

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ — ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων»

**Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην
Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών**

υπό
Σιώπης Γεώργιος

Μεταπτυχιακή Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Στέφανος Μαντζούκας

Ιωάννινα 2026

© Σιώπης Γεώργιος, 2026

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS), στο εξής ΣΑΥΑ, αποτελεί συχνή και συχνά υποδιαγνωσμένη διαταραχή του ύπνου, με σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ζωή των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εις βάθος διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι ενήλικες με διαγνωσμένη ΣΑΥΑ βιώνουν την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους. Η ποιότητα ζωής έχει αναδειχθεί σε κεντρικό δείκτη έκβασης στη φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων, ωστόσο η βιωμένη της διάσταση στη ΣΑΥΑ παραμένει ελάχιστα διερευνημένη, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο.

Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με δέκα ενήλικες ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Ιατρείο Ύπνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημιδομημένων, πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεων και αναλύθηκαν με αναστοχαστική θεματική ανάλυση, εντός μιας ερμηνευτικής φαινομενολογικής προσέγγισης. Το μέγεθος του δείγματος τεκμηριώθηκε με βάση την έννοια της πληροφοριακής ισχύος. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν τόσο στο κλινικό περιβάλλον όσο και κατ' οίκον και απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί.

Από την ανάλυση προέκυψαν πέντε αλληλένδετες θεματικές ενότητες. Η νόσος αναγνωριζόταν αρχικά μέσα από το βλέμμα των οικείων, βιώνόταν ως διάβρωση της καθημερινής και της γνωστικής ικανότητας, μετέτρεπε τον εαυτό σε πηγή κινδύνου, επέφερε σημαντικό συναισθηματικό φορτίο με κοινωνική και συντροφική απόσυρση και, τέλος, οδηγούσε σε μια μεταστροφή κατά την οποία η θεραπεία βιώνόταν ως ριζική βελτίωση.

Συμπερασματικά, η επίδραση της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής αναδεικνύεται ως πολυδιάστατη, δυναμική και σχεσιακή εμπειρία, η οποία δεν αποτυπώνεται πλήρως από τους αντικειμενικούς δείκτες της νόσου. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία μιας ανθρωποκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας, που εστιάζει στην έγκαιρη αναγνώριση, στην εκπαίδευση, στην ψυχολογική και τη συντροφική υποστήριξη και στην ενημέρωση των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας, ποιότητα ζωής, ποιοτική έρευνα, αναστοχαστική θεματική ανάλυση, βιωμένη εμπειρία, νοσηλευτική φροντίδα.

ABSTRACT

Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) is a common and frequently underdiagnosed sleep disorder with significant effects on the physical, psychological and social life of patients. The aim of the present study was to explore in depth the way in which adults with diagnosed OSAS experience the effect of the disease on their quality of life. Quality of life has become a central outcome in the care of chronic conditions, yet its lived dimension in OSAS remains little explored, particularly in the Greek context.

A qualitative study was conducted with ten adult patients followed at the Sleep Clinic of the University General Hospital of Ioannina. Data were collected through semi-structured, face to face interviews and analysed using reflexive thematic analysis within an interpretive phenomenological approach. The sample size was justified on the basis of the concept of information power. Interviews were conducted both in the clinical setting and at participants' homes and were transcribed verbatim.

The analysis produced five interrelated themes. The disease was initially recognised through the eyes of family members, was experienced as an erosion of daily and cognitive capacity, transformed the self into a source of danger, imposed a substantial emotional burden with social and marital withdrawal and, finally, led to a turning point in which treatment was experienced as a profound improvement.

In conclusion, the effect of OSAS on quality of life emerges as a multidimensional, dynamic and relational experience that is not fully captured by the objective indices of the disease. The findings underline the importance of person centred nursing care that focuses on early recognition, education, psychological and partner support and patient information.

Keywords Obstructive Sleep Apnea Syndrome, quality of life, qualitative research, reflexive thematic analysis, lived experience, nursing care.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	ii
Περιεχόμενα.....	iii
Ευχαριστίες.....	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	4
2.1 Ερευνητική ερώτηση	4
2.2 Αιτιολόγηση και σκεπτικό της εργασίας	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	6
3.1 Το υπόβαθρο του θέματος	6
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	9
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας	10
3.4 Το ερευνητικό κενό.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	16
4.1 Επιστημολογική θεμελίωση.....	16
4.2 Μεθοδολογία.....	17
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική.....	17
4.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.....	19
4.5 Περιγραφή του δείγματος	19
4.6 Περιγραφή του χώρου.....	20
4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	20
4.8 Ηθική της έρευνας	22
4.9 Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	25
5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων.....	25
Θέμα 1. Η νόσος μέσα από το βλέμμα των οικείων	26

Θέμα 2. Η διάβρωση της καθημερινής ικανότητας	27
Θέμα 3. Ζώντας ως κίνδυνος	29
Θέμα 4. Το συναισθηματικό φορτίο και η συρρίκνωση του κοινωνικού εαυτού ..	30
Θέμα 5. Από το εμπόδιο στη «σωτηρία», προσαρμογή και ανάγκη για ενημέρωση	31
5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	35
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων	35
Η σχεσιακή αναγνώριση της νόσου	35
Η διάβρωση της λειτουργικότητας και της γνωστικής επάρκειας	36
Ο εαυτός ως πηγή κινδύνου	37
Συναισθηματικό φορτίο και κοινωνική απόσυρση	38
Η θεραπευτική μεταστροφή και οι όροι της	39
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	40
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	44
Βιβλιογραφικές αναφορές	46
Παράρτημα	53
Παράρτημα Α. Ερευνητικό Πρωτόκολλο	54
Παράρτημα Β. Ημιδομημένος Οδηγός Συνέντευξης	57
Παράρτημα Γ. Φύλλο Καταγραφής Δεδομένων	60
Παράρτημα Δ. Αίτηση έγκρισης προς το Επιστημονικό Συμβούλιο	63
Παράρτημα Ε. Ενημερωτικό Υπόμνημα Συμμετεχόντων	65
Παράρτημα ΣΤ. Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης	68

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσοι συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας. Καταρχάς, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Στέφανο Μαντζούκα, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την υποστήριξη και τις εποικοδομητικές του παρατηρήσεις καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας. Ευχαριστώ επίσης τον Καθηγητή Κωνσταντίνο Κωστίκα και το προσωπικό του Ιατρείου Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για τη διευκόλυνση της έρευνας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους συμμετέχοντες, οι οποίοι μοιράστηκαν με γενναιοδωρία την προσωπική τους εμπειρία και κατέστησαν δυνατή αυτή τη μελέτη. Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη διαρκή στήριξη και την υπομονή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS), στο εξής ΣΑΥΑ, αποτελεί την πιο συχνή αναπνευστική διαταραχή του ύπνου και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πλήρους ή μερικής απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα επεισόδια αυτά προκαλούν διαλείπουσα υποξαιμία, κατακερματισμό του ύπνου και σύντομες αφυπνίσεις, με αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα νυχτερινών και ημερήσιων συμπτωμάτων, όπως το έντονο ροχαλητό, οι μάρτυρες αναπνευστικές παύσεις, οι πρωινοί πονοκέφαλοι, ο μη αναζωογονητικός ύπνος και η υπερβολική ημερήσια υπνηλία (Lee and Sundar, 2021). Η συχνότητα της νόσου είναι ιδιαίτερα υψηλή. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση μελετών γενικού πληθυσμού, ο επιπολασμός της κυμαίνεται από εννέα έως τριάντα οκτώ τοις εκατό με βάση τον δείκτη απνοιών και υποπνοιών (Apnea-Hypopnea Index, AHI) και αυξάνεται με την ηλικία, το ανδρικό φύλο και τον αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (Senaratna *et al.*, 2017). Σε παγκόσμιο επίπεδο, ανάλυση βασισμένη στη βιβλιογραφία εκτίμησε ότι περίπου εννιάκόσια τριάντα έξι εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας τριάντα έως εξήντα εννέα ετών εμφανίζουν ήπια έως σοβαρή μορφή της νόσου, γεγονός που την καθιστά πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκόσμιας κλίμακας (Benjafiel *et al.*, 2019).

Παρά τη μεγάλη αυτή συχνότητα, η ΣΑΥΑ παραμένει σε σημαντικό βαθμό υποδιαγνωσμένη, καθώς η πλειονότητα των ασθενών με κλινικά σημαντική νόσο δεν έχει λάβει ποτέ διάγνωση (Faria *et al.*, 2021). Η κλινική της σημασία είναι ωστόσο μεγάλη, καθώς συνδέεται με γνωστική έκπτωση σε πεδία όπως η μνήμη, η προσοχή και οι εκτελεστικές λειτουργίες (Stranks and Crowe, 2016), με αυξημένο κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων που αποδίδεται στην υπερβολική ημερήσια υπνηλία (Tregear *et al.*, 2010) και με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα (Yeghiazarians *et al.*, 2021). Πέρα από τις επιμέρους αυτές συνέπειες, η νόσος επιδρά συνολικά στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην ψυχική διάθεση και στις κοινωνικές και συντροφικές σχέσεις, υπονομεύοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών σε πολλαπλά και αλληλένδετα επίπεδα (Dutt *et al.*, 2013).

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στη μελέτη ύπνου, ενώ η βασική θεραπεία πρώτης γραμμής είναι η εφαρμογή συσκευής συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP), η οποία διατηρεί ανοιχτό τον αεραγωγό κατά τη διάρκεια του ύπνου. Παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά της στη βελτίωση της υπνηλίας, της διάθεσης και της ποιότητας ζωής (McEvoy *et al.*, 2016), η συμμόρφωση των ασθενών στη χρήση της συσκευής παραμένει συχνά προκλητική και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την

ποιότητα της επικοινωνίας και της υποστήριξης που λαμβάνουν κατά την έναρξη της θεραπείας (Brostrom *et al.*, 2021). Η διαπίστωση αυτή αναδεικνύει ότι η επιτυχία της θεραπείας δεν είναι μόνο τεχνικό ζήτημα, αλλά εξαρτάται και από τη συνολική εμπειρία του ασθενούς.

Η ποιότητα ζωής έχει αναδειχθεί σε κεντρικό δείκτη έκβασης στη φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων, καθώς αποτυπώνει την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς πέρα από τους αντικειμενικούς κλινικούς δείκτες. Στη ΣΑΥΑ, η πλειονότητα των μελετών έχει προσεγγίσει την ποιότητα ζωής με ποσοτικά εργαλεία και κλίμακες, αφήνοντας λιγότερο διερευνημένο το βιωμένο νόημα της νόσου, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την επίδρασή της στην καθημερινότητά τους. Οι ποιοτικές μελέτες που έχουν διερευνήσει την εμπειρία της θεραπείας και τον ρόλο των οικείων αναδεικνύουν ένα πλούσιο βιοματικό υλικό, το οποίο τα ποσοτικά εργαλεία δύσκολα συλλαμβάνουν (Luyster *et al.*, 2016; Simon *et al.*, 2024). Η εις βάθος κατανόηση αυτής της εμπειρίας έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς φωτίζει τις ανάγκες και τις προτεραιότητες των ασθενών με τρόπο που μπορεί να καθοδηγήσει μια πιο ανθρωποκεντρική φροντίδα.

Στη διαδρομή αυτή, η νοσηλευτική φροντίδα κατέχει κομβική θέση, από την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και την εκπαίδευση στη χρήση της θεραπείας έως τη μακροχρόνια υποστήριξη της προσαρμογής του ασθενούς. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι τα νοσηλευτικά μοντέλα φροντίδας για τη νόσο μπορούν να είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα ιατρικά καθοδηγούμενα (Antic *et al.*, 2009), γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία μιας φροντίδας θεμελιωμένης στην κατανόηση της εμπειρίας του ασθενούς. Η γνώση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο και τη θεραπεία αποτελεί προϋπόθεση για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις πραγματικές τους ανάγκες.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία διερευνά την επίδραση της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής ενηλίκων ασθενών μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση που δίνει έμφαση στη βιωμένη εμπειρία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα δέκα ενηλίκων με διαγνωσμένη νόσο, οι οποίοι παρακολουθούνταν στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, και αξιοποίησε ημιδομημένες συνεντεύξεις που αναλύθηκαν με αναστοχαστική θεματική ανάλυση. Επιδίωξή της είναι να αναδείξει τις διαστάσεις της επιβάρυνσης, τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την προσαρμογή και τις ανάγκες των ασθενών για ενημέρωση και υποστήριξη, ώστε να τροφοδοτήσει τη νοσηλευτική φροντίδα με μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της εμπειρίας τους.

Η εργασία αναπτύσσεται σε επτά κεφάλαια. Στο παρόν πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται το αντικείμενο της μελέτης και η σημασία του και προδιαγράφεται η δομή της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο διατυπώνονται ο στόχος και οι επιμέρους σκοποί της έρευνας, μαζί με το ερευνητικό ερώτημα και την αιτιολόγηση της μελέτης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση, με το υπόβαθρο και τη σημασία του θέματος, τη συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, την κριτική της ανάλυση και τον εντοπισμό του ερευνητικού κενού. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται ο σχεδιασμός της έρευνας, δηλαδή η επιστημολογική θέση, η μεθοδολογία, η δειγματοληψία, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, ο χώρος και οι μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, καθώς και τα ηθικά ζητήματα. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης υπό τη μορφή θεματικών ενοτήτων. Στο έκτο κεφάλαιο τα ευρήματα συζητούνται σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, αποτιμάται η ερευνητική διαδικασία και διατυπώνονται προτάσεις. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο συνοψίζονται τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα μελέτη έχει ως κεντρικό στόχο την εις βάθος διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η διαγνωσμένη ΣΑΥΑ επιδρά στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων ασθενών. Ο στόχος αυτός υπερβαίνει την απλή καταγραφή των συμπτωμάτων και επιδιώκει να αναδείξει το νόημα που αποδίδουν οι ίδιοι οι ασθενείς στην εμπειρία της νόσου, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτή διαμορφώνει την καθημερινότητα, τις σχέσεις και την αίσθηση του εαυτού τους. Για την εξειδίκευση του στόχου τέθηκαν τρεις επιμέρους σκοποί. Ο πρώτος σκοπός αφορά την ανάδειξη των βασικών διαστάσεων της επιβάρυνσης που βιώνουν οι ασθενείς, σε σωματικό, γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο, ώστε να αποτυπωθεί το πλήρες εύρος της επίδρασης της νόσου. Ο δεύτερος σκοπός αφορά την αναγνώριση των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την προσαρμογή των ασθενών στη νόσο και στη θεραπεία, με ιδιαίτερη προσοχή στον ρόλο του οικογενειακού και του κλινικού περιβάλλοντος. Ο τρίτος σκοπός αφορά την ανάδειξη των αναγκών των ασθενών για ενημέρωση, υποστήριξη και εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ώστε τα ευρήματα να μπορούν να μεταφραστούν σε προτάσεις για την κλινική πράξη. Οι τρεις αυτοί σκοποί συνδέονται άμεσα με τους θεματικούς άξονες του οδηγού συνέντευξης και κατευθύνουν τόσο τη συλλογή όσο και την ανάλυση των δεδομένων.

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Με βάση τον στόχο και τους σκοπούς αυτούς, το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα της μελέτης αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι ενήλικες με διαγνωσμένη ΣΑΥΑ βιώνουν την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους. Η διατύπωση αυτή αντανακλά τον ποιοτικό προσανατολισμό της έρευνας, η οποία ενδιαφέρεται για την υποκειμενική εμπειρία και το νόημα και όχι για τη μέτρηση μεταβλητών ή τη σύγκριση παρεμβάσεων. Για τη διαμόρφωση του ερωτήματος αξιοποιήθηκε το εργαλείο SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type), το οποίο έχει προταθεί ως καταλληλότερο από το αντίστοιχο εργαλείο PICO για τα ποιοτικά ερευνητικά ερωτήματα, καθώς εστιάζει στο δείγμα, στο φαινόμενο ενδιαφέροντος και στον τύπο της εμπειρίας (Cooke, Smith and Booth, 2012). Σύμφωνα με τη δομή αυτή, το δείγμα ορίζεται ως ενήλικες με διαγνωσμένη ΣΑΥΑ, το φαινόμενο ενδιαφέροντος ως η βιωμένη επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής, ο σχεδιασμός ως ημιδομημένες συνεντεύξεις, η αξιολόγηση ως η υποκειμενική εμπειρία και το νόημα που αποδίδουν οι ασθενείς και ο τύπος της έρευνας ως ποιοτικός. Η αναλυτική αυτή οριοθέτηση εξασφαλίζει ότι το ερευνητικό ερώτημα παραμένει σαφές και εστιασμένο σε όλη

τη διάρκεια της μελέτης. Η επιλογή του ποιοτικού σχεδιασμού απορρέει ευθέως από τη φύση του ερωτήματος, καθώς η διερεύνηση του νοήματος και της βιωμένης εμπειρίας απαιτεί μεθόδους που δίνουν χώρο στην προσωπική αφήγηση των συμμετεχόντων.

2.2 Αιτιολόγηση και σκεπτικό της εργασίας

Η αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης απορρέει από τη συνύπαρξη μιας ιδιαίτερα υψηλής συχνότητας της νόσου με μια σημαντική επιβάρυνση της ποιότητας ζωής, η οποία δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς ως προς το βιωμένο της περιεχόμενο. Παρότι η ποσοτική βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει την έκπτωση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΣΑΥΑ (Dutt *et al.*, 2013), λιγότερο γνωστός παραμένει ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν και νοηματοδοτούν την καθημερινή αυτή επιβάρυνση, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο φροντίδας, όπου οι σχετικές ποιοτικές μελέτες είναι περιορισμένες. Η εκτεταμένη υποδιάγνωση της νόσου (Faria *et al.*, 2021) καθιστά ακόμη πιο επιτακτική την κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών, καθώς αυτή μπορεί να φωτίσει τους λόγους της καθυστερημένης αναζήτησης βοήθειας και τις ανάγκες υποστήριξης κατά τη διαδρομή της θεραπείας. Επιπλέον, η εμπειρία της νόσου εκτείνεται πέρα από τον ίδιο τον ασθενή και αγγίζει το οικογενειακό και το συντροφικό περιβάλλον, μια διάσταση που οι τυποποιημένες κλίμακες σπάνια αποτυπώνουν και η οποία αναδεικνύεται πληρέστερα μέσα από την ποιοτική διερεύνηση της καθημερινής συμβίωσης με τη νόσο.

Μια ποιοτική, φαινομενολογικά προσανατολισμένη προσέγγιση επιτρέπει την ανάδειξη των διαστάσεων αυτών με τρόπο που συμπληρώνει και εμπλουτίζει τα ποσοτικά δεδομένα (Simon *et al.*, 2024). Η κατανόηση της βιωμένης εμπειρίας έχει άμεση αξία για τη νοσηλευτική, η οποία, για να σχεδιάσει αποτελεσματικές παρεμβάσεις ενημέρωσης, εκπαίδευσης και υποστήριξης, χρειάζεται να κατανοεί τη νόσο όπως τη βιώνει ο ίδιος ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον (Luyster *et al.*, 2016). Με τον τρόπο αυτό, η μελέτη φιλοδοξεί να καλύψει ένα κενό της βιβλιογραφίας και να τροφοδοτήσει την κλινική πράξη με γνώση αντλημένη απευθείας από την εμπειρία των ασθενών, ενισχύοντας μια φροντίδα προσανατολισμένη στις ανάγκες και στο βίωμά τους. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, τα ευρήματα μπορούν να υποστηρίξουν την έγκαιρη αναγνώριση της νόσου και τον σχεδιασμό στοχευμένων δράσεων ενημέρωσης, συμβάλλοντας στη μείωση της καθυστέρησης μέχρι τη διάγνωση και στη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας συνιστά μια χρόνια διαταραχή του ύπνου που οφείλεται σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια πλήρους ή μερικής σύμπτωσης του φάρυγγα κατά τον ύπνο. Η σύμπτωση αυτή είναι πολυπαραγοντική και συνδέεται με ανατομικούς και νευρομυϊκούς παράγοντες, όπως ο στενός και ενδοτικός ανώτερος αεραγωγός, η μειωμένη δραστηριότητα των διαστολέων μυών, η αστάθεια του αναπνευστικού ελέγχου και η μετατόπιση υγρών προς τον τράχηλο (Eckert *et al.*, 2013; Eckert, 2018). Τα επαναλαμβανόμενα αποφρακτικά επεισόδια προκαλούν διαλείπουσα υποξία (intermittent hypoxia), υπερκαπνία, διακυμάνσεις της ενδοθωρακικής πίεσης και κατακερματισμό του ύπνου, μηχανισμούς που ενεργοποιούν το οξειδωτικό στρες, τη συστηματική φλεγμονή και τη συμπαθητική υπερδραστηριότητα και διαμεσολαβούν τις πολυσυστηματικές επιπτώσεις της νόσου (Lv *et al.*, 2023). Η σύγχρονη διεθνής ομοφωνία περιγράφει τη ΣΑΥΑ ως πάθηση με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και φαινοτύπων, η οποία απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση (Chang *et al.*, 2023).

Η βαρύτητα της νόσου ταξινομείται συμβατικά σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, ανάλογα με τον αριθμό των αποφρακτικών επεισοδίων ανά ώρα ύπνου, ενώ η κλινική εικόνα ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών. Ορισμένοι εμφανίζουν έντονη ημερήσια υπνηλία, άλλοι κυρίως νυχτερινά συμπτώματα, όπως το ροχαλητό και οι μάρτυρες άπνοιες, και άλλοι παραμένουν σχετικά ασυμπτωματικοί παρά τη σοβαρή νόσο. Η ετερογένεια αυτή των φαινοτύπων δυσχεραίνει την έγκαιρη αναγνώριση και υπογραμμίζει ότι ο δείκτης απνοιών και υποπνοιών από μόνος του δεν αποτυπώνει πλήρως τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς (Eckert, 2018).

Η επιδημιολογική βαρύτητα της νόσου είναι μεγάλη και έχει αυξηθεί διαχρονικά. Η κλασική μελέτη της κοόρτης του Wisconsin εκτίμησε τον επιπολασμό της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας σε εννέα τοις εκατό των γυναικών και είκοσι τέσσερα τοις εκατό των ανδρών μέσης ηλικίας, με βάση δείκτη απνοιών και υποπνοιών ίσο ή μεγαλύτερο του πέντε (Young *et al.*, 1993). Νεότερες εκτιμήσεις, που ενσωμάτωσαν τη συνεχιζόμενη αύξηση της παχυσαρκίας και τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων, ανέδειξαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά (Peppard *et al.*, 2013), ενώ η μελέτη HypnoLaus στον γενικό πληθυσμό κατέγραψε μέτρια έως σοβαρή νόσο σε ποσοστά που άγγιζαν σχεδόν το ήμισυ των ανδρών (Heinzer *et al.*, 2015). Σε συστηματικό και παγκόσμιο επίπεδο, οι εκτιμήσεις αυτές συγκλίνουν σε

εκατοντάδες εκατομμύρια πάσχοντες (Senaratna *et al.*, 2017; Benjafield *et al.*, 2019), γεγονός που καθιστά τη νόσο ζήτημα μείζονος δημόσιας υγείας.

Σημαντικό στοιχείο της επιδημιολογίας είναι η διαφορά μεταξύ των φύλων, καθώς η νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες, αλλά συχνά υποαναγνωρίζεται στις γυναίκες, εν μέρει επειδή η κλινική της εικόνα σε αυτές μπορεί να διαφέρει. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και της παχυσαρκίας στους ανεπτυγμένους πληθυσμούς προμηνύει περαιτέρω αύξηση της συχνότητας, με αντίστοιχη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας (Peppard *et al.*, 2013).

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου, η παχυσαρκία κατέχει κεντρική θέση. Η αυξανόμενη παγκόσμια επίπτωση της παχυσαρκίας τροφοδοτεί την αύξηση της νόσου (Blüher, 2019), ενώ η σχέση των δύο καταστάσεων φαίνεται να είναι αμφίδρομη, καθώς η μία επιδεινώνει την άλλη μέσα από μεταβολικούς και ορμονικούς μηχανισμούς (Figorilli, Velluzzi and Redolfi, 2025). Η προχωρημένη ηλικία, το ανδρικό φύλο, οι κρανιοπροσωπικές ιδιαιτερότητες και η εναπόθεση λίπους στον τράχηλο συμπληρώνουν το προφίλ κινδύνου που έχει αναδειχθεί από τις επιδημιολογικές μελέτες. Επιπλέον, η νόσος συνυπάρχει συχνά με καρδιαγγειακά και μεταβολικά νοσήματα, σχέση που καθιστά δυσδιάκριτη την κατεύθυνση της αιτιότητας και επιβάλλει μια ολιστική θεώρηση του ασθενούς.

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην πολυσωμνογραφία (polysomnography), η οποία καταγράφει τον δείκτη απνοιών και υποπνοιών και θεωρείται η μέθοδος αναφοράς, ενώ ολοένα και περισσότερο αξιοποιούνται απλούστερες κατ' οίκον μέθοδοι καταγραφής. Για την ανίχνευση των ατόμων υψηλού κινδύνου χρησιμοποιούνται σταθμισμένα εργαλεία διαλογής, όπως το ερωτηματολόγιο STOP-Bang (Chung, Abdullah and Liao, 2016) και η κλίμακα υπνηλίας Epworth (Epworth Sleepiness Scale), η οποία αποτυπώνει την υποκειμενική ημερήσια υπνηλία (Johns, 1991). Παρά τη διαθεσιμότητα αυτών των εργαλείων, μεγάλο μέρος των πασχόντων παραμένει αδιάγνωστο (Faria *et al.*, 2021).

Η αυξανόμενη χρήση των κατ' οίκον διαγνωστικών συσκευών έχει διευρύνει την πρόσβαση στη διάγνωση και έχει μειώσει το κόστος και τον χρόνο αναμονής, αν και η πλήρης πολυσωμνογραφία παραμένει απαραίτητη σε σύνθετες ή αμφίβολες περιπτώσεις. Η ορθή χρήση των εργαλείων διαλογής σε συνδυασμό με την αντικειμενική καταγραφή θεωρείται σήμερα η ενδεδειγμένη προσέγγιση για την έγκαιρη ταυτοποίηση των ασθενών (Chang *et al.*, 2023).

Η κλινική σημασία της νόσου απορρέει κυρίως από τις συστηματικές της επιπτώσεις. Η ΣΑΥΑ συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αρτηριακής υπέρτασης, όπως έδειξε προοπτική μελέτη με σχέση δόσης και απόκρισης (Peppard *et al.*, 2000), και οι μηχανισμοί της σχέσης αυτής έχουν αναλυθεί εκτενώς (Seravalle and Grassi, 2022; Shiina, 2024). Η μη

θεραπευόμενη νόσος έχει συσχετιστεί με αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα και νοσηρότητα (Marin *et al.*, 2005), με την κολπική μαρμαρυγή (Linz *et al.*, 2018) και με αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και θανάτου (Yaggi *et al.*, 2005). Στο φάσμα των επιπλοκών περιλαμβάνονται επίσης η πνευμονική υπέρταση και η συννοσηρότητα με χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (Locke, Lee and Sundar, 2022; Bjork *et al.*, 2024), ενώ η συνολική καρδιαγγειακή επιβάρυνση έχει αποτυπωθεί σε επίσημη επιστημονική δήλωση (Yeghiazarians *et al.*, 2021).

Στο μεταβολικό πεδίο, η νόσος συσχετίζεται με αντίσταση στην ινσουλίνη και με αυξημένο κίνδυνο σακχαρώδους διαβήτη τύπου δύο, μέσα από τους μηχανισμούς της διαλείπουσας υποξίας και του κατακερματισμού του ύπνου (Lv *et al.*, 2023). Η συσσώρευση των καρδιαγγειακών, των μεταβολικών και των νευρογνωστικών επιπλοκών συνδέεται τελικά με αυξημένη συνολική θνησιμότητα στους ασθενείς με σοβαρή και μη θεραπευόμενη νόσο, στοιχείο που καθιστά την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ζήτημα ουσιαστικής σημασίας (Marin *et al.*, 2005).

Πέρα από το καρδιαγγειακό σύστημα, η νόσος επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία, με ελλείμματα στη μνήμη, την προσοχή και τις εκτελεστικές λειτουργίες και με πιθανή σύνδεση με τη γνωστική έκπτωση και τη νόσο Alzheimer (Stranks and Crowe, 2016; Bubu *et al.*, 2020). Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων (Garbarino *et al.*, 2016; Chou *et al.*, 2022) και υποβαθμίζει την καθημερινή λειτουργικότητα και την εργασιακή παραγωγικότητα (Dean *et al.*, 2010). Το άθροισμα αυτών των επιπτώσεων αποτυπώνεται σε σημαντική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, η οποία έχει τεκμηριωθεί τόσο σε πρώιμες όσο και σε πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις (Flemons and Tsai, 1997; Moyer *et al.*, 2001).

Η έννοια της ποιότητας ζωής, εξάλλου, υπερβαίνει την απουσία συμπτωμάτων και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική, την κοινωνική και τη λειτουργική ευεξία του ατόμου. Στη ΣΑΥΑ, οι διαστάσεις αυτές αλληλεπιδρούν, καθώς η κόπωση επηρεάζει τη διάθεση, η διάθεση τις σχέσεις και οι σχέσεις τη συνολική αίσθηση ευεξίας. Η αναγνώριση αυτής της πολυπλοκότητας έχει στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον προς εργαλεία και προσεγγίσεις που αποτυπώνουν την εμπειρία του ασθενούς ως όλον (Moyer *et al.*, 2001).

Στον ελληνικό χώρο, η σχετική έρευνα εστιάζει κυρίως στη διαγνωστική προσέγγιση και στα εργαλεία διαλογής, με μελέτες που έχουν σταθμίσει το ερωτηματολόγιο STOP-Bang σε έλληνες ασθενείς (Miskedaki *et al.*, 2021) και έχουν περιγράψει την κλινική εμπειρία των εργαστηρίων ύπνου (Baou *et al.*, 2018), καθώς και σε παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η διατροφή (Kechribari *et al.*, 2020). Η βασική θεραπεία παραμένει η CPAP, ενώ εναλλακτικές

ή συμπληρωματικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τις ενδοστοματικές συσκευές προώθησης της κάτω γνάθου, τη μυολειτουργική θεραπεία και τη διαχείριση του σωματικού βάρους, οι οποίες αναλύονται στη συνέχεια.

Από τη σύντομη αυτή επισκόπηση του υποβάθρου προκύπτει ότι η ΣΑΥΑ αποτελεί μια συχνή, υποδιαγνωσμένη και πολυσυστηματική νόσο, με σαφείς επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και στην ποιότητα ζωής. Η αναγνώριση της σημασίας της δικαιολογεί τη συστηματική διερεύνηση της βιβλιογραφίας που ακολουθεί, με στόχο τον εντοπισμό όσων έχουν ήδη τεκμηριωθεί και όσων παραμένουν αδιερεύνητα σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία των ασθενών.

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και MEDLINE, με συμπληρωματική αναζήτηση στη Google Scholar και έλεγχο των βιβλιογραφικών καταλόγων των άρθρων που ανακτήθηκαν. Η αναζήτηση κάλυψε δημοσιεύσεις στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα. Η διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος και ο καθορισμός των όρων αναζήτησης στηρίχθηκαν στη δομή SPIDER, η οποία είναι κατάλληλη για ποιοτικά ερευνητικά ερωτήματα (Cooke, Smith and Booth, 2012).

Οι βασικές λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν, μεμονωμένα και σε συνδυασμό, ήταν «obstructive sleep apnea», «OSAS», «quality of life», «lived experience», «qualitative», «CPAP», «adherence» και «nursing», μαζί με τις ελληνικές αποδόσεις τους. Οι όροι συνδυάστηκαν με τους τελεστές Boolean AND και OR, ώστε να διασφαλιστεί τόσο η ευαισθησία όσο και η εστίαση της αναζήτησης. Ενδεικτικά, αξιοποιήθηκε ο συνδυασμός των όρων «obstructive sleep apnea» AND «quality of life» AND «qualitative» για τον εντοπισμό των ποιοτικών μελετών.

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν οι μελέτες σε ενήλικες με διαγνωσμένη αποφρακτική υπνική άπνοια, οι οποίες αφορούσαν την ποιότητα ζωής, τη βιωμένη εμπειρία ή τις κλινικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου, καθώς και οι σχετικές ανασκοπήσεις και κατευθυντήριες οδηγίες. Αποκλείστηκαν οι μελέτες σε παιδιατρικό πληθυσμό, οι μελέτες που αφορούσαν αποκλειστικά την κεντρική υπνική άπνοια, καθώς και οι δημοσιεύσεις χωρίς κριτική αξιολόγηση από ομοτίμους.

Η επιλογή των μελετών ακολούθησε διαδοχικά στάδια ταυτοποίησης, ελέγχου των τίτλων και των περιλήψεων, αξιολόγησης της επιλεξιμότητας του πλήρους κειμένου και τελικής ένταξης. Από έναν αρχικό αριθμό αρκετών εκατοντάδων εγγραφών, μετά την

αφαίρεση των διπλοεγγραφών και τον έλεγχο με βάση τα παραπάνω κριτήρια, προέκυψε το σύνολο των μελετών που αποτέλεσαν τη βάση της κριτικής ανάλυσης. Δόθηκε προτεραιότητα στις πηγές υψηλής μεθοδολογικής ποιότητας, όπως οι συστηματικές ανασκοπήσεις, οι μετα-αναλύσεις, οι μεγάλες προοπτικές μελέτες κοόρτης και οι διεθνείς δηλώσεις ομοφωνίας, καθώς και στις ποιοτικές μελέτες που διερευνούν τη βιωμένη εμπειρία.

Η στρατηγική αυτή σχεδιάστηκε ώστε να καλύψει δύο συμπληρωματικά σώματα βιβλιογραφίας. Το πρώτο αφορά την κλινική και επιδημιολογική διάσταση της νόσου, δηλαδή τη συχνότητα, τους παράγοντες κινδύνου, τις επιπλοκές και τη θεραπεία της. Το δεύτερο αφορά την υποκειμενική και ψυχοκοινωνική διάσταση, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο και τη θεραπεία στην καθημερινότητά τους. Η συνδυαστική αυτή προσέγγιση κρίθηκε αναγκαία, καθώς η κατανόηση της επίδρασης της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής απαιτεί τη διασταύρωση των αντικειμενικών δεδομένων με τις αφηγήσεις των ίδιων των ασθενών.

Κατά την αξιολόγηση των μελετών δόθηκε προσοχή όχι μόνο στα ευρήματά τους, αλλά και στη μεθοδολογική τους ποιότητα, δηλαδή στον σχεδιασμό, στο μέγεθος και στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, στα εργαλεία μέτρησης και στους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Η κριτική αυτή στάση κρίθηκε απαραίτητη ώστε τα συμπεράσματα της ανασκόπησης να στηρίζονται σε αξιόπιστα δεδομένα και να αναγνωρίζονται με σαφήνεια τα όρια της υπάρχουσας γνώσης.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει κατ' αρχάς ότι η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής στη ΣΑΥΑ είναι καλά τεκμηριωμένη, ωστόσο η μέτρησή της παραμένει μεθοδολογικά ανομοιογενής. Συστηματική ανασκόπηση των σχετικών μελετών κατέδειξε ότι η νόσος επηρεάζει πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, αλλά και ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν ανάλογα με το εργαλείο μέτρησης (Moyer *et al.*, 2001). Πολλές μελέτες αξιοποιούν γενικά εργαλεία, όπως το ερωτηματολόγιο SF-36, τα οποία δεν αποτυπώνουν πλήρως τις ειδικές για τη νόσο διαστάσεις, ενώ άλλες χρησιμοποιούν ειδικά εργαλεία, όπως ο δείκτης ποιότητας ζωής για την υπνική άπνοια (Sleep Apnea Quality of Life Index, SAQLI) (Flemons and Tsai, 1997). Η ανομοιογένεια αυτή, σε συνδυασμό με την κυριαρχία συγχρονικών σχεδιασμών, δυσχεραίνει τη σύγκριση των ευρημάτων και περιορίζει τη δυνατότητα συμπερασμάτων αιτιότητας (Dutt *et al.*, 2013).

Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της αντικειμενικής βαρύτητας της νόσου και της υποκειμενικής επιβάρυνσης δεν είναι γραμμική. Ασθενείς με παρόμοιο δείκτη απνοιών και

υποπνοιών μπορεί να αναφέρουν πολύ διαφορετικά επίπεδα υπνηλίας και υποβάθμισης της ποιότητας ζωής, ενώ ένα μέρος των πασχόντων δεν εμφανίζει έντονη ημερήσια υπνηλία. Η παρατήρηση αυτή έχει οδηγήσει στην αναγνώριση διακριτών συμπτωματικών φαινοτύπων και ενισχύει το επιχείρημα ότι η μέτρηση της επίδρασης της νόσου οφείλει να ενσωματώνει την υποκειμενική εμπειρία και όχι μόνο τους εργαστηριακούς δείκτες (Eckert *et al.*, 2013).

Ως προς τις λειτουργικές επιπτώσεις, η βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι η υπερβολική ημερήσια υπνηλία και η γνωστική θόλωση αποτελούν κεντρικά στοιχεία της επιβάρυνσης. Οι μετα-αναλύσεις για τη γνωστική λειτουργία τεκμηριώνουν ελλείμματα σε πολλαπλά πεδία, αν και η ετερογένεια των νευροψυχολογικών εργαλείων και των πληθυσμών παραμένει σημαντικός περιορισμός (Lal, Strange and Bachman, 2012; Bubu *et al.*, 2020). Η σχέση της νόσου με τα ατυχήματα είναι από τις πλέον ισχυρά τεκμηριωμένες, με μετα-αναλύσεις να δείχνουν αυξημένο κίνδυνο τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων (Tregear *et al.*, 2010; Garbarino *et al.*, 2016), εύρημα με άμεση σημασία για την επαγγελματική και την κοινωνική ασφάλεια.

Η σημασία των ευρημάτων αυτών είναι ιδιαίτερα μεγάλη για ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, όπως οι επαγγελματίες οδηγοί και οι χειριστές μηχανημάτων, στις οποίες η υπνηλία μεταφράζεται σε άμεσο κίνδυνο για τον ίδιο τον εργαζόμενο και για τρίτους (Hiestand and Phillips, 2011; Simpamba *et al.*, 2023). Η διάσταση αυτή συνδέει την κλινική εικόνα της νόσου με ζητήματα δημόσιας ασφάλειας και εργασιακής υγείας, αναδεικνύοντας την ανάγκη για συστηματική διαλογή στους χώρους εργασίας υψηλού κινδύνου.

Η συσχέτιση της ΣΑΥΑ με την καρδιαγγειακή και τη μεταβολική νοσηρότητα στηρίζεται σε ισχυρά επιδημιολογικά δεδομένα, ωστόσο η ερμηνεία τους απαιτεί προσοχή. Οι μεγάλες προοπτικές μελέτες κοόρτης τεκμηριώνουν αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης, εγκεφαλικού επεισοδίου και θανάτου (Peppard *et al.*, 2000; Marin *et al.*, 2005; Yaggi *et al.*, 2005), όμως ο παρατηρησιακός τους χαρακτήρας και η συνύπαρξη κοινών παραγόντων κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, καθιστούν δύσκολη την πλήρη απομόνωση της επίδρασης της νόσου. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την ανάγκη μιας προσέγγισης που λαμβάνει υπόψη τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς και όχι μεμονωμένους δείκτες.

Ένα επιπλέον ζήτημα που αναδεικνύεται από τη βιβλιογραφία αφορά την πρόσβαση στη διάγνωση και τη φροντίδα. Παρά την ύπαρξη έγκυρων εργαλείων διαλογής, η διαδρομή προς τη διάγνωση συχνά καθυστερεί, ιδίως όταν τα συμπτώματα αποδίδονται σε άλλες αιτίες ή θεωρούνται φυσιολογικό επακόλουθο της ηλικίας ή του τρόπου ζωής (Faria *et al.*, 2021). Η καθυστέρηση αυτή έχει σημασία, καθώς παρατείνει την έκθεση στους κινδύνους της νόσου

και μεταθέτει χρονικά την έναρξη μιας θεραπείας που βελτιώνει ουσιαστικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής.

Στο πεδίο της θεραπείας, η αποτελεσματικότητα της CPAP στη βελτίωση της υπνηλίας, της διάθεσης και της ποιότητας ζωής είναι καλά τεκμηριωμένη, αν και τα οφέλη στα σκληρά καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία παραμένουν αμφιλεγόμενα (McEvoy *et al.*, 2016). Το κρισιμότερο πρόβλημα της θεραπείας είναι η συμμόρφωση, η οποία συχνά είναι χαμηλή και εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως η αρχική εμπειρία, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, η ψυχολογική στήριξη και η εμπλοκή του συντρόφου (Weaver and Grunstein, 2008; Mehrtaash, Bakker and Ayas, 2019; Brostrom *et al.*, 2021). Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις, όπως οι ενδοστοματικές συσκευές προώθησης της κάτω γνάθου (Uniken Venema *et al.*, 2021), η μυολειτουργική θεραπεία (Rueda *et al.*, 2020) και οι παρεμβάσεις απώλειας βάρους, είτε μέσω τρόπου ζωής (Carneiro-Barrera *et al.*, 2022) είτε φαρμακευτικά (Blackman *et al.*, 2016), διευρύνουν τις θεραπευτικές επιλογές, χωρίς ωστόσο να υποκαθιστούν πλήρως τη CPAP στις σοβαρές μορφές.

Παρά την πληθώρα των μελετών για τη συμμόρφωση, η μεταφορά των ευρημάτων στην κλινική πράξη παραμένει ατελής, καθώς πολλές παρεμβάσεις αξιολογούνται σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα και σε επιλεγμένους πληθυσμούς. Η αξιοποίηση της τηλεμετρικής παρακολούθησης και των ψηφιακών εργαλείων υποστήριξης έχει αναδειχθεί ως πολλά υποσχόμενη κατεύθυνση για τη διατήρηση της συμμόρφωσης και τη μείωση του φόρτου των επανειλημμένων επισκέψεων (Schutte-Rodin, 2020). Η αποτελεσματικότητα ωστόσο όλων αυτών των προσεγγίσεων εξαρτάται τελικά από τον βαθμό στον οποίο λαμβάνεται υπόψη η ατομική εμπειρία και οι προτιμήσεις του ασθενούς.

Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο έρευνας. Μετα-αναλύσεις τεκμηριώνουν αυξημένη συχνότητα και κίνδυνο κατάθλιψης (Jackson *et al.*, 2019; Edwards, Almeida and Ford, 2020), ενώ η επιβάρυνση επεκτείνεται και στον σύντροφο, του οποίου ο ύπνος και η ποιότητα ζωής διαταράσσονται και βελτιώνονται με τη θεραπεία του ασθενούς (Parish and Lyng, 2003; Smith *et al.*, 2009). Η ποιότητα της συντροφικής σχέσης και η εμπλοκή του συντρόφου αναδεικνύονται σε σημαντικούς παράγοντες της πορείας της θεραπείας (Gentina *et al.*, 2019; Cascais Costa, Afreixo and Cravo, 2023). Παρά την αναγνώριση αυτής της σχεσιακής διάστασης, οι περισσότερες μελέτες την προσεγγίζουν ποσοτικά, αφήνοντας σε δεύτερο πλάνο το βιωμένο της νόημα.

Πέρα από τη συντροφική σχέση, η νόσος επηρεάζει και την ευρύτερη κοινωνική ζωή. Η υπνηλία και ο φόβος της δημόσιας έκθεσης μπορούν να οδηγήσουν σε σταδιακή απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ το ίδιο το ροχαλητό ενέχει μια διάσταση κοινωνικού

στίγματος που σπανίως αναλύεται στη βιβλιογραφία. Οι λίγες μελέτες που αγγίζουν το ζήτημα αυτό το προσεγγίζουν κυρίως έμμεσα, μέσα από τις επιπτώσεις στη συντροφική ζωή, αφήνοντας αδιερεύνητη τη βιωμένη εμπειρία της κοινωνικής συρρίκνωσης (Luyster *et al.*, 2016).

Οι ποιοτικές μελέτες που διερευνούν τη βιωμένη εμπειρία της νόσου και της θεραπείας είναι σαφώς λιγότερες και εστιάζουν κυρίως στην εμπειρία της CPAP και στην προσαρμογή σε αυτήν (Luyster *et al.*, 2016; Rapelli *et al.*, 2022; Simon *et al.*, 2024). Οι μελέτες αυτές αναδεικνύουν πλούσιο υλικό για το νόημα της νόσου, προέρχονται ωστόσο σχεδόν αποκλειστικά από αγγλόφωνα περιβάλλοντα και σπανίως καλύπτουν το σύνολο της διαδρομής, από την αναγνώριση των συμπτωμάτων έως τη μακροχρόνια προσαρμογή. Παράλληλα, αν και η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι τα νοσηλευτικά μοντέλα φροντίδας μπορούν να είναι αποτελεσματικά (Antic *et al.*, 2009; Comer, 2017), ο ρόλος της νοσηλευτικής στην υποστήριξη της βιωμένης εμπειρίας του ασθενούς παραμένει ελάχιστα διερευνημένος.

Ως προς τη μεθοδολογία, οι υπάρχουσες ποιοτικές μελέτες ποικίλλουν ως προς την αυστηρότητα και τη διαφάνεια της ανάλυσής τους, ενώ λίγες αξιοποιούν ρητά ένα φαινομενολογικό ή ερμηνευτικό πλαίσιο που να αναδεικνύει το βαθύτερο νόημα της εμπειρίας. Η απουσία τέτοιων προσεγγίσεων, ιδίως σε μη αγγλόφωνα και μεσογειακά πλαίσια, περιορίζει τη δυνατότητα μεταφοράς των ευρημάτων και αφήνει αναπάντητα ερωτήματα για τον ρόλο του πολιτισμικού και του οικογενειακού πλαισίου στη διαμόρφωση της εμπειρίας της νόσου.

Συνολικά, η κριτική επισκόπηση αποκαλύπτει μια βιβλιογραφία πλούσια ως προς την τεκμηρίωση των αντικειμενικών συνεπειών της νόσου, αλλά σαφώς φτωχότερη ως προς την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας. Οι ισχυρές αποδείξεις για τις κλινικές επιπλοκές συνυπάρχουν με περιορισμένη και κατακερματισμένη γνώση για το πώς οι ασθενείς νοσηματοδοτούν τη νόσο, πώς αυτή διαμορφώνει τις σχέσεις και τους ρόλους τους και ποιες ανάγκες υποστήριξης προκύπτουν.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Από την κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται ένα σαφές ερευνητικό κενό. Παρά τον μεγάλο όγκο των μελετών που τεκμηριώνουν την επίδραση της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής, η συντριπτική πλειονότητά τους προσεγγίζει το ζήτημα ποσοτικά, μέσω σταθμισμένων κλιμάκων και δεικτών (Moyer *et al.*, 2001; Dutt *et al.*, 2013). Η προσέγγιση αυτή, αν και πολύτιμη για τη μέτρηση και τη σύγκριση, αδυνατεί να αποτυπώσει το βιωμένο

νόημα της νόσου, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν την καθημερινή τους εμπειρία.

Η αδυναμία αυτή των ποσοτικών εργαλείων δεν αναιρεί την αξία τους, αναδεικνύει όμως την ανάγκη συμπληρωματικών, ποιοτικών προσεγγίσεων. Η φαινομενολογική παράδοση, ειδικότερα, προσφέρει ένα κατάλληλο πλαίσιο για τη μελέτη της βιωμένης εμπειρίας, καθώς εστιάζει στο νόημα που αποδίδουν τα ίδια τα υποκείμενα στα φαινόμενα της ζωής τους. Η υιοθέτηση μιας τέτοιας οπτικής επιτρέπει την πρόσβαση σε διαστάσεις της εμπειρίας της νόσου που παραμένουν αόρατες στις τυποποιημένες μετρήσεις.

Οι λιγοστές ποιοτικές μελέτες που υπάρχουν εστιάζουν κατά κανόνα στην εμπειρία της θεραπείας με CPAP και προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά και υγειονομικά πλαίσια (Rapelli *et al.*, 2022; Simon *et al.*, 2024), με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν τη συνολική τροχιά της εμπειρίας ούτε το ελληνικό πλαίσιο φροντίδας. Η ελληνική βιβλιογραφία, εξάλλου, έχει επικεντρωθεί κυρίως στη διαγνωστική προσέγγιση και στα εργαλεία διαλογής (Baou *et al.*, 2018; Miskedaki *et al.*, 2021) και όχι στη βιωμένη εμπειρία των ασθενών. Επιπλέον, η σχεσιακή και η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου, παρότι αναγνωρίζεται, σπανίως διερευνάται σε βάθος με ποιοτικές μεθόδους.

Η παρούσα μελέτη τοποθετείται ακριβώς σε αυτό το κενό, επιχειρώντας να συνδέσει τρεις διαστάσεις που η υπάρχουσα βιβλιογραφία σπανίως εξετάζει από κοινού. Πρώτον, τη συνολική τροχιά της εμπειρίας, από την αρχική και συχνά σχεσιακή αναγνώριση των συμπτωμάτων έως την προσαρμογή στη θεραπεία. Δεύτερον, τη συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της νόσου, όπως τη βιώνουν οι ασθενείς και οι οικείοι τους. Τρίτον, τις πρακτικές ανάγκες ενημέρωσης και υποστήριξης που μπορούν να καθοδηγήσουν τη νοσηλευτική φροντίδα.

Το κενό αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη νοσηλευτική, η οποία τοποθετεί τη βιωμένη εμπειρία και τις ανάγκες του ασθενούς στο επίκεντρο της φροντίδας. Η απουσία εις βάθος, ποιοτικής και φαινομενολογικά προσανατολισμένης γνώσης για τον τρόπο με τον οποίο οι ενήλικες με ΣΑΥΑ βιώνουν την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο, δικαιολογεί την αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης. Με τη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις και αναστοχαστική θεματική ανάλυση, η εργασία επιχειρεί να καλύψει το κενό αυτό και να συμβάλει σε μια πιο ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική κατανόηση της νόσου (Cooke, Smith and Booth, 2012).

Συνοψίζοντας, η βιβλιογραφική ανασκόπηση τεκμηριώνει τόσο τη σημασία του θέματος όσο και την ύπαρξη ενός σαφούς ερευνητικού κενού ως προς τη βιωμένη εμπειρία

της νόσου. Η διαπίστωση αυτή προσδιορίζει τον σχεδιασμό της παρούσας έρευνας, ο οποίος περιγράφεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Επιστημολογική θεμελίωση

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποιοτικό και συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό, με στόχο τη σε βάθος διερεύνηση των υποκειμενικών εμπειριών ενηλίκων ασθενών με διαγνωσμένη ΣΑΥΑ ως προς την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους. Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης κρίθηκε καταλληλότερη για το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα, καθώς η εμπειρία της χρόνιας νόσου είναι κατ' εξοχήν βιωμένη, ερμηνευμένη και νοηματοδοτημένη από τον ίδιο τον ασθενή και δεν αποτυπώνεται επαρκώς μέσα από αποκλειστικά ποσοτικά εργαλεία μέτρησης. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με το ερευνητικό ερώτημα της μελέτης, το οποίο αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους, ένα ερώτημα που από τη φύση του απαιτεί την πρόσβαση στο υποκειμενικό νόημα και όχι τη μέτρηση προκαθορισμένων μεταβλητών.

Σε επίπεδο επιστημολογικής τοποθέτησης, η μελέτη εντάσσεται στην παράδοση της ερμηνευτικής φαινομενολογίας (interpretive ή hermeneutic phenomenology), όπως αυτή θεμελιώθηκε από τον Heidegger (Heidegger, 1962) και αναπτύχθηκε μεθοδολογικά από τον van Manen (van Manen, 1990). Η ερμηνευτική φαινομενολογία αναγνωρίζει ότι η ανθρώπινη εμπειρία είναι πάντοτε εμπλαισιωμένη, ότι ο ερευνητής δεν αποστασιοποιείται πλήρως από το υπό μελέτη φαινόμενο και ότι η κατανόηση προκύπτει μέσα από την ερμηνευτική σχέση ερευνητή και συμμετέχοντος. Η τοποθέτηση αυτή διαφοροποιείται από την περιγραφική φαινομενολογία της παράδοσης του Husserl, η οποία επιδιώκει τη φαινομενολογική αναγωγή και την αποχή κρίσης. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, ο ερευνητής νοσηλευτής αναγνωρίζεται ως ενεργό αναλυτικό υποκείμενο, του οποίου η κλινική εμπειρία αποτελεί πόρο για την κατανόηση των δεδομένων και ταυτόχρονα παράγοντα που απαιτεί συστηματικό αναστοχασμό.

Η φαινομενολογική αυτή θεμελίωση κατευθύνει το ενδιαφέρον της μελέτης προς τον βίοκοσμο (lifeworld) των συμμετεχόντων, δηλαδή προς τον τρόπο με τον οποίο η νόσος εμφανίζεται και αποκτά νόημα μέσα στην καθημερινή τους ζωή, στις σχέσεις και στους ρόλους τους (van Manen, 1990). Ο συγχρονικός χαρακτήρας του σχεδιασμού, με τη συλλογή των δεδομένων σε μία χρονική στιγμή για κάθε συμμετέχοντα, κρίθηκε επαρκής για τους σκοπούς της μελέτης, καθώς το ζητούμενο δεν ήταν η παρακολούθηση της εξέλιξης της

εμπειρίας στον χρόνο, αλλά η εις βάθος κατανόηση του νοήματος που της αποδίδεται στο παρόν, μέσα από την αναδρομική αφήγηση των ίδιων των ασθενών.

4.2 Μεθοδολογία

Ως μέθοδος ανάλυσης επιλέχθηκε η αναστοχαστική θεματική ανάλυση (reflexive thematic analysis) σύμφωνα με το πλαίσιο των Braun και Clarke (Braun and Clarke, 2008; Braun and Clarke, 2022). Η μέθοδος αυτή είναι θεωρητικά ευέλικτη και προσφέρεται για την ανάλυση εμπειρικών δεδομένων που εστιάζουν στα νοήματα και στις ερμηνείες των συμμετεχόντων, στοιχείο που την καθιστά συμβατή με την ερμηνευτική φαινομενολογική τοποθέτηση της μελέτης (Terry *et al.*, 2017). Σε αντίθεση με τις παραλλαγές της θεματικής ανάλυσης που στηρίζονται σε κωδικοποίηση από πολλαπλούς ερευνητές και σε υπολογισμό αξιοπιστίας μεταξύ κωδικοποιητών, η αναστοχαστική προσέγγιση αναγνωρίζει τη συμβολή του μοναδικού ερευνητή ως αναπόσπαστο μέρος της αναλυτικής διαδικασίας και θεωρεί τα θέματα ως αναλυτικά κατασκευάσματα και όχι ως μοτίβα που αναδύονται παθητικά από τα δεδομένα (Braun and Clarke, 2008).

Πριν από την τελική επιλογή εξετάστηκαν και άλλες ποιοτικές μεθοδολογίες. Η θεμελιωμένη θεωρία απορρίφθηκε, καθώς στόχος της μελέτης δεν ήταν η ανάπτυξη μιας νέας θεωρίας μέσα από τα δεδομένα. Η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, αν και συγγενική, κρίθηκε λιγότερο κατάλληλη λόγω της αυστηρά ιδιογραφικής της λογικής και της εστίασής της σε πολύ μικρά και ομοιογενή δείγματα. Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, τέλος, θεωρήθηκε υπερβολικά περιγραφική για το ερμηνευτικό βάθος που επιδιωκόταν. Η αναστοχαστική θεματική ανάλυση επιλέχθηκε ως η μέθοδος που συνδυάζει την ευελιξία, την ερμηνευτική εμβάθυνση και τη δυνατότητα ανάδειξης μοτίβων νοήματος που διατρέχουν εγκάρσια το σύνολο των αφηγήσεων.

Σε επίπεδο θεωρητικής τοποθέτησης, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων αντιμετωπίζονται ως ουσιαστικές μαρτυρίες της εμπειρίας τους, αναγνωρίζεται ωστόσο ότι το νόημα παράγεται πάντοτε μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και σχεσιακό πλαίσιο. Η προσέγγιση αυτή είναι συνεπής τόσο με την ερμηνευτική φαινομενολογία όσο και με τον προσανατολισμό της μελέτης προς τη βιωμένη ποιότητα ζωής.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Πληθυσμό της μελέτης αποτελούν οι ενήλικες ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΣΑΥΑ που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Ύπνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εφαρμόστηκε σκόπιμη δειγματοληψία ομοιογενούς τύπου

σύμφωνα με το πλαίσιο του Patton (Patton, 2015), με στοιχεία δειγματοληψίας ευκολίας κατά τη φάση της πρόσκλησης των συμμετεχόντων. Η σκόπιμη δειγματοληψία επιλέχθηκε ως μεθοδολογικά συνεπής με την ερμηνευτική φαινομενολογική τοποθέτηση, η οποία απαιτεί συμμετέχοντες που έχουν βιώσει επαρκώς το υπό μελέτη φαινόμενο, ώστε να μπορούν να προσφέρουν πλούσιες και εμπειρικά αυθεντικές αφηγήσεις. Η ομοιογένεια του δείγματος εξασφαλίστηκε μέσω αυστηρών κριτηρίων ένταξης που εστίασαν στο κοινό χαρακτηριστικό της τεκμηριωμένης διάγνωσης και της ενεργού κλινικής παρακολούθησης. Η στρατηγική αυτή της σκόπιμης δειγματοληψίας διαφοροποιείται ρητά από την τυχαία δειγματοληψία των ποσοτικών μελετών, καθώς στόχος δεν ήταν η στατιστική αντιπροσωπευτικότητα, αλλά η επιλογή πληροφοριακά πλούσιων περιπτώσεων ικανών να φωτίσουν σε βάθος το υπό μελέτη φαινόμενο (Patton, 2015).

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά δέκα ασθενείς. Το τελικό μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε με βάση την έννοια της πληροφοριακής ισχύος (information power), όπως αναπτύχθηκε από τους Malterud και συνεργάτες (Malterud, Siersma and Guassora, 2016), η οποία αποτελεί σήμερα ευρέως αποδεκτή προσέγγιση για τον προσδιορισμό επαρκούς μεγέθους δείγματος σε ποιοτικές μελέτες με συνεντεύξεις. Η έννοια του θεωρητικού κορεσμού δεν χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο, καθώς σύμφωνα με τη σύγχρονη μεθοδολογική συζήτηση δεν θεωρείται συνεπής με το πλαίσιο της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης (Braun and Clarke, 2020). Η πληροφοριακή ισχύς αξιολογήθηκε με βάση πέντε διαστάσεις, δηλαδή τον στενά εστιασμένο σκοπό της μελέτης, την υψηλή ειδικότητα του δείγματος, τη στήριξη σε υφιστάμενο θεωρητικό πλαίσιο, την υψηλή ποιότητα του ερευνητικού διαλόγου και τη διασταυρωμένη μεταξύ περιπτώσεων αναλυτική στρατηγική. Παρότι το αρχικό πρωτόκολλο προέβλεπε στόχο τουλάχιστον δεκαπέντε συμμετεχόντων, η αξιολόγηση της πληροφοριακής ισχύος κατά την πρόοδο της συλλογής δεδομένων κατέδειξε επαρκές βάθος υλικού στους δέκα συμμετέχοντες.

Ειδικότερα, ο εστιασμένος σκοπός της μελέτης και η υψηλή ειδικότητα του δείγματος, με συμμετέχοντες που είχαν όλοι τεκμηριωμένη διάγνωση και ενεργή κλινική παρακολούθηση, εξασφάλισαν πυκνότητα και σχετικότητα των πληροφοριών, μειώνοντας τις απαιτήσεις σε αριθμό συμμετεχόντων. Η ποιότητα του ερευνητικού διαλόγου ενισχύθηκε από την πρόσωπο με πρόσωπο διεξαγωγή των συνεντεύξεων και από την επαγγελματική εξοικείωση του ερευνητή νοσηλεύτη με τον συγκεκριμένο πληθυσμό, ενώ η διασταυρωμένη μεταξύ περιπτώσεων αναλυτική στρατηγική, που αναζητούσε μοτίβα νοήματος εγκάρσια στις αφηγήσεις, επέτρεψε την παραγωγή θεμάτων με βάθος και πυκνότητα ακόμη και με σχετικά περιορισμένο αριθμό συνεντεύξεων.

4.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Ως κριτήρια ένταξης τέθηκαν η ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των δεκαοκτώ ετών, η ιατρικά τεκμηριωμένη διάγνωση ΣΑΥΑ μέσω πολυπνογραφικής μελέτης, η ενεργή παρακολούθηση στο Ιατρείο Ύπνου του νοσοκομείου, η ικανότητα προφορικής επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα και η ικανότητα παροχής έγγραφης ενήμερης συγκατάθεσης. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν η σοβαρή γνωσιακή έκπτωση που θα παρεμπόδιζε τη συμμετοχή σε ημιδομημένη συνέντευξη, η ενεργή και μη σταθεροποιημένη σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητα συγκατάθεσης ή τη συνεντευκτική διαδικασία, καθώς και η συνύπαρξη άλλων σοβαρών διαταραχών του ύπνου που θα δυσχέραιναν τη διακριτή αποτύπωση της εμπειρίας της ΣΑΥΑ. Τα κριτήρια αποκλεισμού διαμορφώθηκαν ώστε να μην αποτελούν απλώς το αντίστροφο των κριτηρίων ένταξης, αλλά να εντοπίζουν, ανάμεσα στους κατ' αρχήν επιλέξιμους, τις περιπτώσεις στις οποίες η συμμετοχή θα ήταν επισφαλής ή θα νόθευε την καθαρότητα της υπό μελέτη εμπειρίας. Η εφαρμογή των κριτηρίων αυτών διασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες ήταν σε θέση να συμμετάσχουν ουσιαστικά στη διαδικασία και ότι το υλικό που θα προέκυπτε θα αφορούσε ευκρινώς την εμπειρία της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας και όχι μια συγκεχυμένη εικόνα πολλαπλών συνυπαρχουσών διαταραχών.

4.5 Περιγραφή του δείγματος

Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από δέκα ενήλικες, πέντε γυναίκες και πέντε άνδρες, ηλικίας από πενήντα έως εξήντα ένα ετών. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οκτώ ήταν έγγαμοι ή συμβίωναν με σύντροφο, ένας βρισκόταν σε σχέση και μία ήταν χήρα. Το μορφωτικό επίπεδο κάλυπτε όλο το φάσμα, από την υποχρεωτική έως την τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ τα επαγγέλματα ήταν ποικίλα και περιλάμβαναν μεταξύ άλλων τρεις νοσηλευτές, εργαζομένους σε χειρωνακτικά και τεχνικά επαγγέλματα, επαγγελματία οδηγό και δημοσίους υπαλλήλους. Ο χρόνος από τη διάγνωση κυμαινόταν από έξι μήνες έως περίπου έξι έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες λάμβαναν θεραπεία με συσκευή CPAP, ορισμένοι σε συνδυασμό με παρεμβάσεις απώλειας βάρους και τρόπου ζωής, και ανέφεραν καλή συμμόρφωση στη θεραπεία. Συνοδά νοσήματα ανέφερε μόνο μία συμμετέχουσα. Τα αναλυτικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά κάθε συμμετέχοντος παρουσιάζονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, ώστε τα αποσπάσματα να τοποθετούνται στο κατάλληλο πλαίσιο. Παρά την ομοιογένεια ως προς το κριτήριο της διάγνωσης, το δείγμα παρουσίαζε

αξιοσημείωτη ποικιλομορφία ως προς το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και τον χρόνο από τη διάγνωση, στοιχείο που εμπλούτισε το εύρος των εμπειριών που αποτυπώθηκαν.

4.6 Περιγραφή του χώρου

Η μελέτη διεξήχθη στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Πνευμονολογίας Κωνσταντίνου Κωστίκα. Το Ιατρείο Ύπνου λειτουργεί ως σημείο αναφοράς για τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη θεραπευτική διαχείριση των διαταραχών του ύπνου στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου και της Βορειοδυτικής Ελλάδας, στοιχείο που εξασφάλισε πρόσβαση σε πληθυσμό ασθενών με ιατρικά τεκμηριωμένη διάγνωση και επαρκές χρονικό βάθος εμπειρίας με τη νόσο και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν είτε σε ήσυχο και ιδιωτικό χώρο εντός του νοσοκομείου, σε ώρα που εξυπηρετούσε τον συμμετέχοντα και δεν παρεμπόδιζε την κλινική παρακολούθηση, είτε στην οικία των συμμετεχόντων, ανάλογα με την προτίμηση και την ευκολία τους. Από τις δέκα συνεντεύξεις, οι έξι διεξήχθησαν στο Ιατρείο Ύπνου και οι τέσσερις κατ' οίκον, διαφοροποίηση που λήφθηκε υπόψη κατά τη συμφραστική ερμηνεία των δεδομένων. Η διενέργεια μέρους των συνεντεύξεων στο οικείο περιβάλλον των συμμετεχόντων ενδέχεται να ευνόησε μια πιο χαλαρή και αυθόρμητη αφήγηση, ενώ οι συνεντεύξεις στο κλινικό περιβάλλον προσέφεραν ένα πλαίσιο άμεσα συνδεδεμένο με τη θεραπευτική εμπειρία. Και στις δύο περιπτώσεις δόθηκε προσοχή στη διασφάλιση της ιδιωτικότητας και της απουσίας περισπασμών.

4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η στρατολόγηση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2026, στο πλαίσιο των προγραμματισμένων επισκέψεων παρακολούθησης. Ο ερευνητής, με τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Πνευμονολογικής Κλινικής, προσέγγιζε επιλέξιμους ασθενείς και τους ενημέρωνε προφορικά για τους στόχους και τη διαδικασία της μελέτης. Στους ενδιαφερόμενους χορηγήθηκε το Ενημερωτικό Υπόμνημα Συμμετεχόντων σε έντυπη μορφή και όσοι αποδέχθηκαν τη συμμετοχή υπέγραψαν Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης πριν από την έναρξη της συνέντευξης, λαμβάνοντας αντίγραφο και των δύο εντύπων. Δεν παρασχέθηκε καμία οικονομική ή άλλη υλική αμοιβή για τη συμμετοχή.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω μίας ημιδομημένης, πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξης ανά συμμετέχοντα. Η συνέντευξη επιλέχθηκε ως μέθοδος κατάλληλη για την πρόσβαση στην υποκειμενική και βιωμένη εμπειρία, σύμφωνα με το πλαίσιο των

Kvale και Brinkmann (Kvale and Brinkmann, 2015), το οποίο αντιμετωπίζει τη συνέντευξη ως μορφή κοινής παραγωγής γνώσης. Η μέση διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν περίπου εννέα λεπτά και σαράντα δευτερόλεπτα, με εύρος από έξι έως περίπου δεκατρία λεπτά. Χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένος οδηγός συνέντευξης ο οποίος είχε καταρτιστεί κατά τη φάση του σχεδιασμού, με βάση τη σχετική βιβλιογραφία και αντλώντας προτροπές από εδραιωμένα εργαλεία αξιολόγησης συμπτωμάτων, όπως η κλίμακα σοβαρότητας κόπωσης (Fatigue Severity Scale) και το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου (Berlin Questionnaire), χωρίς ωστόσο τα εργαλεία αυτά να εφαρμόζονται ως ποσοτικές κλίμακες. Ο οδηγός οργανωνόταν σε επτά θεματικές ενότητες, που κάλυπταν τη νυχτερινή εμπειρία ύπνου και συμπτωμάτων, την ημερήσια λειτουργικότητα και κόπωση, τις γνωστικές λειτουργίες και την αίσθηση κινδύνου, την εργασιακή και κοινωνική ζωή, τη συναισθηματική εμπειρία και το νόημα της νόσου, την εμπειρία της θεραπείας και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις ανάγκες υποστήριξης. Ο οδηγός χρησιμοποιήθηκε ως ευέλικτο πλαίσιο που επέτρεπε στους συμμετέχοντες να αναπτύσσουν όσα οι ίδιοι θεωρούσαν σημαντικά και στον ερευνητή να ακολουθεί τη φυσική ροή του λόγου.

Κάθε συνέντευξη ξεκινούσε με μια ευρεία εναρκτήρια ερώτηση που καλούσε τον συμμετέχοντα να περιγράψει με δικά του λόγια την εμπειρία της νόσου, και προχωρούσε με διερευνητικές ερωτήσεις εμβάθυνσης που ακολουθούσαν όσα ανέφερε ο ίδιος. Ο ερευνητής φρόντιζε να διατηρεί στάση ενεργητικής ακρόασης και να αποφεύγει τις κατευθυντικές ή τις φορτισμένες ερωτήσεις, ώστε να ενθαρρύνει την αυθεντική και ελεύθερη αφήγηση. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης κατά τα πρώτα λεπτά της συνέντευξης κρίθηκε καθοριστική για την ποιότητα του υλικού που προέκυψε.

Με τη ρητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν με ψηφιακή συσκευή εγγραφής, ενώ αμέσως μετά την ολοκλήρωση κάθε συνέντευξης ο ερευνητής κατέγραφε σύντομες σημειώσεις πεδίου με παρατηρήσεις για το πλαίσιο, τη μη λεκτική επικοινωνία, τη συναισθηματική φόρτιση και τις πρώτες αναλυτικές υποθέσεις. Παράλληλα, για κάθε συμμετέχοντα συμπληρωνόταν Φύλλο Καταγραφής Δεδομένων με βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για την περιγραφή του δείγματος και τη συμφραστική τοποθέτηση των ευρημάτων.

Οι ηχογραφήσεις υποβλήθηκαν σε αυτοματοποιημένη απομαγνητοφώνηση με ρύθμιση της γλώσσας στα ελληνικά και αυτόματη διάκριση ομιλητών, και στη συνέχεια ελέγχθηκαν κατά λέξη από τον ερευνητή έναντι των πρωτότυπων ηχογραφήσεων και διορθώθηκαν χειροκίνητα, ώστε να αποτελέσουν πιστές αυτολεξεί καταγραφές του προφορικού λόγου, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των McLellan και συνεργατών (McLellan,

MacQueen and Neidig, 2003). Κατά τη διαδικασία πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονη ψευδωνυμοποίηση, με την απόδοση σε κάθε συμμετέχοντα ενός αύξοντος κωδικού από Π01 έως Π10 και την αφαίρεση ονομάτων, τοπωνυμίων και κάθε άλλου στοιχείου που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ταυτοποίηση. Τα ηχητικά αρχεία και οι μεταγραφές αποθηκεύτηκαν σε κρυπτογραφημένο μέσο και θα διατηρηθούν για διάστημα έως πέντε ετών μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα, πριν καταστραφούν με ασφαλή τρόπο.

4.8 Ηθική της έρευνας

Η μελέτη σχεδιάστηκε και διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (World Medical Association, 2013) και με τις απαιτήσεις της ελληνικής νομοθεσίας και του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Κανονισμός ΕΕ 2016/679). Πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων [ΠΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ, αριθμός πρωτοκόλλου και ημερομηνία έγκρισης] και από το αρμόδιο όργανο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων [ΠΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ, αριθμός πρωτοκόλλου και ημερομηνία έγκρισης]. Η μελέτη αξιολογήθηκε ως χαμηλού κινδύνου, χωρίς σωματικές παρεμβάσεις, ενώ το πιθανό όφελος για τους συμμετέχοντες περιλάμβανε τη δυνατότητα να εκφράσουν και να αναστοχαστούν την εμπειρία τους σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο.

Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν αυστηρά εθελοντική. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εγγράφως και προφορικά για τον σκοπό, τη διαδικασία, τα πιθανά οφέλη και τους ενδεχόμενους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους της συμμετοχής και υπέγραψαν Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης πριν από την έναρξη της συνέντευξης. Διευκρινίστηκε ρητά ότι μπορούσαν να αρνηθούν τη συμμετοχή ή να αποχωρήσουν σε οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να εκθέσουν τους λόγους και χωρίς καμία επίπτωση στη φροντίδα τους. Δεδομένου ότι η συνέντευξη ενδεχομένως ανέσυρε φορτισμένες εμπειρίες, ο ερευνητής ήταν προετοιμασμένος να διακόψει ή να αναβάλει τη διαδικασία και να παραπέμψει τον συμμετέχοντα σε κατάλληλη υποστήριξη εφόσον χρειαζόταν.

Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα διασφαλίστηκαν μέσω της ψευδωνυμοποίησης που περιγράφηκε προηγουμένως και μέσω της ασφαλούς αποθήκευσης του υλικού, ενώ ο κωδικοποιημένος κατάλογος αντιστοίχισης φυλάχθηκε ξεχωριστά από τα ερευνητικά δεδομένα, με πρόσβαση αποκλειστικά του ερευνητή. Σε κάθε παρουσίαση των ευρημάτων τα αποσπάσματα παρατίθενται με χρήση των κωδικών Π01 έως Π10 και κανένα στοιχείο δεν

επιτρέπει την ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης για τα δικαιώματά τους ως υποκείμενα δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής, καθώς και του δικαιώματος υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια αρχή. Συνολικά, ο ηθικός σχεδιασμός της μελέτης απέβλεπε στην προστασία της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων σε όλα τα στάδια της έρευνας.

4.9 Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη μεθοδολογία της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης, σε έξι αλληλένδετες φάσεις (Braun and Clarke, 2008; Braun and Clarke, 2022). Η διαδικασία υπήρξε επαναληπτική και όχι γραμμική, με συχνές μετακινήσεις μεταξύ των φάσεων κατά την πρόοδο της ερμηνευτικής εργασίας. Η κωδικοποίηση πραγματοποιήθηκε χειροκίνητα, χωρίς τη χρήση εξειδικευμένου λογισμικού ποιοτικής ανάλυσης, με καταγραφή των κωδικών στο περιθώριο των εκτυπωμένων μεταγραφών και τήρηση καταλόγου κωδικών με τους ορισμούς τους σε ηλεκτρονική μορφή.

Καθ' όλη τη διαδικασία, ο ρόλος του ερευνητή ως νοσηλεύτη με κλινική εμπειρία στη φροντίδα ασθενών με διαταραχές του ύπνου αναγνωρίστηκε ως ενεργό συστατικό της ανάλυσης. Η εξοικείωση αυτή διευκόλυνε την κατανόηση κλινικά εξειδικευμένων αναφορών, ενώ ταυτόχρονα παρακολουθούνταν συστηματικά ως πιθανή πηγή προΐδεασμών, για παράδειγμα ως προς τη σημασία της συμμόρφωσης στη θεραπεία ή τον ρόλο της οικογενειακής υποστήριξης, μέσα από το αναστοχαστικό ημερολόγιο.

Στην πρώτη φάση, της εξοικείωσης, ο ερευνητής άκουσε επανειλημμένα τις ηχογραφήσεις και διάβασε τις μεταγραφές, καταγράφοντας πρώτες εντυπώσεις και αναλυτικά ερωτήματα. Στη δεύτερη φάση πραγματοποιήθηκε συστηματική κωδικοποίηση όλου του υλικού, με παραγωγή τόσο σημασιολογικών κωδικών, που αποτυπώνουν το ρητό περιεχόμενο όσων αναφέρουν οι συμμετέχοντες, όσο και λανθανόντων κωδικών, που αντιστοιχούν σε υποκείμενες έννοιες και ερμηνευτικά πλαίσια. Στην τρίτη φάση οι κωδικοί ομαδοποιήθηκαν σε υποψήφια θέματα με βάση κοινά νοηματικά μοτίβα, διαδικασία που κατανοήθηκε ως ενεργή αναλυτική κατασκευή. Στην τέταρτη φάση τα υποψήφια θέματα ελέγχθηκαν ως προς την εσωτερική τους συνοχή και τη σαφή διάκρισή τους σε σχέση με το σύνολο των δεδομένων και, όπου χρειάστηκε, αναδιαμορφώθηκαν, συγχωνεύθηκαν ή διασπάστηκαν. Στην πέμπτη φάση τα τελικά θέματα οριστικοποιήθηκαν και ονοματοδοτήθηκαν με ακρίβεια ως προς τον αναλυτικό τους πυρήνα και, στην έκτη φάση, ενσωματώθηκαν σε συνεχή αναλυτική αφήγηση που συνδέεται με το ερευνητικό ερώτημα και τη σχετική βιβλιογραφία.

Η μετάβαση μεταξύ των φάσεων δεν ήταν μονόδρομη, καθώς η εμβάθυνση σε μεταγενέστερες φάσεις οδηγούσε συχνά σε επαναξέταση και αναθεώρηση προηγούμενων κωδίκων και θεμάτων, σύμφωνα με τον επαναληπτικό χαρακτήρα της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης (Braun and Clarke, 2022).

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της μελέτης υιοθετήθηκε το πλαίσιο των Lincoln και Guba (Lincoln and Guba, 1985), όπως έχει εφαρμοστεί ειδικά στη θεματική ανάλυση (Nowell *et al.*, 2017), και ενισχύθηκε από τα κριτήρια ποιότητας της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης (Braun and Clarke, 2022). Η εμπιστοσύνη ενισχύθηκε μέσω της πρόσωπο με πρόσωπο διεξαγωγής των συνεντεύξεων, της παρατεταμένης επαφής του ερευνητή με τον κλινικό χώρο και της προσεκτικής αυτολεξεί απομαγνητοφώνησης. Η μεταβιβασιμότητα υποστηρίχθηκε μέσω της λεπτομερούς περιγραφής του πλαισίου, του δείγματος και της μεθοδολογικής διαδικασίας, ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να εκτιμήσει την εφαρμοσιμότητα των ευρημάτων σε άλλα παρόμοια πλαίσια. Η εξαρτημένη αξιοπιστία τεκμηριώθηκε μέσω της τήρησης ελεγκτικού ίχνους, που κατέγραφε τις αναλυτικές αποφάσεις από την κωδικοποίηση έως την οριστικοποίηση των θεμάτων, καθώς και μέσω της συστηματικής τήρησης αναστοχαστικού ημερολογίου, στο οποίο ο ερευνητής παρακολουθούσε την επίδραση των προϋποθέσεων του στην ερμηνεία και επανέλεγε τις σχετικές μεταγραφές όποτε η ανάλυση φαινόταν να καθοδηγείται από προϋπάρχουσες πεποιθήσεις. Η επιβεβαιωσιμότητα διασφαλίστηκε με την παράθεση επαρκών αυτολεξεί αποσπασμάτων που υποστηρίζουν κάθε θέμα και με τη συστηματική αυτοεξέταση του ερευνητή ως προς την επιρροή των δικών του προϋποθέσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από την αναστοχαστική θεματική ανάλυση των δέκα ημιδομημένων συνεντεύξεων με ενήλικες ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥΑ. Από την ανάλυση κατασκευάστηκαν πέντε αλληλένδετες θεματικές ενότητες, οι οποίες αποτυπώνουν τη βιωμένη εμπειρία των συμμετεχόντων και τους τρόπους με τους οποίους η νόσος επιδρά στην ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τις αρχές της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης, τα θέματα αποτελούν αναλυτικά κατασκευάσματα που διατρέχουν εγκάρσια το σύνολο των αφηγήσεων και υπερβαίνουν την επιμέρους δομή του οδηγού συνέντευξης, επιχειρώντας να αναδείξουν το νόημα πίσω από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων. Οι πέντε ενότητες που ακολουθούν αφορούν διαδοχικά την αποκάλυψη της νόσου μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον, τη διάβρωση της καθημερινής ικανότητας, τη βίωση του εαυτού ως πηγής κινδύνου, το συναισθηματικό φορτίο με τη συνακόλουθη κοινωνική απόσυρση και, τέλος, τη διαδρομή προσαρμογής στη θεραπεία.

Πριν από την παρουσίαση των θεμάτων, ο Πίνακας 1 συνοψίζει τα βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των δέκα συμμετεχόντων, ώστε τα αποσπάσματα που ακολουθούν να τοποθετούνται στο κατάλληλο πλαίσιο. Το δείγμα αποτελούνταν από πέντε γυναίκες και πέντε άνδρες, ηλικίας από πενήντα έως εξήντα ένα ετών, με χρόνο από τη διάγνωση που κυμαινόταν από έξι μήνες έως περίπου έξι έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες λάμβαναν θεραπεία με συσκευή CPAP. Τα αποσπάσματα παρατίθενται αυτολεξεί, με χρήση των ψευδωνύμων Π01 έως Π10 και αναφορά στη γραμμή της αντίστοιχης μεταγραφής, διατηρώντας πλήρως την ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N = 10)

Κωδικός	Ηλικία	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Επάγγελμα	Χρόνος από τη διάγνωση
Π01	59	Γυναίκα	Έγγαμη	Τριτοβάθμια	Νοσηλεύτρια	~1 έτος
Π02	61	Ανδρας	Έγγαμος	Γυμνάσιο	Υπάλληλος Δήμου	~3 έτη
Π03	50	Ανδρας	Έγγαμος	Τριτοβάθμια	Γυμναστής/Φυσικοθεραπευτής	~6 έτη
Π04	50	Γυναίκα	Έγγαμη	Γυμνάσιο	Υπάλληλος Δήμου	~4 έτη
Π05	57	Ανδρας	Έγγαμος	Γυμνάσιο	Οδηγός ταξί	~6 μήνες
Π06	56	Γυναίκα	Έγγαμη	Τριτοβάθμια	Νοσηλεύτρια	~2 έτη
Π07	59	Ανδρας	Σε συμβίωση	Γυμνάσιο	Μάγειρας	~3 έτη
Π08	55	Γυναίκα	Έγγαμη	Λύκειο	Νοσηλεύτρια	~3 έτη

Π09	60	Γυναίκα	Χήρα	Γυμνάσιο	Υπάλληλος Δημοσίου	~1 έτος
Π10	59	Ανδρας	Έγγαμος	Λύκειο	Βιοτέχνης στρωμάτων	~2,5 έτη

Σημείωση. Όλοι οι συμμετέχοντες λάμβαναν θεραπεία με συσκευή CPAP, με καλή αυτοαναφερόμενη συμμόρφωση. Συνοδά νοσήματα ανέφερε μόνο η Π06 (υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης). Έξι συνεντεύξεις διεξήχθησαν στο Ιατρείο Ύπνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και τέσσερις κατ' οίκον, τον Μάιο του 2026.

Θέμα 1. Η νόσος μέσα από το βλέμμα των οικείων

Κοινό σημείο σχεδόν όλων των αφηγήσεων ήταν ότι η ΣΑΥΑ παρέμενε για μεγάλο διάστημα αόρατη στον ίδιο τον πάσχοντα. Τα πλέον χαρακτηριστικά σημεία της, το έντονο ροχαλητό και οι αναπνευστικές παύσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου, εκδηλώνονται σε μια κατάσταση όπου το άτομο δεν μπορεί να αυτοπαρατηρηθεί. Έτσι, η νόσος αποκτούσε υπόσταση και γινόταν αντικείμενο δράσης κυρίως μέσα από το βλέμμα και τη μαρτυρία των οικείων. Στις αφηγήσεις επανέρχονταν σταθερά το έντονο ροχαλητό, οι παύσεις της αναπνοής, καθώς και συνοδά σημεία όπως οι πρωινοί πονοκέφαλοι, οι νυχτερινές αφυπνίσεις και το αίσθημα μη ξεκούραστου ύπνου, στοιχεία που οι σύντροφοι και τα παιδιά συχνά αντιλαμβάνονταν πριν από τους ίδιους τους ασθενείς.

Η εμπειρία αυτή αποτυπώνεται με ιδιαίτερη ενάργεια στην αφήγηση του Π10, ο οποίος ανέφερε ότι η ανησυχία του πυροδοτήθηκε πρωτίστως από την παρατήρηση της συζύγου του.

«Αυτό που με θορύβησε πολύ περισσότερο από όλα ήταν ότι η σύζυγός μου ανέφερε ότι τα βράδια σταματούσε η αναπνοή μου για πολύ διάστημα, για πολλά δευτερόλεπτα» (Π10, γρ. 22-24).

Αντίστοιχα, η Π09 περιέγραψε ότι η αφορμή προήλθε από τα σχόλια των παιδιών της, «ερχόταν τα παιδιά και μου λένε, αυτό κι αυτό μάνα, ροχαλίζεις» (Π09, γρ. 18-19), ενώ στην περίπτωση του Π05 το ροχαλητό και οι άπνοιες είχαν γίνει αντιληπτά ταυτόχρονα από τη σύζυγο και την κόρη του. Παρόμοιες αναφορές, όπου ο σύντροφος ή τα παιδιά εντόπισαν το πρόβλημα, επανήλθαν στις αφηγήσεις του Π02, της Π06 και της Π08, καταδεικνύοντας μια σταθερή σχεσιακή δομή στην αναγνώριση της νόσου.

Πέρα από την αναγνώριση των συμπτωμάτων, οι οικείοι αναδείχθηκαν και ως καθοριστικός παράγοντας για την αναζήτηση βοήθειας. Αρκετοί συμμετέχοντες παραδέχθηκαν ότι δεν θα είχαν απευθυνθεί στους ειδικούς με δική τους πρωτοβουλία. Ο Π07 το διατύπωσε με σαφήνεια αναφερόμενος στη σύντροφό του, «αυτή με ώθησε να πάω και στον γιατρό κιόλας, αλλιώς δεν θα πήγαινα εγώ μόνος μου» (Π07, γρ. 72-73). Η ίδια δυναμική διαπέρασε την αφήγηση της Π01, η οποία απέδωσε στον σύντροφό της τον ρόλο του διαμεσολαβητή προς τη διάγνωση, καθώς και της Π09, που οδηγήθηκε στον γιατρό με

την παρότρυνση των παιδιών της. Η διάγνωση, επομένως, αναδεικνύεται ως σχεσιακό γεγονός, στο πλαίσιο του οποίου το οικογενειακό περιβάλλον μετατρέπεται μια αόρατη νυχτερινή διαταραχή σε αναγνωρίσιμο και διαχειρίσιμο πρόβλημα υγείας.

Η σχεσιακή αυτή δομή δεν ήταν απόλυτη. Ο Π03 αποτέλεσε χαρακτηριστική εξαίρεση, καθώς περιέγραψε ότι αντιλήφθηκε ο ίδιος μια αναπνευστική παύση ένα απόγευμα στον καναπέ, όταν η ανάσα του κόπηκε για κάποια δευτερόλεπτα. Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, ωστόσο, η επιβεβαίωση του προβλήματος και η απόφαση για διερεύνηση εντάχθηκαν σε ένα ευρύτερο οικογενειακό πλαίσιο στήριξης, ενώ η ίδια η διαγνωστική μελέτη ύπνου λειτούργησε ως η στιγμή κατά την οποία μια ασαφής νυχτερινή εμπειρία αποκτούσε επίσημο κλινικό όνομα. Η εξάρτηση αυτή από το βλέμμα του Άλλου για την αναγνώριση της νόσου αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας και διαφοροποιεί την εμπειρία της από εκείνη άλλων χρόνιων παθήσεων με πιο άμεσα αντιληπτά συμπτώματα.

Θέμα 2. Η διάβρωση της καθημερινής ικανότητας

Η δεύτερη θεματική ενότητα συγκροτείται γύρω από την αίσθηση μιας συνολικής διάβρωσης της καθημερινής λειτουργικότητας, την οποία οι συμμετέχοντες βίωναν ως σταδιακή μετατροπή τους σε μια υποβαθμισμένη εκδοχή του εαυτού τους. Η κόπωση περιγραφόταν ως μια διαρκής εξάντληση που υπερέβαινε την παροδική κούραση και κατακερμάτιζε τη ροή της ημέρας, επιβάλλοντας συνεχείς παύσεις. Η Π09 απέδωσε παραστατικά αυτόν τον επαναλαμβανόμενο κύκλο προσπάθειας και υποχώρησης.

«Πάω, ξεκινάω το πρωί λέω, ωραία είμαστε. Σε λίγο νιώθω ότι είμαι πολύ κουρασμένη. Κάθομαι, ξαναρχίζω, σταματάω. Αυτό γίνεται συνέχεια σε όλη τη διάρκεια της ημέρας» (Π09, γρ. 39-41).

Για την Π04, η κόπωση μεταφραζόταν σε αδυναμία ανταπόκρισης στους ρόλους της φροντίδας, καθώς δήλωσε ότι «δεν μπορώ να κάνω τις δουλειές του σπιτιού, δεν μπορώ να διαβάζω τα παιδιά μου εύκολα» (Π04, γρ. 41-42), ενώ ο Π05 ανέφερε ότι κουραζόταν τόσο εύκολα ώστε να αφήνει τις εργασίες στη μέση για να ξεκουραστεί. Πολλοί συμμετέχοντες περιέγραψαν επιπλέον πρωινούς πονοκεφάλους και ένα διαρκές αίσθημα μη αναζωογονητικού ύπνου, στοιχεία που ενίσχυαν τη βίωση της ημέρας ως μιας συνεχούς πάλης με την εξάντληση. Ο Π03 ανέφερε χαρακτηριστικά ότι είχε «υπνηλία σχεδόν όλη τη μέρα» (Π03, γρ. 55).

Παράλληλα με τη σωματική εξάντληση, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια θόλωση των γνωστικών τους λειτουργιών, με κυρίαρχα στοιχεία τις δυσκολίες μνήμης και

συγκέντρωσης. Η εμπειρία αυτή συνδεόταν συχνά με ένα αίσθημα αναξιοπιστίας του ίδιου του εαυτού. Η Π01, νοσηλεύτρια στο επάγγελμα, συνέδεσε τη γνωστική δυσλειτουργία με τον φόβο του λάθους, περιγράφοντας ότι «το μυαλό μου ένιωθα ότι ήταν θολό. Δεν μπορούσα να ξεκαθαρίσω κάποια πράγματα. Ξεχνούσα οδηγίες στη δουλειά» (Π01, γρ. 53-54). Το ξέχασμα ραντεβού, παραγγελιών και καθημερινών υποχρεώσεων αναφέρθηκε από το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων ως απτή απόδειξη ότι κάτι ουσιώδες είχε αλλάξει στον τρόπο που λειτουργούσε ο νους τους, με τον Π08 να μιλά για μειωμένη αντίληψη και μειωμένα αντανακλαστικά και τον Π10 να αναφέρει ότι χρειαζόταν να σκεφτεί δύο και τρεις φορές για να κάνει κάτι.

Η διάβρωση αυτή κορυφωνόταν στον χώρο της εργασίας, όπου η μειωμένη απόδοση και η δυσκολία τήρησης του ωραρίου βιώνονταν ως απώλεια της προηγούμενης ταυτότητας. Επανερχόμενη ήταν η διατύπωση ότι δεν μπορούσαν πλέον να ανταποκριθούν όπως παλιά. Ο Π07, μάγειρας με πολύωρη εργασία, περιέγραψε τη συρρίκνωση των αντοχών του, «πλέον με αυτά δεν μπορώ να δουλέψω πολλή ώρα και κουράζομαι» (Π07, γρ. 58-59). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μειωμένη απόδοση συνοδευόταν από τον φόβο της κοινωνικής απαξίωσης, όπως στην Π01, η οποία ανησυχούσε μήπως εκληφθεί ως αμελής, παρότι υπήρξε ιδιαίτερα δραστήριο άτομο.

Συνολικά, η διάβρωση της ικανότητας βιωνόταν ως πλήγμα στην ίδια την ταυτότητα του ατόμου. Η Π06, νοσηλεύτρια σε κυκλικό ωράριο, τόνισε ότι οι νυχτερινές βάρδιες την επιβάρυναν δυσανάλογα και ότι κουραζόταν για να τις ολοκληρώσει με τρόπο που δεν είχε γνωρίσει στο παρελθόν, ενώ ο Π10 ανέφερε ότι, λόγω της χειρωνακτικής φύσης της εργασίας του, ένιωθε νοχελικός και φοβόταν τη δουλειά. Για πολλούς, η γνωστική θόλωση ήταν εξίσου ή και περισσότερο ανησυχητική από τη σωματική κόπωση, καθώς έθιγε την αίσθηση επάρκειας και αυτοελέγχου στην καθημερινή ζωή. Έτσι, η καθημερινή κόπωση και η γνωστική θόλωση συγκλίνανε σε μια διάχυτη αίσθηση ότι ο ασθενής έχανε σταδιακά την επάρκεια και την αυτονομία που τον χαρακτήριζαν, με αποτέλεσμα η νόσος να αγγίζει τον πυρήνα της αυτοεικόνας του. Στο σημείο αυτό, η εμπειρία δεν ήταν ομοιόμορφη. Ο Π02 απέδωσε εν μέρει τη μειωμένη απόδοσή του και στην ηλικία, σημειώνοντας «εδώ είναι και η ηλικία πλέον. Δεν είναι μόνο αυτό» (Π02, γρ. 57-58), αναγνωρίζοντας τη συνύπαρξη πολλαπλών παραγόντων. Η Π08 έδωσε έμφαση σε μια έντονη επαγγελματική ανασφάλεια και σε μειωμένα αντανακλαστικά, παρατηρώντας ότι «είναι μεγάλη η ανασφάλεια που νιώθει κάποιος» (Π08, γρ. 91) όταν πάσχει από τη νόσο.

Θέμα 3. Ζώντας ως κίνδυνος

Η τρίτη θεματική ενότητα αναδεικνύει μια διάσταση της εμπειρίας που υπερβαίνει τη δυσφορία και αγγίζει το ζήτημα της ασφάλειας, καθώς η υπερβολική ημερήσια υπνηλία μετέτρεπε καθημερινές πράξεις σε καταστάσεις διαρκούς απειλής. Στις αφηγήσεις, ο εαυτός επανανοηματοδοτούνταν ως πηγή κινδύνου, τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τους γύρω του. Η οδήγηση αποτέλεσε το πιο διαδεδομένο πεδίο αυτής της απειλής, με σχεδόν όλους τους συμμετέχοντες να αναφέρουν επεισόδια μικροϋπνου ή στιγμές όπου ο ύπνος τους αιφνιδιάζε στο τιμόνι. Ο Π03 περιέγραψε δύο περιστατικά στα οποία απέφυγε το ατύχημα την τελευταία στιγμή, «τελευταία στιγμή το γύρισα δηλαδή το αυτοκίνητο κάνα δυο φορές» (Π03, γρ. 73), ενώ η Π01 ανέφερε ότι ένιωθε τον ύπνο να την παίρνει ακόμη και σταματημένη στα φανάρια. Σε δύο περιπτώσεις, της Π06 και της Π08, η υπνηλία μετά από νυχτερινή βάρδια οδήγησε σε έξοδο από τον δρόμο, με ευτυχή ωστόσο κατάληξη.

Για τον Π05, επαγγελματία οδηγό ταξί, ο κίνδυνος ήταν διαρκώς παρών στην ίδια τη φύση της εργασίας του, καθώς ανέφερε ότι ακόμη και σταματημένος στην πιάτσα τον κατέβαλλε η υπνηλία και «μπορεί να κλείσω και τα μάτια για να κοιμηθώ» (Π05, γρ. 60-61). Ο κίνδυνος αποκτούσε βαρύτερο φορτίο όταν συνδεόταν με την ευθύνη απέναντι σε τρίτους. Η Π04, μητέρα τεσσάρων παιδιών, τοποθέτησε την εμπειρία της εντός του οικογενειακού της πλαισίου, περιγράφοντας ότι «πολλές φορές στο τιμόνι, αρκετές φορές μου κλείνουν τα μάτια μου από την κούραση» (Π04, γρ. 55-56), με τα παιδιά της να βρίσκονται μέσα στο αυτοκίνητο. Στις δύο νοσηλεύτριες, η αίσθηση του κινδύνου μεταφερόταν και στον κλινικό χώρο, όπου ένα λάθος θα μπορούσε να έχει μοιραίες συνέπειες για τους ασθενείς. Η Π01 συμπύκνωσε αυτή τη συνειδητοποίηση σε μια φράση ιδιαίτερα φορτισμένη, «ένιωθα ότι είμαι επικίνδυνη» (Π01, γρ. 60), ενώ η Π09 εξέφρασε τον φόβο μήπως κάνει κάποιο λάθος στη δουλειά της. Για τον Π10, του οποίου η εργασία ως κατασκευαστή στρωμάτων περιλάμβανε τον χειρισμό μηχανημάτων, ο κίνδυνος ήταν εξίσου απτός, «πολλές φορές κινδύνευσα να πάθω ατύχημα επάνω στη δουλειά μου» (Π10, γρ. 53-54).

Ο Π07 περιέγραψε ένα ανάλογο περιστατικό, ύστερα από το οποίο σταμάτησε στην άκρη του δρόμου και παρέμεινε με κλειστά τα μάτια για ένα τέταρτο μέχρι να ηρεμήσει, ενώ ο Π02 ανέφερε μια διάχυτη δυσφορία και κόπωση κατά την οδήγηση. Το γεγονός ότι οι περισσότεροι ανέφεραν παρ' ολίγον ατυχήματα, χωρίς ευτυχώς σοβαρό τραυματισμό, αναδεικνύει πόσο διάχυτη ήταν η αίσθηση ότι η νόσος τους έθετε διαρκώς σε επισφαλείς καταστάσεις. Στις περιγραφές αυτές, η υπνηλία βιωνόταν ως μια διαρκής απειλή που υποχρέωνε τους συμμετέχοντες να αναδιατάξουν τις καθημερινές τους συνήθειες, ιδίως ως

προς την οδήγηση, με ορισμένους, όπως ο Π10 και ο Π07, να αποφεύγουν συστηματικά τη νυχτερινή οδήγηση προκειμένου να προστατεύσουν τους εαυτούς τους και τους άλλους. Η αναδιάταξη αυτή της καθημερινότητας, με τον περιορισμό ή την αποφυγή δραστηριοτήτων που θεωρούνταν πλέον επικίνδυνες, καταδεικνύει πόσο βαθιά η νόσος επηρέαζε την αίσθηση αυτονομίας και ασφάλειας των συμμετεχόντων. Η αφήγηση της Π09 ξεχωρίζει, καθώς περιέγραψε ένα πραγματικό τροχαίο συμβάν, «παραλίγο να την πατήσω. Τράκαρα δηλαδή» (Π09, γρ. 51), σε αντίθεση με τα παρ' ολίγον περιστατικά των υπόλοιπων συμμετεχόντων. Η περίπτωση της αποτελεί το πιο έντονο παράδειγμα του κινδύνου που συνεπάγεται η νόσος.

Θέμα 4. Το συναισθηματικό φορτίο και η συρρίκνωση του κοινωνικού εαυτού

Η τέταρτη θεματική ενότητα αφορά το συναισθηματικό βάρος της νόσου και τον τρόπο με τον οποίο αυτό οδηγούσε σε μια προοδευτική απόσυρση από την κοινωνική και τη συντροφική ζωή. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ένα ευρύ φάσμα δυσφορικών συναισθημάτων, με κυρίαρχα το άγχος, τον φόβο, τον εκνευρισμό και την αίσθηση ανημπόριας. Ο Π10 έφτασε σε μια ρητή παραδοχή απώλειας ελέγχου, «είμαι ανήμπορος. Δυστυχώς, το συνειδητοποιώ ότι είμαι ανήμπορος» (Π10, γρ. 87-88). Για αρκετούς, το συναίσθημα αυτό εντεινόταν τη νύχτα και συνδεόταν με τον φόβο για τη ζωή και την υγεία, όπως στην Π09, η οποία ομολόγησε ότι «φοβάμαι πάρα πολύ για το βράδυ ειδικά» (Π09, γρ. 95). Σε ορισμένες αφηγήσεις ο φόβος αποκτούσε συγκεκριμένο περιεχόμενο, καθώς η Π01, αξιοποιώντας τη γνώση της ως επαγγελματίας υγείας, ανησυχούσε για πιθανές καρδιαγγειακές επιπλοκές και για το ενδεχόμενο να καταστεί βάρος για την οικογένειά της.

Το συναισθηματικό αυτό φορτίο εκδηλωνόταν εμπράκτως ως συρρίκνωση του κοινωνικού εαυτού. Πολλοί συμμετέχοντες μείωσαν ή απέφυγαν τις εξόδους, τα ταξίδια και τις δραστηριότητες που τους ευχαριστούσαν, συχνά εξαιτίας του φόβου μήπως αποκοιμηθούν δημοσίως και εκτεθούν. Ο Π10 περιέγραψε με ωμότητα αυτή την εμπειρία της ντροπής.

«Πραγματικά μου έχει συμβεί σε έξοδό μου να κοιμηθώ στην καρέκλα και να με σκουντάει η σύζυγος και έγινα ρεζίλι στον κοινωνικό μου περίγυρο, στην παρέα μου και από αυτόν τον λόγο δεν ήθελα να βγω» (Π10, γρ. 81-83).

Η ίδια λογική της απόσυρσης διαπερνούσε τις αφηγήσεις της Π01, που ένιωθε απομόνωση και θλίψη, του Π05, που φοβόταν το βλέμμα των άλλων και ένιωθε ότι «δεν μπορείς να συμμετάσχεις σε όλο αυτό με τους άλλους όταν έχεις αυτό το πράγμα» (Π05, γρ. 80-81), και της Π09, που σταμάτησε τα ταξίδια και τις εξόδους για καφέ. Παράλληλα, η συντροφική σχέση δοκιμαζόταν στον ίδιο τον χώρο του ύπνου, καθώς το έντονο ροχαλητό οδηγούσε συχνά σε χωριστά δωμάτια. Η ρύθμιση αυτή, που αναφέρθηκε μεταξύ άλλων από

τον Π02, τον Π05, τον Π07 και την Π08, αποτυπώθηκε λιτά από την Π04 ως «ένας στον καναπέ, ένας στο κρεβάτι» (Π04, γρ. 72). Στην περίπτωση της Π01, η συνολική επιβάρυνση βιώνονταν ως απώλεια των ιδίων των ρόλων της, καθώς μίλησε για «απώλεια για τον ρόλο μου σαν μητέρα, σαν σύζυγος» (Π01, γρ. 79-80).

Πέρα από το άγχος και τον φόβο, αρκετοί συμμετέχοντες περιέγραψαν έντονη ευερεθιστότητα και απότομα ξεσπάσματα, με την Π09 να παραδέχεται ότι ξεσπούσε και έκανε πράγματα που προηγουμένως δεν έκανε. Στο επίπεδο της συντροφικής σχέσης, ο Π02 ανέφερε ότι η σύζυγός του αναγκαζόταν ορισμένες φορές να μετακινηθεί στο δωμάτιο των παιδιών εξαιτίας του έντονου ροχαλητού, μια εικόνα που συμπυκνώνει τη διακριτική αλλά σταθερή επιβάρυνση της καθημερινής συμβίωσης. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι, παρά τη συνολική αυτή επιβάρυνση, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως κατανοητικό και υποστηρικτικό, στοιχείο που λειτουργούσε ως αντίβαρο στην τάση απομόνωσης. Επιπλέον, το μοτίβο των χωριστών δωματίων δεν ήταν καθολικό. Η Π06 ανέφερε ότι η νόσος δεν επηρέασε ιδιαίτερα την οικογένειά της και ότι οι οικείοι της παρέμειναν κατανοητικοί και υποστηρικτικοί, χωρίς αλλαγή στις συνθήκες ύπνου. Ο Π07, αν και κοιμόταν χωριστά από τη σύντροφό του, αντιλαμβανόταν τη ρύθμιση αυτή ως αμοιβαία κατανοητή, λέγοντας «και εγώ το ίδιο θα έκανα αν ήμουν στη θέση της» (Π07, γρ. 69). Οι περιπτώσεις αυτές δείχνουν ότι η επιβάρυνση της συντροφικής ζωής, αν και συχνή, δεν βιώνονταν από όλους με τον ίδιο τρόπο. Η συνύπαρξη έντονης συναισθηματικής επιβάρυνσης και οικογενειακής στήριξης αναδεικνύει την αμφίσημη θέση των οικείων, οι οποίοι λειτουργούσαν ταυτόχρονα ως αποδέκτες της επιβάρυνσης και ως βασικός πυλώνας αντοχής.

Θέμα 5. Από το εμπόδιο στη «σωτηρία», προσαρμογή και ανάγκη για ενημέρωση

Η πέμπτη θεματική ενότητα συγκροτεί μια αφήγηση μεταστροφής, στην οποία η συσκευή CPAP μετατρέπεται από αρχικό εμπόδιο σε μέσο ριζικής βελτίωσης της ζωής. Ήδη από τη διαγνωστική μελέτη ύπνου, οι συμμετέχοντες είχαν βιώσει ως ενοχλητική την παρουσία των καλωδίων και των ζωνών, μια δυσφορία που μετέφεραν και στην αρχική χρήση της μάσκας, εξαιτίας του αέρα και της αίσθησης του ξένου σώματος στο πρόσωπο. Σχεδόν όλοι περιέγραψαν μια περίοδο προσαρμογής, την οποία ακολουθούσε μια εντυπωσιακή αλλαγή. Ο Π10 περιέγραψε τη μεταστροφή αυτή ως αναγέννηση του παλαιού εαυτού.

«Από την πρώτη κιόλας μέρα που φόρεσα τη μάσκα, την επόμενη μέρα δε σας το κρύβω, ξύπνησα άλλος άνθρωπος. Ξύπνησα ο παλιός μου εαυτός» (Π10, γρ. 96-98).

Ο Π02 συνόψισε την εμπειρία του με μια φράση έντονα φορτισμένη, δηλώνοντας ότι το μόνο που ήθελε να προσθέσει ήταν «ότι σώθηκα» (Π02, γρ. 133), ενώ η Π01 ανέφερε ότι

ένιωθε άλλος άνθρωπος και ότι είχε αλλάξει όλη της η ζωή. Η βελτίωση ήταν τόσο καθοριστική ώστε η θεραπεία να βιώνεται πλέον ως αναγκαιότητα, με τον Π03 να δηλώνει ότι «δεν μπορώ πλέον να κοιμηθώ χωρίς τη μάσκα ούτε ένα βράδυ» (Π03, γρ. 125-126) και τους περισσότερους να περιγράφουν τους εαυτούς τους ως συνεπείς, καθημερινούς χρήστες. Ο Π02 συνέδεσε επιπλέον τη χρήση της μάσκας με την υποχώρηση μιας έντονης νυχτερινής εφίδρωσης που τον ταλαιπωρούσε. Η αφήγηση της μεταστροφής, ωστόσο, δεν ήταν καθολική. Η Π04, παρότι ανέφερε σημαντική βελτίωση, περιέγραψε και τη διατήρηση συμπτωμάτων υπό θεραπεία, «έχω άπνοιες, κούραση, πονοκεφάλους. Δεν μπορώ να αντεπεξέλθω σε μερικά πράγματα» (Π04, γρ. 33-34). Παράλληλα, η συνέπεια στη χρήση, αν και υψηλή, δεν ήταν απόλυτη, καθώς ο Π02 παρέλειπε τη μάσκα όταν διανυκτέρευε εκτός σπιτιού και ο Π10 προσδιόρισε τη χρήση του σε «είκοσι επτά ημέρες του μήνα» (Π10, γρ. 104).

Η προσαρμογή αυτή στηριζόταν σε δύο βασικούς υποστηρικτικούς παράγοντες. Ο πρώτος ήταν το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο, όπως αναδείχθηκε ήδη, συνόδευε τους συμμετέχοντες σε όλη τη διαδρομή. Ο δεύτερος ήταν η ιατρική και νοσηλευτική ομάδα του Ιατρείου Ύπνου, την οποία οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ομόφωνα θετικά. Πέρα από την τεχνική καθοδήγηση, αναγνώρισαν και τη συναισθηματική στήριξη, με τον Π10 να αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας «με στηρίζανε ψυχολογικά» (Π10, γρ. 112-113) και την Π08 να τους αποδίδει καθοριστικό ρόλο, σημειώνοντας ότι «χωρίς αυτούς δεν θα γινόταν τίποτα» (Π08, γρ. 127). Η Π01 αναφέρθηκε επιπλέον θετικά στη δυνατότητα τηλεμετρικής παρακολούθησης της συσκευής της, η οποία της επέτρεπε να αποφεύγει άσκοπες μετακινήσεις στο νοσοκομείο. Στην προσπάθεια προσαρμογής συνέβαλλαν και οι προσωπικές στρατηγικές αυτοδιαχείρισης, όπως ο περιορισμός ή η διακοπή του αλκοόλ και του καπνίσματος, η αποφυγή βαριού δείπνου και η τήρηση πιο σταθερού ωραρίου ύπνου, τις οποίες ανέφεραν μεταξύ άλλων ο Π05, η Π08 και ο Π10. Ως κύριο εμπόδιο αναδείχθηκε η δυσκολία ανοχής και το κόστος της τεχνολογίας, με χαρακτηριστική την περίπτωση του Π03, ο οποίος δυσκολευόταν να αγοράσει την καταλληλότερη για εκείνον ρινική μάσκα λόγω της τιμής της. Η ανάδειξη του κόστους ως εμποδίου, παράλληλα με την ισχυρή υποστήριξη από το οικογενειακό και το κλινικό περιβάλλον, υπογραμμίζει ότι η επιτυχής προσαρμογή στη θεραπεία εξαρτιόταν από έναν συνδυασμό προσωπικών, σχεσιακών και συστημικών παραγόντων. Η θεραπευτική διαδρομή ορισμένων συμμετεχόντων ήταν πολυτροπική. Ο Π03, πέρα από τη CPAP, είχε υποβληθεί και σε χειρουργική διόρθωση του ρινικού διαφράγματος, «έκανα και την εγχείρηση στο διάφραγμα που με βοήθησε» (Π03, γρ. 141). Ο ίδιος επισήμανε επιπλέον ένα ζήτημα καταλληλότητας του εξοπλισμού πέρα από το κόστος, καθώς

οι ρινοστοματικές μάσκες που χορηγούνται από το νοσοκομείο, όπως ανέφερε, «δεν μπορούν να τη φορέσουν τις περισσότερες» (Π03, γρ. 190-191).

Η διαδρομή προς την προσαρμογή δεν ήταν, ωστόσο, χωρίς δυσκολίες. Ο Π07 ανακάλυψε ότι στην αρχή η προσαρμογή ήταν πάρα πολύ δύσκολη και τον ενοχλούσε ο αέρας, ωστόσο η συνειδητοποίηση ότι η χρήση της συσκευής ήταν απαραίτητη για την υγεία του τον βοήθησε να επιμείνει. Στην ίδια κατεύθυνση, ο Π02 περιέγραψε ότι βοηθήθηκε πάρα πολύ και ένιωθε πλέον ένας άλλος άνθρωπος, αποδίδοντας στη θεραπεία τη δυνατότητα να ζει ξανά την καθημερινότητά του. Έτσι, στην εμπειρία των συμμετεχόντων, η θεραπεία λειτουργούσε ως σημείο καμπής που υπερέβαινε την τεχνική της διάσταση και αποκαθιστούσε την αίσθηση ενός λειτουργικού και κοινωνικά ενεργού εαυτού.

Τέλος, η ανακούφιση που βίωσαν οι συμμετέχοντες μετατρεπόταν συχνά σε μια εξωστρεφή έκκληση για ευρύτερη ενημέρωση. Διαπιστώνοντας ότι πολλοί συνάνθρωποί τους πάσχουν χωρίς να το γνωρίζουν, ζητούσαν συστηματικότερη ενημέρωση μέσω της τηλεόρασης και του διαδικτύου. Ο Π07 το διατύπωσε επιγραμματικά, «ο κόσμος δεν ξέρει από άπνοια. Πρέπει να ενημερώνεται» (Π07, γρ. 141), άποψη που συμμερίστηκαν και άλλοι συμμετέχοντες, όπως ο Π02 και η Π04, η οποία προέτρεψε όσους βιώνουν παρόμοια συμπτώματα να απευθυνθούν στους ειδικούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η έκκληση αυτή μεταφραζόταν σε προσωπική ανάληψη ρόλου ενημέρωσης, με την Π09 να δηλώνει ότι «ήδη ενημερώνω όσους γνωρίζω» (Π09, γρ. 139). Με τον τρόπο αυτό, η ατομική εμπειρία της βελτίωσης μέσω της θεραπείας συνδεόταν με ένα συλλογικό αίτημα για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και υποστήριξη. Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, και ιδίως των νοσηλευτών, αναδεικνυόταν ως κομβικός, τόσο για την έγκαιρη αναγνώριση της νόσου όσο και για τη συστηματική ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών στη διαδρομή της προσαρμογής.

5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Συνολικά, η ανάλυση των δέκα συνεντεύξεων ανέδειξε πέντε αλληλένδετες θεματικές ενότητες που περιγράφουν τη βιωμένη εμπειρία της ΣΑΥΑ και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής. Η εμπειρία ξεκινούσε ως μια αόρατη για τον πάσχοντα διαταραχή, η οποία αποκαλυπτόταν μέσα από το βλέμμα των οικείων και οδηγούσε, με δική τους ώθηση, στη διάγνωση. Στη συνέχεια, η νόσος βιωνόταν ως συνολική διάβρωση της καθημερινής ικανότητας, με τη σωματική εξάντληση και τη γνωστική θόλωση να υπονομεύουν τη λειτουργικότητα στο σπίτι και στην εργασία και να καλλιεργούν την αίσθηση ότι ο ασθενής δεν ήταν πλέον όπως παλιά. Μια ιδιαίτερα κρίσιμη διάσταση ήταν η μετατροπή του εαυτού

σε πηγή κινδύνου, κυρίως κατά την οδήγηση αλλά και στον εργασιακό χώρο, με το φορτίο της ευθύνης απέναντι σε τρίτους να εντείνει την εμπειρία.

Παράλληλα, η νόσος επέφερε ένα σημαντικό συναισθηματικό φορτίο, με άγχος, φόβο και αίσθηση ανημπόριας, το οποίο εκδηλωνόταν ως συρρίκνωση της κοινωνικής και της συντροφικής ζωής, με κοινωνική απόσυρση, ντροπή και χωριστά δωμάτια. Τέλος, η εμπειρία της θεραπείας συγκροτούσε μια αφήγηση μεταστροφής, όπου η αρχικά δυσχερής χρήση της συσκευής CPAP κατέληγε σε ριζική βελτίωση που βιώνόταν ως σωτηρία. Η μεταστροφή αυτή στηριζόταν στην οικογένεια και στην κλινική ομάδα, συνοδευόταν από στρατηγικές αυτοδιαχείρισης και από εμπόδια όπως το κόστος της τεχνολογίας, και τροφοδοτούσε ένα συλλογικό αίτημα για περισσότερη ενημέρωση και έγκαιρη αντιμετώπιση. Τα ευρήματα αυτά, καθώς και η σχέση τους με τη διεθνή βιβλιογραφία, συζητούνται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο συζητούνται υπό το πρίσμα της διεθνούς βιβλιογραφίας, με στόχο την ερμηνεία τους και την ανάδειξη της συμβολής τους στην κατανόηση της επίδρασης της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων ασθενών. Η συζήτηση οργανώνεται γύρω από τις πέντε θεματικές ενότητες που προέκυψαν από την ανάλυση, τις οποίες αντιπαραβάλλει με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, εντοπίζοντας τόσο τα σημεία σύγκλισης όσο και τις ιδιαίτερες αποχρώσεις που προσθέτει η παρούσα μελέτη. Στη συνέχεια αποτιμώνται τα δυνατά σημεία και οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται οι προεκτάσεις της για τη νοσηλευτική πρακτική, μαζί με συγκεκριμένες προτάσεις. Η ανάγνωση που ακολουθεί παραμένει πιστή στην ερμηνευτική και φαινομενολογική θεμελίωση της εργασίας, αντιμετωπίζοντας τα ευρήματα ως νοηματοδοτημένες εμπειρίες και όχι ως απλά μετρήσιμα μεγέθη.

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Η σχεσιακή αναγνώριση της νόσου

Ένα από τα πλέον σταθερά ευρήματα της ανάλυσης ήταν ότι η ΣΑΥΑ παρέμενε για μεγάλο διάστημα αόρατη στον ίδιο τον πάσχοντα και αποκτούσε υπόσταση μέσα από τη μαρτυρία των οικείων. Το εύρημα αυτό συνομιλεί άμεσα με τη διαπίστωση της βιβλιογραφίας ότι η νόσος είναι συχνή και σε μεγάλο βαθμό υποδιαγνωσμένη, καθώς η πλειονότητα των ενηλίκων με μέτρια έως σοβαρή μορφή δεν έχει λάβει ποτέ διάγνωση (Faria *et al.*, 2021; Lee and Sundar, 2021). Η ίδια η φύση των κυρίαρχων σημείων, του έντονου ροχαλητού και των αναπνευστικών παύσεων, τα καθιστά αντιληπτά κατά κανόνα από τον σύντροφο που μοιράζεται το κρεβάτι παρά από τον ίδιο τον ασθενή, γεγονός που η διεθνής εμπειρία αποτυπώνει και ως πηγή διαταραγμένου ύπνου και σωματικής επιβάρυνσης για τον ίδιο τον σύντροφο (Smith *et al.*, 2009). Στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, το βλέμμα του Άλλου υπερέβαινε την παρατήρηση των συμπτωμάτων και λειτουργούσε ως καθοριστική ώθηση προς την αναζήτηση βοήθειας, μια δυναμική που έχει περιγραφεί και σε ποιοτικές μελέτες όπου ο σύντροφος αναδεικνύεται σε κεντρικό πρόσωπο της διαδρομής προς τη διάγνωση και τη θεραπεία (Luyster *et al.*, 2016).

Υπό αυτή την έννοια, η διάγνωση αναδύεται ως σχεσιακό γεγονός, κατά το οποίο το οικογενειακό περιβάλλον μετατρέπει μια αόρατη νυχτερινή διαταραχή σε αναγνωρίσιμο πρόβλημα υγείας. Η περίπτωση του Π03, ο οποίος αντιλήφθηκε ο ίδιος μια αναπνευστική

παύση, δεν αναιρεί αυτή τη δομή, καθώς και πάλι η επιβεβαίωση και η απόφαση για διερεύνηση εντάχθηκαν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο στήριξης. Η παρούσα μελέτη εμπλουτίζει έτσι τη γνωστή κλινική παρατήρηση ότι οι μάρτυρες σύντροφοι κινητοποιούν την παραπομπή, προσδίδοντάς της ένα βιωματικό περιεχόμενο, καθώς αναδεικνύει ότι η αναγνώριση της νόσου είναι εξαρχής διαμεσολαβημένη από τη σχέση με τους οικείους και ότι η εμπειρία της ΣΑΥΑ διαφέρει από εκείνη χρόνιων παθήσεων με πιο άμεσα αντιληπτά συμπτώματα. Δεδομένου του ποιοτικού και διερευνητικού χαρακτήρα της μελέτης, η παρατήρηση αυτή προσφέρεται ως ερμηνευτικό σχήμα και όχι ως γενικεύσιμη εκτίμηση συχνότητας. Στο φαινομενολογικό αυτό πλαίσιο, το νυχτερινό σύμπτωμα ανήκει κατά μία έννοια στον μάρτυρα περισσότερο παρά στον ίδιο τον ασθενή, και η μετάβαση από την αόρατη ενόχληση στο αναγνωρισμένο νόσημα συντελείται μέσα στη σχέση με τους οικείους.

Η διάβρωση της λειτουργικότητας και της γνωστικής επάρκειας

Η δεύτερη θεματική ενότητα, που περιέγραψε μια συνολική διάβρωση της καθημερινής ικανότητας μέσα από τη σωματική εξάντληση και τη γνωστική θόλωση, βρίσκει ισχυρό έρεισμα στη βιβλιογραφία. Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία και η κόπωση αποτελούν κεντρικές συνέπειες της νόσου που υπονομεύουν τη λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας (Hiestand and Phillips, 2011), ενώ η εμπειρία της γνωστικής θόλωσης που ανέφεραν οι συμμετέχοντες αντιστοιχεί σε τεκμηριωμένες αντικειμενικές διαταραχές. Μετα-αναλυτικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΣΑΥΑ, πριν ακόμη λάβουν θεραπεία, εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα σε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών πεδίων, από τη μνήμη και την προσοχή έως την ταχύτητα επεξεργασίας και τις εκτελεστικές λειτουργίες (Stranks and Crowe, 2016), εύρημα που συνάδει με τις περιγραφές των συμμετεχόντων για ξεχασμένα ραντεβού, χαμένες οδηγίες και την ανάγκη να σκεφτούν επανειλημμένα πριν δράσουν.

Η σύνδεση που έκαναν οι ίδιοι ανάμεσα στη γνωστική δυσλειτουργία και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους επιβεβαιώνεται από μελέτες που τεκμηριώνουν ότι η γνωστική έκπτωση συσχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ΣΑΥΑ (Liu *et al.*, 2021), καθώς και από την ευρύτερη διαπίστωση ότι η νόσος επιβαρύνει πολλαπλές διαστάσεις της καθημερινής λειτουργικότητας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της συναισθηματικής κατάστασης (Lal, Strange and Bachman, 2012). Η πολυδιάστατη αυτή επιβάρυνση, που στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων εκτεινόταν από τη σωματική κόπωση έως τη γνωστική και την επαγγελματική λειτουργικότητα, συνάδει με τη βιβλιογραφική διαπίστωση ότι η ποιότητα ζωής στη ΣΑΥΑ εκπίπτει σε πολλαπλές διαστάσεις και μάλιστα όχι κατ' ανάγκη ανάλογα με τη βαρύτητα των πολυπνογραφικών δεικτών (Dutt *et al.*, 2013).

Η διαπίστωση αυτή ενισχύει τη φαινομενολογική οπτική της παρούσας εργασίας, σύμφωνα με την οποία το βίωμα της νόσου και το νόημα που αποδίδεται σε αυτό έχουν αυτοτελή βαρύτητα πέρα από τους αντικειμενικούς δείκτες. Η αναγνώριση από τον Π02 της συμβολής και της ηλικίας υπενθυμίζει, τέλος, ότι η εμπειρία της έκπτωσης είναι πολυπαραγοντική και οφείλει να ερμηνεύεται με την ανάλογη προσοχή. Αξίζει να σημειωθεί ότι η βιωμένη διάβρωση που περιέγραψαν οι συμμετέχοντες αντιστοιχεί στις ίδιες διαστάσεις, τη λειτουργική, την κοινωνική και τη συναισθηματική, τις οποίες αποτυπώνουν και τα σταθμισμένα εργαλεία ποιότητας ζωής, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω τη σύγκλιση των ποιοτικών ευρημάτων με την ποσοτική βιβλιογραφία.

Ο εαυτός ως πηγή κινδύνου

Η τρίτη θεματική ενότητα, στην οποία ο εαυτός επανανοηματοδοτούνταν ως πηγή κινδύνου, αντηχεί μια από τις πλέον καλά τεκμηριωμένες συνέπειες της νόσου. Η συσχέτιση της ΣΑΥΑ με αυξημένο κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων είναι γνωστή, όπως και το γεγονός ότι η θεραπεία με CPAP μειώνει τον κίνδυνο αυτό, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των σχετικών μελετών (Tregear *et al.*, 2010). Οι αναφορές σχεδόν όλων των συμμετεχόντων σε επεισόδια μικροϋπνου και σε παρ' ολίγον ατυχήματα στο τιμόνι αποτυπώνουν στο βιωματικό επίπεδο τον μηχανισμό που η βιβλιογραφία αποδίδει στην υπερβολική ημερήσια υπνηλία και στη μειωμένη εγρήγορση του οδηγού (Hiestand and Phillips, 2011). Η εμπειρία του Π05, επαγγελματία οδηγού ταξί, προσδίδει στο εύρημα μια επαγγελματική διάσταση που έχει αναδειχθεί ως ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς οι επαγγελματίες οδηγοί με τη νόσο και έντονη ημερήσια υπνηλία συγκεντρώνουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο (Simpamba *et al.*, 2023).

Πέρα από την οδήγηση, η μεταφορά της αίσθησης κινδύνου στον χειρισμό μηχανημάτων από τον Π10 και στον κλινικό χώρο από τις δύο νοσηλεύτριες διευρύνει το πεδίο της απειλής πέρα από το ιδιωτικό αυτοκίνητο και αναδεικνύει την ευθύνη απέναντι σε τρίτους ως πηγή πρόσθετου φορτίου. Το πραγματικό τροχαίο συμβάν που περιέγραψε η Π09 συγκεκριμενοποιεί με τον πιο εναργή τρόπο τον στατιστικό κίνδυνο που η βιβλιογραφία περιγράφει σε πληθυσμιακό επίπεδο. Η συστηματική αποφυγή της νυχτερινής οδήγησης από ορισμένους συμμετέχοντες μπορεί έτσι να κατανοηθεί ως μια προσαρμοστική στρατηγική διαχείρισης ενός κινδύνου που οι ίδιοι αναγνώριζαν, αν και ο ποιοτικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει εκτιμήσεις συχνότητας ή αιτιότητας. Η βιωματική επανανοηματοδότηση του εαυτού ως απειλής για τους άλλους προσθέτει μια ηθική και σχεσιακή διάσταση στον κλινικά τεκμηριωμένο κίνδυνο, καθώς ο φόβος των συμμετεχόντων

εκτεινόταν από την προσωπική τους ασφάλεια έως την ευθύνη απέναντι σε επιβάτες, ασθενείς και άλλους γύρω τους.

Συναισθηματικό φορτίο και κοινωνική απόσυρση

Η τέταρτη θεματική ενότητα ανέδειξε ένα σημαντικό συναισθηματικό φορτίο, με κυρίαρχα το άγχος, τον φόβο και την αίσθηση ανημπόριας, καθώς και μια προοδευτική συρρίκνωση του κοινωνικού και του συντροφικού εαυτού. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη συσσωρευμένη βιβλιογραφία που τεκμηριώνει υψηλή επιβάρυνση της ψυχικής υγείας στη ΣΑΥΑ. Μετα-ανάλυση προοπτικών μελετών έχει δείξει ότι τα άτομα με τη νόσο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά την παρακολούθηση (Edwards, Almeida and Ford, 2020), ενώ η συγκεντρωτική συχνότητα της κλινικής κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς εκτιμάται σε σημαντικά επίπεδα και συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής (Jackson *et al.*, 2019). Δεδομένου του ποιοτικού και συγχρονικού χαρακτήρα της παρούσας μελέτης, τα δικά μας ευρήματα δεν τεκμηριώνουν αιτιακή σχέση, αποτυπώνουν όμως με ενάργεια το βιωμένο περιεχόμενο αυτής της επιβάρυνσης, ιδίως τον νυχτερινό φόβο για τη ζωή και την υγεία. Η ανησυχία της Π01 για πιθανές καρδιαγγειακές επιπλοκές δεν ήταν αβάσιμη, καθώς η σχέση της ΣΑΥΑ με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα αποτελεί αντικείμενο επίσημης επιστημονικής δήλωσης διεθνών φορέων (Yeghiazarians *et al.*, 2021).

Στο πεδίο της συντροφικής ζωής, το μοτίβο των χωριστών δωματίων εξαιτίας του έντονου ροχαλητού που περιέγραψαν αρκετοί συμμετέχοντες έχει καταγραφεί και στη βιβλιογραφία, η οποία μάλιστα δείχνει ότι η αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να επαναφέρει τα ζευγάρια στον κοινό χώρο ύπνου (Cascais Costa, Afreixo and Cravo, 2023). Η αμφισημία που ανέδειξε η ανάλυση, με τους οικείους να λειτουργούν ταυτόχρονα ως αποδέκτες της επιβάρυνσης και ως βασικός πυλώνας στήριξης, συνομιλεί με τα δεδομένα που συνδέουν την ποιότητα της συντροφικής σχέσης και την εμπλοκή του συντρόφου με την πορεία της θεραπείας (Gentina *et al.*, 2019). Υπό αυτό το πρίσμα, οι περιπτώσεις της Π06 και του Π07, όπου δεν υπήρξε ουσιαστική διαταραχή της οικογενειακής ισορροπίας ή όπου ο χωριστός ύπνος βιώνονταν ως αμοιβαία κατανοητός, λειτουργούν ως υπενθύμιση ότι η υποστηρικτική σχέση μπορεί να αμβλύνει τη συναισθηματική και κοινωνική επιβάρυνση, χωρίς να αναιρούν το γενικότερο μοτίβο. Η εμπειρία της ντροπής και της δημόσιας έκθεσης, τέλος, προσθέτει μια διάσταση κοινωνικού στίγματος που εμπλουτίζει την κατανόηση της απόσυρσης πέρα από την απλή κόπωση. Η αναφορά της Π01 σε απώλεια των ρόλων της ως μητέρας και συζύγου δείχνει ότι η επιβάρυνση έθιγε τον ίδιο τον πυρήνα της ταυτότητας και των

κοινωνικών δεσμών, μια διάσταση που οι κλίμακες κατάθλιψης από μόνες τους δύσκολα αποτυπώνουν.

Η θεραπευτική μεταστροφή και οι όροι της

Η πέμπτη θεματική ενότητα συγκρότησε μια αφήγηση μεταστροφής, στην οποία η αρχικά δυσχερής χρήση της CPAP κατέληγε σε ριζική βελτίωση που οι συμμετέχοντες βίωναν ως σωτηρία. Η εμπειρία αυτή είναι σύμφωνη με τα ερευνητικά δεδομένα που τεκμηριώνουν βελτίωση της υπνηλίας, της διάθεσης και της ποιότητας ζωής υπό θεραπεία, ακόμη και σε μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες στις οποίες η ίδια παρέμβαση δεν μείωσε τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα (McEvoy *et al.*, 2016). Η διάκριση αυτή είναι σημαντική, καθώς το βίωμα της σωτηρίας αφορά κατά κύριο λόγο τη συμπτωματική ανακούφιση και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας, διάσταση στην οποία η θεραπεία έχει σαφές όφελος, συμπεριλαμβανομένης της μερικής βελτίωσης της γνωστικής επίδοσης στους ασθενείς με σοβαρή νόσο (Wang *et al.*, 2020) και της επιβράδυνσης της γνωστικής έκπτωσης σε ηλικιωμένους με καλή συμμόρφωση (Richards *et al.*, 2019). Η ίδια η μεταφορά της σωτηρίας, που επανήλθε σε αρκετές αφηγήσεις, μπορεί να κατανοηθεί ως έκφραση μιας βαθιάς υπαρξιακής ανακούφισης, στην οποία η αποκατάσταση του ύπνου ταυτίζεται με την επιστροφή σε έναν λειτουργικό και αναγνωρίσιμο εαυτό.

Η πορεία από την αρχική δυσφορία προς την αποδοχή και την εξάρτηση από τη συσκευή αντικατοπτρίζει το βιωμένο περιεχόμενο που έχουν αναδείξει ποιοτικές μελέτες της εμπειρίας των ασθενών με τη θεραπεία θετικής πίεσης αεραγωγών (Simon *et al.*, 2024), καθώς και τις διαρκείς ανάγκες υποστήριξης που καταγράφονται μετά την έναρξή της (Rapelli *et al.*, 2022). Καθοριστικό ρόλο στη μετάβαση αυτή είχε η στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και από την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, εύρημα που ευθυγραμμίζεται με τη βιβλιογραφία σχετικά με τη σημασία της επικοινωνίας και της κοινής λήψης αποφάσεων κατά την έναρξη της CPAP (Brostrom *et al.*, 2021) και με την εμπλοκή του συντρόφου ως παράγοντα που ενισχύει τη συμμόρφωση (Gentina *et al.*, 2019). Η θετική αποτίμηση της τηλεμετρικής παρακολούθησης από την Π01 παραπέμπει στις δυνατότητες της τηλεϊατρικής να διευρύνει την πρόσβαση και να υποστηρίξει τη χρόνια παρακολούθηση των ασθενών (Schutte-Rodin, 2020). Τα στοιχεία αυτά συγκλίνουν στην εικόνα μιας θεραπείας της οποίας η επιτυχία διαμορφώνεται μέσα σε ένα δίκτυο σχέσεων φροντίδας και υπερβαίνει το στενά τεχνικό της πεδίο.

Παράλληλα, οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης που ανέφεραν οι συμμετέχοντες, όπως ο περιορισμός του αλκοόλ και του καπνίσματος και η απώλεια βάρους, βρίσκουν στήριξη στα

δεδομένα που δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής μειώνουν τη βαρύτητα της νόσου (Carneiro-Barrera *et al.*, 2022), ενώ η περίπτωση του Π03, που συνδύασε τη CPAP με χειρουργική διόρθωση του ρινικού διαφράγματος, υπενθυμίζει τον πολυτροπικό χαρακτήρα της αντιμετώπισης. Η ανάδειξη του κόστους και της καταλληλότητας του εξοπλισμού ως εμποδίων, καθώς και η μη απόλυτη συνέπεια στη χρήση και η διατήρηση συμπτωμάτων σε ορισμένους συμμετέχοντες, υπενθυμίζουν ότι η μεταστροφή δεν ήταν ομοιόμορφη και ότι η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από προσωπικούς, σχεσιακούς και συστημικούς παράγοντες. Το συλλογικό αίτημα των συμμετεχόντων για ευρύτερη ενημέρωση, τέλος, συνδέεται άμεσα με το γεγονός της εκτεταμένης υποδιάγνωσης της νόσου (Faria *et al.*, 2021), αναδεικνύοντας την πρόληψη και την έγκαιρη αναγνώριση ως πεδία ουσιαστικής παρέμβασης.

Συνολικά, η αντιπαράβολή των πέντε θεματικών ενοτήτων με τη βιβλιογραφία αναδεικνύει μια συνεκτική τροχιά, η οποία ξεκινά από τη σχεσιακή αναγνώριση της νόσου, διέρχεται από τη διάβρωση της λειτουργικότητας, την αίσθηση κινδύνου και τη συναισθηματική και κοινωνική επιβάρυνση, και καταλήγει στη θεραπευτική μεταστροφή. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό με τα διεθνή δεδομένα και προσθέτουν μια ερμηνευτική ανάγνωση που τονίζει το νόημα της εμπειρίας, τη σχεσιακή της διάσταση και τη δυναμική μεταβολή της στον χρόνο. Η συμβολή αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη νοσηλευτική, καθώς μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τους αντικειμενικούς δείκτες της νόσου προς τη βιωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει σειρά δυνατών σημείων. Ο ποιοτικός και φαινομενολογικός σχεδιασμός της επέτρεψε μια εις βάθος προσέγγιση της βιωμένης εμπειρίας, η οποία συμπληρώνει την εκτεταμένη ποσοτική βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής στη ΣΑΥΑ, δίνοντας φωνή στους ίδιους τους ασθενείς. Η εφαρμογή της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης με τεκμηριωμένη διαδρομή ανάλυσης, με κωδικοποίηση, ημερολόγιο αποφάσεων και αυτολεξεί αποσπάσματα συνδεδεμένα με τις γραμμές των μεταγραφών, ενίσχυσε την αξιοπιστία και τη διαφάνεια των ευρημάτων. Το μέγεθος του δείγματος τεκμηριώθηκε με βάση την έννοια της πληροφοριακής ισχύος και όχι με αριθμητικά κριτήρια κορεσμού, σε συμφωνία με τις σύγχρονες μεθοδολογικές προσεγγίσεις της ποιοτικής έρευνας. Επιπλέον, η ισόρροπη εκπροσώπηση των δύο φύλων, το εύρος των επαγγελματιών, ορισμένα από τα οποία είχαν άμεση σχέση με τις διαστάσεις του κινδύνου και της λειτουργικότητας, καθώς και η διεξαγωγή των συνεντεύξεων τόσο στο

Ιατρείο Ύπνου όσο και κατ' οίκον, προσέφεραν πλούσιο και συμφραστικά ποικίλο υλικό. Η συστηματική προσοχή σε αποκλίνουσες και αντιθετικές περιπτώσεις, τέλος, περιόρισε τον κίνδυνο επιλεκτικής ανάγνωσης και ενίσχυσε την εγκυρότητα της ερμηνείας.

Τα ευρήματα οφείλουν, ωστόσο, να ερμηνεύονται υπό το φως ορισμένων περιορισμών. Η μελέτη διεξήχθη σε ένα μόνο κέντρο και σε μία γεωγραφική περιοχή, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα μεταφοράς των ευρημάτων σε άλλα πλαίσια. Το δείγμα των δέκα συμμετεχόντων, αν και επαρκές με όρους πληροφοριακής ισχύος, παραμένει μικρό, ενώ η διενέργεια μίας μόνο συνέντευξης ανά συμμετέχοντα και η αναδρομική ανάκληση της κατάστασης πριν από τη θεραπεία ενέχουν τον κίνδυνο σφάλματος μνήμης. Η μέση διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν μικρότερη από την αρχικά αναμενόμενη, στοιχείο που ενδέχεται να περιόρισε το βάθος ορισμένων αφηγήσεων. Σημαντικός περιορισμός είναι ότι η συμμόρφωση καταγράφηκε ως αυτοαναφερόμενη και χαρακτηρίστηκε καλή για το σύνολο των συμμετεχόντων, χωρίς αντικειμενικά δεδομένα από τις συσκευές. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη συμμετοχή ασθενών που βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία και την παρακολουθούσαν, ενδέχεται να ενίσχυσε την κυριαρχία της αφήγησης της βελτίωσης και να υποεκπροσώπησε την εμπειρία όσων εγκατέλειψαν τη θεραπεία ή δυσκολεύονται με αυτήν. Ως ποιοτική και συγχρονική, η μελέτη δεν επιτρέπει συμπεράσματα αιτιότητας ή χρονικής αλληλουχίας ούτε εκτιμήσεις συχνότητας. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε από έναν ερευνητή, κάτι που στο πλαίσιο της αναστοχαστικής θεματικής ανάλυσης θεωρείται αποδεκτό και αξιοποιεί την υποκειμενικότητα ως αναλυτικό πόρο, αποτυπώνει ωστόσο μία ερμηνευτική οπτική. Τέλος, η απουσία ενός σταθμισμένου εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής, που αποτέλεσε συνειδητή μεθοδολογική επιλογή, περιορίζει τη δυνατότητα άμεσης σύγκρισης με ποσοτικές μελέτες. Σύμφωνα με τα κριτήρια της ποιοτικής έρευνας, η αξία των ευρημάτων έγκειται στην αναλυτική και όχι στη στατιστική γενίκευση, δηλαδή στη δυνατότητα μεταφοράς των ερμηνευτικών σχημάτων σε ανάλογα κλινικά πλαίσια, υπό την προϋπόθεση της προσεκτικής εκτίμησης της συμφραστικής ομοιότητας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα μελέτη προσθέτει στη διεθνή βιβλιογραφία μια εις βάθος, ελληνόφωνη ποιοτική ανάγνωση της βιωμένης εμπειρίας της ΣΑΥΑ, αναδεικνύοντας ιδίως τη σχεσιακή φύση της αναγνώρισης της νόσου και τη δυναμική μετάβαση από το βίωμα του κινδύνου και της απομόνωσης προς την προσαρμογή στη θεραπεία. Πέρα από τη συμβολή αυτή, τα ευρήματα έχουν άμεσες προεκτάσεις για τη νοσηλευτική φροντίδα των ενηλίκων με ΣΑΥΑ. Η σχεσιακή φύση της αναγνώρισης της νόσου υποδεικνύει ότι οι νοσηλευτές, ιδίως στην

πρωτοβάθμια φροντίδα και στα εξωτερικά ιατρεία, βρίσκονται σε προνομιακή θέση για την έγκαιρη ανίχνευσή της, αξιοποιώντας στοχευμένες ερωτήσεις προς τους ασθενείς και τους οικείους τους για το ροχαλητό, τις παρατηρούμενες άπνοιες και την ημερήσια υπνηλία. Δεδομένης της εκτεταμένης υποδιάγνωσης, η αυξημένη εγρήγορση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της καθυστέρησης μέχρι τη διάγνωση. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι τα νοσηλευτικά μοντέλα φροντίδας για τη ΣΑΥΑ είναι αποτελεσματικά, καθώς τυχαιοποιημένη μελέτη έχει τεκμηριώσει ότι η καθοδηγούμενη από νοσηλευτές φροντίδα δεν υστερεί έναντι της ιατρικά καθοδηγούμενης σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή νόσο, με μάλιστα χαμηλότερο κόστος (Antic *et al.*, 2009), ενώ η ανάπτυξη νοσηλευτικά καθοδηγούμενων υπηρεσιών ύπνου έχει αποδειχθεί εφικτή και ιδιαίτερα αποδεκτή από τους ασθενείς (Comer, 2017). Τα δεδομένα αυτά στηρίζουν τη διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτή στην ανίχνευση, στην έναρξη και στην παρακολούθηση της θεραπείας.

Η ομόφωνα θετική αποτίμηση της κλινικής ομάδας από τους συμμετέχοντες, μαζί με την έμφαση που έδωσαν στην ψυχολογική στήριξη, αναδεικνύει τη σημασία μιας φροντίδας που υπερβαίνει την τεχνική καθοδήγηση. Η δομημένη εκπαίδευση και η ουσιαστική επικοινωνία κατά την έναρξη της CPAP, στοιχεία που η βιβλιογραφία συνδέει με καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία (Brostrom *et al.*, 2021), μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να ξεπεράσουν την αρχική δυσφορία που οι ίδιοι περιέγραψαν. Παράλληλα, το σημαντικό συναισθηματικό φορτίο και ο τεκμηριωμένος αυξημένος κίνδυνος κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς (Edwards, Almeida and Ford, 2020) υποδεικνύουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα οφείλει να περιλαμβάνει τη συστηματική διερεύνηση της ψυχικής διάθεσης και την έγκαιρη παραπομπή όπου χρειάζεται. Η κεντρική θέση των οικείων στην εμπειρία της νόσου ενισχύει την αξία μιας φροντίδας που εντάσσει τον σύντροφο και την οικογένεια στην εκπαίδευση και στην παρακολούθηση, καθώς η εμπλοκή του συντρόφου σχετίζεται με καλύτερη πορεία της θεραπείας (Gentina *et al.*, 2019). Πρακτικά, αυτό μπορεί να λάβει τη μορφή μιας δομημένης νοσηλευτικής διαδρομής που περιλαμβάνει την ενημέρωση του ζεύγους πριν από την έναρξη της συσκευής, την τακτική επανεκτίμηση της ανοχής και της ψυχικής διάθεσης και τη σύνδεση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας όποτε απαιτείται.

Σε επίπεδο οργάνωσης των υπηρεσιών, η ανάδειξη του κόστους και της καταλληλότητας του εξοπλισμού ως εμποδίων υποδεικνύει την ανάγκη ο νοσηλευτής να αναλαμβάνει και ρόλο συνηγόρου του ασθενούς, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε κατάλληλες μάσκες και υποστηρικτικό υλικό. Η αξιοποίηση της τηλεμετρικής παρακολούθησης μπορεί να μειώσει τις άσκοπες μετακινήσεις και να ενισχύσει τη χρόνια

παρακολούθηση (Schutte-Rodin, 2020), ενώ η υποστήριξη στρατηγικών αυτοδιαχείρισης, όπως η απώλεια βάρους και η τροποποίηση του τρόπου ζωής, βρίσκει στήριξη στα δεδομένα για τη μείωση της βαρύτητας της νόσου (Carneiro-Barrera *et al.*, 2022). Τέλος, το αίτημα των ίδιων των συμμετεχόντων για ευρύτερη ενημέρωση μετατρέπει τη δημόσια υγειονομική διαπαιδαγώγηση σε ρητή νοσηλευτική ευθύνη, με δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας για την έγκαιρη αναγνώριση της νόσου. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να υιοθετήσουν διαχρονικό και πολυκεντρικό σχεδιασμό, να αξιοποιήσουν αντικειμενικά δεδομένα συμμόρφωσης και να συμπεριλάβουν τόσο τους ασθενείς που δυσκολεύονται ή εγκαταλείπουν τη θεραπεία όσο και την οπτική των ίδιων των οικείων, ώστε να διευρυνθεί η κατανόηση της εμπειρίας πέρα από τις αφηγήσεις επιτυχούς προσαρμογής. Η ενσωμάτωση της οπτικής αυτής στην κλινική πράξη θα επέτρεπε στους νοσηλευτές να σχεδιάζουν παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στο νόημα που αποδίδει ο κάθε ασθενής στη νόσο του και όχι αποκλειστικά στη βαρύτητά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο οι ενήλικες με διαγνωσμένη ΣΑΥΑ βιώνουν την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους, μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση με δέκα ημιδομημένες συνεντεύξεις και αναστοχαστική θεματική ανάλυση. Επιδίωξη της εργασίας ήταν η εις βάθος κατανόηση του νοήματος που οι ίδιοι οι ασθενείς αποδίδουν στην εμπειρία τους, πέρα από την ποσοτική μέτρηση της επιβάρυνσης. Η επιλογή αυτή απαντούσε σε ένα τεκμηριωμένο ερευνητικό κενό, καθώς η βιωμένη εμπειρία της νόσου, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο φροντίδας, είχε παραμείνει σε μεγάλο βαθμό αδιερεύνητη.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι η επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής συγκροτεί μια συνεκτική βιοματική τροχιά. Η νόσος αναγνωρίζεται αρχικά μέσα από το βλέμμα των οικείων, βιώνεται στη συνέχεια ως διάβρωση της καθημερινής και της γνωστικής ικανότητας, μετατρέπει τον εαυτό σε πηγή κινδύνου ιδίως κατά την οδήγηση και την εργασία, επιφέρει σημαντικό συναισθηματικό φορτίο με συρρίκνωση της κοινωνικής και της συντροφικής ζωής και, τέλος, οδηγεί σε μια μεταστροφή κατά την οποία η θεραπεία βιώνεται ως ριζική βελτίωση. Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η επίδραση της ΣΑΥΑ στην ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη, δυναμική και κατ' εξοχήν σχεσιακή και δεν αποτυπώνεται πλήρως από τους αντικειμενικούς δείκτες της νόσου.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα ότι η νόσος βιώνεται ως μια δυναμική διαδρομή που μεταβάλλεται στον χρόνο και μέσα στις σχέσεις, και όχι ως ένα στατικό και αμετάβλητο φορτίο. Η αρχική αορατότητα της νόσου, η σταδιακή απώλεια της αίσθησης επάρκειας, η βίωση του εαυτού ως απειλής και, τελικά, η ανακούφιση που φέρνει η θεραπεία συνθέτουν μια εμπειρία με σαφή χρονική και συναισθηματική δυναμική. Η οικογένεια και η κλινική ομάδα αναδεικνύονται σε σταθερό σημείο αναφοράς σε όλη αυτή τη διαδρομή, λειτουργώντας ταυτόχρονα ως αποδέκτες της επιβάρυνσης και ως βασικός πυλώνας στήριξης.

Η συμβολή της μελέτης έγκειται στην ανάδειξη αυτής της βιωμένης και σχεσιακής διάστασης στο ελληνικό πλαίσιο φροντίδας, το οποίο έως σήμερα είχε διερευνηθεί κυρίως ως προς τη διάγνωση και λιγότερο ως προς την εμπειρία των ασθενών. Δίνοντας φωνή στους ίδιους τους ασθενείς, η εργασία συμπληρώνει την εκτεταμένη ποσοτική βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής και προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική κατανόηση της νόσου.

Σε μεθοδολογικό επίπεδο, η εργασία καταδεικνύει την αξία μιας φαινομενολογικά προσανατολισμένης ποιοτικής προσέγγισης για τη μελέτη της ποιότητας ζωής. Η

αναστοχαστική θεματική ανάλυση επέτρεψε την ανάδειξη νοημάτων και αποχρώσεων της εμπειρίας που τα τυποποιημένα εργαλεία δύσκολα αποτυπώνουν και κατέδειξε ότι η υποκειμενική εμπειρία της νόσου έχει αυτοτελή βαρύτητα πέρα από τους κλινικούς δείκτες.

Τα ευρήματα έχουν άμεση σημασία για τη νοσηλευτική πρακτική. Η σχεσιακή φύση της αναγνώρισης της νόσου αναδεικνύει τον ρόλο των νοσηλευτών στην έγκαιρη ανίχνευση, με αξιοποίηση των πληροφοριών που προσφέρουν οι οικείοι. Η δομημένη εκπαίδευση και η ψυχολογική στήριξη κατά την έναρξη της θεραπείας, η ένταξη του συντρόφου στη φροντίδα, η αντιμετώπιση των εμποδίων κόστους και πρόσβασης και η συστηματική ενημέρωση της κοινότητας συνιστούν πεδία στα οποία η νοσηλευτική μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η διεθνής εμπειρία, εξάλλου, δείχνει ότι τα νοσηλευτικά μοντέλα φροντίδας μπορούν να είναι αποτελεσματικά, στοιχείο που ενισχύει την προοπτική ενός διευρυμένου νοσηλευτικού ρόλου στην παρακολούθηση και την υποστήριξη των ασθενών με τη νόσο.

Τα συμπεράσματα οφείλουν να ερμηνεύονται υπό το φως των περιορισμών της μελέτης, δηλαδή του μικρού και μονοκεντρικού δείγματος, της διενέργειας μίας συνέντευξης ανά συμμετέχοντα και της αυτοαναφερόμενης συμμόρφωσης. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να υιοθετήσουν διαχρονικό και πολυκεντρικό σχεδιασμό, να αξιοποιήσουν αντικειμενικά δεδομένα συμμόρφωσης και να συμπεριλάβουν τόσο τους ασθενείς που δυσκολεύονται με τη θεραπεία όσο και την οπτική των οικείων. Πέρα από τους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη υπογραμμίζει ότι η τοποθέτηση της βιωμένης εμπειρίας του ασθενούς στο επίκεντρο της φροντίδας αποτελεί προϋπόθεση για μια ουσιαστική και αποτελεσματική νοσηλευτική προσέγγιση της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Antic, N.A., Buchan, C., Esterman, A., Hensley, M., Naughton, M.T., Rowland, S., Williamson, B., Windler, S., Eckermann, S. and McEvoy, R.D. (2009) 'A randomized controlled trial of nurse-led care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnea', *Am J Respir Crit Care Med*, 179(6), pp. 501-8. Available at: 10.1164/rccm.200810-1558OC
- Baou, K., Mermigkis, C., Minaritzoglou, A. and Vagiakis, E. (2018) 'Complex sleep apnea after full-night and split-night polysomnography: the Greek experience', *Sleep Breath*, 22(3), pp. 713-719. Available at: 10.1007/s11325-017-1601-7
- Benjafield, A.V., Ayas, N.T., Eastwood, P.R., Heinzer, R., Ip, M.S.M., Morrell, M.J., Nunez, C.M., Patel, S.R., Penzel, T., Pepin, J.L., Peppard, P.E., Sinha, S., Tufik, S., Valentine, K. and Malhotra, A. (2019) 'Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis', *Lancet Respir Med*, 7(8), pp. 687-698. Available at: 10.1016/S2213-2600(19)30198-5
- Bjork, S., Jain, D., Marliere, M.H., Predescu, S.A. and Mokhlesi, B. (2024) 'Obstructive Sleep Apnea, Obesity Hypoventilation Syndrome, and Pulmonary Hypertension: A State-of-the-Art Review', *Sleep Med Clin*, 19(2), pp. 307-325. Available at: 10.1016/j.jsmc.2024.02.009
- Blackman, A., Foster, G.D., Zammit, G., Rosenberg, R., Aronne, L., Wadden, T., Claudius, B., Jensen, C.B. and Mignot, E. (2016) 'Effect of liraglutide 3.0 mg in individuals with obesity and moderate or severe obstructive sleep apnea: the SCALE Sleep Apnea randomized clinical trial', *Int J Obes (Lond)*, 40(8), pp. 1310-9. Available at: 10.1038/ijo.2016.52
- Blüher, M. (2019) 'Obesity: global epidemiology and pathogenesis', *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), pp. 288-298. Available at: 10.1038/s41574-019-0176-8
- Braun, V. and Clarke, V. (2008) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. Available at: 10.1191/1478088706qp0630a
- Braun, V. and Clarke, V. (2020) 'One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?', *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), pp. 328-352. Available at: 10.1080/14780887.2020.1769238
- Braun, V. and Clarke, V. (2022) *Thematic Analysis: A Practical Guide*. London: Sage.
- Brostrom, A., Fridlund, B., Fossum, B., Pakpour, A., Nilsen, P. and Ulander, M. (2021) 'Communication during the initial visit to a CPAP clinic Practitioners' experiences of facilitators and barriers when talking to patients with obstructive sleep apnea', *J Sleep Res*, 30(4), p. e13244. Available at: 10.1111/jsr.13244
- Bubu, O.M., Andrade, A.G., Umasabor-Bubu, O.Q., Hogan, M.M., Turner, A.D., de Leon, M.J., Ogedegbe, G., Ayappa, I., Jean-Louis, G.G., Jackson, M.L., Varga, A.W. and Osorio, R.S. (2020) 'Obstructive sleep apnea, cognition and Alzheimer's disease: A systematic review integrating three decades of multidisciplinary research', *Sleep Med Rev*, 50, p. 101250. Available at: 10.1016/j.smr.2019.101250

Carneiro-Barrera, A., Amaro-Gahete, F.J., Guillen-Riquelme, A., Jurado-Fasoli, L., Saez-Roca, G., Martin-Carrasco, C., Buela-Casal, G. and Ruiz, J.R. (2022) 'Effect of an Interdisciplinary Weight Loss and Lifestyle Intervention on Obstructive Sleep Apnea Severity: The INTERAPNEA Randomized Clinical Trial', *JAMA Netw Open*, 5(4), p. e228212. Available at: [10.1001/jamanetworkopen.2022.8212](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.8212)

Cascais Costa, C., Afreixo, V. and Cravo, J. (2023) 'Impact of Obstructive Sleep Apnea Treatment on Marital Relationships: Sleeping Together Again?', *Cureus*, 15(10), p. e46513. Available at: [10.7759/cureus.46513](https://doi.org/10.7759/cureus.46513)

Chang, J.L., Goldberg, A.N., Alt, J.A., Mohammed, A., Ashbrook, L., Auckley, D., Ayappa, I., Bakhtiar, H., Barrera, J.E., Bartley, B.L., Billings, M.E., Boon, M.S., Bosschietter, P., Braverman, I., Brodie, K., Cabrera-Muffly, C., Caesar, R., Cahali, M.B., Cai, Y., Cao, M., Capasso, R., Caples, S.M., Chahine, L.M., Chang, C.P., Chang, K.W., Chaudhary, N., Cheong, C.S.J., Chowdhuri, S., Cistulli, P.A., Claman, D., Collen, J., Coughlin, K.C., Creamer, J., Davis, E.M., Dupuy-McCauley, K.L., Durr, M.L., Dutt, M., Ali, M.E., Elkassabany, N.M., Epstein, L.J., Fiala, J.A., Freedman, N., Gill, K., Gillespie, M.B., Golisch, L., Gooneratne, N., Gottlieb, D.J., Green, K.K., Gulati, A., Gurubhagavatula, I., Hayward, N., Hoff, P.T., Hoffmann, O.M.G., Holfinger, S.J., Hsia, J., Huntley, C., Huoh, K.C., Huyett, P., Inala, S., Ishman, S.L., Jella, T.K., Jobanputra, A.M., Johnson, A.P., Junna, M.R., Kado, J.T., Kaffenberger, T.M., Kapur, V.K., Kezirian, E.J., Khan, M., Kirsch, D.B., Kominsky, A., Kryger, M., Krystal, A.D., Kushida, C.A., Kuzniar, T.J., Lam, D.J., Lettieri, C.J., Lim, D.C., Lin, H.C., Liu, S.Y.C., MacKay, S.G., Magalang, U.J., Malhotra, A., Mansukhani, M.P., Maurer, J.T., May, A.M., Mitchell, R.B., Mokhlesi, B., Mullins, A.E., Nada, E.M., Naik, S., Nokes, B., Olson, M.D., Pack, A.I., Pang, E.B., Pang, K.P., Patil, S.P., Van de Perck, E., Piccirillo, J.F., Pien, G.W., Piper, A.J., Plawecki, A., Quigg, M., Ravesloot, M.J.L., Redline, S., Rotenberg, B.W., Ryden, A., Sarmiento, K.F., Sbeih, F., Schell, A.E., Schmickl, C.N., Schotland, H.M., Schwab, R.J., Seo, J., Shah, N., Shelgikar, A.V., Shochat, I., Soose, R.J., Steele, T.O., Stephens, E., Stepnowsky, C., Strohl, K.P., Sutherland, K., Suurna, M.V., Thaler, E., Thapa, S., Vanderveken, O.M., de Vries, N., Weaver, E.M., Weir, I.D., Wolfe, L.F., Woodson, B.T., Won, C.H.J., Xu, J., Yalamanchi, P., Yaremchuk, K., Yeghiazarians, Y., Yu, J.L., Zeidler, M. and Rosen, I.M. (2023) 'International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea', *Int Forum Allergy Rhinol*, 13(7), pp. 1061-1482. Available at: [10.1002/alr.23079](https://doi.org/10.1002/alr.23079)

Chou, K.T., Tsai, Y.L., Yeh, W.Y., Chen, Y.M., Huang, N. and Cheng, H.M. (2022) 'Risk of work-related injury in workers with obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis', *J Sleep Res*, 31(1), p. e13446. Available at: [10.1111/jsr.13446](https://doi.org/10.1111/jsr.13446)

Chung, F., Abdullah, H.R. and Liao, P. (2016) 'STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea', *Chest*, 149(3), pp. 631-8. Available at: [10.1378/chest.15-0903](https://doi.org/10.1378/chest.15-0903)

Comer, D.M. (2017) 'Feasibility of a respiratory nurse specialist-led sleep disorder service in a district general hospital', *J R Coll Physicians Edinb*, 47(2), pp. 156-158. Available at: [10.4997/JRCPE.2017.213](https://doi.org/10.4997/JRCPE.2017.213)

Cooke, A., Smith, D. and Booth, A. (2012) 'Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis', *Qual Health Res*, 22(10), pp. 1435-43. Available at: [10.1177/1049732312452938](https://doi.org/10.1177/1049732312452938)

Dean, B., Aguilar, D., Shapiro, C., Orr, W.C., Isserman, J.A., Calimlim, B. and Rippon, G.A. (2010) 'Impaired health status, daily functioning, and work productivity in adults with excessive sleepiness', *J Occup Environ Med*, 52(2), pp. 144-9. Available at: 10.1097/JOM.0b013e3181c99505

Dutt, N., Janmeja, A.K., Mohapatra, P.R. and Singh, A.K. (2013) 'Quality of life impairment in patients of obstructive sleep apnea and its relation with the severity of disease', *Lung India*, 30(4), pp. 289-94. Available at: 10.4103/0970-2113.120603

Eckert, D.J. (2018) 'Phenotypic approaches to obstructive sleep apnoea - New pathways for targeted therapy', *Sleep Med Rev*, 37, pp. 45-59. Available at: 10.1016/j.smrv.2016.12.003

Eckert, D.J., White, D.P., Jordan, A.S., Malhotra, A. and Wellman, A. (2013) 'Defining phenotypic causes of obstructive sleep apnea. Identification of novel therapeutic targets', *Am J Respir Crit Care Med*, 188(8), pp. 996-1004. Available at: 10.1164/rccm.201303-0448OC

Edwards, C., Almeida, O.P. and Ford, A.H. (2020) 'Obstructive sleep apnea and depression: A systematic review and meta-analysis', *Maturitas*, 142, pp. 45-54. Available at: 10.1016/j.maturitas.2020.06.002

Faria, A., Allen, A.H., Fox, N., Ayas, N. and Laher, I. (2021) 'The public health burden of obstructive sleep apnea', *Sleep Sci*, 14(3), pp. 257-265. Available at: 10.5935/1984-0063.20200111

Figorilli, M., Velluzzi, F. and Redolfi, S. (2025) 'Obesity and sleep disorders: A bidirectional relationship', *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 35(6), p. 104014. Available at: 10.1016/j.numecd.2025.104014

Flemons, W.W. and Tsai, W. (1997) 'Quality of life consequences of sleep-disordered breathing', *J Allergy Clin Immunol*, 99(2), pp. S750-6. Available at: 10.1016/s0091-6749(97)70123-4

Garbarino, S., Guglielmi, O., Sanna, A., Mancardi, G.L. and Magnavita, N. (2016) 'Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis', *Sleep*, 39(6), pp. 1211-8. Available at: 10.5665/sleep.5834

Gentina, T., Bailly, S., Jounieaux, F., Verkindre, C., Broussier, P.M., Guffroy, D., Prigent, A., Gres, J.J., Kabbani, J., Kedziora, L., Tamisier, R., Gentina, E. and Pepin, J.L. (2019) 'Marital quality, partner's engagement and continuous positive airway pressure adherence in obstructive sleep apnea', *Sleep Med*, 55, pp. 56-61. Available at: 10.1016/j.sleep.2018.12.009

Heidegger, M. (1962) *Being and Time*. New York: Harper & Row.

Heinzer, R., Vat, S., Marques-Vidal, P., Marti-Soler, H., Andries, D., Tobback, N., Mooser, V., Preisig, M., Malhotra, A., Waeber, G., Vollenweider, P., Tafti, M. and Haba-Rubio, J. (2015) 'Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study', *Lancet Respir Med*, 3(4), pp. 310-8. Available at: 10.1016/S2213-2600(15)00043-0

- Hiestand, D. and Phillips, B. (2011) 'Obstructive sleep apnea syndrome: assessing and managing risk in the motor vehicle operator', *Curr Opin Pulm Med*, 17(6), pp. 412-8. Available at: 10.1097/MCP.0b013e32834b96a4
- Jackson, M.L., Tolson, J., Bartlett, D., Berlowitz, D.J., Varma, P. and Barnes, M. (2019) 'Clinical depression in untreated obstructive sleep apnea: examining predictors and a meta-analysis of prevalence rates', *Sleep Med*, 62, pp. 22-28. Available at: 10.1016/j.sleep.2019.03.011
- Johns, M.W. (1991) 'A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale', *Sleep*, 14(6), pp. 540-5. Available at: 10.1093/sleep/14.6.540
- Kechribari, I., Kontogianni, M.D., Georgoulis, M., Lamprou, K., Mourati, I., Vagiakis, E. and Yiannakouris, N. (2020) 'Associations between Red Meat Intake and Sleep Parameters in Patients with Obstructive Sleep Apnea', *J Acad Nutr Diet*, 120(6), pp. 1042-1053. Available at: 10.1016/j.jand.2019.10.016
- Kvale, S. and Brinkmann, S. (2015) *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 3rd edn. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lal, C., Strange, C. and Bachman, D. (2012) 'Neurocognitive impairment in obstructive sleep apnea', *Chest*, 141(6), pp. 1601-1610. Available at: 10.1378/chest.11-2214
- Lee, J.J. and Sundar, K.M. (2021) 'Evaluation and Management of Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome', *Lung*, 199(2), pp. 87-101. Available at: 10.1007/s00408-021-00426-w
- Lincoln, Y.S. and Guba, E.G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Linz, D., McEvoy, R.D., Cowie, M.R., Somers, V.K., Nattel, S., Levy, P., Kalman, J.M. and Sanders, P. (2018) 'Associations of Obstructive Sleep Apnea With Atrial Fibrillation and Continuous Positive Airway Pressure Treatment: A Review', *JAMA Cardiol*, 3(6), pp. 532-540. Available at: 10.1001/jamacardio.2018.0095
- Liu, Y., Han, J., Ning, L., Chen, L., Jiang, X., Ke, A. and Zhang, Y. (2021) 'Cognitive function and life quality of patients with moderate-to-severe obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome in China', *Expert Rev Respir Med*, 15(3), pp. 435-440. Available at: 10.1080/17476348.2021.1852081
- Locke, B.W., Lee, J.J. and Sundar, K.M. (2022) 'OSA and Chronic Respiratory Disease: Mechanisms and Epidemiology', *Int J Environ Res Public Health*, 19(9) Available at: 10.3390/ijerph19095473
- Luyster, F.S., Dunbar-Jacob, J., Aloia, M.S., Martire, L.M., Buysse, D.J. and Strollo, P.J. (2016) 'Patient and Partner Experiences With Obstructive Sleep Apnea and CPAP Treatment: A Qualitative Analysis', *Behav Sleep Med*, 14(1), pp. 67-84. Available at: 10.1080/15402002.2014.946597
- Lv, R., Liu, X., Zhang, Y., Dong, N., Wang, X., He, Y., Yue, H. and Yin, Q. (2023) 'Pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches in obstructive sleep apnea

syndrome', *Signal Transduct Target Ther*, 8(1), p. 218. Available at: 10.1038/s41392-023-01496-3

Malterud, K., Siersma, V.D. and Guassora, A.D. (2016) 'Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power', *Qual Health Res*, 26(13), pp. 1753-1760. Available at: 10.1177/1049732315617444

Marin, J.M., Carrizo, S.J., Vicente, E. and Agusti, A.G. (2005) 'Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study', *Lancet*, 365(9464), pp. 1046-53. Available at: 10.1016/S0140-6736(05)71141-7

McEvoy, R.D., Antic, N.A., Heeley, E., Luo, Y., Ou, Q., Zhang, X., Mediano, O., Chen, R., Drager, L.F., Liu, Z., Chen, G., Du, B., McArdle, N., Mukherjee, S., Tripathi, M., Billot, L., Li, Q., Lorenzi-Filho, G., Barbe, F., Redline, S., Wang, J., Arima, H., Neal, B., White, D.P., Grunstein, R.R., Zhong, N., Anderson, C.S., Investigators, S. and Coordinators (2016) 'CPAP for Prevention of Cardiovascular Events in Obstructive Sleep Apnea', *N Engl J Med*, 375(10), pp. 919-31. Available at: 10.1056/NEJMoa1606599

McLellan, E., MacQueen, K.M. and Neidig, J.L. (2003) 'Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription', *Field Methods*, 15(1), pp. 63-84. Available at: 10.1177/1525822X02239573

Mehrtash, M., Bakker, J.P. and Ayas, N. (2019) 'Predictors of Continuous Positive Airway Pressure Adherence in Patients with Obstructive Sleep Apnea', *Lung*, 197(2), pp. 115-121. Available at: 10.1007/s00408-018-00193-1

Miskedaki, A., Bacopoulou, F., Vlachakis, D., Artemiadis, A., Chrousos, G.P. and Darviri, C. (2021) 'Validation of the STOP-Bang Questionnaire in Greek Patients Suffering from Obstructive Sleep Apnea', *Adv Exp Med Biol*, 1337, pp. 77-82. Available at: 10.1007/978-3-030-78771-4_9

Moyer, C.A., Sonnad, S.S., Garetz, S.L., Helman, J.I. and Chervin, R.D. (2001) 'Quality of life in obstructive sleep apnea: a systematic review of the literature', *Sleep Med*, 2(6), pp. 477-91. Available at: 10.1016/s1389-9457(01)00072-7

Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. and Moules, N.J. (2017) 'Thematic Analysis', *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1) Available at: 10.1177/1609406917733847

Parish, J.M. and Lyng, P.J. (2003) 'Quality of life in bed partners of patients with obstructive sleep apnea or hypopnea after treatment with continuous positive airway pressure', *Chest*, 124(3), pp. 942-7. Available at: 10.1378/chest.124.3.942

Patton, M.Q. (2015) *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. 4th edn. Thousand Oaks, CA: Sage.

Peppard, P.E., Young, T., Barnet, J.H., Palta, M., Hagen, E.W. and Hla, K.M. (2013) 'Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults', *Am J Epidemiol*, 177(9), pp. 1006-14. Available at: 10.1093/aje/kws342

Peppard, P.E., Young, T., Palta, M. and Skatrud, J. (2000) 'Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension', *N Engl J Med*, 342(19), pp. 1378-84. Available at: 10.1056/NEJM200005113421901

Rapelli, G., Pietrabissa, G., Angeli, L., Bastoni, I., Tovaglieri, I., Fanari, P. and Castelnovo, G. (2022) 'Assessing the needs and perspectives of patients with obesity and obstructive sleep apnea syndrome following continuous positive airway pressure therapy to inform health care practice: A focus group study', *Front Psychol*, 13, p. 947346. Available at: 10.3389/fpsyg.2022.947346

Richards, K.C., Gooneratne, N., Diccio, B., Hanlon, A., Moelter, S., Onen, F., Wang, Y., Sawyer, A., Weaver, T., Lozano, A., Carter, P. and Johnson, J. (2019) 'CPAP Adherence May Slow 1-Year Cognitive Decline in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Apnea', *J Am Geriatr Soc*, 67(3), pp. 558-564. Available at: 10.1111/jgs.15758

Rueda, J.R., Mugueta-Aguinaga, I., Vilaro, J. and Rueda-Etxebarria, M. (2020) 'Myofunctional therapy (oropharyngeal exercises) for obstructive sleep apnoea', *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), p. CD013449. Available at: 10.1002/14651858.CD013449.pub2

Schutte-Rodin, S. (2020) 'Telehealth, Telemedicine, and Obstructive Sleep Apnea', *Sleep Med Clin*, 15(3), pp. 359-375. Available at: 10.1016/j.jsmc.2020.05.003

Senaratna, C.V., Perret, J.L., Lodge, C.J., Lowe, A.J., Campbell, B.E., Matheson, M.C., Hamilton, G.S. and Dharmage, S.C. (2017) 'Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review', *Sleep Med Rev*, 34, pp. 70-81. Available at: 10.1016/j.smr.2016.07.002

Seravalle, G. and Grassi, G. (2022) 'Sleep Apnea and Hypertension', *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 29(1), pp. 23-31. Available at: 10.1007/s40292-021-00484-4

Shiina, K. (2024) 'Obstructive sleep apnea -related hypertension: a review of the literature and clinical management strategy', *Hypertens Res*, 47(11), pp. 3085-3098. Available at: 10.1038/s41440-024-01852-y

Simon, S.L., Stephenson, J.J., Haynes, K., Kennedy, E.R., Frydman, G., Amdur, A. and Parthasarathy, S. (2024) 'The lived experience of positive airway pressure therapy in patients with obstructive sleep apnea across the lifespan: a qualitative study', *J Clin Sleep Med*, 20(3), pp. 407-416. Available at: 10.5664/jcsm.10890

Simpamba, K., May, J.L., Waghat, A., Attarian, H. and Mateyo, K. (2023) 'Obstructive sleep apnea and excessive daytime sleepiness among commercial motor vehicle drivers in Lusaka, Zambia', *J Clin Sleep Med*, 19(7), pp. 1191-1198. Available at: 10.5664/jcsm.10538

Smith, A.K., Togeiro, S.M., Tufik, S. and Roizenblatt, S. (2009) 'Disturbed sleep and musculoskeletal pain in the bed partner of patients with obstructive sleep apnea', *Sleep Med*, 10(8), pp. 904-12. Available at: 10.1016/j.sleep.2008.08.013

Stranks, E.K. and Crowe, S.F. (2016) 'The Cognitive Effects of Obstructive Sleep Apnea: An Updated Meta-analysis', *Arch Clin Neuropsychol*, 31(2), pp. 186-93. Available at: 10.1093/arclin/acv087

Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V. and Braun, V. (2017) 'Thematic Analysis', in *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. pp. 17-36. 3. doi: 10.4135/9781526405555.n2.

Tregear, S., Reston, J., Schoelles, K. and Phillips, B. (2010) 'Continuous positive airway pressure reduces risk of motor vehicle crash among drivers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis', *Sleep*, 33(10), pp. 1373-80. Available at: 10.1093/sleep/33.10.1373

Uniken Venema, J.A.M., Rosenmoller, B., de Vries, N., de Lange, J., Aarab, G., Lobbezoo, F. and Hoekema, A. (2021) 'Mandibular advancement device design: A systematic review on outcomes in obstructive sleep apnea treatment', *Sleep Med Rev*, 60, p. 101557. Available at: 10.1016/j.smrv.2021.101557

van Manen, M. (1990) *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany, NY: State University of New York Press.

Wang, M.L., Wang, C., Tuo, M., Yu, Y., Wang, L., Yu, J.T., Tan, L. and Chi, S. (2020) 'Cognitive Effects of Treating Obstructive Sleep Apnea: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials', *J Alzheimers Dis*, 75(3), pp. 705-715. Available at: 10.3233/JAD-200088

Weaver, T.E. and Grunstein, R.R. (2008) 'Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment', *Proc Am Thorac Soc*, 5(2), pp. 173-8. Available at: 10.1513/pats.200708-119MG

World Medical Association (2013) 'World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects', *JAMA*, 310(20), pp. 2191-4. Available at: 10.1001/jama.2013.281053

Yaggi, H.K., Concato, J., Kernan, W.N., Lichtman, J.H., Brass, L.M. and Mohsenin, V. (2005) 'Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death', *N Engl J Med*, 353(19), pp. 2034-41. Available at: 10.1056/NEJMoa043104

Yeghiazarians, Y., Jneid, H., Tietjens, J.R., Redline, S., Brown, D.L., El-Sherif, N., Mehra, R., Bozkurt, B., Ndumele, C.E. and Somers, V.K. (2021) 'Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association', *Circulation*, 144(3), pp. e56-e67. Available at: 10.1161/CIR.0000000000000988

Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S. and Badr, S. (1993) 'The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults', *N Engl J Med*, 328(17), pp. 1230-5. Available at: 10.1056/NEJM199304293281704

Παράρτημα

Στο παράρτημα περιλαμβάνονται το Ερευνητικό Πρωτόκολλο, ο Ημιδομημένος Οδηγός Συνέντευξης, το Φύλλο Καταγραφής Δεδομένων, η αίτηση έγκρισης προς το Επιστημονικό Συμβούλιο, το Ενημερωτικό Υπόμνημα Συμμετεχόντων και το Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης.

Παράρτημα Α. Ερευνητικό Πρωτόκολλο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Τίτλος

Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών

Εισαγωγή - Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας

Το σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας (Obstructive Sleep Apnea, OSA) αποτελεί την πλέον συχνή αναπνευστική διαταραχή που σχετίζεται με τον ύπνο και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης των ανώτερων αεροφόρων οδών με αποτέλεσμα άπνοιες ή υπόπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου (Kabir, 2015). Τα νυχτερινά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν έντονο ροχαλητό, από τον/την σύντροφο διαπιστούμενες παύσεις αναπνοής και αφυπνίσεις λόγω ασφυκτικού αισθήματος ή αίσθησης πνιγμού. Τα επεισόδια αυτά προκαλούν διαλείπουσα υποξία και κατακερματισμό του ύπνου, με επακόλουθη μείωση του αρτηριακού κορεσμού οξυγόνου (SpO_2) και διαταραχή των υπνο-αρχιτεκτονικών σταδίων, γεγονός που κλινικά εκδηλώνεται με ημερήσια υπνηλία, εύκολη κόπωση και πρωινούς πονοκεφάλους (Chaiard, 2019). Ως σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας αναγνωρίζεται η παχυσαρκία, καθώς περίπου δύο στους τρεις ασθενείς με OSA έχουν υπέρβαρο/παχυσαρκία, η οποία επιτείνει τη φλεγμονώδη και μηχανική παθογένεια της διαταραχής (Henri Tuomilehto, 2012).

Η μη θεραπευμένη OSA σχετίζεται με πολυσυστηματικές επιπλοκές: αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, επιδείνωση της ποιότητας ζωής (Chang, 2019), μείωση εγρήγορσης και παραγωγικότητας και αύξηση του κινδύνου εργατικών και οδικών ατυχημάτων (Jorge Faber Carolina Faber, 2019). Επιπλέον, υπάρχει ισχυρή σύνδεση με καρδιαγγειακές παθήσεις, ιδίως με επίμονα αυξημένη αρτηριακή πίεση, καθώς και αυξημένη επίπτωση μεταβολικών διαταραχών (Parish, 2004). Συχνά συνυπάρχουν ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και άγχος, με αναφορές για ποσοστά κατάθλιψης που σε ορισμένες σειρές ξεπερνούν το 50% (Jorge Faber Carolina Faber, 2019). Γνωστικές διαταραχές και επιβράδυνση της αντιδραστικότητας έχουν επίσης τεκμηριωθεί (Vaneek, 2020). Συνεπώς, η αποτελεσματική διαχείριση της OSA απαιτεί πολυεπίπεδη, εξατομικευμένη προσέγγιση που συνδυάζει αντιμετώπιση της απόφραξης (π.χ. θετική πίεση αεραγωγών), παράγοντες τροποποίησης κινδύνου (π.χ. απώλεια βάρους) και παρακολούθηση των συστηματικών συνεπειών.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση, σε βάθος, της εμπειρίας ενηλίκων με διαγνωσμένη ΑΥΑ και των τρόπων με τους οποίους το σύνδρομο επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Στόχοι είναι:

- (α) η ανάδειξη των βασικών διαστάσεων επιβάρυνσης (σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, επαγγελματικής)
- (β) ο εντοπισμός παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την προσαρμογή και
- (γ) η ανάδειξη αναγκών ενημέρωσης, υποστήριξης και εξειδικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Επιστημολογική Προσέγγιση

Η μελέτη εντάσσεται σε ερμηνευτική-φαινομενολογική ποιοτική προσέγγιση, εστιάζοντας στις υποκειμενικές αντιλήψεις και νοηματοδοτήσεις των ασθενών.



Μεθοδολογικός Σχεδιασμός

Πρόκειται για ποιοτική, συγχρονική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η δειγματοληψία θα είναι ευκολίας από το Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Δείγμα: τουλάχιστον 15 ενήλικες με ιατρικά τεκμηριωμένη ΑΥΑ για εύλογο χρονικό διάστημα, ικανοί να επικοινωνήσουν στα ελληνικά και να παράσχουν ενήμερη συγκατάθεση.

Κριτήρια αποκλεισμού: σοβαρή γνωσιακή έκπτωση, αδυναμία συμμετοχής, ενεργή σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που παρεμποδίζει τη συνέντευξη και άλλα σοβαρά νοσήματα ύπνου που δυσχεραίνουν τη διακριτή αποτύπωση της εμπειρίας της ΑΥΑ.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων: ημιδομημένες, πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις από τον ερευνητή, με καταγραφή και απομαγνητοφώνηση. Ο οδηγός συνέντευξης θα βασιστεί σε επικυρωμένα εργαλεία ποιότητας ζωής και στη σχετική βιβλιογραφία.

Ηθική: θα ζητηθεί έγκριση από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και την Επιτροπή Ηθικής του Νοσοκομείου. Θα διασφαλιστούν ανωνυμία, εμπιστευτικότητα, εθελοντική συμμετοχή και δυνατότητα αποχώρησης χωρίς συνέπειες. Δεν θα συλλεχθούν αναγνωριστικά στοιχεία.

Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων: θεματική ανάλυση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων με συστηματική κωδικοποίηση και αναζήτηση μοτίβων.

Αναμενόμενα Αποτελέσματα

Αναμένεται να αναδειχθούν πολυδιάστατες επιπτώσεις της ΑΥΑ στην καθημερινότητα, στην ψυχική υγεία, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην εργασιακή λειτουργικότητα, καθώς και παράγοντες που ενισχύουν ή υπονομεύουν την προσαρμογή και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Τα ευρήματα θα υποστηρίξουν τον σχεδιασμό στοχευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων και δομημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και υποστήριξης.

Χρονοδιάγραμμα

Νοέμβριος 2025: οριστικοποίηση εργαλείων και λήψη ηθικής έγκρισης.

Νοέμβριος–Δεκέμβριος 2025: στρατολόγηση συμμετεχόντων και διεξαγωγή συνεντεύξεων.

Δεκέμβριος 2025: ανάλυση δεδομένων και συγγραφή της διπλωματικής εργασίας.

Κόστος

Το κόστος περιορίζεται σε υλικά εκτύπωσης, ηχογράφησης και μετακινήσεις, τα οποία καλύπτονται από τον ερευνητή. Δεν προβλέπεται αμοιβή συμμετεχόντων. Δεν υφίστανται συγκρούσεις συμφερόντων.

Παραπομπές

Chaiard, J. (2019, September). Update on Research and Practices in Major Sleep Disorders: Part I. *Journal of Nursing Scholarship*, σσ. 500-508. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12489>

Chang, H.-P. (2019, August 21). Obstructive sleep apnea treatment in adults. *Kaohsiung Journal Of Medicine Sciences*. doi: 10.1002/kjm2.12130

Henri Tuomilehto, J. S. (2012, OCTOBER 16). Obesity and obstructive sleep apnea e Clinical significance. *SLEEP MEDICINE REVIEWS*, σσ. 321-329. doi: 10.1016/j.smrv.2012.08.002

Jorge Faber Carolina Faber, A. P. (2019, MAY). Obstructive sleep apnea in adults. *DENTAL PRESS JOURNAL OF ORTHODONTICS*. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-6709.24.3.099-109.sar>



-
- Kabir, A. (2015, MARCH 13). Obstructive Sleep Apnea in Adults. *HOSPITAL PRACTICE*, σσ. 57-65. doi:doi: 10.3810/hp.2013.10.1081.
- Parish, J. M. (2004, August). Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *THE MAYO CLINIC DIET*, σσ. 1036-1046. doi:10.4065/79.8.1036
- Vanek, J. (2020, March 10). Obstructive sleep apnea, depression and cognitive impairment. *Sleep Medicine*, σσ. 50-58. doi:10.1016/j.sleep.2020.03.017

ΟΝΟΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΣΙΩΠΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΒΟΛΗΣ:11/11/2025

ΟΝΟΜΑ ΕΠΟΠΤΗ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΔΡ. ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

Παράρτημα Β. Ημιδομημένος Οδηγός Συνέντευξης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Τίτλος της έρευνας: Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών

Ενδεικτική Διάρκεια: 30' λεπτά

Εισαγωγή από τον ερευνητή (1–2')

«Σας ευχαριστώ θερμά που δεχτήκατε να συμμετάσχετε. Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 30 λεπτά και θα αφορά την εμπειρία σας με το σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας και το πώς επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή. Δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η δική σας οπτική. Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση ή να διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή.»

(Έναρξη ηχογράφησης μετά τη ρητή συγκατάθεση.)

1. Σύντομο ιστορικό & πλαίσιο (2–3')

«Θα θέλατε να μου πείτε λίγα λόγια για εσάς;»

Προτροπές:

- Ηλικία, οικογενειακή κατάσταση
- Επάγγελμα ή καθημερινές βασικές ασχολίες
- Από πότε περίπου γνωρίζετε ότι έχετε Αποφρακτική Υπνική Άπνοια;

«Πώς φτάσατε στη διάγνωση;»

Προτροπές:

- Ποια συμπτώματα σας οδήγησαν να ζητήσετε βοήθεια;
- Πώς βιώσατε τη διαδικασία ελέγχου/πολυπνογραφίας;

2. Νυχτερινή εμπειρία ύπνου & συμπτωμάτων (4–5')

«Πώς θα περιγράφατε σήμερα τον ύπνο σας;»

Προτροπές:

- Ροχαλητό, διακοπές αναπνοής, αφυπνίσεις, αίσθημα πνιγμού
- Αίσθηση ξεκούρασης ή “μη ποιοτικού” ύπνου
- Τυχόν αλλαγές από τότε που ξεκίνησαν τα συμπτώματα / τη θεραπεία

3. Ημερήσια λειτουργικότητα, κόπωση & γνωστικές λειτουργίες (6–7')

«Πώς σας επηρεάζει η ΑΥΑ κατά τη διάρκεια της ημέρας;»

Προτροπές εμπνευσμένες από FSS:

- Επίπεδο ενέργειας, εύκολη κόπωση
- Δυσκολία να ολοκληρώσετε καθημερινές δουλειές στο σπίτι
- Αίσθηση ότι η κούραση “σας περιορίζει” σε αυτά που θέλετε να κάνετε

«Έχετε παρατηρήσει να επηρεάζεται η συγκέντρωση ή η μνήμη σας;»

Προτροπές:

- Δυσκολία στη δουλειά ή σε απαιτητικές δραστηριότητες
- Λάθη, ξεχάσματα, αργή αντίδραση

«Υπάρχουν καταστάσεις όπου αισθάνεστε ότι η υπνηλία ή η κούραση σας εκθέτουν σε κίνδυνο;»



Προτροπές εμπνευσμένες από Berlin:

- Οδήγηση (νύστα στο τιμόνι, μικρο-υπνία)
- Χειρισμός μηχανημάτων, ευθύνη για άλλους
- Τυχόν περιστατικά ατυχημάτων ή "παραλίγο" συμβάντων

4. Εργασία / ρόλοι / κοινωνική & οικογενειακή ζωή (5–6')

«Πώς έχει επηρεάσει η ΑYA την επαγγελματική σας ζωή ή τις καθημερινές σας υποχρεώσεις;»

Προτροπές:

- Απόδοση στην εργασία, απουσίες
- Δυσκολία τήρησης ωραρίου, βάρδιες
- Αίσθημα ότι "δεν μπορώ όπως παλιά"

«Πώς επηρεάζονται οι σχέσεις σας με την οικογένεια ή/και τον/την σύντροφο;»

Προτροπές:

- Ενοχλήσεις από ροχαλητό/άπνοιες, ύπνος σε ξεχωριστό δωμάτιο
- Επιπτώσεις στην επικοινωνία, στην οικειότητα
- Υποστηρικτική ή μη στάση των οικείων

«Τι γίνεται με την κοινωνική σας ζωή και τις δραστηριότητες που σας ευχαριστούν;»

Προτροπές:

- Μείωση εξόδων / χόμπι λόγω κόπωσης
- Αποφυγή δραστηριοτήτων (π.χ. ταξίδια, βραδινές εξοδοί)

5. Συναισθηματική εμπειρία & νόημα της νόσου (4–5')

«Πώς νιώθετε συναισθηματικά με όλα αυτά που φέρνει η ΑYA στη ζωή σας;»

Προτροπές:

- Άγχος, φόβος, εκνευρισμός, λύπη
- Αίσθημα ελέγχου ή ανημπόριας
- Ανησυχίες για το μέλλον, για την υγεία, για την εργασία

«Πώς αντιλαμβάνεστε εσείς τη σοβαρότητα της κατάστασής σας;»

Προτροπές:

- Πόσο σημαντικό θεωρείτε να αντιμετωπιστεί
- Πώς εξηγείτε στον εαυτό σας τα συμπτώματα και τις συνέπειες

6. Εμπειρία από θεραπεία & ρόλος υπηρεσιών υγείας (4–5')

(Προσαρμόζεται ανάλογα με το αν χρησιμοποιεί CPAP ή άλλη αντιμετώπιση.)

«Τι είδους θεραπεία ή οδηγίες έχετε λάβει για την ΑYA; Πώς είναι η εμπειρία σας με αυτές;»

Προτροπές:

- Χρήση CPAP / άλλων συσκευών, απώλεια βάρους, αλλαγές τρόπου ζωής
- Δυσκολίες (άνεση μάσκας, θόρυβος, δέρμα, ύπνος)
- Τι σας βοηθά να συνεχίζετε ή τι σας δυσκολεύει να παραμείνετε συνεπής

«Πώς αξιολογείτε τη στήριξη και την ενημέρωση που έχετε λάβει από γιατρούς και νοσηλευτές;»

Προτροπές:

- Ξεκάθαρες εξηγήσεις;
- Αίσθηση ότι ακούγεστε / λαμβάνετε σοβαρά;



- Τι θα θέλατε περισσότερο;

7. Στρατηγικές αντιμετώπισης & ανάγκες υποστήριξης (3–4')

«Τι κάνετε εσείς ο ίδιος/η ίδια για να διαχειρίζεστε τις δυσκολίες που σχετίζονται με την ΑΥΑ;»

Προτροπές:

- Προσωπικές στρατηγικές, ρουτίνες ύπνου
- Υποστήριξη από οικογένεια/φίλους

«Τι θα μπορούσε να αλλάξει ή να προστεθεί στις υπηρεσίες υγείας ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής ατόμων με ΑΥΑ, όπως εσείς;»

Προτροπές:

- Περισσότερη ενημέρωση;
- Συστηματική παρακολούθηση;
- Νοσηλευτική συμβουλευτική, ομάδες υποστήριξης;

8. Κλείσιμο (1')

«Υπάρχει κάτι σημαντικό για την εμπειρία σας με την ΑΥΑ ή την ποιότητα ζωής σας που δεν έχουμε συζητήσει και θα θέλατε να προσθέσετε;»

«Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο και για όσα μοιραστήκατε. Η συμβολή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική.»

(Λήξη ηχογράφησης)

Παράρτημα Γ. Φύλλο Καταγραφής Δεδομένων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

CRF - Φύλλο Καταγραφής Δεδομένων

Τίτλος της έρευνας: Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών

Κωδικός συμμετέχοντα:

Ημερομηνία συνέντευξης:/...../20.....

Χώρος συνέντευξης: ☐ Ιατρείο Ύπνου ΠΓΝΙ ☐ Άλλο:

Ερευνητής/ρια: Σιώπης Γεώργιος

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία (έτη):

Φύλο:

☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο ☐ Δεν επιθυμώ να απαντήσω

Οικογενειακή κατάσταση:

☐ Άγαμος/η

☐ Έγγαμος/η / Σε συμβίωση

☐ Διαζευγμένος/η

☐ Χήρος/α

☐ Άλλο:

Επίπεδο εκπαίδευσης (υψηλότερο ολοκληρωμένο):

☐ Δημοτικό

☐ Γυμνάσιο

☐ Λύκειο

☐ ΙΕΚ

☐ ΤΕΙ / ΑΕΙ

☐ Μεταπτυχιακό

☐ Διδακτορικό

Εργασιακή κατάσταση:

☐ Πλήρης απασχόληση

☐ Μερική απασχόληση

☐ Άνεργος/η



- ☐ Συνταξιούχος
☐ Οικιακά
☐ Άλλο:

Επάγγελμα (σύντομη περιγραφή):

.....

B. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΑΥΑ

(όπως δηλώνονται από τον/την συμμετέχοντα ή/και από τον ιατρικό φάκελο, εφόσον υπάρχει άδεια)

Έτος διάγνωσης Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας:

Εκτιμώμενη διάρκεια από τη διάγνωση:

..... έτη και μήνες

Θεραπευτική αντιμετώπιση (σημειώστε όλα όσα ισχύουν σήμερα):

- ☐ CPAP / BiPAP
☐ Συσκευή προώθησης κάτω γνάθου
☐ Χειρουργική αντιμετώπιση σχετική με ΑΥΑ
☐ Απώλεια βάρους / αλλαγές τρόπου ζωής
☐ Άλλη αντιμετώπιση:
☐ Δεν λαμβάνει συστηματική θεραπεία

Εκτιμώμενη συμμόρφωση στη θεραπεία (με βάση όσα αναφέρει ο/η συμμετέχων):

- ☐ Καλή
☐ Μέτρια
☐ Χαμηλή
☐ Δεν εφαρμόζεται / Δεν λαμβάνει θεραπεία

Συνοδά νοσήματα (όπως αναφέρονται από τον/την συμμετέχοντα):

- ☐ Υπέρταση
☐ Σακχαρώδης Διαβήτης
☐ Καρδιαγγειακή νόσος
☐ Ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, άγχος)
☐ Άλλο:
☐ Δεν αναφέρθηκαν συνοδά νοσήματα



Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Διάρκεια συνέντευξης (σε λεπτά):

Τρόπος καταγραφής:

☐ Ηχογράφηση

☐ Σημειώσεις πεδίου

Όνομα αρχείου ηχογράφησης:

.....

Υπήρξαν διακοπές ή δυσκολίες κατά τη συνέντευξη;

☐ Όχι

☐ Ναι, περιγραφή:

.....

Σύντομες παρατηρήσεις ερευνητή (π.χ. συνθήκες χώρου, εμφανής συναισθηματική φόρτιση, ιδιαίτερο πλαίσιο κ.λπ.):

.....

.....

.....

Δ. ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ

Οδηγός συνέντευξης ακολουθήθηκε:

☐ Πλήρως

☐ Με μικρές προσαρμογές

☐ Σημαντικές αποκλίσεις (περιγράψτε):

.....

.....

Η συνέντευξη:

☐ Ολοκληρώθηκε κανονικά

☐ Διακόπηκε πρόωρα (λόγος):

Παράρτημα Δ. Αίτηση έγκρισης προς το Επιστημονικό Συμβούλιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, __/__/2025

Αριθμ. Πρωτ.: _____

ΠΡΟΣ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο

του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΘΕΜΑ: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας του κ. Σιώπη Γεωργίου»

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων και τη διεξαγωγή της μελέτης με τίτλο: «Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών», η οποία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου Εργασίας στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υπό την επίβλεψη του Δρ. Στεφάνου Μαντζούκα, Επόπτη Καθηγητή.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει, σε βάθος, μέσα από προσωπικές ημιδομημένες συνεντεύξεις, πώς το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας επηρεάζει την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής ενηλίκων ασθενών (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και επαγγελματικά), να αναδείξει τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την προσαρμογή τους και να καταγράψει ανάγκες ενημέρωσης, υποστήριξης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Για τη συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μία ημιδομημένη συνέντευξη διάρκειας περίπου 30 λεπτών με κάθε συμμετέχοντα, σε ήσυχο χώρο στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ή στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής, η οποία, με τη συγκατάθεση του συμμετέχοντα, θα ηχογραφηθεί και στη συνέχεια θα απομαγνητοφωνηθεί. Επιπλέον, θα καταγραφούν βασικά δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση) και ορισμένες γενικές πληροφορίες σχετικά με την πορεία και τη θεραπεία της ΑΥΑ, χωρίς συλλογή αναγνωριστικών στοιχείων.

Για τις ανάγκες της μελέτης προβλέπεται να συμμετάσχουν τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ενήλικες ασθενείς με ιατρικά τεκμηριωμένη διάγνωση Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας, οι οποίοι παρακολουθούνται στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, με τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Κλινικής.

Για την έγκριση συλλογής δεδομένων / διεξαγωγή της μελέτης, σας καταθέτω:

- Το ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης
- Τον Ημιδομημένο Οδηγό Συνέντευξης
- Το Ενημερωτικό Υπόμνημα Συμμετεχόντων
- Το Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης
- Τη Βεβαίωση του Πανεπιστημίου για τη φοίτηση και το θέμα της Διπλωματικής Εργασίας
- Άλλα έγγραφα που πιθανόν απαιτούνται από το Επιστημονικό Συμβούλιο



Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και θα τηρηθεί αυστηρά ο κανόνας της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, σύμφωνα με όσα περιγράφονται στο ερευνητικό πρωτόκολλο και στα συνοδευτικά έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης. Από τη διεξαγωγή της μελέτης δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο, καθώς το κόστος (εκτυπώσεις, ηχογράφηση, μετακινήσεις) καλύπτεται αποκλειστικά από τον ερευνητή και δεν προβλέπεται οικονομική αμοιβή για τους συμμετέχοντες.

Με εκτίμηση,

Ο Μεταπτυχιακός Φοιτητής – Ερευνητής

Ο Διευθυντής της Κλινικής

.....
Σιώπης Γεώργιος
ΔΠΜΣ «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων»
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

.....
Δρ. Κωστίκας Κωνσταντίνος
Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων

Παράρτημα Ε. Ενημερωτικό Υπόμνημα Συμμετεχόντων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Γενικές Πληροφορίες

- Τίτλος της έρευνας:** Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών
- Πρόσκληση:** Με το παρόν έγγραφο προσκαλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική εργασία ως συμμετέχοντες. Πριν αποφασίσετε τη συμμετοχή σας είναι σημαντικό να έχετε κατανοήσει για ποιο λόγο διεξάγεται η παρούσα εργασία και τι διαδικασίες εμπεριέχει και σας αφορούν. Παρακαλώ διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες με προσοχή και παρακαλώ μη διστάσετε να με ρωτήσετε αν χρειάζεστε περισσότερες λεπτομέρειες ή αν τυχόν δεν κατανοείτε οτιδήποτε. Παρακαλώ επιτρέψτε μας να κάνουμε απόλυτα σαφές ότι δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε στην προτεινόμενη έρευνα και σας προτρέπουμε να συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, μόνο αν το επιθυμείτε.
- Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας;**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει, μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις, πώς το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας επηρεάζει την καθημερινότητά σας και την ποιότητα ζωής σας (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, επαγγελματικά). Μέσα από τις εμπειρίες σας επιδιώκουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε, τους παράγοντες που σας βοηθούν ή σας δυσκολεύουν και τις ανάγκες υποστήριξης που μπορεί να καλύψει η υγειονομική περίθαλψη.
- Γιατί επιλεχθήκατε εσείς να συμμετάσχετε στην έρευνα;**

Προσεγγίζετε επειδή παρακολουθείστε στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και έχετε διαγνωσμένη Αποφρακτική Υπνική Άπνοια. Συμμετέχουν ενήλικοι ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια (διάγνωση ΑΥΑ, δυνατότητα επικοινωνίας στα ελληνικά, δυνατότητα συνέντευξης). Συνολικά αναμένεται να λάβουν μέρος περίπου 15 ή και περισσότεροι συμμετέχοντες.
- Είμαι υποχρεωμένος/η να συμμετάχω στην έρευνα;**

Όχι. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να αποχωρήσετε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσετε τον λόγο και χωρίς καμία επίπτωση στην περίθαλψή σας, στη σχέση σας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ή σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία λαμβάνετε. Η δική σας προαιρετική συμβολή θα βοηθήσει να βελτιωθεί η φροντίδα και η υποστήριξη ατόμων με ΑΥΑ.
- Τι θα συμβεί, αν συμμετάσχω στην έρευνα;**

Αν συμφωνήσετε:

 - Θα πραγματοποιηθεί μία ημιδομημένη συνέντευξη με εσάς, διάρκειας περίπου 30 λεπτών.



- Η συνέντευξη θα γίνει σε ήσυχο χώρο στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ή σε κατάλληλο χώρο του Ιατρείου Ύπνου, σε ώρα που θα συμφωνηθεί μαζί σας.
- Τη συνέντευξη θα διενεργήσει ο μεταπτυχιακός φοιτητής/ερευνητής, ο οποίος είναι νοσηλευτής και έχει επιστημονικό ενδιαφέρον για τη φροντίδα ασθενών με ΑΥΑ.
- Με τη συγκατάθεσή σας, η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί, ώστε να απομαγνητοφωνηθούν με ακρίβεια τα λεγόμενά σας.
- Θα σας ζητηθεί να μιλήσετε για την εμπειρία σας με το σύνδρομο, την καθημερινότητά σας και την επίδρασή του στη ζωή σας. Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμείτε να απαντήσετε.

7. Θα πληρωθώ;

Δεν προβλέπεται οικονομική αμοιβή για τη συμμετοχή σας. Εφόσον επιθυμείτε, μπορεί να σας προσφερθεί νερό ή αναψυκτικό κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

8. Υπάρχει κάποιος κίνδυνος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Δεν αναμένεται κανένας ιατρικός ή σωματικός κίνδυνος, καθώς η διαδικασία αφορά μόνο συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων. Ενδέχεται ορισμένα θέματα να σας προκαλέσουν συναισθηματική φόρτιση. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή νιώσετε άβολα, μπορείτε να ζητήσετε διακοπή ή παύση της συνέντευξης ή να αποχωρήσετε πλήρως, χωρίς καμία συνέπεια.

9. Ποιο το όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Με τη συμμετοχή σας έχετε την ευκαιρία:

- να εκφράσετε την προσωπική σας εμπειρία και τις ανάγκες σας,
- να συμβάλετε στη βελτίωση της φροντίδας και των υπηρεσιών προς άτομα με ΑΥΑ,
- να ενισχύσετε τη γνώση για το πώς η νόσος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και πώς μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να σας στηρίξουν αποτελεσματικότερα.

Ενδέχεται να μην υπάρξει άμεσο προσωπικό όφελος, αλλά η συμβολή σας είναι σημαντική για μελλοντικούς ασθενείς.

10. Αν επιθυμώ να κάνω παράπονα για δυσάρεστο γεγονός κατά την ερευνητική διαδικασία;

Εάν κάτι σας προβληματίσει ή θέλετε να διατυπώσετε παράπονο σχετικά με τη διαδικασία της έρευνας, μπορείτε αρχικά να απευθυνθείτε στον ερευνητή.

Σιώπης Γεώργιος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής, ΔΠΜΣ «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», Τηλ.: 6946863870, Email: giorgos19siopis@yahoo.gr

Εάν δεν ικανοποιηθείτε, μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επόπτη Καθηγητή:

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, Τηλ.: 26510 50787, Email: smantzoukas@uoi.gr

Εφόσον εξακολουθείτε να μη νιώθετε ικανοποιημένοι, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη Διοίκηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

11. Θα υπάρξει εμπιστικότητα και ανωνυμία;

Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες.



- Δεν θα καταγράφεται το ονοματεπώνυμό σας στα ερευνητικά αρχεία, θα χρησιμοποιείται άυξων αριθμός.
- Πρόσβαση στα πρωτογενή δεδομένα θα έχει μόνο ο ερευνητής, ο Επόπτης Καθηγητής και, εφόσον ζητηθεί, η αρμόδια Επιτροπή Δεοντολογίας.
- Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ασφάλεια και θα διατηρηθούν για έως 5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της μελέτης και στη συνέχεια θα καταστραφούν.
- Οι πληροφορίες σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, όπως περιγράφονται στο παρόν κείμενο.
- Η ανωνυμία σας θα διασφαλιστεί σε οποιαδήποτε παρουσίαση ή δημοσίευση. Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις σοβαρών ποινικά κολάσιμων πράξεων, και σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, μπορεί να εξεταστεί η άρση της ανωνυμίας.

12. Τι θα συμβεί στα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τα συλλεχθέντα δεδομένα;

Τα δεδομένα θα αναλυθούν συνολικά και ανώνυμα. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για τη συγγραφή της Διπλωματικής Μεταπτυχιακής Εργασίας και ενδέχεται να παρουσιαστούν σε ελληνικά ή διεθνή επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά. Σε όλες τις περιπτώσεις δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωριστεί η ταυτότητά σας.

13. Τι θα συμβεί αν διακόψω τη συμμετοχή σε κάποιο σημείο της έρευνας;

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Τα δεδομένα που έχουν ήδη συλλεχθεί μέχρι τη στιγμή της αποχώρησής σας μπορούν:

- είτε να χρησιμοποιηθούν ανώνυμα στην ανάλυση, εφόσον το επιθυμείτε,
- είτε να διαγραφούν και να μην χρησιμοποιηθούν, αν το ζητήσετε.

14. Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες;

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή:

Σιώπης Γεώργιος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής, ΔΠΜΣ «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», Τηλ.: 6946863870, Email: giorgos19siopis@yahoo.gr

Εάν, σε εξαιρετική περίπτωση, δεν αισθανθείτε ικανοποιημένοι από τις απαντήσεις του ερευνητή, μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επόπτη Καθηγητή: Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, Τηλ.: 26510 50787, Email: smantzoukas@uoi.gr

Θερμές ευχαριστίες για το χρόνο και τον κόπο να διαβάστε το παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Ελπίζω να αποφασίσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Με εκτίμηση

Σιώπης Γεώργιος

Παράρτημα ΣΤ. Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος της έρευνας: Επίδραση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας στην Ποιότητα Ζωής Ενηλίκων Ασθενών

Όνομα Μεταπτυχιακού Φοιτητή - Ερευνητή:

Σιώπης Γεώργιος, Τηλ.: 6946863870, Email: giorgos19siopis@yahoo.gr

Παρακαλώ

σημαδέψτε

1. Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την παραπάνω έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής. Επίσης βεβαιώνω ότι είχα την ευκαιρία να μελετήσω αυτές τις πληροφορίες, να ρωτήσω οποιαδήποτε απορία είχα και όλες οι απορίες μου έχουν επαρκώς απαντηθεί.
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματά μου.
3. Κατανοώ ότι μπορώ σε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή των πληροφοριών που έχω παράσχει αν το επιθυμώ.
4. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον παραπάνω ερευνητή.
5. Αποδέχομαι ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και βεβαιώνω ότι οποιοδήποτε ρίσκο το οποίο συνδέεται με την παραπάνω έρευνα έχει πλήρως επεξηγηθεί σε μένα.
6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα.
7. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.

☐☐☐☐☐☐☐

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα στην έρευνα: _____ Ημ/νια: _____

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο Ερευνητή: Σιώπης Γεώργιος

Ημ/νια: _____

Υπογραφή: _____