



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Αξιολόγηση της ευεξίας/ευρωστίας ατόμων με Σύνδρομο
Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου»*

Ασπασία Καϊλόγλου

Επιβλέπων Καθηγητής :Δρ. Χρήστος Κλεισιάρης

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή/της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



*Αξιολόγηση της ευεξίας/ευρωστίας ατόμων με Σύνδρομο
Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου*

Ασπασία Καϊλόγλου

Επιτροπή επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής

Χρήστος Κλεισιάρης

ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν - Επιβλέπων Καθηγητής

Παναγιώτης Ανδριόπουλος

ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες /Αφιέρωση

Αφιερώνω την εργασία μου στην οικογένειά μου· στον σύζυγό μου Κωνσταντίνο για την πρόσβαση που μου εξασφάλισε στο ιατρικό αρχείο, στα παιδιά μου Γιώργο και Ζωή, θέλοντας να τους διδάξω ότι η μάθηση και η γνώση δεν σταματούν ποτέ, και ότι όταν έχεις έναν στόχο, βρίσκεις πάντα τον δρόμο για να τον εκπληρώσεις.

Παράλληλα, εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στον καθηγητή μου, που με καθοδήγησε και με βοήθησε να ολοκληρώσω αυτό το όμορφο ταξίδι. Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους ασθενείς που μοιράστηκαν μαζί μου τις εμπειρίες τους και συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας –Υπόπνιας (ΣΑΑΥ) αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο. Αναμφισβήτητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή λειτουργικότητα του ανθρώπινου οργανισμού καθώς και στην ευεξία - ευρωστία των ασθενών. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας που έχει αποδειχθεί διεθνώς για την αντιμετώπιση του Συνδρόμου είναι η συσκευή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP). Βέβαια, η ίδια θεραπεία επιδρά θετικά και στην ενίσχυση της ευεξίας των ασθενών. Ωστόσο, όμως παρατηρούμε ότι η ευεξία των ασθενών μπορεί να επηρεάζεται και από ένα ευρύ φάσμα άλλων παραγόντων, όπως τα κλινικά χαρακτηριστικά, το σωματικό βάρος και τα ψυχολογικά κίνητρα.

Σκοπός: Σκοπό αυτής της εργασίας ήταν η αξιολόγηση της θεραπείας με CPAP, και η επίδραση στην ευεξία και στην ευρωστία των ατόμων με ΣΑΑΥ. Επιπλέον, εξετάστηκαν και κάποιοι παράγοντες όπως η (ημερήσια υπνηλία, Δείκτης Μάζας Σώματος - BMI, ώρες νυχτερινής χρήσης και ψυχολογικά κίνητρα, προκειμένου να προσδιοριστεί ποιοι από αυτούς τους παράγοντες συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας των ασθενών.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε συγχρονική ερευνητική μελέτη (cross-sectional study) με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας σε δείγμα 52 ενήλικων ασθενών. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το αρχείο του εργαστηρίου ύπνου του 404 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Λάρισας. Στην μελέτη τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο Δείκτης Ευημερίας WHO-5, για την αξιολόγηση της ευεξίας, η κλίμακα Epworth Sleepiness Scale (ESS) για την ημερήσια υπνηλία και το ερωτηματολόγιο Κινήτρων Χρήσης CPAP (CCUQ), για τους παράγοντες που ωθούν τους ασθενείς στην έναρξη ή τη διατήρηση της θεραπείας.

Κυριότερα Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της ερευνάς έδειξαν ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τη συσκευή CPAP για τουλάχιστον 4 ώρες κάθε νύχτα, παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ευεξία σε σύγκριση με εκείνους που τη χρησιμοποιούν λιγότερο με βαθμολογία 82,26 έναντι 59,33. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση πραγματοποιήθηκαν δυο αναλύσεις, μια με βάση τα ιατρικά χαρακτηριστικά (το οποίο περιλαμβάνει τις ώρες χρήσης της συσκευής και την ημερήσια υπνηλία) και μια με την ενσωμάτωση ομαδοποιημένων κινήτρων από το ερωτηματολόγιο (CCUQ). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ιατρικό κλινικό μοντέλο έφτασε στο 24% η διακύμανσης της ευεξίας, με κύριο βασικότερο στοιχείο ενίσχυση της ευεξίας τις ώρες χρήσης CPAP ($b = 23,91$, $p < 0.05$). Αντίθετα, όταν στην ανάλυση ενσωματώθηκαν τα κίνητρα - στο διευρυμένο μοντέλο - παρατηρήθηκε να αυξάνεται η στατιστική διακύμανση της ευεξίας στο 40,7%. Σημαντικότερος παράγοντας επιρροής της ευεξίας σε αυτό το μοντέλο αναδείχθηκε η Επιρροή του Συντρόφου ($b = 13,15$, $p = 0,007$)

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η επαρκής νυχτερινή χρήση της συσκευής CPAP (άνω των 4 ωρών) είναι ζωτικής σημασίας για την ευεξία των ασθενών. Ταυτόχρονα, όμως αναδείχθηκε ότι η υποστήριξη του συντρόφου λειτούργησε ως σημαντικός υποστηρικτικός παράγοντας για την συνολική ευεξία των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ), Ποιότητα Ζωής / Ευεξία, Θεραπεία CPAP / Συμμόρφωση, Ημερήσια Ύπνηλία, Δείκτης Ευεξίας WHO-5, Κλίμακα Ύπνηλίας Epworth (ESS)

«Assessment of well-being of individuals with Obstructive Sleep Apnea Syndrome»
Aspasia Kailoglou**ABSTRACT**

Introduction: Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome (OSAHS) constitutes the most prevalent sleep-related breathing disorder. It exerts a profound impact on patients' daily functionality, overall well-being, and vitality. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) therapy has been internationally established as the most efficacious modality for managing the syndrome. While CPAP therapy significantly enhances patient well-being, evidence suggests that well-being is concurrently influenced by a broader spectrum of determinants, including clinical characteristics, body mass, and psychological motivations.

Objective: The objective of this study was to evaluate the impact of CPAP therapy on the well-being and vitality of individuals diagnosed with OSAHS. Furthermore, this investigation examined additional variables—namely daytime sleepiness, Body Mass Index (BMI), nightly compliance hours, and psychological motivations—to identify the specific factors that contribute positively to the enhancement of patients' mental health.

Methodology: A cross-sectional study was conducted using a convenience sampling method on a sample of 52 adult patients. Data were retrieved from the archives of the sleep laboratory at the 404 General Military Hospital of Larissa. The tools utilized in the study were the WHO-5 Well-Being Index for assessing well-being, the Epworth Sleepiness Scale (ESS) for daytime sleepiness, and the CPAP Use Motivation Questionnaire (CCUQ) for the factors that drive patients to initiate or maintain therapy

Main Results: The findings of the study demonstrated that patients who use the CPAP device for at least 4 hours per night present significantly higher well-being compared to those who use it less, with scores of 82.26 versus 59.33, respectively. In the multivariate analysis, two separate analyses were performed: one based on clinical medical characteristics (which include hours of device use and daytime sleepiness) and another incorporating grouped motivations from the CCUQ questionnaire. The results showed that the clinical medical model accounted for 24% of the variance in well-being, with hours of CPAP use being the primary and most significant factor enhancing well-being ($b = 23.91$, $p < 0.05$). Conversely, when motivations were integrated into the analysis—in the extended model—the explained statistical variance of well-being increased to 40.7%. Partner Influence emerged as the most significant factor influencing well-being in this model ($b = 13.15$, $p = 0.007$).

Conclusions: The results confirmed that adequate nightly use of the CPAP device (over 4 hours) is of vital importance for patient well-being. At the same time, however, it was highlighted that partner support functioned as a significant supportive factor for the overall well-being of the patients

Keywords: Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), Quality of Life / Well-being, CPAP Therapy / Compliance, Daytime Sleepiness, WHO-5 Well-Being Index, Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες /Αφιέρωση.....	i
ABSTRACT.....	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	ix
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	x
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xi
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	xii
1 Εισαγωγή.....	1
1.1 Αναγκαιότητα διερεύνησης του Θέματος.....	3
2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	6
2.1 Η Σημασία του Ύπνου και το Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας	6
2.1.1 Ποσότητα Ύπνου και Λειτουργικότητα.....	6
2.1.2 Στάδια Ύπνου.....	7
2.2 Σύνδρομο Αποφρακτικής άπνοιας /υπόπνοιας.....	10
2.2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	10
2.2.2 Ορισμός ΣΑΑΥ- Συμπτώματα	11
Συμπτώματα του ΣΑΑΥ.....	12
Νυχτερινά Συμπτώματα	12
Ημερήσια Συμπτώματα	13
2.2.4 Διάγνωση.....	14
2.2.5 Θεραπευτική Προσέγγιση	15
2.3 Ευεξία ορισμός - ευεξία και υγεία	16
2.5 Η Επίδραση της θεραπείας CPAP στην ευεξία των ασθενών.....	22

3 Μεθοδολογία Έρευνας.....	25
3.1 Δείγμα Έρευνας	25
3.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση: Ποσοτική Έρευνα.....	27
3.3 Εργαλείο έρευνας.....	27
3.4 Στατιστική Ανάλυση	30
3.5 Ηθικά Ζητήματα και Δεοντολογία της Έρευνας	31
4. Αποτελέσματα έρευνας.....	32
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και δείκτες σχετικοί με την άπνοια ύπνου	32
4.2 Περιγραφική Ανάλυση Ευεξίας (WHO-5) και Υπνηλίας (ESS).	34
4.2.1 Ψυχική Ευεξία (WHO-5)	34
4.2.2 Ημερήσια Υπνηλία (Epworth Sleepiness Scale - ESS)	35
4.2.3 Περιγραφική Ανάλυση Κινήτρων Θεραπείας (SRQ-CPAP).....	35
4.3 Έλεγχος Προϋποθέσεων και Αξιοπιστίας.....	37
4.3.1 Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)	37
4.3.2 Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (EFA) του Ερωτηματολογίου Κινήτρων	39
4.3.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας Κλιμάκων (Cronbach's Alpha)	41
4.4 Ανάλυση Συσχετίσεων μεταξύ των Μεταβλητών	42
4.4.1 Ανάλυση Συσχετίσεων (Spearman's rho)	42
4.4.2 Συγκρίσεις μεταξύ Ομάδων (Mann-Whitney U Test).....	46
4.4.3 Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση	47
4.5 Διευρυμένο Μοντέλο Παλινδρόμησης με την Προσθήκη των Κινήτρων Θεραπείας	51
5 Συζήτηση – Συμπεράσματα	55
5.1 Συζήτηση.....	55

5.2 Περιορισμοί της Έρευνας	57
5.3 Συμπεράσματα	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	65
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	65
Τίτλος: Αξιολόγηση της ευεξίας/ευρωστίας ατόμων με Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου	65

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Ποιοτικά Χαρακτηριστικά	33
Πίνακας 2. Ποσοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	34
Πίνακας 3.Περιγραφικά Στατιστικά WHO-5 ,ESS.....	35
Πίνακας 4. Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμάκων Κινήτρων.....	37
Πίνακας 6. Πίνακας Κανονικότητα Shapiro-Wilk ς για τις Κύριες Μεταβλητές.....	38
Πίνακας 5. Πίνακας Παραγοντικών Φορτίσεων Κινήτρων.....	40
Πίνακας 7. Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής Cronbach's Ερωτηματολογίων	42
Πίνακας 8.Συσχετίσεων .Ευεξίας - Δημογραφικών μεταβλητών - Κινητήρων.....	43
Πίνακας 9.Διαφορές στα επίπεδα Ευεξίας) με βάση τις Ώρες Χρήσης CPAP.....	47
Πίνακας 10. Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση για την Πρόβλεψη της Ψυχικής Ευεξίας (WHO-5).....	48
Πίνακας 11. Διευρυμένο Μοντέλο Παλινδρόμησης για την Πρόβλεψη της Ευεξίας (WHO-5) με την Ενσωμάτωση Κινήτρων	52

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Κατανομή Σταδίων Ύπνου NREM ,REM Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
Εικόνα 2.Απεικόνιση Αρχιτεκτονικής Ύπνου μέσω Υπνογράμματος.	9
Εικόνα 3.Μέρη απόφραξης ΣΑΑΥ	11
Εικόνα 4. Μέρη Συσκευής CPAP	16

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διαγράμματα 1. Ροής Μελέτης και Στάδια Αποκλεισμού	26
Διαγράμματα 2. Διασποράς μεταξύ του Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας CPAP (σε μήνες) και της Ψυχικής Ευεξίας (WHO 5)	44
Διαγράμματα 3. Διασποράς μεταξύ Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας (CPAP) και Ημερήσιας Υπνηλίας Διάγραμμα Διασποράς μεταξύ του Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας CPAP (σε μήνες) και της Ημερήσιας Υπνηλίας (essp_score).	45
Διαγράμματα 4 Έλεγχος κανονικότητας των σφαλμάτων (Residuals Q-Q Plot) του μοντέλου.	50
Διαγράμματα 5 Έλεγχος κανονικότητας των σφαλμάτων (Residuals Q-Q Plot) για το μοντέλο με τα κίνητρα.	54

Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια

BMI	Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)
CCUQ	Ερωτηματολόγιο Κινήτρων Συμμόρφωσης CPAP
CPAP	Συνεχής Θετική Πίεση Αεραγωγών
EFA	Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση
ESS	Κλίμακα Υπνηλίας Epworth
OSAS	Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ)
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)
WHO-5	Δείκτης Ψυχικής Ευεξίας του ΠΟΥ

1 Εισαγωγή

Το Σύνδρομο της Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών κατά τη διάρκεια του ύπνου. Επιπλέον, κλασικό γνώρισμα της νόσου είναι η συνύπαρξη ανεξήγητης υπερβολικής υπνηλίας κατά την διάρκεια της μέρας (American Academy disorders Association, 1999). Η αποφρακτική υπνική άπνοια χαρακτηρίζεται από διαδοχικές μειώσεις οξυγόνου του αίματος, από συχνές νυχτερινές αφυπνίσεις και σοβαρές διακοπές στην αρχιτεκτονική του ύπνου (Μηναριτζόγλου, Α., 2022) (Ohayon, 2003). Ως, προς την κλινική εικόνα οι ασθενείς παρουσιάζουν τυπικά συμπτώματα, όπως έντονο ροχαλητό, δυσκολία συγκέντρωσης, κόπωση, αίσθηση μη αναζωογονητικού ύπνου, επεισόδια πνιγμονής κατά τον ύπνο, πρωινούς πονοκεφάλους ενώ παράλληλα διατρέχουν και αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων λόγω υπνηλίας κατά την οδήγηση (Μηναριτζόγλου, Α., 2022). Μάλιστα, ο κίνδυνος να είναι τρεις φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό σύμφωνα με τις μελέτες της ομάδας του Young (2008).

Η σταδιοποίηση της νόσου επιτυγχάνεται με βάση την συχνότητα των αναπνευστικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της νύχτας. Συγκεκριμένα, ο Δείκτης Άπνοιας-Υπόπνοιας (AHI), μετρά τον αριθμό απνοιών - υποπνοιών και είναι αυτός που κατατάσσει την σοβαρότητα της νόσου σε ήπια, μέτρια και σοβαρή (Κοντακιώτης, 2020).

Ο καλός, ο ποιοτικός και ο επαρκής ύπνος είναι καθοριστικής σημασίας για την ζωή των ανθρώπων. Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με το Σύνδρομο της Αποφρακτικής άπνοιας οδηγούνται κατά την διάρκεια του ύπνου σε συνεχείς αφυπνίσεις και κατακερματισμό του ύπνου. Όπως απέδειξαν οι Bjornsdottir et al. (2014) τα άτομα αυτά καταγράφουν χαμηλά επίπεδα ευεξία πριν ξεκινήσουν θεραπεία, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε μια μόνιμη κατάσταση κόπωσης κατά την διάρκεια της ημέρας. Αυτό, σύμφωνα με Popescu et al. (2025), μειώνει δραστικά την καθημερινή τους

ζωτικότητα και την κοινωνική τους δραστηριότητα. Σε αυτή την φάση η μειωμένη εγρήγορση που αισθάνονται οι ασθενείς οι γνωστικές λειτουργίες και η μαθησιακή ικανότητα τους και κυρίως των ηλικιωμένων ατόμων να παρουσιάζονται αισθητά μειωμένες. ((Labarca et al.,2020)

Επιπλέον, σημαντική είναι επίδραση που έχει η στέρηση ύπνου και στην ψυχική διάθεση των ασθενών. Αυτό συνεπάγει μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν αγχώδεις διαταραχές και καταθλιπτικές συμπεριφορές. Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα πιο συχνό όταν η νόσος συνυπάρχει με την παχυσαρκία (Scarpina et al., 2021) .

Ολες αυτές οι επιβαρύνσεις έχουν ως αποτέλεσμα να επιδρούν άμεσα στην ευεξία των ασθενών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η ευεξία δεν ορίζεται απλώς ως η απουσία της νόσου, αλλά ως η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί παραγωγικά, να διαχειρίζεται το καθημερινό στρες και να διατηρεί μια θετική στάση ζωής. (Dodge et al., 2012). Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της ευεξίας διακρίνεται στην υποκειμενική **ευεξία**, η οποία εστιάζει στην ικανοποίηση από τη ζωή και την επικράτηση θετικών συναισθημάτων (Diener, 1984; Diener & Suh, 1997), και στην ψυχολογική ευεξία η οποία αφορά την προσωπική ανάπτυξη, την αυτονομία και την ύπαρξη σκοπού στη ζωή (Ryff, 1989; Seligman, 2011).

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου και των συνοδών του συμπτωμάτων, η διεθνής επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει ως θεραπεία εκλογής τη χρήση συσκευής Συνεχούς Θετικής Πίεσης Αεραγωγών (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP). Η CPAP μέσω του μηχανισμού της ανεβάζει την πίεση του αέρα μέσα στον ανώτερο αεραγωγό ώστε να αναγκάσει τον φάρυγγα να ανοίξει κατά την διάρκεια του ύπνου (Gay et al., 2006; Loredó et al., 1999) . Πλήθος κλινικών μελετών και μετα-αναλύσεων έχουν δείξει ότι η θεραπεία με την CPAP μειώνουν αρκετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων, βελτιώνουν σημαντικά την εγρήγορση, την διάθεση, την ευεξία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΑΑΥ.

1.1 Αναγκαιότητα διερεύνησης του Θέματος

Το Σύνδρομο της Υπνικής Άπνοιας αποτελεί μια συχνή διαταραχή ύπνου που όπως επισημαίνουν οι **Motloba et al.**. Σύμφωνα με τους ερευνητές παρουσιάζει υψηλό επιδημιολογικό φορτίο. Εμφανίζεται κυρίως με μεγαλύτερη πλειοψηφία στους άνδρες έναντι των γυναικών. Οι ασθενείς που προσέρχονται σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης συχνά, εκφράζουν συμπτώματα όπως, υπερβολική υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας, κόπωση, μειωμένη διάθεση, μειωμένη εγρήγορση που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα τους (Akashiba et al., 2002· Zhou et al., 2016· Simoes et al., 2018, Angelelli et al., 2020). Εξαιτίας αυτών των συμπτωμάτων η αποτελεσματικότητα τους σε δραστηριότητες, όπως στην εργασία, στην οδήγηση μειώνονται δραματικά, αυξάνοντας κατακόρυφα τον κίνδυνο πρόκλησης σοβαρών εργατικών ή τροχαίων ατυχημάτων (Vaessen et al., 2015).

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό στόχο της δημοσίας υγείας. Η προαγωγή της ευεξίας αποτελεί κεντρικό πυλώνα και βασική επιδίωξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, "Υγεία 2020". Αντίθετα, η έλλειψη της μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες ασθένειες και ψυχικές διαταραχές. Στο πλαίσιο αυτό, μελέτες αναδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ΣΑΑΥ βιώνουν αποδεδειγμένα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας και αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (Ohayon, 2003, Naismith et al., 2004, Saunamäki & Jehkonen, 2007, Harris et al., 2009, Sanchez et al., 2009,· Hobzova et al., 2011) γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ψυχική τους υγεία.

Η θεραπεία με την συνεχή θετική πίεση των αεραγωγών CPAP έχει αναγνωριστεί ως η πιο κατάλληλη θεραπεία από την επιστημονική κοινότητα παγκοσμίως. Αρκετές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί επιβεβαιώνουν την σημαντική επίδραση της συσκευής θετικής πίεσεως CPAP στην μείωση των συμπτωμάτων και στην καλύτερευση της συνολικής ζωής των ανθρώπων. Ωστόσο, όμως η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται άμεσα από τη νυχτερινή συμμόρφωση του ασθενούς, με απαραίτητη προϋπόθεση η χρήση του μηχανήματος να ξεπερνά το κρίσιμο όριο των 4 ωρών ανα νύχτα, Sawyer et al., 2011· Weaver & George, 2012). Παρά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας CPAP ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό

ασθενών βλέπουμε να εγκαταλείπει την θεραπεία λόγω δυσκολιών στην προσαρμογή της μάσκας. Το φαινόμενο αυτό είναι ακόμα πιο έντονο σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως οι σοβαρά παχύσαρκοι ασθενείς (Koutsourelakis et al., 2006).

Λόγω αυτών των συνέπειων η αξιολόγηση της ευεξίας των ασθενών δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί με εγκυρότητα μέσα από τους ιατρικούς δείκτες (AHI) και την ρύθμιση του κορεσμού οξυγόνου του αίματος. Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμο να συμπεριληφθούν και άλλοι παράγοντες όπως, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και το κοινωνικό του περιβάλλον (Aksakal et al., 2025, Tatti et al., 2021). Ως εκ τούτου, καθώς σήμερα δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως οι επιπτώσεις της θεραπείας στην ψυχική ευεξία κρίνεται αναγκαία η παρούσα διερεύνηση.

1.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτη είναι να διερευνήσει το επίπεδο της ευεξίας και ευρωστίας σε άτομα που πάσχουν από το Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) και υποβάλλονται σε θεραπεία με συσκευή Συνεχούς Θετικής Πίεσης Αεραγωγών (CPAP).

Ειδικότερα, η έρευνα εστιάζει στο κατά πόσο η συστηματική χρήση της συσκευής CPAP (με βάση το όριο συμμόρφωσης των 4 ωρών) συμβάλλει στη βελτίωση της ευεξίας των ασθενών, συνεκτιμώντας την πιθανότητα παρουσία ημερήσιας υπνηλίας.

Παράλληλα, σκοπός της εργασίας είναι και διερεύνηση των κινήτρων συμπεριφοράς που ωθούν τους ασθενείς να συνεχίσουν την θεραπείας CPAP, ώστε να αναδείξουμε τους προσδιοριστικούς παράγοντες που ενισχύουν την ευεξία – ευρωστία των πάσχοντων όταν χρησιμοποιούν αποτελεσματικά την συσκευή CPAP.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να απαντήσει στα ακόλουθα κεντρικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η ψυχολογική ευεξία (WHO-5) και η ημερήσια υπνηλία (ESS) του δείγματος ως προς τα δημογραφικά στοιχεία,

2. Πώς συσχετίζονται μεταξύ τους οι ώρες νυχτερινής χρήσης του CPAP, η ημερήσια υπνηλία και η ψυχολογική ευεξία των ασθενών
3. Πως οι ώρες χρήσης του μηχανήματος επηρεάζει τον δείκτη Ευεξίας και τον δείκτη Υπνηλίας
4. Ποιοι από τους παράγοντες (ώρες CPAP, υπνηλία, BMI ,εσωτερικά κίνητρα, επίδραση συντρόφου) αποτελούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της ευεξίας των ασθενών;

2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Η Σημασία του Ύπνου και το Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας

Το σύνδρομο της αποφρακτικής άπνοιας /υπόπνοιας στον ύπνο έχει χαρακτηριστεί τα τελευταία χρόνια ως μια από τις πιο διαδεδομένες νόσους. Η μη έγκαιρη διάγνωση της νόσου παρουσιάζει σημαντικό κίνδυνο στη ζωή των ασθενών και ιδιαιτέρως όσον ατόμων οδηγούν συχνά. Επιπλέον, η σπουδαιότητα της αντιμετώπισης της νόσου έγκειται ότι συμβάλει στην ουσιαστική και γρήγορη βελτίωση της ζωής των ασθενών.

Για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση των διαταραχών που εμφανίζονται στον ύπνο είναι σημαντικό να κατανοήσουμε μω την σημασία του ύπνου στη ζωή μας, καθώς επηρεάζει σημαντικά την ημερήσια κατάσταση της υγείας μας .

Ο ύπνος είναι καθοριστικός για τη ζωή των ανθρώπων και έχει ζωτική σημασία. Το γεγονός ότι αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε τροχαία και εργατικά ατυχήματα επιβεβαιώνει τη σημαντικότητά του (Horne & Reyner,1995).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο ύπνος είναι μια κατάσταση ηρεμίας όπου παρατηρείται προσωρινή μεταβολή της συνείδησης και περιορισμένη αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Κατά τη διάρκειά του, αναστέλλονται οι αισθητικές λειτουργίες και η εκούσια κίνηση των μυών ενώ συνοδεύεται από κλειστά μάτια. Για τον άνθρωπο υπάρχουν τρεις διακριτές καταστάσεις η εγρήγορση ,ο ύπνος NREM και ο ύπνος REM. Η στέρηση ύπνου βλάπτει τη διαδικασία της μάθησης και η έλλειψη του προκαλεί μείωση στη φυσική επίδοση.(Μηνариτζόγλου Α,2022)

2.1.1 Ποσότητα Ύπνου και Λειτουργικότητα

Για να εκπληρώσει ο ύπνος τον ζωτικό του χαρακτήρα και να αποφευχθούν οι κίνδυνοι που προαναφέρθηκαν, δεν αρκεί μόνο η ποιότητα, αλλά απαιτείται και η κατάλληλη ποσότητα ύπνου. Γεννιέται, λοιπόν το ερώτημα ποσό χρόνο ύπνου χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός για να μπορεί να είναι λειτουργικός;

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό, ποικίλη και διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ενώ για την πλειονότητα των ενηλίκων οι 7 έως 8,5 ώρες θεωρούνται απαραίτητες για τη βέλτιστη υγεία, υπάρχουν υποομάδες ανθρώπων που χρειάζονται περισσότερο (έως και 10 ώρες) για να νιώσουν πλήρως λειτουργικοί (Roehrs et al., 1989, Roehrs et al., 1996)

Είναι αξιοσημείωτο, βάση των μελετών ότι η μείωση του ύπνου κάτω από το όριο των 6,5 ωρών αρχίζει να έχει αρνητικές επιπτώσεις, καθώς ακόμη και 30 λεπτά λιγότερου ύπνου ανά νύχτα μπορούν να προκαλέσουν υποκειμενική υπνηλία και ελαττωμένη ψυχική διάθεση (Dinges et al., 1997) . Η στέρηση ύπνου επηρεάζει πρωτίστως τη διαδικασία της μάθησης και την ταχύτητα αντίδρασης (Pilcher & Huffcutt, 1996), ενώ όταν ο ύπνος περιορίζεται συστηματικά στις 5 ώρες, η πτώση της αποδοτικότητας είναι πλέον καθολική, με τα άτομα αυτά να λειτουργούν κάτω από το 95% των δυνατοτήτων τους σε σύγκριση με όσους κοιμούνται επαρκώς (Pilcher & Huffcutt, 1996). Παρά την πεποίθηση που υπάρχει ότι μπορούν να λειτουργήσουν με τον λεγόμενο «πυρηνικό ύπνο» δηλαδή ύπνος με τέσσερις ή πέντε ώρες το βραδύ (Home J, 1988), τα ερευνητικά δεδομένα έρχονται να επιβεβαιώσουν ότι η ικανότητα λήψης κρίσιμων αποφάσεων, η εγρήγορση και η εκτέλεση πολύπλοκων εργασιών υπονομεύονται με αποτέλεσμα να καθιστούν τα άτομα αυτά ιδιαίτερα ευάλωτα σε λάθη και ατυχήματα. (Dinges et al., 1997).

2.1.2 Στάδια Ύπνου

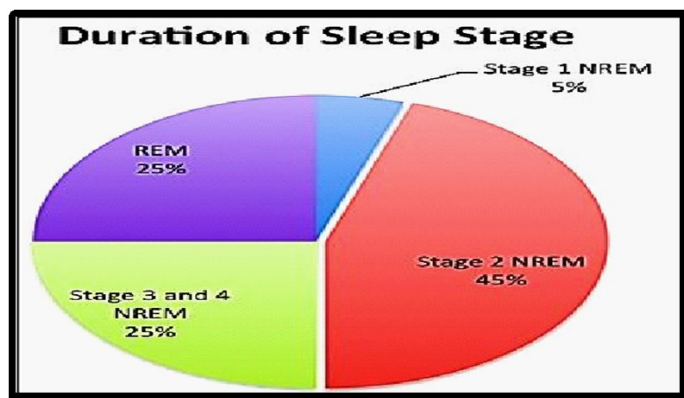
Ο ύπνος δεν είναι μια στατική κατάσταση, αλλά μια διαδικασία η οποία εξελίσσεται σε κύκλους. Σύμφωνα, με την αρχιτεκτονική του ύπνου, στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν τρεις διακριτές καταστάσεις :η εγρήγορση, κατάσταση κατά την οποία το άτομο είναι ξύπνιο και ανταποκρίνεται σε εξωτερικά ερεθίσματα ο ύπνος NREM (Non-REM) ο οποίος αποτελείται από τρία στάδια, και ο ύπνος REM.

Ο Ύπνος NREM (Non-Rapid Eye Movement), αποτελείται από τρία στάδια και διαρκεί περίπου 90-120 λεπτά. Το Πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την μετάβαση από την εγρήγορσή στον ύπνο . Ο ύπνος σε αυτό το στάδιο είναι ελαφρύς, το άτομο μπορεί

εύκολα να αντιληφθεί πιθανά ερεθίσματα από το περιβάλλον και να επέλθει στη φάση της εγρήγορσης. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει, το βασικό ύπνο και καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής διάρκειας της νυχτερινής ξεκούρασης στον ανθρώπινο οργανισμό. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει το βαθύ ύπνο στο οποίο το άτομο δύσκολα μπορεί να αφυπνιστεί. Συνολικά, κατά τη διάρκεια των σταδίων NREM, ο ανθρώπινος οργανισμός περιέρχεται σε κατάσταση βαθιάς ηρεμίας. Οι λειτουργίες όπως ο καρδιακός ρυθμός σε αυτό το στάδιο επιβραδύνεται, η αρτηριακή πίεση μειώνεται και η αναπνοή καθίσταται πιο ρυθμική και ομαλή. (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J, 2003, Κοντακιώτης, 2020)

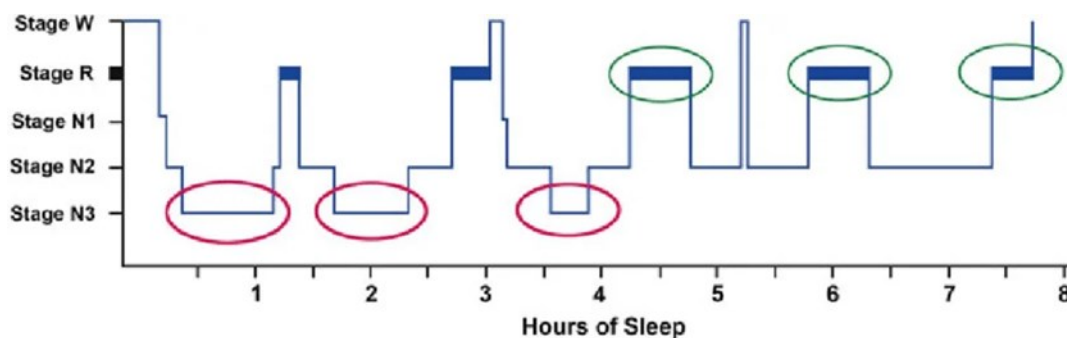
Ο Ύπνος REM (Rapid Eye Movement) περιγράφεται συχνά ως «παράδοξος ύπνος», χαρακτηρίζεται από έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα που προσομοιάζει με την εγρήγορση, ενώ το σώμα βρίσκεται σε πλήρη μυϊκή ατονία. Η διάρκεια του 10-20 min και περιλαμβάνει τις ταχείες κινήσεις των οφθαλμών και τα όνειρα. Η μυϊκή ατονία είναι ζωτικής σημασίας, καθώς εμποδίζει το άτομο να «δράσει» (να εκτελέσει) όσα βλέπει στα όνειρά του, προστατεύοντάς το από τραυματισμούς (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J, 2003, Κοντακιώτης, 2020).

Η σταδιοποίηση του ύπνου διαχωρίζεται σύμφωνα με τα παραπάνω σε ύπνο REM και σε ύπνο NREM. Ο NREM περιλαμβάνει το 75% του ύπνου και διακρίνεται σε στάδια με συχνότητες N1 5%, N2 σε 45% και N3 (20-25%). Ενώ ο REM περιλαμβάνει το 20-25% του ύπνου. Με συνολική διάρκεια ύπνου περίπου 90-110 λεπτά (Σχήμα 1) (Μηναριτζόγλου Α, 2022).



Εικόνα 1. Κατανομή Σταδίων Ύπνου NREM, REM.

Η Αρχιτεκτονική του Ύπνου μπορεί να απεικονιστεί σε ένα γράφημα που ονομάζεται υπνογράμμα.(εικ.1) . Μέσου αυτού γίνεται εμφανής η σταδιακή μετάβαση από την εγρήγορση στους διαδοχικούς κύκλους NREM και REM. Όπως παρατηρείται από το γράφημα, μετά την αρχική εγρήγορση, το άτομο μεταπίπτει στο στάδιο N1 και ακολουθεί η σειρά των σταδίων του NREM ύπνου, μέχρι την ολοκλήρωση του πρώτου κύκλου με την είσοδο στη φάση REM.. Η ανάλυση του υπνογράμματος επιβεβαιώνει ότι τα στάδια αυτά δεν είναι ομοιόμορφα μοιρασμένα μέσα στη νύχτα. Συγκεκριμένα, ο βαθύς ύπνος (στάδιο N3 – *κόκκινοι κύκλοι*) κυριαρχεί κατά το πρώτο μισό της νύχτας, ενώ οι περίοδοι REM (*πράσινοι κύκλοι*) μεγαλώνουν σημαντικά σε διάρκεια όσο πλησιάζουμε προς την πρωινή αφύπνιση. (Μηναριτζόγλου Α, 2022).



Εικόνα 2.Απεικόνιση Αρχιτεκτονικής Ύπνου μέσω Υπνογράμματος.

Η κατανόηση αυτής της σταδιοποίησης είναι θεμελιώδης για τη μελέτη του **Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας**. Οι συνεχείς αφυπνίσεις που προκαλούνται από τα αναπνευστικά επεισόδια εμποδίζουν τη φυσιολογική εξέλιξη των σταδίων, οδηγώντας σε **κατακερματισμό του ύπνου**. Ο ασθενής στερείται τον βαθύ ύπνο (Στάδια 3-4) και τον ύπνο REM, , καθώς ο εγκέφαλος δεν συμπληρώνει ποτέ τους απαραίτητους βιολογικούς κύκλους, γεγονός που εξηγεί την έντονη ημερήσια υπνηλία και το αυξημένο κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων.

2.2 Σύνδρομο Αποφρακτικής άπνοιας /υπόπνοιας

2.2.1 Ιστορική Αναδρομή

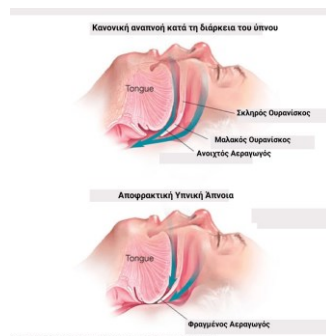
Αν και το **Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο (ΣΑΑΥ)** αναγνωρίζεται σήμερα ως μία από τις πλέον εξαπλωμένες παθήσεις παγκοσμίως, δεν αποτελεί πρόσφατη ανακάλυψη της ιατρικής. Η επίγνωση των αναπνευστικών διαταραχών που σχετίζονται με τον ύπνο προϋπάρχουν από την αρχαιότητα,. Αναφορές από το παρελθόν φαίνεται να σκιαγραφούν την κλινική εικόνα της νόσου πολλούς αιώνες πριν την επίσημη διάγνωση της.

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά ιστορικά παραδείγματα είναι αυτό του **Διονυσίου, τυράννου της Ηράκλειας**. (Kryger, 1983). Σύμφωνα με τις πηγές, ο Διονύσιος υπέφερε από παχυσαρκία, η οποία του προκαλούσε έντονο φόβο ασφυξίας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Για να αντιμετωπιστεί αυτός ο κίνδυνος, οι φρουροί του είχαν λάβει την εντολή να τον τρυπούν με λεπτές βελόνες στην περιοχή της κοιλιάς κάθε φορά που αποκοιμιόταν βαθιά. Η πρακτική αυτή αποσκοπούσε στην άμεση αφύπνισή του, προκειμένου να αποκατασταθεί η αναπνευστική του λειτουργία και να αποφευχθεί ο πνιγμός.

Ενώ, ο Διονύσιος αποτελεί χρονολογικά την πιο παλαιότερη ιστορική καταγραφή της νόσου, η πιο γνωστή και λεπτομερής αναφορά στη λογοτεχνία, η οποία μάλιστα καθόρισε την ιατρική ορολογία για δεκαετίες, ανήκει στον **Κάρολο Ντίκενς**. Στο έργο του Pickwick Papers 1830, ο Dickens παρουσιάζει το Joe ένα 20χρονο παχύσαρκο αγόρι το οποίο ήταν υπερβολικά νυσταλέο κατά τη διάρκεια της ημέρας και την τάση να αποκοιμιέται ξαφνικά. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ήρωα ήταν το έντονο ροχαλητό, η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και ένα ερυθρωπό χρώμα δέρματος (Dickens, C. 1836). Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν σήμερα κύρια γνωρίσματα της άπνοιας .

2.2.2 Ορισμός ΣΑΑΥ- Συμπτώματα

Το σύνδρομο της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες διακοπές της ροής του αέρα που οφείλονται σε μερική ή πλήρη απόφραξη των ανωτέρων αεραγωγών. Τα επεισόδια αυτά προκαλούν συχνές αφυπνίσεις και πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται στον ανθρώπινο οργανισμό άπνοιες ή υπόπνοιες. Τα συνηθέστερα σημεία απόφραξης εμφανίζονται στην περιοχή του στοματοφάρυγγα, στην βάση της γλώσσας και του υποφάρυγγα (Μηναιριτζόγλου Α, 2022).



Εικόνα 3. Μέρη απόφραξης ΣΑΑΥ

Άπνοια ονομάζεται η διακοπή του αέρα από την μύτη και το στόμα κατά την διάρκεια του ύπνου που διαρκεί τουλάχιστον 10 sec..Ενώ υπόπνοια ονομάζεται η ελάττωση της ροής του αέρα κατά 30% που συνοδεύεται από μείωση του κορεσμού του οξυγόνου κατά 2% (Μηναιριτζόγλου Α, 2022, Douglas J,2003,Κοντακιώτης, 2020).

Οι άπνοιες διακρίνονται σε αποφρακτικές και κεντρικές άπνοιες . Μια άπνοια ονομάζεται αποφρακτική όταν υπάρχει παρουσία αναπνευστικής προσπάθειας σε όλη την διάρκεια του επεισοδίου με ταυτόχρονη απουσία ροής αέρα. Ενώ, κεντρική ονομάζεται όταν δε υπάρχει αναπνευστική προσπάθεια . Οι αποφρακτικές άπνοιες στον ύπνο είναι αυτές που εμφανίζονται συχνότερα. (Μηναιριτζόγλου Α, 2022, Douglas J,2003,Κοντακιώτης, 2020).

Το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας ορίζεται με βάση τον αριθμό άπνοιων και υπόπνοιων σε συνδυασμό με κλινική συμπτωματολογία όπως είναι η ημερήσια υπνηλία . Ο δείκτης που μετρά τον αριθμό των άπνοιών και υποπνοιών είναι ο υποαπνοϊκός δείκτης (AHI).Ανάλογα, με την βαρύτητα του δείκτη AHI το σύνδρομο διακρίνεται σε ήπιο ,μέτριο και σοβαρό. (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J,2003,Κοντακιώτης, 2020).

Συμπτώματα του ΣΑΑΥ

Τα συχνότερα συμπτώματα που παρουσιάζει το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας (ΣΑΑΥ),όπως αυτά αναφέρονται από τους ασθενείς περιλαμβάνουν, το ροχαλητό ,την ημερήσια υπνηλία, το νυχτερινό αίσθημα πνιγμού και τις άπνοιες. Ωστόσο, όμως οι εκδηλώσεις ποικίλλουν ανάλογα με το φύλλο, τη χρονιότητα, τον αριθμό, και τη βαρύτητα των άπνοιών. Στα αρχικά στάδια του συνδρόμου παρατηρείται μια απουσία των συμπτωμάτων ή συμπτώματα μικρότερης έντασης. Καθώς, όμως το επίπεδο της άπνοιας αυξάνεται εμφανίζονται περισσότερα συμπτώματα και σε μεγαλύτερη βαρύτητα.

Η κλινική συμπτωματολογία του συνδρόμου μπορεί να διακριθεί σε ημερήσια και νυχτερινή συμπτωματολογία .

Νυχτερινά Συμπτώματα

Το αρχικό σύμπτωμα που συνήθως κινητοποιεί τους ασθενείς για να λάβουν ιατρική εκτίμηση είναι το ροχαλητό . Το ροχαλητό μπορεί να είναι πολύ δυνατό με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα του ύπνου των μελών της οικογένειας και δη περισσότερων των συντρόφων. Οι σύντροφοι, συχνά αισθάνονται ανησυχία και άγχος εξαιτίας της διακοπής του ροχαλητού και των αναπνευστικών παύσεων. γεγονός που τους φοβίζει για πιθανή πλήρη παύση της αναπνοής του ασθενούς. Παράλληλα, Ο ύπνος του ασθενούς χαρακτηρίζεται συνήθως ανήσυχος και συνοδεύεται με απότομες κινήσεις κορμού και άκρων. Χαρακτηριστικές είναι και οι περιπτώσεις ασθενών που αναφέρουν ότι παρουσιάζουν ένα δυσάρεστο αίσθημα **ασφυξίας ή πνιγμονής**, γεγονός που τους οδηγεί σε απότομες αφυπνίσεις, επηρεάζοντας τόσο την ποιότητα του ύπνου τους όσο και των συντρόφων τους.

Ένα επιπλέον, ακόμη χαρακτηριστικό του συνδρόμου, είναι η νυκτουρία. Οι ασθενείς με σοβαρή αποφρακτική άπνοια αναγκάζονται να διακόπτουν επανειλημμένα τον ύπνο τους λόγω της επιτακτικής ανάγκης για ούρηση, ενώ σε πιο σπάνιες και βαριές περιπτώσεις, ενδέχεται να παρατηρηθούν επεισόδια ακούσιας απώλειας ούρων (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J, 2003, Κοντακιώτης, 2020).

Ημερήσια Συμπτώματα

Τα ημερήσια συμπτώματα αποτελούν άμεση συνέπεια του κατακερματισμού του νυχτερινού ύπνου που βιώνουν οι ασθενείς. Στην πλειονότητα τους, οι ασθενείς αναφέρουν, ότι όταν ξυπνούν το πρωί δεν αισθάνονται να είναι ξεκουραστεί και ανανεωμένοι από τον νυχτερινό ύπνο. Αυτή η έλλειψη ύπνου τους οδηγεί σε ημερήσια έντονη υπνηλία. Η υπνηλία μπορεί να προβεί για αυτούς μια πολύ σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση. Συγκεκριμένα, πολλοί εμφανίζουν υψηλή πιθανότητα να τους πάρει ο ύπνος κατά την ώρα της οδήγησης, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων. Επιπλέον, σε βαριές περιπτώσεις, η υπνηλία επηρεάζει αρνητικά τη **μνήμη** και την **ικανότητα συγκέντρωσης** των ασθενών. Ενώ η διαρκής προσπάθεια του ατόμου αντιμετώπισής της μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικές επιβαρύνσεις εκδηλώνοντας συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης. Τέλος, Κατά την αφύπνιση, ο ασθενής έρχεται συχνά αντιμέτωπος με συμπτώματα όπως **ξηροστομία**, η οποία ενδέχεται να συνοδεύεται από πρωινή κεφαλαλγία και αίσθημα ζάλης (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J, 2003, Κοντακιώτης, 2020).

Οι διαταραχές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου αποτελούν ένα εξαιρετικά συχνό φαινόμενο στον γενικό πληθυσμό, με την εμφάνισή τους να παρουσιάζει αυξητική τάση όσο προχωρά η ηλικία του ατόμου. (Ohayon, 2003)

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 30 και 60 ετών, παρατηρείται ένα ποσοστό εμφάνισης της τάξεως από 10% έως 24%. να εμφανίζεται στους άνδρες ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα ποσοστά τα οποία κυμαίνονται μεταξύ της τάξεως 6% και 9%. (Motloba et al.).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι περίπου το 2-4% του παραπάνω πληθυσμού θα λάβει διάγνωση . Καθώς η κλινική διάγνωση του συνδρόμου τίθεται όταν οι άπνοιες συνοδεύονται από συμπτώματα έντονης ημερήσιας υπνηλίας. Γενικότερα, το σύνδρομο με όλες του τις εκδηλώσεις παρουσιάζει μια σαφή προτίμηση στο ανδρικό φύλο έναντι αυτό των γυναικών (Κοντακιώτης, 2020).

Στην ελληνική πραγματικότητα, τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται κα από τη μελέτη των Voulgaris κ.σ. (2026), η οποία πραγματοποίησε προ συμπτωματικό έλεγχο σε ενήλικο πληθυσμό της Περιφέρειας Αττικής. Η έρευνα αυτή ανέδειξε ότι τα ποσοστά υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ στην κοινότητα παραμένουν αρκετά υψηλά και υπογραμμίζει την ανάγκη για συστηματικότερη ενημέρωση των πολιτών.

2.2.4 Διάγνωση

Η οριστική διάγνωση του συνδρόμου επιτυγχάνεται μέσω της πολυκαταγραφικής μελέτης ύπνου, μιας εξέτασης που πραγματοποιείται σε εργαστήριο διαταραχών ύπνου. Τα τελευταία χρόνια λόγω του εκσυγχρονισμού πραγματοποιείται και στο σπίτι του ασθενούς, ενισχύοντας τον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Chai-Coetzer et al., 2015).. Η πολυκαταγραφική μελέτη αποτελεί την εξέταση εκλογής για την μελέτη του ύπνου και των διαταραχών. Η μελέτη καταγράφει ταυτόχρονα κρίσιμες βιολογικές παραμέτρους. Για τη σταδιοποίηση του ύπνου χρησιμοποιούνται το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το ηλεκτροοφθαλμογράφημα και το ηλεκτρομυογράφημα υπογενείου μυός, ενώ η αναπνευστική λειτουργία αξιολογείται μέσω της ρινικής ροής, της κίνησης θώρακα και κοιλίας, καθώς και του κορεσμού του οξυγόνου. Η αξιολόγηση αυτών των δεδομένων, σε συνάρτηση με το ηλεκτροκαρδιογράφημα και τη θέση του σώματος, επιτρέπει τον ακριβή προσδιορισμό της βαρύτητας της νόσου και τον αποκλεισμό άλλων διαταραχών (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J, 2003, Κοντακιώτης, 2020).

2.2.5 Θεραπευτική Προσέγγιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (ΣΑΥΑ) δεν είναι ενιαία, αλλά εξατομικεύεται με βάση τη σοβαρότητα των ευρημάτων της πολυκαταγραφικής μελέτης ύπνου, την ένταση των συμπτωμάτων και κυρίως αυτό της ημερήσιας υπνηλίας,. Ωστόσο, για τον σχεδιασμό μιας πιο ολοκληρωμένης και στοχευμένης θεραπείας συνεκτιμάται από τους γιατρούς και οι συννοσηρότητες του ασθενούς, η αξιολόγηση τυχόν ανατομικών ανωμαλιών της ανώτερης αναπνευστικής οδού, αλλά και η υποκειμενική ετοιμότητα και επιθυμία του ίδιου του ατόμου για συμμόρφωση στη θεραπεία. (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J,2003,Κοντακιώτης, 2020)

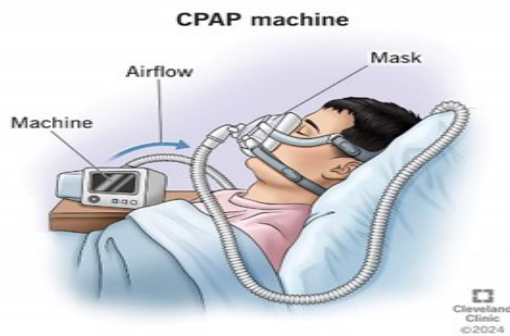
Ο ρόλος της θεραπείας στην αποφρακτική άπνοια έχει ως στόχο την αύξηση της διαμέτρου του αυλού του φάρυγγα κατά τον ύπνο. Σαν πρώτη γραμμή αντιμετώπισης περιλαμβάνονται μη επεμβατικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου. Κεντρικό ρόλο κατέχει η απώλεια βάρους, η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ ή ηρεμιστικών σκευασμάτων πριν από την κατάκλιση, καθώς οι ουσίες αυτές χαλαρώνουν τους μυς του φάρυγγα επιδεινώνοντας την απόφραξη. Ωστόσο, όμως η μέθοδος εκλογής για την πλειονότητα των ασθενών αποτελεί η παροχή συνεχούς θετικής πίεσης στους αεραγωγούς (CPAP) η οποία εφευρέθηκε από τους Sullivan και συν. το 1981. (Μηναριτζόγλου Α, 2022, Douglas J,2003,Κοντακιώτης, 2020)

Η συσκευή αυτή, μέσω μιας ρινικής μάσκας που εφαρμόζεται αεροστεγώς, διοχετεύει σταθερή πίεση η οποία μεταβιβάζεται στον φάρυγγα και διατηρεί τον αεραγωγό ανοικτό. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η λειτουργία της κανονικότητας της αναπνευστικής οδού και επιτυγχάνεται η εξάλειψη των απνοιών. Οι ασθενείς έχουν πλέον ήσυχο ύπνο και η υπνηλία παρέρχεται από τις πρώτες ημέρες της θεραπείας

Μια συσκευή CPAP περιλαμβάνει(εικόνα 4)

- Μια μάσκα που εφαρμόζει μόνο στη μύτη σας ή και στα δύο.
- Ιμάντες για να τοποθετήσετε τη μάσκα στο πρόσωπό σας.
- Ένας σωλήνας που συνδέει τη μάσκα με τον κινητήρα του μηχανήματος.

- Ένας κινητήρας που φυσάει αέρα μέσα στον σωλήνα.
- Ένα φίλτρο αέρα που καθαρίζει τον αέρα που εισέρχεται στη μύτη ή το στόμα σας.



Εικόνα 4. Μέρη Συσκευής CPAP

Παρά τα σημαντικά κλινικά οφέλη που προσφέρει η συγκεκριμένη συσκευή, η εφαρμογή της πολλές φορές συνοδεύεται από ορισμένους περιορισμούς. Κύριο περιορισμός της συγκεκριμένης μεθόδου, αποτελεί η ανάγκη για μακροχρόνια και καθημερινή χρήση. Επιπλέον, η εφαρμογή της μάσκας ενδέχεται να προκαλέσει ορισμένες ήπιες παρενέργειες, όπως ρινική συμφόρηση, ρινόρροια, ξηρότητα του βλεννογόνου ή δερματικούς ερεθισμούς στα σημεία πίεσης. Επιπλέον, σε περιπτώσεις ανεπαρκούς εφαρμογής, η διαφυγή αέρα μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό των ματιών όπως (επιπεφυκίτιδα) Οι επιπλοκές αυτές χαρακτηρίζονται ως μη συχνές και, στην πλειονότητά τους, αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά .

2.3 Ευεξία ορισμός - ευεξία και υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1948), η υγεία ορίζεται ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»(1). Παρατηρείται ότι η αντίληψη για την υγεία έχει μετατοπιστεί από την παραδοσιακή αντίληψη και το βιοϊατρικό μοντέλο —το οποίο

την ταύτιζε αποκλειστικά με την έλλειψη νόσου— προς μια πιο ολιστική και βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Ο ορισμός αυτός παραμένει επίκαιρος μέχρι σήμερα, υπογραμμίζοντας ότι η ευεξία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής καθώς και σημαντικό παράγοντα που βοηθά το άτομο να ανταποκρίνεται στις καθημερινές του απαιτήσεις, την εργασία του και τις κοινωνικές του σχέσεις.

Ωστόσο, όμως ο προσδιορισμός της ευεξίας αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση. Είναι γεγονός ότι το περιεχόμενό της διαφοροποιείται ανάλογα με τις επιστήμες και συχνά συγχέεται με έννοιες, όπως, η ευτυχία ή η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Όπως επισημαίνουν οι Forgeard κ.ά. (2011), η έλλειψή ενός πλαισίου ορισμού της οδηγεί σε ασάφειες. Το τοπίο γίνεται ακόμη πιο εννοιολογικά θολό εξαιτίας της ταυτόχρονης χρήσης αυτών των όρων σε διάφορους κλάδους της επιστήμης όπως αναφέρουν οι Morrow και Mayall (2009).

Θέλοντας ο Παγκοσμίως Οργανισμός Υγείας να δώσει μια πιο συγκεκριμένη διάσταση στον ορισμό της συνδέει την ψυχική υγεία άμεσα με την ευεξία. Κατά αυτό τον τρόπο ορίζει την ευεξία ως μια κατάσταση όπου, το άτομο αναγνωρίζει τις ικανότητές του, διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις πιέσεις της καθημερινότητας του και παραμένει παραγωγικό προσφέροντας στο κοινωνικό σύνολο. Συνεπώς η ευεξία περιλαμβάνει—πέρα από την ψυχική υγεία— σωματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους, οι οποίες επηρεάζουν την ζωή των ατόμων στην εργασία και στην προσωπική ζωή τους.

Αντίθετα, η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ), σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αφορά την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στον κόσμο, λαμβάνοντας υπόψη το πολιτισμικό περιβάλλον και το σύστημα αξιών του, σε συνάρτηση με τις προσωπικές του προσδοκίες και ανησυχίες. (6)

Παρά το γεγονός ότι η ευεξία παρουσιάζεται ως έννοια που παραμένει «εννοιολογικά θολή, το ενδιαφέρον της ερευνητικής κοινότητας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Αυτό αναδεικνύει την σπουδαιότητα της στην επιστημονική κοινότητα για την χάραξη πολιτικών (Thomas, 2009). Προς την κατεύθυνση αυτή, επιπλέον βρίσκεται

και η μελετη των Voulgaris et.al. (2026) . Εδώ οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι η χάραξη αποτελεσματικών πολιτικών υγείας στην Ελλάδα προϋποθέτει την αξιολόγηση των γνώσεων του κοινού. Η έρευνά τους σε ενήλικα πληθυσμό της Αττικής έδειξε να υπάρχουν ελλείμματα ενημέρωσης γύρω από το ΣΑΑΥ τα οποία δυσχεραίνουν την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, γεγονός που επηρεάζει την υποκειμενική ευεξία των πολιτών.

Η μελέτη της ευεξίας δεν είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο, καθώς οι ρίζες της εντοπίζονται από την αρχαία ελληνική φιλοσοφία. Ιστορικά, η έννοια της ευεξίας ξεκινά με τη μελέτη δύο κύριων προσεγγίσεων. Η πρώτη προσέγγιση είναι η ηδονική, η οποία συνδέει την ευημερία με την ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από τη ζωή του και την παρουσία ευχάριστων συναισθημάτων. (Diener, 1984· Bradburn, 1969) Σύμφωνα με τους Diener και Suh (1997), η υποκειμενική ευεξία αποτελείται από τρία αλληλένδετα στοιχεία: την ικανοποίηση από τη ζωή, το ευχάριστο συναίσθημα και το δυσάρεστο συναίσθημα. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη προσέγγιση είναι η ευδαιμονική, η οποία επικεντρώνεται στην ψυχολογική λειτουργικότητα και την προσωπική ανάπτυξη, θεωρώντας ότι η ευεξία πηγάζει από την αυτοπραγμάτωση και την ικανότητα του ατόμου να εξελίσσεται και να βρίσκει νόημα στις πράξεις του. (Rogers, 1961· Ryff, 1989). Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε και ο Martin Seligman (2011) με το μοντέλο PERMA, όπου θεώρησε ότι ο στόχος της ευεξίας είναι η θετική ψυχολογία η οποία στηρίζεται και χτίζεται μέσα από το θετικό συναίσθημα, τη δέσμευση, τις σχέσεις, το νόημα και τα επιτεύγματα.

Αυτές οι δύο προσεγγίσεις, αν και προσέφεραν σημαντικές γνώσεις, εστίαζαν περισσότερο στην περιγραφή των επιμέρους διαστάσεων της ευεξίας παρά στον ίδιο τον ορισμό της. Τη λύση σε αυτή την ασάφεια επιχείρησαν να δώσουν οι Dodge (2012) με το άρθρο τους «The challenge of defining wellbeing» ορίζοντας την ευεξία ως το σημείο ισορροπίας μεταξύ των πόρων ενός ατόμου και των προκλήσεων που καλείται να αντιμετωπίσει. Ο ορισμός αυτός εισάγει την έννοια της «δυναμικής ισορροπίας». Οι συγγραφείς παρομοιάζουν την ευεξία με μια **τραμπάλα**, όπου στη μία πλευρά βρίσκονται οι προκλήσεις της ζωής και στην άλλη οι πόροι του ατόμου. Όταν ένα άτομο διαθέτει τους απαραίτητους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και φυσικούς πόρους

για να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις, η τραμπάλα παραμένει σε ισορροπία και η ευεξία παραμένει σταθερή. Αντίθετα, όταν οι προκλήσεις υπερβαίνουν τους πόρους, η ισορροπία διαταράσσεται, επηρεάζοντας αρνητικά την ευεξία. Συνεπώς, η ευεξία δεν είναι κάτι το σταθερό, αλλά μια διαρκής διαδικασία προσαρμογής του ανθρώπου στις προκλήσεις όπου ακόμη και η παντελής έλλειψη προκλήσεων μπορεί να οδηγήσει σε στασιμότητα και να επηρεάσει αρνητικά το άτομο μειώνοντας την ευεξία του.

Επιπλέον, η ολιστική προσέγγιση του ορισμού της ευεξίας αποτυπώνεται και στις κατευθυντήριες οδηγίες του ΟΟΣΑ (2025). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), στην επικαιροποιημένη έκδοση του, προτείνει ένα πολυδιάστατο πλαίσιο για τη μέτρηση αυτής της ισορροπίας μέσω της υποκειμενικής ευεξίας. Την διακρίνει την σε τρεις κεντρικούς πυλώνες: την **αξιολόγηση της ζωής**, το **συναίσθημα** και την **ευδαιμονία**. Κατά αυτό τον τρόπο η μέτρηση της υποκειμενικής ευεξίας γίνεται μέσα από ένα μοντέλο που εστιάζει στην ικανοποίηση από τη ζωή, στο νόημα των καθημερινών πράξεων (ευδαιμονία) και στην εμπειρία του πόνου. Μια σημαντική εξέλιξη στις πρόσφατες κατευθύνσεις του ΟΟΣΑ για το 2025 είναι η ενσωμάτωση νέων δεικτών, όπως ο σωματικός και ψυχικός πόνος, καθώς και η έννοια της «ισορροπίας στη ζωή». Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η ευεξία του ανθρώπου επηρεάζεται άμεσα από την ικανότητα του να φροντίζει την υγεία του και να την εναρμονίζει με τις επαγγελματικές και προσωπικές υποχρεώσεις του. Κατά αυτό τον τρόπο η ευεξία μπορεί να αποτελέσει απαραίτητο εργαλείο για τη χάραξη δημόσιας πολιτικής.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ευεξία προκύπτει μέσα από μια διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών δυνάμεων του ατόμου και των εξωτερικών συνθηκών. Αν συνδυάσουμε το μοντέλο της Dodge (που βλέπει την ευεξία ως μια ζυγαριά ανάμεσα στις προκλήσεις και τους πόρους μας) με το πλαίσιο του ΟΟΣΑ (που εστιάζει στην ικανοποίηση και το νόημα ζωής), έχουμε ένα καλό και ολοκληρωμένο πλαίσιο ανάλυσης της ευεξίας. Αυτή η θεώρηση συμπίπτει με τη θεωρία της Claudine Herzlich (1973), η οποία τόνιζε ότι η υγεία δεν πρέπει να ορίζεται αρνητικά ως «απουσία ασθένειας», αλλά θετικά ως μια κατάσταση πλήρους επίγνωσης της σωματικής και λειτουργικής ευεξίας και εσωτερικής ισορροπίας. Η προσέγγιση αυτή

επιτρέπει την «απο-ιατρικοποίηση» της υγείας (Statham & Chase, 2010). Με την έννοια ότι η απλή υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων μιας ασθένειας (όπως, ο καρκίνος οι δερματοπάθειες, η κατάθλιψη ή οι χρόνιες παθήσεις) δεν συνεπάγει και την πλήρη αποκατάσταση της ευεξίας. Η πραγματική επιτυχία της ευεξίας επεκτείνεται πέρα από την απουσία της νόσου, στην ικανότητα του ασθενούς να αναπτύξει ξανά τους πόρους του και να επανέλθει πλήρως στους κοινωνικούς, επαγγελματικούς και οικογενειακούς του ρόλους.

Αυτό το συμπέρασμα είναι ιδιαίτερα κρίσιμο και για την **αποφρακτική υπνική άπνοια**. Η θεραπεία με CPAP δεν θα πρέπει να στοχεύει μόνο στη βελτίωση των αναπνευστικών δεικτών, αλλά στην ενισχυτή όλων των απαιτούμενων πόρων που θα βοηθήσουν τους ασθενείς. Μέσω αυτής της πιο ολιστικής προσέγγισης οι ασθενείς θα μπορούν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στις καθημερινές τους λειτουργίες όπως στην εργασία τους, στις οικογενειακές υποχρεώσεις ανακάμπτοντας και βελτιώνοντας την ευεξία τους.

2.4 Υποκειμενική Ευεξία και Αποφρακτική Άπνοια

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την ποιότητα ζωής των ασθενών και την αξιολόγηση της ευεξίας αποτυπώνεται ξεκάθαρα στις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας και τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2025) .Οι διεθνείς αυτοί οργανισμοί στρέφονται προς την αξιολόγηση της υποκειμενικής ευεξίας Παραδοσιακά η ιατρική επιστήμη βασίζετε για την αξιολόγηση του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στους δείκτες της πολυπνογραφικής μελέτης, όπως ο δείκτης Απνοιών –Υποπνοιών (AHI) και τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα κατά την διάρκεια του ύπνου.

Ωστόσο, όμως έχει αποδειχθεί ότι τα στοιχεία αυτά δεν αρκούσαν για την αξιολόγηση της ευεξίας των ασθενών . Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει η βιβλιογραφία καθώς αναγνωρίζεται πλέον ευρέως ότι οι ιατρικές μετρήσεις όπως του δείκτη AHI δεν επαρκούν για να αποτυπώσουν πλήρως τη συναισθηματική κατάσταση και την ψυχική

υγεία του ασθενούς. (Sforza & Roche, 2012). Η προσέγγιση αυτή επισφραγίζεται και με την έννοια της ευεξίας, η οποία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση ισορροπίας μεταξύ των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το άτομο και των ψυχολογικών κοινωνικών και σωματικών του πόρων (Dodge et al., 2012) Έτσι στην περίπτωση των ασθενών με ΑΑΥ βλέπουμε να διαταράσσεται αυτή η ισορροπία της Τραμπάλας κατά τον Dodge et al., 2012. Δημιουργώντας χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. (Bjornsdottir et al., 2014, Ohayon, 2003,).

Στην καθημερινότητα των ασθενών αυτό εκδηλώνεται με έντονη ημερήσια υπνηλία, εξάντληση και μειωμένη ζωτικότητα. (Angelelli et al., 2020, Popescu et al., 2025). Συνέπεια αυτών των παραγόντων είναι να επηρεάζονται αρνητικά οι καθημερινές δραστηριότητες και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις και ο κίνδυνος ατυχημάτων (Vaessen et al., 2015).

Επιπλέον η κακή ποιότητα ύπνου λόγω των συχνών αφυπνίσεων κατά την διάρκεια του ύπνου έχει ως αποτέλεσμα να προκαλεί επιπλέον σοβαρές διαταραχές στη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία τους, αυξάνοντας κατακόρυφα το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. (Aksakal et al., 2025, Saunamäki & Jehkonen, 2007)

Ιδιαίτερα επιβαρυντικό είναι όταν στο Σύνδρομο της Αποφρακτικής Άπνοιας συνυπάρχει και η παχυσαρκία. Τότε η κλινική κατάσταση των ασθενών είναι περισσότερο επιβαρυντική και η υποκειμενική ευεξία των ασθενών μειώνεται δραστικά (Scarpina et al., 2021). Παράλληλα, εξωτερικοί επιβαρυντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή επιδεινώνοντας την βαρύτητα της νόσου (Karaman et al., 2026).

Αντίθετα, έχει αποδειχθεί βάση της βιβλιογραφίας ότι η ψυχική ενθάρρυνση του ασθενούς να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.. Ασθενείς με υψηλότερη ανθεκτικότητα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, καταφέρνουν να διατηρούν καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας παρά τα οποία προβλήματα αντιμετωπίζουν στον ύπνο τους (Aksakal et al., 2025). Κάτω από αυτό το πρίσμα, η ψυχική ευεξία αναδεικνύεται κρίσιμος παράγοντας για την αποτελεσματική διαχείριση και την επιτυχή αντιμετώπιση του συνδρόμου. Η ένταξη και η αξιολόγηση της ψυχολογικής διάστασης διασφαλίζει

μακροχρόνια ευεξία στους πάσχοντες , ενώ ταυτόχρονα βοηθά και στην προαγωγή της συνολικής υγείας των ασθενών.

2.5 Η Επίδραση της θεραπείας CPAP στην ευεξία των ασθενών

Η Συσκευή Θετικής πίεσης Αεραγωγών (CPAP), αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου. Υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που αποδεικνύει αυτή την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. (Bjornsdottir et al., 2014· Chai-Coetzer et al., 2015). Μελέτες αναφέρουν ότι η CPAP βελτιώνει σημαντικά τον Δείκτη απνοιών (AHI) από την πρώτη κιόλας έναρξή της θεραπείας, βελτιώνοντας κατά πολύ την ποιότητα του ύπνου. Η σταθεροποίηση του ύπνου περιορίζει σε σημαντικό βαθμό τις αφυπνίσεις και τα νυχτερινά συμπτώματα όπως τη νυκτοουρία. (Gay et al., 2006).

Εκτός από τα οφέλη που προσφέρει κατά την διάρκεια την νύχτας η CPAP προσφέρει και σημαντικά οφέλη και κατά την διάρκεια της ημέρας. .Εξαιτίας του καλού και μη διακοπτόμενου ύπνου η λειτουργικότητα του ατόμου αποκαθίσταται και η ημερήσια κόπωση περιορίζεται. (D'Ambrosio et al., 1999· Popescu et al., 2025· Weaver et al., 1997). Η συσκευή βοηθά σημαντικά στον περιορισμό των συμπτωμάτων και συγκεκριμένα στην ημερήσια υπνηλία του ασθενούς. Αυτό είναι αρκετά βοηθητικό καθώς προστατεύει τον ασθενή από εργατικά ατυχήματα και ενισχύει σημαντικά τη γνωστική του ικανότητα ((Vaessen et al., 2015· Weaver & George, 2012· Young et al., 2008)). Παράλληλα, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η CPAP έχει ευεργετική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα, καθώς βοηθά στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και ελαττώνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια (Becker et al., 2003, Young et al., 2008). Αυτή η αποκατάσταση στην αρχιτεκτονική του ύπνου δεν ωφελεί μόνο το σώμα, αλλά βόηθα και ην λειτουργία του εγκεφάλου. Ο καλός ποιοτικός ύπνος ξεκουράζει τον εγκέφαλο . και βοηθά τον ασθενή να ανταποκρίνεται περισσότερο στις καθημερινές του λειτουργίες συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην βελτίωση της υποκειμενικής ευεξίας (Wildenauer et al., 2026).

Ένα επιπλέον όφελος της θεραπείας για τους ασθενείς είναι η μείωση του ροχαλητού. Το ροχαλητό αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τόσο την ευεξία των ασθενών όσο και των συντρόφων τους. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά τη διάρκεια του ύπνου δεν επηρεάζεται μόνο ο ίδιος ο ασθενής —ο οποίος πολλές φορές δεν το καταλαβαίνει— αλλά και η ποιότητα ζωής του/της συντρόφου του, ο οποίος συχνά υποφέρει εξίσου από τη διατάραξη του ύπνου του εξαιτίας του ροχαλητού (Brostrom et al., 2020, Olsen et al., 2011).

Για να μπορέσουμε να αποτυπώσουμε και να αξιολογήσουμε την ευεξία των ασθενών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) προτείνει τη χρήση εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων. Ένα από αυτά αποτελεί και ο Δείκτης Ψυχολογικής Ευεξίας WHO-5 (WHO-5 Well-Being Index) Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει πέντε σύντομες ερωτήσεις που αξιολογούν τη θετική διάθεση, το αίσθημα ηρεμίας, τη ζωτικότητα και το ενδιαφέρον του ατόμου για την καθημερινότητα (Wildenauer et al., 2026) Ο Δείκτης WHO-5, αποτελεί ένα από τα πιο αξιόπιστα, ευαίσθητα και έγκυρα εργαλεία για την αξιολόγηση της υποκειμενικής ευεξίας σε πληθυσμούς με διαταραχές ύπνου, εμφανίζοντας εξαιρετικές ιδιότητες (Topp et al., 2015)

Ωστόσο, η βελτίωση της ευεξίας των ασθενών εξαρτάται σημαντικά και από το πόσες ώρες χρησιμοποιεί κάποιος τη συσκευή CPAP. Σύμφωνα, με την διεθνή βιβλιογραφία, είναι ξεκάθαρο ότι ο ασθενής πρέπει να φοράει τη συσκευή τουλάχιστον 4 ή περισσότερες ώρες κάθε νύχτα για να δει ουσιαστική διαφορά στην καθημερινή του ευεξία (Weaver et al., 1997· Sforza & Roche, 2012). Είναι γεγονός όμως ότι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολεύονται να συνηθίσουν τη συσκευή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα υψηλό ποσοστό ανθρώπων να εγκαταλείπει πρόωρα τη θεραπεία μέσα στους πρώτους μήνες, χάνοντας έτσι την ευκαιρία να βελτιώσουν την υγεία τους και την ευεξία τους (Wildenauer et al., 2026).

Για τον λόγο αυτό, η πραγματική ευεξία του ασθενούς επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες κυρίως ψυχολογικούς. (Olsen et al., 2011). Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται τα εσωτερικά κίνητρα του ασθενούς, η ποιότητα της υποστήριξης από τους παρόχους υγείας, αλλά και η δυναμική του οικογενειακού και

κοινωνικού του περιβάλλοντος (Olsen et al., 2011). Όταν η θεραπευτική διαδικασία υποστηρίζεται ενεργά από τον σύντροφο ο οποίος επηρεάζεται άμεσα από το ροχαλητό και τις άπνοιες του ασθενούς υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες ο ασθενής να συνηθίσει και να μην εγκατάλειψη την συσκευή. Αυτό συμβάλει θετικά και μεγιστοποιεί την ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα και τη συνολική ευεξία του πάσχοντος (Akashiba et al., 2002, Olsen et al., 2011· Popescu et al., 2025).

3 Μεθοδολογία Έρευνας

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), στο τμήμα Κοινωνικών Επιστημών, στον τομέα «Δημόσια Υγεία και Πολιτικές σε συνεργασία με το 404 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Λάρισας . Η άντληση στοιχείων προήλθε από το αρχείο του εργαστηρίου Ύπνου του 404 Στρατιωτικού Νοσοκομείου και για το διάστημα από Ιούνιο 2025 μέχρι τον Μάρτιο 2026.

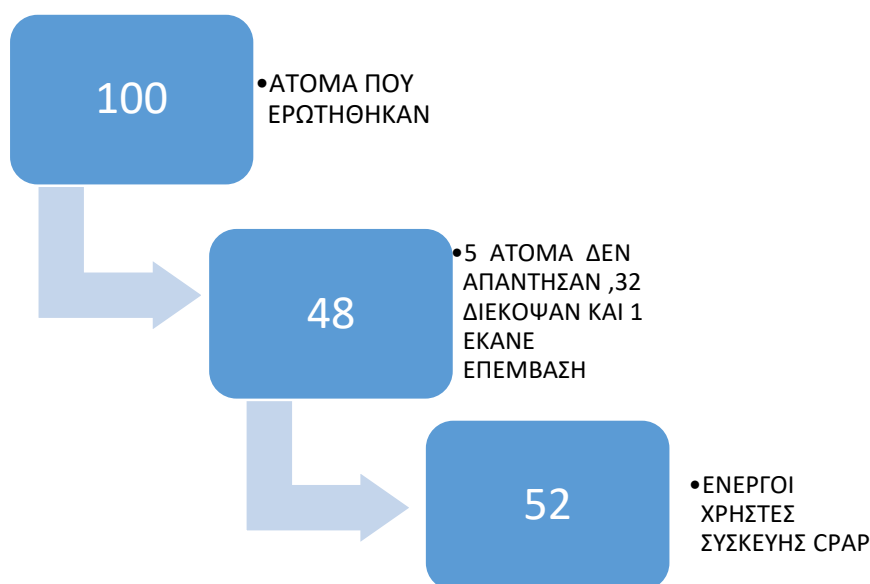
3.1 Δείγμα Έρευνας

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της έρευνας το υλικό μελέτης αποτέλεσαν ενήλικες ασθενείς (40 ετών και άνω), οι οποίοι προσήλθαν στο εργαστήριο ύπνου και διαγνώστηκαν για πρώτη φορά για υπνική άπνοια και έλαβαν οδηγία για έναρξη θεραπείας με συσκευή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP)

Η κλινική διάγνωση των ασθενών πραγματοποιήθηκε με ολονύκτια πολύ-υπνογραφική μελέτη καταγραφής στο εργαστήριο διαταραχών ύπνου του νοσοκομείου. Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, οι ασθενείς προσήλθαν για ακόμη ένα επιπλέον βράδυ στο νοσοκομείο, προκειμένου να τους χορηγηθεί δοκιμαστική χορήγηση του μηχανήματος CPAP.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από το τηλεφωνικό κέντρο του εργαστηρίου διαταραχών ύπνου του νοσοκομείου. Κατά την επικοινωνία, αρχικά επεξηγήθηκε στους ασθενείς ο σκοπός της μελέτης και τους ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα, η οποία είχε καθαρά εθελοντικό, ανώνυμο και εμπιστευτικό χαρακτήρα. Σε δεύτερο στάδιο οι ασθενείς καλούνταν να απαντήσουν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογούσε την ευεξία, την πιθανότητα υπνηλίας και των κινήτρων τους για έναρξη και συνέχιση θεραπείας. Οι απαντήσεις των ασθενών που αποδέχτηκαν να απαντήσουν καταγράφονταν σε πραγματικό χρόνο, αρχειοθετήθηκαν και αποθηκεύτηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της ασφαλούς πλατφόρμας Google Forms.

Αρχικά, κλήθηκαν να απαντήσουν 100 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος του 2025 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2026. Το τελικό, όμως δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 52 ασθενείς (άνδρες 48 και γυναίκες 4), με διαγνωσμένη αποφρακτική άπνοια ύπνου, με κύρια προϋπόθεση ότι χρησιμοποιούν σωστά τη συσκευή cpap, ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής. Ενώ αποκλείστηκαν όσοι είχαν διακόψει τη χρήση ή είχαν καταφύγει σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους.



Διαγράμματα 1. Ροής Μελέτης και Στάδια Αποκλεισμού

3.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση: Ποσοτική Έρευνα

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης εφαρμόστηκε ένας σύγχρονός ερευνητικός σχεδιασμός βασισμένος σε ποσοτική έρευνα. Η επιλογή αυτή της μεθοδολογίας κρίθηκε ως σημαντικά ωφέλιμη, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι επιτρέπει την ταυτόχρονη αξιολόγηση της εκτίμησης της ευεξίας των ασθενών με υπνική άπνοια της , της ημερήσιας υπνηλίας τους, καθώς και των υπόλοιπων κλινικών και ψυχολογικών παραμέτρων σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ,με βασική προϋπόθεση της σωστή χρήση του μηχανήματος..

Η έρευνα εστιάζει στην διερεύνηση του επιπέδου ευεξίας των ατόμων που διαγνώστηκαν με το Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) και ακολουθούν το θεραπευτικό σχήμα μέσω της συσκευής συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP). Κυρίως στόχος είναι να προσδιοριστεί κατά πόσο η χρήσης της συσκευής CPAP συμβάλει στην βελτιώσει της ευεξίας /ευρωστίας των ασθενών , συνεκτιμώντας παράλληλα την παρουσία πιθανής υπερβολικής ημερήσιας υπνηλίας, των κλινικών και σωματομετρικών χαρακτηριστικών τους (όπως ο Δείκτης Μάζας Σώματος - BMI), καθώς και την επίδραση των διαφορετικών κινήτρων θεραπείας.

3.3 Εργαλείο έρευνας

Για την εκτίμηση της αξιολόγησης της ευεξίας των ασθενών με **Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ)** και τη διερεύνηση της συσχέτιση με την υπνηλία χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης WHO 5 και ο δείκτης EPWORTH αντίστοιχα. Η ερευνά πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια, ενός δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελούνταν από σε τέσσερα διακριτά μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως ηλικία, ύψος, επίπεδο εκπαίδευσης, κάπνισμα, Παράλληλα , με την καταγραφή του υψους και του βάρους έγινε και ο υπολογισμός Δείκτη Μάζα Σώματος(BMI), Σε κλινικό επίπεδο έγινε καταγραφή του δείκτη **Απνοιών-Υποπνοιών** Apnea-Hipopnea-Index (AHI),ο οποίος αποτελεί το βασικό εργαλείο μέτρησης της βαρύτητας της υπνικής άπνοιας. Ο δείκτης

(AHI) Υπολογίζεται ως το πηλίκο του συνολικού αριθμού των αναπνευστικών επεισοδίων προς τις ώρες ύπνου. Το αποτέλεσμα του οδηγεί στην τελική διαμόρφωση της κατηγοριοποίησης **της σοβαρότητας της νόσου ως εξής :**

Ήπια μορφή: AHI από 5 έως 14,9

Μέτρια μορφή: AHI από 15 έως 29,9.

Σοβαρή μορφή: AHI από 30 και άνω

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου βασίζεται στο Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας (Health Belief Model) και περιλαμβάνει παρακινητικά κίνητρα που ωθούν ένα ασθενή να ξεκινήσει και να συμμορφωθεί με τη χρήση της θεραπείας CPAP (MUC-S). Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του **Cues to CPAP Use Questionnaire (CCUQ)** που αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Σύμφωνα με τους Olsen et al. (2010), η έναρξη και η συνέχιση της θεραπείας CPAP δεν εξαρτάται μόνο από τη βαρύτητα της άπνοιας, αλλά από συγκεκριμένα «ερεθίσματα για δράση» (cues to action). Συνεπώς το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις.

1. **Μηνύματα Προσωπικής Υγείας (Health Cues):** Εσωτερικά κίνητρα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του ίδιου του ασθενούς.
2. **Μηνύματα Συντρόφου (Partner Cues):** Εξωτερικά κίνητρα που προέρχονται από την πίεση, την ανησυχία ή την υποστήριξη του/της συντρόφου.
3. **Μηνύματα Επαγγελματιών Υγείας (Health Professional Cues):** Εξωτερικά κίνητρα που αφορούν την καθοδήγηση και τις συστάσεις του θεράποντος ιατρού.

Οι ασθενείς βαθμολόγησαν τη σημασία κάθε παράγοντα με μια κλίμακα (0 = καθόλου σημαντικό έως 3 = εξαιρετικά σημαντικό). Όπως αποδुकνείται από τη βιβλιογραφία (Stepnowsky et al.) το εργαλείο δεν παρέχει κάποιο αθροιστικό σκορ, άπλα χρησιμοποιείται για δώσει πληροφορίες που σχετίζονται με την αξιολόγηση του προφίλ παρακίνησης του ασθενούς.

Το τρίτο μέρος αποτελείται από την αξιολόγηση της ευεξίας κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες. Η αξιολόγηση της ευεξίας πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του δείκτη WHO 5.

Ο Δείκτης Ευεξίας WHO-5 (Well-Being Inter) του παγκόσμιου οργανισμού Υγείας είναι ένα εργαλείο διεθνώς αναγνωρισμένο το οποίο έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 30 γλώσσες και εφαρμόζεται ευρέως σε κλινικές μελέτες. Αποτελείται από ένα σύνολο 5 ερωτήσεων, οι οποίες είναι σύντομες και φιλικές προς τους ερωτηθέντες. Ο σκοπός είναι να εντοπίσει πως η κατάσταση της υγείας του ατόμου επηρεάζει την ψυχολογική ευεξία τους. Έτσι οι ερωτηθέντες ασθενείς καλούνται να αξιολογήσουν πόσο καλά ισχύει για τον ίδιο καθεμία από τις 5 καταστάσεις κατά το διάστημα των τελευταίων 14 ημερών. Κάθε ένα από τα 5 στοιχεία βαθμολογείται από 5 (πάντα) έως 0 (καμία φορά). Το συνολικό σκορ που προκύπτει από το άθροισμα των 5 ερωτήσεων δηλώνει και την κατάσταση τη ευεξίας. Συνολικά, το 0 δηλώνει (απουσία ευεξίας) και το 25 (μέγιστη ευεξία). Επειδή, όμως οι κλίμακες που μετρούν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταφράζονται συμβατικά σε ποσοστιαία κλίμακα από 0 (απουσία) έως 100 (μέγιστη), συνιστάται ο πολλαπλασιασμός της συνολικής βαθμολογίας επί 4.

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τη κλίμακα Epworth Κλίμακα Υπνηλίας Epworth (Epworth Sleepiness Scale). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο Διεθνώς αναγνωρισμένο και ευρέως χρησιμοποιούμενο ως κλινικό εργαλείο για την αξιολόγηση της ημερήσιας υπνηλίας. Η κλίμακα αυτή διακρίνεται για την απλότητα, τη σύντομη διάρκεια συμπλήρωσής της και την εγκυρότητά της. Περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις η οποίες αξιολογούν την πιθανότητα εμφάνισης ημερησίας υπνηλίας σε συγκεκριμένες καταστασεις. Οι ασθενείς αξιολογούν την πιθανότητα εμφάνισης υπνηλίας σε αυτές τις καταστάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από (0) καθόλου, μικρή (1), μέτρια (2) ή υψηλή (3). Οι απαντήσεις αθροίζονται για να προκύψει μια συνολική βαθμολογία 0-24, με τις υψηλότερες βαθμολογίες ανω του 10 να υποδηλώνουν μεγαλύτερη τάση για ύπνο.

3.4 Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα εργασία η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού εργαλείου Jamovi (version 2.6). Ο στατιστικός έλεγχος σημαντικότητας οριστικέ το $p < 0,05$.

Αορχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική (μεσες τιμές και συχνότητες). Όπως, η ηλικία, ο δείκτης BMI, οι ώρες χρήσης CPAP, συνολική βαθμολογία κλιμάκων WHO-5 και Epworth) παρουσιάζονται μέσω των **μέσων τιμών (Mean)**, των **διαμέσων (Median)** και των **τυπικών αποκλίσεων (Standard Deviation)**. Ενώ, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κατηγοριοποίηση βαρύτητας ΣΑΑΥ βάσει του δείκτη AHI) παρουσιάζονται μέσω συχνοτήτων (N) και ποσοστιαίων αναλογιών (%). Στη συνέχεια, η αξιοπιστία για τις κλίμακες WHO-5 και Epworth και του ερωτηματολογίου των κινητρών έγινε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνοχής **Cronbach's Alpha (α)**, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα των μετρήσεων στο συγκεκριμένο δείγμα. Λόγω της μη κανονικής κατανομής των δεδομένων και του περιορισμένου μεγέθους του δείγματος, επιστρατεύθηκαν **μη παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι**. Για τη διερεύνηση των στατιστικών συναρτήσεων και συσχετίσεων μεταξύ των συνεχών μεταβλητών (Ευεξία, Ύπνηλία, BMI, Ηλικία, Μήνες θεραπείας και Κίνητρα) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης **Spearman's rho**. Ενώ, για τη σύγκριση των επιπέδων ευεξίας μεταξύ των δύο ομάδων συμμόρφωσης με τη συσκευή CPAP (<4 ώρες έναντι >4 ώρες) εφαρμόστηκε ο έλεγχος **Mann-Whitney U**.

Τέλος, διενεργήθηκε **Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression)** για τον προσδιορισμό των ανεξάρτητων προβλεπτικών παραγόντων της ψυχικής ευεξίας (WHO-5). Για την πληρέστερη ανάδειξη των δεδομένων, αναπτύχθηκαν δύο διαδοχικά μοντέλα: ένα **αρχικό κλινικό μοντέλο** (με προβλεπτές την υπνηλία, το BMI και τις ώρες χρήσης CPAP) και ένα **διευρυμένο μοντέλο** με την ταυτόχρονη ενσωμάτωση των τριών ψυχολογικών κινήτρων θεραπείας (Καθοδήγηση Ιατρού, Επιρροή Συντρόφου, Προσωπική Υγεία). Σε όλα τα μοντέλα

πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας μέσω του δείκτη **VIF (Variance Inflation Factor)**.

3.5 Ηθικά Ζητήματα και Δεοντολογία της Έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν αυστηρά οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές δεοντολογίας και ηθικής που διέπουν μια έρευνα στον τομέα της υγείας.

Συγκεκριμένα, ζητήθηκε και ελήφθη σχετική άδεια από τη Διοίκηση του **404 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Λάρισας** για την χρησιμοποίηση του αρχείου ασθενών από το εργαστήριο διαταραχών ύπνου. Για την αξιολόγηση της ευεξίας και της υπνηλίας επιλέχθηκαν ο **Δείκτης Ευημερίας WHO-5** και η **Κλίμακα Epworth (ESS)**. Η επιλογή των συγκεκριμένων εργαλείων βασίστηκε στη διεθνή τους αναγνώριση, καθώς και στην τεκμηριωμένη επιστημονική τους εγκυρότητα και αξιοπιστία τους στην κλινική έρευνα.

Η συμμετοχή των ασθενών ήταν πλήρως ανώνυμη και εθελοντική. Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από τον ερευνητή για τον σκοπό της μελέτης. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία τους και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν (όπως ηλικία, φύλο και διάρκεια χρήσης CPAP) χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Τέλος κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης, δόθηκαν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τη σημασία της παρέμβασης με συσκευή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP) και τη συμβολή της έρευνας στην κατανόηση της ευεξίας στη ζωή των ασθενών

4. Αποτελέσματα έρευνας

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και δείκτες σχετικοί με την άπνοια ύπνου

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν **48 (92,30%) άνδρες** και **4 (7,69%) γυναίκες**. Επιπρόσθετα, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρήθηκε ότι το **53,8% (n=28)** των ασθενών ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το **46,2% (n=24)** τριτοβάθμιας.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας των συμμετεχόντων, καθώς το κάπνισμα αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για το αναπνευστικό σύστημα. Από την ανάλυση προέκυψε ότι το **40,3% (n=21)** του δείγματος ήταν μη καπνιστές, **42,3% (n=22)** ήταν πρώην καπνιστές, ενώ το **17,3% (n=9)** ήταν συστηματικοί καπνιστές.

Αναφορικά με τη βαρύτητα της άπνοιας βάσει του δείκτη AHI, η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος, **84,6% (n=44)**, παρουσίασε **σοβαρή άπνοια**, ενώ το **15,4% (n=8)** είχε ήπια ή μέτρια άπνοια. Τέλος, σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία CPAP, το **88,5% (n=46)** των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσαν τη συσκευή για περισσότερες από 4 ώρες ανά νύχτα, κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αντίθετα, μόλις το **11,5% (n=6)** των συμμετεχόντων δήλωσε ότι χρησιμοποιεί τη συσκευή για λιγότερες από 4 ώρες ανά νύχτα, καταγράφοντας χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία.

Πίνακας 1 Ποιοτικά Χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό%
Φύλο	Άνδρας	48	92,3%
	Γυναίκα	4	7,7%
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια	28	53,8%
	Τριτοβάθμια	24	46,2%
Καπνιστική συνήθεια	Μη καπνιστής	21	40,4
	Πρώην	22	42,3%
	Συστηματικός	9	17,3%
Βαρύτητα Άπνοιας	Ηπία /Μέτρια	8	15,4
	Σοβαρή	44	84,6
Συμμόρφωση CPAP	Χαμηλή <4 ώρες	6	11,5%
	Υψηλή > 4 ώρες	46	88,5%

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα ποσοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα **51** έτη και με το εύρος των ηλικιών να κυμαίνεται μεταξύ 34 και 80 έτη. Η μέση τιμή του BMI ήταν τα **34,5kg/m** γεγονός που κατατάσσει το δείγμα στην κατηγορία της παχυσαρκία

Πίνακας 2. Ποσοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ηλικία(έτη)	51,1	50,0	9,40	32	80
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) BMI	34,520	34,976	6,07	23,6	50,52

4.2 Περιγραφική Ανάλυση Ευεξίας (WHO-5) και Υπνηλίας (ESS).

4.2.1 Ψυχική Ευεξία (WHO-5)

Για την αποτίμηση της ψυχικής υγείας και της γενικότερης αίσθησης ευεξίας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης WHO-5, με τα σκορ να έχουν σταθμιστεί στην εκατοστιαία κλίμακα (0-100). Λόγω της μη κανονικής κατανομής των δεδομένων, η περιγραφή της μεταβλητής βασίζεται πρωτίστως στη διάμεσο τιμή. Η διάμεσος τιμή ανέρχεται, στο 84,00. Ενώ η μέση τιμή ανήλθε στο 79,61 Το εύρος των τιμών κυμάνθηκε από 8 έως 100. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η γενική ψυχική ευεξία του δείγματος κρίνεται ως ιδιαίτερα ικανοποιητική. Το γεγονός αυτό μπορεί να συνδεθεί άμεσα με την υψηλή συμμόρφωση στη θεραπεία CPAP που παρατηρήθηκε στο δείγμα. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η σταθερή αντιμετώπιση των απνοιών αντανακλάται θετικά στην ψυχολογική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

4.2.2 Ημερήσια Υπνηλία (Epworth Sleepiness Scale - ESS)

Η υποκειμενική σοβαρότητα της ημερήσιας υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα ESS. Λόγω της μη κανονικής κατανομής των δεδομένων, η περιγραφή βασίζεται κυρίως στη διάμεσο. Η διάμεσος τιμή του δείγματος προέκυψε ίση με 3,00 ενώ η μέση τιμή του δείγματος ανήλθε στο 3,75. Με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια του εργαλείου, οι τιμές από 0 έως 10 εμπίπτουν στο απόλυτα φυσιολογικό πλαίσιο, ενώ τιμές άνω του 10 υποδηλώνουν παθολογική ημερήσια υπνηλία. Η κεντρική τάση του δείγματος βρίσκεται πολύ χαμηλότερα από το παθολογικό όριο, επιβεβαιώνοντας ότι η πλειονότητα των ασθενών δεν αντιμετωπίζει προβλήματα έντονης υπνηλίας ή κόπωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, στοιχείο που αποτελεί ισχυρή ένδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με CPAP στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Πίνακας 3.Περιγραφικά Στατιστικά WHO-5 ,ESS

	Ψυχική Ευεξία (WHO-5)	Ημερήσια Υπνηλία ESS
Πλήθος(N)	52	52
Μέση τιμή	79,615	3,7500
Διάμεσος	84,000	3,0000
Τυπική Απόκλιση	20,660	3,5858
Ελάχιστο	8	0
Μέγιστο	100	18

4.2.3 Περιγραφική Ανάλυση Κινήτρων Θεραπείας (SRQ-CPAP)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα για τα κίνητρα των ασθενών που τους κινητοποιούν ώστε να χρησιμοποιήσουν και να

ακολουθήσουν την θεραπεία της συσκευής CPAP. Μετά την οριστικοποίηση των τριών παραγόντων από την EFA, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα για τις τελικές υποκλίμακες κινήτρων των ασθενών.

Λόγω, όμως της μη κανονικότητας της κατανομής, χρησιμοποιήθηκε η **διάμεσος**, η οποία ανήλθε σε **3,00** για όλες τις υποκλίμακες κινήτρων. Ωστόσο, οι μέσες τιμές χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά για να αναδείξουν την ιεράρχηση των πηγών κινητοποίησης

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η καθοδήγηση του ιατρού αποτέλεσε το κυριότερο κίνητρο για την έναρξη της θεραπείας και την χρήση του μηχανήματος CPAP. Η ενημέρωση και η παρακίνηση που λαμβάνει ο ασθενής από τον γιατρό παρατηρήθηκε, να συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία, με τη μέση τιμή να φτάνει στο μέγιστο της κλίμακας (2,92). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η καθοδήγηση από τον θεράποντα ιατρό και η εμπιστοσύνη στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας αποτελούν την ισχυρότερη και πιο καθολική πηγή κινητοποίησης για το σύνολο των ασθενών. Στη σειρά ακολουθούν τα κίνητρα που σχετίζονται με τον σύντροφο με την μέση τιμή να ανέρχεται στα 2,56 αντίστοιχα. Αυτό το κίνητρο μας εξηγεί πως η επιρροή και η παρότρυνση από το οικείο περιβάλλον (σύντροφος) αναδεικνύεται ως ο δεύτερος σημαντικότερος παράγοντας. Επιπλέον, μας υπενθυμίζει ότι η CPAP επηρεάζεται σημαντικά από την υποστήριξη και την ενθάρρυνση του συντρόφου. Τέλος, το τρίτο κίνητρο αφορά την (Προσωπική υγεία), αντίληψη και την ανησυχία του ασθενούς για την ίδια του την υγεία, με την μέση τιμή να διαμορφώνεται στο (2,34).

Πίνακας 4. Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμάκων Κινήτρων

Ιεραρχική Κατάταξη	Υποκλίμακα Κινήτρου	Μέση Τιμή (Mean)	Διάμεσος (Median)	Πηγή Κινητοποίησης
1	Καθοδήγηση Ιατρού	2,92	3,00	Εξωτερική / Επαγγελματική καθοδήγηση
2	Υποστήριξη Συντρόφου	2,56	3,00	Κοινωνικό / Οικείο περιβάλλον
3	Προσωπική Υγεία	2,34	3,00	Εσωτερική αντίληψη & ανησυχία ασθενούς

4.3. Έλεγχος Προϋποθέσεων και Αξιοπιστίας

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ανάλυσης και η καταλληλότητα των μεθοδολογικών εργαλείων

4.3.1 Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

Για τον προσδιορισμό της στατιστικής προσέγγισης (παραμετρικής ή μη), εφαρμόστηκε η δοκιμασία κανονικότητας **Shapiro-Wilk** στις κύριες μεταβλητές της μελέτης: την Ψυχική Ευεξία (WHO-5), την Ημερήσια Υπνηλία (ESS) και τις υποκλίμακες των Κινήτρων (SRQ-CPAP). Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι καμία από τις υπό μελέτη μεταβλητές δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, καθώς οι τιμές σημαντικότητας ήταν μικρότερες του ορίου $p < 0,05$. Συγκεκριμένα, για την Ψυχική Ευεξία σημειώθηκε τιμή $W = 0,869$ ($p < 0,001$), ενώ για την Ημερήσια Υπνηλία η τιμή διαμορφώθηκε σε $W = 0,754$ ($p < 0,001$). Αντίστοιχη απόκλιση παρατηρήθηκε και στις

υποκλίμακες των Κινήτρων, με ενδεικτική την τιμή για το Κίνητρο Συντρόφου ($W = 0,722, p < 0,001$).

Λόγω ότι παραβιάστηκε η προϋπόθεση της κανονικότητας και τα δεδομένα εμφάνισαν έντονη ασυμμετρία, κρίθηκε απαραίτητη η χρήση μη παραμετρικών στατιστικών ελέγχων. Αυτές οι δοκιμασίες είναι πιο ανθεκτικές και κατάλληλες για τέτοιες περιπτώσεις. Ως εκ τούτου, για τις συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων (χαμηλής έναντι υψηλής συμμόρφωσης) επιλέχθηκε ο έλεγχος **Mann-Whitney U**, ενώ για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συνάφειας **Spearman's rho**. Παράλληλα, για την περιγραφή των δεδομένων προτιμήθηκε η χρήση της **διαμέσου (median)** και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (IQR).

Πίνακας 5. Πίνακας Κανονικότητα Shapiro-Wilk ς για τις Κύριες Μεταβλητές

Μεταβλητή	Στατιστικό p	Πλήθος	Στατιστική Σημαντικότητα (p)	Κατανομή
Ψυχική Ευεξία (WHO-5)	0,869	52	< 0,001	Μη Κανονική
Ημερήσια Υπνηλία (ESS)	0,754	52	< 0,001	Μη Κανονική
Κίνητρο Συντρόφου (SRQ-CPAP)	0,722	52	< 0,001	Μη Κανονική

4.2.2 Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (EFA) του Ερωτηματολογίου Κινήτρων

Προκειμένου να διαπιστωθεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου κινήτρων (SRQ-CPAP) στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis), τις 9 αρχικές ερωτήσεις του εργαλείου. Ως μέθοδος εξαγωγής παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση κυρίων αξόνων (Principal Axis Factoring) σε συνδυασμό με ορθογώνια περιστροφή Varimax. Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώθηκε από τον δείκτη **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)**, ο οποίος ανήλθε σε **0,637**. Η τιμή του κρίθηκε αρκετά ικανοποιητική καθώς υπερβαίνει το ελάχιστο αποδεκτό όριο του 0,60. Επιπρόσθετα, η δοκιμασία σφαιρικότητας του **Bartlett** ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 92,85, df = 36, p < 0,001$), υποδηλώνοντας την ύπαρξη επαρκούς γραμμικής συνάφειας μεταξύ των ερωτήσεων για τη διεξαγωγή της ανάλυσης.

Η ανάλυση έδειξε μια καθαρή δομή τριών παραγόντων, η οποία ταυτίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις θεωρητικές υποκλίμακες του εργαλείου (Πίνακας 5): Η **Επιρροή Συντρόφου** συγκεντρώνει υψηλές φορτίσεις από τις ερωτήσεις «*Ο/Η σύντροφός μου με ενθάρρυνε να το ξεκινήσω*» (**0,79**) και «*Ο/Η σύντροφός μου δεν μπορούσε να κοιμηθεί λόγω ροχαλητού*» (**0,70**). Η **Προσωπική Υγεία** κυριαρχείται από τις ερωτήσεις «*Ανησυχούσα για την εμφάνιση καρδιακών προβλημάτων*» (**0,84**) και «*Ανησυχούσα για τις γενικές επιπτώσεις στην υγεία μου / Πρόληψη*» (**0,45**). Και τέλος η **Καθοδήγηση Ιατρού** εμφανίζει ισχυρή φόρτιση από τις ερωτήσεις «*Ο γιατρός μου είπε ότι πρέπει να το χρησιμοποιήσω*» (**0,77**) και «*Ο γιατρός μου ανησυχούσε για τις άπνοιές μου*» (**0,75**).

Ωστόσο όμως, στο σημείο αυτό αποφασίστηκε ο αποκλεισμός τριών ερωτήσεων για την εγκυρότητα της μελέτης. Έτσι, η ερώτηση: «*Μετά από συμβουλή φίλου/γνωστού*» αποκλείστηκε άμεσα καθώς απέτυχε πλήρως στον έλεγχο καταλληλότητας, παρουσιάζοντας εξαιρετικά χαμηλό δείκτη επάρκειας δείγματος ($MSA = 0,391$), κάτω από το απαραίτητο όριο του (0,50), ενώ παράλληλα εμφάνισε πολύ υψηλή μοναδικότητα (0,947). Το εύρημα αυτό είναι λογικό, καθώς η συμβουλή ενός φίλου διαφοροποιείται εννοιολογικά από την καθημερινή πίεση ή υποστήριξη του

συντρόφου. Παράλληλα η ερώτηση «Ένιωθα έντονη κούραση και έλλειψη ζωτικότητας», αν και εμφάνισε ικανοποιητική επάρκεια δείγματος ($MSA = 0,74$) και χαμηλή τιμή μοναδικότητας ($0,46$), παρουσίασε έντονο πρόβλημα πολλαπλών και σχεδόν ισοδύναμων φορτίσεων και στους τρεις παράγοντες ταυτόχρονα (Παράγοντας 1 = $0,45$, Παράγοντας 2 = $0,57$, Παράγοντας 3 = $0,46$). Λόγω αυτής της φόρτισης και στους τρεις παράγοντες η ερώτηση αδυνατούσε να ενταχθεί καθαρά σε μία συγκεκριμένη υποκλίμακα. Τέλος η ερώτηση «Φοβόμουν για την πρόκληση τροχαίου ατυχήματος», παρά το αποδεκτό MSA ($0,53$), εμφάνισε ακραία υψηλή μοναδικότητα ($0,91$). Αυτό έδωσε την αίσθηση ότι η ερώτηση λειτουργούσε ως στατιστικός θόρυβος, καθώς δεν αφορά σωματικό σύμπτωμα. . Για τους λόγους αυτούς, οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αποκλείστηκαν από τον υπολογισμό των τελικών αθροιστικών scores των υποκλιμάκων.

Πίνακας 6. Πίνακας Παραγοντικών Φορτίσεων Κινήτρων

Ερωτήσεις	Παράγοντες			Μοναδικότητα
	1 Συντρόφου	2 Προσωπική υγεία	3 Ιατρός επαγγελματί ας υγείας)	
Ο γιατρός μου είπε ότι πρέπει να το χρησιμοποιήσω			0.77	0.30838
Ο γιατρός μου ανησυχούσε για τις άπνοιές μου			0,75	0.75056
Ανησυχούσα για την πρόκληση καρδιακών προβλημάτων		0.84		0.22455
Ανησυχούσα για τις γενικές επιπτώσεις στην υγεία μου (Πρόληψη)		0.61		0.63184

Παράγοντες				
Ερωτήσεις	1 Συντρόφου	2 Προσωπική υγεία	3 Ιατρός επαγγελματί ας υγείας)	Μοναδικότητα
Ένωθα έντονη κούραση και έλλειψη ζωτικότητας	0.45	0.58	0,46	0.46
Φοβόμουν για την πρόκληση τροχαίου ατυχήματος				0.91
Ο/Η σύντροφός μου δεν μπορούσε να κοιμηθεί (ροχαλητό)	0.70			0.44
Μετά από συμβουλή φίλου/γνωστού				0.95
Ο/Η σύντροφος μου με ενθάρρυνε να το ξεκινήσω	0.79			0.35

4.3.3 Έλεγχος Αξιοπιστίας Κλιμάκων (Cronbach's Alpha)

Η αξιοπιστία και η εσωτερική συνέπεια των εργαλείων μέτρησης αξιολογήθηκαν με τη χρήση του συντελεστή **Cronbach's a**. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ψυχομετρικών εργαλείων και των ερωτηματολογίων της έρευνας (κλίμακες **WHO-5**, **ESS** και υποκλίμακες κινήτρων θεραπείας) μέσω του δείκτη εσωτερικής συνοχής **Cronbach's a** προκειμένου να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία των μετρήσεων στο συγκεκριμένο δείγμα.

Για την Κλίμακα Κινήτρων (SRQ-CPAP), ο δείκτης βρέθηκε ίσος με **0,632**. Αν και η τιμή του κρίνεται χαμηλή στατιστικά, κρίνεται ικανοποιητική και επαρκής για τη συγκεκριμένη φύση των ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικούς τύπους

κινήτρων (εσωτερικά και εξωτερικά). Ο Δείκτης Ευεξίας WHO-5 παρουσίασε την πιο υψηλή αξιοπιστία με τιμή **0,891** επιβεβαιώνοντας τη σταθερότητα του εργαλείου στη μέτρηση της ψυχικής υγείας. Τέλος, η Κλίμακα Υπνηλίας Epworth (ESS) παρουσίασε συντελεστή **0,742**, ο οποίος, παρά το γεγονός ότι είναι χαμηλός, κρίνεται επαρκής και στατιστικά αποδεκτός για κλινικά εργαλεία αξιολόγησης συμπτωμάτων. Τα παραπάνω αποτελέσματα διασφαλίζουν ότι τα δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι αξιόπιστα και κατάλληλα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων

Πίνακας 7. Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής Cronbach's Ερωτηματολογίων

	Cronbach's a.
Κλίμακα Κινήτρων (SRQ-CPAP)	0,632
Δείκτης Ευεξίας WHO-5	0,891,
Κλίμακα Υπνηλίας Epworth (ESS)	0,742

4.4 Ανάλυση Συσχετίσεων μεταξύ των Μεταβλητών

4.4.1 Ανάλυση Συσχετίσεων (Spearman's rho)

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των κινήτρων θεραπείας (Καθοδήγηση Ιατρού, Επιτροή Συντρόφου, Προσωπική Υγεία), των κλινικών χαρακτηριστικών (ημερήσια υπνηλία ESS, χρονικό διάστημα θεραπείας CPAP σε μήνες), των δημογραφικών/σωματομετρικών δεικτών (ηλικία, BMI) και της ευεξίας των ασθενών (WHO-5), εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman's(ρ). Η επιλογή του συγκεκριμένου ελέγχου κρίθηκε απαραίτητη λόγω της μη κανονικής κατανομής των μεταβλητών.

Οι συντελεστές συσχέτισης και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 8.

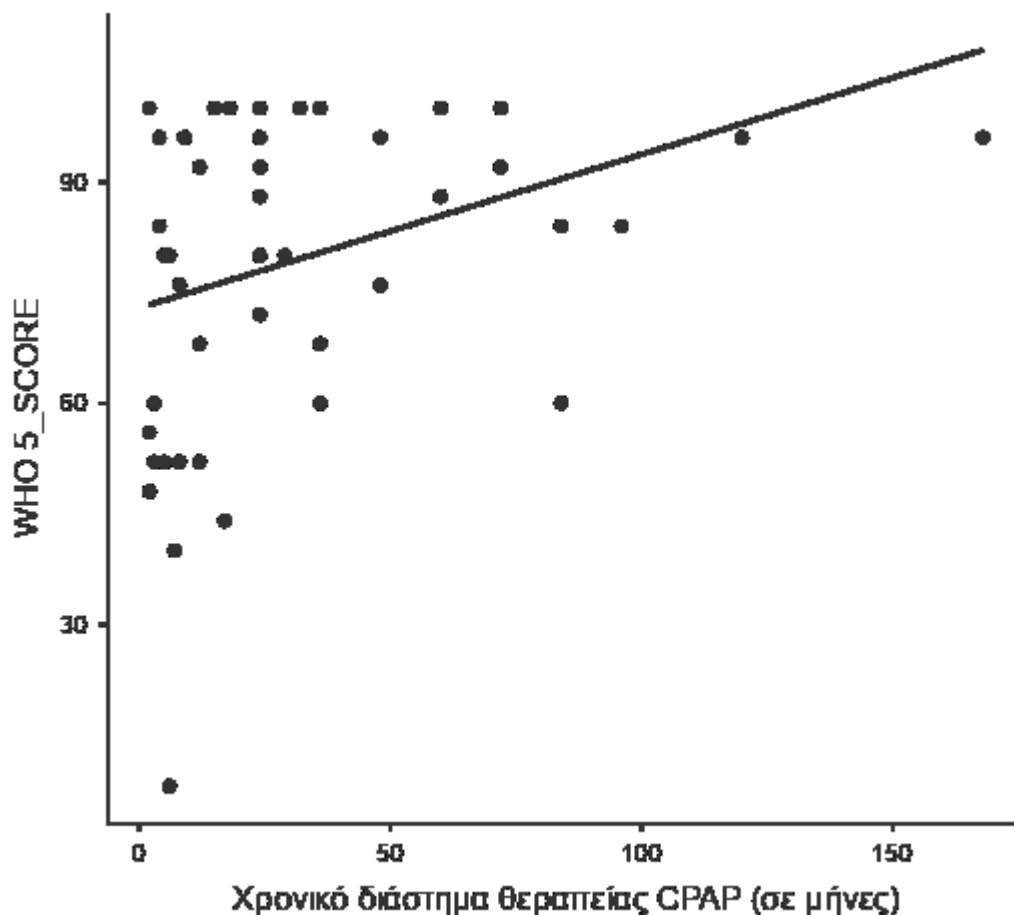
Πίνακας 8.Συσχετίσεων .Ευεξίας - Δημογραφικών μεταβλητών - Κινητήρων

Μεταβλητές	1	2	3	4	5	6	7
1. Ψυχική Ευεξία (WHO-5)	—						
2. Ημερήσια Υπνηλία (ESS)	-0,22	—					
3. Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)	-0,15	-0,03	—				
4. Επιρροή Συντρόφου	0,28*	-0,22	0,19	—			
5. Καθοδήγηση Ιατρού	0,19	-0,09	0,22	0,31*	—		
6. Προσωπική Υγεία	0,28*	-0,12	-0,01	0,17	0,35*	—	
7. Μήνες Θεραπείας CPAP	0,40**	0,52***	-0,03	0,10	-0,07	0,11	—

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ευεξία των ασθενών εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική με το κίνητρο της επιρροής του συντρόφου ($p = 0,28$, $p < 0,05$) καθώς και με το κίνητρο της προσωπικής ανησυχίας για την υγεία ($p = 0,28$, $p < 0,05$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς που αντλούν κίνητρα από την υποστήριξη του/της συντρόφου τους ή από τη συνειδητοποίηση των επιπτώσεων που μπορεί να

προκληθούν στην υγεία τους από την πάθηση, τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ευεξίας στην καθημερινότητά τους.

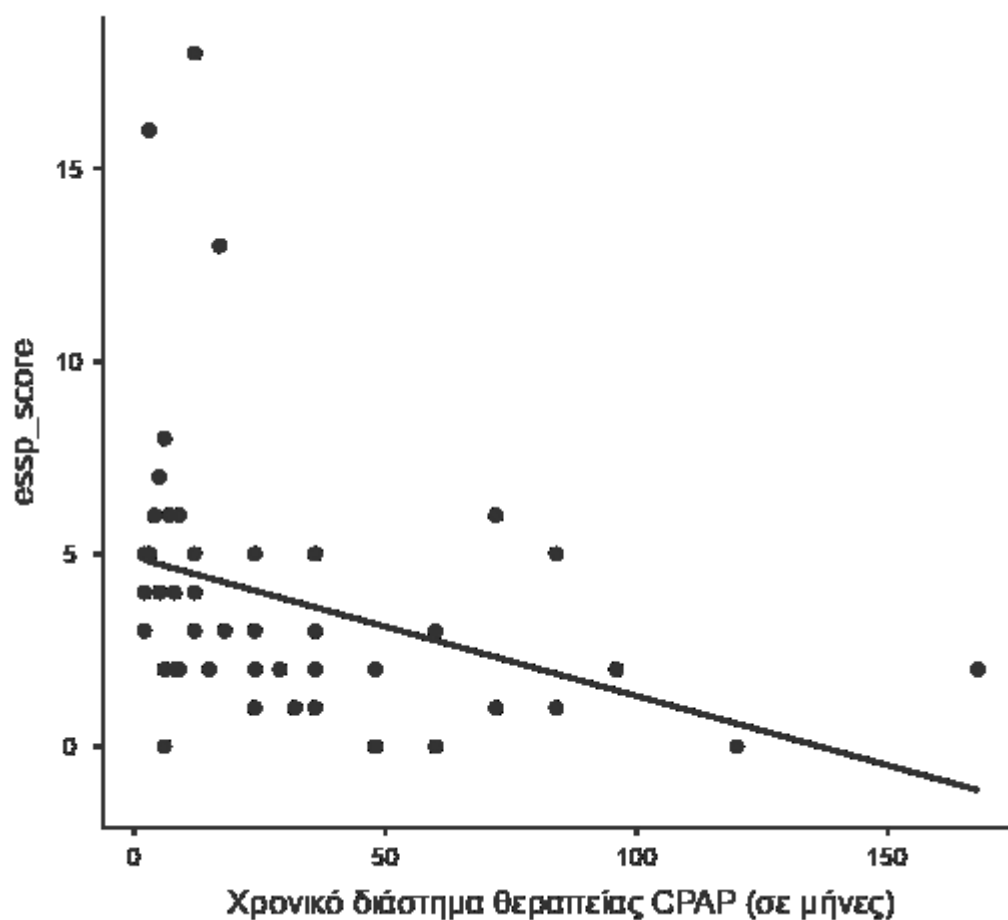
Παράλληλα, η ευεξία των ασθενών εμφάνισε την ισχυρότερη θετική συσχέτιση με το χρονικό διάστημα θεραπείας CPAP σε μήνες ($\rho = 0,40$, $p < 0,01$). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι η μακροχρόνια παραμονή στη θεραπεία CPAP συνδέεται άμεσα με τη σταδιακή και σταθερή αναβάθμιση της ψυχικής και συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών (βλ. Διαγραμμα 1).



Διάγραμμα 2. Διασποράς μεταξύ του Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας CPAP (σε μήνες) και της Ψυχικής Ευεξίας (WHO 5)

Επιπλέον, εντοπίστηκε μια ιδιαίτερα ισχυρή, αρνητική και στατιστικά εξαιρετικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χρονικού διαστήματος θεραπείας και της ημερήσιας

υπνηλίας ($\rho = -0,52, p < 0,001$). Η ισχυρή αυτή αρνητική συνάφεια επιβεβαιώνει ότι όσο περισσότεροι οι μήνες χρήσης της συσκευής CPAP, τόσο μειώνονται δραστικά τα επίπεδα της ημερήσιας υπνηλίας (βλ. Διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3. Διασποράς μεταξύ Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας (CPAP) και Ημερήσιας Υπνηλίας Διάγραμμα Διασποράς μεταξύ του Χρονικού Διαστήματος Θεραπείας CPAP (σε μήνες) και της Ημερήσιας Υπνηλίας (essp_score).

Αντίθετα, η άμεση γραμμική συσχέτιση μεταξύ ευεξίας και ημερήσιας υπνηλίας στο παρόν δείγμα δεν άγγιξε τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ($\rho = -0,22, p > 0,05$).

Σε αντίθεση με τα κίνητρα του συντρόφου και της υγείας, η συσχέτιση μεταξύ της ευεξίας και της καθοδήγησης από τον θεράποντα ιατρό δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p = 0,19$, $p > 0,05$). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι, αν και ο ιατρικός παράγοντας αποτελεί ισχυρό εξωτερικό κίνητρο για τη συμμόρφωση (όπως αναδείχθηκε στην περιγραφική ανάλυση), δεν συνδέεται άμεσα με την ευεξία του ασθενούς.

Τέλος, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των ίδιων των υποκλιμάκων των κινήτρων. Συγκεκριμένα, η καθοδήγηση του ιατρού σχετίζεται θετικά με την επιρροή του συντρόφου ($p = 0,31$, $p < 0,05$) και με το ενδιαφέρον για την προσωπική υγεία ($p = 0,35$, $p < 0,05$), αναδεικνύοντας μια δυναμική μεταξύ των διαφορετικών πηγών παρακίνησης των ασθενών. Αναφορικά με την ηλικία και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ευεξία ή τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου ($p > 0,05$).

4.4.2 Συγκρίσεις μεταξύ Ομάδων (Mann-Whitney U Test)

Στην ενότητα αυτή εξετάστηκε η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, με βάση το κρίσιμο όριο των ωρών χρήσης της συσκευής CPAP ανά νύχτα. Για να δούμε πως διαφοροποιούνται τα επίπεδα της ευεξίας του δείγματος χωρίστηκε σε δύο ομάδες: σε όσους έκαναν λιγότερες από 4 ώρες ανά νύχτα, ($N=6$) και σε όσους χρησιμοποιούσαν τη συσκευή για περισσότερες από 4 ώρες ανά νύχτα, ($N=46$). Λόγω της μη κανονικότητας των δεδομένων, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος **Mann-Whitney U** (Πίνακας 9).

Η ανάλυση ανέδειξε σημαντική διαφοροποίηση στα επίπεδα ευεξίας μεταξύ των δύο ομάδων ($U = 40,50$, $p = 0,005$). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν τη συσκευή CPAP συστηματικά από 4 ώρες ή περισσότερες ανά νύχτα παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη ευεξία σε σχέση με τους ασθενείς που τη χρησιμοποιούσαν λιγότερο από 4 ώρες.

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει κλινικά ότι η επαρκής διάρκεια νυχτερινής χρήσης της συσκευής σχετίζεται άμεσα με την ευεξία των ασθενών, δικαιολογώντας τη σημασία του διεθνούς ορίου των 4 ωρών ως δείκτη επιτυχημένης και αποτελεσματικής θεραπείας.

Πίνακας 9. Διαφορές στα επίπεδα Ευεξίας) με βάση τις Ώρες Χρήσης CPAP

Ομάδα Συμμόρφωσης	n	Διάμεσος (Median)	Στατιστικό U	Στατιστική Σημαντικότητα (p)
Χαμηλή Συμμόρφωση (< 4 ώρες)	6	54,00		
Υψηλή Συμμόρφωση (>4 ώρες)	46	90,00	40,50	0,005

4.4.3 Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση

Για τον προσδιορισμό των κλινικών και σωματομετρικών παραγόντων που προβλέπουν τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών, εφαρμόστηκε η μέθοδος της **Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression)**. Ως εξαρτημένη μεταβλητή (dependent variable) του μοντέλου ορίστηκε η Ευεξία των ασθενών (WHO 5_SCORE). Ως ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες εισήχθησαν ταυτόχρονα στο μοντέλο η ηλικία, η ημερήσια υπνηλία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI), καθώς και ο μέσος όρος ωρών χρήσης της συσκευής CPAP ανά νύχτα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 9.

Πίνακας 10. Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση για την Πρόβλεψη της Ψυχικής Ευεξίας (WHO-5)

Μεταβλητές	Μη Τυποποιημένοι Συντελεστές (b)	Τυπικό Σφάλμα (SE)	Στατιστικό t	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	Δείκτης VIF
Σταθερός Όρος (Intercept)	67,80	22,49	3,01	0,004	[22,55 ,113,04]	—
Ηλικία (έτη)	0,42	0,27	1,57	0,124	[-0,12 ,0,97]	1,03
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)	-0,80	0,44	-1,85	0,071	[-1,68 ,0,07]	1,02
Συμμόρφωση στη Θεραπεία CPAP (>4 ώρες)	23,91	8,72	2,74	0,008	[6,37 ,41,45]	1,16
Ημερήσια Υπνηλία (ESS)	-0,81	0,77	-1,06	0,296	[-2,37 ,0,74]	1,12

Σημείωση: $R = 0,499$, $R^2 = 0,249$, Adjusted $R^2 = 0,185$, $F(4, 47) = 3,90$, $p = 0,008$, $N = 52$.

Το συνολικό παλινδρομικό μοντέλο βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(4, 47) = 3,90$, $p = 0,008$) και φάνηκε να ερμηνεύει το 24,9% της συνολικής διακύμανσης της συναισθηματικής ευεξίας του δείγματος ($R = 0,50$, $R^2 = 0,25$, Adjusted $R^2 = 0,19$).

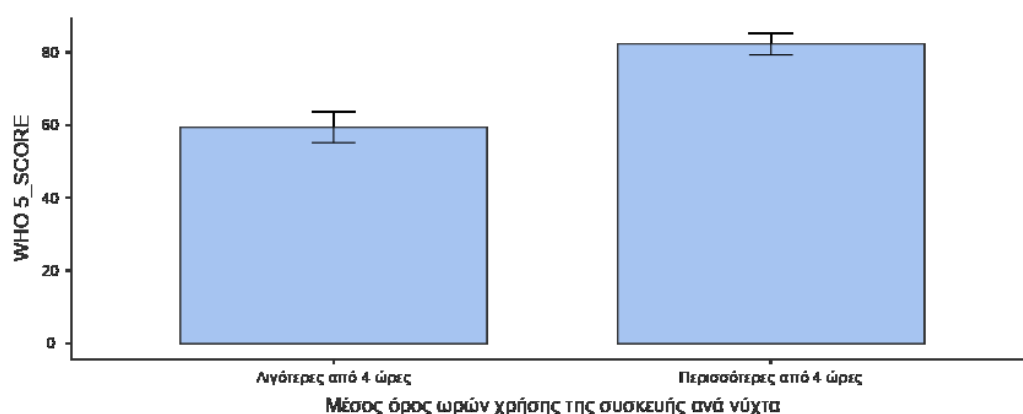
Από την εξέταση των επιμέρους συντελεστών παλινδρόμησης, ο μοναδικός στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ευεξίας αναδείχθηκε η συστηματική χρήση της συσκευής CPAP για περισσότερες από 4 ώρες ανά νύχτα.

Συγκεκριμένα, όταν οι επιδράσεις της υπνηλίας και του σωματικού βάρους διατηρούνται σταθερές, οι ασθενείς που επιτυγχάνουν επαρκή νυχτερινή συμμόρφωση

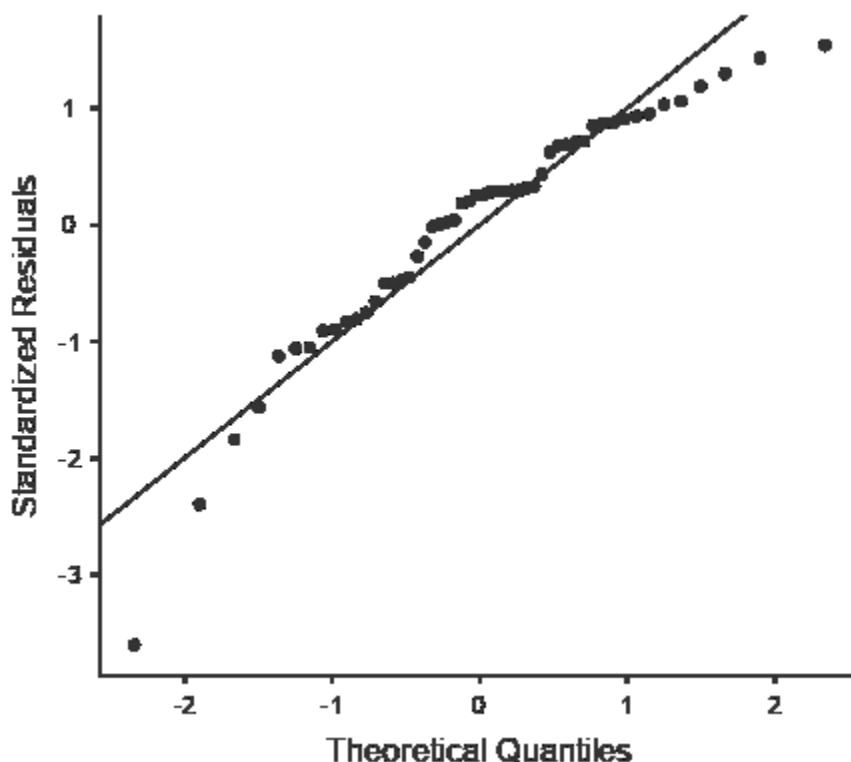
(>4 ώρες) παρουσιάζουν κατά μέσο όρο 23,91 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ευεξίας WHO-5 σε σχέση με εκείνους που την χρησιμοποιούν λιγότερες ώρες. (<4 ώρες). Η τιμή του δείκτη VIF (1,16) Η υψηλή τιμή του τυποποιημένου συντελεστή ($b = 1,16$) είναι εξαιρετικά χαμηλή (κοντά στη μονάδα), αποκλείοντας το ενδεχόμενο πολυσυγγραμμικότητας.

Αντίθετα, η Ηλικία ($b = 0,42$, $p > 0,05$) και η Ημερήσια Ύπνηλία ($b = -0,81$, $p > 0,05$) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη επίδραση στην ευεξία εντός του μοντέλου. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) εμφάνισε μια αρνητική κατεύθυνση στην επίδρασή του, υποδηλώνοντας ότι το αυξημένο σωματικό βάρος συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα βιοματικής ευεξίας, χωρίς ωστόσο η σχέση αυτή να αγγίζει τα αυστηρά όρια της στατιστικής σημαντικότητας ($p > 0,05$) στο παρόν δείγμα.

Αν αναπαραστήσουμε τα παραπάνω με διαγράμματα θα γίνει αμέσως αντιληπτό ότι οι ασθενείς που επιτυγχάνουν επαρκή νυχτερινή συμμόρφωση (περισσότερες από 4 ώρες) εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο ψυχικής ευεξίας σε σχέση με την ομάδα της χαμηλής συμμόρφωσης (λιγότερες από 4 ώρες), επιβεβαιώνοντας οπτικά τον ισχυρό θετικό συντελεστή ($b = 23,91$) της παλινδρόμησης όπως φαίνεται στο ραβδόγραμμα.



Ραβδόγραμμα. μέσων τιμών της ψυχικής ευεξίας (WHO-5) σε συνάρτηση με τη συμμόρφωση στη θεραπεία CPAP (όριο 4 ωρών ανά νύχτα)



Διάγραμμα 4. Έλεγχος κανονικότητας των σφαλμάτων (Residuals Q-Q Plot) του μοντέλου.

Ενώ στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η κανονικότητα του μοντέλου, η οποία αξιολογήθηκε οπτικά μέσω του διαγράμματος κανονικών ποσοστημορίων. Όπως φαίνεται στο γράφημα, η πλειοψηφία των ασθενών (μαύρες κουκκίδες) βρίσκεται πάνω στη διαγώνια γραμμή αναφοράς. Αυτό αποδεικνύει ότι τα δεδομένα μας είναι σταθερά και έγκυρα.

Υπάρχει μόνο μία ακραία εξαίρεση στην κάτω αριστερή γωνία, η οποία όμως δεν επηρεάζει το συνολικό αποτέλεσμα, καθώς το δείγμα μας ($N=52$) είναι αρκετά μεγάλο.

Συνεπώς, το διάγραμμα επιβεβαιώνει ότι μπορούμε να εμπιστευτούμε απόλυτα τα αποτελέσματα του Πίνακα 8, που δείχνουν ότι η χρήση της συσκευής CPAP για πάνω από 4 ώρες βελτιώνει σημαντικά την ψυχική ευεξία των ασθενών.

4.5 Διευρυμένο Μοντέλο Παλινδρόμησης με την Προσθήκη των Κινήτρων Θεραπείας

Προκειμένου να διερευνηθεί αν η προσθήκη των ψυχολογικών κινήτρων ενισχύει την ευεξία των ασθενών, συγκροτήθηκε ένα δεύτερο, διευρυμένο μοντέλο Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης. Στο μοντέλο αυτό, πέρα από την Ηλικία, την ημερήσια υπνηλία, το BMI και τις Ώρες Χρήσης CPAP, εισήχθησαν ταυτόχρονα ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι τρεις υποκλίμακες των κινήτρων: η Καθοδήγηση Ιατρού η Επιρροή Συντρόφου και η Προσωπική Υγεία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Η εισαγωγή των κινήτρων αναβάθμισε σημαντικά την ερμηνευτική ισχύ του μοντέλου, η οποία πλέον ανέρχεται στο το **40,7%** ης συνολικής διακύμανσης της συναισθηματικής ευεξίας ($R = 0,64$, $R^2 = 0,41$, Adjusted $R^2 = 0,31$). Οι δείκτες VIF είναι όλοι πολύ χαμηλοί (κάτω από 1,6), πράγμα που σημαίνει ότι η ανάλυσή μας είναι απόλυτα σταθερή και έγκυρη.

Από την ανάλυση των επιμέρους δεικτών, ο ισχυρότερος θετικός προβλεπτικός παράγοντας της ευεξίας αναδείχθηκε το **κίνητρο της επιρροής του συντρόφου** ($b = 13,15$, $p = 0,007$). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η σταθερή υποστήριξη και η θετική πίεση από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη βιωματική ποιότητα ζωής και την ψυχική ισορροπία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Παράλληλα, ο **Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)** κατέστη στατιστικά σημαντικός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($b = -0,94$, $t = -2,16$, $p = 0,026$). Συγκεκριμένα, για κάθε μονάδα αύξησης του BMI, η βαθμολογία ευεξίας μειώνεται κατά 0,94 μονάδες, γεγονός που αναδεικνύει το αυξημένο σωματικό βάρος ως επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική υγεία των ασθενών με υπνική άπνοια.

Επιπλέον η ηλικία έγινε επίσης σημαντική ($b = 0,54$, $t = 2,13$, $p = 0,039$). Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία στο δείγμα μας, οι ασθενείς αναφέρουν ελαφρώς καλύτερη ψυχική ευεξία (κατά 0,54 μονάδες ανά έτος). Αντίθετα, με την ταυτόχρονη παρουσία των κινήτρων στο μοντέλο, ο μέσος όρος των ωρών χρήσης της συσκευής CPAP έχασε τη στατιστική του σημαντικότητα ($b = 10,64$ $t = 1,18$, $p = 0,243$), υποδηλώνοντας ότι σημαντική επίδρασή στην ευεξία αποτέλεσε η επιρροή του συντρόφου. Τέλος, η ημερήσια υπνηλία ($p = 0,769$), το κίνητρο της προσωπικής υγείας ($p = 0,188$) και η καθοδήγηση του ιατρού ($p = 0,968$) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ευεξία.

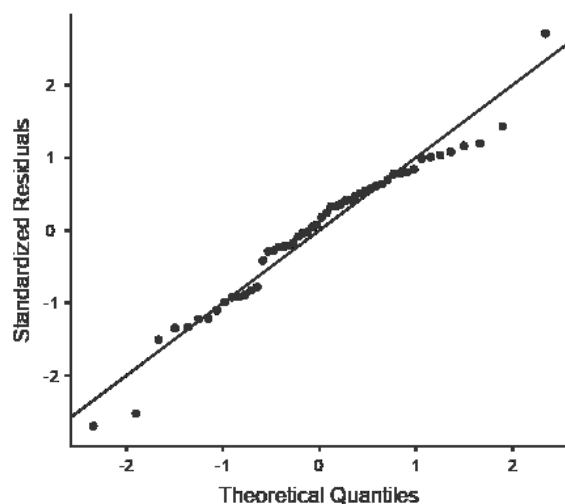
Πίνακας 11. Διευρυμένο Μοντέλο Παλινδρόμησης για την Πρόβλεψη της Ευεξίας (WHO-5) με την Ενσωμάτωση Κινήτρων

Μεταβλη- τές (Προβλεπ- τές)	Συντελεσ- τής b	Στατιστ- ικό t	Σημαντικό τητα (p)	Τυποποιημ ένος Συντελεστ ής (β)	Δείκτ ης VIF
Σταθερός Όρος (Intercept)	25,35	0,76	0,450	—	—
Ηλικία (έτη)	0,54	2,13	0,039	0,25	1,05
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)	-0,94	-2,30	0,026	-0,28	1,08
Ημερήσια Υπνηλία (ESS)	-0,04	-0,05	0,961	-0,01	1,29
Επιρροή Συντρόφο υ	13,15	2,81	0,007	0,41	1,61
Προσωπι- κή Υγεία	4,06	1,43	0,160	0,18	1,15

Μεταβλη- τές (Προβλεπ- τές)	Συντελεσ- τής b	Στατιστι- κό t	Σημαντικό- τητα (p)	Τυποποιημ- ένος Συντελεστ- ής (β)	Δείκτης VIF
Καθοδήγ- ηση Ιατρού	2,49	0,25	0,807	0,03	1,29
Χρήση CPAP (> 4 ώρες)	10,64	1,18	0,243	0,51	1,46

Από τα αποτελέσματα του διευρυμένου μοντέλου υποδηλώνεται σαφώς ότι η υποστήριξη και η παρότρυνση του συντρόφου αποτελεί τον ισχυρότερο θετικό παράγοντα για την ψυχική ευεξία του ασθενούς, υπερτερώντας των υπολοίπων μεταβλητών.

Όπως βλέπουμε, και από το διάγραμμα 5 ελέγχου κανονικότητας οι (μαύρες κουκκίδες) βρίσκονται σχεδόν πάνω στη διαγώνια γραμμή και ευθυγραμμίζονται σε ικανοποιητικό βαθμό κατά μήκος της διαγωνίου γραμμής. Αυτό υποδηλώνει τη βασική στατιστική παραδοχή της κανονικότητας των σφαλμάτων ενισχύοντας την αξιοπιστία, τη σταθερότητα και την εγκυρότητα των συμπερασμάτων του γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης ότι η υποστήριξη του συντρόφου ($b = 13,15$) είναι ο πιο δυνατός παράγοντας για την ψυχολογία του ασθενούς.



Διαγράμματα 5. Έλεγχος κανονικότητας των σφαλμάτων (Residuals Q-Q Plot) για το μοντέλο με τα κίνητρα.

5 Συζήτηση – Συμπεράσματα

5.1 Συζήτηση

Το Σύνδρομο της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας ο ΣΑΥΑ αποτελεί μια χρόνια και πολυπαραγοντική διαταραχή. Η νόσος προκαλεί γνωστές σωματικές και καρδιαγγειακές επιπτώσεις στην υγεία (Becker et al., 2003; Gami et al., 2005). Συμπτώματα όπως ο κατακερματισμός του ύπνου, επηρεάζει άμεσα τη νοητική λειτουργία, την ημερήσια ζωτικότητα και, κατ' επέκταση, την ψυχική ευεξία των πασχόντων (Popescu et al., 2025; Young et al., 2008).

Στην παρούσα έρευνα ο στόχος ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ευεξία των ασθενών με Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (ΣΑΑΥ) οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία με συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP). Η αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας του δείγματος ($N = 52$) βασίστηκε στην κλίμακα WHO-5. Όπως επισημαίνουν οι Torpp et al. (2015), αλλά και ένα ευρύ σώμα βιβλιογραφίας (Bradburn, 1969, Diener, 1984, Ryff, 1989, Seligman, 2011), ο δείκτης αυτός προσφέρει μια ολιστική αποτύπωση της υποκειμενικής ευεξίας εστιάζοντας στα θετικά συναισθήματα και στην ψυχική ισορροπία, και όχι απλώς στην απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ο ερευνητικός σχεδιασμός της μελέτης χωρίστηκε σε δύο διαδοχικά στάδια. Αρχικά, εξετάστηκε η επίδραση των σωματικών-κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την άμεση επίδραση με την θεραπείας CPAP. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο διερευνήθηκε πώς η αντικειμενική νυχτερινή συμμόρφωση στη συσκευή (ώρες χρήσης), η ηλικία, το σωματικό βάρος (BMI) και η υποκειμενική ημερήσια υπνηλία (ESS) επιδρούν συνδυαστικά στην ψυχική ευεξία των ασθενών (Torpp et al., 2015; OECD, 2025).

Σε αυτό το πρώτο επίπεδο ανάλυσης, η συμμόρφωση στη θεραπεία CPAP (σε περισσότερες από 4 ώρες χρήσης ανά νύχτα) αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος παράγοντας της ευεξίας ($b = 24\%$, $p = 0,008$). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι η ποιοτική ποσότητα ύπνου αναβαθμίζει

άμεσα την λειτουργικότητα του ασθενή. Κάτι τέτοιο επιβεβαιώνεται και βρίσκεται ,σε πλήρη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (Bjornsdottir et al., 2014; Moyer et al., 2001; Wildenauer et al., 2026). Αντίθετα, η ημερήσια υπνηλία (ESS) δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση ($p = 0,296$). Η έλλειψη σημαντικότητας της υπνηλίας ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η πλειονότητα των ασθενών του δείγματος παρουσίασε αισθητή και άμεση βελτίωση στο σύμπτωμα της ημερήσιας υπνηλίας από την πρώτη ημέρα έναρξης χρήσης του μηχανήματος (Angelelli et al., 2020, Simoes et al., 2018, Zhou et al., 2016).

Συμπληρωματικά και σε δεύτερο στάδιο, η έρευνα επεκτάθηκε πέρα από τα κλινικά δεδομένα, στην διερεύνηση των κινήτρων που επιδρούν στην απόφαση για την έναρξη και την συνέχιση της θεραπείας. Η ενσωμάτωση αυτή βασίστηκε στη προσέγγιση των Olsen, Smith, Oei, & Douglas (2011) και στην ανάπτυξη της κλίμακας «*Cues to CPAP Use Questionnaire*» . Οι ερευνητές αυτοί εισήγαγαν την ιδέα ότι η πορεία ενός ασθενούς με ΣΑΥΑ δεν καθορίζεται μόνο από κλινικούς δείκτες, αλλά από ένα πλέγμα εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που λειτουργούν ως κινητήριες δυνάμεις για τη διαχείριση της υγείας του.

Πράγματι, η εισαγωγή των κινήτρων ανέδειξε την ερμηνευτική ισχύ του μοντέλου στο 40,7% ($R^2 = 0,407$, $p = 0,015$). Στο διευρυμένο αυτό μοντέλο, η Επιρροή του/της Συντρόφου αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος παράγοντας της ευεξίας ($b = 13,15$, $p = 0,007$), ενώ οι ώρες χρήσης του CPAP έχασαν τη στατιστική τους σημαντικότητα ($p = 0,317$). Το αποτέλεσμα αυτό επαληθεύεται από την θεωρία των Olsen et al. (2011). Οπού η ψυχολογία των πασχόντων φαίνεται να επηρεάζεται πολύ περισσότερο από τις διαπροσωπικές σχέσεις και το αμέσου υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε σχέση με την ιατρική καθοδήγηση ή από την χρήση της συσκευής (Sawyer et al., 2011, Matsuoka et al., 2023). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την διεθνή βιβλιογραφία τονίζοντας ότι το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, και ιδιαίτερα η στάση του/της συντρόφου (συμπεριλαμβανομένης της κοινής επιδίωξης για μείωση του ροχαλητού και βελτίωση του κοινού ύπνου), αποτελεί τον ισχυρότερο καταλύτη για την αποδοχή της θεραπείας (Matsuoka et al., 2023, Sawyer et al., 2011, Tatti et al., 2021).

Παράλληλα, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) κατέστη σημαντικός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($b = -0,94$, $p = 0,036$), υπογραμμίζοντας ότι το αυξημένο σωματικό βάρος δρα επιβαρυντικά στην ψυχική υγεία των ασθενών (Scarpina et al., 2021; Marshall et al., 2008b). Αντίθετα, η ηλικία εμφάνισε θετική στατιστική σημαντικότητα ($b = 0,54$, $p = 0,039$), γεγονός που αποδίδεται στην υψηλότερη ψυχολογική ανθεκτικότητα και στους καλύτερους μηχανισμούς προσαρμογής που αναπτύσσουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς απέναντι σε χρόνιες παθήσεις (Aksakal et al., 2025).

5.2 Περιορισμοί της Έρευνας

Παρά τα σημαντικά αυτά ευρήματα, η παρούσα μελέτη έχει και ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία τους. Πρώτον, το μέγεθος του δείγματος ($N = 52$) είναι σχετικά μικρό, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον ελληνικό πληθυσμό με ΣΑΑΥ. Δεύτερον στο τελικό μοντέλο δεν συνυπολογίστηκαν αντικειμενικοί δείκτες από την πολυπνοιογραφία, ή άλλες ιατρικές συν νοσηρότητες (Weaver & George, 2012). Η επιλογή αυτή έγινε με γνώμονα τη διασφάλιση της εφικτότητας της ερευνητικής διαδικασίας, προκειμένου να δοθεί αποκλειστική έμφαση και εστίαση στην υποκειμενική αντίληψη της ευεξίας και στα ψυχολογικά κίνητρα των ασθενών, χωρίς την παρεμβολή ιατρικών παθήσεων.

5.3 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η έρευνα καταλήγει σε δύο κεντρικά διαπιστώσεις για την ψυχική ευεξία των ασθενών με υπνική άπνοια. Από τη μία πλευρά, όσο περισσότερες ώρες χρησιμοποιούν οι ασθενείς την συσκευή CPAP τόσο πιο γρήγορα υποχωρούν τα κλινικά συμπτώματα . Παράλληλα, υπάρχει σημαντική βελτίωση άμεσα και στη λειτουργικότητα του ατόμου. Από την άλλη πλευρά, η εισαγωγή των ψυχολογικών κινήτρων αποδεικνύει ότι η διαχείριση της νόσου δεν είναι μια στενά μηχανική διαδικασία. Η υποστήριξη, από την επιρροή του/της

συντρόφου λειτουργούν ως ο ισχυρότερος καταλύτης για την ψυχική ευεξία του ασθενούς, ξεπερνώντας ακόμα την ίδια την ιατρική καθοδήγηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akashiba, T., Kawahara, S., Akahoshi, T., Nishitateno, K., Tajima, T., Majima, T., ... & Horie, T. (2002). Relationship between quality of life and compliance with continuous positive airway pressure (CPAP) in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep and Breathing*, 6(4), 199–207.
- Aksakal, E., Aksakal, A., Kaya, F., Kerget, B., Afşin, D. E., & Araz, O. (2025). Psychological resilience as a mediator between sleep quality and mental well-being in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *BMC Psychology*, 13(1), 979–989.
- American Sleep Disorders Association & AASM Task Force. (1999). Sleep-related breathing disorders in adults: Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep*, 22(5), 667–689.
- Angelelli, G., Bosi, M., Lamberti, C., Negri, E., Novelli, L., & Poletti, V. (2020). Daytime sleepiness, fatigue, and functional impairment in obstructive sleep apnea: The role of treatment compliance. *Respiratory Medicine*, 168, Article 105980.
- Becker, H. F., Jerrentrup, A., Ploch, T., Grote, L., Penzel, T., Sullivan, C. E., & Peter, J. H. (2003). Effect of continuous positive airway pressure on increased arterial blood pressure in patients with obstructive sleep apnea. *Circulation*, 107(1), 68–73.
- Bjornsdottir, E., Keenan, B. T., Benediktsdottir, G. I., Gislason, T., Pack, A. I., & Benediktsdottir, B. (2014). Quality of life and well-being in patients with obstructive sleep apnea before and after CPAP therapy. *Sleep*, 37(7), 1239–1248.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Brostrom, A., Alimradi, Z., & Pakpour, A. H. (2020). Editorial: A good sleep: The role of factors in psychosocial health. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 609241.

- Chai-Coetzer, C. L., Antic, N. A., & McEvoy, R. D. (2015). Identifying and managing sleep disorders in primary care. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(5), 412–424.
- D'Ambrosio, C., Bowman, T., & Mohsenin, V. (1999). Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Effect of nasal continuous positive airway pressure. *Chest*, 115(1), 123–129.
- Dickens, C. (1836). *The Posthumous Papers of the Pickwick Club*. Chapman and Hall.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1-2), 189–216.
- Dinges, D. F., Pack, F., Williams, K., Gillen, K. A., Powell, J. W., Ott, G. E., Aptowicz, C., & 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.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- Forgeard, M. J., Jayawickreme, E., Kern, M. L., & Seligman, M. E. (2011). Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 79–106.
- Gami, A. S., Pressman, G., Caples, S. M., Kanagala, R., Gard, J. J., Davison, D. E., ... & Somers, V. K. (2005). Association of obstructive sleep apnea and atrial fibrillation. *Circulation*, 112(4), 572–577.
- Gay, P., Weaver, T., Loubé, D., & Iber, C. (2006). Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. *Sleep*, 29(3), 381–401.
- Harris, M., Glozier, N., Ratnavadivel, R., & Grunstein, R. R. (2009). Obstructive sleep apnea and psychological well-being: A longitudinal study of CPAP effects. *European Respiratory Journal*, 34(4), 890–896
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. Academic Press.

- Hobzova, M., Prasko, J., Vanek, J., Westova, K., & Sova, M. (2011). Psychological well-being and depression scales in patients with OSAS treated with CPAP. *Biomedical Papers*, 155(4), 377–381
- Horne, J. A., & Reyner, L. A. (1995). Sleep related vehicle accidents. *BMJ*, 310(6979), 565–567.
- Karaman, E., Kaya, A., Tokur, O., Yalcin, M., & Yilmaz, S. (2026). The compounding effects of smoking on airway inflammation and clinical severity in obstructive sleep apnea syndrome. *Clinical Respiratory Journal*, 20(1), e13901.
- Κοντακιώτης, Θ. Ν. (2020). Ενότητα 10: Διαταραχές αναπνοής στον ύπνο. Στο *Πνευμονολογία: Κλινική και διαγνωστική προσέγγιση* (σελ. 333–346). University Studio Press.
- Koutsourelakis, I., et al. (2006). Predictors of response to continuous positive airway pressure therapy in severely obese patients with obstructive sleep apnea. *Chest*, 130(4), 1011–1018.
- Kryger, M. H. (1983). Sleep apnea: From the needles of Dionysius to continuous positive airway pressure. *Archives of Internal Medicine*, 143(12), 2301-2303.
- Loreda, J. S., Ancoli-Israel, S., & Dimsdale, J. E. (1999). Effect of continuous positive airway pressure vs placebo CPAP on sleep quality in obstructive sleep apnea. *Sleep*, 22(7), 864–869.
- Labarca, G., Saavedra, D., Dreyse, J., Jorquera, J., & Barbe, F. (2020). Efficacy of CPAP for improvements in sleepiness, cognition, mood, and quality of life in elderly patients with OSA: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Chest*, 158(2), 751–764.
- Μηναρατζόγλου, Α. (2022). *Οδηγός-Εγχειρίδιο Εργαστηρίου Ύπνου*. Αθήνα.
- Morrow, V., & Mayall, B. (2009). What is wrong with 'well-being'? Children, childhoods and children's economies. *International Journal of Children's Rights*, 17(2), 217–229.
- Motloba, D. P., et al.(2015). Epidemiological burden and gender-specific prevalence of obstructive sleep apnea syndrome. *Global Health Perspectives*.

- Naismith, S., et al. (2004). Psychological well-being, neuropsychological functioning and CPAP compliance in obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 1(2), 135–141.
- OECD. (2025). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being: Updated Framework and New Indicators*. OECD Publishing.
- Ohayon, M. M. (2003). The effects of obstructive sleep apnea on sleep architecture and psychological health in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 315–322.
- Olsen, S., Smith, S. S., Oei, T. P. S., & Douglas, J. (2012). Motivational interviewing (MINT) improves continuous positive airway pressure (CPAP) acceptance and adherence: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 151–163.
- Popescu, C., et al. (2025). The impact of daytime fatigue and cognitive alertness on social functionality in sleep apnea patients. *Sleep Medicine Reviews*, 72, Article 101850.
- Pilcher, J. J., & Huffcutt, A. I. (1996). Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 19(4), 318–326.
- Roehrs, T., Timms, V., Zwyghuizen-Doorenbos, A., & Roth, T. (1989). Sleep extension in sleepy and alert normals. *Sleep*, 12(5), 449–457.
- Roehrs, T., Zwyghuizen-Doorenbos, A., Timms, V., Zorick, F., & Roth, T. (1989). Sleep extension, enhanced alertness and the sedating effects of ethanol. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 34(2), 321–326.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Sanchez, A., et al. (2009). Psychological symptoms and well-being changes following CPAP adherence in patients with severe obstructive sleep apnea. *Respiratory Medicine*, 103(11), 1681–1687.

- Saunamäki, S., & Jehkonen, M. (2007). Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: A review. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116(5), 277–288.
- Sawyer, A. M., Gooneratne, N. S., Marcus, C. L., Ofer, D., Richards, K. C., & Weaver, T. E. (2011). A systematic review of CPAP adherence across predictors: Where do we go from here? *Sleep Medicine Reviews*, 15(6), 403–415.
- Scarpina, F., et al. (2021). Psychological well-being, anxiety, and depression in obese patients affected by obstructive sleep apnea syndrome. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 638847.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Sforza, E., & Roche, F. (2012). Chronic sleep deprivation and subjective well-being in elderly patients with obstructive sleep apnea. *European Respiratory Journal*, 40(5), 1182–1189.
- Simoes, V., et al. (2018). Daytime sleepiness, functional outcomes, and mood changes in patients with obstructive sleep apnea under CPAP treatment. *Sleep Science*, 11(2), 85–91.
- Statham, J., & Chase, E. (2010). *Child wellbeing: A brief overview of contemporary research*. Childhood Wellbeing Research Centre.
- Tatti, V., et al. (2021). Beyond AHI: The role of personality traits and social support in CPAP compliance and psychological well-being. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(8), 1621–1630.
- Thomas, J. (2009). Working with well-being: A review of the literature on subjective well-being and public policy. *Health Promotion International*, 24(4), 412–421.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
- Vaessen, P., et al. (2015). Obstructive sleep apnea and the risk of occupational and traffic accidents: A prospective cohort study. *Accident Analysis & Prevention*, 76, 45–52.

- Voulgaris, P., et al. (2026). Screening for Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) and assessment of related knowledge in an adult population from the region of Attica, Greece
- Weaver, T. E., & George, C. F. (2012). Adherence to continuous positive airway pressure therapy. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(2), 173–178.
- Weaver, T. E., Kribbs, N. B., Pack, A. I., Kline, L. R., Chugh, D. K., Maislin, G., Smith, P. L., Schwartz, A. R., Schubert, N. M., Gillen, K. A., & Dinges, D. F. (1997). Night-to-night variability in CPAP use over the first three months of treatment. *Sleep*, 20(4), 278–283.
- Wildenauer, A., Schobel, C., Eggert, T., & Braun, M. (2026). Health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnea – a systematic review update assessing the quality of measurement properties of patient-reported outcome measures. *Sleep and Breathing*, 30(2), 543–562.
- Young, T., et al. (2008). Obstructive sleep apnea and truck drivers: Risk of traffic accidents and the benefits of treatment. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177(12), 1300–1305.
- Zhou, J., et al. (2016). Effects of CPAP on daytime sleepiness and psychological well-being in patients with obstructive sleep apnea: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 25, 21–29.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

**Τίτλος: Αξιολόγηση της ευεξίας/ευρωστίας ατόμων με Σύνδρομο Αποφρακτικής
Άπνοιας Ύπνου**

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα
2. **Επίπεδο Εκπαίδευσης:**
 - ☐ Πρωτοβάθμια
 - ☐ Δευτεροβάθμια (Δημοτικό/Γυμνάσιο Λύκειο/ΙΕΚ)
 - ☐ Τριτοβάθμια (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
 - ☐ Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές Σπουδές
3. **Ηλικία:** _____ έτη
4. **Βάρος (kg):** _____ / **Ύψος (cm):** _____ (Για υπολογισμό **BMI**)
5. **Κάπνισμα:** ☐ Μη καπνιστής ☐ Πρώην καπνιστής ☐ Νυν καπνιστής
6. **Βαρύτητα Άπνοιας (Αρχικό ΑΗΙ προ θεραπείας):**
☐ (Ηπια) ☐ (Μέτρια) ☐ (Σοβαρή)
7. **Συνολικό χρονικό διάστημα θεραπείας CPAP:**

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ (Motivation Scale)

*Πόσο σημαντικός ήταν κάθε λόγος για την απόφασή σας να ξεκινήσετε το CPAP;
(0: Καθόλου σημαντικό, 1: Λίγο, 2: Μέτρια, 3: Εξαιρετικά σημαντικό)*

Λόγοι Έναρξης Θεραπείας	0	1	2	3
1. Ο γιατρός μου είπε ότι πρέπει να το χρησιμοποιήσω	☐	☐	☐	☐
2. Ανησυχούσα για την εμφάνιση καρδιακών προβλημάτων	☐	☐	☐	☐
3. Ο/Η σύντροφός μου δεν μπορούσε να κοιμηθεί (ροχαλητό)	☐	☐	☐	☐
4. Ο γιατρός μου ανησυχούσε για τις άπνοιές μου	☐	☐	☐	☐
5. Μετά από συμβουλή φίλου/γνωστού	☐	☐	☐	☐
6. Ο/Η σύντροφός μου με ενθάρρυνε να το ξεκινήσω	☐	☐	☐	☐
7. Ανησυχούσα για τις γενικές επιπτώσεις στην υγεία μου (Πρόληψη)	☐	☐	☐	☐
8. Ένιωθα έντονη κούραση και έλλειψη ζωτικότητας	☐	☐	☐	☐
9. Φοβόμουν για την πιθανότητα τροχαίου ατυχήματος	☐	☐	☐	☐

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ WHO-5

Πώς νιώθατε τις τελευταίες 2 εβδομάδες υπό θεραπεία CPAP; (0: Ποτέ, 5: Όλη την ώρα)

Ερώτηση	0	1	2	3	4	5
1. Ένιωθα χαρούμενος/η και με καλή διάθεση	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ένιωθα ηρεμία και χαλάρωση	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ένιωθα δραστήριος/α και ζωτικός	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ξυπνούσα νιώθοντας φρέσκος/ια και ξεκούραστος/η	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Η ζωή μου ήταν γεμάτη πράγματα που με ενδιαφέρουν ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΚΛΙΜΑΚΑ ΥΠΙΝΗΛΙΑΣ EPWORTH (ESS)

Ποια είναι η πιθανότητα να σας πάρει ο ύπνος στις παρακάτω περιπτώσεις;
(0:Καμία πιθανότητα, 1:Μικρή, 2:Μέτρια, 3:Μεγάλη)

Κατάσταση	0	1	2	3
1. Καθισμένος/η και διαβάζοντας	☐	☐	☐	☐
2. Βλέποντας τηλεόραση	☐	☐	☐	☐
3. Σε δημόσιο χώρο (π.χ. θέατρο, συνάντηση)	☐	☐	☐	☐
4. Επιβάτης σε αυτοκίνητο για μία ώρα χωρίς στάση	☐	☐	☐	☐
5. Ξαπλωμένος/η για ξεκούραση το απόγευμα	☐	☐	☐	☐
6. Καθισμένος/η και συζητώντας με κάποιον	☐	☐	☐	☐
7. Καθισμένος/η ήσυχα μετά από γεύμα (χωρίς αλκοόλ)	☐	☐	☐	☐
8. Στο αυτοκίνητο, σταματημένος/η στην κίνηση	☐	☐	☐	☐

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.