



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
Πτυχιακή εργασία

ΘΕΜΑ

Ανίχνευση των διαταραχών του ύπνου σε άτομα τρίτης ηλικίας που διαμένουν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και η συσχέτισή τους με προβλήματα υγείας.

Φοιτητές : Παναγιώτης Κοντός

Ιωάννης Σουρανάκης

Επιβλέπων Καθηγητής: Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής τμήμα Νοσηλευτικής
ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ηράκλειο Σεπτέμβριος 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ1. Ύπνος... ..	7
1.1 Διαταραχές ύπνου.....	8
1.1.1 Διαταραχές και προβλήματα ύπνου σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας	9
1.1.2 Προβλήματα ύπνου σε ηλικιωμένα άτομα σε Γηροκομεία	11
1.2 Διαταραχές ύπνου και άλλα προβλήματα υγείας	13
1.2.1 Κατάθλιψη και προβλήματα στον ύπνο.....	15
1.3 Τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων ύπνου σε ηλικιωμένα άτομα.....	16
1.3.1 Φυσική άσκηση... ..	16
1.3.2 Φαρμακευτική Θεραπεία	17
1.3.3 Εναλλακτικές Θεραπείες.....	18
1.4 Σκοπός	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ .2. Μεθοδολογία.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αποτελέσματα.....	20
3.1 Περιγραφική Στατιστική.....	20
3.2 Στατιστική σημαντικότητα αποτελεσμάτων... ..	26
3.3 Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συμπεράσματα	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Περιορισμοί... 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Βιβλιογραφία 44

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων... ..	20
Πίνακας2. Αναλυτική περιγραφή του επιπέδου εκπαίδευσης ανάλογα με την κάθε ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.....	21-22
Πίνακας3. Απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με τη συνήθη ώρα ύπνου, το χρόνο που απαιτείται για να αποκοιμηθούν, την ώρα αφύπνισης και το ποσό ύπνου μέσα στη νύχτα εκφραζόμενο σε ώρες.....	23-24
Πίνακας4. Αποτελέσματα ερωτήσεων ποιότητας ύπνου και άλλων προβλημάτων υγείας των συμμετεχόντων... ..	24 - 26
Πίνακας5. Crosstab Πίνακας Φύλου και Ποιότητας ύπνου.....	26 - 27
Πίνακας6. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	27
Πίνακας7. Crosstab πίνακας ηλικίας και ποιότητας ύπνου.....	28 - 29
Πίνακας8. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	29
Πίνακας9. Crosstab πίνακας διαστήματος φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου.....	30
Πίνακας10. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	30 - 31
Πίνακας11. Crosstab πίνακας συνηθισμένης ώρας ύπνου και ποιότητας ύπνου	31 - 32
Πίνακας12. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	33
Πίνακας13. Crosstab πίνακας διάρκειας ύπνου και ποιότητας ύπνου	33
Πίνακας14. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	34
Πίνακας15. Crosstab πίνακας δυσκολίας στην αναπνοή και ποιότητας ύπνου	35
Πίνακας16. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	35

Πίνακας17. Crosstab πίνακας διαταραχή ύπνου λόγω πόνου και ποιότητας ύπνου.....	37
Πίνακας18. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests	37
Πίνακας19. Model Summary	39
Πίνακας 20. ANOVA... ..	39
Πίνακας21. Coefficients	39

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαδικασία του ύπνου αποτελεί μία πολύ σημαντική διαδικασία η οποία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ίδιων των ατόμων αλλά και των φροντιστών τους. Οι διαταραχές ύπνου φαίνεται να εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που διαμένουν σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στον ύπνο δύναται να οφείλονται σε παθήσεις και σύνδρομα όπως το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, σε παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής για άλλα προβλήματα υγείας που διαταράσσουν συγκεκριμένα στάδια ύπνου ή προκαλούν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, ορμονικές αλλαγές λόγω ηλικίας, ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη και άγχος, νευρολογικά προβλήματα όπως η άνοια και η νόσος Alzheimer και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που αφορούν την συγκρότηση και τον τρόπο λειτουργίας της εκάστοτε δομής, όπως θόρυβος, φως, και το πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Υφίστανται αρκετοί τρόποι που φαίνεται να συνεισφέρουν θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, όπως η φυσική άσκηση, συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και άλλες εναλλακτικές προσεγγίσεις όπως οι μαλάξεις (μασάζ). Για την διερεύνηση των διαταραχών ύπνου και τη συσχέτιση τους με άλλα προβλήματα υγείας εκτυπώθηκε και διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τον δείκτη Pittsburgh (PSQI) σε 70 ηλικιωμένα άτομα στην Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων ΔΕΛΦΙΝΙ (Γλυφάδα Αττικής) τον Φεβρουάριο του 2022. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποκάλυψε ότι πράγματι η πλειονότητα των συμμετεχόντων μαστίζονται από προβλήματα ύπνου που αφορούν τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα του με την πλειονότητα (45.7%) να χαρακτηρίζει την ποιότητα του ύπνου «Πολύ κακή». Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ως στατιστικά σημαντικά την ύπαρξη πόνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και το χρονικό διάστημα ωρών ύπνου σε σχέση με την ποιότητα του ύπνου.

Λέξεις κλειδιά: Ηλικιωμένοι, Προβλήματα ύπνου, Γηροκομείο, Διαταραχή ύπνου

ABSTRACT

Sleep is a necessary and important process that affects strongly the quality of life not only of people themselves but also of their care-givers. Sleep disorders tend to appear more often in older people and especially in older people living in Nursing homes. Sleep problems can be attributed to conditions and syndromes such as Restless Leg syndrome, to side effects of medication for other illnesses that may affect sleeping stages or cause daytime sleepiness, to hormonal changes because of age, to psychological problems such as anxiety or depression, to neurological problems such as dementia or Alzheimer's disease and to environmental factors such as the structure and rules of the nursing home (noise, light, daily schedule). Many different approaches have been studied in order to fix these problems and some of them include physical exercise, specialized medication, psychotherapy and alternative approaches such as acupressure massages. In order to shed light to these sleep problems and their connection to other health issues, a questionnaire according to the Pittsburgh index (PSQI) was printed and distributed among 70 old people at DELFINI Nursing Home in Glyfada, Attiki in February 2022. Results based on their answers showed that the participants indeed face sleeping problems regarding not only the quality but also the quantity of sleep, and most of them (45.7%) characterized their sleep quality as «Really bad». Statistical analysis of the results showed pain during the night and the actual hours spent sleeping as statistical important in regards to the quality of sleep.

Key words: Old people, Sleep problems, Nursing Home, Sleep disorders

1.Εισαγωγή

Ύπνος

Στους ανθρώπους η διαδικασία του ύπνου χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες, τον ύπνο REM(Rapid Eye Movement) και τον ύπνο NREM(Non- REM) ο οποίος χωρίζεται περαιτέρω σε τρεις ή τέσσερις κατηγορίες ή στάδια. Η ονομασία δύναται να διαφέρει ανάλογα με τη χώρα ή το σύστημα που χρησιμοποιείται αλλά συνήθως χρησιμοποιείται η ορολογία και ο συμβολισμός από την Αμερικανική Ακαδημία ύπνου(ASSM) με το γράμμα R να αντιπροσωπεύει τον REM ύπνο και το γράμμα N να αντιπροσωπεύει τον NREM ύπνο (ASSM, 2007). Τα στάδια του NREM ύπνου είναι τα N1, N2 και N3 στο οποίο εμφανίζεται ο ύπνος SWS(Slow-wave sleep) (McNamara et al., 2010). Οι μελέτες ύπνου που διεκπεραιώνονται σε εργαστήρια αποτελούν την πολυπνογραφία κατά την οποία πραγματοποιούνται και μελετώνται ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (EEG) ,ηλεκτρομυογραφήματα (EMG), οι κινήσεις των βλεφάρων και η αναπνευστική δραστηριότητα με σκοπό το διαχωρισμό των σταδίων ύπνου (Feinsilver, 2021). Καθώς το άτομο περνάει από το στάδιο N1 στο N2 και στο N3 παρατηρούνται μειώσεις στο EEG και στο EMG και μείωση στις κινήσεις των βλεφάρων. Το στάδιο N2 χαρακτηρίζεται από την παρουσία σύντομων υψηλής συχνότητας ρυθμικών κυμάτων (spindles) και συμπλέγματα K (K-complexes). Οι διαδικασίες αυτές δεν πραγματοποιούνται τυχαία αλλά ο REM και NREM ύπνος εναλλάσσονται ανά 90 έως 120 λεπτά. Σε κάθε κύκλο η διάρκεια του REM ύπνου αυξάνεται και των SWS μειώνεται. Αποτελεσματικά, ο REM ύπνος είναι εντονότερος στο τέλος της νύχτας και το στάδιο N3 στην αρχή της νύχτας (McNamara et al., 2010). Συνοπτικά τα στάδια ύπνου σε ένα άτομο με φυσιολογικό ύπνο είναι η αγρυπνία όπου δύναται να παρατηρηθούν κύματα άλφα, το στάδιο N1 όπου εξαφανίζονται τα κύματα άλφα ,εμφανίζονται κύματα θήτα και αποτελεί τον «ελαφρύ» ύπνο 15 με 20 % του συνολικού ύπνου, το στάδιο N2 όπου παρατηρούνται τα spindles και K-complexes και αποτελεί περίπου το 50% του συνολικού ύπνου, το στάδιο N3 όπου παρατηρούνται θήτα (αργά) κύματα και αποτελεί τον βαθύτερο ύπνο και ο ύπνος REM όπου παρατηρούνται παρόμοια χαρακτηριστικά με το στάδιο της αγρυπνίας και εμφανίζονται τα όνειρα (MacNamara et al., 2010).

1.1 Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές και μπορεί να αφορούν τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα του ύπνου. Οι διαταραχές ύπνου δύναται να προκαλέσουν πληθώρα προβλημάτων υγείας και έχουν συσχετιστεί και με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Dinges et al., 1997). Συχνά οι ασθενείς διαχωρίζονται σε εκείνους που αδυνατούν να κοιμηθούν, σε εκείνους που δεν κοιμούνται, σε εκείνους με αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και σε εκείνους με αυξημένη κινητικότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου (Ramar and Olson, 2013). Στην κατηγορία ατόμων που αδυνατούν να κοιμηθούν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και Ινσώμνια(αϋπνία). Ασθενείς με αϋπνία παρουσιάζουν προβλήματα στη χρονική διάρκεια που απαιτείται για επέλθουν σε κατάσταση ύπνου και στη συνολική χρονική διάρκεια του ύπνου, ενώ συχνά διακόπτεται ο ύπνος επηρεάζοντας την ποιότητα του και έχοντας δυσάρεστα αποτελέσματα στη διάρκεια της ημέρας όπως κούραση, δυσκολίες στη μνήμη και στην διατήρηση της προσοχής (Sateia, 2014). Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών αποτελεί μία νευρολογική διαταραχή κατά την οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν έντονες κινήσεις στα πόδια οι οποίες προκαλούν δυσφορία , τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την εποχή και ταυτόχρονα επηρεάζονται από τη φυσική κατάσταση του ασθενή (Γυμναστική, διατάσεις)(Sateia, 2014). Η αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας συνήθως οφείλεται σε ναρκοληψία ή σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ). Η ναρκοληψία είναι μία χρόνια ασθένεια που εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, διαρκεί ολόκληρη τη ζωή ενός ανθρώπου και οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα όπως παραισθήσεις πριν και μετά τον ύπνο, παράλυση κατά τη διάρκεια του ύπνου και γενικότερα υπερβολική υπνηλία. Το σύνδρομο ΣΑΑΥ από την άλλη πλευρά εμφανίζεται κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και αφορά την μερική ή ολοκληρωτική παρεμπόδιση των άνω αεραγωγών παρά τις προσπάθειες για αναπνοή. Οι ασθενείς παρουσιάζουν νοητικά προβλήματα , υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και συχνά υπέρταση (Young, Peppard, and Gottlieb, 2002). Τέλος τα άτομα με αυξημένη κινητικότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου, συχνά έχουν διαταραχή συμπεριφοράς ύπνου REM(RBD) ή πάθηση περιοδικής κίνησης άκρων. Στην διαταραχή RBD οι ασθενείς πραγματοποιούν έντονες και απότομες κινήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου οι οποίες

μπορεί να είναι επιβλαβής για τον εαυτό τους ή για το άτομο με το οποίο μοιράζονται τον ίδιο χώρο ύπνου. Συχνά σχετίζεται με άλλες διαταραχές όπως η νόσος Πάρκινσον, άλλες νευρολογικές διαταραχές (νωτιαιοπαρεγκεφαλιδική αταξία) ή διαταραχές ύπνου(π.χ. ΣΑΑΥ, ναρκοληψία κλπ) ή ως αποτέλεσμα χρήσης διαφόρων φαρμάκων (αναστολείς σεροτονίνης) (Ramar and Olson, 2013). Στην πάθηση περιοδικής κίνησης άκρων, οι ασθενείς εμφανίζουν περιοδικά επεισόδια επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών κινήσεων κυρίως στο κάτω μέρος του σώματος. Η διαταραχή εντοπίζεται όταν σε συνδυασμό με τις κινήσεις, εμφανιστούν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως υπνηλία και κόπωση. Η πάθηση έχει συνδεθεί και με την διαταραχή RBD όπως και με το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (Sateia, 2014).

1.1.1 Διαταραχές και προβλήματα ύπνου σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν συχνά προβλήματα στον ύπνο τα οποία αφορούν τόσο τη συνολική διάρκεια του ύπνου όσο και προβλήματα συγχρονισμού του κερκαδικού (ή αλλιώς κερκάδιου) ρυθμού (Neubauer,1999). Τα προβλήματα στον ύπνο μπορεί να περιλαμβάνουν λίγες ώρες ύπνου στα στάδια βαθύ ύπνου, κούραση τις πρωινές ώρες και να απαιτείται αρκετή ώρα για να αποκοιμηθεί το άτομο. Συμπτώματα όπως αυτά αλλά και άλλα, δύναται να οφείλονται τόσο σε παθήσεις και σύνδρομα που προαναφέρθηκαν στην ενότητα 1.1, αλλά και στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων, όπως έντονος ύπνος κατά τις μεσημεριανές ώρες ή η κατάχρηση καφεΐνης και αλκοόλης (Neubauer, 1999). Τα προβλήματα και οι ανησυχίες ύπνου είναι τόσο συχνές στα ηλικιωμένα άτομα, γεγονός που αποδεικνύεται από έρευνες όπως η έρευνα των Foley et al., όπου μελετήθηκαν πάνω από εννέα χιλιάδες άτομα άνω των 65 ετών και πάνω από τα μισά άτομα, τόσο άντρες όσο και γυναίκες, ανέφεραν ότι υποφέρουν το λιγότερο από ένα χρόνια πρόβλημα ύπνου.

Όσο αφορά στον κερκάδιο ρυθμό, ο οποίος φαίνεται να επηρεάζεται αρκετά από την έκθεση ενός ατόμου στο φως, ο φυσιολογικός ύπνος περιλαμβάνει ένα επαναλαμβανόμενο κύκλο ημερήσιας εγρήγορσης και κούρασης τη νύχτα όπου ο ύπνος διαχωρίζεται σε πολλά στάδια. Ο ύπνος REM αποτελεί περίπου το 15 με 20 % του συνολικού ύπνου και έχει συσχετιστεί με την αρτηριακή πίεση, την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό και την προβολή ονείρων. Τα επεισόδια του ύπνου REM εμφανίζονται περίπου ανά 90 λεπτά και η διάρκεια τους αυξάνεται καθώς περνάει η ώρα. Ο ύπνος NREM(Non REM) διαχωρίζεται σε 4

στάδια τα οποία αυξάνονται σε «βαρύτητα» ή «βάθος» ύπνου και το στάδιο κατά το οποίο τα άτομα κοιμούνται βαθύτερα, εντοπίζεται νωρίς τη νύχτα (Neubauer, 1999). Τα ηλικιωμένα άτομα φαίνεται να έχουν διακοπτόμενο ύπνο και τα στάδια 3 και 4 του ύπνου NREM διαρκούν λιγότερο συγκριτικά με άτομα μικρότερης ηλικίας. Παρόλα αυτά μία πρόσφατη ανάλυση η οποία εξέτασε 65 έρευνες συνολικά 3,577 συμμετεχόντων με ηλικίες 5 έως 102 ετών, πρότεινε, πως οι αλλαγές αυτές στα στάδια ειδικά 3 και 4 εμφανίζονται και σε νεαρά άτομα και άτομα μέσης ηλικίας, με το ποσοστό του SWS (Slow Wave Sleep= φάση 3 του NREM) να μειώνεται γραμμικά περίπου 2% κάθε δεκαετία μέχρι τα 60 έτη ηλικίας (Ohayon et al., 2004).

Παρόλο που άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κοιμούνται λιγότερο από τα νεότερα άτομα, δεν σημαίνει ότι ο οργανισμός τους απαιτεί λιγότερο ύπνο. Ο Κύκλος Ύπνου-Αφύπνισης διαταράσσεται πιο συχνά λόγω μεσημεριανού ύπνου και τα βαθύτερα στάδια του NREM ύπνου μειώνονται σε διάρκεια ή δεν εντοπίζονται καθόλου, αλλά ο ύπνος REM τείνει να παραμένει अपαράλλαχτος καθώς μεγαλώνουν σε ηλικία τα άτομα. Σπάνια παρατηρείται το φαινόμενο “Night Owl” σε ηλικιωμένους όπου παραμένουν ξύπνιοι μέχρι αργά τη νύχτα και ξυπνούν αργά τις μεσημεριανές ώρες ενώ συνήθως οφείλεται σε συνθήκες διαβίωσης κατά τα προηγούμενα χρόνια, όπως σε άτομα που εργαζόταν για πολλά χρόνια κατά τη διάρκεια της νύχτας (Neubauer, 1999).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αλλαγές που πραγματοποιούνται με το πέρας της ηλικίας στις ορμόνες και γενικότερα στο ενδοκρινικό σύστημα δύναται να επηρεάσουν άμεσα την ποιότητα του ύπνου (Maggio et al., 2013). Αναλυτικότερα, οι ορμόνες επηρεάζονται έντονα από το στρες και το άγχος και οι αλλαγές που προκύπτουν δύναται να είναι οξείες ή και χρόνιες. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν καταστάσεις έντονου στρες με αποτέλεσμα την αλλαγή στη ποσοτική σύσταση των ορμονών τους. Το στρες προκαλείται συχνά λόγω των προβλημάτων ύπνου (της έλλειψης κυρίως) δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο έλλειψης ύπνου-> αύξησης στρες-> αλλαγών ορμονών. Οι συνηθέστερες ορμόνες που τροποποιούνται και κυρίως μειώνονται είναι η κορτιζόλη και ορμόνες του θυρεοειδούς (T3,T4) και ταυτόχρονα η δεϋδροεπιανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και ο ινσουλινομορφος αυξητικός παράγοντας-1 (Maggio et al., 2013). Οι αλλαγές αυτές δύναται να επηρεάσουν και τη νοητική

λειτουργία του ατόμου και γενικότερα επηρεάζουν τον ομοιοστατικό μηχανισμό (Meerlo, Sgoifo and Suchecki, 2008).

Παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου στους ηλικιωμένους γενικότερα είναι οι διαταραχές ύπνου, παθήσεις στο νευρικό, πεπτικό και κυκλοφορικό σύστημα, ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και άγχος, πόνος από αρθρώσεις-μύες και φαρμακευτική αγωγή ,κορτικοστεροειδή και αντικαταθλιπτικά (Bliwise, 1993). Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες θα αναλυθούν εκτενέστερα σε μετέπειτα ενότητες της εργασίας.

1.1.2 Προβλήματα ύπνου σε ηλικιωμένα άτομα σε Γηροκομεία

Τα προβλήματα ύπνου είναι εξαιρετικά συχνά σε άτομα που μένουν σε γηροκομεία. Οι δυσκολίες στη διαδικασία του ύπνου έχουν αποδοθεί στην ηλικία, σε διάφορα προβλήματα υγείας αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που αφορούν τις υποδομές και τη λειτουργία του εκάστοτε γηροκομείου (Alessi and Schnelle, 2000). Καθώς ο πληθυσμός αυξάνεται και ο μέσος όρος ηλικίας μεγαλώνει, επακόλουθο ήταν α αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων σε οίκους ευγηρίας (Doty, 1992). Το 50% των ατόμων που ξεκινούν να μένουν σε γηροκομεία μένουν τουλάχιστον 1 χρόνο στην εκάστοτε υποδομή και το 20% μένουν 5 χρόνια ή και περισσότερο (Kemper and Murtaugh, 1991). Έχουν διεξαχθεί πολλαπλές έρευνες τα τελευταία χρόνια που αποδεικνύουν ότι τα άτομα που διαμένουν σε δομές ηλικιωμένων εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου όχι μόνο συγκριτικά με άτομα νεότερης ηλικίας, αλλά και με άτομα ίδιας ηλικίας που δεν διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Οποιαδήποτε συζήτηση για διαταραχές και προβλήματα ύπνου σε γηροκομεία οφείλει να λαμβάνει υπόψη ότι τα γηροκομεία πέρα από το ρόλο τους στην παροχή στέγης και πρώτων αναγκών, διαθέτουν και ρόλο παροχής ιατρικής φροντίδας καθώς η πλειονότητα των ενοίκων διαθέτουν προβλήματα υγείας. Το περιβάλλον επομένως, συχνά, προσομοιάζει περισσότερο νοσοκομειακές μονάδες υγείας παρά μια κατοικία και τα προγράμματα που εφαρμόζονται ,ιδίως αν η δομή δεν έχει εκσυγχρονιστεί δεν προάγουν τη κίνηση και την έντονη δραστηριότητα που βοηθούν στη διαδικασία του ύπνου (Alessi and Schnelle, 2000). Οι Schnelle et al., σε έρευνα που πραγματοποίησαν το 1999 μελέτησαν την επίδραση του θορύβου και του φωτός στον ύπνο 267 ατόμων από οκτώ οίκους ευγηρίας, όπου με τη βοήθεια παρεμβάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού μειώθηκε ο θόρυβος και το φως τις ώρες της νύχτας σε αρκετά επίπεδα, με στόχο να

βελτιωθεί η διαδικασία του ύπνου. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν μικρές αλλαγές στο πρότυπο ύπνου των συμμετεχόντων αλλά θεωρείται ότι αν οι συγκεκριμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες και συμπεριφοριστικές στρατηγικές όπως προσπάθεια αποφυγής παραμονής στην κλίνη για πολλές ώρες την ημέρα, θα βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα του ύπνου των κατοίκων γηροκομείων. Σε παρόμοια έρευνα των Gentili et al., οι ασθενείς ανέφεραν ότι συχνά διακόπτεται ο ύπνος τους λόγω του προσωπικού που μετακινείται, ομιλεί με άλλους ασθενείς και παρέχουν φάρμακα, ή χρησιμοποιούν φακούς στους διαδρόμους. Παράλληλα, θόρυβος προκαλείται και από γειτονικά δωμάτια όπως τηλεόραση, ραδιόφωνο και άλλα, που επίσης επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου. Τέλος, συχνά τα προγράμματα που υφίστανται στις δομές ηλικιωμένων και εμπεριέχουν μία προκαθορισμένη ώρα ύπνου κατά την οποία όλοι οι κάτοικοι οφείλουν να βρίσκονται στα δωμάτια τους, δεν συνάδει με την ώρα που επιθυμεί να κοιμηθεί ο εκάστοτε ασθενής, έχοντας ως αποτέλεσμα να βρίσκεται αρκετή ώρα στην κλίνη, δίχως να κοιμάται γεγονός που επίσης έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τον κερκάρδιο ρυθμό και γενικότερα τον ύπνο (Gentili et al., 1997).

Η παρακολούθηση και οι μετρήσεις που αφορούν τον ύπνο σε οίκους ευγηρίας παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και δύναται να πραγματοποιηθεί με πληθώρα μεθόδων. Η πολυυπνογραφία χρησιμοποιείται συνήθως σε μελέτες ύπνου αλλά η μέθοδος αυτή φαίνεται να παρουσιάζει πιο έγκυρα αποτελέσματα σε υγιή άτομα και όχι τόσο σε ηλικιωμένα άτομα με διάφορα προβλήματα υγείας όπως η άνοια καθώς συχνά εμφανίζονται αλλοιωμένα αποτελέσματα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Ancoli-Israel et al., 1997). Οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια αποτελούν έναν ακόμη τρόπο αξιολόγησης της διαδικασίας του ύπνου και προσφέρουν μία οικονομική και χρονικά συμφέρουσα επιλογή αλλά οι απαντήσεις συχνά μπορεί να μην είναι αντικειμενικές εάν οι ασθενείς υποφέρουν από ασθένειες όπως άνοια ή Alzheimer (Carskadon et al., 1976). Οι έρευνες μέσω παρατήρησης παρουσιάζουν περιορισμούς καθώς δεν επιτρέπουν την ακριβή γενίκευση των αποτελεσμάτων, εάν για παράδειγμα η παρατήρηση των ασθενών πραγματοποιείται κάθε 30 λεπτά, οι γενικεύσεις των παρατηρήσεων για μία ολόκληρη ώρα δεν είναι ακριβής (Fetveit and Bjorvatn, 2002). Τέλος μία συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική αποτελεί η κινησιογραφία όπου οι ασθενείς τοποθετούν στον καρπό τους ένα ειδικό αισθητήρα με μορφή ρολογιού, ο οποίος καταγράφει πληροφορίες για τον κύκλο

του ύπνου- αγρυπνίας για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, συνήθως από 1 ημέρα έως 2 εβδομάδες (Ancoli-Israel et al., 1997).

Οι διαταραχές του ύπνου δύνανται να έχουν και συμπεριφοριστικές συνέπειες οι οποίες μπορεί να αποτελούν και την αιτία εισαγωγής σε οίκο ευγηρίας. Μία έρευνα ανακάλυψε ότι έως και 70% των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων θεώρησαν ότι τα προβλήματα ύπνου όπως κίνηση στην οικία μέσα στη νύχτα έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή για την εισαγωγή του συγκεκριμένου ατόμου σε γηροκομείο (Pollak and Perlick, 1991). Τα προβλήματα αυτά μπορεί να κριθούν εξαιρετικά επικίνδυνα, καθώς η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και η κόπωση μπορεί να οδηγήσουν σε πτώσεις και άλλα ατυχήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαταραχή και διακοπή ύπνου των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων και νοσοκόμων, προκαλεί και στους ίδιους αυξημένα επίπεδα στρες και κόπωσης, επηρεάζοντας το επίπεδο της εργασίας τους (Aronson, Post and Guastadisegni, 1993). Απαραίτητο είναι λοιπόν να συνεχίσουν να διεξάγονται έρευνες για την επίλυση ενός τόσο σοβαρού προβλήματος.

1.2 Διαταραχές ύπνου και άλλα προβλήματα υγείας

Τα προβλήματα στον ύπνο έχουν συσχετιστεί με πληθώρα άλλων προβλημάτων υγείας ψυχολογικών και σωματικών και γενικότερα με την αίσθηση του πόνου. Αρχικά, η άνοια θεωρείται από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο ηλικιωμένων ατόμων σε οίκους ευγηρίας. Σε έρευνα των Pat-Horenczyk and Ancoli-Israel, διατυπώθηκε, πως ασθενείς με άνοια, συγκριτικά με άτομα δίχως άνοια, εμφανίζουν περισσότερες διαταραχές στη διάρκεια της νύχτας και συγχρόνως ξοδεύουν περισσότερο χρόνο σε κατάσταση ύπνου κατά την ημέρα. Επιπροσθέτως, στην έρευνα αναφέρεται πως καθώς η άνοια προχωρά και γίνεται εντονότερη, η ικανότητα των ατόμων να παραμένουν ξύπνιοι ή σε κατάσταση ύπνου επιδεινώνεται, γεγονός που οδηγεί σε διακοπτόμενο ύπνο τη νύχτα και δυσλειτουργία την ημέρα. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται σε έρευνα των Martin et al., οι οποίοι αναφέρουν πως η άνοια συχνά συνδέεται με περισσότερο ελαφρύ ύπνο, λιγότερο βαθύ ύπνο και γενικότερη ελάττωση της ποιότητας του ύπνου. Άλλες ασθένειες που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου όπως νευροεκφυλιστικές ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer's και Parkinson's συσχετίζονται με την κακή ποιότητα ύπνου και όπως είναι γνωστό εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία ή τα συμπτώματα επιδεινώνονται καθώς μεγαλώνουν τα άτομα. Ένα ακόμη φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί

σε ηλικιωμένα άτομα ονομάζεται “sundowning” όπου τα άτομα αυτά παρουσιάζουν πέρα από συμπτώματα άνοιας και προβληματικές συμπεριφορές, επιθετικότητα και σύγχυση. Οι συμπεριφορές αυτές είναι πιθανώς νευρολογικής φύσεως και έχουν συσχετιστεί με τον κερκάρδιο ρυθμό, ενώ παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα που διαμένουν σε δομές ηλικιωμένων (Gehrman et al., 2003). Η φυσική κατάσταση των ατόμων σε δομές ηλικιωμένων συνήθως δεν είναι καλή και σε συνδυασμό με άλλα προβλήματα ψυχολογικά ή σωματικά, αναμενόμενο είναι να επηρεάζεται και η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου (Neikrug and Ancoli-Israel, 2010). Παθήσεις μυοσκελετικές που δύναται να προκαλούν οξύ ή χρόνια πόνο όπως η χρόνια αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, κατάγματα στους γοφούς, πόνος στην μέση, έντονοι πονοκέφαλοι, εγκαύματα και άλλα, όχι μόνο παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόφαση για εισαγωγή σε οίκο ευγηρίας αλλά συνεισφέρουν σημαντικά στην διαδικασία του ύπνου (Nihtilä et al., 2008; Ancoli-Israel, Ayalon and Salzman, 2008). Τέτοιες παθήσεις προκαλούν έντονο πόνο στους ασθενείς και δεν τους επιτρέπουν να κοιμηθούν. Εκτός αυτού, άλλες παθήσεις που δύναται να αφορούν το καρδιακό σύστημα όπως υποξία, το πεπτικό-γαστρεντερικό σύστημα όπως γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δυσπεψία, πόνος από έλκη, το ενδοκρινικό όπως συμπτώματα διαβήτη, εμμηνόπαυσης, υποθυροειδισμού, το αναπνευστικό όπως βρογχόσπασμος, ρινίτιδα και εκκρίσεις, το ουροποιητικό όπως ουραιμία και το νευρικό το οποίο έχει αναφερθεί παραπάνω, δύναται να επηρεάσουν αρνητικά τη διαδικασία του ύπνου (Ancoli-Israel, Ayalon and Salzman, 2008). Αρκετές από αυτές τις ασθένειες απαιτούν την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος. Η φαρμακευτική αγωγή δύναται να επηρεάσει την διαδικασία του ύπνου, όπως διουρητικά τα οποία διακόπτουν τη διαδικασία του ύπνου τη νύχτα ή ηρεμιστικά τα οποία προκαλούν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Πιο συγκεκριμένα, διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) όπως η μοδαφινίλη, αντιπερτασικά όπως άλφα και βήτα αναστολείς, βρογχοδιασταλτικά όπως η θεοφυλλίνη, αναστολείς δίαυλων ασβεστίου όπως η αμλοδιπίνη, κορτικοστεροειδή όπως η δεξαμεθαζόνη, διεγερτικά αντικαταθλιπτικά όπως η βενλαφαζίνη, διεγερτικά αντισταμινικά όπως η ψευδοεφεδρίνη και ορμόνες του θυρεοειδούς αδένος αποτελούν μερικά από τα πιο γνωστά φάρμακα που επιδρούν στον ύπνο (Ancoli-Israel, Ayalon and Salzman, 2008). Απαραίτητο είναι να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι παρενέργειες και να προσαρμόζονται σωστά οι δοσολογίες

και οι ώρες χορήγησης από τους υπεύθυνους ιατρούς για να αποφευχθούν οι δυσάρεστες συνέπειες (Neikrug and Ancoli-Israel, 2010).

1.2.1 Κατάθλιψη και προβλήματα στον ύπνο

Η κατάθλιψη αποτελεί μία συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ηλικιωμένους ανθρώπους. Τόσο η βιβλιογραφία όσο και κλινικά στοιχεία υποδεικνύουν πως οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε δομές φροντίδας βιώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με ηλικιωμένους που δεν διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η απότομη αλλαγή περιβάλλοντος σε μια μονάδα φροντίδας προκαλεί προβλήματα προσαρμογής στα άτομα αυτά και εν τέλει κατάθλιψη (Hou and Chen, 2008). Τα ποσοστά ατόμων που διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη διαφέρουν ανάμεσα στις διάφορες δομές λόγω διαφορετικών δημογραφικών χαρακτηριστικών, δείγματος και διαγνωστικών κριτηρίων (Teresi et al., 2001). Οι πιο συχνά καταγραμμένες ανησυχίες των ηλικιωμένων φαίνεται να είναι οι διαταραχές του ύπνου και η κατάθλιψη ενώ συγχρόνως έχει υπάρξει συσχετισμός ανάμεσα τους. Τα προβλήματα στον ύπνο δεν αποτελούν μονάχα σύμπτωμα κατάθλιψης αλλά και θεραπείας της, καθώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα καταστέλλουν τον REM ύπνο (Chen, 1979). Παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι η λανθάνουσα περίοδος του REM ύπνου μπορεί να διαχωρίσει διάφορους υποτύπους κατάθλιψης και υπήρχε η υπόθεση ότι ο τρόπος λειτουργίας των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ήταν η καταστολή του REM ύπνου (Vogel et al., 1975). Στη σύγχρονη εποχή έχουν ανακαλυφθεί πολύ πιο σύνθετα αποτελέσματα και σε κάθε περίπτωση μπορεί να παρατηρηθούν έντονες αλλαγές στα άτομα με κατάθλιψη όταν αναλύεται το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάμεσα στα άτομα με κατάθλιψη τα οποία έχουν έντονη διαφορά ηλικίας, με τα ηλικιωμένα άτομα να εμφανίζουν εντονότερα συμπτώματα αϋπνίας, χαμηλότερη ποιότητα ύπνου και μικρότερη ώρα αφύπνισης (Gillin and Ancoli-Israel, 2005). Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι η χρόνια αϋπνία μπορεί να αποτελέσει λόγο εμφάνισης κατάθλιψης, τονίζοντας για ακόμη μία φορά τη σημαντικότητα του ύπνου και το φαινόμενο φαύλου κύκλου που παρουσιάζεται συχνά με διάφορες παθήσεις και τα προβλήματα ύπνου. Οι διαταραχές άγχους επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στον ύπνο, δημιουργώντας αγχώδη όνειρα, κρίσεις πανικού ή εφιάλτες συνδεδεμένους με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ιδίως σε ασθενείς που χρησιμοποιούν φάρμακα με

διφαινυδραμίνη ή καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλης (Gillin and Ancoli-Israel, 2005).

1.3 Τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων ύπνου σε ηλικιωμένα άτομα

Η οργάνωση των οίκων ευγηρίας τη σημερινή εποχή προσομοιάζει τις δομές υγείας και οι κάτοικοι τους ασθενείς γεγονός το οποίο οφείλει να τροποποιηθεί έτσι ώστε να προσομοιάζει ένα φιλικότερο περιβάλλον το οποίο οι ένοικοι νιώθουν ως σπίτι τους. Η αλλαγές αυτές σε συνδυασμό με την περαιτέρω εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για τα προβλήματα ύπνου των ηλικιωμένων και τους τρόπους αντιμετώπισης τους, δύναται να βελτιώσει αισθητά τα συμπτώματα αϋπνίας των ηλικιωμένων. Μικρές αλλαγές κατά τη διάρκεια της νύχτας όπως η διατήρηση σταθερής ευχάριστης θερμοκρασίας, το κλείσιμο όλων των κουρτινών για να υπάρχει σκοτάδι, η μείωση του θορύβου από τηλεοράσεις, ραδιόφωνα και συζητήσεις και η αντιστοίχιση των συγκατοίκων σε δωμάτια με βάση κοινές συνήθειες ύπνου, θα βελτιώσουν αισθητά το περιβάλλον του γηροκομείου. Αλλαγές κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως η παροχή φωτός με ανοιχτές κουρτίνες ή φώτα, η προσπάθεια διατήρησης των ατόμων σε εξωτερικούς χώρους, η ενθάρρυνση της φυσικής άσκησης και η παροχή κοινωνικών εκδηλώσεων μέσω του προγράμματος, επίσης συνεισφέρουν στη βελτίωση των προβλημάτων ύπνου (Neikrug and Ancoli-Israel, 2010).

1.3.1 Φυσική άσκηση

Αρκετές έρευνες έχουν διερευνήσει την συσχέτιση της φυσικής άσκησης με την ποιότητα του ύπνου καθώς θεωρείται παράγοντας που μπορεί να την βελτιώσει. Οι Alessi et al., το 1999 πραγματοποίησαν μία έρευνα στο Λος Άντζελες όπου παρείχαν σε ένοικους γηροκομείων προγράμματα φυσικής άσκησης σε συνδυασμό με μείωση του θορύβου και του φωτός το βράδυ. Οι συμμετέχοντες που ασκούσαν καθημερινά με τους υπεύθυνους ερευνητές για 14 ημέρες βελτίωσαν τον ύπνο τους τη νύχτα και συγχρόνως μειώθηκαν τα επεισόδια εκνευρισμού και επιθετικότητας κατά την διάρκεια της ημέρας. Επίσης παρατηρήθηκε μείωση του χρόνου στην κλίνη ανεξάρτητα του αν οι ασθενείς

κοιμόντουσαν. Τα ευρήματα της έρευνας συνάδουν με την βιβλιογραφία, κρίνοντας τη φυσική άσκηση ως σημαντικό παράγοντα στην βελτίωση της ποιότητας και ποσότητας του ύπνου στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.

1.3.2 Φαρμακευτική θεραπεία

Τα πιο συχνά υπνωτικά χάπια που χρησιμοποιούνται από ενήλικα άτομα είναι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, μεγάλη διάρκεια δράσης, μεσαία και βραχεία, και καταστέλλουν συνήθως τα στάδια 3 και 4 του NREM ύπνου, τον REM ύπνο και αυξάνουν το στάδιο 2 του NREM ύπνου (Wolkove et al., 2007). Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αϋπνίας και κλινικά μειώνουν τον χρόνο αδράνειας στην κλίνη και τις αφυπνίσεις μέσα στη νύχτα. Η χορήγηση σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει να γίνεται με προσοχή καθώς οι βενζοδιαζεπίνες επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα λόγω της διαφορετικής φαρμακοδυναμικής, δύναται να έχουν περισσότερες παρενέργειες. Η επανειλημμένη χρήση σε γηριατρικούς ασθενείς έχει συσχετιστεί με προβλήματα κίνησης, πτώσεις, σύγχυση και περιπλάνηση τη νύχτα (Cumming and Le Couteur, 2003). Γενικότερα στα ηλικιωμένα άτομα προτείνονται βενζοδιαζεπίνες βραχείας ή ενδιάμεσης δραστηριότητας και όχι μεγάλης, όπως το Temazepam ιδίως εάν ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς (Wolkove et al., 2007). Πλέον χρησιμοποιούνται συχνά και μη-βενζοδιαζεπίνες οι οποίες τείνουν να επηρεάζουν λιγότερο την αρχιτεκτονική του ύπνου όπως το Zaleplon και εάν τα προβλήματα ύπνου συνδυάζονται με υποβόσκουσα κατάθλιψη προτείνεται και η αμιτρυπτιλίνη (Sanger, 2004; Curtis et al., 2004).

Η μελατονίνη χρησιμοποιείται συχνά ως παραφαρμακευτική θεραπεία της αϋπνίας και κάποιες έρευνες υποδεικνύουν ότι πράγματι διαθέτει αποτελεσματική δράση για την θεραπεία της αϋπνίας αλλά κυρίως για βραχυχρόνια προβλήματα ή για το φαινόμενο του “sundowning” σε ασθενείς με νόσο Alzheimer’s (Olde Rikkert and Rigaud, 2001). Ανάλογα με την εκάστοτε πάθηση ή σύνδρομο που δύναται να έχει ο κάθε ασθενής, όπως σύνδρομο ανήσυχων ποδιών ή ναρκοληψία, χορηγείται ειδική αγωγή λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ηλικία και τα υπόλοιπα προβλήματα υγείας που μαστίζουν το συγκεκριμένο άτομο (Wolkove et al., 2007).

Μία ακόμη λύση για την θεραπεία της αϋπνίας είναι ο συνδυασμός φαρμακολογικής θεραπείας και συμπεριφοριστικής ψυχολογικής θεραπείας. Οι συμπεριφοριστικές θεραπείες χρησιμοποιούνται συχνά για να μειώσουν δυσπροσάρμοστες συνήθειες ύπνου, για να ελαττώσουν την ακούσια νοητική αφύπνιση, να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές απόψεις για τον ύπνο και να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς για πρακτικές υγιούς ύπνου (Morin et al., 1999a). Για την αλλαγή συνηθειών ύπνου αποτελεσματική είναι η Νοητική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT) η οποία εμπεριέχει ένα συνδυασμό ελέγχου των ερεθισμάτων ή περιορισμού ύπνου με νοητική χαλάρωση, αναδόμηση και καλή υγιεινή ύπνου (Morin et al., 1999a). Σε μία έρευνα στην οποία οι συμμετέχοντες ήταν ηλικιωμένοι με συμπτώματα αϋπνίας, ελέγχθηκε η μέθοδος CBT συγκριτικά με το υπνωτικό χάπι Temazepam(7.5-30mg) και με συνδυασμό των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στον επανέλεγχο των συμμετεχόντων ύστερα από μεγάλο χρονικό διάστημα, τα άτομα που υπέστησαν θεραπεία με CBT είχαν καλύτερα αποτελέσματα ύπνου συγκριτικά με τα άτομα στα οποία παρέχονταν μονάχα φαρμακευτική αγωγή, γεγονός που υποδεικνύει ότι για μακροχρόνια αποτελέσματα, προτιμότερο είναι να χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές αγωγές ή να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχολογικές θεραπείες (Morin et al., 1999b).

1.3.3 Εναλλακτικές Θεραπείες

Υφίστανται πολλαπλές εναλλακτικές θεραπείες οι οποίες θεωρείται ότι βελτιώνουν την ποιότητα του ύπνου, θα αναφερθούν ενδεικτικά οι μαλάξεις-Πιεσοθεραπεία. Η πιεσοθεραπεία αποτελεί μία θεραπεία μαλάξεων που χρησιμοποιείται από την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική και έχει μελετηθεί για την επίδραση της στα προβλήματα ύπνου που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας. Η έρευνα των Reza et al., των Tsay and Chen αλλά και άλλες, έχουν αποδείξει ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στους ασθενείς με αϋπνία έχοντας ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Φαίνεται ότι ενισχύεται η έκκριση σεροτονίνης και μελατονίνης από τα σημεία πίεσης, οι οποίες χαλαρώνουν το σώμα και βοηθούν στον ύπνο (Chen, Lin and Lin, 1999).

1.4 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση και ανίχνευση διαταραχών ύπνου σε άτομα που διαμένουν σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων αλλά και η συσχέτιση τους με άλλα προβλήματα υγείας. Η διερεύνηση προβλημάτων ύπνου είναι απαραίτητη καθώς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όχι μόνο των ασθενών αλλά και τον φροντιστών-νοσηλευτών. Η συσχέτιση τους με άλλα προβλήματα υγείας θα διαλευκάνει τους λόγους εμφάνισης τους, θα βοηθήσει στην προσαρμογή της κατάλληλης θεραπείας φαρμακευτικής ή και μη φαρμακευτικής και γενικά θα βελτιώσει την ψυχολογική και σωματική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων.

2. Μεθοδολογία

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ερωτηματολόγια συγκροτήθηκαν με βάση τον δείκτη Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality index ,PSQI) και διανεμηθήκαν σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη μονάδα είναι η ΜΦΗ ΔΕΛΦΙΝΗ και βρίσκεται στην οδό Ξάνθου 5 στην Γλυφάδα, Αττικής και παρείχε την απαραίτητη άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας και την διανομή του ερωτηματολογίου στους ενοίκους. Περισσότερες πληροφορίες για την συγκεκριμένη δομή μπορούν να εντοπιστούν εδώ : <https://www.geriatric-care.gr/>. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο του 2022 και το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου, και κάποιες ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να προβληθεί από τον συγκεκριμένο σύνδεσμο:

<https://docs.google.com/forms/d/1f8hP28lo0i9LHLKS0DGOIxPbdRxW1ITYjHjO8cWZMTw/edit?ts=6268ed7a>

Η έρευνα για την βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Pubmed Google Scholar και σε online journals (Journal of the American Geriatric Society) με λέξεις κλειδιά όπως : Sleep problems and nursing home, Sleep problems and old people, Sleep disorders and nursing home, Sleep depression nursing home.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος LibreOffice Calc και τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική. Για την στατιστική ανάλυση (σημαντικότητα) των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα GNU PSPP. Επόμενο βήμα της περιγραφικής ανάλυσης

και σχολιασμού των δεδομένων, αποτέλεσε ο εντοπισμός της εξαρτημένης μεταβλητής που καθορίζεται από τις ανεξάρτητες. Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι ο έλεγχος Chi-Square tests για την εύρεση στατιστικής σημαντικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών ως προς τον συσχετισμό τους με την εξαρτημένη μεταβλητή και δημιουργήθηκε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression Model) για την ερμηνεία της. Ορμώμενοι από την βιβλιογραφία επιλέχθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η ερώτηση 7, όπου οι συμμετέχοντες απάντησαν στο κατά πόσο η ποιότητα του ύπνου τους ήταν πολύ καλή, μάλλον καλή, μάλλον κακή ή πολύ κακή. Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών καθορίστηκε τόσο από την βιβλιογραφία όσο και από την στατιστική ανάλυση των μεταβλητών. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα θεωρήθηκαν όσα με $p < 0.05$.

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφική Στατιστική Αποτελεσμάτων

Χαρακτηριστικά	Αριθμός/70		Ποσοστό
Φύλο	Γυναίκες	38	54,28571429
Άνδρες	32		45,71428571
Ηλικία	60-65:	0	0
66-70:	2		2,857142857
71-75:	15		21,42857143
76-80:	34		48,57142857
81-85:	11		15,71428571
86-90:	8		11,42857143
90 και πάνω	0		0
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	20	29,85074627
Άγαμος/η	5		7,462686567
Διαζευγμένος/η	1		1,492537313
Χήρος/α	41		61,19402985
Απόγονοι	Ναι	45	64,28571429
Όχι	25		35,71428571
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού	23	32,85714286
Απόφοιτος Γυμνασίου	18		25,71428571
Απόφοιτος Λυκείου	3		4,285714286
Απόφοιτος επαγγελματικής Τεχνικής σχολής	4		5,714285714
Απόφοιτος ΤΕΙ	2		2,857142857
Απόφοιτος ΑΕΙ Πανεπιστήμιου	5		7,142857143
Δεν έχει σπουδάσει	15		21,42857143
Άλλο	0		0
Διάστημα Φιλοξενίας	1-3 χρόνια	49	70
4-6 χρόνια	17		24,28571429
7-9 χρόνια	4		5,714285714
10-12 χρόνια	0		0
13-15 χρόνια	0		0
16+ χρόνια	0		0

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Όσο αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γίνεται εμφανές παρατηρώντας τον Πίνακα 1., πως η πλειονότητα των ενοίκων αποτελούν άτομα θηλυκού γένους γεγονός συχνό σε αρκετές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Kemper and Murtaugh, 1991). Το δείγμα είναι 70 άτομα και η πλειονότητα των ενοίκων (48%) βρίσκονται ηλικιακά στα 76 έως 80 έτη ενώ αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι δεν συμμετείχαν άτομα κάτω των 65 ή άνω των 90 ετών. Αυτό δύναται να εξηγηθεί αρχικά λόγω του ότι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και το ραγδαίο άλμα της ιατρικής και της επιστήμης τα τελευταία 20 έως 30 χρόνια, επιτρέπουν σε άτομα κάτω των 65 ετών να συνεχίσουν να εργάζονται και να διαμένουν κανονικά στην οικία τους δίχως ανάγκη για φροντίδα από κάποιο τρίτο πρόσωπο. Όσο αφορά τα άτομα άνω των 90 λογικό είναι να θεωρηθεί ότι δεν υπήρξαν στην συγκεκριμένη έρευνα είτε επειδή δεν βρισκόταν σε αρκετά υγιή κατάσταση σωματικά και νοητικά για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, είτε έχουν αποβιώσει. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων επίσης έχουν απογόνους (64%) αλλά δεν διερευνάται εάν οι ίδιοι αδυνατούν να φροντίσουν τους συμμετέχοντες ή αν έπαιξαν ρόλο στην εισαγωγή των συμμετεχόντων στη μονάδα φροντίδας. Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειονότητα των ατόμων αποτελούσαν απόφοιτοι δημοτικού (32%), ή δεν είχαν σπουδάσει (21%). Το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται άμεσα με την ηλικία του ατόμου για πολλούς λόγους. Τα άτομα γεννημένα τις δεκαετίες 1930-1940 συγκριτικά με νεότερα άτομα, δεν είχαν τόσο πολλές δυνατότητες παρακολούθησης σχολείου λόγω κοινωνικοπολιτικών γεγονότων της εποχής (Μεσοπόλεμος, Δικτατορία Ιωάννη Μεταξά, Β' Παγκόσμιος Πόλεμος). Συγχρόνως αξίζει να σημειωθεί πως οι νομικές μεταρρυθμίσεις της εποχής περί τάξεων Γυμνασίου και Λυκείου επηρεάζουν το μορφωτικό επίπεδο, καθώς πριν το 1964 όπου ψηφίστηκε ο νόμος 4379\1964 τα γυμνάσια θεωρούταν εξατάξια ή οκτώ τάξεων και δεν υπήρχε για πολύ καιρό η έννοια του Λυκείου, επομένως λογικό είναι να μην υπάρχουν πολλοί συμμετέχοντες με απολυτήριο Λυκείου. Περισσότερες και αναλυτικότερες πληροφορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα μπορούν να εντοπιστούν στον Πίνακα 2. Όσο αφορά το διάστημα φιλοξενίας, η πλειονότητα των ατόμων βρίσκονται στη συγκεκριμένη δομή 1 έως 3 χρόνια (70%) και στη συνέχεια 4 έως 6 χρόνια (24%). Η βιβλιογραφία όσο αφορά την επιλογή δομών φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι περιορισμένη. Επιπροσθέτως, η πλειονότητα

των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι/ες και χήροι/ες με μονάχα ένα άτομο διαζευγμένο γεγονός λογικό αφού η διαδικασία του διαζυγίου δεν ήταν τόσο συνηθισμένη παλαιότερα.

Ηλικιακή ομάδα	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αριθμός ατόμων
'Άτομα ηλικίας 66 με 70 που έχουν αποφοιτήσει από:	Δημοτικό	0
	Γυμνάσιο	0
	Λυκείο	0
	Τεχνική σχολή	1
	ΤΕΙ	0
	Πανεπιστήμιο	1
	Δεν έχει σπουδάσει	0
'Άλλο 'Άτομα ηλικίας 71 με 75 που έχουν αποφοιτήσει από:	Δημοτικό	2
	Γυμνάσιο	0
	Λυκείο	1
	Τεχνική σχολή	0
	ΤΕΙ	0
	Πανεπιστήμιο	4
	Δεν έχει σπουδάσει	2
'Άλλο 'Άτομα ηλικίας 76 με 80 που έχουν αποφοιτήσει από:	Δημοτικό	15
	Γυμνάσιο	13
	Λυκείο	1
	Τεχνική σχολή	3
	ΤΕΙ	0
	Πανεπιστήμιο	0
	Δεν έχει σπουδάσει	2
'Άλλο 'Άτομα ηλικίας 81 με 85 που έχουν αποφοιτήσει από:	Δημοτικό	4
	1	
	Γυμνάσιο	1
	Λυκείο	0
	Τεχνική σχολή	0
	ΤΕΙ	0
	Πανεπιστήμιο	0
'Άλλο 'Άτομα ηλικίας 86 με 90 που έχουν αποφοιτήσει από:	Δεν έχει σπουδάσει	6
	0	
	Δημοτικό	2
	Γυμνάσιο	1

Λύκειο	0
Τεχνική σχολή	0
ΤΕΙ	0
Πανεπιστήμιο	0
Δεν έχει σπουδάσει	5
Άλλο	0

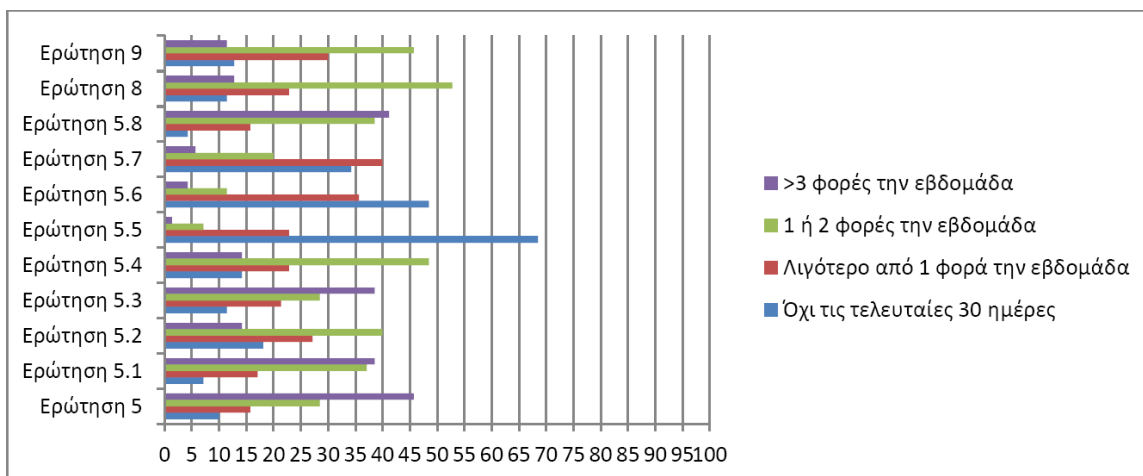
Πίνακας 2. Αναλυτική περιγραφή του επιπέδου εκπαίδευσης ανάλογα με την κάθε ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

Ερωτήσεις	Απάντηση	Άτομα/70	Ποσοστό
Ερώτηση 1	19:00	8	11,42857143
	20:00	5	7,142857143
	21:00	23	32,85714286
	22:00	10	14,28571429
	23:00	10	14,28571429
	24:00	9	12,85714286
Άλλο	5		7,142857143
Ερώτηση 2	5'	9	12,85714286
	10'	6	8,571428571
	15'	8	11,42857143
	20'	12	17,14285714
	30'	15	21,42857143
	>30'	20	28,57142857
Ερώτηση 3	5:00	6	8,571428571
	6:00	7	10
	7:00	21	30
	8:00	22	31,42857143
	9:00	5	7,142857143
	10:00	4	5,714285714
Άλλο	5		7,142857143
Ερώτηση 4	1		1 1,428571429
	2	8	11,42857143
	3	12	17,14285714
	4	21	30
	5	15	21,42857143
	6	9	12,85714286
	7	3	4,28571429
	8	1	1,428571429
	9	0	0

10	0	0
10+	0	0

Πίνακας 3. Απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με τη συνήθη ώρα ύπνου, το χρόνο που απαιτείται για να αποκοιμηθούν, την ώρα αφύπνισης και το ποσό ύπνου μέσα στη νύχτα εκφραζόμενο σε ώρες.

Στον Πίνακα 3. Αντικατοπτρίζονται δεδομένα για τις συνήθειες ύπνου των συμμετεχόντων. Γίνεται αντιληπτό πώς η πλειονότητα των ενοίκων πηγαίνουν για ύπνο στις 9 η ώρα το βράδυ (32%) η οποία λογικά αποτελεί την ώρα του προγράμματος της δομής κατά την οποία οφείλουν να βρίσκονται οι ένοικοι στα δωμάτια τους. Τα άτομα τα οποία απάντησαν «Άλλο» στην ερώτηση ανοιχτού τύπου απάντησαν τις εξής ώρες: 3 άτομα 2 η ώρα το βράδυ και 2 άτομα 3 η ώρα το βράδυ. Συγχρόνως, αναφέρουν ότι απαιτούνται πάνω από 30 λεπτά στην πλειονότητα των ατόμων (28%) για να αποκοιμηθούν, γεγονός που υποδεικνύει υποβόσκοντα προβλήματα ύπνου. Η ώρα αφύπνισης της πλειονότητας των ατόμων ήταν 8 η ώρα το πρωί (31%) και τα επόμενα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούσαν 7 και 5 η ώρα το πρωί. Το ποσό των ωρών πραγματικού ύπνου ήταν στην πλειονότητα των ατόμων 5 ώρες τη νύχτα (21%) και αμέσως μετά, οι 3 ώρες (17%) ενώ σημαντική παρατήρηση αποτελεί ότι κανένας από τους συμμετέχοντες δεν κοιμάται για πάνω από 9 ώρες.



Γράφημα 1. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις με βάση τη συχνότητα εμφάνισης προβλήματος στον ύπνο. Τα δεδομένα είναι εκφρασμένα επί τις 100 (%)

Ερωτήσεις	Όχι τις τελευταίες 30 ημέρες %	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα %	1 ή 2 φορές την εβδομάδα %	>3 φορές την εβδομάδα %
Ερώτηση 5	10	15.7	28.5	45.7
Ερώτηση 5.1	7.1	17.1	37.1	38.5
Ερώτηση 5.2	18.5	27.1	40	14.2
Ερώτηση 5.3	11.4	21.4	28.5	38.5
Ερώτηση 5.4	14.2	22.8	48.5	14.2
Ερώτηση 5.5	68.5	22.85	7.14	1.4
Ερώτηση 5.6	48.5	35.7	11.4	4.2
Ερώτηση 5.7	34.2	40	20	5.7
Ερώτηση 5.8	4.2	15.7	38.5	41.4
Ερώτηση 8	11.4	22.8	52.8	12.8
Ερώτηση 9	12.8	30	45.7	11.4

Πίνακας 4. Αποτελέσματα ερωτήσεων ποιότητας ύπνου και άλλων προβλημάτων υγείας των συμμετεχόντων.

Παρατηρώντας τα δεδομένα των ερωτήσεων 5-5.8, 8 και 9 γίνεται αντιληπτό ότι οι ένοικοι της μονάδας φροντίδας παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα στον ύπνο. Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα των ατόμων (45.7%) αδυνατούν να κοιμηθούν τα πρώτα 30 λεπτά εφόσον επιλέξουν να κοιμηθούν και απαιτείται περισσότερος χρόνος επί της κλίνης ενώ συγχρόνως παρουσιάζουν συμπτώματα διακοπτόμενου ύπνου με το 38.5 % να έχει αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας πάνω από 3 φορές την εβδομάδα. Η αφύπνιση για χρήση τουαλέτας δεν ήταν τόσο συχνός λόγος αφύπνισης μέσα στη νύχτα με το 40% να αναφέρει συχνότητα 1 ή 2 φορές την εβδομάδα. Η δυσκολία στην αναπνοή, η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε κάποια ασθένεια είτε σε άγχος, εμφανίζεται στους περισσότερους συμμετέχοντες (38.5%) πάνω από 3 φορές την εβδομάδα ενώ ο βήχας και το ροχαλιτό σε ποσοστό 48.5% προκαλεί προβλήματα στον ύπνο των ατόμων 1 ή 2 φορές την εβδομάδα ίσως λόγω του ότι η έρευνα διεξάχθηκε κατά τους χειμερινούς μήνες με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συχνότερα συμπτώματα κρυολογήματος. Η αίσθηση κρύου και ζέστης δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων καθώς τον επηρεάζει πολύ σπάνια στην πλειονότητα των ατόμων. Το ίδιο ισχύει και για την εμφάνιση άσχημων ονείρων –εφιαλτών που δεν φαίνεται να παίζει τόσο σημαντικό ρόλο όσο άλλοι παράγοντες στην ποιότητα του ύπνου, ίσως γιατί συχνά όπως προαναφέρθηκε στην ενότητα 1.1.1, Ο REM ύπνος κατά τον οποίο εμφανίζονται τα όνειρα παραμένει αμετάβλητος με το πέρας της ηλικίας. Από την άλλη πλευρά, η αίσθηση πόνου

φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα και ποσότητα του ύπνου με 41.4% των ατόμων να αδυνατούν να κοιμηθούν πάνω από 3 φορές την εβδομάδα λόγω πόνου και το 38.5 % 1 με 2 φορές την εβδομάδα. Όσο αφορά τη χρήση φαρμάκων (συνταγογραφούμενων) ή παραφαρμακευτικής αγωγής (μη συνταγογραφούμενη) η πλειονότητα των ατόμων (52.8%) χρησιμοποιούν ένα είδος αγωγής για να καταφέρουν να αποκοιμηθούν 1 ή 2 φορές την εβδομάδα. Τέλος όσο αφορά τη δυνατότητα να παραμείνουν ξύπνιοι κατά τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων, το 45.7% αντιμετωπίζει δυσκολίες 1 με 2 φορές την εβδομάδα. Η ερώτηση 6 αφορά ερώτηση ανοιχτού τύπου όπου οι συμμετέχοντες μπορούσαν να συμπληρώσουν άλλους λόγους που τους αποτρέπουν από το να κοιμηθούν και πόσο συχνά ο συγκεκριμένος λόγος επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου τους. Συνολικά 7 άτομα ανέφεραν διαφορετικούς λόγους με τους πιο συχνούς να είναι «Άγχος» όπου 4 άτομα ανέφεραν ότι τους επηρεάζει τον ύπνο λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, και 3 άτομα ανέφεραν την απάντηση «Στεναχώρια» όπου τους επηρεάζει μία η 2 φορές την εβδομάδα.

Η ερώτηση 7 στόχο είχε να διαλευκάνει πως βαθμολογούν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες την ποιότητα του ύπνου τους ανεξάρτητα των προηγούμενων απαντήσεων. Μόνο το 12.9 % των ατόμων θεώρησε την ποιότητα του ύπνου «Πολύ καλή», 18.6% «Μάλλον καλή», 22.9% «Μάλλον κακή» και 45.7% «Πολύ κακή». Παρατηρείται ένα μοτίβο απαντήσεων που υποδεικνύει ότι πράγματι οι ένοικοι μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων παρουσιάζουν έντονα προβλήματα στον ύπνο. Τέλος, για την εξερεύνηση της ύπαρξης ψυχολογικών προβλημάτων όπως η κατάθλιψη, που όπως έχει προαναφερθεί, επιδρούν έντονα στην ποιότητα του ύπνου, οι συμμετέχοντες διερωτήθηκαν με την ερώτηση 10 εάν αντιμετωπίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες με ενθουσιασμό και θέληση ή εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Το 4.3% απάντησε πως δεν αντιμετωπίζουν «κανένα πρόβλημα», το 7.1% «Μόνο ένα μικρό πρόβλημα», το 35.7% «Αρκετό πρόβλημα» και το 52.9% «Πολύ μεγάλο πρόβλημα». Η έλλειψη ενθουσιασμού για την συμμετοχή σε δραστηριότητες δύναται να οφείλεται τόσο σε κάποια υποβόσκουσα ψυχολογική διαταραχή, όσο και σε ελλείψεις ενδιαφερουσών δραστηριοτήτων από τη συγκεκριμένη μονάδα ή δραστηριοτήτων που να ταιριάζουν με τα ενδιαφέροντα των συμμετεχόντων.

3.2 Στατιστική σημαντικότητα αποτελεσμάτων, μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης.

Ανάλυση μεταβλητών φύλου και ποιότητας ύπνου.

		Ερώτηση 7				Total	
			Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Φύλο	Ανδρας	Count	5	6	10	11	32
		Row %	15,6%	18,8%	31,3%	34,4%	100,0%
	Column %	55,6%	46,2%	62,5%	34,4%	45,7%	
	Total %	7,1%	8,6%	14,3%	15,7%	45,7%	
Γυναίκα	Count	4	7	6	21	38	
	Row %	10,5%	18,4%	15,8%	55,3%	100,0%	
	Column %	44,4%	53,8%	37,5%	65,6%	54,3%	
	Total %	5,7%	10,0%	8,6%	30,0%	54,3%	
Total	Count	9	13	16	32	70	

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Row%	12.9%	18.6%	22.9%	45.7%	100%	
Column	100%	100%	100%	100%	100%	
Total %	12.9%	18.6%	22.9%	45.7%	100%	

Πίνακας 5. Crosstab Πίνακας Φύλου και Ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,83	3	,281
Likelihood Ratio	3,86	3	,277
Linear-by-Linear Association	1,46	1	,227
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 6. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε και μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Γενικά το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζει σαν παράγοντας τις απαντήσεις που αφορούν την ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων με παρόμοια ποσοστά και απαντήσεις τόσο για τα αρσενικά όσο και για τα θηλυκά άτομα.

Ανάλυση μεταβλητών ηλικίας και ποιότητας ύπνου

	Ερώτηση 7				Total
	Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Ηλικία 66-70					
Count	0	1	0	1	2
Row%	.0%	50%	.0%	50.0%	100%
Column	0%	7.7%	0%	3.1%	2.9%
Total %	.0%	1.4%	.0%	1.4%	2.9%
71-75					
Count	2	2	0	11	15
Row%	13.3%	13.3%	.0%	73.3.0%	100%

Column	22.2%	15.4%	0%	34.4%	21.4%
Total %	2.9%	2.9%	.0%	15.7%	21.4%
76-80 Count	5	6	11	12	34
Row%	14.7%	17.6%	32.4.3%	35.3%	100%
Column	55.6%	46.2%	68.8%	37.5%	48.6%
Total %	7.1%	8.6%	15.7%	17.1%	48.6%
81-85 Count	0	4	2	5	11
Row%	.0%	36.4%	18.2%	45.5%	100%
Column	.0%	30.8%	12.5%	15.6%	15.7%
Total %	.0%	5.7%	2.9%	7.1%	15.7%
86-90 Count	2	0	3	3	8
Row%	25.0%	.0%	37.5%	37.5%	100%
Column	22.2%	.0%	18.8%	9.4%	11.4%
Total %	2.9%	.0%	4.3%	4.3%	11.4%
Total Count	9	13	16	32	70
Row%	12.9%	18.6%	22.9%	45.7%	100%
Column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total %	12.9%	18.6%	22.9%	47.5%	100.0%

Πίνακας 7. Crosstab πίνακας ηλικίας και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	16,86	12	,155
Likelihood Ratio	22,39	12	,033
Linear-by-Linear Association	,49	1	,484
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 8. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square (=0.155) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Δεν παρατηρείται κάποιος συσχετισμός ανάμεσα στην ηλικία και τον κακό ή καλό ύπνο καθώς υφίσταται σχεδόν όλες οι πιθανές απαντήσεις σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με ενδιαφέρουσα εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα 80-85 όπου κανένα άτομο δεν απάντησε «Πολύ καλή» όσο αφορά την ποιότητα του ύπνου.

Ανάλυση μεταβλητών διάστημα φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Διάστημα_1-3 χρόνια φιλοξενίας	Count	5	10	11	23	49
	Row %	10,2%	20,4%	22,4%	46,9%	100,0%
	Column %	55,6%	76,9%	68,8%	71,9%	70,0%
	Total %	7,1%	14,3%	15,7%	32,9%	70,0%
4-6 χρόνια	Count	4	3	1	9	17
	Row %	23,5%	17,6%	5,9%	52,9%	100,0%
	Column %	44,4%	23,1%	6,3%	28,1%	24,3%
	Total %	5,7%	4,3%	1,4%	12,9%	24,3%
7-9 χρόνια	Count	0	0	4	0	4
	Row %	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Column %	,0%	,0%	25,0%	,0%	5,7%
	Total %	,0%	,0%	5,7%	,0%	5,7%
Total	Count	9	13	16	32	70
	Row %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%

Πίνακας 9. Crosstab πίνακας διαστήματος φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	17,73	6	,007
Likelihood Ratio	16,66	6	,011
Linear-by-Linear Association	,20	1	,657
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 10. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαστήματος φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαστήματος φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square(=0.07) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Καθώς τα περισσότερα άτομα που διαμένουν στην δομή φροντίδας βρίσκονται 1 έως 3 χρόνια εκεί, είναι λογικό να υφίστανται και περισσότερες απαντήσεις σε κάθε τύπο απάντησης όπως «Πολύ κακή» ποιότητα ύπνου. Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι όλοι οι μακροχρόνιοι κάτοικοι (7 έως 9 χρόνια) αναφέρουν την ποιότητα του ύπνου τους ως «Μάλλον κακή» .

Ανάλυση μεταβλητών συνηθισμένης ώρας ύπνου το βράδυ και ποιότητας ύπνου

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Ερώτηση_19:00 1	Count	1	0	3	4	8
	Row %	12,5%	,0%	37,5%	50,0%	100,0%
	Column %	11,1%	,0%	18,8%	12,5%	11,4%
	Total %	1,4%	,0%	4,3%	5,7%	11,4%
20:00	Count	1	1	1	2	5
	Row %	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	Column %	11,1%	7,7%	6,3%	6,3%	7,1%
	Total %	1,4%	1,4%	1,4%	2,9%	7,1%
21:00	Count	4	5	4	10	23
	Row %	17,4%	21,7%	17,4%	43,5%	100,0%
	Column %	44,4%	38,5%	25,0%	31,3%	32,9%
	Total %	5,7%	7,1%	5,7%	14,3%	32,9%
22:00	Count	0	2	4	4	10
	Row %	,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	Column %	,0%	15,4%	25,0%	12,5%	14,3%
	Total %	,0%	2,9%	5,7%	5,7%	14,3%
23:00	Count	1	1	2	6	10
	Row %	10,0%	10,0%	20,0%	60,0%	100,0%
	Column %	11,1%	7,7%	12,5%	18,8%	14,3%
	Total %	1,4%	1,4%	2,9%	8,6%	14,3%
24:00	Count	1	2	1	5	9
	Row %	11,1%	22,2%	11,1%	55,6%	100,0%
	Column %	11,1%	15,4%	6,3%	15,6%	12,9%

		Ερώτηση 7				Total	
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή		
Άλλο	Total %	1,4%	2,9%	1,4%	7,1%	12,9%	
	Count	1	2	1	1	5	
	Row %	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	100,0%	
	Column %	11,1%	15,4%	6,3%	3,1%	7,1%	
Total	Total %	1,4%	2,9%	1,4%	1,4%	7,1%	
	Count	9	13	16	32	70	
	Row %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%	
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		Total %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%

Πίνακας 11. Crosstab πίνακας συνηθισμένης ώρας ύπνου και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	9,94	18	,934
Likelihood Ratio	12,32	18	,830
Linear-by-Linear Association	,10	1	,756
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 12. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ συνηθισμένης ώρας ύπνου και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ συνηθισμένης ώρας ύπνου και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square(=0.934) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Παρατηρείται μία μικρή τάση των ατόμων που κοιμούνται αργότερα ως προς τον χειρότερη ποιότητα ύπνου αλλά δεν γίνεται να εξαχθούν περισσότερα συμπεράσματα με ασφάλεια.

Ανάλυση μεταβλητών διάρκεια ύπνου το βράδυ και ποιότητας ύπνου

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Ερώτηση 4	Row %	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Column %	,0%	7,7%	,0%	,0%	1,4%
2 ώρες	Total %	,0%	1,4%	,0%	,0%	1,4%
	Count	0	3	1	4	8
	Row %	,0%	37,5%	12,5%	50,0%	100,0%
3 ώρες	Column %	,0%	23,1%	6,3%	12,5%	11,4%
	Total %	,0%	4,3%	1,4%	5,7%	11,4%
	Count	0	1	2	9	12
4 ώρες	Row %	,0%	8,3%	16,7%	75,0%	100,0%
	Column %	,0%	7,7%	12,5%	28,1%	17,1%
	Total %	,0%	1,4%	2,9%	12,9%	17,1%
5 ώρες	Count	2	4	5	10	21
	Row %	9,5%	19,0%	23,8%	47,6%	100,0%
	Column %	22,2%	30,8%	31,3%	31,3%	30,0%
6 ώρες	Total %	2,9%	5,7%	7,1%	14,3%	30,0%
	Count	3	3	7	2	15
	Row %	20,0%	20,0%	46,7%	13,3%	100,0%
7 ώρες	Column %	33,3%	23,1%	43,8%	6,3%	21,4%
	Total %	4,3%	4,3%	10,0%	2,9%	21,4%
	Count	2	1	0	6	9
8 ώρες	Row %	22,2%	11,1%	,0%	66,7%	100,0%
	Column %	22,2%	7,7%	,0%	18,8%	12,9%
	Total %	2,9%	1,4%	,0%	8,6%	12,9%
Total	Count	1	0	1	1	3
	Row %	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	Column %	11,1%	,0%	6,3%	3,1%	4,3%
Total	Total %	1,4%	,0%	1,4%	1,4%	4,3%
	Count	1	0	0	0	1
	Row %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Column %	11,1%	,0%	,0%	,0%	1,4%
	Total %	1,4%	,0%	,0%	,0%	1,4%
	Count	9	13	16	32	70
Total	Row %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%

Πίνακας 13. Crosstab πίνακας διάρκειας ύπνου και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	32,38	21	,054
Likelihood Ratio	33,34	21	,043
Linear-by-Linear Association	3,19	1	,074
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 14. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ύπνου και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ύπνου και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square(=0.054) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Παρατηρείται μία μικρή βελτίωση της ποιότητας του ύπνου σε σχέση με το ποσό ύπνου το οποίο έχει αναφέρει το κάθε άτομο, εκτός από τα άτομα που απάντησαν το χρονικό διάστημα των 6 ωρών όπου η πλειονότητα φαίνεται να χαρακτηρίζει τον ύπνο ως «Πολύ κακό».

Ανάλυση μεταβλητών διαταραχή ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή και ποιότητας ύπνου

		Ερώτηση 7				Total	
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή		
Ερώτηση_5.3	Οχι τις τελευταίες 30 ημέρες	Count	2	1	3	2	8
		Row %	25,0%	12,5%	37,5%	25,0%	100,0%
		Column %	22,2%	7,7%	18,8%	6,3%	11,4%
		Total %	2,9%	1,4%	4,3%	2,9%	11,4%
	Λιγότερο από μία τη βδομάδα	Count	2	3	4	6	15
		Row %	13,3%	20,0%	26,7%	40,0%	100,0%
		Column %	22,2%	23,1%	25,0%	18,8%	21,4%
		Total %	2,9%	4,3%	5,7%	8,6%	21,4%
	1 ή 2 τη βδομάδα	Count	3	3	4	10	20
		Row %	15,0%	15,0%	20,0%	50,0%	100,0%
		Column %	33,3%	23,1%	25,0%	31,3%	28,6%
		Total %	4,3%	4,3%	5,7%	14,3%	28,6%
3+ τη βδομάδα	Count	2	6	5	14	27	
	Row %	7,4%	22,2%	18,5%	51,9%	100,0%	
	Column %	22,2%	46,2%	31,3%	43,8%	38,6%	
	Total %	2,9%	8,6%	7,1%	20,0%	38,6%	
Total	Count	9	13	16	32	70	
	Row %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%	
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Total %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%	

Πίνακας 15. Crosstab πίνακας διαταραχή ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,42	9	,882
Likelihood Ratio	4,38	9	,884
Linear-by-Linear Association	1,41	1	,235
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 16. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχή ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχή ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square(=0.882) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Η πλειονότητα των ατόμων που εμφανίζουν δυσκολία στην αναπνοή πάνω από 3 φορές την εβδομάδα φαίνεται να θεωρούν την ποιότητα ύπνου «Πολύ κακή» γεγονός το οποίο ισχύει και για την πλειονότητα των ατόμων που ανέφεραν προβλήματα αναπνοής 1 με 2 φορές την εβδομάδα.

Ανάλυση μεταβλητών διαταραχή ύπνου λόγω πόνου και ποιότητας ύπνου

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
Ερώτηση 5.8	Όχι τις τελευταίες 30 ημέρες	Count	0	0	0	3
		Row %	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Column %	,0%	,0%	,0%	9,4%
		Total %	,0%	,0%	,0%	4,3%
		Count	1	1	3	6
	Row %	9,1%	9,1%	27,3%	54,5%	100,0%

		Ερώτηση 7				Total
		Πολύ καλή	Μάλλον καλή	Μάλλον κακή	Πολύ κακή	
βδομάδα	Column %	11,1%	7,7%	18,8%	18,8%	15,7%
	Total %	1,4%	1,4%	4,3%	8,6%	15,7%
1 ή 2 τη βδομάδα	Count	5	4	8	10	27
	Row %	18,5%	14,8%	29,6%	37,0%	100,0%
	Column %	55,6%	30,8%	50,0%	31,3%	38,6%
	Total %	7,1%	5,7%	11,4%	14,3%	38,6%
3+ τη βδομάδα	Count	3	8	5	13	29
	Row %	10,3%	27,6%	17,2%	44,8%	100,0%
	Column %	33,3%	61,5%	31,3%	40,6%	41,4%
	Total %	4,3%	11,4%	7,1%	18,6%	41,4%
Total	Count	9	13	16	32	70
	Row %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	12,9%	18,6%	22,9%	45,7%	100,0%

Πίνακας 17. Crosstab πίνακας διαταραχή ύπνου λόγω πόνου και ποιότητας ύπνου

	Value	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	8,18	9	,516
Likelihood Ratio	9,23	9	,416
Linear-by-Linear Association	1,76	1	,184
N of Valid Cases	70		

Πίνακας 18. Πίνακας αποτελεσμάτων Chi-Square tests

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας κάνουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχή ύπνου λόγω πόνου και ποιότητας ύπνου.

Εναλλακτική υπόθεση: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχή ύπνου λόγω πόνου και ποιότητας ύπνου.

Καθώς η τιμή του Pearson Chi-Square(=0.516) είναι μεγαλύτερη του 0.05 δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

Η πλειονότητα των ατόμων τα οποία δυσκολεύονται να κοιμηθούν λόγω πόνου 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα φαίνεται πως χαρακτηρίζουν την ποιότητα του ύπνου τους 40 ως «Πολύ κακή» το ίδιο ισχύει και για την πλειονότητα των ατόμων που αναφέρουν δυσκολίες στον ύπνο λόγω πόνου 1 ή 2 φορές την εβδομάδα. Με παρόμοιο τρόπο αναλύθηκαν όλες οι μεταβλητές του ημερολογίου, όπου από καμία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή.

3.3 Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Με βάση την βιβλιογραφία, στόχος του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης είναι η διερεύνηση της εξάρτησης της ποιότητας ύπνου από τις ερμηνευτικές της μεταβλητές.

Ορισμός μεταβλητών:

Y = Ποιότητα ύπνου (εξαρτημένη μεταβλητή)

X1 = Ηλικία (ερμηνευτική μεταβλητή)

X2 = Διάστημα φιλοξενίας (ερμηνευτική μεταβλητή)

X3 = Διάρκεια ύπνου το βράδυ (ερμηνευτική μεταβλητή)

X4 = Διατάραξη ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή (ερμηνευτική μεταβλητή)

X5 = Διατάραξη ύπνου λόγω πόνου (ερμηνευτική μεταβλητή)

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,36	,13	,06	1,05

Πίνακας 19. Model Summary

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	10,71	5	2,14	1,95	,098
Residual	70,27	64	1,10		
Total	80,99	69			

Πίνακας 20. ANOVA

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	4,92	1,13	,00	4,35	,000
Ηλικία	-,11	,15	-,10	-,75	,455
Διάστημα_φιλολοξενίας	,12	,24	,06	,50	,621
Ερώτηση_4	-,20	,09	-,26	-2,14	,036
Ερώτηση_5.3	,16	,14	,15	1,13	,263
Ερώτηση_5.8	-,39	,16	-,30	-2,35	,022

Πίνακας 21. Coefficients

Η σχέση της μεταβλητής Y ως προς τις ερμηνευτικές μεταβλητές X1, X2, X3, X4, X5, όπως αυτές ορίστηκαν παραπάνω, μπορεί να εκφραστεί ως εξής:

$$Y = -0.10 X1 + 0.6X2 - 0.26X3 + 0.15 X4 - 0.3 X5$$

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν την εξαρτημένη κατά 13% (R Square = 0.13).

Το μοντέλο μας υποδεικνύει ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ύπνου χωρίς όμως η μεταβλητή ηλικία να είναι στατιστικά σημαντική για το μοντέλο (significance = 0.455 > 0.05).

Επίσης φαίνεται να υπάρχει θετική σχέση μεταξύ διαστήματος φιλοξενίας και ποιότητας ύπνου χωρίς όμως πάλι η μεταβλητή διάστημα φιλοξενίας να είναι στατιστικά σημαντική ($\text{significance} = 0.621 > 0.05$).

Η διάρκεια του βραδινού ύπνου φαίνεται να έχει αρνητική σχέση με την ποιότητα του ύπνου με την εν λόγω μεταβλητή να είναι στατιστικά σημαντική ($\text{significance} = 0.036 < 0.05$).

Η Διατάραξη του ύπνου λόγω δυσκολίας στην αναπνοή φαίνεται να έχει θετική σχέση με την ποιότητα του χωρίς όμως η μεταβλητή να είναι στατιστικά σημαντική ($\text{significance} = 0.263 > 0.05$).

Τέλος η διατάραξη ύπνου λόγω πόνου έχει αρνητική σχέση με την ποιότητα ύπνου με την εν λόγω μεταβλητή να είναι στατιστικά σημαντική ($\text{significance} = 0.022 < 0.05$).

4. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα μελέτησε πληθώρα παραγόντων οι οποίοι δύναται να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου ηλικιωμένων ατόμων, όπως η αίσθηση κρύου-ζέστης, ο πόνος, η ώρα αφύπνισης, η έλλειψη ενθουσιασμού για συμμετοχή σε δραστηριότητες, η δυσκολία της αναπνοής, οι εφιάλτες και άλλα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και τα περιγραφικά δεδομένα, γίνεται εμφανές ότι η ποιότητα ύπνου των περισσότερων ατόμων δεν είναι ικανοποιητική γεγονός το οποίο συνάδει με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας για ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ή παρεμφερής δομές. Στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκαν παράγοντες περιβαλλοντικοί οι οποίοι δύναται να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου όπως αυξημένος θόρυβος, φως και κοινωνικοί παράγοντες όπως οι δραστηριότητες που συμπεριλαμβάνονται στο ημερήσιο πρόγραμμα της συγκεκριμένης δομής και φαίνεται να επηρεάζουν την διαδικασία το ύπνου. Επίσης η έρευνα

πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων που όπως έχει προαναφερθεί δεν αποτελεί μία αρκετά αντικειμενική μέθοδο λόγω του δείγματος το οποίο αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και μνήμης που δύναται να επηρεάζουν τις απαντήσεις τους. Οι παράγοντες διάρκεια ύπνου και ύπαρξη πόνου φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικοί σύμφωνα με το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης επιβεβαιώνοντας τις υποθέσεις που διατυπώθηκαν με βάση την βιβλιογραφία. Χρήζει διερεύνησης επίσης η παροχή φαρμακευτικής αγωγής για τις ασθένειες οι οποίες προκαλούν τον πόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου και πώς λειτουργούν σε σχέση με υπνωτικά χάπια και εναλλακτικές 43 θεραπείες. Η δυσκολία στην αναπνοή δεν αποτέλεσε στατιστικά σημαντικό παράγοντα. Μπορεί να είναι είτε αποτέλεσμα κάποιας διαταραχής όπως το σύνδρομο ΣΑΑΥ για το οποίο οφείλουν να εξετάζονται οι ασθενείς εφόσον αντιμετωπίζουν προβλήματα δύσπνοιας, αλλά και αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων όπως άγχος και κατάθλιψη ή ακόμη και να αφορά περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η δομή του δωματίου η οποία μπορεί να προκαλέσει κλειστοφοβικά επεισόδια, το μέγεθος των παραθύρων και γενικότερα η ευχάριστη και ασφαλής αίσθηση του χώρου. Παρόλο που οι υπόλοιποι παράγοντες του ερωτηματολογίου δεν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικοί φαίνεται να παίζουν ρόλο στην ποιότητα του ύπνου με την πλειονότητα των συμμετεχόντων να ξυπνούν νωρίς το πρωί (31.4% 8 η ώρα

και 30% 7 η ώρα) και να κοιμούνται λίγες ώρες την νύχτα (30% 4 ώρες ύπνου τη νύχτα). Η αίσθηση κρύου ή ζέστης δεν φαίνεται να επηρεάζει έντονα την ποιότητα του ύπνου και εξαρτάται και από την εποχή διεκπεραίωσης της έρευνας αλλά και από τις συνθήκες θερμοκρασίας της δομής. Το ίδιο ισχύει και για τα δεδομένα δυσκολίας ύπνου λόγω βήχα ή ροχαλητού που μπορούν να αποδοθούν στα κρυολογήματα του χειμώνα και για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων απαιτείται επανάληψη κάποιο χρονικό διάστημα διαφορετικής εποχής. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο και ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζουν κάπως την ποιότητα του ύπνου όπως επίσης και το διάστημα φιλοξενίας το οποίο αναμενόταν να παίζει ρόλο, αλλά στο συγκεκριμένο δείγμα η πλειονότητα των συμμετεχόντων (70%) βρίσκονται στη δομή για μικρό χρονικό διάστημα 1 έως 3 χρόνων. Το μορφωτικό επίπεδο δεν παρουσίασε κάποια σχέση με την ποιότητα του ύπνου, παρά με την ηλικία, με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ολοκληρώνοντας, γίνεται κατανοητό πως πληθώρα παραγόντων δύναται να επηρεάσουν την διαδικασία του ύπνου των ατόμων σε οίκους ευγηρίας και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

5. Περιορισμοί

Όπως σε κάθε έρευνα έτσι και στην παρούσα παρουσιάστηκαν περιορισμοί. Το δείγμα το οποίο επιλέχτηκε ήταν σχετικά μικρό και εφόσον η έρευνα αφορούσε ηλικιωμένα άτομα τα δεδομένα δεν μπορούν να θεωρηθούν πλήρως αντικειμενικά καθώς σε μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζονται προβλήματα μνήμης και άνοιας. Τα αποτελέσματα δεν ήταν όλα στατιστικά σημαντικά, παρόλα αυτά θεωρούμε το δείγμα μας αρκετά αντιπροσωπευτικό για τα Ελληνικά δεδομένα κατοίκων γηροκομείων και αντικατοπτρίζουν επαρκώς παράγοντες οι οποίοι δύναται να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου ηλικιωμένων ατόμων σε δομές φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση ,περαιτέρω έρευνα για τη πιο ενδελεχή διερεύνηση των προαναφερόμενων θεμάτων είναι επιθυμητή.

6. Βιβλιογραφία

Alessi, C. A., Yoon, E. J., Schnelle, J. F., Al-Samarrai, N. R., & Cruise, P. A. (1999). A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 784-791.

Alessi, C. A., & Schnelle, J. F. (2000). Approach to sleep disorders in the nursing home setting. *Sleep medicine reviews*, 4(1), 45-56.

Ancoli-Israel, S., Klauber, M. R., Jones, D. W., Kripke, D. F., Martin, J., Mason, W., Pat-Horenczyk, R., & Fell, R. (1997). Variations in circadian rhythms of activity, sleep, and light exposure related to dementia in nursing-home patients. *Sleep*, 20(1), 18–23.

Ancoli-Israel, S., Ayalon, L., & Salzman, C. (2008). Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harvard review of psychiatry*, 16(5), 279-286. 45

Aronson, M. K., Post, D. C., & Guastadisegni, P. (1993). Dementia, agitation, and care in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(5), 507-512.

Bliwise D. L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *Sleep*, 16(1), 40–81. <https://doi.org/10.1093/sleep/16.1.40>

Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P., & Spiegel, R. (1976). Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *The American journal of psychiatry*, 133(12), 1382–1388. <https://doi.org/10.1176/ajp.133.12.1382>

Chen C. N. (1979). Sleep, depression and antidepressants. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 135, 385–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.135.5.385>

Chen, M. L., Lin, L. C., Wu, S. C., & Lin, J. G. (1999). The effectiveness of acupuncture in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 54(8), M389-M394.

Cumming, R. G., & Le Couteur, D. G. (2003). Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS drugs*, 17(11), 825–837. <https://doi.org/10.2165/00023210-200317110-00004>

Curtis, L. H., Østbye, T., Sendersky, V., Hutchison, S., Dans, P. E., Wright, A., Woosley, R. L., & Schulman, K. A. (2004). Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population. *Archives of internal medicine*, 164(15), 1621–1625. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.15.1621>

Dinges, D. F., Pack, F., Williams, K., Gillen, K. A., Powell, J. W., Ott, G. E., ... & Pack, A. I. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4–5 hours per night. *Sleep*, 20(4), 267-277.

Doty, P. J. (1992). Institutional Long-term Care from an International Perspective. *The oldest old*, 251.

Feinsilver S. H. (2021). Normal and Abnormal Sleep in the Elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 37(3), 377–386. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.04.001>

Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2002). Sleep disturbances among nursing home residents. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(7), 604-609.

Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18(6), 425–432. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.6.425>

Gehrman, P. R., Martin, J. L., Shochat, T., Nolan, S., Corey-Bloom, J., & Ancoli-Israel, S. (2003). Sleep-disordered breathing and agitation in institutionalized adults with Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(4), 426–433.

Gentili, A., Weiner, D. K., Kuchibhatla, M., & Edinger, J. D. (1997). Factors that disturb sleep in nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*, 9(3), 207-213.

Gillin, J. C., & Ancoli-Israel, S. O. N. I. A. (2005). The impact of age on sleep and sleep disorders. *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 483-512.

Hou, H. M., & Chen, Y. M. (2008). Loneliness and related factors among the elderly living in long-term care facilities. *Journal of Evidence-Based Nursing*, 4(3), 212-221.

Iber, C., 2007. The AASM Manual for Scoring of Sleep and Associated Events. [ebook] Westchester. Available at: <<https://www.sleep.pitt.edu/wp-content/uploads/2020/03/The-AASM-Manual-for-Scoring-of-Sleep-and-Associated-Events-2007-.pdf>> [Accessed 5 July 2022].

Kemper, P., & Murtaugh, C. M. (1991). Lifetime use of nursing home care. *New England Journal of Medicine*, 324(9), 595-600.

Maggio, M., Colizzi, E., Fisichella, A., Valenti, G., Ceresini, G., Dall'Aglio, E., ... & Ceda, G. P. (2013). Stress hormones, sleep deprivation and cognition in older adults. *Maturitas*, 76(1), 22-44.

Martin, J., Marler, M., Shochat, T., & Ancoli-Israel, S. (2000). Circadian rhythms of agitation in institutionalized patients with Alzheimer's disease. *Chronobiology international*, 17(3), 405–418. <https://doi.org/10.1081/cbi-100101054>

McNamara, P., Johnson, P., McLaren, D., Harris, E., Beauharnais, C., & Auerbach, S. (2010). REM and NREM sleep mentation. *International review of neurobiology*, 92, 69–86. [https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(10\)92004-7](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(10)92004-7)

Meerlo, P., Sgoifo, A., & Suchecki, D. (2008). Restricted and disrupted sleep: effects on autonomic function, neuroendocrine stress systems and stress responsivity. *Sleep medicine reviews*, 12(3), 197-210.

Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999a). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *An American Academy of Sleep Medicine review*. *Sleep*, 22(8), 1134–1156. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1134>

Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999b). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281(11), 991–999. <https://doi.org/10.1001/jama.281.11.991>

Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(3), 207-211.

Neubauer D. N. (1999). Sleep problems in the elderly. *American family physician*, 59(9), 2551–2560.

Nihtilä, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V., Reunanen, A. R., Noro, A. M., & Häkkinen, U. T. (2008). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European journal of public health*, 18(1), 77–84. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm025>

Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255–1273. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>

Olde Rikkert, M. G., & Rigaud, A. S. (2001). Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 34(6), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s003910170025>

Pat-Horenczyk, R., Klauber, M. R., Shochat, T., & Ancoli-Israel, S. (1998). Hourly profiles of sleep and wakefulness in severely versus mild-moderately demented nursing home patients. *Aging (Milan, Italy)*, 10(4), 308–315. <https://doi.org/10.1007/BF03339793>

Pollak, C. P., & Perlick, D. (1991). Sleep problems and institutionalization of the elderly. *Topics in geriatrics*, 4(4), 204-210.

Ramar, K., & Olson, E. J. (2013). Management of common sleep disorders. *American family physician*, 88(4), 231-238.

Reza, H., Kian, N., Pouresmail, Z., Masood, K., Bagher, M. S. S., & Cheraghi, M. A. (2010). The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(2), 81-85.

Sanger D. J. (2004). The pharmacology and mechanisms of action of new generation, non-benzodiazepine hypnotic agents. *CNS drugs*, 18 Suppl 1, 9-45. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418001-00004>

Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. *Chest*, 146(5), 1387-1394.

Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Al-Samarrai, N. R., Fricker Jr, R. D., & Ouslander, J. G. (1999). The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light, and sleep. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4), 430-438.

Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(12), 613-620. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8202-7>

Tsay, S. L., & Chen, M. L. (2003). Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 40(1), 1-7.

Vogel, G. W., Thurmond, A., Gibbons, P., Sloan, K., & Walker, M. (1975). REM sleep reduction effects on depression syndromes. *Archives of general psychiatry*, 32(6), 765-777. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760240093007>

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007). Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *Cmaj*, 176(10), 1449-1454.

Young, T., Peppard, P. E., & Gottlieb, D. J. (2002). Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 165(9), 1217-1239.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Sleep Disorders

by Kontos Souranakis

Submission date: 22-Sep-2022 01:29PM (UTC+0300)

Submission ID: 1906115137

File name: _1_Final_22_9_2022.docx (708.12K)

Word count: 10203

Character count: 60942

Sleep Disorders

ORIGINALITY REPORT

7%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

RE: Παραχώρηση άδειας χρήσης κλίμακας ποιότητας ύπνου του pittsburgh

Εισερχόμενα



Grigorios Kotronoulas
<grigorios.kotronoulas@glasgow.ac.uk>

Τετ 27 Φεβ 2019,
7:08 μ.μ.

προς "Παναγιώτης, εγώ, Elsa

Αγαπητέ κύριε Κοντέ,

Σας ευχαριστώ για το ενδιαφέρον σας να χρησιμοποιήσετε την ελληνική εκδοχή του PSQI στη μελέτη σας.

Βεβαίως και μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την κλίμακα (την οποία σας επισυνάπτω), για την οποία όμως θα χρειαστεί πρώτα να ζητήσετε άδεια μέσω κατάθεσης αίτησης στο MAPI Institute.

Σχετικές πληροφορίες για τη χρήση της μεταφρασμένης εκδοχής μπορείτε να βρείτε εδώ: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pittsburgh-sleep-quality-index>, see Distribution of Translations.

Σας εύχομαι καλή επιτυχία στη μελέτη σας και είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε ερώτηση σχετική με την έρευνα του ύπνου.

Με εκτίμηση,

Γρηγόρης Κοτρωνούλας

Grigorios Kotronoulas, PhD, MSc, BSN, RN

Lecturer - Nursing and Health Care

School of Medicine, Dentistry and Nursing, MVLS

University of Glasgow

Honorary Research Fellow, NHS Greater Glasgow and Clyde

Work address: 57-61 Oakfield Avenue (61/509), Glasgow, G12 8LL, United Kingdom

E-mail: grigorios.kotronoulas@glasgow.ac.uk | Tel: +44 (0) 141 330 6883 (direct line)

Twitter: [@nurse_GK704](https://twitter.com/nurse_GK704) | ResearchGate: [Grigorios Kotronoulas](https://www.researchgate.net/profile/Grigorios_Kotronoulas)

Website: <http://www.gla.ac.uk/schools/medicine/nursing>

The University of Glasgow, charity number SC004401.

1st for Nursing in the UK: Complete University Guide 2017/18

"To the darkness you respond with light." *Nikos Kazantzakis*

-----Original Message-----

From: Elsa Patiraki <epatiraki@nurs.uoa.gr>

Sent: 26 February 2019 13:45

To: "Παναγιώτης Κοντός" <panagiotiskodos2@gmail.com>

Cc: Michael Rovithis <rovithismihail@gmail.com>; Grigorios Kotronoulas <grigorios.kotronoulas@glasgow.ac.uk>

Subject: Re: Παραχώρηση άδειας χρήσης κλίμακας ποιότητας ύπνου του pittsburgh

Αγαπητέ κε Κοντέ,

Σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας να χρησιμοποιήσετε την κλίμακα ποιότητας ύπνου Pittsburgh.

Έχω κοινοποιήσει το μήνυμα στον Δρ Γρηγόρη Κοτρωνούλα, ο οποίος στάθμισε την κλίμακα στην ελληνική γλώσσα, για να σας παραχωρήσει την άδεια.

Εύχομαι κάθε επιτυχία με την εργασία σας.

Με εκτίμηση,

Ε.Πατηράκη

> Αγαπητή Δρ. Πατηράκη,

>

> Θα θέλαμε να σας ζητήσουμε την άδεια χρήσης για την χρήση της

> *ελληνικής έκδοσης της Κλίμακας ποιότητας** ύπνου του** pittsburgh.*

>

> Τη συγκεκριμένη κλίμακα, αν έχετε την ευγενή καλοσύνη να μας

- > παραχωρήσετε την άδεια χρήσης της, θα την χρησιμοποιήσουμε στα πλαίσια
- > πτυχιακής εργασίας με τίτλο: «*Διερεύνηση των αλλαγών και ανίχνευση
- > των διαταραχών στις συνήθειες του ύπνου σε άτομα τρίτης ηλικίας που
- > διαμένουν σε Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων*»

>

- > Την οποία διεξάγουμε υπό την αιγίδα του πιστοποιημένου Ερευνητικού
- > Εργαστηρίου Διεπιστημονικής Προσέγγισης για την βελτίωση της ποιότητας
- > ζωής (Quality of Life Lab), της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και
- > Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης, με υπεύθυνο τον Δρ. Ροβίθη Μιχάλη, λέκτορα,
- > στη Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας.

>

>

>

- > Σας διαβεβαιώνουμε ότι σε τυχόν δημοσίευση που θα προκύψει θα υπάρχει
- > βιβλιογραφική αναφορά στις σχετικές έρευνες σας και τα αποτελέσματα θα
- > χρησιμοποιηθούν καθαρά μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

>

>

>

- > Με εκτίμηση,

>

>

>

> Κοντός Παναγιώτης

>

> Φοιτητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης.

>

>

>

> *Υ.Γ* : Το email το κοινοποιείται και στον υπεύθυνο καθηγητή

>

--

Ελισάβετ Πατηράκη

Καθηγήτρια, Συστήματα Νοσηλευτικής Φροντίδας-Ανακουφιστική Φροντίδα

Αναπληρώτρια Πρόεδρος

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας

Εθνικό και Καποδιστριακό

Πανεπιστήμιο Αθηνών

Παπαδιαμαντοπούλου 123

ΤΚ 11527 ΓΟΥΔΗ ΑΘΗΝΑ

Elisabeth Patiraki RN,BSc,PhD

Professor of Nursing Care Delivery Systems-Palliative Care

Vice President

Nursing Department

School of Health Sciences

National and Kapodistrian University of Athens

123 Papdiamantopoulou St

P.C 11527, Goudi, Athens, Greece

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΣΧΟΛΗ ΣΕΥ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Ανίχνευση των διαταραχών του ύπνου σε άτομα τρίτης ηλικίας που διαμένουν σε Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και η συσχέτισή τους με προβλήματα υγείας»

Κατατίθεται για έγκριση στο

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Φοιτητές: Σουρανάκης Ιωάννης
Κοντός Παναγιώτης

Επιβλέπων Καθηγητής: Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής,
τμήματος Νοσηλευτικής, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ηράκλειο Ιανουάριος 2020

Γενικό μέρος

Εισαγωγή

Η υγεία, η σωματική και ψυχική ευεξία, είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Ταυτόχρονα αποτελεί τη βάση της ευημερίας του γενικότερου κοινωνικού συνόλου, της προόδου και της ευτυχίας των λαών (Κατσουγιαννόπουλος, 2001). Η υγεία σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε άνθρωπο, που με τη σειρά του αναγνωρίζει διαφορετικές πτυχές της ως σημαντικές. Το πώς κάθε άνθρωπος σκέφτεται για την υγεία του επηρεάζει τις συμπεριφορές του που σχετίζονται με αυτήν (Hughner & Kleine, 2004).

Ύπνος σε άτομα τρίτης ηλικίας

Ο ύπνος καταλαμβάνει σημαντικό μέρος της ζωής των ανθρώπων και αποτελεί τη πιο σημαντική βιολογική λειτουργία του. Είναι απαραίτητος για να μπορέσει ο οργανισμός να φέρει εις πέρας όλες τις φυσιολογικές του λειτουργίες αλλά και για μια ομαλή διαβίωση. Η στέρησή του και οι γενικότερες διαταραχές του τείνουν να γίνουν ένα από τα

σημαντικότερα προβλήματα του σύγχρονου ανθρώπου. Πολλά είναι τα προβλήματα που προκαλούνται στο καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό και το νευρικό σύστημα, στη μνήμη και τη μάθηση αλλά ακόμη στο ψυχικό κόσμο, τη συμπεριφορά και το συναίσθημα του ατόμου.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία σκοπός είναι να ερευνηθεί η ποιότητα του ύπνου σε άτομα τρίτης ηλικίας. Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982). Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός (Γρηγοριάδου και συν, 1991).

Ποιότητα ύπνου

Σύμφωνα με το National Sleep Foundation (Foley et. al., 2004), βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα του ύπνου είναι η διάρκεια του ύπνου στις ώρες ανάπαυσης, που θα πρέπει να υπερβαίνει το 85% του συνολικού χρόνου ανάπαυσης, ο ύπνος θα πρέπει να επέρχεται σε 30 λεπτά ή σε λιγότερο, να μην διακόπτεται παραπάνω από μια φορά κατά τη διάρκεια της νύχτας και τέλος να μην είναι ξύπνιος κατά τα πρώτα 20 λεπτά του πρώτου σταδίου του ύπνου.

Οποιαδήποτε μεταβολή των ανωτέρων με εξακολουθητική εμφάνιση συνιστά διαταραχή ύπνου, χαρακτηριστικά αναφέρεται η παθολογική ημερήσια υπνηλία -η αδυναμία του ατόμου να επιτύχει και να διατηρήσει εγρήγορση, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας με αποτέλεσμα ο ύπνος να εκδηλώνεται χωρίς τη θέληση του ατόμου ή σε ακατάλληλο χρόνο-. Άπνοια ύπνου: Αυτή η διαταραχή προκαλεί έντονο ροχαλητό, λαχάνιασμα, αισθήματα πνιγμού, παύσεις στην αναπνοή και ξαφνικό ξύπνημα. Η παροχή οξυγόνου περιορίζεται, και οι ασθενείς νιώθουν έντονη υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας. Η άπνοια ύπνου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για αυξημένη πίεση,

εγκεφαλικό και καρδιακή προσβολή. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών: Αυτό το σύνδρομο προκαλεί στους ασθενείς την ακατανίκητη ανάγκη να κουνήσουν τα πόδια τους όταν ξαπλώνουν. Υπάρχει, επίσης, μια αίσθηση “μυρμηγκιάσματος”. Η παραϋπνία χαρακτηρίζεται από αφύσικες συμπεριφορές κατά την διάρκεια του ύπνου, όπως υπνοβασία, ομιλία στον ύπνο και νυχτερινούς τρόμους, που αναγκάζουν τον ασθενή να ξυπνήσει απότομα, ακόμα και να ουρλιάξει. Ναρκωληψία: Τα κύρια συμπτώματα της ναρκωληψίας είναι η υπερβολική υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας, όπως και οι “κρίσεις ύπνου”, κατά τις οποίες ο ασθενής θα κοιμηθεί, χωρίς να μπορεί να το ελέγξει, σε ανύποπτο χρόνο. Ειδικότερα, ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, στα οποία οι διαταραχές ύπνου συχνά υπο-διαγιγνώσκονται και αποτελούν σημαντική αίτια ανησυχίας. Είναι γεγονός πως η έλλειψη ύπνου και οι αλλαγές στις συνήθειες του είναι συχνό φαινόμενο στο γηριατρικό πληθυσμό καθώς με την πάροδο των χρόνων μειώνεται η παραγωγή μελατονίνης, ορμόνης υπεύθυνη για την ρύθμιση του ύπνου, ενώ επίσης καταγράφεται αλλαγή στον κερκάρδιο ρυθμό. Ωστόσο, ο ύπνος ως σύνθετη έννοια δεν επηρεάζεται μόνο από τις βιολογικές αλλαγές, κακής ποιότητας ύπνος μπορεί να οφείλεται και στις αλλαγές του περιβάλλοντος, όπως απώλεια συζύγου ή των οικείων του ακόμα και συνταξιοδότησης. Τέλος, τα προβλήματα ύπνου μπορεί να σχετίζονται με παθολογικά αίτια, ασθένειες και νόσους.

Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τις χρόνιες διαταραχές ύπνου με αποτέλεσμα την εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών και νοητικών νοσημάτων, που σχετίζονται με την αύξηση της θνησιμότητας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και ο αριθμός των καταναλωμένων φαρμάκων, ο οποίος αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων και συνάδει με την αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και τις παρενέργειες όπως πτώσεις, νοητική έκπτωση και συχνά διαταραχές ύπνου (Barry, Gallagher & Ryan 2008).

Σημαντικότητα του θέματος

Για τους ανωτέρω λόγους κρίνεται επιτακτική η ανάγκη η περαιτέρω διερεύνηση των αλλαγών και ανίχνευση των διαταραχών του ύπνου των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Η εν λόγω μελέτη είναι σημαντική, καθώς προσφέρει τη

δυνατότητα διερεύνησης σε βάθος των επιδράσεων του ποιοτικού ύπνου στους ηλικιωμένους. Τα γεγονότα αυτά είναι κομβικής σημασίας τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για την ευρύτερη κοινωνία.

Θεωρείται ότι η πληρέστερη κατανόηση των παραπάνω θα οδηγήσει τους ειδικούς στην καλύτερη δυνατή επίλυση των προβλημάτων που αναφέρονται τόσο στο προσωπικό των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων όσο και στους ίδιους τους ηλικιωμένους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των προβλημάτων που προκύπτουν από την χαμηλή ποιότητα του ύπνου καθώς και η καταγραφή των διαταραχών του ύπνου των ηλικιωμένων που διαμένουν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Ειδικό Μέρος

Σχεδιασμός της μελέτης

Είδος μελέτης

Η παρούσα πτυχιακή εργασία υιοθετεί τον σχεδιασμό της περιγραφικής μελέτης με μερικές συσχετίσεις για να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που θέτει. Σύμφωνα με τον Μερκούρη (2008): « περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για τη λήψη πληροφοριών, ως προς τα χαρακτηριστικά ενός φαινομένου, ενός γεγονότος ή μίας κατάστασης. Δεν γίνεται κανενός είδους παρέμβαση, αφού ο σκοπός είναι η απεικόνιση των πραγμάτων, όπως αυτά εκ φύσεως συμβαίνουν. Ενδείκνυται για τη διερεύνηση άγνωστων φαινομένων ή όσων δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και παρέχει υλικό για τις έρευνες των επομένων επιπέδων. Σπάνια όμως μία έρευνα έχει αμιγώς περιγραφικό σχεδιασμό, αφού συχνά γίνεται διερεύνηση συσχετίσεων ή/και συγκρίσεις ομάδων. Στην περίπτωση που διερευνώνται συσχετίσεις ή γίνονται συγκρίσεις, οι έρευνες αυτές ονομάζονται περιγραφικές συσχέτισης και συγκριτικές περιγραφικές αντίστοιχα» (Μερκούρης 2008,σελ.89).

Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποιο είναι το ποσοστό των διαταραχών ύπνου σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε Μονάδες Φροντίδας
2. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου και το φύλο των ηλικιωμένων;
3. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου και την ηλικία των ηλικιωμένων

Μέθοδος δειγματοληψίας

Για τη συλλογή του δείγματος θα εφαρμοστεί η μέθοδος της μη τυχαίας δειγματοληψίας (non probability sampling) και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) (Μερκούρης, 2008). Η δειγματοληψία ευκολίας, επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η επιλογή της συγκεκριμένης δειγματοληπτικής μεθόδου έγινε με βάση τα εξής κριτήρια: είναι γρήγορη, οικονομική και πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα (Μερκούρης, 2008). Η συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας, επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης την ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και τη μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

Αναλυτικότερα, θα εστιάσουμε σε ηλικιωμένους του νομού Ηρακλείου που διαβιούν σε Μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Ηρακλείου. Στην έρευνα δεν θα συμπεριληφθούν ηλικιωμένοι με γνωματευμένη ψυχιατρική διαταραχή και ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν θα μιλούν την Ελληνική γλώσσα.

Αρχές βιοηθικής

Η βιοηθική στην έρευνα γίνεται από άτομα που έχουν αναλάβει να κάνουν έρευνα και συμβάλει στην διασφάλιση, κυρίως της αξιοπρέπειας καθώς και άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων όπως την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον, με την βιοηθική

στην έρευνα επιτυγχάνεται ο σεβασμός, η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και η εμπιστευτικότητα μεταξύ ερευνητή- συμμετέχοντα. Η συμμετοχή ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα διέπεται από ένα εκτεταμένο νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο, στόχος του οποίου είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη προστασία των εν γένει δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, και ειδικότερα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της αξιοπρέπειάς τους, αλλά και η προστασία της ίδιας της ερευνητικής δραστηριότητας ως απαραίτητου εργαλείου ανάπτυξης, κοινωνικής ευημερίας και καινοτομίας στις σύγχρονες κοινωνίες και ως δημόσιου αγαθού που υλοποιείται σε συνθήκες διαφάνειας από τον επιστήμονα-ερευνητή (Γκαράνη, Παπαδάτου 2011).

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και δεν θα περιέχει προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε οργανισμό ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Ερευνητικό Εργαλείο

Η Ποιότητα του ύπνου θα καταγραφεί με την ελληνική έκδοση του Δείκτη Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh (PSQI) (Buysse et. al., 1989; Kotronoulas et. al., 2011). Το PSQI αποτελείται από 19 ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης, ομαδοποιημένες σε 7 συνιστώσες, που θέτουν ερωτήματα σχετικά με την υποκειμενική αίσθηση της Ποιότητας του Ύπνου, τον λανθάνοντα χρόνο επέλευσης, τη διάρκεια, τη συνήθη αποδοτικότητα, τις διαταραχές, τη χρήση φαρμακευτικώνσκευασμάτων για τον ύπνο και τη δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας τον τελευταίο μήνα.

Κάθε συνιστώσα έχει εύρος τιμών απαντήσεων από 1 έως 3. Σε κάθε περίπτωση βαθμολογία 0 (μηδέν), υποδηλώνει απουσία δυσκολίας ύπνου, ενώ βαθμολογία 3 υποδηλώνει σοβαρή δυσκολία ύπνου. Κατόπιν οι επτά συνιστώσες προστίθενται για να δώσουν ένα συνολικό αποτέλεσμα με εύρος τιμών από 9 έως 21. Υψηλότερη τιμή υποδηλώνει χειρότερη ποιότητα ύπνου. Συνολική βαθμολογία > 5 σχετίζεται με φτωχή ποιότητα ύπνου ενώ \leq σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ύπνου.

Οι ερευνητές, κατόπιν αιτήσεώς τους, αδειοδοτήθηκαν για την χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου για ερευνητικούς σκοπούς από την κα Έλσα Πατηράκη, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Θα υπολογιστούν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μέσω της μεθόδου χ^2 . Στις κατανομές θα εκτιμηθούν επίσης για σύγκριση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Ως προς την επίδραση των διαφόρων χαρακτηριστικών στην ποιότητα ύπνου των ηλικιωμένων που θα συμμετέχουν στην έρευνα, θα γίνει συσχέτιση μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Επίπεδο σημαντικότητας θα οριστεί $p \text{ value} \leq 0.05$.

Βιβλιογραφία

- Barry, P. J., Gallagher, P., & Ryan, C. (2008). Inappropriate prescribing in geriatric patients. *Current psychiatry reports*, 10(1), 37-43.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Γκαρρανή - Παπαδάτου, Τ. (2011). Ηθική και δεοντολογία της επιστημονικής έρευνας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Εμπειρογμώνων. European Commission Directorate for Research and Innovation, Ethics Sector.
- Γρηγοριάδου, Α., Πηγαδάς, Α., Δαρδαβέσης, Θ. (1991). Ωρίμανση και γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. Ελληνική Ιατρική. Διαθέσιμο: <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=11722> Προσπελάστηκε: [2-1-2020].

Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 In: Δαρδαβέσης Θ. Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας(editor), Ελληνική Εθνική Εταιρεία Γήρατος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999: 33

Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of psychosomatic research*, 56(5), 497-502.

Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: A compilation and review of how individuals think about health. *Health.*, 8(4), 395-422.

Κατσουγιαννόπουλος, Β. (2001). (2η εκδ.) *Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική*. Τόμος Πρώτος Υγιεινή. Αθήνα: Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.

Μερκούρης Α.2008. Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Επιστημονικές εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα, σελ.112,169

Kotronoulas, G. C., Papadopoulou, C. N., Papapetrou, A., & Patiraki, E. (2011). Psychometric evaluation and feasibility of the Greek Pittsburgh Sleep Quality Index (GR-PSQI) in patients with cancer receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1831-1840.

Παράρτημα Ι – Χρονοδιάγραμμα Πτυχιακής Εργασίας

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ						
2020						
ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡΤ	ΑΠΡ	ΜΑΙΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ
Αναζήτηση Βιβλιογραφίας						
Συγγραφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης						
Συλλογή δεδομένων						
Κωδικοποίηση- ανάλυση δεδομένων						
Συγγραφή αποτελεσμάτων						
Συγγραφή συζήτησης						
Συγγραφή συμπερασμάτων - προτάσεων						
Τελική αξιολόγηση συγγράματος						
Προετοιμασία παρουσίασης						
Παρουσίαση πτυχιακής						

