνέχεια και ανεπάρκεια ύπνου.

Η αϋπνία φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους και τις γυναίκες και τυπικά αρχίζει στην νεαρή ενήλικη ζωή ή στη μέση ηλικία. Κάποια οικογενής προδιάθεση φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής, όπως συμβάλλουν και τα ψυχοκοινωνικά στρες ή οι σωματικές και ψυχικές αρρώστιες.

Ο επιπολασμός της Πρωτοπαθούς Αϋπνίας στον γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστός. Σε κλινικές για διαταραχές του ύπνου, 15% ως 20% των ασθενών με χρόνια αϋπνία διαγιγνώσκονται με Πρωτοπαθή αϋπνία (Kaplan & Sadock, 2007).

2.3.2 Πρωτοπαθής Υπερπνία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Πρωτοπαθούς υπερπνίας είναι υπερβολική υπνηλία για τουλάχιστον 1 μήνα, που οφείλεται σε άλλη Διαταραχή του ύπνου, σε άλλη ψυχική διαταραχή, σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή σε κάποια ουσία. Η υπερπνία εκδηλώνεται είτε ως παρατεταμένος ύπνος τη νύχτα είτε ως επεισόδια ύπνου την ημέρα.ΨΤα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Πρωτοπαθούς Υπερπνίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Πρωτοπαθή Υπερυπνία

A Το προεξάρχον ενόχλημα είναι υπερβολική υπνηλία για τουλάχιστον 1 μήνα (ή λιγότερο αν είναι επαναλαμβανόμενη), όπως αποδεικνύεται από τα παρατεταμένα επεισόδια ύπνου, είτε από επεισόδια ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας που συμβαίνουν καθημερινά.

B	Η υπερβολική υπνηλία προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
Γ	Η υπερβολική υπνηλία δεν εξηγείται καλύτερα ως οφειλόμενη σε απνία και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας μιας άλλης Διαταραχής του ύπνου (π.χ. Нарκοληψία, Διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή, Διαταραχή του Κιρκαδιανού Ρυθμού του Ύπνου ή μια Παραυπνία) και δεν μπορεί να εξηγηθεί ως οφειλόμενη σε ανεπαρκή ποσότητα ύπνου.
Δ	Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την πορεία μιας άλλης ψυχικής διαταραχής
E	Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποια φάρμακο) ή μιας γενικής κατάστασης.

Τα περισσότερα άτομα με Πρωτοπαθή Υπερυπνία έχουν συνεχή και επίμονα συμπτώματα. Ορισμένα άτομα, όμως, έχουν περιοδικά μόνον συμπτώματα, οπότε η διαταραχή τους προσδιορίζεται ως Υποτροπιάζουσα. Το άτομο με Πρωτοπαθή Υπερυπνία κοιμάται πολύ τη νύχτα και την ημέρα, νιώθει και δείχνει έντονη υπνηλία και παίρνει ένα ή δύο «υπνάκουσ» (που διαρκούν, σε αντίθεση με τη Нарκοληψία, περισσότερο από μία ώρα) (Guilleminault & Brooks, 2001).

Η πολυπνογραφία δείχνει φυσιολογικό ύπνο κατά τη νύχτα, ενώ κατά την ημέρα δείχνει την υπερβολική υπνηλία, κυρίως ως ελαττωμένο λανθάνοντα χρόνο έλευσης του ύπνου (5' ως 10', ενώ ο φυσιολογικός είναι 10' ως 20').

Η Πρωτοπαθής Υπερυπνία τυπικά αρχίζει στην ηλικία μεταξύ 15 και 20 ετών και συνήθως έχει χρόνια πορεία. Ο επιπολασμός της στον γενικό πληθυσμό είναι

άγνωστος. Σε κλινικές για διαταραχές ύπνου περίπου 5%-10% των ατόμων παίρνουν τη διάγνωση Πρωτοπαθής Υπερπνία (American Psychiatric Association, 1994).

2.3.3 *Ναρκοληψία*

Η Ναρκοληψία είναι μια ασυνήθιστη κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει επαναλαμβανόμενες ακαταμάχητες προσβολές ύπνου σε συνδυασμό με καταπληξία και επανειλημμένες εισβολές στοιχείων REM ύπνου στη μεταβατική περίοδο ανάμεσα στον ύπνο και την εγρήγορση, όπως παράλυση κατά τον ύπνο και υπναγωγικές ή υποπομπικές ψευδαισθήσεις. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ναρκοληψία παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Ναρκοληψία

A Ακαταμάχητες προσβολές αναζωογονητικού ύπνου που συμβαίνουν καθημερινά για τουλάχιστον 3 μήνες

B	Η παρουσία ενός ή και των δύο από τα παρακάτω: Καταπληξία (δηλ. βραχεία επεισόδια αιφνίδιας αμφοτερόπλευρης απώλειας του μυϊκού τόνου, πιο συχνά σε συνδυασμό με έντονη συγκίνηση) Επανειλημμένες εισβολές στοιχείων ύπνου με ταχείες οφθαλμικές κινήσεις (REM) κατά το μεταβατικό στάδιο ανάμεσα στον ύπνο και την εγρήγορση, όπως εκδηλώνονται είτε με υποπομπικές ή υπναγωγικές ψευδαισθήσεις είτε με παράλυση κατά τον ύπνο κατά την έναρξη ή την λήξη των επεισοδίων του ύπνου
Γ	Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή άλλης γενικής ιατρικής κατάστασης.

Το άτομο μπορεί ή όχι να έχει γενικευμένη υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, ανάμεσα στα επεισόδια/προσβολές ύπνου, που όταν έρχονται δεν μπορεί να τα αντισταθεί, οπότε μπορεί να κοιμηθεί σε ακατάλληλες ή επικίνδυνες συνθήκες, όπως π.χ. ενώ συζητά ή ενώ οδηγά. Καταστάσεις με χαμηλή διέγερση, όπως διάβασμα,

παρακολούθηση τηλεόρασης κτλ, αυξάνουν την υπνηλία. Τα επεισόδια του ύπνου γενικά διαρκούν 10΄ως 20΄, μπορεί, όμως, να διαρκέσουν και μέχρι μία ώρα και ο ύπνος τους να είναι αναζωογονητικός (Benca et al, 1992).

Η καταπληξία συχνά εμφανίζεται αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της ημερήσιας υπνηλίας και σε ποσοστό 70% των ατόμων που έχουν την διαταραχή. Πρόκειται για αιφνίδια, αλλά ανατρέψιμη, αμφοτερόπλευρη απώλεια του μυϊκού τόνου, που διαρκεί από δευτερόλεπτα ως λεπτά και συνήθως εμφανίζεται σαν αντίδραση σε έντονα συναισθήματα όπως θυμός, γέλιο ή έκπληξη. Εξαιτίας της καταπληξίας το άτομο μπορεί να «σωριαστεί κάτω» (χωρίς, όμως, να χάσει τις αισθήσεις του), να του πέσουν αντικείμενα που κρατά, να πέσει στα γόνατα ή απλώς να χαλαρώσει το σαγόνι του, να πέσουν να βλέφαρά του, το κεφάλι του ή τα χέρια του, χωρίς ενδεχομένως να γίνει αντιληπτό από τους γύρω του (Kryger et al, 1993).

Περίπου 30% ως 50% των ατόμων με Нарκοληψία στο μεταβατικό στάδιο μεταξύ ύπνου και εγρήγορσης βιώνουν παράλυση κατά τον ύπνο, δηλαδή αδυναμία να κινηθούν και περίπου 20% ως 40% βιώνουν υπναγωγικές ή υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι οπτικές, ακουστικές και ο συνδυασμός τους με την παράλυση του ύπνου πολλές φορές τρομάζει τον ασθενή. Τόσο η παράλυση όσο και οι ψευδαισθήσεις διαρκούν δευτερόλεπτα ως λίγα λεπτά και θεωρούνται ότι είναι αποτέλεσμα της εισβολής διασχισμένων στοιχείων του REM ύπνου στην εγρήγορση του ατόμου (Μάνος, 1997).

Ο επιπολασμός της Нарκοληψίας στον γενικό πληθυσμό είναι 0,02% ως 0.16% και η συχνότητα της είναι ίδια στους άντρες και στις γυναίκες.

2.3.4 Διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η διατάραξη/διάσπαση του ύπνου, που οδηγεί σε υπερβολική υπνηλία ή αϋπνία και που οφείλεται σε ανωμαλίες του μηχανισμού της αναπνοής κατά τον ύπνο (π.χ. άπνοια κατά τον ύπνο ή κεντρικός κυψελιδικός υποαερισμός) (Παπαδάκη, 2006). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου Σχετιζόμενη με την Αναπνοή

A Διατάραξη του ύπνου, που οδηγεί σε υπερβολική υπνηλία ή αϋπνία, που κρίνεται ότι οφείλεται σε μία σχετιζόμενη με τον ύπνο αναπνευστική κατάσταση (π.χ. σύνδρομο αποφρακτικής ή κεντρικής άπνοιας κατά τον ύπνο ή σύνδρομο κεντρικού κυψελιδικού υποαερισμού).

B Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας άλλης γενικής ιατρικής κατάστασης (εκτός από διαταραχή σχετιζόμενη με την αναπνοή).

Το πιο συχνά αναφερόμενο ενόχλημα των ατόμων μ' αυτή τη διαταραχή είναι υπερβολική υπνηλία, που οφείλεται στα συχνά ξυπνήματα κατά τη νύχτα. Η υπνηλία αυτή μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ύπνους ή προσβολές ύπνου κατά την ημέρα, που όμως, σε αντίθεση με την Ναρκοληψία, δεν ξεκουράζουν και ακολουθούνται από κεφαλαλγία. Λιγότερο συχνά το παρουσιαζόμενο ενόχλημα είναι η αϋπνία, τα συχνά ξυπνήματα ή ο ύπνος που δεν ξεκουράζει (Young et al, 2002).

Οι ανωμαλίες της αναπνοής κατά τον ύπνο που οδηγούν στη Διαταραχή του ύπνου σχετιζόμενη με την Αναπνοή είναι οι άπνοιες (επεισόδια διακοπής της αναπνοής), οι υπόπνοιες (παθολογικά αργή ή επιπόλαια αναπνοή) και ο υποαερισμός (παθολογικά επίπεδα οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα). Περιγράφονται τρεις μορφές Διαταραχής του Ύπνου Σχετιζόμενης με την Αναπνοή: το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο, το σύνδρομο κεντρικής άπνοιας κατά τον ύπνο και το σύνδρομο κεντρικού κυψελιδικού υποαερισμού (Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου, 2009).

Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο ο πιο συχνός τύπος άπνοιας, εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες με αυξημένο σωματικό βάρος, ενώ η διαφορετική ανατομία του φάρυγγα και οι γυναικείες ορμόνες μπορεί να προστατεύουν τις γυναίκες μέχρι την εμμηνόπαυση (Kushida et al, 2006).

2.4 Παραϋπνίες

Οι Παραϋπνίες είναι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από κάποια ανώμαλα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τον ύπνο (Renata, 2008). Ενώ στις Δυσυπνίες η διαταραχή του ύπνου προέρχεται από ανωμαλία στους μηχανισμούς που φέρνουν τον ύπνο ή την εγρήγορση και ρυθμίζουν τον χρόνο έλευσής τους, στις Παραυπνίες τα ανώμαλα γεγονότα κατά τον ύπνο οφείλονται σε ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, του κινητικού συστήματος ή των γνωστικών λειτουργιών σε ακατάλληλο χρόνο, δηλαδή στον ύπνο (Mahowald & Ettinger, 1990; Mahowald et al, 2004).

2.4.1 Διαταραχή Εφιαλτών (Πρώην Διαταραχή Ονειρικού Άγχους)

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους εφιάλτες που κάνουν το άτομο να ξυπνά από τον ύπνο του. Οι εφιάλτες είναι τρομακτικά όνειρα, στα οποία το άτομο βιώνει ότι κινδυνεύει η ακεραιότητα του, η ασφάλειά του ή η αυτοεκτίμησή του. Κατά την αφύπνησή του από τα τρομακτικά όνειρα, το άτομο γρήγορα αποκτά τη διαύγεια και τον προσανατολισμό του και μπορεί να περιγράψει τον εφιάλτη με κάθε λεπτομέρεια. Οι εφιάλτες μπορεί να συμβούν πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας, πάντα όμως, στη διάρκεια του REM ύπνου. Καθώς οι περίοδοι του REM ύπνου γίνονται μεγαλύτερες και συχνότερες στο δεύτερο μισό της νύχτας, οι εφιάλτες είναι πιο πιθανό να συμβούν αργά τη νύχτα. Στο ξύπνημα από τους εφιάλτες, το άτομο νιώθει άγχος και ανησυχία και έχει ήπια σημεία διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. ιδρώτες, ταχυκαρδία, ταχύπνοια) (Σολδάτος, 1993). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV Για τη Διαταραχή Εφιαλτών παρουσιάζονται στον **Πίνακα 7** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Εφιαλτών

A Επαναλαμβανόμενες αφυπνίσεις σε περιόδους μείζονος ύπνου ή μικρών ύπνων με λεπτομερή ανάμνηση εκτεταμένων και έντονα τρομακτικών ονείρων, που συχνά περιέχουν απειλή για τη ζωή, την ασφάλεια ή την αυτοεκτίμηση. Οι αφυπνίσεις γενικά συμβαίνουν στη διάρκεια του μισού της περιόδου του ύπνου.

B Κατά την αφύπνιση από το τρομακτικό όνειρο, το άτομο γρήγορα προσανατολίζεται και είναι σε πλήρη εγρήγορση (σε αντίθεση με τη σύγχυση και αποπροσανατολισμό που παρατηρείται στη διαταραχή ενυπνίου τρόμου και κάποιες μορφές επιληψίας).

Γ Η ονειρική εμπειρία ή η διάσπαση του ύπνου που προκύπτει από την αφύπνιση, προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στον κοινωνικό, εργασιακό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Δ Οι εφιάλτες δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην διάρκεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. ντελίριο, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες) και δεν οφείλεται σε άμεση παθοφυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή κάποιας γενικής σωματικής κατάστασης.

2.4.2 Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι οι επανειλημμένοι νυχτερινοί τρόμοι, δηλαδή απότομα ξυπνήματα από τον ύπνο, που συνήθως αρχίζουν με μια κραυγή τρόμου ή έντονα κλάματα. Οι ενύπνιοι αυτοί τρόμοι συμβαίνουν στο πρώτο τρίτο της νύχτας, διαρκούν 1'ως 10'και συνοδεύονται από έντονη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. ταχυκαρδία, υπέρπνοια, ιδρώτες, μυδρίαση, αύξηση του μυϊκού τόνου), από έντονο άγχος και φόβο. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Διαταραχής Ενύπνιου Τρόμου παρουσιάζονται στον **Πίνακα 8** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου

A Επανελημμένα επεισόδια αιφνίδιας αφύπνισης από τον ύπνο, τα οποία συνήθως εμφανίζονται στη διάρκεια του πρώτου 1/3 του μείζονος ύπνου και αρχίζουν με κραυγή πανικού.

B	Έντονος φόβος και σημεία διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ταχυκαρδία, ταχεία αναπνοή και εφίδρωση, στη διάρκεια κάθε επεισοδίου.
Γ	Μικρή απαντητικότητα στις προσπάθειες των άλλων να ηρεμήσουν το άτομο στη διάρκεια του επεισοδίου.
Δ	Δεν υπάρχει λεπτομερής ανάμνηση του ονείρου, ενώ υπάρχει αμνησία για το επεισόδιο.
E	Τα επεισόδια προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή, ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
ΣΤ	Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική σωματική κατάσταση.

Ο επιπολασμός των επεισοδίων ενύπνιου τρόμου, υπολογίζεται στο 1% ως 6% στα παιδιά και σε λιγότερο από 1% στους ενήλικες. Η Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου συνήθως αρχίζει στα παιδιά σε ηλικία 4 ως 12 ετών και υποχωρεί στην εφηβεία. Σε ενηλίκους, πιο συχνά αρχίζει μεταξύ 20 και 30 ετών και συχνά ακολουθεί χρόνια πορεία. Άτομα με Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου αναφέρουν συχνά θετικό οικογενειακό ιστορικό για νυχτερινούς τρόμους ή για υπνοβασία. Υπάρχουν ήδη μελέτες που δείχνουν υψηλή συχνότητα των δύο αυτών καταστάσεων σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού (Coleman et al, 1980).

2.4.3 Διαταραχή υπνοβασίας

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατά τα οποία το άτομο στη διάρκεια του ύπνου σηκώνεται από το κρεβάτι του και περπατά. Τα επεισόδια αυτά συμβαίνουν συνήθως κατά το πρώτο τρίτο της μείζονος

περιόδου ύπνου. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων το άτομο έχει μειωμένη απαντητικότητα στις προσπάθειες των άλλων να επικοινωνήσουν μαζί του ή να το ξυπνήσουν και το πρόσωπό του είναι ανέκφραστο (Σολδάτος, 1993). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Διαταραχή Υπνοβασίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 9** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Υπνοβασίας

A Επανελημμένα επεισόδια έγερσης από το κρεβάτι στη διάρκεια του ύπνου και βάδισης, που συνήθως συμβαίνουν στη διάρκεια του πρώτα 1/3 της μείζονος περιόδου ύπν

B	Ενώ υποβατεί, το άτομο έχει ένα κενό, ατενίζον προσωπείο, δείχνει μικρή απαντητικότητα στις προσπάθειες των άλλων να επικοινωνήσουν μαζί του/της και μπορεί να αφυπνιστεί μόνο με μεγάλη δυσκολία.
Γ	Ξυπνώντας (είτε κατά το υποβατικό επεισόδιο, είτε το επόμενο πρωί), το άτομο έχει αμνησία για το επεισόδιο.
Δ	Μέσα σε μερικά λεπτά μετά την αφύπνιση από το υποβατικό επεισόδιο, δεν υπάρχει διαταραχή στην ψυχική δραστηριότητα ή συμπεριφορά (αν και αρχικά μπορεί να υπάρξει βραχεία περίοδος σύγχυσης ή αποπροσανατολισμού).
E	Η υποβασία προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικές.
ΣΤ	Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική κατάσταση.

Στους ενήλικες η διαταραχή μπορεί να συνδυάζεται με Αγχώδης Διαταραχές, Διαταραχές της Προσωπικότητας και Διαταραχές της Διάθεσης και ο επιπολασμός των επεισοδίων υποβασίας (κι όχι της Διαταραχής Υπνοβασίας) υπολογίζεται στο 1% ως 7%. Η Διαταραχή Υπνοβασίας έχει οικογενή εμφάνιση. Στο 80% των ατόμων που υποβατούν υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό για υποβασία ή νυχτερινούς τρόμους. Περίπου το 10% ως 20% των ατόμων που υποβατούν έχουν ένα βιολογικό

συγγενή πρώτου βαθμού που επίσης υπνοβατεί. Ο κίνδυνος ένα άτομο να υπνοβατεί πολλαπλασιάζεται, αν και οι δύο γονείς έχουν ιστορικό υπνοβασίας (Μάνος, 1997).

2.4.4 Διαταραχή του Ύπνου οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

Η κατηγορία αυτή είναι για διαταραχές του ύπνου που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και που είναι, όμως, αρκετά σοβαρές ώστε να απαιτούν ξεχωριστή κλινική προσοχή. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Διαταραχής του Ύπνου οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 10** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

A Μια προεξάρχουσα διαταραχή στον ύπνο που είναι αρκετά σοβαρή, ώστε απαιτεί ιδιαίτερη κλινική προσοχή.

B	Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή ύπνου είναι η άμεση παθοφυσιολογική συνέπεια μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
Γ	Η διαταραχή αυτή δεν εξηγείται καλύτερα με μια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. μια διαταραχή της προσαρμογής στην οποία το στρεσογόνο αίτιο είναι μια σοβαρή σωματική νόσος).
Δ	Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.
E	Η διαταραχή δεν πληροί τα κριτήρια για διαταραχή ύπνου σχετιζόμενη με την αναπνοή ή για ναρκοληψία.
ΣΤ	Η διαταραχή του ύπνου προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία, ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.

Για να θεωρηθεί ότι μία διαταραχή του ύπνου οφείλεται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση, πρώτα θα πρέπει να βεβαιωθεί η παρουσία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Κατόπιν ο κλινικός θα πρέπει να διασφαλίσει ότι το πρόβλημα στον

ύπνο σχετίζεται αιτιολογικά με τη γενική ιατρική κατάσταση μέσα από κάποιο φυσιολογικό μηχανισμό (Wetter et al, 1994). Διάφορα στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα αυτό είναι η χρονική συσχέτιση ανάμεσα στην έναρξη, επιδείνωση ή ύφεση της γενικής ιατρικής κατάστασης και στη διαταραχή του ύπνου, η παρουσία χαρακτηριστικών που είναι άτυπα για πρωτοπαθείς Διαταραχές του Ύπνου (π.χ. άτυπη ηλικία έναρξης ή πορείας ή απουσία οικογενειακού ιστορικού) και βιβλιογραφικές αναφορές για τη συσχέτιση αυτή (Μάνος, 1997). Επιπλέον, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να ισχύει ότι η διαταραχή του ύπνου δεν εξηγείται καλύτερα ως πρωτοπαθής Διαταραχή του Ύπνου, Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες ή ως κάποια άλλη πρωτοπαθής ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Προσαρμογής) (American Psychiatric Association, 1994).

Θεραπευτικά, θ' απευθυνθούμε κυρίως στην αντιμετώπιση της υπεύθυνης γενικής ιατρικής κατάστασης.

2.4.5 Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια έντονη διαταραχή του ύπνου, που οφείλεται σε κάποια ουσία και που είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτεί ξεχωριστή κλινική προσοχή (Merlino, 2006).

Υπάρχουν τέσσερις τύποι της Διαταραχής: Αυπνίας, Υπερύπνιας, Παραυπνίας και Μεικτός, οι οποίοι ορίζονται όπως και μοιάζουν τις αντίστοιχες πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου, χωρίς όμως να είναι απαραίτητο να πληρούν όλα τα κριτήρια. Επίσης, προσδιορίζεται κατά πόσο η διαταραχή του ύπνου συμβαίνει κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης ή στερητικού συνδρόμου. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες παρουσιάζονται στον **Πίνακα 11** (American Psychiatric Association, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες

A Μια προεξάρχουσα διαταραχή ύπνου η οποία είναι αρκετά σοβαρή ώστε απαιτεί ιδιαίτερη κλινική προσοχή.

B	Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα, είτε του (α), είτε του (β): α) Τα συμπτώματα του κριτηρίου 1 δημιουργούνται στη διάρκεια ή μέσα σε 1 μήνα από την τοξίκωση ή την απόσυρση από την ουσία. β) Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται, σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή ύπνου.
Γ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με διαταραχή ύπνου που δεν προκαλείται από ουσίες.
Δ	Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.
E	Η διαταραχή του ύπνου προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία, ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.

Η Διαταραχή του Ύπνου Προκαλούμενη από Ουσίες συνήθως συμβαίνει κατά την τοξίκωση από αλκοόλ, αμφεταμίνες και σχετικές ουσίες μ' αυτή, καφεΐνη, κοκαΐνη, οπιοειδή και καταπραΰντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά ή κατά τα στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ, αμφεταμίνες, και σχετικές ουσίες μ' αυτή, καφεΐνη, κοκαΐνη, οπιοειδή και καταπραΰντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά (Holley, 1992). Υπάρχουν, βέβαια, πολλές άλλες ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν Διαταραχές του Ύπνου. Οι πιο κοινές είναι φάρμακα που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (π.χ. αγωνιστές αδρεναλίνης, ντοπαμίνης, ακετυλχολίνης ή σεροτονίνης, αντισταμινικά, κορτικοστεροειδή) και που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία, της υπέρτασης, των αρρυθμιών, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, της κινητικότητας του γαστρεντερικού ή των λοιμώξεων (Wen-Ching, 2006).

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής

Τις τελευταίες δεκαετίες, η έννοια της ποιότητας ζωής (ΠΖ) έχει απασχολήσει τους ερευνητές στον χώρο της υγείας. Η ποιότητα ζωής, ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων έχει εκτεταμένη χρήση σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες νόσους, ασθενείς τελικού σταδίου και ψυχικά πάσχοντες (Fayers&Machin, 2000).

Είναι γεγονός, ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να οριστεί. Η έννοια της ποιότητας ζωής εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο «Ηθικά Νικομάχεια Α, κεφ. 4» από τον Αριστοτέλη (384-322 π. Χ.) ως ευδαιμονία, δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, 1993).

Η ΠΖ μεταβάλλεται αναλόγως με τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του κάθε ανθρώπου και η ΠΖ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους. Μετέπειτα, έγινε διαχωρισμός της ευτυχίας και της ΠΖ από τον Shaw, ο οποίος ανέφερε πως μπορεί να θυσιάσει η ευτυχία προκειμένου να γίνει πιο ουσιαστική η ποιότητα ζωής (Fayers & Machin, 2000).

Ο McCall το 1975, υποστήριξε πως η δυνατότητα και η ύπαρξη πρόσβασης προς τις απαραίτητες συνθήκες, οι οποίες εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή, συνιστούν την ΠΖ.

Για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας της ΠΖ, απαραίτητο είναι να συνδυαστούν αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες, καθώς και να γίνει χρήση δεικτών υγείας σε συγκεκριμένο πληθυσμό (Zautra & Goodhart, 1979; Lehman, 1997). Οι αντικειμενικοί παράγοντες αφορούν στις ικανότητες του ατόμου, στην πρόσβαση που έχει σε πόρους και ευκαιρίες και κατά πόσο μπορεί να κάνει χρήση των πόρων αυτών για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αναφέρονται κυρίως στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο (Lehman, 1997).

Η κάλυψη των αναγκών ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου σχετίζεται με την έννοια της ΠΖ. Η αναζήτηση για μια καλύτερη ζωή είναι κάτι που χαρακτηρίζει την

ανθρώπινη φύση. Το τι είναι καλύτερο είναι εντελώς υποκειμενικό αλλά εξαρτάται επίσης από πολιτισμικές και προσωπικές αξίες (Νάκου, 2001).

3.2 Ιστορική αναδρομή της έννοιας της Ποιότητας Ζωής

Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο ο όρος της ΠΖ, με την οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε, τη διακίνηση του χρήματος και την αύξηση της κατανάλωσης αγαθών ταυτοποιήθηκε με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, καθώς εκφραζόταν με την κατοχή υλικών αγαθών και χρημάτων.

Αργότερα στις δεκαετίες του '60 και '70 παρουσιάζεται διεύρυνση στο περιεχόμενο του όρου, όπου συμπεριλαμβάνονται εκτός των υλικών αγαθών, η εκπαίδευση, η υγεία, η διάθεση χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Ειδικότερα, στη δεκαετία του '70 δίνεται έμφαση στην κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης, παρατηρήθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ΠΖ σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέσα από τον ορισμό της υγείας το 1948, καθορίστηκε ο ορισμός και της ΠΖ, η οποία εκφράζεται μέσα από τις τρεις διαστάσεις της ασθένειας: τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική (Fallowfield, 1990).

Ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, διότι η έννοια βρίσκεται μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας (Lamau, 1992).

3.3 Θεωρητικό πλαίσιο της έννοιας της Ποιότητας Ζωής

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο, η ΠΖ ορίζεται με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών και τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες, έτσι ώστε τα άτομα να λειτουργούν ανεξάρτητα και αυτόνομα. Πρόκειται δηλαδή για την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή κατάξίωση, την εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών στη καθημερινή ζωή και τη διατήρηση της υγείας σε υψηλό επίπεδο (Hornquist, 1982).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ΠΖ θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων. Κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και φυσικά το επίπεδο υγείας είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την

ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερευνητους. Είναι πάντως βέβαιο ότι η έννοια είναι πολύ γενικότερη από εκείνη του βιοτικού επιπέδου, το οποίο θεωρείται προϋπόθεση της ΠΖ. Αντιθέτως, αποτελεί το προϊόν αλληλεπίδρασης των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και υγειονομικών παραγόντων που επιδρούν στην ατομική και κοινωνική ανάπτυξη. Η υποβάθμιση ενός από τους εν λόγω παράγοντες αρκεί για να απειλήσει ή να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών (Noll, 2002).

Η ΠΖ είναι μετρήσιμη μεταβλητή και αναφέρεται τόσο στο υποκείμενο της έρευνας, όσο και στο αντικείμενο της. Περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση από τα άτομα ή τις ομάδες σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής στο περιβάλλον όπου ζουν. Γι' αυτό το λόγο, η μελέτη της ΠΖ λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αξίες των ατόμων ή μιας κοινότητας (Mukherjee, 1989).

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής

Για τον ορισμό της ΠΖ και τους παράγοντες που την επηρεάζουν υπάρχουν πολλές απόψεις ερευνητών, καθώς και διαφορά απόψεων μεταξύ απλών ανθρώπων και επιστημών. Η οικονομολογική προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή οικονομικών πόρων, στη σύγκριση κρατών, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και στη φτώχεια (Νάκου, 2001). Από την άλλη, πρόσφατα μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις παραμέτρους, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την ΠΖ, είτε μόνοι τους, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, και περιλαμβάνουν τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σχέση, σύντροφος) και την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Lindström, 1995).

Ο Flanagan επιχείρησε την ταξινόμηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ και εντόπισε δεκαπέντε παράγοντες, τους οποίους τους ταξινόμησε σε πέντε μεγάλες κατηγορίες: (α) σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια και υγεία), (β) σχέσεις με άλλους ανθρώπους, (γ) κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες), (δ) προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, προσωπική στοχοθεσία και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά,

δημιουργικότητα και εμπειρία) και τέλος, (ε) ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής) (Flanagan, 1978 & 1982).

Αργότερα, πολλοί ερευνητές διαπίστωσαν πως η ΠΖ έχει σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης και τον βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς και ότι αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου (Campbell et al., 1976; Young & Longman, 1983).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, καθοριστικό ρόλο στην ΠΖ παίζουν παράγοντες, όπως ο γάμος, η φιλία, οι οικογενειακή ζωή, η οικονομική άνεση η υγεία, η απασχόληση, το επίπεδο μόρφωσης η παιδεία και το βιοτικό επίπεδο. Αν οι παραπάνω παράγοντες στα άτομα είναι σε υψηλό επίπεδο, τότε η ζωή τους βρίσκεται υψηλό βαθμό ικανοποίησης και κατά συνέπεια και η ποιότητα ζωής (Borsdorf, 1999).

Η ΠΖ ως έννοια έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου (Cooley, 1998). Αρχικά, ήταν μια ευρεία έννοια που χρησιμοποιούνταν στο πλαίσιο της κοινωνίας. Οι κοινωνικοί επιστήμονες χρησιμοποιούν τον όρο της ΠΖ για να αναφερθούν στην αξιολόγηση όλων των περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών μια δεδομένη χρονική στιγμή ή όσον αφορά την επίδραση στην ευημερία του ανθρώπου (Campbell, 1981). Σύμφωνα με τον Zhao, την ποιότητα της «αμερικανικής» ζωής την αποτελούν παράγοντες, όπως η οικονομική ασφάλεια, η οικογενειακή ζωή, οι φιλίες οι προσωπικές σχέσεις και η ελκυστικότητα του φυσικού περιβάλλοντος (Zhao, 2004).

3.5 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής στο χώρο της υγείας

Στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης ο όρος έχει εστιαστεί στον τρόπο που η ψυχική και σωματική ευεξία επηρεάζουν την αντίληψη της ΠΖ ή στο πως η θεραπεία για μια συγκεκριμένη ασθένεια μπορεί να βελτιώσει την αντίληψη της ΠΖ (Zhao, 2004). Κοινωνικοί, πολιτιστικοί και πολιτικοί παράγοντες σχετίζονται επίσης αιτιολογικά με την αύξηση της σημασίας της ΠΖ ως αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας (Campbell, 1981).

Μια σειρά από μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ της ΠΖ με άλλες μεταβλητές, οι οποίες μπορούν να ομαδοποιηθούν ως (α) δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, (β) ψυχολογικές μεταβλητές, όπως η ικανοποίηση με την οικογενειακή ζωή, η

ικανοποίηση από την εργασία, τους δείκτες άγχους και την αντίληψη των ατόμων για την ευτυχία και (γ) υποκειμενικές αξιολογήσεις της ποιότητας σε συγκεκριμένους τομείς της ζωής, όπως αυτοαξιολόγησης, επιτεύγματα στην εργασία και την οικογένεια, αντίληψη των σχέσεων κ.α. (Andrews & Withey, 1976).

Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών, φαίνεται πως ορισμένες κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης ή την ευημερία των ατόμων (Andrews & Withey, 1976; Michalos, 2003).

Αρκετοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι ο βαθμός ικανοποίησης από συγκεκριμένους τομείς της ζωής του ατόμου, σχετίζονται σημαντικά με την ΠΖ. Αυτοί οι τομείς περιλαμβάνουν αντικειμενικές και υποκειμενικές μεταβλητές, όπως, οικογενειακές σχέσεις, εργασία, στέγαση, περιβάλλον γειτονιάς, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και την πνευματική διάσταση (Lever, 2000).

3.6 Χρόνια Νοσήματα και Ποιότητα Ζωής

Η συνειδητοποίηση της ανάγκης για παροχή ποιοτικής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, που να βασίζεται σε τεκμηριωμένες ιατρονοσηλευτικές πρακτικές, άρχισε από τα μέσα του 20ου αιώνα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η σύγχρονη ιατρική επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις που έχουν οι πράξεις αυτές στη συνολική ζωή του αρρώστου και όχι μόνο στα αποτελέσματά τους (Σαρρής, 2001).

Ο στόχος και το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας, εκτός της επιμήκυνσης της ζωής των ασθενών, εστιάζεται και στις επιπτώσεις που προκαλούνται, όπως οι επιπλοκές της νόσου, καθώς και τα συμπτώματα που επηρεάζουν την ζωή του. Όλα αυτά τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ΠΖ (Hathawayetal, 1990; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Από τη στιγμή που η αρρώστια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις στη σωματική και την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, η αβεβαιότητα θα αποτελεί το επίκεντρο της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων και παρατηρείται ο χρόνιος πάσχοντας να ζει υπό συνθήκες και όρους

ύπαρξης και διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ΠΖ (Dewetal, 1997).

Η ασθένεια θα πρέπει να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής, των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της ασθένειας (Matasetal, 2002). Επίσης, ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ιατρικής παρέμβασης και η βελτίωση της διαδικασίας των ιατρικών αποφάσεων παίζει σημαντικό ρόλο. Η εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και η χρησιμότητα που έχει μια θεραπευτική πράξη για τον ασθενή, καθώς και ο ρόλος και η σχέση με την ΠΖ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τέλος, η σπανιότητα των διαθέσιμων πόρων και η συνεχής διαφοροποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού κάνουν την καθιέρωση εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων επιτακτική (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

Για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας σημαντικός παράγοντας είναι η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ΠΖ (Fiebigeretal., 2004; Patric & Chiang, 2000). Σύμφωνα με τη μελέτη της βιβλιογραφίας, τα χρόνια νοσήματα επιφέρουν αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού και οδηγούν σε προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογένειας (Σπύρου, 2004).

Οι χρόνια πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως τη διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοελέγχου και του συμβιβασμού, τις περισσότερες φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον. Πολλοί παράγοντες, που είναι κοινοί σε όλους τους χρόνιους ασθενείς, έχουν δυσμενή επίδραση στην ΠΖ τους. Αυτοί είναι οι διαγνωστικές δυσκολίες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα καθώς και οι αλλαγές που επιφέρει η νόσος (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005). Σημαντική πληθυσμιακή ομάδα ασθενών αποτελούν οι ασθενείς με νεφρικοί νόσο και ιδιαίτερα όσοι τελούν υπό αιμοκάθαρση, οι οποίοι συγκεντρώνουν όλα τα χαρακτηριστικά των χρονίων πασχόντων και μεγάλο μέρος των παραμέτρων που επιδρούν στην ΠΖ.

4. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ, ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Οι ασθενείς με νεφρική νόσο που τελούν υπό αιμοκάθαρση επισκέπτονται την κοντινότερη για αυτούς MTN τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για συνεδρία διάρκειας τεσσάρων ωρών, όπως ήδη προαναφέρθηκε. Αποτέλεσμα αυτών των περιορισμών στους οποίους υπόκεινται είναι η αλλαγή πολλών παραμέτρων της καθημερινής τους ζωής, καθώς και σε επαγγελματικό επίπεδο, επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, τρόπου ψυχαγωγίας και διατροφικές και άλλες συνήθειες. Η νεφρική νόσος ουσιαστικά βάζει σε δοκιμασία το άτομο τόσο σαν ατομική οντότητα όσο και ως μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Από την στιγμή που διαγιγνώσκεται η χρόνια νόσος ο ασθενής είναι αναγκασμένος να αλλάξει τον τρόπο της ζωής του για να διασφαλίσει όσο το δυνατόν καλύτερα την υγεία του. Επιπλέον, θα πρέπει να αναπτύξει το υποστηρικτικό και θεραπευτικό περιβάλλον γύρω από την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας, που εμπλέκονται με τη φροντίδα του. Η παρουσία της χρόνιας νόσου προκαλεί πλείστα αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή, όπως θυμό, φόβο, θλίψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη εμπιστοσύνη (Falvo, 2005). Η αβεβαιότητα σε συνάρτηση με την εξέλιξη της νόσου, αποτελούν παράγοντες αύξησης της ψυχολογικής δυσφορίας του ασθενή. Οι αντιδράσεις αυτές δείχνουν πως το άτομο σε αυτή τη δύσκολη περίοδο εσωτερικής μετάβασης, αντιμετωπίζει αλλαγές σχετικά με την αντίληψη του εαυτού του και γενικότερα με την ταυτότητά του (Fraser et al, 2009). Η παρουσία μιας χρόνιας νόσου ή αναπηρίας σημαίνει διαταραχή της καθημερινής ζωής με αναπόφευκτα σοβαρές συνέπειες στην οικογενειακή, προσωπική, κοινωνική ζωή του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Chatterji et al, 1999; McColl et al, 2006).

Οι ασθενείς με νεφρική νόσο έχουν ορισμένες ειδικές ανάγκες, όπως για παράδειγμα η εξάρτηση από τη MTN που κάνουν αιμοκάθαρση, γεγονός που σε αρκετές περιπτώσεις δημιουργεί εσωτερική μετανάστευση, για λόγους εύκολης πρόσβασης. Επιπλέον, φαντάζουν πολύ δύσκολες και σύντομες οι διακοπές και τα

ταξίδια, αποτέλεσμα του συναισθήματος εξάρτησης του αιμοκαθαρόμενου (Eddy, 2006).

Συχνά διακατέχονται από φόβο και ανησυχία για την εφαρμογή της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, η οποία περιλαμβάνει το αντίκρισμα της μόνιμης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας του οργανισμού για το υπόλοιπο της ζωής τους και τη σκέψη της τελικής θεραπείας της μεταμόσχευσης. Όταν η αιμοκάθαρση εφαρμόζεται χωρίς προβλήματα, συνήθως υπάρχουν αισθήματα ικανοποίησης και ευφορίας. Στην πορεία όμως μπορεί να εμφανιστεί μια πρώιμη καταθλιπτική φάση που απορρέει από τη συνειδητοποίηση του νέου τρόπου ζωής. Στο στάδιο προσαρμογής στην αιμοκάθαρση, ο ασθενής, ανάλογα με τη προσωπικότητά του, τροποποιεί τις δραστηριότητές του και υπερνικά τους περιορισμούς της θεραπευτικής μεθόδου. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί στη συνέχεια μια μακροχρόνια, όψιμη καταθλιπτική φάση, κυρίως σε άτομα 20-45 ετών, που δυσανασχετούν με την ανασφαλή κατάσταση της υγείας τους και την ανατροπή των όποιων προσδοκιών τους (Killingworth, 1993; Mapes et al, 2003).

Η ποιότητα ζωής του αιμοκαθαρόμενου επηρεάζεται σε όλες τις εκφράσεις της καθημερινής ζωής. Διεθνείς μελέτες αναφέρουν ως έναν σημαντικό παράγοντα έντασης των ασθενών την οικονομική δυσχέρεια, αφού τα ιατρικά και νοσηλευτικά έξοδα αυξάνονται, οι ευκαιρίες όμως για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνονται (Dingwall, 1997; Theofilou, 2011). Επιπλέον, τα αποτελέσματα αρκετών μελετών επιβεβαιώνουν ότι οι επιπτώσεις της χρονιότητας της νόσου δημιουργούν πολλούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή των ασθενών με νεφρική νόσο, μειώνοντας το θεραπευτικό όφελος και επιδρώντας αρνητικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι διαταραχές ύπνου μπορεί να δημιουργήσουν στο γενικό πληθυσμό άπνοιες, οι οποίες δείχνει να έχουν αυξανόμενη τάση κατά την αύξηση της ηλικίας και κυρίως μετά την ηλικία των 40 ετών, με τη μεγαλύτερη συχνότητα να καταγράφεται στο αντρικό φύλο (Guilleminault et al, 1988). Οι De Santo et al (2010) σε έρευνά τους διάρκειας 4 ετών σχετικά με τις διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς στο πρώιμο στάδιο της νεφρικής νόσου αναφέρουν ότι κατά την πάροδο των ετών καταγράφηκε βελτίωση των διαταραχών του ύπνου, οι οποίες τον πρώτο καιρό ήταν αυξημένες, λόγω της κατάθλιψης που πιθανώς να παρουσιάζουν οι

ασθενείς μετά τη διάγνωση της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 84,6% των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο ανέφεραν προβλήματα ύπνου (De Santo et al, 2010). Μελέτη των Garcia et al (2010) καταγράφει στα αποτελέσματά της θετική συσχέτιση των προβλημάτων στον ύπνο με την ποιότητα ζωής (Garcia et al, 2010). Έρευνα με μεγάλο δείγμα ασθενών με νεφρική νόσο των Araujo et al (2011) έδειξε ότι η κακή ποιότητα ύπνου είναι σε υψηλά επίπεδα στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Το 57% των ασθενών αναφέρουν κακή ποιότητα ύπνου, η οποία συνδέθηκε στατιστικά με την ηλικία και τη συνοσηρότητα (διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια, κατάθλιψη, υπολευκωματιναιμία) (Araujo et al, 2011). Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφει σε μελέτη ο Al-Jahdali (2011), δηλώνοντας την αύπνια και την πτωχή ποιότητα στον ύπνο στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Al-Jahdali, 2011). Τέλος, πρόσφατη μελέτη της Θεοφίλου (2012) σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή κάθαρση έδειξε ότι τα συμπτώματα της αύπνιας παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, όπως φάνηκε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μέτρησης ποιότητας ζωής WHOQOL (σωματική υγεία, ψυχολογική ευεξία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον). Επίσης, αναφέρεται συσχέτιση με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την αρνητική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (Θεοφίλου, 2012).

Η εμφάνιση διαταραχών ύπνου καταγράφεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, καθώς και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος, ως απόρροια της χρονιότητας της νεφρικής νόσου και της περίπλοκης θεραπευτικής δοκιμασίας (Spanou & Kalocheritis, 2005; Theofilou & Panagiotaki, 2010). Ο χρόνος που αφιερώνει ο νεφροπαθής στο μηχάνημα TN είναι ένα ουσιώδες εμπόδιο για μια φυσιολογική καθημερινή ζωή, όπως και η προσκόλληση με το χώρο αιμοκάθαρσης ή ακόμα και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Christensen et al, 1991; Ginieri-Coccosis & Theofilou, 2007).

Συμπερασματικά, η αιμοκάθαρση δεν αποτελεί μόνο μια ιατρική πράξη, αλλά και μια διαδικασία που παίζει σημαντικό ρόλο και επιδρά σε όλο το φάσμα της ζωής του αιμοκαθαρόμενου. Για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο πρέπει να γίνουν συντονισμένες και στοχευμένες προσπάθειες για τη βελτίωση της καθημερινότητάς τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη των αλλαγών στις συνήθειες του ύπνου, των διαταραχών και της ποιότητας ύπνου, καθώς και της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

5.1 Επιμέρους στόχοι

Αναλυτικότερα, οι επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης, είναι:

1. Διερεύνηση της χρόνιας υπνηλίας και της παρουσίας διαταραχών ύπνου σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.
2. Διερεύνηση της ποιότητας του ύπνου των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.
3. Διερεύνηση της ΠΖ των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση, στις τέσσερις διαστάσεις της: σωματική διάσταση, ψυχική διάσταση, περιβάλλον και κοινωνικές σχέσεις.
4. Καταγραφή δημογραφικών και άλλων στοιχείων, όπως φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, συνοδά νοσήματα και έτη αιμοκάθαρσης.
5. Συσχέτιση των ανωτέρω αποτελεσμάτων με τη χρονιότητα της νόσου, τα έτη αιμοκάθαρσης, τη συνοσηρότητα και άλλους δημογραφικούς παράγοντες.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου σε ασθενείς με χρόνιες νόσους παρουσιάζουν αυξημένη βαρύτητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς με νεφρική νόσο αποτελούν ομάδα χρονίων ασθενών, η οποία συνήθως παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά συνοσηρότητας, με νόσους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές νόσους, κατάθλιψη κ.λ.π. Στη συγκεκριμένη μελέτη αναμένονται απαντήσεις σχετικά με:

1. Τη σχέση των διαταραχών στον ύπνο με την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

2. Τη σχέση των διαταραχών στον ύπνο με τη συνοσηρότητα και την επίδραση συνολικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

3. Τη σχέση των ανωτέρω με δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα έτη αιμοκάθαρσης των ασθενών.

Η υπόθεση της ερευνήτριας είναι ότι κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης θα επιβεβαιωθούν οι θετικές σχέσεις των ανωτέρω ερευνητικών ερωτημάτων. Παραμένει όμως προς διερεύνηση το μέγεθος της επίδρασης των ετών αιμοκάθαρσης, της συνοσηρότητας και των διαταραχών ύπνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούν ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση μονάδων τεχνητού νεφρού (MTN) σε ιδιωτικές κλινικές των νομών Κορινθίας και Αττικής. Κατόπιν αιτήσεως της ερευνήτριας και υποβολής του ερευνητικού πρωτοκόλλου της παρούσας μελέτης (**Παράρτημα I και II**), δόθηκε άδεια συλλογής δεδομένων από τους Γενικούς Διευθυντές των ανάλογων Ιδιωτικών MTN. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία με βάση την σωματική και διανοητική τους ικανότητα να μπορούν να διαβάζουν και να κατανοούν, ώστε να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Σε κάθε κλινική υπήρχαν περίπου 100 ασθενείς. Δόθηκαν 30 ερωτηματολόγια σε κάθε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Το προσδοκώμενο δείγμα ήταν 90 ασθενείς συνολικά. Το μέγεθος του δείγματος είναι 71 ασθενείς (N=71). 19 ασθενείς αρνήθηκαν κατηγορηματικά να πάρουν μέρος στην έρευνα παρόλο που είχαν ενημερωθεί για την ανωνυμία και την τήρηση εμπιστευτικότητας των δεδομένων και την χρησιμοποίησή τους μόνο για την ακαδημαϊκή κοινότητα (Φόρμα ενημέρωσης ασθενών, **Παράρτημα III**). Το ποσοστό της άρνησης ήταν ίδιο περίπου και στις τρεις μονάδες. Οι λόγοι άρνησης στην πλειοψηφία ήταν προσωπικοί.

Οι ιδιωτικές κλινικές που συμμετείχαν στην έρευνα είναι:

1. Κλινική SPECIMED στο Λουτράκι, Κορινθίας
2. ΠΡΩΤΥΠΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ, Αττική
3. MESOGEIOS, Νεφρολογικό Κέντρο, Αττική

6.2 Διαδικασία

Η προσέγγιση των ασθενών πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης, η οποία ενημέρωνε τον ασθενή προφορικά και εγγράφως με ειδική φόρμα ενημέρωσης σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης καθώς ζητούσε την συγκατάθεση κάθε ασθενή που συμφωνεί να συμμετάσχει στην μελέτη. Ακολουθήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που κυμάνθηκε γύρω στα δέκα λεπτά της ώρας. Κάθε ερωτηματολόγιο ταξινομήθηκε με αύξοντα αριθμό. Ακολούθως τα δεδομένα εισάχθηκαν στο στατιστικό σύστημα για ανάλυση. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0. Το πρόγραμμα αυτό επιτρέπει την καταχώρηση απεριόριστων αριθμών, μεταβλητών και έχει την δυνατότητα να πραγματοποιήσει μεγάλο αριθμό συνδυασμών μεταξύ των μεταβλητών και επίσης να κάνει όλους τους δυνατούς στατιστικούς ελέγχους.

6.3 Δομή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη περιλαμβάνει:

A. Δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επαγγελματική κατάσταση, έτη αιμοκάθαρσης και σύννοδες νόσους.

B. Την ελληνική έκδοση του World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τους ακόλουθους ευρύτερους τομείς: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Αξιολογεί τις αντιλήψεις του ατόμου στο πλαίσιο της κουλτούρας του και τα συστήματα αξιών, τους προσωπικούς στόχους, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: (α) στη διατροφή, (β) στην ικανοποίηση από την εργασία, (γ) στην οικιακή ζωή και (δ) στην κοινωνική ζωή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης Ποιότητας Ζωής (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003).

Γ. Την ελληνική έκδοση της κλίμακας ύπνου του Epworth (GR-ESS), η οποία περιέχει ερωτήσεις για τον βαθμό υπνηλίας κατά την διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων π.χ. τον βαθμό υπνηλίας όταν ο ασθενής: κάθεται και διαβάζει, παρακολουθεί τηλεόραση, κάθεται χωρίς δραστηριότητα σε δημόσιο χώρο, σαν συνοδός αυτοκινήτου για απόσταση μιας ώρας χωρίς διάλειμμα κ.α. Είναι μεταφρασμένη στα Ελληνικά, έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και είναι πολύ απλή στην εφαρμογή της. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις με βαθμολογία 0 έως 3. Συνολικό άθροισμα μεγαλύτερο από 10 είναι ένδειξη μέτριου ή σοβαρού βαθμού υπνηλίας κατά την ημέρα (Tsara et al, 2004).

Δ. Την ελληνική έκδοση του δείκτη ποιότητας του Pittsburgh (GR-PSQI), αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο, που περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα του ύπνου και τη διακύμανση που παρατηρείται τον τελευταίο μήνα. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου καταγράφουν σκορ σχετικά με ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου, τη διάρκεια του ύπνου και το σύνολο των ωρών ύπνου ημερησίως, τις συνήθειες ύπνου, τις δυσκολίες στον ύπνο και τη πιθανή χρήση υπνωτικών φαρμάκων. Το σκορ του ερωτηματολογίου αποτελεί χρήσιμο οδηγό για τους επαγγελματίες υγείας, σκιαγραφώντας το βαθύτερο νόημα των διαταραχών στις συνήθειες του ύπνου (Kotronoulas et al, 2011).

Η ερευνήτρια, κατόπιν αιτήσεώς της, αδειοδοτήθηκε για τη χρήση των ελληνικών εκδόσεων των παραπάνω ερωτηματολογίων από τους υπεύθυνους συγγραφείς - ερευνητές. Αναλυτικά, για:

- Την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου World Health Organization Quality of Life, από την Κλινική Ψυχολόγο κα Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση, με ημερομηνία έγκρισης του ερωτηματολογίου, τον Ιούνιο του 2012.
- Την ελληνική έκδοση ερωτηματολογίου της κλίμακας Epworth, από την κα Βενετία Τσάρα, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής και Ιατρείου Ύπνου, με ημερομηνία έγκρισης τον Αύγουστο του 2011.
- Την ελληνική έκδοση ερωτηματολογίου του Pittsburgh από την κα Έλσα Πατηράκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, με ημερομηνία έγκρισης τον Οκτώβριο του 2011.

6.4 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), διάμεσου (median) και μέσης τιμής (mode), καθώς επίσης και οι δείκτες μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης (σ) και τυπικού σφάλματος (stddev). Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA.

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές γραμμικές συσχετίσεις ($r > 0$).

Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από $r = 0.1 - 0.3$, μέτριες όταν κυμαίνεται από $r = 0.31 - 0.5$ και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από $r = 0.5$.

Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0. Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

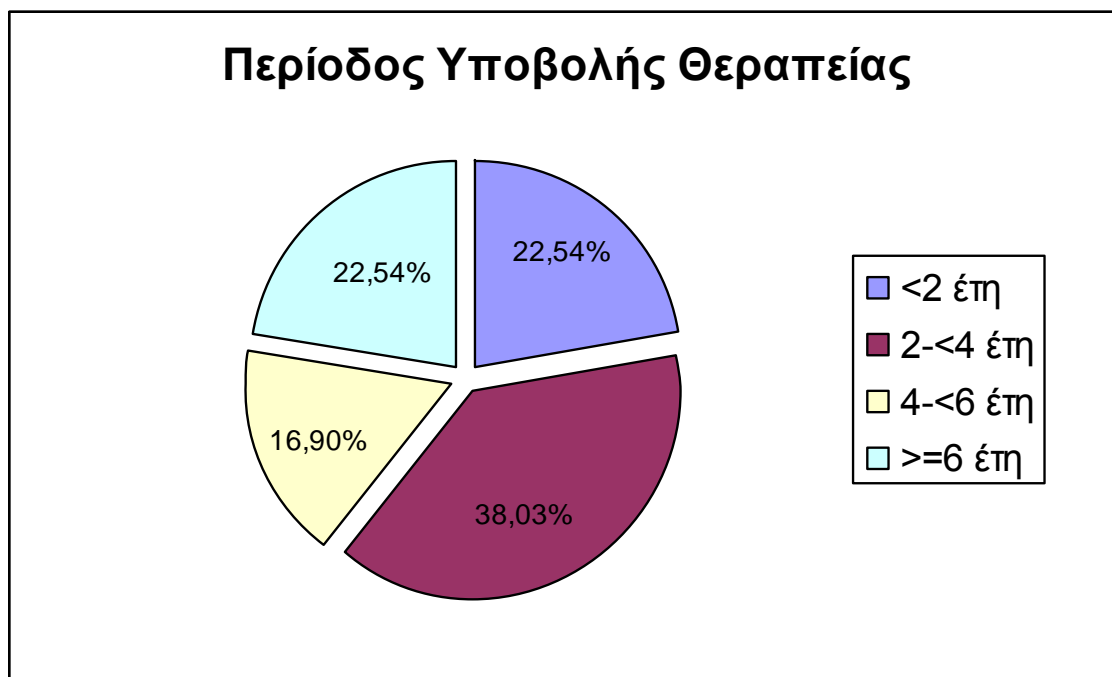
Το δείγμα αποτελείται από 71 άτομα, 56 άντρες (78.87%) και 15 γυναίκες (21.13%), με την πλειοψηφία να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα >60 ετών. Στον **Πίνακα 12** που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν βασική και μέση εκπαίδευση (39.44% και 33,80% αντίστοιχα), ήταν έγγαμοι (66.20%), ενώ το 39.44% εξ αυτών είχαν δύο παιδιά ($n=28$) και το 87.32% ζούσε με άλλους ($n=62$). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (81.69%) δεν εργάζονταν καθόλου ($n=58$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτη

		N	%
Φύλο	Άνδρες	56	78.87
	Γυναίκες	15	21.13
Ηλικία	<=30	2	2.82
	31-40	8	11.27
	41-50	9	12.68
	51-60	18	25.35
	>60	34	47.89
Εκπαίδευση	Βασική	28	39.44
	Μέση	24	33.80
	Ανώτερη	7	9.86
	Ανώτατη	12	16.90
Οικογενειακή	Άγαμος /η	12	16.90
	Έγγαμος /η	47	66.20
	Διαζευγμένος /η	6	8.45
	Χήρος /α	6	8.45
	Συζεί	0	0.00
Αριθμός παιδιών	Κανένα	15	21,13
	Ένα	18	25,35
	Δύο	28	39,44
	Τρία	9	12,68
	>3	1	1,41
Ζείτε	Μόνος	9	12,68
	Με άλλους	62	87,32
Εργασία	Πλήρης απασχόληση	6	8,45
	Μερική απασχόληση	4	5,63
	Περιστασιακά	3	4,23
	Καθόλου	58	81,69

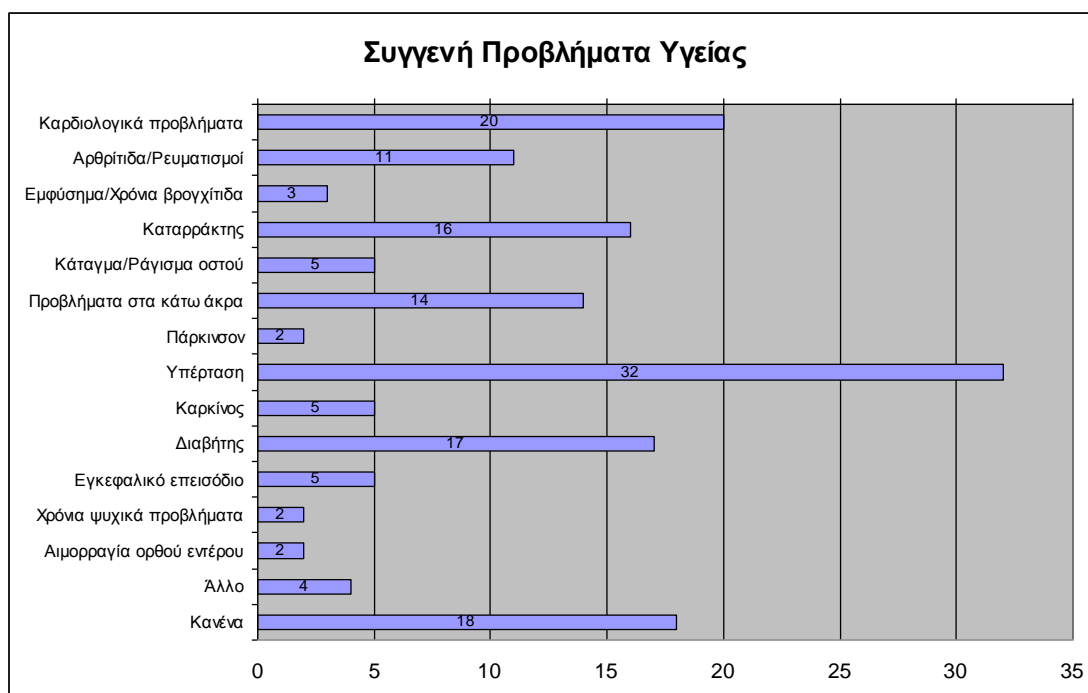
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποβάλλεται σε θεραπεία για διάστημα 2 έως λιγότερο των 4 ετών, με το ποσοστό να φτάνει το 38.03%. Στο **Γράφημα 1** παρουσιάζεται η χρονική περίοδος υποβολής θεραπείας των συμμετεχόντων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Χρόνος υποβολής σε θεραπεία



Σχετικά με τα συγγενή προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων, υψηλό ποσοστό (45.07%) αντιμετωπίζουν προβλήματα υπέρτασης και καρδιολογικά προβλήματα (28%). Ακολουθούν ο καταρράκτης και ο διαβήτης, η χρόνια βρογχίτιδα, το πάρκινσον, ο καρκίνος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, τα χρόνια ψυχικά προβλήματα και η αιμορραγία ορθού εντέρου. Μόνο το 25.35% των συμμετεχόντων δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας, ενώ υπήρξαν τέσσερις μεμονωμένες περιπτώσεις που αναφέρθηκαν ως συγγενή προβλήματα οι συχνοί πονοκέφαλοι, η λευχαιμία, το αλτσχάιμερ καθώς και η άνοια. Στο **Γράφημα 2** που ακολουθεί περιγράφονται τα συγγενή προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων το τελευταίο διάστημα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Συγγενή προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν το τελευταίο διάστημα οι συμμετέχοντες



Σχέση του χρόνου θεραπείας με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του χρόνου θεραπείας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με το φύλο και την ηλικία. Αντιθέτως, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις του χρόνου θεραπείας ανάλογα με την εργασία των συμμετεχόντων, όπως αποτυπώνεται στον **Πίνακα 13**.

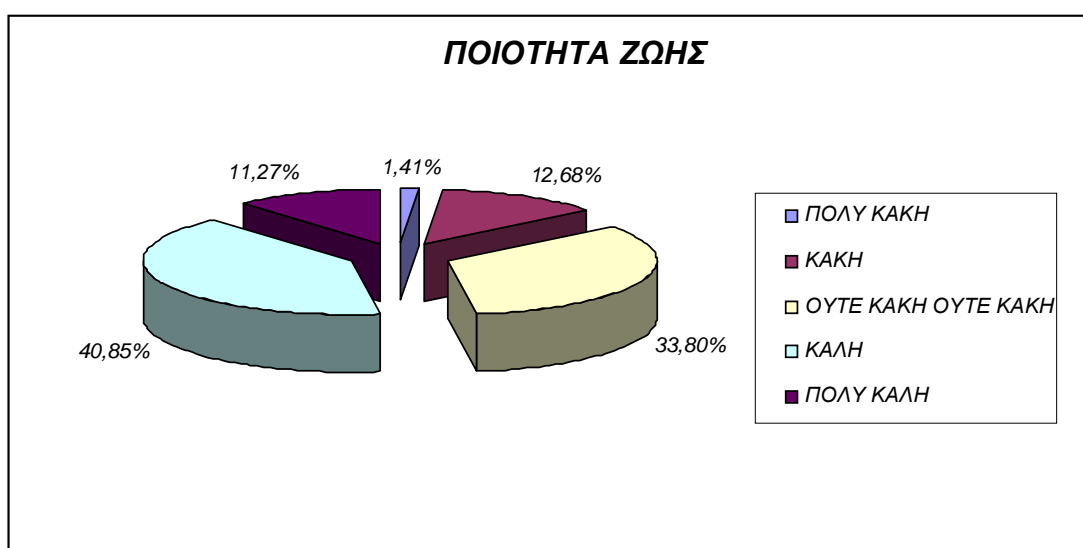
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Σχέση μεταξύ του χρόνου θεραπείας με την εργασία των συμμετεχόντων

		Υποβολή θεραπείας								ANOVA
		<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥ 6 έτη		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Εργασία	Πλήρης απασχόληση	1	16.67	5	83.33	0	0	0	0	0.057
	Μερική απασχόληση	1	25.00	2	50.00	1	25.00	0	0	
	Περιστασιακά	0	0	2	66.67	0	0	1	33.33	
	Καθόλου	14	24.14	18	31.03	11	18.97	15	25.86	

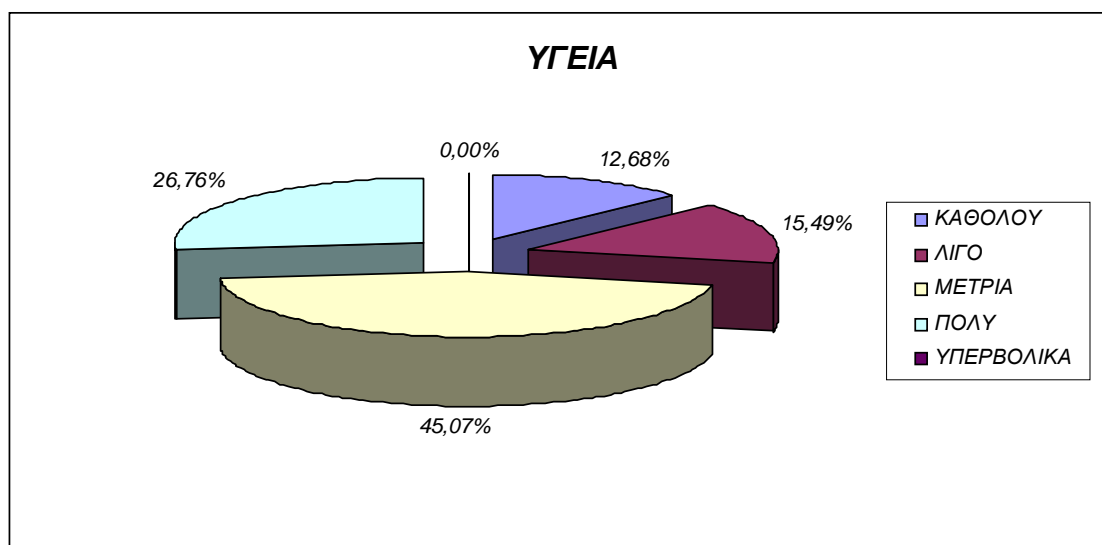
7.2 Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής

Σχετικά με την ΠΖ των συμμετεχόντων στο σύνολό της και την κατάσταση της υγείας τους, το 40,85% (n=29) των συμμετεχόντων αξιολογούν ως καλή την ΠΖ τους στο σύνολό της, όπως φαίνεται στο **Γράφημα 3** και το 45,07% (n=32) των συμμετεχόντων αξιολογεί μέτρια την υγεία του το τελευταίο διάστημα, όπως φαίνεται στο **Γράφημα 4**.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στο σύνολό της



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στο σύνολό της



Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ΠΖ αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως η σωματική και ψυχική υγεία, το περιβάλλον και οι προσωπικές σχέσεις, οι οποίες καθορίζουν την ΠΖ του ατόμου. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο, εξετάζουν σε ποιο βαθμό οι συμμετέχοντες βιώνουν μια κατάσταση, καθώς επίσης και σε ποιο βαθμό έχουν την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνουν μια κατάσταση με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων. Για τις ανάγκες της έρευνας, το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε με βάση τέσσερις διαστάσεις:

- Σωματική διάσταση
- Ψυχική διάσταση
- Περιβάλλον
- Κοινωνικές σχέσεις

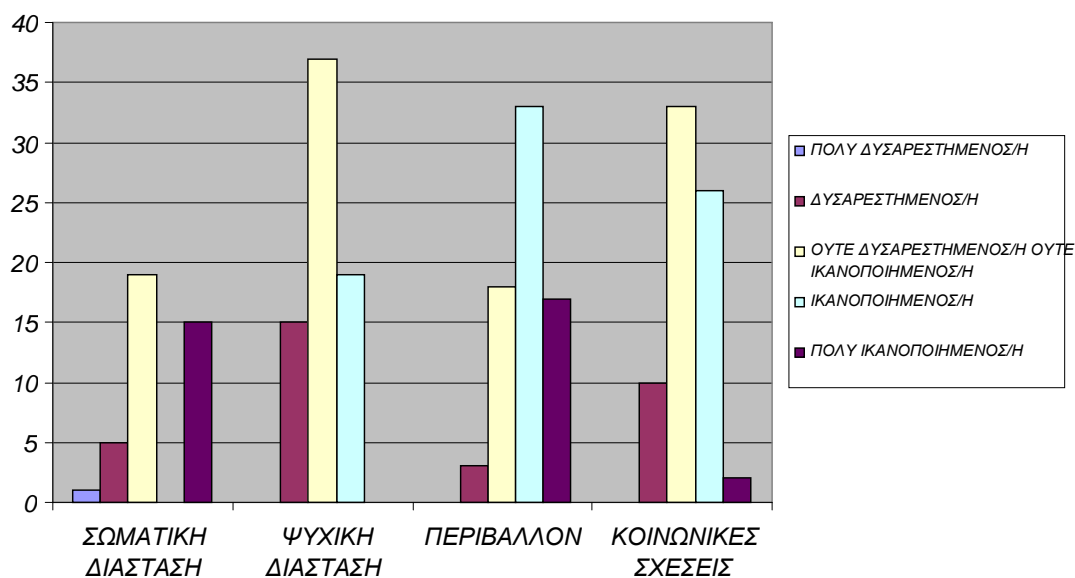
Σε κάθε επιμέρους θεματολογία ερωτήσεων, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τις παραπάνω διαστάσεις, έτσι ώστε να αξιολογηθούν και να παραχθούν συμπεράσματα που αφορούν την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων στο σύνολό της, αλλά κάτω από ιδιαίτερα σημαντικές διαστάσεις της ζωής τους.

Σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής τους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αξιολογεί με μέτριο και ικανοποιητικό βαθμό τη

σωματική (87.33%) και ψυχική του υγεία (80.02%), καθώς και το περιβάλλον που καθορίζει την ποιότητα ζωής του (87.32%).

Σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης σε διάφορες πλευρές της ζωής των συμμετεχόντων, όπως διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι κ.λ.π., καθώς και τη συχνότητα με την οποία νιώθουν ορισμένα συναισθήματα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων, η πλειοψηφία δηλώνει μέτριο βαθμό ικανοποίησης αναφορικά με την σωματική και ψυχική διάσταση της ζωής του, και με το επίπεδο των προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσει, καθώς και με παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον στο οποίο συναναστρέφεται, όπως φαίνεται στο **Γράφημα 5**.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων σε διάφορες διαστάσεις της ζωής τους



7.3 Ερωτηματολόγιο μελέτης ύπνου (Κλίμακα Epworth)

Σύμφωνα με το δείγμα της μελέτης, μετρήθηκαν τα συνολικά σκορ για κάθε συμμετέχοντα για την αξιολόγηση του βαθμού υπνηλίας κατά τη διάρκεια της

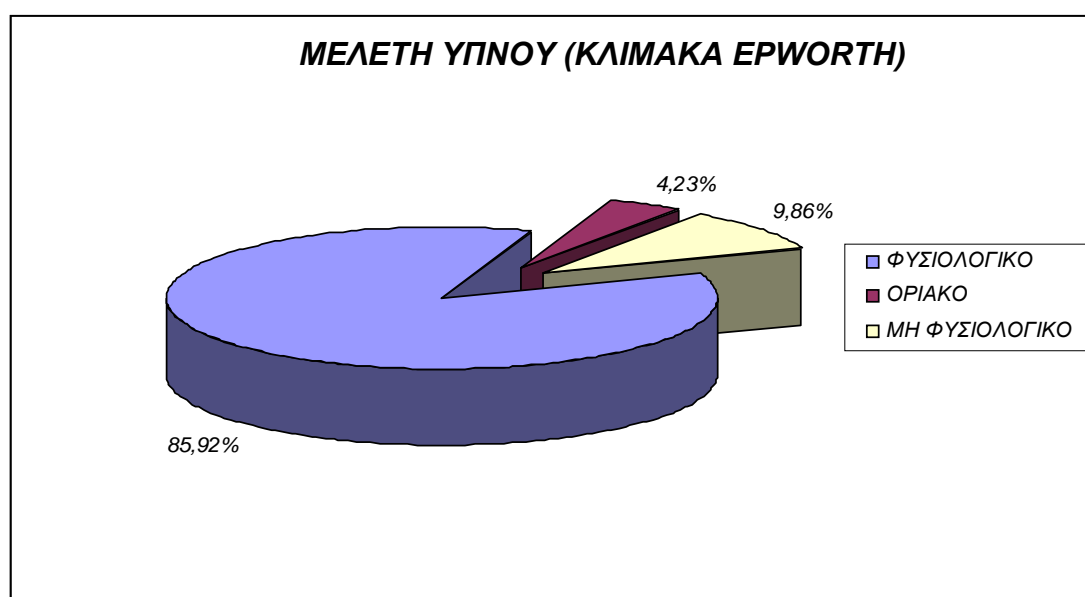
ημέρας. Διαμορφώθηκαν τρεις (3) κλίμακες μελέτης ύπνου, όπως δείχνει ο **Πίνακας 14**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Κλίμακες μελέτης ύπνου κατά Erworth

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
0 – 9	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ
10 – 12	ΟΡΙΑΚΟ
12 – 24	ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ

Σχετικά με το βαθμό υπνηλίας των συμμετεχόντων, το 85,92% παρουσίασε φυσιολογικό βαθμό υπνηλίας, καθώς η συνολική ένδειξη κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, σύμφωνα με τις κλίμακες μελέτης ύπνου κατά Erworth. Αναλυτικά τα αποτελέσματα περιγράφονται στο **Γράφημα 6**.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Βαθμός υπνηλίας των συμμετεχόντων σύμφωνα με την κλίμακα μελέτης ύπνου κατά Erworth



7.4 Ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου Pittsburgh (GR-PSQI)

Σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων καταγράφονται στους **Πίνακες 15 και 16**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Συνήθειες ύπνου των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα

		N	%
Τι ώρα πηγαίνατε συνήθως για ύπνο το βράδυ;	Πριν τις 24:00	31	43.66
	00:00 και μετά	40	56.34
Πόσο χρόνο (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να αποκοιμηθείτε κάθε βράδυ; -59'	Λιγότερο από 60'	56	78.87
	60' και πάνω	15	21.13
Τι ώρα σηκωνόσασταν συνήθως το πρωί;	Πριν 07:00	26	36.62
	07:00 και μετά	45	63.38
Πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά τη νύχτα; (Αυτό μπορεί να είναι διαφορετικό από τον αριθμό των ωρών που ξοδέψατε στο κρεβάτι)	Λιγότερο από 6	33	46.48
	6 και μετά	38	53.52

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Συνήθειες ύπνου των συμμετεχόντων σχετικά με ώρα και διάρκεια ύπνου τον τελευταίο μήνα

	MIN	MAX	MEAN
ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΥΠΝΟΥ	21:00	06:00	22:45
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΠΤΩΝ	1.50	180	35.99
ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΕΓΕΡΣΗΣ	01:30	10:00	07:05
ΩΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΥΠΝΟΥ ΑΝΑ ΝΥΧΤΑ	3	9	5.76

Όσον αφορά τη συχνότητα των προβλημάτων των συμμετεχόντων κατά τον ύπνο τους τον τελευταίο μήνα, στον **Πίνακα 17** περιγράφονται διάφορες αιτιακές καταστάσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Συχνότητα των προβλημάτων του ύπνου των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα

	ΟΧΙ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ		ΜΙΑ Ή ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ		ΤΡΕΙΣ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά;	18	25.35	15	21.13	16	22.54	22	30.99
Ξυπνούσατε στη μέση της νύχτας ή νωρίς το πρωί;	10	14.08	9	12.68	21	29.58	31	43.66
Χρειαζόταν να σηκωθείτε για να χρησιμοποιήσετε την τουαλέτα;	28	39.44	11	15.49	17	23.94	15	21.13
Δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε άνετα;	49	69.01	7	9.86	9	12.68	6	8.45
Βήχατε ή ροχαλίζατε δυνατά;	44	61.97	11	15.49	7	9.86	9	12.68
Αισθανόσασταν υπερβολικό κρύο;	58	81.69	8	11.27	4	5.63	1	1.41
Αισθανόσασταν υπερβολική ζέστη;	26	36.62	12	16.90	11	15.49	22	30.99
Βλέπατε άσχημα όνειρα;	40	56.34 %	14	19.72	12	16.90	5	7.04
Πονούσατε;	39	54.93	12	16.90	12	16.90	8	11.27
Άλλος λόγος (ή άλλοι λόγοι)	14	58.33	0	0	5	20.83	5	20.83

Άλλοι λόγοι που οι συμμετέχοντες ορίζουν ως προβλήματα στον ύπνο τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα είναι το άγχος σε ποσοστό 9.86% και ακολουθούν ο θόρυβος, τα οικογενειακά προβλήματα, ο τρόμος και ο πανικός, η ζέστη, οι πόνοι μετά την αιμοκάθαρση και το χρονικό διάστημα μετά την αιμοκάθαρση.

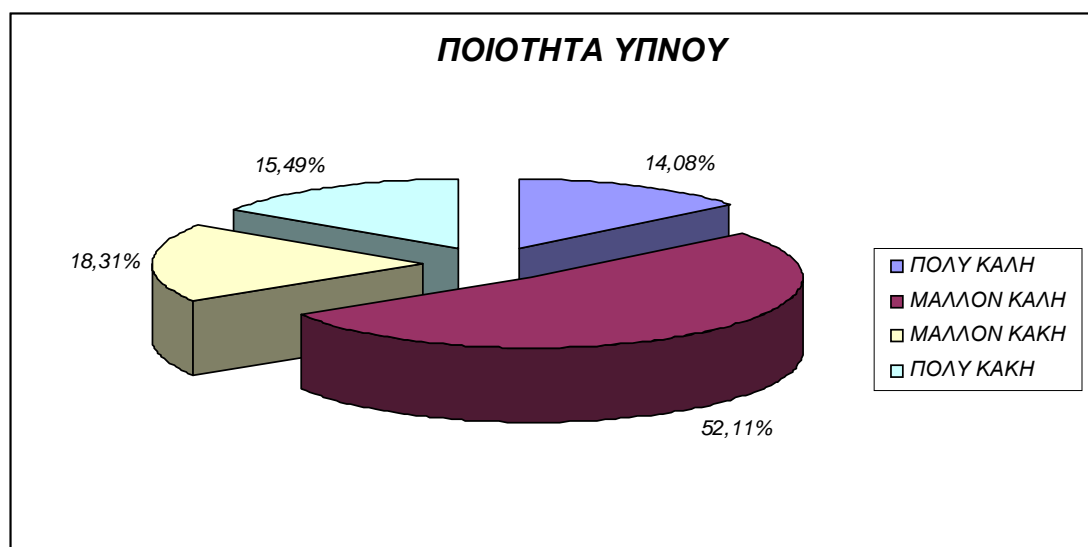
Σχετικά με την πιθανή χρήση υπναγωγών φαρμάκων, δυσκολίες και προβλήματα που αφορούν την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα, το 76.06% του δείγματος δεν έκαναν χρήση υπναγωγών φαρμάκων, ενώ το 53.42% παρουσίασε πρόβλημα στην ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων του, όπως φαίνεται στον **Πίνακας 18**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Πιθανή χρήση υπναγωγών φαρμάκων, δυσκολίες και προβλήματα που αφορούν την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα

		N	%
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	54	76.06
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	4	5.63
	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	3	4.23
	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	10	14.08
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος/α ενώ οδηγούσατε, τρώγατε ή συμμετείχατε σε μια κοινωνική δραστηριότητα;	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	61	85.92
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	3	4.23
	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	5	7.04
	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	2	2.82
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, κατά πόσο ήταν πρόβλημα για εσάς να διατηρήσετε αρκετό ενθουσιασμό για να κάνετε πράγματα και να ολοκληρώσετε δραστηριότητες;	Καθόλου πρόβλημα	27	38.03
	Μόνο ένα μικρό πρόβλημα	21	29.58
	Αρκετό πρόβλημα	17	23.94
	Πολύ μεγάλο πρόβλημα	6	8.45

Σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, το 66,19% των συμμετεχόντων βαθμολογεί ως πολύ καλή/μάλλον καλή την ποιότητα του ύπνου του, όπως φαίνεται στο **Γράφημα 7**. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 14,08% αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του ως πολύ κακή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα



7.5 Σχέσεις και συσχετίσεις

Σχέση των συγγενών προβλημάτων υγείας με το φύλο, την ηλικία και το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

Σε κάθε κατηγορία συγγενών προβλημάτων υγείας, ενώ παρατηρούνται σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στους άντρες (και σε απόλυτα νούμερα), δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο φύλο και τον αριθμό των συγγενών προβλημάτων υγείας των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 19**. Όσον αφορά τη σχέση συγγενών προβλημάτων υγείας με την ηλικία των συμμετεχόντων, στον **Πίνακα 20** φαίνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά εμφάνισης συγγενών προβλημάτων υγείας στις

μεγαλύτερες ηλικίες (άνω των 60 ετών), ενώ στους ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κανένα συγγενές πρόβλημα υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρεται στις μεγαλύτερες ηλικίες άνω των 60 ετών. Τα πιο συχνά προβλήματα που καταγράφηκαν στους συμμετέχοντες είναι η υπέρταση, τα καρδιολογικά προβλήματα, ο διαβήτης και ο καταρράκτης στους οφθαλμούς. Στο πρόβλημα της υπέρτασης το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά χρονικό διάστημα 2 έως <4 ετών, για τα καρδιολογικά προβλήματα το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στο διάστημα ≥ 6 ετών, στο διαβήτη το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά διάστημα <2 ετών, ενώ στο πρόβλημα του καταρράκτη παρατηρείται πλήρης ισορροπία σε σχέση με το διάστημα υποβολής θεραπείας. Συνοπτικά, τα περισσότερα συγγενή προβλήματα υγείας παρατηρούνται στο μικρότερο χρονικό διάστημα θεραπείας (<2 ετών), ενώ τα λιγότερα παρουσιάζονται στο διάστημα υποβολής θεραπείας 4 - <6 ετών. Το ποσοστό εμφάνισης συγγενών προβλημάτων υγείας, όπως ήταν αναμενόμενο, αυξάνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Για ηλικίες έως 30 ετών παρατηρείται σχεδόν μηδενική εμφάνιση συγγενών προβλημάτων υγείας, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες των 51-60 ετών και άνω των 60 ετών αντίστοιχα.

Πίνακας 19. Αριθμός συγγενών προβλημάτων υγείας ανά φύλο

	Φύλο			
	Ανδρας		Γυναίκα	
	N	%	N	%
Κανένα	15	83,33	3	16,67
Ένα	15	78,95	4	21,05
Δύο	6	60,00	4	40,00
Τρία	9	75,00	3	25,00
Τέσσερα	4	80,00	1	20,00
Πέντε	3	100,00	0	0
Έξι	3	100,00	0	0
Άνω των έξι	1	100,00	0	0

Πίνακας 20. Αριθμός συγγενών προβλημάτων υγείας ανά ηλικία

	Ηλικία									
	Έως 30 ετών		31-40 ετών		41-50 ετών		51-60 ετών		Άνω 60 ετών	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Κανένα	2	11.11	3	16.67	4	22.22	1	5.56	8	44.44
Ένα	0	0	4	21.05	2	10.53	8	42.11	5	26.32
Δύο	0	0	0	0	2	20.00	5	50.00	3	30.00
Τρία	0	0	1	8.33	1	8.33	3	25.00	7	58.33
Τέσσερα	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100.00
Πέντε	0	0	0	0	0	0	1	33.33	2	66.67
Έξι	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100.00
Άνω των έξι	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.00

Σχέση της ποιότητας ζωής με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων παρουσιάζει μια ουδέτερη/καλή στάση, με μικρά αρνητικά ποσοστά. Σε κάθε ηλικιακή κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής ως πολύ καλή, παρουσιάζοντας συνολικά μια ιδιαίτερα θετική αντίληψη και στάση σχετικά με την ποιότητα ζωής (**Πίνακας 21**).

Πίνακας 21. Σχέση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ												
		Πολύ κακή		Κακή		Ούτε κακή ούτε καλή		Καλή		Πολύ καλή		ANOVA
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρες	1	1.79	6	10.71	18	32.14	25	44.64	6	10.71	0.489
	Γυναίκες	0	0	3	20.00	6	40.00	4	26.67	2	13.33	
Ηλικία	<=30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.00	0.698
	31-40	0	0	1	11.11	2	22.22	2	22.22	4	44.44	
	41-50	1	4.17	5	20.83	3	12.50	7	29.17	8	33.33	
	51-60	1	3.45	2	6.90	3	10.34	8	27.59	15	51.72	
	>60	0	0	0	0	1	12.50	1	12.50	6	75.00	

Σχέση της ικανοποίησης της υγείας με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 22 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του βαθμού ικανοποίησης της υγείας των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία. Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές και η ικανοποίηση με την υγεία φαίνεται να είναι μέτρια, ανεξάρτητα του φύλου των συμμετεχόντων, ενώ παρουσιάζει αυξητικές τάσεις όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Σχέση μεταξύ της ικανοποίησης υγείας των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		Ικανοποίηση υγείας										ANOVA
		Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Υπερβολικά		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρες	8	14.29	5	8.93	27	48.21	16	28.57	0	0	0.386
	Γυναίκες	1	6.67	6	40.00	5	33.33	3	20.00	0	0	
Ηλικία	≤30	1	11.11	2	22.22	2	22.22	2	22.22	2	22.22	0.188
	31-40	0	0	1	9.09	3	27.27	1	9.09	6	54.55	
	41-50	1	3.13	5	15.63	1	3.13	11	34.38	14	43.75	
	51-60	0	0	0	0	3	15.79	4	21.05	12	63.16	
	>60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Σχέση της πιθανότητας ύπνου με το φύλο των συμμετεχόντων

Σχετικά με την πιθανότητα ύπνου των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο τους, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Με βάση όμως τις κλίμακες μελέτης ύπνου (συνολικά αλλά και επιμέρους), οι άντρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βαθμού υπνηλίας σε σχέση με τις γυναίκες, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 23**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Σχέση μεταξύ πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με το φύλο τους

Κλίμακες Μελέτης Ύπνου	Φύλο				ANOVA
	Άνδρας		Γυναίκα		
	N	%	N	%	
Φυσιολογικό	49	80.33	12	19.67	0.513
Οριακό	2	66.67	1	33.33	
Μη Φυσιολογικό	5	71.43	2	28.57	

Σχέση της πιθανότητας ύπνου με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 24, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην πιθανότητα ύπνου σε σχέση με τον χρόνο θεραπείας. Με βάση τις κλίμακες μελέτης ύπνου, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσιάζει φυσιολογικό βαθμό υπνηλίας, ο οποίος είναι υψηλότερος για τους ασθενείς με χρονικό διάστημα υποβολής θεραπείας 2-<4 έτη. Για τους μακροχρόνια ασθενείς, δεν υπήρξε κάποιος με οριακό βαθμό υπνηλίας, ενώ μόλις τρεις περιπτώσεις παρουσίασαν μη φυσιολογικό βαθμό υπνηλίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Σχέση της πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με τον χρόνο θεραπείας του

Κλίμακες Μελέτης Ύπνου	Υποβολή θεραπείας								ANOVA
	<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥6 έτη		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φυσιολογικό	14	22.95	24	39.34	10	16.39	13	21.31	0.793
Οριακό	1	33.33	0	0	2	66.67	0	0	
Μη Φυσιολογικό	1	14.29	3	42.86	0	0	3	42.86	

Σχέση της πιθανότητας ύπνου και της διάρκειας ύπνου με την ηλικία των συμμετεχόντων

Σχετικά με την πιθανότητα ύπνου των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία τους, με βάση τις κλίμακες μελέτης ύπνου, η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφανίζει φυσιολογικό βαθμό υπνηλίας, ο οποίος αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία τους, εύρημα που δεν παρουσιάζει ωστόσο στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για τους συμμετέχοντες που παρουσίασαν μη φυσιολογικό βαθμό υπνηλίας, το υψηλότερο ποσοστό αναφέρεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας (άνω των 60 ετών) (Πίνακας 25). Δεν παρατηρούνται όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων. Σε κάθε περίπτωση, παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά όσο αυξάνεται η ηλικία κάθε συμμετέχοντα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Σχέση μεταξύ πιθανότητας ύπνου των συμμετεχόντων με την ηλικία τους

Κλίμακες Μελέτης Ύπνου	Ηλικία										ANOVA
	Έως 30		31 – 40		41 – 50		51 – 60		Άνω 60		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φυσιολογικό	2	3.28	7	11.48	7	11.48	16	26.23	29	47.54	0.940
Οριακό	0	0	0	0	2	66,67	1	33,33	0	0	
Μη Φυσιολογικό	0	0	1	14.29	0	0	1	14.29	5	71.73	

Σχέση της διάρκειας του ύπνου με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

Όσον αφορά τη σχέση της πραγματικής διάρκειας ύπνου των συμμετεχόντων με το χρόνο θεραπείας τους, φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, στην χρονοκλίμακα κάτω των 5 ωρών, το υψηλότερο ποσοστό διάρκειας ύπνου παρουσιάζεται στους μακροχρόνια ασθενείς, ενώ για την μεγαλύτερη διάρκεια ύπνου το υψηλότερο ποσοστό παρουσιάζεται στους ασθενείς με το μικρότερο χρονικό διάστημα υποβολής θεραπείας, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 26**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Σχέση μεταξύ της πραγματικής διάρκειας ύπνου των συμμετεχόντων με το χρόνο θεραπείας τους

		Υποβολή θεραπείας								ANOVA
		<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥6 έτη		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά τη νύχτα;	<5 ώρες	3	18.75	0	0	6	37.50	7	43,75	0.76
	5 – <6 ώρες	8	29.63	9	33.33	7	25.93	3	11,11	
	6 – <7 ώρες	2	16.67	4	33.33	4	33.33	2	16,67	
	≥7ώρες	3	18.75	4	25.00	5	31.25	4	25,00	

Σχέση της λήψης υπναγωγών φαρμάκων με την ηλικία των συμμετεχόντων και με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

Η λήψη υπναγωγών φαρμάκων παρατηρείται στις ηλικίες 31-40 ετών, με μικρή αύξηση για τις μεγαλύτερες ηλικίες. Η μεγαλύτερη συχνότητα λήψης υπναγωγών φαρμάκων παρατηρείται στις πιο μεγάλες ηλικίες (άνω των 50 ετών). Σε γενικές γραμμές, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα της συχνότητας λήψης φαρμάκων σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 27**. Αντίθετα, σχετικά με τη σχέση της λήψης υπναγωγών φαρμάκων σε σχέση με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων, σε κάθε κατηγορία συχνότητας λήψης φαρμάκων παρατηρούνται συντριπτικά υψηλά ποσοστά για τους ασθενείς με το μικρότερο χρόνο θεραπείας (κάτω των 2 ετών), όπως χαρακτηριστικά φαίνεται στον **Πίνακα 28**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Σχέση μεταξύ λήψης φαρμάκων και ηλικίας των συμμετεχόντων

		Ηλικία										ANOVA
		Έως 30		31 – 40		41 – 50		51 – 60		Άνω 60		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	2	3.70	6	11.11	7	12.96	12	22.22	27	50.00	0.581
	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	0	0	2	50.00	0	0	1	25.00	1	25.00	
	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	0	0	0	0	2	66.67	0	0	1	33.33	
	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	0	0	0	0	0	0	5	50.00	5	50.00	

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Σχέση μεταξύ της συχνότητας λήψης υπναγωγών φαρμάκων με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

		Υποβολή θεραπείας								ANOVA
		<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥ 6 έτη		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;	Όχι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες	14	87.50	0	0	0	0	2	12.50	0.850
	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	20	74.07	1	3.70	2	7.41	4	14.81	
	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	9	75.00	1	8.33	1	8.33	1	8.33	
	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	11	68.75	2	12.50	0	0	3	18.75	

Σχέση της ποιότητας του ύπνου με την ηλικία και το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην της ποιότητας του ύπνου με την ηλικία των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι ασθενείς κάτω των 50 ετών χαρακτηρίζουν την ποιότητα του ύπνου τους καλή, ενώ οι ασθενείς άνω των 50 ετών χαρακτηρίζουν την ποιότητα του ύπνου τους μάλλον κακή ή πολύ κακή. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι χαρακτηρισμοί της ποιότητας ύπνου ποικίλλουν καθώς συναντώνται ιδιαίτερα μεγάλα ποσοστά για κάθε κλίμακα. Ωστόσο, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα αποτελέσματα της ποιότητας του ύπνου ανάλογα με το χρόνο θεραπείας των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 29**. Πιο συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με μικρό χρονικό διάστημα θεραπείας, η ποιότητα του ύπνου χαρακτηρίζεται καλή/πολύ καλή, ενώ για τους μακροχρόνια ασθενείς η ποιότητα του ύπνου χαρακτηρίζεται περισσότερο ως κακή/πολύ κακή, ιδιαίτερα στους ασθενείς με χρονικό διάστημα υποβολής θεραπείας 2-<4 έτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Σχέση μεταξύ ποιότητας ύπνου και χρόνου θεραπείας των συμμετεχόντων

		Υποβολή θεραπείας								ANOVA
		<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥6 έτη		
Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς		N	%	N	%	N	%	N	%	0.024
	Πολύ καλή	6	60.00	2	20.00	2	20.00	0	0	
	Μάλλον καλή	9	24.32	13	35.14	5	13.51	10	27.03	
	Μάλλον κακή	0	0	9	69.23	1	27.27	3	23.08	
	Πολύ κακή	1	9.09	3	27.27	4	36.36	3	27.27	

Σχέση της ποιότητας ζωής με ποιότητα ύπνου των συμμετεχόντων

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα στατιστικά αποτελέσματα της ΠΖ σε σχέση με την ποιότητα του ύπνου, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 30**. Για τους ασθενείς με καλή/πολύ καλή ΠΖ, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αξιολογεί θετικά την ποιότητα του ύπνου τους. Υψηλά ποσοστά ΠΖ παρουσιάζονται επίσης, και για τους ασθενείς με χαμηλό βαθμό αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου. Δεν παρατηρούνται επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαστάσεων της ΠΖ και της Κλίμακας μελέτης των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 31**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής με την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών

		Ποιότητα ζωής										ANOVA
		Πολύ κακή		Κακή		Ούτε κακή ούτε καλή		Καλή		Πολύ καλή		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	0.005
Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριάντα (30) ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς	Πολύ καλή	0	0	0	0	2	2000	5	50.00	3	30.00	
	Μάλλον καλή	0	0	3	8.11	13	35.14	17	45.95	4	10.81	
	Μάλλον κακή	1	7.69	1	7.69	5	38.46	5	38.46	1	7.69	
	Πολύ κακή	0	0	5	45.45	4	36.36	2	18.18	0	0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Σχέση μεταξύ των κλιμάκων μελέτης του ύπνου και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (N=61)		ΟΡΙΑΚΟ (N=3)		ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (N=7)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Σωματική	3.27	.449	3.75	.250	3.25	.456	.188
Ψυχική διάσταση	3.07	.631	3.14	.096	2.69	.526	.296
Περιβάλλον	3.48	.602	3.83	.167	3.12	.542	.174
Κοινωνικές σχέσεις	3.19	.735	3.39	.419	2.98	.495	.660

Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν την ποιότητα ζωής στο σύνολό της, την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα του ύπνου

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν την ΠΖ στο σύνολό της, την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος κατά Pearson για τη γραμμικής φύσεως σχέση που μπορεί να συνδέει τις ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές. Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής συσχέτισης είναι από -1 έως +1. Αρνητικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης σημαίνει ότι έχουμε την ύπαρξη αρνητικής γραμμικής συσχέτισης. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μικρότερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Θετικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι ένδειξη θετικής γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μεγαλύτερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Τιμές κοντά στο μηδέν αποτελούν ένδειξη ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Όσο πιο μεγάλες είναι οι τιμές του συντελεστή, ή όσο πιο κοντά βρίσκονται στη μονάδα (σε απόλυτη τιμή πάντα), τόσο πιο ισχυρή είναι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 32**, παρατηρείται υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ΠΖ και τον βαθμό ικανοποίησης της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων. Αυτό σημαίνει ότι όσο καλύτερα αξιολογούν την ΠΖ τους οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερη ικανοποίηση νιώθουν με την κατάσταση της υγείας τους ($p < 0.05$). Όλες οι συνάφειες (R) είναι στατιστικώς σημαντικές (1^η στήλη), εφόσον το $p < 0,05$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Συσχέτιση ποιότητας ζωής και κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων

	1		2	
	R	p	R	P
Ποιότητα ζωής	1	.	.603	.000
Υγεία	.603	.000	1	.

Παρατηρούνται θετικές συσχετίσεις σε όλες τις σημαντικές διαστάσεις της ζωής των ασθενών, γεγονός που εκφράζει και την σχέση των παραγόντων που ορίζουν καλή ή κακή ΠΖ. Ειδικότερα, υψηλή συσχέτιση παρατηρείται ανάμεσα στην ψυχική διάσταση και το περιβάλλον, καθώς επίσης και τις κοινωνικές σχέσεις. Αντιθέτως, μέτρια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των υπολοίπων παραγόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 33** ($p < 0.05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Συσχετίσεις διαστάσεων

	Σωματική διάσταση		Ψυχική διάσταση		Περιβάλλον		Κοινωνικές σχέσεις	
	R	p	R	p	R	p	R	P
Σωματική διάσταση	1	.	.258	.030	.273	.021	.193	.107
Ψυχική διάσταση	.258	.030	1	.	.711	.000	.680	.000
Περιβάλλον	.273	.021	.711	.000	1	.	.746	.000
Κοινωνικές σχέσεις	.193	.107	.680	.000	.746	.000	1	.

Οι κλίμακες αξιολόγησης, εξαιτίας του σχεδιασμού από τους συντάκτες τους, βαθμολογούν εντελώς αντίθετα τον παράγοντα «ικανοποίηση», και όπως ήταν αναμενόμενο, παρατηρείται αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ΠΖ και την ποιότητα ύπνου των συμμετεχόντων (**Πίνακα 34**). Η συσχέτιση αυτή είναι μέτρια, όπως φαίνεται και από την τιμή του συντελεστή Pearson. Επίσης, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαστάσεων ΠΖ και της κλίμακας μελέτης ύπνου των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 35**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Συσχέτιση ποιότητας ζωής και ποιότητας ύπνου

	1		2	
	R	p	R	P
Ποιότητα ζωής	1	.	-.431	.000
Υγεία	-.431	.000	1	.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Συσχέτιση κλιμάκων μελέτης ύπνου και διαστάσεων της ποιότητας ζωής

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (N=61)		ΟΡΙΑΚΟ (N=3)		ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ (N=7)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Σωματική διάσταση	3.27	.449	3.75	.250	3.25	.456	.188
Ψυχική διάσταση	3.07	.631	3.14	.096	2.69	.526	.296
Περιβάλλον	3.48	.602	3.83	.167	3.12	.542	.174
Κοινωνικές σχέσεις	3.19	.735	3.39	.419	2.98	.495	.660

Συσχέτιση του χρόνου θεραπείας με την ποιότητα της ζωής και το βαθμό ικανοποίησης της υγείας των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 36 φαίνεται η σχέση μεταξύ χρόνου θεραπείας των συμμετεχόντων με την ΠΖ και την ικανοποίηση που νιώθουν για την υγεία τους. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα αποτελέσματα του χρόνου θεραπείας ανάλογα με την ΠΖ τους. Πιο συγκεκριμένα, για τους μακροχρόνια ασθενείς, η ΠΖ τους χαρακτηρίζεται λιγότερο κακή σε σχέση με τους υπολοίπους, οι οποίοι βαθμολογούν την ΠΖ τους σε όλες τις κλίμακες (από κακή έως και πολύ καλή σε κάποιες περιπτώσεις). Σε ότι αφορά την ικανοποίηση που νιώθουν με την υγεία τους, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, καθώς ο παράγοντας ικανοποίηση μειώνεται όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα υποβολής θεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Σχέση μεταξύ χρόνου θεραπείας των συμμετεχόντων με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση που νιώθουν για την υγεία τους

		Υποβολή θεραπείας								ANOVA
		<2 έτη		2 -<4 έτη		4-<6 έτη		≥6 έτη		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	Πολύ κακή	0	0	0	0	0	0	1	100.00	0.018
	Κακή	1	11.11	3	33.33	4	44.44	1	11.11	
	Ούτε κακή ούτε καλή	3	12.50	8	33.33	4	16.67	9	37.50	
	Καλή	7	24.14	15	51.72	4	13.79	3	10.34	
	Πολύ καλή	5	62.50	1	12.50	0	0	2	25.00	
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	Καθόλου	1	11.11	2	22.22	2	22.22	4	44.44	0.047
	Λίγο	2	18.18	3	27.27	2	18.18	4	36.36	
	Μέτρια	5	15.63	15	46.88	6	18.75	6	18.75	
	Πολύ	8	42.11	7	36.84	2	10.53	2	10.53	
	Υπερβολικά	0	0	0	0	0	0	0	0	

Συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια του ύπνου, τη λήψη υπναγωγών φαρμάκων και την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων

Κατά τη στατιστική ανάλυση παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην διάρκεια και την ποιότητα ύπνου, καθώς και μεταξύ της διάρκειας ύπνου και της λήψης υπναγωγών φαρμάκων των συμμετεχόντων, κι αυτό είναι αναμενόμενο, αφού, όπως προαναφέρθηκε, οι κλίμακες αξιολόγησης βαθμολογούν εντελώς αντίθετα τον παράγοντα ικανοποίηση. Η συσχέτιση αυτή είναι χαμηλή στην πρώτη περίπτωση, ενώ είναι μέτρια στη δεύτερη, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 37**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Συσχετίσεις Διάρκειας ύπνου – Λήψης φαρμάκων – Ποιότητας ύπνου

	Διάρκεια ύπνου		Λήψη φαρμάκων		Ποιότητα ύπνου	
	R	p	R	p	R	P
Διάρκεια ύπνου	1	.	-.271	.022	-.417	.000
Λήψη φαρμάκων	-.271	.022	1	.	.171	.154
Ποιότητα ύπνου	-.417	.000	.171	.154	1	.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν οι διαταραχές στις συνήθειες του ύπνου σε σχέση με την ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Το προφίλ του δείγματος της μελέτης μας ήταν στην πλειοψηφία τους άντρες, ηλικίας άνω των 51 ετών, έγγαμοι, βασικού και μέσου εκπαιδευτικού επιπέδου, που δεν εργάζονταν και ζούσαν μαζί με τις οικογένειές τους ή φροντιστές. Παρόμοια χαρακτηριστικά καταγράφονται και στη μελέτη των Wu et al (2004), Prichodova et al (2009), Θεοφίλου (2010) και Mazairac et al (2013).

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, λόγω του χρόνιου προβλήματος υγείας τους και της εξάρτησής τους από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, βιώνουν ιδιαίτερες δυσκολίες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, γεγονός που επιδρά άμεσα στην ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η ΠΖ των ασθενών αυτών επηρεάζεται από την γενική κατάσταση της υγείας τους και από ποικίλους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και από τον περιορισμό σε καθημερινές δραστηριότητες, εξαιτίας κυρίως του απαιτούμενου χρόνου θεραπείας στο μηχάνημα του τεχνητού νεφρού (Σαρρής & Σούλης 2001). Παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, της έρευνας και των νέων τεχνολογικών και φαρμακολογικών επιτευγμάτων στην θεραπεία των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση, δεν

έχει δοθεί λύση σε καταστάσεις, όπως οι διαταραχές ύπνου, οι οποίες έχουν άμεσο αντίκτυπο τόσο την ψυχροσύνθεση των ασθενών όσο και την ΠΖ τους.

Η διερεύνηση της ΠΖ των χρονίων ασθενών αποτέλεσε κύριο θέμα κλινικής έρευνας και μελέτης από τη δεκαετία του '70. Η Hennes (1972) και αργότερα οι Churchill et al (1984) σε μελέτες τους υποστηρίζουν ότι η ΠΖ του ατόμου αφορά κυρίως το πώς το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται και αυτό εκτιμάται υποκειμενικά από τον τρόπο που την βιώνει και τα πρότυπα ζωής του. Η ΠΖ του αιμοκαθαρόμενου ασθενή επηρεάζεται σε όλες της εκφράσεις της. Για παράδειγμα, το χαμηλό οικονομικό επίπεδο, ως μία παράμετρος της ΠΖ, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό, αφού ο ασθενής με νεφρική νόσο, υπό την πίεση των προβλημάτων υγείας του, πρέπει τις περισσότερες φορές να αλλάξει ή να τροποποιήσει ή ακόμα και να σταματήσει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες. Διεθνείς μελέτες αναφέρουν ως έναν σημαντικό παράγοντα άγχους και ανησυχίας των ασθενών την οικονομική δυσχέρεια, αφού τα ιατρικά και νοσηλευτικά έξοδα αυξάνονται, οι ευκαιρίες όμως για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνονται (Dingwall, 1997; Theofilou, 2011).

Στην μελέτη μας οι ασθενείς στο σύνολό τους αξιολογούν άνω του μετρίου την ΠΖ τους, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για την ΠΖ, ενώ αισθάνονται μέτρια ικανοποίηση με την κατάσταση της υγείας τους. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφονται σε αρκετές μελέτες (Duarte et al, 2005; Lopes et al, 2007). Χαρακτηριστικά, οι Mazairac et al κατέγραψαν σταδιακή μείωση της ικανοποίησης από την ΠΖ των ασθενών με την πάροδο των ετών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Βέβαια, οι ερευνητές σχετίζουν την αύξηση της ηλικίας των ασθενών με την παράλληλη μείωση της ικανοποίησης από την ΠΖ, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην συνοσυρότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με την πάροδο της υποβολής στη θεραπεία. Οι Pritodova et al (2009) αναφέρουν ότι η καλή ΠΖ στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση σχετίζεται άμεσα με την νεαρή ηλικία, την υψηλού επιπέδου μόρφωση και την κοινωνικοοικονομική θέση, τη χαμηλή συνοσυρότητα και τα επίπεδα άγχους.

Οι Wu et al (2004) στα αποτελέσματα της έρευνά τους μεταξύ ασθενών υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή διάλυση αναφέρουν καλή ΠΖ στην ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, η οποία φαίνεται να σχετίζεται με την καλύτερη γενική

υγεία τους. Ανάλογες μελέτες σε Έλληνες νεφροπαθείς υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή διάλυση έδειξαν ότι η ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων με περισσότερα από 4 έτη θεραπείας εμφάνισαν τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΠΖ, και κυρίως σε σχέση με την σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (Ginieri- Coccossi et al, 2008; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010).

Τα αποτελέσματα αρκετών μελετών επιβεβαιώνουν ότι οι επιπτώσεις της χρονιότητας της νόσου δημιουργούν πολλούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνοντας το θεραπευτικό όφελος και επιδρώντας αρνητικά στη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών (Spanou & Kalocheretis, 2005; Theofilou & Panagiotaki, 2010) Το εύρημα της μελέτης μας όμως έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη της Θεοφίλου (2010), σε δείγμα Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, οι οποίοι αναφέρουν περιορισμένη ΠΖ σε διάφορες πτυχές του περιβάλλοντός τους, καθώς και με μεταγενέστερη μελέτη από την ίδια ερευνήτρια (2011), όπου οι ασθενείς υποδεικνύουν ως καθοριστικό παράγοντα της ΠΖ την ηλικία και εστιάζουν την σχέση της ΠΖ με την οικονομική άνεση και την ψυχαγωγία. Στην ποιοτική μελέτη των Minos et al (2012) σε ελληνικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι η ένταξη του νεφροπαθούς σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης προκαλεί μια σειρά από μεγάλες αλλαγές στη προσωπικότητά του, το οικονομικό και εργασιακό του επίπεδο, τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και την εικόνα του εαυτού, επηρεάζοντας αρνητικά την ΠΖ του.

Σημαντική επίδραση στην ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών ασκεί η σχέση της οικογένειας ή των φροντιστών μεταξύ τους, η κοινωνική απομόνωση, η κατάθλιψη και το άγχος (Brunier & Mc Keever, 1993; Beanlands et al, 2005).

Οι Wicks et al (1997) καταγράφουν καλύτερη ΠΖ στους ασθενείς που την φροντίδα τους την έχει αναλάβει γυναικείο πρόσωπο, είτε αυτό ανήκει στο οικογενειακό περιβάλλον, είτε είναι φροντιστής. Οι Θεοφίλου & Παναγιωτάκη (2010) αναφέρουν ότι οι γυναίκες ασθενείς εκφράζουν αρνητική αξιολόγηση για παραμέτρους, όπως ψυχική υγεία και περιβάλλον και οι χήροι ή διαζευγμένοι αξιολογούν αρνητικά την ψυχολογική τους υγεία, ενώ φαίνεται να εμφανίζουν συχνότερα σοβαρή κατάθλιψη.

Οι Cukor et al (2006) σε επιδημιολογική τους μελέτη υπολόγισαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζεται στο 20-30 % των ασθενών με νεφρική

νόσο, άσχετα σε τι τύπο θεραπείας υποβάλλονται. Σχετικές μελέτες συνδέουν την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με τα έτη θεραπείας κυρίως, και λιγότερο με άλλους παράγοντες (Kimmel et al, 1998; Lopes et al, 2002; Hedayati et al, 2005). Επίσης, μελέτες δείχνουν να υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ της εμφάνισης κατάθλιψης και την υποστήριξη του ασθενή από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Burman & Margolin, 1992; Symister & Friend, 2003; Hoth et al, 2007; Cukor, 2007). Ερευνητές όμως υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία υποδιαγνώσκεται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, εξαιτίας της συνοσηρότητας που παρουσιάζουν (Lopes et al 2003; Mapes et al, 2003). Χαρακτηριστικά, σε μελέτη σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού στις ΗΠΑ (n=98) το ¼ των ασθενών διαγνώστηκαν με κατάθλιψη, κατόπιν της χρήσης ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης κατάθλιψης, σε συνδιασμό με τις κλινικές οδηγίες διάγνωσης της κατάθλιψης από το επίσημο εγχειρίδιο DSM-IV (Haydayati, 2008). Παρόλα αυτά, στους ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου η εμφάνιση κατάθλιψης είναι σύνηθες φαινόμενο και φαίνεται να συνδέεται πιο πολύ με την χρόνια θεραπεία, όπως είναι η αιμοκάθαρση (Kimmel 2005; Wuerth et al 2005; Finkelstein 2010).

Η πλειοψηφία των διεθνών μελετών σε διαφορετικούς πληθυσμούς αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αναφέρει συχνότητα των διαταραχών ύπνου σε ποσοστά 41-83%, πολύ υψηλότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Holey et al, 1991; Sabbatini et al, 2002; Parker, 2003; Musci et al, 2004; Wen-Shing et al, 2006; De Sando et al, 2008; Sabry et al, 2010). Στην μελέτη μας όμως καταγράφηκαν χαμηλά ποσοστά διαταραχών ύπνου. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς του δείγματος μας αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου, διατηρούν όμως πολύ λίγες πιθανότητες να αποκοιμηθούν όταν δεν αισθάνονται κουρασμένοι και έχουν μια μέση τιμή πραγματικού ύπνου μεταξύ 5 και 6 ωρών. Λιγότερες ώρες ύπνου (>5) παρουσίασαν σε υψηλό ποσοστό μόνο οι ασθενείς που υποβάλλονταν περισσότερα χρόνια σε θεραπεία υποκατάστασης, εύρημα που συμφωνεί με την μελέτη των Sabbatini et al (2002). Μελέτη των Musci et al (2004) σε Ούγγρους ασθενείς (n=630) καταγράφει στο 21% του δείγματος περισσότερες από μία διαταραχές ύπνου, εύρημα που συμφωνεί και με την δική μας μελέτη. Επιπλέον όμως αναφέρει στο 65% τουλάχιστον μία διαταραχή ύπνου, υψηλά ποσοστά νοσηρότητας

και χαμηλή αξιολόγηση της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επίσης, στη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη DOPPS (2008) σε δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (n=11.351) από 308 Μονάδες Τεχνητού Νεφρού σε 7 χώρες, το 49% των ασθενών αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του ως πτωχή, με τους Γερμανούς ασθενείς να εμφανίζουν την χαμηλότερη ποιότητα ύπνου και τους Ιάπωνες την υψηλότερη. Επίσης, φαίνεται η χαμηλή ποιότητα ύπνου να σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως η χαμηλή ΠΖ, η απουσία φυσικής άσκησης, τα υψηλά επίπεδα σωματικού πόνου, η αυξημένη χρήση διαφόρων φαρμάκων και τα υψηλά επίπεδα φωσφόρου και ασβεστίου στο αίμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο πιο κακή ήταν η ποιότητα του ύπνου στο δείγμα τόσο αυξανόταν ο δείκτης θνησιμότητας.

Σε αρκετές μελέτες φαίνεται οι αιμοκαθαιρόμενοι ουραιμικοί ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για διαταραχές ύπνου και χαμηλή ποιότητα ύπνου (Sabbatini et al, 2002; De Sando et al, 2008). Οι μεταβολές στον κερκάρδιο ρυθμό της θερμοκρασίας του σώματος κατά την διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης ίσως να είναι η αιτία για πτωχή ποιότητα και ποσότητα ύπνου. Οι Merlino et al (2006) σε ανάλογη μελέτη (n=883) κατέγραψαν υψηλά ποσοστά διαταραχών ύπνου στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και ιδιαίτερα στους ουραιμικούς ασθενείς. Χαρακτηριστικά, το 69% του δείγματός τους παρουσίασαν αϋπνίες, το 24% περίπου άπνοιες ύπνου και το 1.4% ναρκοληψία. Σημαντικό εύρημα στην μελέτη τους επίσης αποτελεί το γεγονός ότι μόνο το 3.6% των ασθενών με αϋπνίες χρησιμοποιούσε υπναγωγά φάρμακα, ενώ κύρια αιτία της αϋπνίας φάνηκε να είναι διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (Merlino et al, 2006). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται σε προγενέστερες μελέτες των Handelsman et al (1993) και Li et al (2004). Οι Sabbatini et al (2002) σε μεγάλο δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (n=694) βρήκαν διαταραχές ύπνου στο 45% των ασθενών και υψηλά ποσοστά αϋπνίας στους ασθενείς με περισσότερο χρόνο θεραπείας και αναφέρουν ως κυριότερους παράγοντες κινδύνου τον τύπο της διάλυσης, τα επίπεδα του αιματοκρίτη και παράγοντες συμπεριφοράς των ίδιων των ασθενών.

Οι Sabry et al (2010) μελετώντας τις διαταραχές ύπνου σε Αιγύπτιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (n=88) βρήκαν ότι 79.5% του δείγματος είχε διαταραχές ύπνου, με κυριότερη την αϋπνία σε ποσοστό 65.9%, η οποία φαίνεται να οφείλεται σε ψυχιατρική συμπτωματολογία, όπως άγχος και κατάθλιψη. Φαίνεται ότι το άγχος, η

ανησυχία και η κατάθλιψη να σχετίζονται με τις διαταραχές του ύπνου, εύρημα που υποστηρίζεται από ανάλογες διεθνείς μελέτες της τελευταίας δεκαετίας (Williams et al, 2002; Gigli et al, 2004; Kusleikaite et al, 2005; Noda et al, 2006; Pai et al, 2007).

Στη μελέτη μας το 34% περίπου του δείγματος αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του τον τελευταίο μήνα κακή έως πολύ κακή. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Piescu et al (2004), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου PSQI, δείχνουν το 53% του δείγματός τους να έχει πτωχό ύπνο και το γεγονός αυτό να παρουσιάζεται σε ασθενείς από τον πρώτο καιρό της υποβολής στη θεραπεία.

Επίσης, η πλειοψηφία των ασθενών της μελέτης μας δεν κάνει συχνή χρήση υπναγωγών φαρμάκων, καθώς βαθμολογεί ως καλή την ποιότητα του ύπνου της, εύρημα που συμφωνεί με άλλες διεθνείς μελέτες (Sabbatini et al, 2002; Merlino et al, 2006).

Οι Wu et al (2004) στα αποτελέσματα της έρευνάς τους μεταξύ ασθενών υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή διάλυση αναφέρουν καλύτερο ύπνο στην ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, ο οποίος φαίνεται να σχετίζεται με την καλή ΠΖ τους.

Μελέτες σε Έλληνες ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή διάλυση έδειξαν ότι η ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων με λιγότερα από 4 έτη θεραπείας εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και αϋπνίας σε σχέση με την ομάδα των ασθενών υπό περιτοναϊκή διάλυση, καθώς και σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους με περισσότερα έτη θεραπείας (Ginieri- Coccossi et al, 2008; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010). Οι Kovacs et al (2011) μελέτησαν τη σχέση διαταραχών ύπνου, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ΠΖ μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού με παρόμοια κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ΠΖ στις περισσότερες διαστάσεις της ζωής τους.

Η επιδημιολογική μελέτη CHOICE (2006) του Πανεπιστημίου του Pittsburgh (n=909) στα αποτελέσματά της αναφέρει ότι το 75% του δείγματος εμφάνισε διαταραχές ύπνου και το 14% είχε χαμηλή ποιότητα ύπνου από τον πρώτο χρόνο υποβολής στην θεραπεία. Η πτωχή ποιότητα ύπνου συσχετίστηκε ισχυρά με την μαύρη φυλή, το κάπνισμα, την λήψη βενζοδιαζεπινών, το σύνδρομο ανήσυχων

ποδιών και την νεαρή ηλικία. Αν και δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ της ποιότητας ύπνου και της επιβίωσης των ασθενών, σημαντικό εύρημα της μελέτης CHOICE ήταν ότι η παρουσία χαμηλής ποιότητας ύπνου κατά το πρώτο έτος της υποβολής σε θεραπεία φάνηκε να σχετίζεται με μικρότερη επιβίωση. Επίσης, με αυξημένο κατά 44% περισσότερο κίνδυνο για πρόωρο θάνατο φάνηκε να σχετίζονται οι ασθενείς με πτωχή ποιότητα ύπνου περισσότερη από ένα συνεχόμενο ημερολογιακό έτος (Unruh et al, 2006)

Ανασκοπώντας τη σχετική διαθέσιμη βιβλιογραφία, τόσο οι διαταραχές ύπνου όσο και η ποιότητα ύπνου στην ομάδα των ασθενών υπό αιμοκάθαρση παρουσιάζονται ως ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο φαίνεται να επηρεάζεται από δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως φύλλο, ηλικία), από την ώρα της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης, τον τύπο της θεραπείας, καθώς και από κλινικά προβλήματα που ανακύπτουν, όπως τα αυξημένα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης, την ύπαρξη καρδιαγγειακών και μεταβολικών παθήσεων ή τη λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών (Buysse et al, 1989; Sabbatini et al, 2003). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, που καταγράφουν χαμηλά ποσοστά διαταραχών ύπνου και καλή ποιότητα ύπνου στους ασθενείς αντιτίθενται στα επιδημιολογικά δεδομένα της συντριπτικής πλειοψηφίας των μελετών, γεγονός που ίσως οφείλεται στο μικρό δείγμα ή την κουλτούρα των Ελλήνων ασθενών, οι οποίοι, παρόλο που η έρευνα ήταν εμπιστευτική, φαίνεται να προσπάθησαν ηθελημένα ή αθέλητα να μη θίξουν ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική τους κατάσταση.

Αρκετές μελέτες φαίνεται να συνδέουν τις διαταραχές του ύπνου σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με αυξημένη θνησιμότητα (Kimmel et al, 1997; Auckley et al, 1999). Επίσης, διάφορες έρευνες συνδέουν την ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με την υπνική άπνοια και την ταυτόχρονη αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Kulhman et al, 2000; Sanner et al, 2002; Jung et al, 2005; Shayamsunder et al, 2005; Turmel et al, 2009), καθώς και με το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (Musci et al, 2005; Bhatia & Bhowmic, 2003).

Τέλος, υπάρχει μεγάλη πληθώρα εργαλείων μέτρησης και αξιολόγησης ΠΖ. Πολλά από αυτά έχουν αναπτυχθεί σε χώρες της Β. Αμερικής και της Ευρώπης, χωρίς να έχει αποδειχτεί στο σύνολό τους η διαπολιτισμική τους συμβατότητα, κάνοντας αμφισβητήσιμη την εφαρμογή τους σε αναπτυσσόμενες χώρες και θέτοντας σοβαρά

μεθοδολογικά προβλήματα. Επίσης, ο αριθμός των ασθενών που συμπεριλαμβάνονται στις περισσότερες μελέτες είναι μικρός, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή έγκυρων και γενικεύσιμων αποτελεσμάτων, αναδεικνύοντας την ανάγκη μιας αμιγούς επιδημιολογικής μελέτης αντιπροσωπευτικού δείγματος αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Bowling, 1991; Hunt, 1993; Patric et al, 1994; Bulinger, 1994; Saxena et al, 1998).

9. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συνεχής αύξηση του αριθμού των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι χαρακτηριστική τα τελευταία χρόνια. Το 2010 στην Ελλάδα ανήλθαν περίπου στα 13.000 άτομα. Το δείγμα της μελέτης είναι τυχαιοποιημένο και το αποτελούν ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση μονάδων τεχνητού νεφρού σε ιδιωτικές κλινικές των νομών Κορινθίας και Αττικής. Σε κάθε κλινική υπήρχαν περίπου 100 ασθενείς και είχαν δοθεί 30 ερωτηματολόγια. Το προσδοκώμενο δείγμα ήταν 90 ασθενείς συνολικά. Το μέγεθος του δείγματος είναι 71 ασθενείς (N=71). Υπήρχε περίπου το ίδιο ποσοστό άρνησης και στις τρεις κλινικές. Πρέπει να αναφερθεί ότι η έρευνα «φωτογραφίζει» τα χαρακτηριστικά- συνήθειες των συμμετεχόντων ενός δεδομένου χρονικού διαστήματος (Ιούνιος- Ιούλιος- Αύγουστος 2012). Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι στάσιμα ή στατικά αλλά μπορούν να αλλάξουν δυναμικά και είναι πιθανόν η δεδομένη έρευνα να έχει περιορισμένη χρονική ισχύ.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αυτής στηρίχτηκε σε τρία επιμέρους ερωτηματολόγια: την ελληνική έκδοση της κλίμακας ύπνου του Epworth (GR-ESS), την ελληνική έκδοση του δείκτη ποιότητας του ύπνου του Pittsburgh (GR-PSQI) και την ελληνική έκδοση του World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Αποτέλεσμα αυτού ήταν ότι ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαίνονταν στα 10- 15 λεπτά. Παρόλο που ο χρόνος δεν ήταν πολύς, λόγω της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να μην δόθηκε η απαιτούμενη σημασία σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα στηρίχτηκε σε ερωτηματολόγιο αναφοράς, δεν θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί η απόκλιση από την πραγματικότητα που οφείλεται στην συνειδητή ή μη πρόθεση των συμμετεχόντων να εξωραΐσουν την εικόνα που δίνουν με τις απαντήσεις τους. Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι κατά τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου και την επεξεργασία των απαντήσεων έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τέτοια φαινόμενα. Το περιβάλλον μέσα στο οποίο ολοκληρώθηκε το ερωτηματολόγιο αφέθηκε στην κρίση των ασθενών δηλαδή αν ήθελαν να το συμπληρώσουν κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης ή να το συμπληρώσουν σπίτι τους. Μπορεί να υπάρχει διαφορά λοιπόν και περιορισμός- σε αυτούς που το συμπλήρωσαν κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης στην κλινική και σε αυτούς που το συμπλήρωσαν στο οικείο τους περιβάλλον νιώθοντας διαφορετικά συναισθήματα. Οι ίδιοι οι ασθενείς παρατηρούν την αλλαγή στην συμπεριφορά τους στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο από την στιγμή της εκδήλωσης της νόσου. Μπορεί να αισθανθούν νευρικότητα, ευερεθιστότητα, εσωστρέφεια μη θέλοντας την συντροφιά των υγιών παλιών τους φίλων. Το ποσοστό που τελικά θα επανακτήσει τις κοινωνικές του δραστηριότητες νιώθει μειονεκτικά γιατί δεν μπορεί να ακολουθήσει όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπως ταξίδια, έξοδοι. Σε αυτό συμβάλει το αίσθημα φυσικής αδυναμίας και περιορισμών στην μετακίνηση.

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της μελέτης μας απάντησαν στα ερευνητικά ερωτήματα και τις αρχικές υποθέσεις που είχαν τεθεί κατά το σχεδιασμό της έρευνας. Οι ασθενείς με νεφρική νόσο που αξιολόγησαν την ΠΖ τους ως καλή/πολύ καλή, δεν φάνηκε να αντιμετωπίζουν αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου τους, ούτε να εμφανίζουν διαταραχές ύπνου. Επίσης, όσο υψηλότερα αξιολόγησαν την ΠΖ τους, τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι δήλωσαν με την κατάσταση της υγείας τους. Οι μακροχρόνια ασθενείς όμως χαρακτήρισαν χαμηλή την ΠΖ τους σε όλες τις διαστάσεις της και δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη γενική κατάσταση της υγείας τους, γεγονός που αναδεικνύει την αντίστροφη σχέση χρόνου υποβολής σε θεραπεία και ικανοποίησης. Σημαντικό εύρημα της μελέτης μας ωστόσο ήταν ότι η

ΠΖ των ασθενών αξιολογήθηκε ως καλή τόσο από τους ασθενείς που δήλωσαν καλή/πολύ καλή ποιότητα ύπνου, όσο και από τους ασθενείς που δήλωσαν κακή/πολύ κακή ποιότητα ύπνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας επιβεβαίωσαν την σοβαρότητα των σχέσεων ύπνου και ΠΖ σε σχέση με την νεφρική νόσο. Η μελέτη αυτή πιστεύουμε ότι βοηθάει να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών με νεφρική νόσο, επιτρέποντας να παρέχουμε την υποστήριξή μας στο σύνολο των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

Στην έρευνα αυτή για να αξιολογηθούν τα επίπεδα ΠΖ στο δείγμα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), ερωτηματολόγιο που απευθύνεται τόσο σε γενικό πληθυσμό, όσο και σε ομάδες χρονίων ασθενών (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003). Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιώντας ένα γενικού τύπου ερωτηματολόγιο, όπως το WHOQOL-BREF, τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με αποτελέσματα μελετών που χρησιμοποιούν δείγμα ασθενών με άλλη χρόνια πάθηση ή από τυχαιοποιημένο δείγμα ομάδων γενικού πληθυσμού.

Προκειμένου να βελτιωθεί η παρατήρηση των παραμέτρων που συνιστούν την ΠΖ και να εξαχθούν έγκυρα και γενικεύσιμα αποτελέσματα, προτείνεται για μελλοντική έρευνα αξιολόγησης της ΠΖ των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση να χρησιμοποιηθεί ειδικά τροποποιημένο ερωτηματολόγιο ΠΖ, το οποίο να διερευνά τους κυριότερους παράγοντες ΠΖ σε αυτή αποκλειστικά ομάδα χρονίων ασθενών. Δημοφιλέστερα ερωτηματολόγια είναι το “Health-related quality of life in dialysis patients” (SF-36 QoL), το οποίο είναι σχεδιασμένο για ομάδες ασθενών με χρόνιες παθήσεις (Ware et al, 2000), καθώς και το “Kidney disease quality of life” ένα εργαλείο για την μέτρηση της ΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Hays et al, 1994).

Υπάρχουν σεμινάρια που οργανώνουν διάφορα κέντρα στην Ελλάδα, όπως το Ινστιτούτο έρευνας θεραπείας και συμπεριφοράς, το κέντρο μελέτης ύπνου του Γ.Ν. Αθηνών «Ευαγγελισμός», του Γ.Ν. Ιπποκρατείου κ.α. Στόχος των σεμιναρίων είναι η εκπαίδευση σχετικά με την λειτουργία του ύπνου σε ένα πολύπλευρο πλαίσιο όπως η εξοικείωση με τις διαταραχές του ύπνου, τους μηχανισμούς με τους οποίους εγκαθίστανται και ειδικότερα με μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης στα πλαίσια βιο- ψυχο- κοινωνικού μοντέλου. Θα καταγράφονταν αξιοσημείωτες διαπιστώσεις,

αν αφού διεξαχθεί μια έρευνα για την μελέτη και την ποιότητα ύπνου σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση διεξάγοντα έπειτα κάποιο σεμινάριο στους ασθενείς- δείγμα της έρευνας και μετά να επαναλαμβάνονταν η έρευνα στους ίδιους τους ασθενείς. Σε αυτή την περίπτωση, οι ασθενείς δεν θα είχαν να αποκομίσουν από την έρευνα μόνο την ικανοποίηση τους στην βοήθεια της επιστημονικής κοινότητας. Επιπλέον, θα είχαν μάθει γνώσεις και τρόπους για να βοηθήσουν οι ίδιοι τα προβλήματά τους με τον ύπνο.

Το ίδιο θα μπορούσε να γίνει και στην περίπτωση που ο ίδιος ο ερευνητής διοργάνωνε ένα μικρού τύπου σεμινάριο όσον αφορά την ενδυνάμωση του ψυχισμού των ασθενών με θεραπεία υπό αιμοκάθαρση.

Έναν άλλο παράγοντα που θα μπορούσαμε να εντάξουμε για μελλοντική έρευνα σε σχέση με την μελέτη και την ποιότητα ύπνου είναι και η φυσική άσκηση. Έχει ήδη δημιουργηθεί από το 1998 ο σύλλογος αθλούμενων νεφροπαθών. Θα μπορούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα αυτή εθελοντικά όσοι έπαιρναν μέρος σε κάποιο είδους άθλημα όπως bowling, λαμπαδηδρομία που θα μπορούσε να έχει οργανωθεί για αυτόν τον σκοπό και έπειτα να διεξάγονταν η έρευνα.

Τέλος, κάνοντας χρήση της «ηλεκτρονικής υγείας» μέσω της ιατρικής πληροφορικής και των τηλεματικών εφαρμογών θα μπορούσε να διαμορφωθεί η έρευνα με τέτοιον τρόπο, ώστε ο ερευνητής να δημιουργήσει μια 'γραμμή βοήθειας' στα πλαίσια ενός προγράμματος της τηλεϊατρικής, καταγράφοντας τον αριθμό των τηλεφώνων, το πρόβλημά και την λύση που θα τους πρότεινε. Με αυτόν τον τρόπο η βοήθεια που θα πρόσφερε στον ασθενή θα ήταν πολύ σημαντική καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας θα αντικατόπτριζαν την σχέση της ποιότητας ζωής με τον ύπνο.

11. ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

11.1 Πηγές

- Αγοραστός Δ., (2007), “Διαταραχές ύπνου–αϋπνία” Διαθέσιμο σε: <http://psychologein.sciblogs.net> [Ανάκτηση, 7 Οκτ 2012]
- Παράσχου Κ., (2009), “Παγκόσμια ημέρα ύπνου” Διαθέσιμο σε: <http://www.imlarisis.gr> [Ανάκτηση 12 Ιαν 2013]
- Σπύρου Α., (2004), “Το στρες στους χρόνιους ασθενείς σε αιμοκάθαρση” Thesis. Διαθέσιμο σε: <http://ktisis.cut.ac.cy/jspui/handle/10488/769> [Ανάκτηση 24 Δεκ 2012]

11.2 Διεθνής Βιβλιογραφία

- Al-Jahdali H., (2011), “A comparison of sleep disturbances and sleep apnea in patients on hemodialysis and chronic peritoneal dialysis” *Saudi J Kidney Dis Transpl* 22(5):922-30.
- Albert H.A., Mazairac G., Wit A., Muriel P.C., Grooteman E., Lars Penne., et al on behalf of the CONTRAST Investigators., (2012), “Effect of Hemodiafiltration on Quality of Life over Time” *Clin J Am Soc Nephrol* 8: 82–89, 201.
- American Psychiatric Association., (1994), “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” 4th ed. (DSM-IV). *Washington, DC, American Psychiatric Association.*
- American sleep disorders - sleep disorders association, (1990), “Obstructive sleep apnea syndrome. The international classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual. Rochester” *MN American Sleep Disorders Association*, pp.523-542.
- Andrews F.M. and Withey S.B., (1976), *Social indicators of well-being: American’s perceptions of life quality* Nueva York, Plehum Press.
- Araujo S.M., Bruin V.M., Daher E.F., Medeiros C.A., Almeida G.H., Bruin P.F., (2011), “Quality of sleep and day-time sleepiness in chronic hemodialysis: a study of 400 patients” *Scand J Urol Nephrol*,45(5):359-64.

- Auckley D.H., Schmidt-Nowara W. and Brown L.K., (1999), "Reversal of sleep apnea hypopnea syndrome in end-stage renal disease after kidney transplantation" *Am J Kidney Dis* 34:739-744.
- Beanlands H., Horsburgh M.E., Fox S et al., (2005), "Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis" *Nephrol Nurs J* 32: 621–631.
- Benca R.M., Obermeyer W.H., Thisted R.A. and Gillin J.S., (1992), "Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis" *Arch Gen Psychiatry* 49:651-668.
- Borsdorf A., (1999), "Quality of life in alpine towns- with examples from Innsbruck and Bregenz" *Revue de géographie alpine* 87-1:163-169.
- Bowling A., (1991), *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* Philadelphia: Open University Press.
- Brooks S. and Mignot E., (2002), *Narcolepsy and idiopathic hyperinsomnia*. In: *Sleep Medicine*, (Ed) T., Lee-Chiong, M., Satela, M., Carskadon. Hanley & Delphus, pp.193.
- Brunier G.M., McKeever P.T., (1993), "The impact of home dialysis on the family. Literature review" *ANNA J* 20: 653–659.
- Bullinger M., (1994), "Ensuring international equivalence of quality of life measures: Problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W(eds). *Quality of life assessment: International perspectives*" Berlin, Heidelberg, New York:Springer- Verlag 33-40.
- Burman B. and Margolin G., (1992), "Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective" *Psychol Bull* 112: 39–63.
- Busse D.J., Reynolds C.F. 3rd., Monk T.H., Berman S.R., and Kupfer D.J., (1989), "The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research" *Psychiatry Res* 28:193–213.
- Campbell A., (1981), *The sense of well being in America*. New York: McGraw Hill.
- Campbell A., Converse P. E., Rodgers W. L., (1976), *The quality of American life*. New York, Russell Sage Foundation.
- Chatterji S., Ustun B., Bickenbach J.E., (1999), "What is disability after all?" *Disab Rehab*, 21(8):396- 398.

- Christensen A., Turner C.W., Smith T.W., Holman J.M.Jr., Gregory M.C., (1991), "Health locus of control and depression in end-stage renal disease" *J Consult Clin Psychol*, 59 419–424.
- Coleman R.M., Pollak C.P., Weitzman E.D., (1980), "Periodic movements in sleep (nocturnal myoclonus): A case series analysis" *Ann Neurol*, 4:116.
- Cukor D., Cohen S. D., Peterson R. A. and Kimmel P. L., (2007), "Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness" *Journal of the American Society of Nephrology* 18(12):3042-3055.
- Cukor D., Peterson R.A., Cohen S.D., Kimmel P.L., (2006), "Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients" *Nat Clin Pract Nephrol* 2: 678–687.
- David N., Churchill J. M. and Torrance G. W., (1984), "Quality of life in end-stage renal disease" *Perit Dial Int* 41 :20-23.
- Dement W., Kleitman N. (1975), "Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming", *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 9: 673.
- De Santo R.M, Bartiromo M., Cesare M.C. and Di Iorio B.R., (2006), "Sleeping disorders in early chronic kidney disease" *Semin Nephrol* 26: 64-67.
- De Santo RM, Esposito MG, Cesare CM, Cice G., Perna A., Violetti E., Conso G., Bilancio G., Celsi S., Cirillo M. and Livrea A., (2008), "High prevalence of sleep disorders in hemodialyzed patients requiring parathyroidectomy." *J Ren Nutr* 18: 52-55.
- De Santo R.M., Bilancio G., Santoro D., Vecchi M.L., Perna A., De Santo N.G., Cirillo M., (2010), "A longitudinal study of sleep disorders in early-stage chronic kidney disease" *J Ren Nutr* 20 (5 Suppl):S59-63.
- Dew M.A., Switzer G.E., Goycoolea J.M., Allen A.S., et al. (1997), "Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature." *Transplantation* 64:1261–1273.
- Dingwall R.R., (1997), "Living with renal failure: the psychological issues" *Eur Dialysis and Trans Nurse Assoc/Eur Renal Care Assoc J (EDTNA/ERCA)* 23, 28-30.

- Duarte P.S., Ciconelli R.M., and Sesso R., (2005), “Cultural adaptation and validation of the Kidney Disease and Quality of Life--Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Brazil” *Braz J Med Biol Res* 38(2):261-70.
- Elder S. J., Pisoni R. L., Akizawa T., Fissell R., Andreucci V. E., Fukuhara S., Kurokawa K., Rayner H.C., Furniss A. L., Port F.K. and Saran R., (2008), “Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)” *Nephrology Dialysis Transplantation* 23(3) 998-1004.
- Handelsman D.J. and Dong Q., (1993), “Hypothalamic-pituitary-gonadal axis in chronic renal failure” *Endocrinol Metab Clin North Am* 22: 145–161.
- Hunt S.M., (1993), “Cross-cultural comparability of quality of life measures” *Drug Info J* 27:395-400.
- Eddy A.A., (2006), “Ramping up endogenous defences against chronic kidney disease” *Nephrol Dial Transplant* 21, 1174–1177.
- Fallowfield L., (1990), *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care* Souvenir Press (E & A), London.
- Falvo D., (2005), *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, Third Edition.
- Fayers P.M. and Machin D., (2000), *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, pp. 3-5.
- Fiebiger W., Mitterbauer C., Oberbauer R., (2004), “Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation” *Health Qual Life Outcomes* 2:2. doi:10.1186/1477-7525-2-2.
- Finkelstein F. O., Wuerth D. and Finkelstein S. H., (2010), “An approach to addressing depression in patients with chronic kidney disease” *Blood purification* 29(2) 121-124.
- Flanagan J.C., (1978), “A research approach to improving our quality of life” *American Psychologist* 33:138-147.
- Flanagan J.C., (1982), “Measurement of the quality of life: Current state of the art” *Arch Phys Med Rehabil* 3:56-59.
- Fraser R., Johnson E., Ehde D., Bishop M., (2009), *Patient Self-Management in Multiple Sclerosis*. The Consortium of Multiple Sclerosis Centers, Hackensack.

- Garcia T.W., Veiga J.P., Motta L.D., Moura F.J., Casulari L.A, (2010), “Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis” *Rev Bras Psiquiatr* 32(4):369-74.
- Gigli G. L., Adorati M., Dolso P., Piani A., Valente M., Brotini S. and Budai R. (2004), “Restless legs syndrome in end-stage renal disease” *Sleep medicine* 5(3) 309.
- Ginieri-Coccosis M., and Theofilou P., (2007), “Quality of life and health locus of control in renal disease: Comparison of haemodialysis versus peritoneal dialysis patients” Conf Patient Reported Outcomes in Clinical Practice, Budapest, abstract R1232.
- Ginieri-Coccosi M., Theofilou P., Synodinou C., Tomaras V. and Soldatos C., (2008), “Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment” *BMC nephrology* 9(1) 14.
- Guilleminault C., Quera-Salva M.A., Partinen M. and Jamiason A., (1988), “Women and the obstructive sleep apnea syndrome” *Chest* 93:104.
- Guilleminault C., and Brooks S.N., (2001), “Excessive daytime sleepiness. A challenge for the practicing neurologist” *Brain* 124:1482-1491.
- Hathaway D., Strong M., Ganza M., (1990), “Post transplant quality of life expectations” *ANNA Journal* 17:433-439.
- Hauri P., (1982), *The Sleep Disorders*. Current Concepts, Upjohn, Kalamazoo, Mich, p. 8.
- Hays R.D., Kallich J.D., Mapes D.L., Coons S.J. and Carter W.B. (1994), “Development of the kidney disease quality of life (KDQOLTM) instrument” *Quality of Life Research* 3(5), 329-338.
- Hedayati S.S., Grambow S.C., Szczech L.A., Stechuchak K.M., Allen A.S. and Bosworth H.B.,(2005), “Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis” *Am J Kidney Dis* 46: 642–649.
- Hedayati S. S., Bosworth H. B., Briley L. P., Sloane R. J., Pieper C. F., Kimmel P. L. and Szczech L. A., (2008), ”Death or hospitalization of patients on chronic

- hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression” *Kidney international* 74(7) 930-936.
- Hennes JD., (1972), “The measurement of health” *Med Care* 20: 1268-1288.
- Holley J.L., Nespor S. and Rault R., (1991), “Characterizing sleep disorders in chronic hemodialysis patients” *AmSoc Artif InternOrgans Trans* 38: M456–M457.
- Holley J.L., Nespor S. and Rault R., (1992), “A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis” *Am J Kidney Dis* 19: 156-161.
- Hornquist J.O., (1982), “ The concept of quality of life” *Scand J Soc Med* 10:57–61.
- Hoth K.F., Christensen A.J., Ehlers S.L., Raichle K.A. and Lawton W.J., (2007), “A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease” *J Behav Med* 30: 69–76.
- Iliescu E. A., Yeates K. E. and Holland D. C., (2004), “Quality of sleep in patients with chronic kidney disease” *Nephrology Dialysis Transplantation* 19(1) 95-99.
- Jung H.H., Han H. and Lee J.H., (2005), “Sleep apnea, coronary artery disease, and antioxidant status in hemodialysis patients” *Am J Kidney Dis* 45 : 875-82.
- Sadock B. J., Kaplan H. I. and Sadock V. A., (2007), *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Killingworth A.N., (1993), “Psychological impact of end-stage renal diseases” *Br J Nutr* 2:905-907.
- Kimmel P.L., Miller G., Mendelson W.B., Wernli I., Gavin C., Neugarten J., (1997), “Disordered sleep and non-compliance in a patient with end-stage renal disease Multidisciplinary conference” *Adv Ren Replacement Ther* 4:55-67.
- Kimmel P.L., Thamer M., Richard C. and Ray N.F., (1998), “Psychiatric illness in patients with end stage renal disease” *Am J Med* 105: 214–221.
- Kimmel P.L. and Peterson R.A., (2005),” Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Tools, correlates, outcomes, and needs” *Semin Dial* 18:91-97.
- Kotronulas G.C., Papadopoulou C.N., Papapetrou A. and Patiraki E.,(2011), “Psychometric evaluation and feasibility of the Greek Pittsburgh Sleep Quality

Index (GR-PSQI) in patient with cancer receiving chemotherapy” *Support Care Cancer* 19(11):1831-40.

Kovacs A. Z., Molnar M. Z., Szeifert L., Ambrus C., Molnar-Varga M., Szentkiralyi A., Mucsi I. and Novak M., (2011), “Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life—a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis” *Nephrology Dialysis Transplantation* 26(3), 1058-1065.

Kryger M.H., Roth T. and Dement W.C., (1993), *Principles and Practice of Sleep Medicine* Ed 2. Saunders, Philadelphia.

Kuhlmann U., Becker H.F., Birkhahn M., Peter J.H., von Wichert P., Schutterle S., Lange H., (2000), “Sleep-apnea in patients with end-stage renal disease and objective results” *Clin Nephrol* 53 :460-6.

Kushida C.A., Littner M.R., et al., (2006), “Practice parameters for the use to continuous and believe positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep- related breathing disorders” *Sleep* 29(3):375-380.

Kusleikaite N., Bumblyte I. A., Razukeviciene L., Sedlickaite D. and Rinkūnas K., (2005), “Sleep disorders and quality of life in patients on hemodialysis” *Medicina* (Kaunas, Lithuania) 41, 69.

Lamau M.L.,(1992), *The Idea of Quality of Life in the Health Field. The Quality of Life in the Mediterranean Countries, First Mediterranean Meeting on Bioethics* Instituto Siciliano di Bioetica, pp. 47-68.

Lehman F., (1997), *Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds). Quality of life in Mental Disorders. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, pp. 79-80.*

Lever J.P., (2000), “The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City” *Social Indicators Research* 50,187-208.

Li J.L., Zhang F.L., Tan H.B. and Li Y., (2004), “Expression of orexin A, orexin receptor-1, and Ob-R of hypothalamus in rats with chronic renal failure” *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 26: 56–61.

- Lindström B., (1995), *Measuring and improving quality of life for children*. In: Lindström B, Spencer N (eds). *Social Paediatrics*. Oxford University Press, Oxford, pp. 570-585.
- Lopes A.A., Bragg J., Young E., Goodkin D. and Mapes D., (2002), "Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe" *Kidney Int* 62: 199–207.
- Lopes A.A., Bragg- Gresham J.L. and Satayathum S., (2003), "Healthrelated quality of life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)" *Am J Kidney Dis* 41:605–615.
- Lopes A.A., Bragg-Gresham J.L., Goodkin D.A., Fukuhara S., Mapes D.L., Young E.W., Gillespie B.W., Akizawa T., Greenwood R.N., Andreucci V.E., Akiba T., and Held P.J., (2007), "Port FK: Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS" *Qual Life Res* 16: 545–557
- McColl M.A., Short S.E.D., Boyce W., James A., (2006), "Disability policy making: evaluating the evidence base" *Crit Disab Theory* 25-43.
- Mahowald M.W., Borneman M.C. and Schenck C.H., (2004), "Parasomnias" *Semin Neurol* 24:283-292.
- Mahowald M.W. and Ettinger M.G., (1990), "Things that go bump in the night: the parasomnias revisited" *J Clin Neurophysiol* 7:119-143.
- Manveer B., Dipankar B., (2003), "Restless leg syndrome in maintenance haemodialysis Patients" *Nephrol Dial Transplant* 18: 217.
- Mapes D.L., Lopes A.A., Satayathum S, et al., (2003), "Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)" *Kidney Int* 64(1):339-349.
- Matas, A.J., Halbert, R.J., Barr, M.L., Helderman, J.H., et al. (2002). Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: A longitudinal analysis. *ClinTransplant*, 16:113–121.
- McCall S., (1975), "Quality of life" *Social Indicators Research*. 2:229-248.
- Merlino G., Piani A., Dolso P., et al., (2006), "Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy" *Nephrol Dial Transplant* 21:184-190.

- Michalos A.C., (2003), *Essays on the quality of life*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Minos C., Rekleiti M., Saridi M., Filippopoulou T., Tzitzikos G., Souliotis K., Spyridakis M., (2013), "Factors affecting quality of life in end-stage renal disease patients on hemodialysis" *Hellenic Journal of Nursing Science* 5(1): in press.
- Mukherjee R., (1989), *The quality of life: valuation in social research* Sage, New Delhi, Newbury Park, London.
- Musci I., Molnar M.Z, Rethelyi J., Vamos E., Csepanyi G., Tompa G., Barotfi S., Marton A. and Novak M., (2004), "Sleep disorders and illness intrusivness in patients on chronic dialysis" *Nephrol. Dial. Transplant* 19 1815-1822.
- Mucsi I., Molnar M. Z., Ambrus C., Szeifert L., Kovacs A. Z., Zoller R., Barótfi S., Rempfort A. and Novak M., (2005), "Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis" *Nephrology Dialysis Transplantation* 20(3) 571-577.
- Noda A., Nakai S., Soga T., Sugiura T., Iwayama N., Maeda K. and Koike Y., (2006), "Factors contributing to sleep disturbance and hypnotic drug use in hemodialysis patients" *Internal Medicine* 45(22) 1273-1278.
- Noll H.H., (2002), *Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture*. In: Hagerty J., Vogel V., Moeller M., Eds. *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Social Indicators Research Series, Vol. 11. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Pai M. F., Hsu S. P., Yang S. Y., Ho T. I., Lai C. F. and Peng Y. S., (2007), "Sleep disturbance in chronic hemodialysis patients: the impact of depression and anemia" *Renal failure* 29(6) 673-677.
- Parker K.P., (2003), "Sleep disturbances in dialysis patients" *Sleep Med Rev* 7: 131–143
- Patrick D.L., Wild O.J., Johnson E.S., Wagner T.H. and Martin M.A., (1994), "Cross-cultural validation of quality of life measures. In: Orley J, KuykenW(eds). *Quality of life assessment: International perspectives* Berlin, Heidelberg" *New York:Springer- Verlag* : 19-32.

- Patrick D.L., Chiang Y.P., (2000), Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: Conceptual and methodological challenges. *Med Care* 38:14–25.
- Prihodova L., Nagyova I., Rosenberger J., Roland R., Van Dijk, J. P. and Groothoff J. W., (2010), "Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients" *Transplant International* 23(5) 484-492.
- Rechtschaffen A., Kales A., (eds) (1968), *A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. NIH no 204. National Institutes of Health.
- Renata L.R., (2008), *Υπνος: όσα πρέπει να ξέρουμε* 1η εκδ. Νέο Φάληρο: ΣΚΑΪ, κεφ. 10, σελ. 54-78.
- Sabbatini M., Minale B., Crispo A., Pisani A., Ragosta A., Esposito R., Cesaro A., Cianciaruso B., and Andreucci V., (2002), "Insomnia in maintenance haemodialysis patients" *Nephrol Dial Transplant* 17: 852–856.
- Sabbatini M., Pisani A., Pascale F., Mirengi F., Cianciaruso B. and Crispo N.A., (2003), "The impact of haemoglobin on the quality of sleep in haemodialysis patients: which is the truth?" *Nephrol Dial Transplant* 18: 1947.
- Sabry A.A., Abo Zenah H., Wafa E., Mahmoud K., El Dahshan K., Hassan A., T.M., M Saleh A. and Okasha K., (2010), "Sleep disorders in haemodialysis patients" *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2 : 300-05.
- Sanner B.M., Tepel M., Esser M., Klewer J., Hoehmann-Riese B., Zidek W. and Hellmich B., (2002), "Sleep-related breathing disorders impair quality of life in haemodialysis recipients" *Nephrol Dial Transplant* 17 : 1260-5.
- Saxena S., Chandiramani K., and Bhargava R., (1998), "WHOQOL-Hindi: a questionnaire for assessing quality of life in health care settings in India" *National Medical Journal of India* 11(4).
- Schwab J., (1999), "Vascular access for haemodialysis" *Kidney Int* 55: 2078-2090.
- Shayamsunder A.K, Patel S.S, Jain V., Peterson R.A. and Kimmel P.L., (2005), "Sleepiness, sleeplessness, and pain in end-stage renal disease: distressing symptoms for patients" *Semin Dial* 18 : 109-18.

- Spanou H., Kalocheretis P., (2005), “The increasing number of patients in end-stage renal failure: A global phenomenon with serious consequences” *Arch Hell Med* 22(6):528-534.
- Symister P. and Friend R., (2003), “The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator” *Health Psychol* 22: 123–129.
- Tsara V. Serasli E. Amfiloxiou A. Constantinidis T. and Christinaki P., (2004) ”Greek Version of the Epworth Sleepiness Scale” *Sleep & Breathing* 8: 91-95.
- Theofilou P., Panagiotaki H., (2010), “Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure: Differences between the Early and Later Years of Current Treatment” *Nosileftiki* 49(3):295-304.
- Theofilou P., (2011), “Quality of life in end - stage renal disease: a qualitative analysis” *Interscientific Health Care* 3(2):70-80.
- Turmel J, Series F, Boulet LP, Poirier P, Tardif JC, Rodes- Cabeau J, Larose E., and Bertrand O., (2009), “Relationship between atherosclerosis and the sleep apnea syndrome: An intravascular ultrasound study” *Int J Cardiol* 132 : 203-9.
- Unruh M.L., Buysse D.J., Dew M. A., Evans I.V., Wu A. W., Fink N. E., Powe N.R. and Meyer K. B., for the Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study., (2006), “ Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis ” *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 1(4) 802-810.
- Ware J. E., Kosinski M., Dewey J.E. and Gandek, B., (2000), *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Quality Metric Inc.
- Wen-Ching C, Paik-Seong L, Wen-Chieh W, Hsien-Chang C., Chih-Hsuan C., Ho-Yen K., Tsung-Wei T., Po-I C., Yue-Jane S., Yu-Liang S., Sze-Hung H., and H. Feidhlim W., (2006), “Sleepbehavior disorders in a large cohort of Chinese (Taiwanese) patients maintained by long-term hemodialysis” *Am J Kidney Dis* 48: 277-284
- Wetter D.W., Young T.B., Bidwell T.R., Badr M.S. and Palta M., (1994), “Smoking as a risk factor for sleep disordered breathing” *Arch Intern Med* 154:2219-2224.

- Wicks M.N., Milstead E.J., Hathaway D.K. and Cetingok M., (1997), “Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end-stage renal disease” *ANNA J* 24: 527– 540.
- Williams S.W., Tell G.S., Zheng B., Shumaker S., Rocco M.V. and Sevick M.A., (2002), “Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. The kidney outcomes prediction and evaluation (KOPE) study” *Am J Nephrol* 22: 18-28.
- Wu A.W., Fink N.E., Marsh - Manzi J.V., Meyer K.B., Finkelstein F.O, and Chapman M.M., et al., (2004), “Changes in quality of life during haemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures” *J Am Soc Nephrology* 15:743-753.
- Wuerth D., Finkelstein S.H. and Finkelstein F.O. (2005), “Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: The Identification and Treatment of Depression in Patients Maintained on Dialysis” *In Seminars in dialysis* 18:2 142-146.
- Young K.J. and Logman A.J., (1983), “Quality of life and persons with melanoma: A pilot study” *Cancer Nurs* 6(3):219.
- Young T., Peppar P. and Gottlieb D., (2002), “Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective” *Am J Respir Crit Care Med* 165:1217-1239.
- Zautra A. and Goodhart D., (1979), “Quality of life indicators: A Review of the literature” *Commun Mental Health Rev* 4:1-10.
- Zhao B., (2004), *Perceptions of Quality of Life and Use of Human Services by Households: A Model University of Kentucky Doctoral Dissertations Graduate School*. University of Kentucky, Paper 355.

11.3 Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης Θ., (1984), *Ο τεχνητός νεφρός στη θεωρία του και στη πράξη* Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ. 44-62.
- Αρσάλη Μ., Παναγίδου Α., Αθανασίου Γ., Ιωάννου Κ., Ζαβρός Μ., Πιερίδης Α., (2008), “Ίσχαιμική οξεία νεφρική ανεπάρκεια και διαμεσοσωληναριακή νεφρίτιδα με λευκωματουρία απο μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη παυσίπονα.

- Ένα σύγχρονο, συχνό και σοβαρό ιατρικό πρόβλημα” *Ελληνική Νεφρολογία* 19(1).
- Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου, (2009), “Θέσεις ομοφωνίας για τη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών της αναπνοής στον ύπνο” *Πνεύμων* 29-36.
- Καλογιαννίδου, Ε., Μαυροματίδης, Κ. (2010). Μεταβολική οξέωση σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υπό εξωνεφρική κάθαρση. *Ελληνική Νεφρολογία*, 21(4).
- Κοσμαδάκης Γ. Χ., (2010), ”Διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση” *Ελληνική Νεφρολογία-Hellenic Nephrology* 22(1): 69-77.
- Θεοφίλου Π., (2010) “Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεποιθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών” *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* Τόμος 2, Τεύχος 4, 171-176
- Θεοφίλου Π., (2011), “Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση” *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 32:70-80.
- Μάνος Ν., (1997), *Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής* University Studio Press Θεσσαλονίκη, σελ. 295-302.
- Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου., (1993), Στο: Κεφ. 4. Ηθικά Νικομάχεια Α. Κάκτος. Αριστοτέλης. *Άπαντα* Αθήνα, σελ. 31-39 & 51.
- Μηνασίδου Ε., Λεμονίδου Χ., (2005), “Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών” *Νοσηλευτική* 44:202–211.
- Νάκου Σ., (2001), “Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):254-266.
- Ντουνούση Ε.Χ., Τσελέπη Ε. και Σιαμόπουλος, Κ.Χ., (2009), “Οξειδωτικό στρες, μηχανισμοί δράσης και ο ρόλος του στη χρόνια νεφρική νόσο” *Ελληνική Νεφρολογία* 21(1).
- Παπαδάκη Χ., (2006), *Διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο σε επαγγελματίες οδηγούς της πόλης του Ηρακλείου*, Ηράκλειο σελ. 8.
- Σαρρής Μ., (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής* Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σελ.186–207.
- Σαρρής Μ, Σούλης Σ., (2001), “Ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών. Μια κριτική προσέγγιση” *Ιατρική* 76: 158-163.

- Σολδάτος Κ.Ρ., (1993), *Διαταραχές του ύπνου. Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική* Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Σόμπολος Κ., (1985), *Περιοδική Αιμοκάθαρση, Βασικές αρχές αιμοκάθαρσης. Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.* Εκδόσεις Λίτσας, σελ. 29-30.
- Τζωράκη – Μανουσάκη Ρ., (2007), *Ύπνος: δυσπνίες και παραϋπνίες.* Κρήτη Press, σελ. 58.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), “Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):218-229.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα I

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ MTN

Κεφάλαι Μαριάνθη
Νοσηλεύτρια ΤΕ
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής και
Εκπαιδευτικής Πολιτικής

Συρακουσσών 3, Καλλιθέα
Κόρινθος, ΤΚ 20100
Τηλ. 6947840543

ΘΕΜΑ : «Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

Αξιότιμα μέλη της Διεύθυνσης της Ιδιωτικής MTN,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα «Μελέτη των αλλαγών στις συνήθειες του ύπνου σε νεφροπαθείς ασθενείς υπό αιμοκάθαρση».

Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η Δρ. Χριστίνα Καραμανίδου, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Υγείας (ΠΔ 407) Για τη συλλογή δεδομένων της διπλωματικής εργασίας μου θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε νεφροπαθείς ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για την ως άνω διπλωματική εργασία στο χώρο του Νοσοκομείου σας. Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους. Δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή παρουσίασής της.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης (σκοπός, μεθοδολογία, εργαλείο συλλογής δεδομένων, ηθικά θέματα, χρονοδιάγραμμα και το ερωτηματολόγιο). Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ επικοινωνήστε με την αιτούσα, κα Μαριάνθη Κεφάλια (6947840543)

Μετά τιμής

Μαριάνθη Κεφάλια

Παράρτημα II

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ»

Υπεύθυνη μελέτης:

ΚΕΦΑΛΑ ΜΑΡΙΑΝΘΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ύπνος, η κατάσταση κατά την οποία γίνεται αποκατάσταση των λειτουργιών του οργανισμού, χαρακτηρίζεται από περιόδους μειωμένου επιπέδου συνείδησης, μειωμένων κινήσεων των σκελετικών μυών και επιβράδυνση του μεταβολισμού. Ο αποσυγχρονισμός του κιρκάδιου ρολογιού από τον περιβαλλοντικό κύκλο μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές του ύπνου, που ορίζονται σαν διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού του ύπνου. Μεταξύ αυτών, είναι οι χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με ένα ενδογενές ρολόι, το οποίο είναι βραδύτερο ή ταχύτερο από το φυσιολογικό [σύνδρομο καθυστερημένης (DSPS) ή προχωρημένης (ASPS) φάσης ύπνου, ή άτακτος κύκλος ύπνου – αφύπνισης].

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι διαταραχές ύπνου μπορεί να δημιουργήσουν στο γενικό πληθυσμό άπνοιες, οι οποίες δείχνει να έχουν αυξανόμενη τάση κατά την αύξηση της ηλικίας και κυρίως μετά την ηλικία των 40 ετών, με τη μεγαλύτερη συχνότητα να καταγράφεται στο αντρικό φύλο (Guilleminault et al, 1988). Σε μελέτη των Shen et al (2006) σε γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ, φάνηκε το 20% να παρουσιάζει υπνηλία, ενώ το 19% των ερωτηθέντων αναφέρει λάθη στην εργασία του εξαιτίας της υπνηλίας που βιώνει (Shen et al, 2006). Επιπλέον, τα στατιστικά στοιχεία στις ΗΠΑ αναφέρουν ότι το ποσοστό των ενηλίκων που κοιμούνται 8-9 ώρες ημερησίως κατά τη διάρκεια της νύχτας έχει μειωθεί από 40,8% σε 23,5% τα τελευταία 40 χρόνια.

Οι De Santo et al (2010) σε έρευνά τους διάρκειας 4 ετών σχετικά με τις διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς στο πρώιμο στάδιο της νεφρικής νόσου αναφέρουν ότι κατά την πάροδο των ετών καταγράφηκε βελτίωση των διαταραχών του ύπνου, οι οποίες

τον πρώτο καιρό ήταν αυξημένες, λόγω της κατάθλιψης που πιθανώς να παρουσιάζουν οι ασθενείς μετά τη διάγνωση της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 84,6% των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο ανέφεραν προβλήματα ύπνου (De Santo et al, 2010). Μελέτη των Garcia et al (2010) καταγράφει στα αποτελέσματά της θετική συσχέτιση των προβλημάτων στον ύπνο με την ποιότητα ζωής (Garcia et al, 2010). Έρευνα με μεγάλο δείγμα ασθενών με νεφρική νόσο των Araujo et al (2011) έδειξε ότι η κακή ποιότητα ύπνου είναι σε υψηλά επίπεδα στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Το 57% των ασθενών αναφέρουν κακή ποιότητα ύπνου, η οποία συνδέθηκε στατιστικά με την ηλικία και τη συνοσηρότητα (διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια, κατάθλιψη, υπολευκωματιναιμία) (Araujo et al, 2011). Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφει σε μελέτη ο Al-Jahdali (2011), δηλώνοντας την αϋπνία και την πτωχή ποιότητα στον ύπνο στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Al-Jahdali, 2011). Τέλος, πρόσφατη μελέτη της Θεοφίλου (2012) σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή κάθαρση έδειξε ότι τα συμπτώματα της αϋπνίας παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, όπως φάνηκε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μέτρησης ποιότητας ζωής WHOQOL (σωματική υγεία, ψυχολογική ευεξία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον). Επίσης, αναφέρεται συσχέτιση με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την αρνητική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (Θεοφίλου, 2012).

Η παρούσα μελέτη θα διερευνήσει μόνο υπό αιμοκάθαρση ασθενείς, χρησιμοποιώντας τριών ειδών ερωτηματολόγια (GR-ESS, GR-PSQI και WHOQOL-BREF) για την καλύτερη αντικατόπριση του ερευνητικού ερωτήματος, σε Ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα επιβεβαιώσουν την σοβαρότητα των σχέσεων ύπνου και ποιότητας ζωής σε σχέση με την νεφρική νόσο. Η μελέτη αυτή από την σκοπιά της νοσηλευτικής θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών με νεφρική νόσο επιτρέποντας μας να παρέχουμε την υποστήριξή μας σε αυτούς και σε άλλους ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

ΣΚΟΠΟΣ

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη των αλλαγών στις συνήθειες του ύπνου και της εν γένει ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

Αναλυτικότερα, οι επιμέρους στόχοι είναι:

11. Διερεύνηση της χρόνιας υπνηλίας, τυχόν διαταραχών ύπνου και της ποιότητας ύπνου των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.
12. Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.
13. Καταγραφή δημογραφικών και άλλων στοιχείων, όπως φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, συνοδές νόσους και έτη αιμοκάθαρσης.
14. Συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τη χρονιότητα της νόσου, τα έτη αιμοκάθαρσης, τη συνοσηρότητα και άλλους δημογραφικούς παράγοντες.

Ερευνητικό ερώτημα:

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου σε ασθενείς με χρόνιες νόσους παρουσιάζουν αυξημένη βαρύτητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς με νεφρική νόσο αποτελούν ομάδα χρονίων ασθενών, η οποία συνήθως παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά συνοσηρότητας, με νόσους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές νόσους, κατάθλιψη κ.λ.π. Στη συγκεκριμένη μελέτη αναμένονται απαντήσεις σχετικά με:

4. Τη σχέση των διαταραχών στον ύπνο με την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.
5. Τη σχέση των διαταραχών στον ύπνο με τη συνοσηρότητα και την επίδραση συνολικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.
6. Τη σχέση των ανωτέρω με δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα έτη αιμοκάθαρσης των ασθενών.

Η υπόθεση της ερευνήτριας είναι ότι κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης θα επιβεβαιωθούν οι θετικές σχέσεις των ανωτέρω ερευνητικών ερωτημάτων. Παραμένει όμως προς διερεύνηση το μέγεθος της επίδρασης των ετών αιμοκάθαρσης, της συνοσηρότητας και των διαταραχών ύπνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

ΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Θα πραγματοποιηθεί μια συγχρονική μελέτη (Cross Sectional study), με τη χρήση ερωτηματολογίων, η συμπλήρωση των οποίων θα είναι ανώνυμη.

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης θα είναι τυχαιοποιημένο και θα το αποτελέσουν ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση μονάδων τεχνητού νεφρού σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία των νομών Αττικής και Κορινθίας. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίζεται αριθμητικά στους 100 ασθενείς.

Διαδικασία

Η προσέγγιση των ασθενών θα πραγματοποιηθεί από την ίδια την ερευνήτρια, κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης η οποία θα ενημερώνει τον κάθε ασθενή προφορικά και εγγράφως με ειδική φόρμα ενημέρωσης σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης. Θα ζητά την συγκατάθεση κάθε ασθενή που συμφωνεί να συμμετέχει στη μελέτη, υπογράφοντας στην ειδική φόρμα συγκατάθεσης. Θα ακολουθεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που κυμαίνεται γύρω στα δέκα λεπτά της ώρας. Κάθε ερωτηματολόγιο θα ταξινομείται με αύξοντα αριθμό. Ακολούθως, τα δεδομένα θα εισάγονται στο στατιστικό σύστημα για ανάλυση.

Δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει:

1. Δημογραφικά στοιχεία, έτη αιμοκάθαρσης και συνοδές νόσους.
2. Την ελληνική έκδοση της κλίμακας ύπνου του Epworth (GR-ESS), η οποία περιέχει ερωτήσεις για τον βαθμό υπνηλίας κατά την διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων π.χ. τον βαθμό υπνηλίας όταν ο ασθενής: κάθεται και διαβάζει, παρακολουθεί τηλεόραση, κάθεται χωρίς δραστηριότητα σε δημόσιο χώρο, σαν συνοδός αυτοκινήτου για απόσταση μιας ώρας χωρίς διάλειμμα κ.α. Είναι μεταφρασμένη στα Ελληνικά, έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και είναι πολύ απλή στην εφαρμογή της. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις με βαθμολογία 0 έως 3. Συνολικό άθροισμα μεγαλύτερο από 10 είναι ένδειξη μέτριου ή σοβαρού βαθμού υπνηλίας κατά την ημέρα (Tsara et al, 2004).
3. Την ελληνική έκδοση του δείκτη ποιότητας του Pittsburgh (GR-PSQI), αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο, που περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα του ύπνου και τη διακύμανση που παρατηρείται τον τελευταίο μήνα. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου καταγράφουν σκορ σχετικά με ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου, τη διάρκεια του ύπνου και το σύνολο των ωρών ύπνου ημερησίως, τις συνήθειες ύπνου, τις δυσκολίες στον ύπνο και τη πιθανή χρήση υπνωτικών φαρμάκων. Το σκορ του ερωτηματολογίου αποτελεί χρήσιμο οδηγό

για τους επαγγελματίες υγείας, σκιαγραφώντας το βαθύτερο νόημα των διαταραχών στις συνήθειες του ύπνου (Kotronoulas et al, 2011).

4. Την ελληνική έκδοση του World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τους ακόλουθους ευρύτερους τομείς: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Αξιολογεί τις αντιλήψεις του ατόμου στο πλαίσιο της κουλτούρας του και τα συστήματα αξιών, τους προσωπικούς στόχους, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: (α) στη διατροφή, (β) στην ικανοποίηση από την εργασία, (γ) στην οικιακή ζωή και (δ) στην κοινωνική ζωή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης Ποιότητας Ζωής (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003).

Η ερευνήτρια, κατόπιν αιτήσεώς της, αδειοδοτήθηκε για τη χρήση των ελληνικών εκδόσεων των παραπάνω ερωτηματολογίων από τους υπεύθυνους συγγραφείς - ερευνητές.

(Ελληνική έκδοση ερωτηματολογίου: του Pittsburgh από την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ κυρία Έλσα Πατηράκη, με ημερομηνία έγκρισης του ερωτηματολογίου τον Οκτώβριο του 2011.

Ελληνική έκδοση ερωτηματολογίου: Erworth από την Δ/ντρια Πνευμονολογικής κλινικής και ιατρείο ύπνου κυρία Βενετία Τσάρα , με ημερομηνία έγκρισης του ερωτηματολογίου τον Αύγουστο του 2011.

Ελληνική έκδοση ερωτηματολογίου: World Health Organization Quality of Life από την Κλινική Ψυχολόγο- Συγγραφέα Τζινιέρη- Κοκκώση Μαρία, με ημερομηνία έγκρισης του ερωτηματολογίου τον Ιούνιο του 2012.)

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το χρονικό διάστημα που αναμένεται να διεξαχθεί η μελέτη είναι από 01-07-2012 έως 31-07-2012. Η στατιστική ανάλυση θα ακολουθήσει και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων αναμένεται το φθινόπωρο του 2012.

ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Επισημαίνεται ότι τα ερωτηματολόγια είναι πλήρως ανώνυμα και δεν θα χρησιμοποιηθούν προσωπικά δεδομένα για τις ανάγκες της μελέτης. Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα, αποκλειστικά για επιστημονικούς λόγους. Το ερευνητικό πρωτόκολλο θα λάβει έγκριση από τις επιστημονικές επιτροπές των νοσοκομείων πριν πραγματοποιηθεί η μελέτη. Δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για τα νοσοκομεία, τις μονάδες τεχνητού νεφρού ή τους συμμετέχοντες.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al-Jahdali H. A comparison of sleep disturbances and sleep apnea in patients on hemodialysis and chronic peritoneal dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2011; 22(5):922-30.
- Araujo SM, Bruin VM, Daher EF, Medeiros CA, Almeida GH, Bruin PF. Quality of sleep and day-time sleepiness in chronic hemodialysis: a study of 400 patients. *Scand J Urol Nephrol*, 2011; 45(5):359-64.
- De Santo RM, Bilancio G, Santoro D, Vecchi ML, Perna A, De Santo NG, Cirillo M. A longitudinal study of sleep disorders in early-stage chronic kidney disease. *J Ren Nutr*, 2010; 20(5 Suppl):S59-63.
- Garcia TW, Veiga JP, Motta LD, Moura FJ, Casulari LA. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Rev Bras Psiquiatr*, 2010; 32(4):369-74.
- Guilleminault C, Quera-Salva MA, Partinen M, Jamiason A. Women and the obstructive sleep apnea syndrome. *Chest*, 1988; 93:104.
- Kotronulas GC, Papadopoulou CN, Papapetrou A, Patiraki E. Psychometric evaluation and feasibility of the Greek Pittsburgh Sleep Quality Index (GR-PSQI) in patient with cancer receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 2011;19(11):1831-40.
- Shen J, Barbera J, Shapiro CN. Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 2006; 10: 63-74.

Theofilou P. Association of insomnia symptoms with kidney disease quality of life reported by patients on maintenance dialysis. *Psychol Health Med*, 2012.

Tsara V, Serasli E, Amfiloxiou A, Constantinidis T, Christinaki P. Greek Version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep & Breathing*, 2004; 8: 91-95.

Τζινιέρη-Κοκκόση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Αντωνοπούλου Β, Τομαράς Β, Χριστιδούλου ΓΝ. Εγχειρίδιο ποιότητα ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2003.

Παράρτημα III

ΦΟΡΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Τίτλος εργασίας: Διερεύνηση της ποιότητας του ύπνου σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

Όνομα ερευνήτριας: Κεφάλια Μαριάνθη

Τηλ. επικοινωνίας: 6947840543

Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα

Σας δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχετε σε μια ερευνητική εργασία. Προτού το αποφασίσετε, είναι σημαντικό να κατανοήσετε τον λόγο που γίνεται η έρευνα και τι μπορεί να προσφέρει. Παρακαλώ αφιερώστε λίγο χρόνο για να διαβάσετε προσεκτικά τις πληροφορίες που ακολουθούν. Μπορείτε να εκφράσετε όποια απορία μπορεί να προκύψει, για να αποφασίσετε αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την διαδικασία.

Ποιος είναι ο σκοπός της εργασίας:

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί η ποιότητα ύπνου των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ειδικότερα, να διερευνηθούν τυχόν διαταραχές ύπνου που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, και να εξεταστεί εάν αυτές συσχετίζονται με τη γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών, τη χρονιότητα της νόσου, τα χρόνια αιμοκάθαρσης και διάφορους δημογραφικούς παράγοντες.

Γιατί μπορείτε να συμμετέχετε στην έρευνα:

Είναι πολύ σημαντικό για την αξιοπιστία της έρευνας να ερωτηθούν οι ίδιοι οι ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση. Θα ήμουν ευγνώμων αν μοιραζόσασταν μαζί μου αυτές τις πληροφορίες σχετικά με τον ύπνο σας.

Όροι συμμετοχής στην έρευνα:

Είναι επιλογή δική σας αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα. Αν αποφασίσετε να πάρετε μέρος, θα κρατήσετε αυτή τη φόρμα ενημέρωσης και θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που θα σας δοθούν. Ακόμα και αν αποφασίσετε να πάρετε μέρος, έχετε το δικαίωμα να σταματήσετε την συνεργασία μας, χωρίς να σας ζητηθεί να δικαιολογήσετε την απόφασή σας αυτή. Όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται σχετικά με εσάς κατά τη διάρκεια της έρευνας θα έχουν αυστηρά εμπιστευτικό χαρακτήρα.

Ποια τα πιθανά οφέλη από τη συμμετοχή σας:

Ελπίζουμε ότι η ανταλλαγή εμπειριών και των σκέψεων σας μαζί μας, παίρνοντας ενεργό ρόλο στην έρευνα, θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανάγκες σας. Θα μας επιτρέψει να παρέχουμε την υποστήριξη μας σε εσάς και τους άλλους ασθενείς με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση. Η βοήθειά σας θα εκτιμηθεί πολύ.

Από ποιόν πραγματοποιείται η έρευνα:

Η έρευνα γίνεται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας της ερευνήτριας στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Επικοινωνία για περισσότερες πληροφορίες:

Αν επιθυμείτε να έχετε πρόσβαση στα αποτελέσματα της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια, όπως και για οποιαδήποτε απορία σας στο τηλέφωνο που σας παραδίδεται.

Σας ευχαριστώ πολύ, που διαβάσατε την φόρμα ενημέρωσης
Μαριάνθη Κεφάλια

Παράρτημα IV

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Αξιότιμε κύριε/κυρία,

Εκ μέρους του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» σας ενημερώνουμε ότι διεξάγεται μια έρευνα που έχει ως στόχο τη μελέτη των αλλαγών στις συνήθειες του ύπνου και της εν γένει ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση.

Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε αιμοκαθαρόμενους νεφροπαθείς από τις μονάδες τεχνητού νεφρού σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία των νομών Αττικής και Κορινθίας.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι:

- Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ**. Παραμένει στη δική σας κρίση αν θα συμμετάσχετε.
- Το ερωτηματολόγιο είναι **ΑΝΩΝΥΜΟ** και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ**.
- Είναι πολύ σημαντικό να απαντηθούν **ΟΛΕΣ** οι ερωτήσεις.
- Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σε περίπτωση που δε βρείτε την ακριβή απάντηση που σας ταιριάζει, παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτή.
- Οι αυθόρμητες και ειλικρινείς απαντήσεις είναι πιο αντιπροσωπευτικές.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι 10-15 λεπτά.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για τη μελέτη. Παρακαλούμε, αφιερώστε μερικά λεπτά από τον χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων
για την πρόθυμη συμμετοχή σας στη μελέτη και την πολύτιμη βοήθειά σας

Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

1. ΦΥΛΟ:

Άνδρας

Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ:

Έως 30 ετών

31 έως 40 ετών

41 έως 50 ετών

51 έως 60 ετών

Άνω των 60 ετών

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Βασική

Μέση

Ανώτερη

Ανώτατη

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Άγαμος /η

Έγγαμος /η

Διαζευγμένος /η

Χήρος /α

Συζεί

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

Κανένα

Ένα

Δύο

Τρία

Περισσότερα

6. ΖΕΙΤΕ:

Μόνος

Με άλλους

7. ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

Πλήρης απασχόληση

Μερική απασχόληση

Περιστασιακά

Καθόλου

8. ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΥΠΟΒΑΛΛΕΣΤΕ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

_____ ΕΤΗ _____ ΜΗΝΕΣ

9. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ

ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ:

Καρδιολογικά προβλήματα

Υπέρταση

Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί

Καρκίνος

Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα

Διαβήτης

Καταρράκτης

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Κάταγμα ή ράγισμα οστού

Χρόνια ψυχικά προβλήματα

Προβλήματα στα κάτω άκρα

Αιμορραγία του ορθού εντέρου

Πάρκινσον

Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε)

B. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

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

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

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

Παράδειγμα ερώτησης:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

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

	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
1 Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

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

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.);	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

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

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

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

		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤ Η- ΜΕΝΟ Σ/Η	ΔΥΣΑΡΕΣΤ Η- ΜΕΝΟ Σ/Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕ ΣΤΗ- ΜΕΝΟΣ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗ- ΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑΝΟΠΟΙ - ΗΜΕΝ ΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟ- ΠΟΙΗΜΕΝΟ Σ/Η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤ Η- ΜΕΝΟ Σ/Η	ΔΥΣΑΡΕΣΤ Η- ΜΕΝΟ Σ/Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣ ΤΗ- ΜΕΝΟΣ/ Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗ- ΜΕΝΟΣ/ Η	ΙΚΑΝΟΠΟΙ - ΗΜΕΝ ΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟ- ΠΟΙΗΜΕ ΝΟΣ/Η

21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

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

		ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΕΧΩΣ
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο **ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας** (π.χ διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

N1	Πόσο καλή και σύμφωνα με τις ανάγκες σας θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ-ΜΕΝΟΣ /Η	ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ-ΜΕΝΟΣ/Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ-ΜΕΝΟΣ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗ-ΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗ-ΜΕΝΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗ-ΜΕΝΟΣ/Η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και	1	2	3	4	5

	προσδοκίες σας);					
--	------------------	--	--	--	--	--

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ (ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΡWORTH)

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά **τι πιθανότητα υπάρχει, όταν δεν αισθάνεστε κουρασμένος-η, να σας πάρει λίγο ο ύπνος ή να κοιμηθείτε τελείως** στην κάθε μια από τις παρακάτω περιπτώσεις.

Είναι σημαντικό **να απαντήσετε όσο πιο σωστά μπορείτε**. Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα επιλέγοντας τον αριθμό που ανταποκρίνεται σε σας, σε κάθε περίπτωση.

- 0** – Καμία πιθανότητα να αποκοιμηθώ
- 1** – Ελάχιστη πιθανότητα να αποκοιμηθώ
- 2** – Μέτρια πιθανότητα να αποκοιμηθώ
- 3** – Μεγάλη πιθανότητα να αποκοιμηθώ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΑΠΟΚΟΙΜΗΘΕΙΤΕ
1. Διαβάζοντας καθισμένος/η	
2. Βλέποντας τηλεόραση	
3. Καθισμένος/η και αδρανής σε δημόσιο χώρο (π.χ. θέατρο ή συγκέντρωση)	
4. Επιβάτης σε αυτοκίνητο	
5. Ξαπλωμένος/η το απόγευμα για ξεκούραση όταν οι περιστάσεις το επιτρέπουν	
6. Μιλώντας με κάποιον καθισμένος/η	
7. Καθισμένος/η σε ήσυχο περιβάλλον μετά το μεσημεριανό χωρίς να έχετε καταναλώσει αλκοόλ	
8. Σε αυτοκίνητο ενώ είστε σταματημένος/η για λίγα λεπτά λόγω κίνησης	

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ PITTSBURGH (GR-PSQI)

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

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

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**.

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

ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΥΠΝΟΥ.....

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

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΠΤΩΝ.....

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

ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΕΓΕΡΣΗΣ.....

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

ΩΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΥΠΝΟΥ ΑΝΑ ΝΥΧΤΑ.....

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να κοιμηθείτε, εξαιτίας του ότι...	ΟΧΙ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΜΙΑ Ή ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΤΡΕΙΣ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
A. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά;	0	1	2	3
B. Ξυπνούσατε στη μέση της νύχτας ή νωρίς το πρωί;	0	1	2	3
Γ. Χρειαζόταν να σηκωθείτε για να χρησιμοποιήσετε την τουαλέτα;	0	1	2	3
Δ. Δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε άνετα;	0	1	2	3
E. Βήχατε ή ροχαλίζατε δυνατά;	0	1	2	3
Στ. Αισθανόσασταν υπερβολικό κρύο;	0	1	2	3
Z. Αισθανόσασταν υπερβολική ζέστη;	0	1	2	3
H. Βλέπατε άσχημα όνειρα;	0	1	2	3
Θ. Πονούσατε;	0	1	2	3
I. Άλλος λόγος (ή άλλοι λόγοι). Παρακαλούμε περιγράψτε: _____ —	0	1	2	3
6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσο συχνά πήρατε φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς συνταγή γιατρού) για να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε;	0	1	2	3
7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών,	0	1	2	3

πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος/α ενώ οδηγούσατε, τρώγατε ή συμμετείχατε σε μια κοινωνική δραστηριότητα;				
--	--	--	--	--

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΡΟΒΛΗ ΜΑ	ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΡΟΒΛ ΗΜΑ	ΑΡΚΕΤΟ ΠΡΟΒΛ ΗΜΑ	ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ ΠΡΟΒΛΗ ΜΑ
8. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, κατά πόσο ήταν πρόβλημα για εσάς να διατηρήσετε αρκετό ενθουσιασμό για να κάνετε πράγματα και να ολοκληρώσετε δραστηριότητες;	0	1	2	3
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ
9 . Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του ύπνου σας γενικώς;	0	1	2	3

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

Για τυχόν διευκρινήσεις, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια Κεφάλια Μαριάνθη στο τηλέφωνο 6947 840543 ή στη διεύθυνση kefalama@yahoo.gr.