

*Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ*

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

*«ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ
ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»*

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κ. ΛΥΔΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΛΟΝΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΝΑ
ΜΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ*

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | |
|3 | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο | |
| 1.1 ΥΠΝΟΣ ΣΑΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ..... | 5 |
| 1.2 ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο | |
| 2.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΕ ΑΥΤΗΝ | 7 |
| 2.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΑ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗΣ..... | 8 |
| 2.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ..... | 9 |
| 2.3.1 Φυλογενετικές Θεωρίες..... | 9 |
| 2.3.2 Οντογενετικές Θεωρίες..... | 9 |
| 2.3.3 Μεταβολικές Θεωρίες..... | 10 |
| 2.3.4 Πληροφορικές Θεωρίες..... | 11 |
| 2.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ | 12 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο | |
| 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΪΠΝΙΑΣ | 16 |
| 3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ | 16 |
| 3.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ..... | 17 |
| 3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΑΪΠΝΙΑΣ | 22 |
| 3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 24 |
| 3.5.1 Εξέλιξη Διαγνωστικών Προσεγγίσεων..... | 24 |
| 3.5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια..... | 25 |
| 3.5.3 Άλλα Κλινικά Στοιχεία..... | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο | |
| ΑΪΠΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 28 |
| ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΥΣ | |
| ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ | 30 |

| | |
|--|-----|
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ..... | 30 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ..... | 96 |
| ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ | 100 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ..... | 101 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ..... | 104 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 110 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 111 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή με θέμα «Διαταραχές και ποιότητα του ύπνου σε νοσηλευόμενους ασθενείς» μελετήθηκε από δυο τελειόφοιτες σπουδάστριες του τμήματος Νοσηλευτικής Ηρακλείου.

Επιλέξαμε αυτό το θέμα γιατί είχαμε προσωπικές εμπειρίες και αναφορές από ασθενείς στη διάρκεια των εργαστηρίων μας στα διάφορα νοσοκομεία.

Κύριο μέλημα της εργασίας μας είναι μετά από θεωρητική προσέγγιση να δώσουμε πληροφορίες σχετικά με την έννοια του ύπνου και τις θεωρίες, διαταραχές, τις μορφές γύρω από αυτήν. Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι υπάρχει έλλειψη βιβλιογραφίας, όσον αφορά άλλες εργασίες που σχετίζονται με τα προβλήματα των νοσηλευομένων ασθενών.

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε, να διαπιστώσουμε και στη συνέχεια να επισημάνουμε την αναγκαιότητα του ύπνου στους ασθενείς, την ύπαρξη διαταραχών μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και την παράθεση στοιχείων και προτάσεων για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ύπνου των νοσηλευόμενων ασθενών.

Τέλος, η εργασία αποτελείται και από ένα δεύτερο μέρος, το ερευνητικό, που περιλαμβάνει την ανάλυση πινάκων, συμπεράσματα και προτάσεις που απορρέουν από την επεξεργασία αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΥΠΝΟΣ ΣΑΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Ο ύπνος συνιστά μια σύνθετη συμπεριφορά που απαρτίζεται από δυο στοιχεία : ένα αισθητηριακό - κινητικό και ένα νοητικό - συναισθηματικό. Το πρώτο χαρακτηρίζεται από τον περιορισμό στο ελάχιστο της κινητικής δραστηριότητας, την εμφάνιση των ταχειών οφθαλμικών κινήσεων και την αύξηση των αισθητηριακών ουδών στα εξωτερικά ερεθίσματα, ενώ το δεύτερο χαρακτηρίζεται από την ονειρική δραστηριότητα.

Ο ύπνος ως συμπεριφορά είναι δυνατόν να μελετηθεί σε πολλαπλά επίπεδα. Στο "μακροσκοπικό" επίπεδο μπορεί να παρατηρηθεί η φανερή συμπεριφορά του ατόμου και οι διακυμάνσεις των φυσιολογικών λειτουργιών του όσο κοιμάται, ή να καταγραφεί η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου που αντικατοπτρίζει συνολικά τις εγκεφαλικές διεργασίες κατά τον ύπνο. "Μικροσκοπικά", οι σύγχρονες νευροβιολογικές μέθοδοι δίνουν τη δυνατότητα να μελετηθούν τα φαινόμενα που επισυμβαίνουν κατά τον ύπνο στο μοριακό - βιοχημικό (νευροδιαβιβαστές - πεπτίδια) και στο κυτταρικό (νευρώνες - νευρωνικά συστήματα) επίπεδο. Παράλληλα, ο ύπνος ως συμπεριφορά υπόκειται σε εσωτερικές και εξωτερικές ρυθμίσεις, υπακούοντας ταυτόχρονα σε εσωτερικά ρυθμιζόμενους βιολογικούς ρυθμούς και εξωτερικές επιδράσεις που τους τροποποιούν. Αποτελεί δηλαδή αντικείμενο έρευνας ενός ευρύτερου διεπιστημονικού κλάδου, της χρονοβιολογίας.

1.2 ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ

Την τελευταία δεκαπενταετία συζητείται πολύ κατά πόσον υπάρχει μόνο ένας η περισσότεροι βιολογικοί βηματοδότες. Πράγματι, για να ερμηνευθούν όλα τα ερευνητικά δεδομένα, τα διάφορα μοντέλα προτείνουν την ύπαρξη τουλάχιστον δυο βηματοδοτών. Ο ένας που ίσως βρίσκεται στον ιππόκαμπο καλείται ισχυρός (τύπου 1). Είναι υπεύθυνος για τη διακύμανση ποικίλων φυσιολογικών λειτουργιών όπως της θερμοκρασίας του σώματος, της έκκρισης κορτιζόλης, της επίπτωσης κατά τη διάρκεια του 24ώρου του REM

ύπνου, της απέκκρισης του καλίου στα ούρα, της συνειδησιακής ετοιμότητας και της γνωστικής και ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Ονομάζεται ισχυρός γιατί έχει ιδιαίτερα σταθερή περίοδο και δύσκολα επηρεάζεται από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Ο άλλος βηματοδότης καλείται ασθενής (τύπου 2) και ρυθμίζει τον κύκλο ύπνου – εγρήγορσης καθώς και το μεγαλύτερο μέρος της νευροενδοκρινικής δραστηριότητας που συνδέεται με τον ύπνο. Η ανατομική θέση του ασθενούς βηματοδότη έχει εξακριβωθεί ότι συμπίπτει με τον υπερχιασματικό πυρήνα. Επίσης έχει βρεθεί ότι υπάρχει μια ιεραρχία μεταξύ των δύο βηματοδοτών και ότι ο συντονισμός του ισχυρού βηματοδότη στην 24ωρη εναλλαγή ημέρας νύχτας επιτυγχάνεται μέσω του ασθενούς βηματοδότη.

Οι σιρκαδιανοί ρυθμοί θερμοκρασίας του σώματος, ποσότητας του ύπνου και επέλευσης των υπνικών σταδίων αλληλοσυσχετίζονται. Έτσι η πιθανότητα για μεγαλύτερη παραγωγή REM ύπνου αυξάνει αμέσως μετά το ναδίρ της καμπύλης διακύμανσης της θερμοκρασίας του σώματος (γύρω στις 5:00 έως 6:00πμ), ενώ μειώνεται κατά πολύ μετά το ζενίθ της ίδιας καμπύλης (γύρω στις 5:00 έως 6:00μμ). Εξάλλου η επιλογή του χρόνου της κατάκλισης και ο χρόνος επέλευσης του ύπνου ποικίλλουν στις διάφορες φάσεις του σιρκαδιανού κύκλου της θερμοκρασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΕ ΑΥΤΗΝ

Η αναζήτηση της λειτουργικής σημασίας του ύπνου, ακόμη και με την επιστημονική της ταυτότητα ενέχει εκ των προτέρων την έννοια του σκοπού και έχει σαφώς τελεολογικό περιεχόμενο. Συνεπώς είναι αναπόφευκτο οι σχετικές απόψεις να διατυπώνονται ως θεωρίες.

Παρ' όλες τις προόδους που έχει κάνει η επιστημονική έρευνα στον τομέα του ύπνου τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, η λειτουργική σημασία του ύπνου παραμένει άγνωστη. Έχουν συσσωρευτεί πολλές παρατηρήσεις και πειραματικά δεδομένα που μας επιτρέπουν να γνωρίζουμε αρκετές λεπτομέρειες για τους μηχανισμούς που ρυθμίζουν τον ύπνο. Το γεγονός όμως αυτό αντί να διευκολύνει φαίνεται ότι, κάνει την κατάσταση πιο πολύπλοκη.

Μια βασική αδυναμία είναι ότι τα επιχειρούμενα πειράματα προσκρούουν σε εγγενείς μεθοδολογικούς περιορισμούς.

Οι ποικίλες στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της λειτουργίας του ύπνου μπορούν να υπαχθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- (α) Πειράματα μερικής, ολικής και εκλεκτικής υπνικής αποστέρησης,
- (β) πειράματα προκλητικής διέγερσης ή καταστολής του ύπνου (προκλητές χειρουργικές βλάβες, χημική διέγερση, ηλεκτρική διέγερση, επέμβαση και τροποποίηση εξωτερικών περιβαλλοντικών παραμέτρων όπως η θερμοκρασία κλπ),
- (γ) παρατηρήσεις ατόμων με μερικές ή μεγάλες ανάγκες ύπνου (short, long sleepers) καθώς και παρατηρήσεις των διαφορών που εμφανίζονται στον ύπνο σε διαφορετικές ηλικίες και σε διαφορετικά ζωικά είδη.

2.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΑ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗΣ

Οι πρώτες προσπάθειες για κατανόηση των λειτουργιών του ύπνου προέρχονται από μελέτες μερικής, ολικής ή εκλεκτικής υπνικής αποστέρησης σε ανθρώπους και πειραματόζωα. Η καθημερινή εμπειρία αλλά και ελεγχόμενα πειράματα παράτασης ή περιορισμού του συνολικού χρόνου του ύπνου ή αλλαγής του ωραρίου του κατά 3 ώρες, δείχνουν ότι τέτοιες απότομες μεταβολές προκαλούν διαταραχές της προσοχής, της απόδοσης και του συναισθήματος. Οι διαταραχές αυτές δεν παρατηρούνται σε περίπτωση σταδιακής μεταβολής των συνηθειών του ύπνου. Φαίνεται ότι υπάρχουν σε κάθε άτομο κάποια κριτικά όρια ελάχιστης απαιτούμενης ποσότητας ύπνου στα οποία εμφανίζονται οι παραπάνω διαταραχές.

Η ολική υπνική αποστέρηση μερικών ημερών (συνήθως μεγαλύτερη των τεσσάρων ημερών) οδηγεί σε πολύ σοβαρότερες διαταραχές όπως: αντιληπτικές διαταραχές, διαταραχές από τη σκέψη σχιζοφρενικόμορφου τύπου, ιδέες καταδίωξης, διαταραχές της ισορροπίας, του προσανατολισμού, υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και σωματική εξάντληση. Οι δραματικές αυτές αλλαγές από την ολική στέρηση ύπνου υποχωρούν μέσα σε σύντομο χρόνο εφόσον το άτομο κοιμηθεί. Τότε παρατηρείται σημαντική αύξηση του σταδίου 4 και του REM ύπνου (φαινόμενο αναπήδησης). Η εκλεκτική αποστέρηση του σταδίου 4 ή του REM ύπνου χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η σημασία του κάθε σταδίου χωρίς να αποδώσει ιδιαίτερους καρπούς. Πιθανολογείται ότι η μεν πρώτη οδηγεί σε κατάσταση μειωμένης απαντητικότητας του οργανισμού ενώ η δεύτερη στο αντίθετο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε πειράματα ολικής υπνικής αποστέρησης σε ανθρώπους, δεν παρατηρήθηκαν μείζονες διαταραχές από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού εκτός από τις επιπτώσεις στις ανώτερες ψυχονοητικές και άλλες εγκεφαλικές λειτουργίες που προαναφέρθηκαν. Το γεγονός αυτό οδήγησε μερικούς ερευνητές να διατυπώσουν την άποψη ότι ο ύπνος είναι απαραίτητος για την αποκατάσταση της εγκεφαλικής λειτουργίας ενώ για τα υπόλοιπα συστήματα φαίνεται ότι επαρκεί η λήψη τροφής και η ανάπαυση.

2.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Σχηματικά οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον ύπνο μπορούν να ενταχθούν σε μια από τις τέσσερις παρακάτω κατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο αναφέρονται: τις φυλογενετικές – εξελικτικές, τις μεταβολικές, τις οντογενετικές – αναπτυξιακές και τις πληροφορικές.

2.3.1 Φυλογενετικές Θεωρίες

Σύμφωνα με τις φυλογενετικές θεωρίες ο ύπνος αποτελεί μια εξελικτικά χρήσιμη συμπεριφορά των οργανισμών που ευοδώνει την προσαρμογή τους στο περιβάλλον και έχει διατηρηθεί ως συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των μηχανισμών της φυσικής επιλογής. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες ο ύπνος χρησιμεύει για την καταστολή της δραστηριότητας σε περιόδους της ημέρας που οι πιθανότητες για επιτυχή και ασφαλή δράση είναι περιορισμένες. Για τα ημερόβια ζώα, των οποίων η όραση είναι ανεπαρκής κατά τη νύχτα, η ανεύρεση τροφής και το ζευγάρωμα γίνονται προβληματικά με συνθήκες χαμηλού φωτισμού. Εξάλλου, αυτού του είδους η δραστηριότητα στα ομοιόθερμα ζώα απαιτεί μεγάλη ενεργειακή σπατάλη όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι χαμηλή. Ο ύπνος επίσης εξυπηρετεί τη συνεύρεση των ατόμων, την ανάπτυξη των οικογενειακών δεσμών και παγιώνει συμπεριφορές που σχετίζονται με την ανατροφή των απογόνων. Δυστυχώς δεν έχουν γίνει συστηματικές ηθολογικές μελέτες που να τεκμηριώνουν τις απόψεις αυτές.

2.3.2 Οντογενετικές Θεωρίες

Οι οντογενετικές αναπτυξιακές θεωρίες ξεκινούν από την παρατήρηση της πολύ υψηλής αναλογίας παράδοξου ύπνου κατά το τελευταίο τρίμηνο της ενδομήτριας ζωής και τους πρώτους μήνες της εξωμήτριας. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, πιστεύεται ότι η λειτουργία του REM ύπνου είναι να

υποβοηθάει στην ωρίμανση του Κ.Ν.Σ. Αυτό επιτυγχάνεται με ενεργοποίηση προϋπαρχόντων εγγεγραμμένων προγραμμάτων συμπεριφορών κάτω από ιδανικές συνθήκες απομόνωσης από αισθητηριακά ερεθίσματα και αποκλεισμού του κινητικού σκέλους της συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό ο παράδοξος ύπνος μπορεί να εξασφαλίσει στον αναπτυσσόμενο οργανισμό την ενεργοποίηση νευρωνικών συστημάτων που είναι υπεύθυνα για στοιχειώδεις συμπεριφορές, προτού χρειαστεί αυτές να δοκιμαστούν στην πράξη. Μια παραπλήσια ιδέα είναι αυτή της συμπεριφερικής πρόβας. Στον αναπτυσσόμενο οργανισμό ο παράδοξος ύπνος θα μπορούσε να εξασφαλίσει την καλή λειτουργία κρίσιμων για την επιβίωση νευρωνικών κυκλωμάτων που επαναδραστηριοποιούνται κατά τη φάση της εγρήγορσης. Στον ώριμο οργανισμό, ο REM ύπνος πιθανόν να εμπλέκεται στην παγίωση της μνήμης και να συμμετέχει στη διατήρηση της εγκεφαλικής ομοιόστασης.

2.3.3 Μεταβολικές Θεωρίες

Οι υποστηρικτές των μεταβολικών θεωριών πρεσβεύουν ότι ο βασικός ρόλος του ύπνου είναι η αποκατάσταση των ενεργειακών απωλειών του οργανισμού, δηλαδή η διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου. Έτσι πιστεύεται ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου γίνεται αναπλήρωση σε ενεργειακά πλούσιες φωσφορικές ενώσεις, αυξάνει η πρωτεϊνοσύνθεση, επιτυγχάνεται η μιτωτική διαίρεση, αυξάνεται η σύνθεση νευροδιαβιβαστών και ευοδώνεται η επούλωση των ιστών. Οι επιστήμονες αποδίδουν τις «επανορθωτικές» αυτές λειτουργίες κυρίως στον ύπνο βραδέων κυμάτων ορμώμενοι από παρατηρήσεις υπνικής αποστέρησης και από την επίδραση της σωματικής άσκησης στον ύπνο. Έχει βρεθεί ότι ο ύπνος βραδέων κυμάτων ανακτάται πρώτος μετά από υπνική αποστέρηση και παρατηρείται αύξηση του μετά από σωματική άσκηση. Εν τούτοις τα ευρήματα αυτά αμφισβητούνται. Έχει επίσης καταδειχθεί ότι ο ύπνος βραδέων κυμάτων συνοδεύεται από μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή, μειωμένο εγκεφαλικό μεταβολισμό και περιορισμό της έκλυσης δυναμικών ενέργειας από πολλούς νευρώνες του Κ.Ν.Σ.

Ο ύπνος REM αντίθετα αποτελεί ένα στάδιο κατά το οποίο σπαταλιέται μεγάλο ποσό ενέργειας, γεγονός που δεν ενισχύει τις θέσεις των παραπάνω

θεωριών. Εν τούτοις, η παύση της πυροδότησης των αμινεργικών νευρώνων κατά τον REM ύπνο μπορεί να θεωρηθεί ότι υποβοηθάει στην επαναπλήρωση των «αποθηκών» σε νευροδιαβιβαστές ή συνθετικά ένζυμα που θα χρησιμοποιηθούν αργότερα κατά την εγρήγορση. Επίσης έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η περιοδική διακοπή της εκφόρτισης των νευρώνων αυτών προλαμβάνει την απευαισθητοποίηση των νοραδρενεργικών και ντοπαμινεργικών υποδοχέων που βρίσκονται σε συνεχή δραστηριότητα κατά την εγρήγορση. Παράλληλα, η μείωση του τόνου του συμπαθητικού συστήματος περιφερικά δημιουργεί μια συνολική πτώση της συμπαθητικής δραστηριότητας στον οργανισμό συντηρώντας έτσι την ομαλή λειτουργία των υποδοχέων.

2.3.4 Πληροφορικές Θεωρίες

Οι πληροφορικές θεωρίες σαν κύριο άξονά τους έχουν την ιδέα της επεξεργασίας πληροφοριών κατά τη διάρκεια του REM ύπνου, στάδιο κατά το οποίο παρατηρείται έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα (αυξημένη αιματική ροή και αυξημένη κατανάλωση γλυκόζης στον εγκέφαλο). Οι υποστηρικτές τους υποθέτουν πως κατά τον παράδοξος ύπνο γίνεται ταξινόμηση, ανάσυρση, αποθήκευση ή εκκαθάριση πληροφοριών που συλλέχθηκαν κατά την εγρήγορση. Οι θεωρίες αυτές βασίζονται σε πειραματικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση του χρόνου του REM ύπνου σε ζώα μετά από συμπεριφερική εκμάθηση και σε πειράματα εκλεκτικής αποστέρησης του σταδίου REM που δείχνουν ελλιπή ενσωμάτωση νεοαποκτηθεισών πληροφοριών ή συναισθηματικά φορτισμένου υλικού. Τονίζεται δηλαδή η σημασία του σταδίου αυτού για την ομαλή μαθησιακή και μνημονική λειτουργία του οργανισμού.

Στα πλαίσια αυτά κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές υποθέσεις όπως ότι η πρόσφατα αποκτηθείσα μνήμη μεταφέρεται από περιοχές βραχυχρόνιας σε άλλες μακροχρόνιας αποθήκευσης, δημιουργώντας έτσι περιθώρια για εκ νέου αποθήκευση στις περιοχές που εκκενώθηκαν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη ότι ο REM ύπνος χρησιμεύει για την εξάλειψη ανεπιθύμητων αλληλεπιδράσεων σε νευρωνικά κυκλώματα του

εγκεφαλικού φλοιού με ένα μηχανισμό ανάστροφης μάθησης, έτσι ώστε το μνημονικό ίχνος του ασυνείδητου ονείρου να εξασθενεί, παρά να ενισχύεται από το όνειρο. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η υπεραποθήκευση στη μνήμη. Δηλαδή «ονειρευόμαστε για να ξεχνάμε».

Από το πλήθος των θεωριών γίνεται αυτονόητο ότι παραμένει άγνωστη η λειτουργία του ύπνου και πιθανά η ικανοποιητικότερη απάντηση είναι ότι ο άνθρωπος κοιμάται για να αναστρέψει τα αποτελέσματα της συνεχούς εγρήγορσης.

2.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώιμη επιστημονική σκέψη θεωρούσε τον ύπνο μια παθητική κατάσταση που οφειλόταν στην απομόνωση του εγκεφάλου από τα άλλα μέρη του σώματος. Στοιχεία αυτής της άποψης μπορούμε να βρούμε σε αρχαία κείμενα.

Ο Αλκμέων έζησε τον 6^ο αιώνα π.Χ. και υποστήριζε ότι τον ύπνο προκαλεί η απομάκρυνση του αίματος από τα αιμοφόρα αγγεία του δέρματος προς τα εσωτερικά σημεία του σώματος, ενώ την εγρήγορση προκαλεί η επιστροφή του. Η εξαφάνιση του αίματος από το δέρμα προκαλούσε ακινησία και απουσία των αισθήσεων. Κάποιοι άλλοι θεωρούσαν τον ύπνο αποτέλεσμα αλλαγών στα χαρακτηριστικά του αίματος και πίστευαν ότι αιτία του ύπνου ήταν η πτώση της θερμοκρασίας του αίματος και ότι για την εγρήγορση υπεύθυνη ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας.

Ένας από τους πρώτους συστηματικούς μελετητές του ύπνου υπήρξε ο Αριστοτέλης, ο οποίος συγκέντρωσε τις υποθέσεις και τις απόψεις του στο έργο του *Περί ύπνου και εγρηγόρσεως*. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, ο ύπνος και η εγρήγορση απορρέουν από την ικανότητά μας να αισθανόμαστε και να κατανοούμε τα ερεθίσματα του περιβάλλοντός μας – γι' αυτό άλλωστε ο ύπνος χαρακτηρίζει μόνο τα είδη που διαθέτουν αισθητήρια όργανα. Η περιγραφή του για τη διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο βυθίζεται σε ύπνο είναι παραστατικότερη. Στη θεωρία του υποστηρίζει ότι κατά τη διάρκεια της πέψης το στομάχι αναδύει ατμούς που εξαιτίας της υψηλής θερμοκρασίας τους υψώνονται και συγκεντρώνονται στο κεφάλι. Καθώς ο εγκέφαλος τους

ψύχει, οι ατμοί υγροποιούνται, ρέουν προς τα κάτω και ψύχουν την καρδιά. Ο Αριστοτέλης θεωρούσε την καρδιά το αισθητηριακό κέντρο του σώματος και πίστευε πως η ψύξη της αποτελεί την αιτία και το λόγο του ύπνου.

Οι Έλληνες φιλόσοφοι και ιατροί συμφωνούσαν με τον Αριστοτέλη ως προς το ότι η απομόνωση του σώματος από τις αισθήσεις του αποτελεί την αιτία του ύπνου. Σε αντίθεση όμως με εκείνον, θεωρούσαν ότι το κέντρο των αισθήσεων του σώματος δεν βρίσκεται στην καρδιά, αλλά στον εγκέφαλο. Ο μαθητής του Σωκράτη Πλάτων και ο διάσημος Έλληνας ιατρός Γαληνός θεωρούσαν ότι ο ύπνος δεν οφείλεται στην ψύξη της καρδιάς αλλά στην απομόνωση του εγκεφάλου από το υπόλοιπο σώμα. Όπως και ο Αριστοτέλης, πίστευαν ότι τα αίτια του ύπνου ήταν μηχανικά. Οι ατμοί που ανυψώνονταν από το στομάχι υγροποιούνταν αμέσως μόλις έφταναν στον εγκέφαλο, και αντί να πέσουν στην καρδιά, όπως πίστευε ο Αριστοτέλης, έφρασαν τους πόρους του εγκεφάλου και τον απομόνωναν από το υπόλοιπο σώμα. Με απομονωμένο τον εγκέφαλο του από το υπόλοιπο σώμα, ο άνθρωπος έπεφτε σε ύπνο.

Αυτές οι απόψεις για τον ύπνο, όπως και πολλές άλλες ιατρικές απόψεις επιβίωσαν για περισσότερα από χίλια πεντακόσια χρόνια. Οι αλλαγές που εισήγαγαν οι γιατροί και οι φιλόσοφοι κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, της Αναγέννησης καθώς και στα κατοπινά χρόνια ήταν ελάχιστες. Μερικοί υποστήριξαν ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου ο εγκέφαλος δεν απομονωνόταν ολοκληρωτικά από το υπόλοιπο σώμα, γιατί ο ύπνος μπορούσε να διακοπεί τόσο από δυνατές φωνές όσο και στην περίπτωση που κάποιος ταρακουνούσε το κοιμώμενο άτομο. Υπήρχαν κάποιοι που δεν εντόπιζαν την αιτία του ύπνου σε όλο τον εγκέφαλο, αλλά μόνο σε ένα όργανό του: το κοινό αισθητήριο όργανο στο οποίο, σύμφωνα με τις επικρατούσες απόψεις της εποχής εκείνης, συνδέονταν όλες οι αισθήσεις του σώματος. Κάποιοι θέλησαν να αναπτύξουν περαιτέρω την ιδέα των ατμών και υποστήριξαν ότι η ποιότητα και η διάρκεια του ύπνου εξαρτώνται από το είδος και τη σύσταση των ατμών που ανυψώνονται στον εγκέφαλο: ο ύπνος είναι βαθύς και διαρκεί πολύ μετά από ένα βαρύ γεύμα που σίγουρα παράγει μια μεγάλη ποσότητα ατμών.

Η άποψη των Ελλήνων ότι ο ύπνος οφειλόταν σε ατμούς που έφρασαν τους πόρους του εγκεφάλου παρέμεινε κατά βάση αμετάβλητη, σχεδόν μέχρι τη σύγχρονη εποχή. Οι μόνες μεταβολές που υπέστη αυτή η ιδέα αφορούσαν

τους λόγους και τους παράγοντες της απομόνωσης του εγκεφάλου από το υπόλοιπο σώμα. Οι στομαχικοί ατμοί αντικαταστάθηκαν από άλλους παράγοντες όπως η ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Κατά το 18^ο και 19^ο αιώνα υπήρχαν δυο σχολές: η μια υποστήριζε πως ο ύπνος οφειλόταν σε αναιμία – με άλλα λόγια στην έλλειψη αίματος στον εγκέφαλο – ενώ η άλλη σχολή υποστήριζε με το ίδιο πάθος ότι τον ύπνο προκαλούσε η υπερβολική ποσότητα αίματος στον εγκέφαλο. Και τα δυο στρατόπεδα στήριζαν τους ισχυρισμούς τους σε παρατηρήσεις του εγκεφάλου ανθρώπων ή ζώων που είχαν χειρουργηθεί ή είχαν υποστεί τραύμα στο κρανίο. Όσοι ισχυρίζονταν ότι η έλλειψη αίματος αποτελούσε την αιτία του ύπνου υποστήριζαν πως κατά τη διάρκεια του ύπνου ο εγκέφαλος είναι ωχρός και ζαρωμένος, ενώ όταν ο άνθρωπος είναι ξύπνιος ο εγκέφαλός του είναι γεμάτος με αίμα το οποίο μάλιστα έχει σκούρο χρώμα. Αντίθετα, η άλλη σχολή υποστήριζε πως όταν οι άνθρωποι κοιμούνται ο εγκέφαλός τους είναι εξογκωμένος και έχει σκούρο χρώμα, ενώ όταν είναι ξύπνιοι είναι συρρικνωμένος. Και τα δυο στρατόπεδα αγνοούσαν ότι η ροή του αίματος στον εγκέφαλο υπόκειται στον αυστηρό έλεγχο του νευρικού συστήματος και παραμένει σταθερή τόσο κατά τη διάρκεια του ύπνου όσο και σε κατάσταση εγρήγορσης.

Κάποιοι υποστήριζαν πως η απομόνωση του εγκεφάλου από το υπόλοιπο σώμα οφειλόταν στη διόγκωση του θυρεοειδή στο λαιμό ή στη διόγκωση των λεμφικών αδένων. Άλλοι πήγαιναν πολύ πιο μακριά: θεωρούσαν ότι ο ύπνος οφειλόταν στην παύση της δραστηριότητας του εγκεφάλου – ένας είδος βραχυκυκλώματος που προκαλούσε ο αποχωρισμός των νευρικών κυττάρων. Παρομοίαζαν τα νευρικά κύτταρα με οργανισμούς όμοιους με την αμοιβάδα, που έχουν την ικανότητα να πλησιάζουν και να απομακρύνονται ο ένας από τον άλλο.

Εξέχουσα θέση στην ιστορία της επιστημονικής σκέψης για τις αιτίες του ύπνου κατέχουν οι θεωρίες για τις υπνοτοξίνες ή τοξίνες του ύπνου. Επρόκειτο για τοξίνες που προκαλούσαν τον ύπνο δηλητηριάζοντας τον εγκέφαλο. Ήταν προϊόντα των καταβολικών διεργασιών του μεταβολισμού που λάβαιναν χώρα ενώ ο άνθρωπος ήταν ξύπνιος. Τα προϊόντα αυτά συσσωρεύονταν κατά τη διάρκεια της ημέρας και, όταν έφθαναν σε κάποιες συγκεκριμένες αναλογίες, προκαλούσαν ύπνο. Η θεωρία αυτή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 19^ο αιώνα. Γάλλοι ερευνητές είχαν προσκομίσει

αδιάσειστες αποδείξεις για να στηρίξουν την ορθότητά της. Έβαζαν σκύλους να κοιμηθούν εισάγοντας τους με ένεση υγρά που είχαν πάρει από τον εγκέφαλο άλλων σκύλων, από τους οποίους είχαν στερήσει τον ύπνο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πίστευαν ότι τα υγρά τα οποία είχαν πάρει από τους εγκεφάλους των σκύλων που είχαν μείνει ξύπνιοι περιείχαν συγκεντρωμένη υπνοτοξίνη η οποία θα προκαλούσε ύπνο στους άλλους σκύλους. Αυτή η προσέγγιση είχε επίσης υποστηρικτές και κατά τον 20^ο αιώνα.

Ορισμένοι ερευνητές εντόπισαν την αιτία του ύπνου στην κόπωση του μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος. Ο κυριότερος υποστηρικτής αυτής της άποψης ήταν ο Nathaniel Kleitman, στον οποίο ανήκει και η μεγαλύτερη ανακάλυψη στην έρευνα του ύπνου. Ο ύπνος REM (rapid eye movement – ταχεία οφθαλμική κίνηση) ήταν μια ανακάλυψη που προκάλεσε επανάσταση στο σχεδιασμό των προηγούμενων επιστημονικών ερευνών σχετικά με αυτό το θέμα. Όπως και οι άλλοι ερευνητές, έτσι και ο Kleitman πίστευε ότι ο ύπνος ήταν το αποτέλεσμα κόπωσης του νευρικού και μυϊκού συστήματος.

Ο Ivan Pavlov, ο Ρώσος φυσιολόγος που κέρδισε το Βραβείο Νόμπελ φυσιολογίας και ιατρικής, υποστήριζε επίσης ότι ο ύπνος ήταν μια κατάσταση κατά την οποία εισαγόταν ανακλαστικά η αναστολή της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Εύλογα, λοιπόν, υποθέτουμε πως στις ιδέες του για τον ύπνο είχε επηρεαστεί από την εργασία του για τα εξαρτημένα ανακλαστικά.

Ενδείξεις νεότερων προσεγγίσεων παρουσιάστηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Κάποιοι υποστήριζαν ότι, όπως στον εγκέφαλο υπάρχουν κέντρα που ελέγχουν την ομιλία, την ακοή και την όραση, έτσι και ο ύπνος ελέγχεται από ένα ειδικό κέντρο. Θεωρούσαν πως η ενεργοποίηση αυτού του κέντρου προκαλούσε τον ύπνο, ενώ η διακοπή της δραστηριότητάς του ή η ενεργοποίηση ενός παρακείμενου κέντρου ευθυνόταν για την αντίθετη κατάσταση. Η θεωρία αυτή είχε συνδεθεί με το όνομα του Constantin von Economo και τις τρομακτικές συνέπειες της επιδημίας του εγκεφαλικού ληθάργου, της ασθένειας του ύπνου, που στο τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου σάρωσε την υδρόγειο αφήνοντας πίσω της εκατομμύρια νεκρούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΪΠΝΙΑΣ

Η παροδική δυσκολία του ύπνου δεν μπορεί να θεωρηθεί υποχρεωτικά ως αϋπνία. Αναμφισβήτητα όμως, αϋπνία είναι η σταθερή μείωση της ποσότητας του ύπνου επί μεγάλο χρονικό διάστημα ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία κάποιου εμφανούς αιτίου.

Ασφαλώς, η κακή ποιότητα του ύπνου θα πρέπει να θεωρείται αϋπνία, όχι όμως και υποχρεωτικά η μειωμένη ποσότητά του, όταν το υποκείμενο αξιολογεί την ποιότητα ως ικανοποιητική. Παρά ταύτα θα μπορούσε κανείς να διερωτηθεί σχετικά με το ποια είναι η σχετική αξία της υποκειμενικής αξιολόγησης της ποσότητας για τον καθορισμό της αϋπνίας ως κλινικής οντότητας.

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορα κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα έχουν δείξει ότι περίπου ένα 20 έως 30% των ατόμων όλων των ηλικιών δεν είναι ικανοποιημένα με την ποσότητα και/ ή την ποιότητα του ύπνου τους. Έτσι επί πολλά χρόνια η συχνότητα της αϋπνίας στο γενικό πληθυσμό θεωρείτο αρκετά υψηλή. Όμως σε μια πρόσφατη μελέτη, στην οποία οι ερευνητές διευκρίνισαν τις ερωτήσεις κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί κανείς να αναφέρεται στην αϋπνία ως πρόβλημα ιατρικό, η συχνότητά της βρέθηκε να φθάνει περίπου το 10% του γενικού πληθυσμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν πάσχοντες από αϋπνία υποβλήθηκαν σε νέα συνέντευξη ένα χρόνο μετά την πρώτη, περίπου το ένα τρίτο από αυτούς βρέθηκαν να πάσχουν ακόμη από αϋπνία. Φαίνεται λοιπόν ότι η αϋπνία είναι ένα συχνό

ιατρικό πρόβλημα και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις καθίσταται χρόνια κατάσταση.

Η αϋπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες, στα ηλικιωμένα άτομα, σε αυτούς που παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές και στα άτομα που έχουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της αϋπνίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών. Η αρνητική αυτή επίδραση της ηλικίας στον ύπνο φαίνεται να είναι ακόμα πιο ισχυρή σε καταστάσεις χρόνιας αϋπνίας, δηλαδή όταν ο εξεταζόμενος αναφέρει την αϋπνία ως πρόβλημα σε δυο χρονικά σημεία απέχοντα μεταξύ τους ένα έτος. Ακόμη θα πρέπει να σημειωθεί ότι άτομα τα οποία ανέπτυξαν αϋπνία κατά τη διάρκεια ενός έτους, βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά νέων περιπτώσεων τόσο μείζονος κατάθλιψης όσο και αγχωδών διαταραχών συγκρινόμενα με εκείνους των οποίων η αϋπνία έπαυσε να υπάρχει κατά τη διάρκεια του έτους αυτού. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με ευρήματα προηγούμενων ερευνών τα οποία υποδείκνυαν στενή σχέση μεταξύ αϋπνίας και των ψυχιατρικών διαταραχών, ιδιαίτερα της κατάθλιψης.

Η αϋπνία είναι συνήθως σύμπτωμα μια άλλης διαταραχής, η οποία τις περισσότερες φορές είναι ψυχιατρική. Επίσης μπορεί να σχετίζεται με κάποιο περιβαλλοντικό εκλυτικό παράγοντα ή με μια ψυχοπιεστική κατάσταση. Όταν αρθεί το εξωγενές αίτιο ή παρέλθει η τυχόν πρωτογενής διαταραχή, η αϋπνία συνήθως υποχωρεί, όμως πολλές φορές αυτονομείται νοσολογικά όπως όταν είναι έντονη και χρόνια, οπότε ο ασθενής επικεντρώνει την προσοχή του σε αυτή ή όταν συνεχίζεται ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία η πρωτογενής διαταραχή παύει να υφίσταται.

3.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πολλά σωματικά νοσήματα, ιδίως αυτά που προκαλούν πόνο, δυσφορία, άγχος ή κατάθλιψη, συχνά συνοδεύονται από αϋπνία. Η λήψη ψυχοδιεγερτικών ή άλλων φαρμάκων και ουσιών, όπως και η απότομη διακοπή ορισμένων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ., μπορεί επίσης να προκαλέσει αϋπνία. Όμως για την εμφάνιση και τη διατήρηση της αϋπνίας, συνηθέστερος

αιτιολογικός παράγων είναι η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, αγχώδους, καταθλιπτικού, σωματοποιητικού και ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου. Η ψυχοπαθολογία αυτή είναι συμβατή με την προσωπικότητα των πασχόντων, με την οποία συνήθως συνυφαίνεται.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ασθενείς με χρόνια αϋπνία τυπικότερα δεν αποδέχονται το ρόλο, ούτε καν την παρουσία, ψυχολογικών προβλημάτων και επικεντρώνουν την προσοχή τους στη διαταραχή του ύπνου την οποία και θεωρούν ως το μοναδικό τους πρόβλημα. Συνήθως, η προσεκτική ψυχολογική – ψυχιατρική εκτίμηση αποκαλύπτει το ψυχοπαθολογικό προφίλ που αναφέρθηκε πιο πάνω. Το προφίλ αυτό, σε συνδυασμό με ευρήματα παρουσίας έντονης ψυχοφυσιολογικής ενεργοποίησης, υποδεικνύει την αξιοσημείωτη τάση των ασθενών με χρόνια αϋπνία να εσωτερικεύουν τα αρνητικά κυρίως συναισθήματά τους. Η τάση αυτή οδηγεί σε κατάσταση υπερεγρήγορσης και συνακόλουθης δυσκολίας στον ύπνο.

Διάφορα ψυχοτραυματικά γεγονότα παίζουν εκλυτικό ρόλο για την εμφάνιση της αϋπνίας, αφού έχει βρεθεί ότι τέτοια γεγονότα είναι πολυπληθέστερα και εντονότερα κατά το έτος της έναρξης της αϋπνίας σε σχέση με τα προηγούμενα έτη της ζωής των ασθενών με χρόνια αϋπνία όπως και με τα αντίστοιχα έτη της ζωής των ατόμων που δεν εμφανίζουν διαταραχή του ύπνου τους. Εξάλλου, μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμμετέχουν στη μετάπτωση της αϋπνίας στη χρόνια μορφή της. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να έχουν σχέση με:

- (α) την ίδια τη φύση της αϋπνίας (φόβος αποτυχίας στην προσπάθεια υπερνίκησης της αδυναμίας επέλευσης του ύπνου),
- (β) με τον πάσχοντα από αϋπνία (προηγούμενες εμπειρίες που καθιστούν το άτομο ευεπίφορο στην μονιμότερη αποδοχή του «ρόλου του ασθενούς»),
- (γ) με την οικογένεια και με το εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (παροχή διαφόρων «διευκολύνσεων» προς τον ασθενή εξαιτίας της κατάστασής του), και
- (δ) με τον γιατρό (ανεπαρκής εκτίμηση της συνολικής συμπτωματολογίας του ασθενούς και κατηγοριοποίηση στα υποχονδριακά ή ακόμη και στα υποκρινόμενα άτομα).

Σωματικά νοσήματα σχετιζόμενα με αϋπνία

Καρδιαγγειακά Νοσήματα

- Στεφανιαία ανεπάρκεια
- Ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας
- Αρρυθμίες

Διαταραχές Αναπνευστικού Συστήματος

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Άσθμα
- Σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο
- Ρινική απόφραξη ποικίλης αιτιολογίας

Διαταραχές Γαστρεντερικού Συστήματος

- Οισοφαγίτις
- Διαφραγματοκήλη
- Γαστρο – οισοφαγική παλινδρόμηση
- Γαστρο – δωδεκαδακτυλικό έλκος
- Διαρροϊκά σύνδρομα
- Τυμπανισμός

Διαταραχές Ουροποιογεννητικού Συστήματος

- Πολυουρία ποικίλης αιτιολογίας
- Συχνουρία ποικίλης αιτιολογίας

- Καυσαλγίες κύστης
- Κρίσεις πριαπισμού

Διαταραχές Ενδοκρινικού Συστήματος

- Θυρεοειδοπάθειες
- Φαιοχρωμοκύττωμα

Διαταραχές του Νευρομυϊκού Συστήματος

- Κεφαλαλγίες
- Νόσος Πάρκινσον
- Θαλαμικά Σύνδρομα
- Εγκεφαλίτιδες
- Εκφυλιστικά νοσήματα Κ.Ν.Σ.
- Κατά πλάκας σκλήρυνση
- Μυελίτιδες
- Περιφερικές νευρίτιδες
- Μεταβολικές και άλλες νευροπάθειες
- Βαριά μυασθένεια
- Μυόσπασμοι (κράμπες)

Άλλες Καταστάσεις

- Πόνοι ποικίλης αιτιολογίας
- Πυρετός
- Εγκυμοσύνη
- Ραγδαία απώλεια βάρους

Ουσίες σχετιζόμενες με αϋπνία

Φάρμακα

- Ψυχοδιεγερτικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Κατασταλτικά Κ.Ν.Σ. (ανοχή ή διακοπή)
- Κορτικοστεροειδή

- Βρογχοδιασταλτικά
- β – αναστολείς κ.α. αντιυπερτασικά

Άλλες Ουσίες

- Αλκοόλ
- Καφεΐνη
- Νικοτίνη
- Κάνναβις

Ψυχιατρικά νοσήματα σχετιζόμενα με αϋπνία

- Καταθλιπτικά σύνδρομα
- Μανιακά σύνδρομα
- Αγχώδεις διαταραχές
- Φοβικές διαταραχές
- Ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές
- Κρίσεις πανικού
- Σχιζοφρενικές ψυχώσεις
- Οργανικά ψυχοσύνδρομα
- Διαταραχές σωματοποίησης
- Διαταραχές προσαρμογής

Διαταραχές προσωπικότητας σχετιζόμενες με αϋπνία

- Ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου
- Οιστριονικού τύπου
- Εξαρτητικού τύπου
- Αποφευκτικού τύπου
- Μεθοριακού τύπου
- Σχιζοειδικού τύπου

3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΑΪΠΝΙΑΣ

Οι σημαντικότερες μορφές αϋπνίας και τα χαρακτηριστικά της καθεμίας είναι:

1. Περιστασιακή ή παροδική αϋπνία

Ο ύπνος είναι ένα ακριβές βαρόμετρο της ψυχικής κατάστασης του ατόμου και ανταποκρίνεται ταχύτατα σε καταστάσεις έντασης και άγχους, πολλές φορές μάλιστα πριν από οποιοδήποτε άλλο σύστημα του σώματος.

Όλες οι διαταραχές του ύπνου εμφανίζονται εξαιτίας ενός σημαντικού γεγονότος στη ζωή του υποκειμένου, όπως λόγου χάριν μια οικογενειακή ή οικονομική κρίση, το άτομο είναι σε θέση να υποδείξει την ημερομηνία της αρχικής εκδήλωσης της διαταραχής.

Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι η εκδήλωση διαταραχών στον ύπνο ως αντίδραση σε διάφορα σημαντικά γεγονότα της ζωής είναι κάτι φυσιολογικό. Από τη φύση τους τα γεγονότα αυτά προκαλούν υπερδιέγερση και δυσάρεστες σκέψεις που διαταράσσουν τη γαλήνη του νου. Το υψηλό επίπεδο διέγερσης και οι ανήσυχες σκέψεις παρεμβαίνουν στη διαδικασία του ύπνου και την εμποδίζουν. Γι' αυτό και στις περισσότερες περιπτώσεις περιστασιακής αϋπνίας οι ασθενείς περισσότερο παραπονιούνται ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν παρά ότι ξυπνούν κατά τη διάρκεια του ύπνου. συνεπώς η περιστασιακή αϋπνία, θα πρέπει να θεωρείται μέρος των ψυχικών αντιδράσεων του ατόμου στις αγχογόνες καταστάσεις και στην αγωνία που βιώνει.

Η περιστασιακή αϋπνία επηρεάζει κυρίως ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προσωπικές δυσκολίες. Υπάρχουν όμως και ιδιαίτερες συνθήκες, όπως αυτές όπου μεγάλες ομάδες ανθρώπων είναι δεμένοι στην ίδια αγχογόνο κατάσταση και αναγκάζονται να ξαγρυπνούν ολόκληρες νύχτες.

Η περιστασιακή αϋπνία περνάει, αν και, για να συμβεί αυτό, πρέπει να υπάρξει κάποια αλλαγή στις εξωτερικές περιστάσεις που την έχουν προκαλέσει – γι αυτό έχει άλλωστε την ονομασία «περιστασιακή».

Οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτό το είδος αϋπνίας έχουν ανάγκη από ηρεμία και καθησύχαση. Πρέπει να πληροφορούνται ότι η αντίδρασή τους είναι απόλυτα φυσιολογική και ότι δεν αποτελεί ένδειξη οποιουδήποτε τύπου ψυχικής διαταραχής. Για πιο σοβαρές περιπτώσεις διαταραχών του ύπνου, όπου εκδηλώνεται δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας, υπάρχει ένα μεγάλο φάσμα θεραπευτικών μεθόδων.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε πολλές χώρες, περίπου το 15 με 18 τοις εκατό του ενήλικου πληθυσμού πάσχει από αϋπνία, τουλάχιστον «μερικές φορές». Ενδιαφέρον αποτελεί το ότι σε όλες τις έρευνες οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερο παράπονα από ότι οι άνδρες. Η ευαισθησία των γυναικών στον ύπνο ίσως εκφράζει βαθιές διαφορές στη δομή της προσωπικότητας και στους τρόπους με τους οποίους αντιδρούν στο άγχος.

2. Χρόνια αϋπνία

Μπορεί η αϋπνία να αποτελεί φυσική αντίδραση σε μια αγχογόνο κατάσταση και συνεπώς να μην υποδηλώνει κατ' ανάγκη την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, υπάρχει όμως ο κίνδυνος να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και αν εκλείψουν οι λόγοι που την είχαν προκαλέσει. Σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για τη χρόνια αϋπνία. Οι συνθήκες που μετατρέπουν την προσωρινή περιστασιακή αϋπνία σε χρόνια ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Υπάρχουν κάποιοι που, μετά από μερικές νύχτες αϋπνίας η οποία οφείλεται σε κάποια κρίση ή και σε κάποιον άλλο λόγο, «μαθαίνουν» να μην κοιμούνται. Αυτό δεν πρέπει να προξενεί έκπληξη, γιατί η ίδια η διεργασία του ύπνου εμπεριέχει πολλά στοιχεία «μαθημένης συμπεριφοράς» και εξαρτημένων αντανακλαστικών.

Η διαδικασία της εξαρτημένης μάθησης δεν είναι ο μόνος παράγοντας που μετατρέπει την προσωρινή αϋπνία σε χρόνια. Ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στην εδραίωση της αϋπνίας είναι η δομή της προσωπικότητας του ατόμου.

Μερικοί άνθρωποι «δυσκολεύονται» να παραιτηθούν από τη διαταραχή τους γιατί τους «εξυπηρετεί» στις σχέσεις τους με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους. Γι' αυτούς ο ύπνος και όλα τα χαρακτηριστικά του γίνονται ο άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται ολόκληρος ο κόσμος

τους. Δίχως να το γνωρίζουν, επενδύουν σε αυτό όλες τις σκέψεις και τις προσπάθειές τους. Χρησιμοποιούν την αϋπνία τους σαν μοχλό, για να κάνουν τους ανθρώπους γύρω τους να ικανοποιούν τις δικές τους επιθυμίες.

Η καταναγκαστική ανάγκη εκμετάλλευσης των διαταραχών του ύπνου που γίνεται μερικές φορές έχει σχέση με το ότι το άτομο που πάσχει από χρόνια αϋπνία συνήθως υπερβάλλει ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής του.

Η ανεξέλεγκτη χρήση υπνωτικών χαπιών μπορεί επίσης να μετατρέψει σε χρόνια την περιστασιακή αϋπνία.

Υπάρχουν άνθρωποι των οποίων η αϋπνία οφείλεται σε ανησυχία, άγχος ή κακές συνήθειες πριν από τον ύπνο. Κάποιοι αναφέρουν πως υπέφεραν από αυτή την αδυναμία σε όλη τους τη ζωή. Αυτός ο τύπος αϋπνίας αποκαλείται «ιδιοπαθητική» ή «πρωτογενής αϋπνία».

Πιθανότατα, οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτό το είδος αϋπνίας να υποφέρουν από ανωμαλίες στους μηχανισμούς του εγκεφάλου που ελέγχουν τον ύπνο και την εγρήγορση. Οι ανωμαλίες αυτές ίσως οφείλονται σε έντονη δραστηριοποίηση του μηχανισμού αφύπνισης που παρεμβαίνει κατά τη μετάβαση από την εγρήγορση στον ύπνο, ή σε ανεπαρκή δραστηριότητα του μηχανισμού του ύπνου. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις φαρμακευτικές αγωγές κατά της αϋπνίας, ούτε και στα διάφορα άλλα είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης.

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.5.1 Εξέλιξη Διαγνωστικών Προσεγγίσεων

Στα τέλη της δεκαετίας του εβδομήντα μια ομάδα ερευνητών του ύπνου παρουσίασε μια ευρεία διαγνωστική ταξινόμηση των διαταραχών του ύπνου η οποία στηριζόταν κυρίως στη μελέτη ασθενών στο εργαστήριο ύπνου. Στα πλαίσια αυτής της μεγάλης διαγνωστικής ταξινόμηση η διάγνωση της αϋπνίας γινόταν κυρίως ή σχεδόν αποκλειστικά βάσει νευροφυσιολογικών ευρημάτων στο εργαστήριο ύπνου. Έτσι, σημαντικά κλινικά στοιχεία τα οποία ήσαν

σχεδόν αυτονόητα για τη διάγνωση της αϋπνίας ετίθετο στο περιθώριο. Σε αντίθεση με αυτή την προσέγγιση, μερικοί γιατροί – ερευνητές οι οποίοι είχαν ασχοληθεί επί πολλά έτη με την αντιμετώπιση ασθενών με διαταραχές του ύπνου και κυρίως με αϋπνία έθεσαν σε αμφισβήτηση την εργαστηριακή διάγνωση της αϋπνίας και πρόβαλλαν τη χρησιμότητα των κλινικών της χαρακτηριστικών. Μετά από πολλές διαβουλεύσεις, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία πρώτη υιοθέτησε στην δική της ταξινόμηση το 1985 μια καθαρά κλινική διαγνωστική προσέγγιση της διαταραχής της χρόνιας αϋπνίας και ουσιαστικά απέρριψε την εργαστηριακή της διάγνωση. Η κλινική προσέγγιση στη διάγνωση της αϋπνίας υιοθετήθηκε και στην πρόσφατα εκδοθείσα δέκατη αναθεώρηση της διεθνούς ταξινόμησης νόσων (ICD – 10).

3.5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια

Η διάγνωση της αϋπνίας σύμφωνα με το ICD – 10 στηρίζεται στα παρακάτω κλινικά κριτήρια:

1) Ο ασθενής παραπονείται για δυσκολία στην επέλευση ή συντήρηση του ύπνου ή για κακή ποιότητα ύπνου. Είναι φανερό ότι αυτό που μετράει για τη διάγνωση είναι το να παραπονείται ο ασθενής για τον ύπνο του. Η ποσότητα του ύπνου είναι πράγματι μειωμένη συνήθως. Όμως δεν είναι μόνον η ποσότητα που λαμβάνεται υπόψη για τη διάγνωση. Κακή ποιότητα ύπνου,

που είναι βέβαια υποκειμενική
αρκεί για να τεθεί η διάγνωση.

2) Διάρκεια μεγαλύτερη του μηνός
και συχνότητα τουλάχιστον τρεις
φορές την εβδομάδα. Η παροδική
αϋπνία, που είναι σε πολλές
περιπτώσεις αναπόσπαστο μέρος
της καθημερινής εμπειρίας μάλλον
παρά διαταραχή καθαυτή, δε
δικαιολογεί ανεξάρτητη διάγνωση.

Για να διαγνωστεί αϋπνία, η
διαταραχή του ύπνου πρέπει να
είναι παρούσα πάνω από τρεις
νύχτες την εβδομάδα και επί
τέσσερις εβδομάδες τουλάχιστον.

3) Υπεραπασχόληση με την έλλειψη
ύπνου. Ο ασθενής
υπεραπασχολείται με την αϋπνία
του και εκφράζει υπερβολικούς
φόβους για τις συνέπειες της
στην υγεία του και στην εν γένει
συμπεριφορά του.

4) Πρόκληση δυσφορίας. Ο ασθενής θα πρέπει να δυσφορεί εξαιτίας της αϋπνίας και να παραπονείται ότι επηρεάζεται δυσμενώς η λειτουργικότητά του κατά τη διάρκεια της ημέρας. Διαφορετικά είναι πιθανό ότι πρόκειται για άτομο που είναι απλώς συνηθισμένο να κοιμάται λίγο.

Οι περισσότεροι ασθενείς με αϋπνία παραπονούνται για δυσκολία επέλευσης του ύπνου, η οποία συχνά συνδυάζεται με δυσχέρεια συντήρησης του ύπνου ή πολύ ενωρίς αφύπνιση το πρωί. Η ηλικία έναρξης της αϋπνίας είναι συνήθως πριν από τα 40, μάλιστα όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης, τόσο συχνότερη είναι η δυσκολία επέλευσης του ύπνου ως προέχουσα διαταραχή.

3.5.3 Άλλα Κλινικά Στοιχεία

Οι πάσχοντες από αϋπνία αναφέρουν ότι κατά την κατάκλιση εμφανίζουν αίσθημα εσωτερικής τάσης, άγχος και σωρεία σκέψεων γύρω από τα προσωπικά τους προβλήματα, τη δουλειά τους, την υγεία τους και το θάνατο. Προπαντός όμως απασχολούνται με τη σκέψη μήπως δεν κοιμηθούν αρκετά. Από ψυχοφυσιολογικής πλευράς εμφανίζουν αύξηση του καρδιακού ρυθμού, του μυϊκού τόνου, της θερμοκρασίας και της περιφερικής αγγειοσύσπασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΨΠΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σοβαρές διαταραχές του ύπνου εκδηλώνονται στην περίπτωση πολλών ψυχικών διαταραχών. Μεταξύ των ψυχικών συνδρόμων που προκαλεί η άνοια, οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν μια όψη της γενικευμένης ανησυχίας του ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς ξυπνώντας από τον ύπνο βρίσκονται σε σύγχυση, είναι αποπροσανατολισμένοι και μερικές φορές συμπεριφέρονται αυτόματα – για παράδειγμα, υπνοβατούν. Σε μια έρευνα με ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν βαριάς μορφής άνοια, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία έπασχε από διαταραχές του ύπνου που σχετίζονταν τόσο με τη συνέχεια του ύπνου όσο και με το συγχρονισμό του. Ίσως οι διαταραχές αυτές να οφείλονται στον εκφυλισμό των εγκεφαλικών κέντρων που ελέγχουν τον ύπνο και την τακτική επέλευσή του, ή στον εκφυλισμό των νευρικών διόδων που οδηγούν σε αυτά.

Σοβαρότατες διαταραχές παρατηρούνται συνήθως στον ύπνο ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχώσεις. Η υπερβολική καχυποψία, τα αισθήματα ενοχής και οι δυσλειτουργίες της σκέψης συνδυαζόμενα με το άγχος δεν αφήνουν τον ασθενή να κοιμηθεί και τον οδηγούν σε συχνές αφυπνίσεις. Μερικές φορές οι ασθενείς φοβούνται να κοιμηθούν επειδή έχουν την ψευδαίσθηση ότι κάτι τρομερό θα τους συμβεί. Άλλοτε πάλι τον ύπνο τους εμποδίζουν οι ανήσυχες σκέψεις: ο βαθμός των διαταραχών του ύπνου είναι ανάλογος με τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Αν και οι εργαστηριακές έρευνες δεν έχουν αποκαλύψει τυπικά συμπτώματα στον ύπνο των ψυχωσικών ασθενών, μερικές αναφορές δείχνουν ότι η διάρκεια του ύπνου REM των ψυχωσικών ίσως είναι μικρότερη, όπως και αυτή των καταθλιπτικών, και ότι οι μισοί σχιζοφρενείς έχουν περιορισμένο βαθύ ύπνο. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου δεν είναι το κύριο πρόβλημα των ψυχωσικών ασθενών, αλλά στην ιατρική βιβλιογραφία καταγράφονται ψυχωσικές κρίσεις που συνέβησαν μετά από μια περίοδο έντονης αϋπνίας. Με άλλα λόγια, η έλλειψη ύπνου προετοίμασε το έδαφος για την ψυχική κρίση. Συνεπώς, θα πρέπει να δίνεται

ιδιαίτερη προσοχή στις σοβαρές δυσκολίες που εμφανίζονται στον ύπνο νέων ανθρώπων, ιδιαίτερα μάλιστα όταν συνοδεύονται από παράπονα για έντονο και αναίτιο άγχος, δυσλειτουργία της σκέψης ή τρομακτικές ψευδαισθήσεις.

Η μόνη ψυχική διαταραχή στην οποία τα παράπονα σχετικά με τον ύπνο είναι έντονα, και στην οποία το πρότυπο ύπνου των ασθενών έχει μοναδικά χαρακτηριστικά, είναι η κατάθλιψη. Όσοι πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης συνήθως εμφανίζουν διαταραχές και στον κύκλο ύπνου – εγρήγορσης και παραπονιούνται για αϋπνία. Η εμφάνιση διαταραχών του ύπνου στην κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή και μπορεί να χρησιμεύσει και ως διαγνωστικό στοιχείο.

Στις καταγραφές του ύπνου των καταθλιπτικών ασθενών παρατηρούνται χαρακτηριστικές αποκλίσεις, ιδιαίτερα στη διάρκεια του ύπνου REM. Αυτό το στάδιο του ύπνου, που στους φυσιολογικούς ανθρώπους εκδηλώνεται εβδομήντα με ενενήντα λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου, στους καταθλιπτικούς ασθενείς ξεκινάει μετά από τριάντα με σαράντα λεπτά και πολλές φορές ακόμα πιο νωρίς. Επιπλέον, ο πρώτος ύπνος REM των καταθλιπτικών διαρκεί περισσότερο και είναι πιο παραγμένος από ότι το αντίστοιχο στάδιο ύπνου των φυσιολογικών ανθρώπων – με άλλα λόγια, χαρακτηρίζεται από υψηλή συχνότητα κινήσεων των ματιών. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν επίσης εξαιρετικά περιορισμένο βαθύ ύπνο και εμφανίζουν την τάση να ξυπνούν και να μην μπορούν να ξανακοιμηθούν.

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι διαταραχές του ύπνου συνοδεύονται από ψυχικές διαταραχές η αντιμετώπιση θα πρέπει αρχικά και κυρίως να αποσκοπεί στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρότι μερικές φορές η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου είναι απαραίτητη, καμιά βελτίωση δεν θα παρουσιαστεί στον ύπνο αν προηγουμένως δεν έχει βελτιωθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας του ασθενή.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Νοσοκομείο: ΠΕΠΑΓΝΗ

1. Φύλο Α Γ

2. Ηλικία

2α Βάρος

Ύψος

3. Ημέρες νοσηλείας:

4. Κλινική: Παθολογική Αιματολογική Πνευμονολογική Χειρουργική

Ογκολογική

5. Αιτία εισόδου

6. Προηγούμενες παθήσεις

Χρόνιο αναπνευστικό
πρόβλημα

Εγκεφαλικό επεισόδιο

7. Πόσοι ασθενείς νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο

8. Ο ασθενής λαμβάνει οξυγονοθεραπεία;

ναι

όχι

8α. Αν ναι ο ύπνος διαταράσσεται λόγω οξυγονοθεραπείας κατά τη διάρκεια του ύπνου

A) προ της εισαγωγής του

Ναι

Όχι

B) κατά τη νοσηλεία

Ναι

Όχι

9. Γίνονται αιμοληψίες στον ασθενή κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου;

Ναι

Όχι

9α. Αν ναι, ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται λόγω αιμοληψιών κατά τη διάρκεια της νύχτας/ πρώτες πρωινές ώρες;

Ναι

Όχι

10. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία) κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου;

Ναι

Όχι

10α. Αν ναι, ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται από λήψη ζωτικών (αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία) κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου;

Ναι Όχι

11. Γίνεται κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου χορήγηση φαρμάκων (ενέσιμα/ χάπια);

Ναι Όχι

11α. Αν ναι, διαταράσσεται ο ύπνος του ασθενούς από αυτό;

Ναι Όχι

12. Παραμένουν επισκέπτες μέσα στο θάλαμο το βράδυ;

Ναι Όχι

12α. Αν ναι, ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται από θόρυβο που γίνεται μέσα στο θάλαμο από τους επισκέπτες;

Ναι Όχι

13. Κάνουν θόρυβο οι συννοσηλεύόμενοι;

Ναι Όχι

13α. Αν ναι, ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται από θόρυβο που γίνεται μέσα στο θάλαμο από συννοσηλεύόμενους;

Ναι Όχι

14. Υπάρχουν αναμμένα φώτα μέσα στο θάλαμο κατά τη διάρκεια της νύχτας;

Ναι Όχι

14α. Αν ναι, ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται από αναμμένα φώτα μέσα στο θάλαμο;

Ναι Όχι

15. Ο ασθενής έχει άγχος:

α) όχι

20. Πόσες ώρες κοιμάται ο ασθενής σπίτι του συνήθως;
21. Πόσες φορές ξύπνησε ο ασθενής την προηγούμενη νύχτα;

22. Πόσες φορές συνήθως ξυπνάει ο ασθενής τη νύχτα στο σπίτι του;

23. Πόσο συχνά ο ασθενής κατά την αφύπνιση αισθάνεται ότι δεν κοιμήθηκε αρκετά/ κουρασμένος σπίτι;

ΠΟΤΕ σπάνια μερικές φορές συχνά πάντα

24. Το προηγούμενο βράδυ ο ασθενής αισθάνθηκε ότι δεν κοιμήθηκε αρκετά/ ξύπνησε σήμερα κουρασμένος;

Ναι Όχι

25. Πόσο συχνά αισθάνεται ο ασθενής υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας όταν είναι σπίτι του;

ΠΟΤΕ σπάνια μερικές φορές συχνά πάντα

26. Σήμερα αισθάνθηκε ο ασθενής υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Ναι Όχι

27. Πριν από την εισαγωγή του ασθενής έκανε χρήση υπνωτικών/ αγχολυτικών σκευασμάτων;

ΠΟΤΕ σπάνια μερικές φορές συχνά πάντα

28. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής έχει κάνει χρήση υπνωτικών/ αγχολυτικών σκευασμάτων;

ΠΟΤΕ σπάνια μερικές φορές συχνά πάντα

29. Το προηγούμενο βράδυ ο ασθενής έκανε χρήση υπνωτικών/ αγχολυτικών σκευασμάτων;

Ναι Όχι

30. Πόσες ώρες κοιμάται ο ασθενής όταν είναι σπίτι του κατά τη διάρκεια της ημέρας;

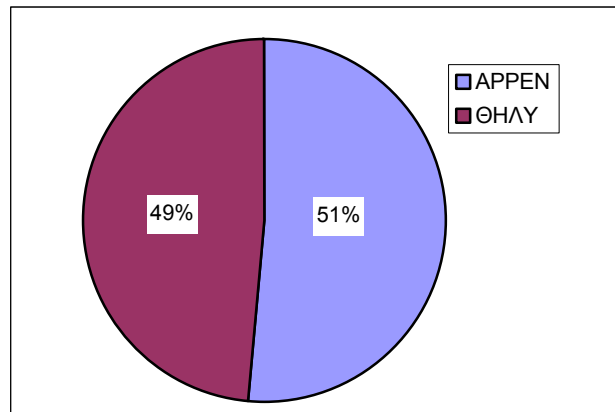
καμία 1 – 3 ώρες 3 – 5 ώρες > 5 ώρες

31. Πόσες ώρες κοιμήθηκε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της χθεσινής ημέρας;

καμία 1 – 3 ώρες 3 – 5 ώρες > 5 ώρες

1. ΦΥΛΟ

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <i>ΑΡΡΕΝ</i> | <i>103</i> | <i>51 %</i> |
| <i>ΘΗΛΥ</i> | <i>97</i> | <i>49 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ Ο</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, οι 103 ήταν άνδρες και οι 97 γυναίκες.

2. ΗΛΙΚΙΑ

Όσον αφορά την ηλικία των 200 ασθενών, οι 103 άνδρες είχαν μέσο

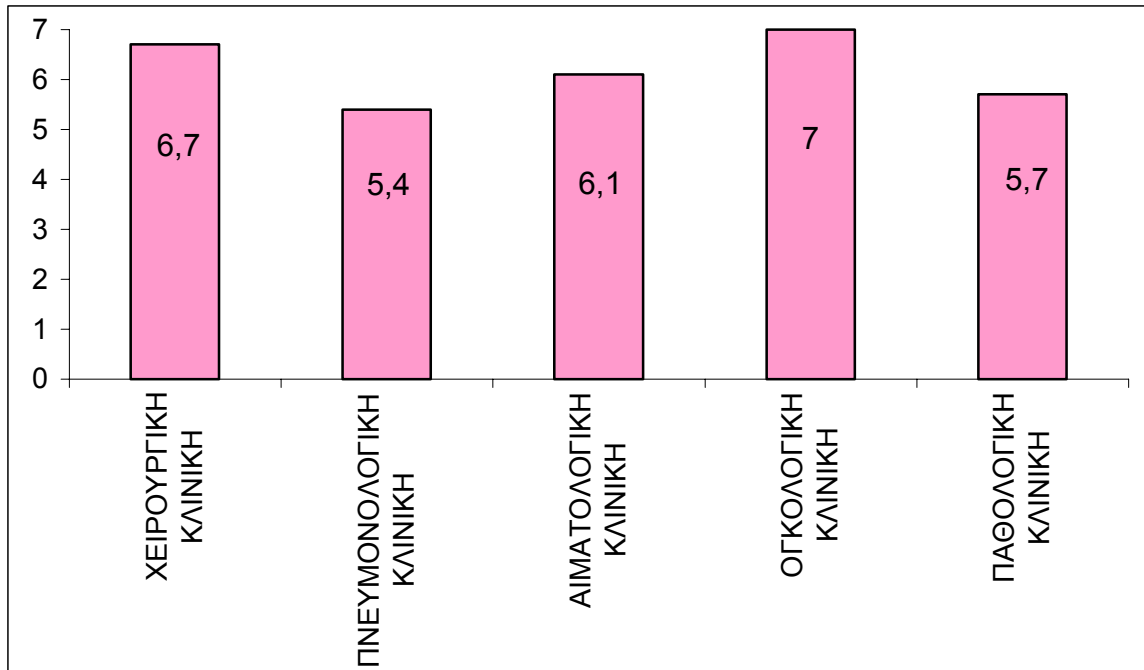
όρο ηλικίας 63,2 χρόνια και οι 97 γυναίκες είχαν 57,3 χρόνια.

2α. ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΥΨΟΣ

Σύμφωνα με τον τύπο $BMI = \frac{\text{Βάρος}}{\text{ΚΑΙ ΤΟΥ} (\text{Ύψος})^2}$

Ύψους των 200 ασθενών ήταν $BMI: 26,18$. Πιο συγκεκριμένα στους 103 άνδρες ήταν $BMI: 25,2$ και στις 97 γυναίκες ήταν $BMI: 27,16$.

3. ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν ο μέσος όρος παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν 6,24 ημέρες.

4. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΧΡΟΝΙΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

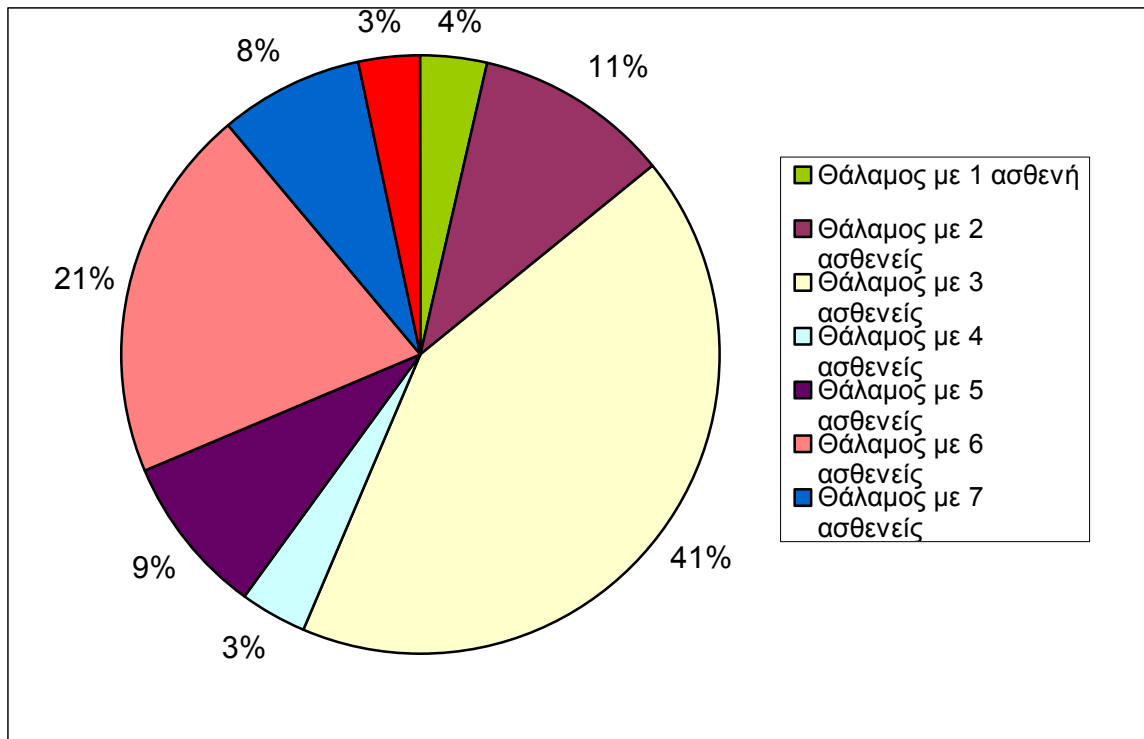
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν το 27% είχε χρόνια αναπνευστικό πρόβλημα και το 14% είχε υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο.

**5. ΠΟΣΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ
ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΘΑΛΑΜΟ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>θάλαμος με 1 ασθενή</i> | <i>7</i> | <i>3,5 %</i> |
| <i>θάλαμος με 2 ασθενείς</i> | <i>21</i> | <i>10,8 %</i> |
| <i>θάλαμος με 3 ασθενείς</i> | <i>83</i> | <i>42,2 %</i> |
| <i>θάλαμος με</i> | <i>7</i> | <i>3,4 %</i> |

| | | |
|--------------------------|-----|--------|
| 4 ασθενείς | | |
| θάλαμος με 5 ασθενείς | 18 | 8,6 % |
| θάλαμος με 6 ασθενείς | 41 | 20,5 % |
| θάλαμος με 7 ασθενείς | 15 | 7,7 % |
| Διάδρομος | 8 | 3,3 % |
| Σύνολο | 200 | 100 % |

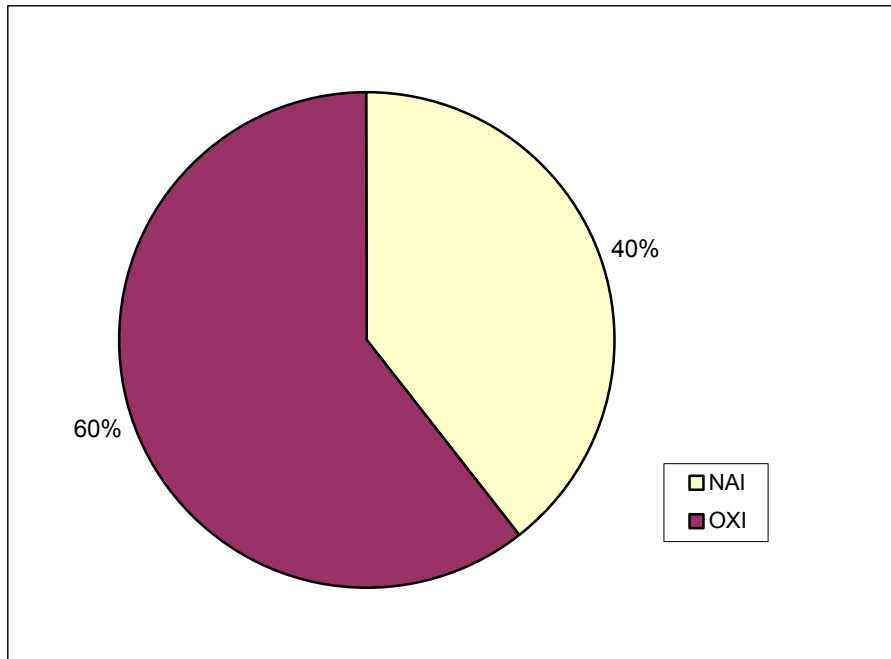


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών 42,2% νοσηλεύονται σε τρίκλινο δωμάτιο.

**6. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΛΑΜΒΑΝΕΙ
ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>79</i> | <i>39,5 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>121</i> | <i>60,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ Ο</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |



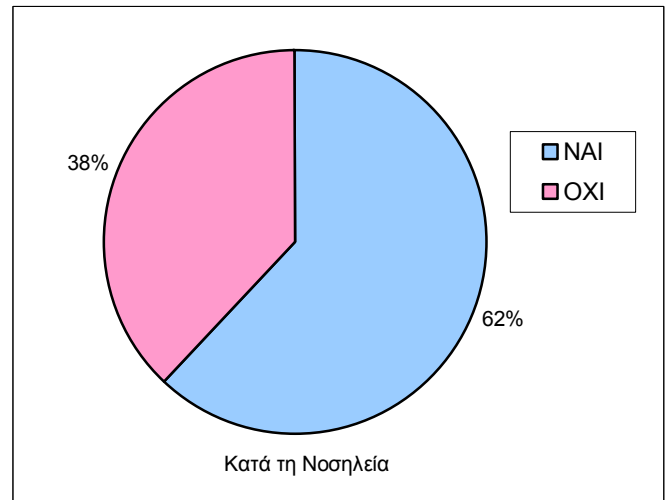
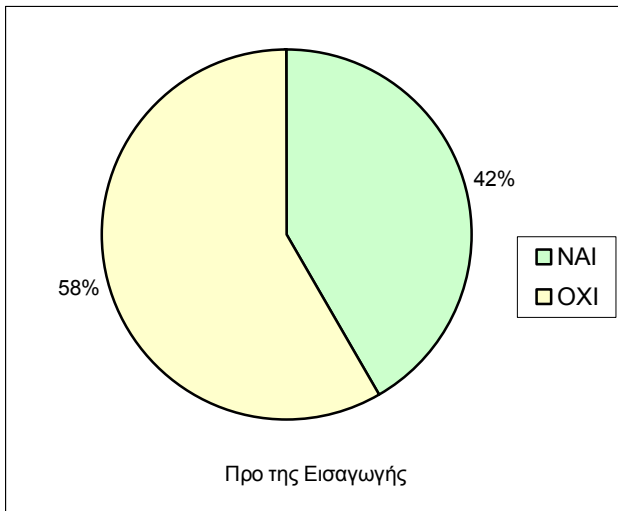
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 39,5% έπαιρνε οξυγόνο, ενώ το 60,5% δεν λάμβανε οξυγονοθεραπεία.

6α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΛΟΓΩ
ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ;

| | | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------------------|---|-------------------|------------------------------|
| Προ της εισαγωγής | N | 33 | 41,7 % |
| | A | | |
| | I | | |
| | O | 46 | 58,3 % |
| | X | | |
| | I | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 79 | 100 % |
| Κατά τη νοσηλεία | N | 49 | 62 % |
| | A | | |
| | I | | |
| | O | 30 | 38 % |
| | X | | |

| | | | |
|---------------|----------|-----------|--------------|
| | <i>I</i> | | |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | | <i>79</i> | <i>100 %</i> |
| | | | |

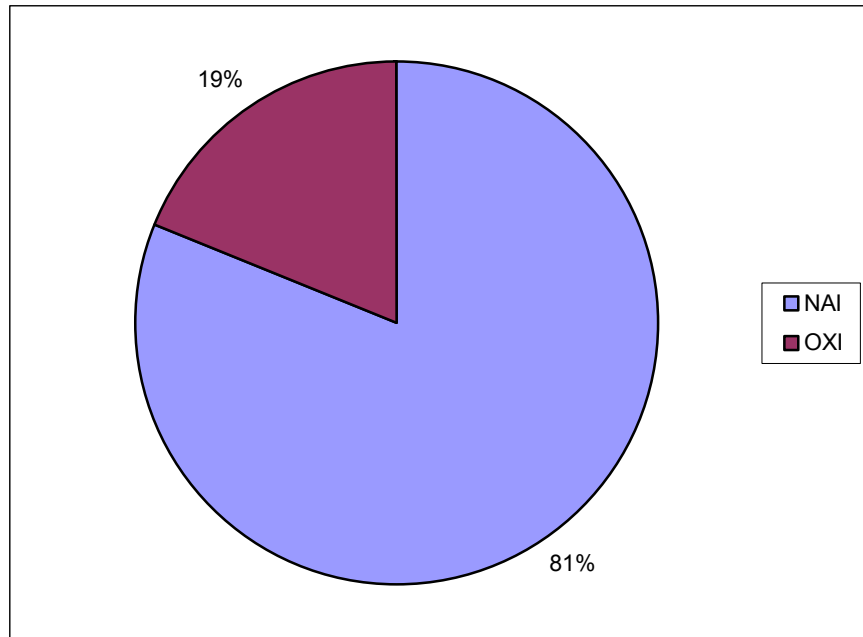


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 41,7% των περιπτώσεων διαταράσσεται ο ύπνος του, λόγω οξυγονοθεραπείας και πριν την εισαγωγή τους, ενώ το 62% των ασθενών ενοχλούνται κατά τη διάρκεια του ύπνου τους από τη λήψη οξυγόνου μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

7. ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΙΜΟΛΗΨΙΕΣ ΣΤΟΝ
ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ
ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΥΠΝΟΥ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>162</i> | <i>81 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>38</i> | <i>19 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ 0</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |

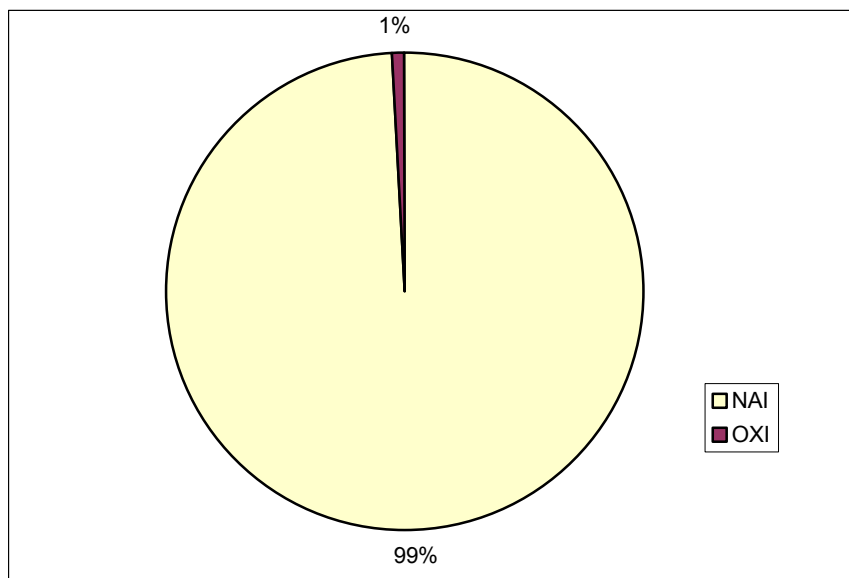


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 81% των περιπτώσεων γινόταν αιμοληψίες κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, ενώ στο 19% δεν γινόταν.

7α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΛΟΓΩ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΥΧΤΑΣ/
ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΩΙΝΕΣ ΩΡΕΣ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>161</i> | <i>99,3 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>1</i> | <i>0,7 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ 0</i> | <i>162</i> | <i>100 %</i> |



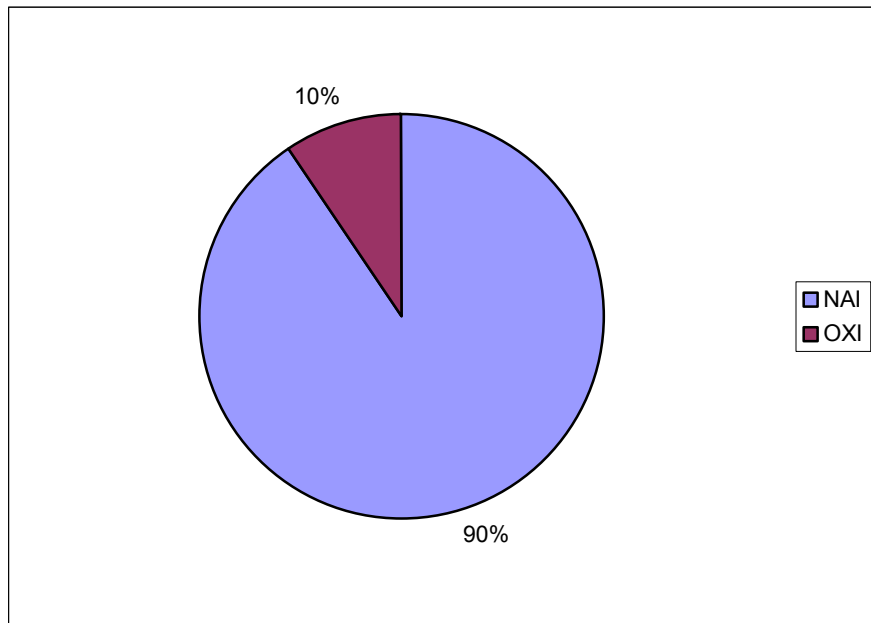
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το 81% των νοσηλευόμενων ασθενών όπου γινόταν αιμοληψίες κατά την διάρκεια του βραδινού ύπνου, το 99,3% διαταρασσόταν ο βραδινός τους ύπνος, ενώ το 0,7% δεν διαταράσσονταν.

8. ΓΙΝΕΤΑΙ ΛΗΨΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ
(ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ, ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ)
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΑΔΙΝΟΥ
ΥΠΝΟΥ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>181</i> | <i>90,5 %</i> |

| | | |
|---------------|------------|--------------|
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>19</i> | <i>9,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |
| <i>0</i> | | |

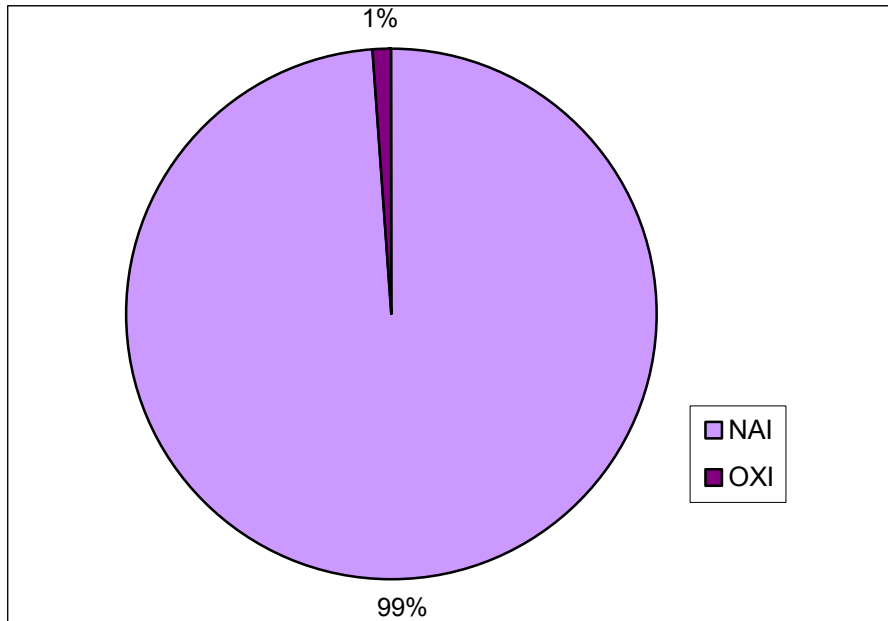


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 90,5 % γινόταν λήψη ζωτικών σημείων ενώ στο 9,5 % δεν γινόταν.

8α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΖΩΤΙΚΩΝ
ΣΗΜΕΙΩΝ (ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ –
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΟΥ ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΥΠΝΟΥ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|------------|-------------------|------------------------------|
| ΝΑΙ | 179 | 98,8 % |
| ΟΧΙ | 2 | 1,2 % |
| ΣΥΝΟΛ 0 | 181 | 100 % |

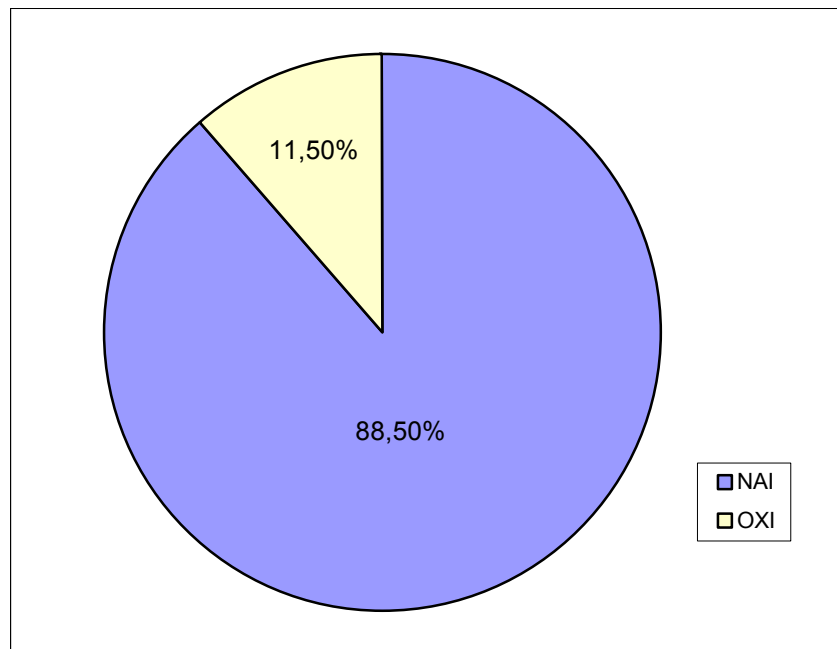


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το 90,5% των νοσηλευόμενων ασθενών όπου γινόταν λήψη ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, στο 98,8% διαταρασσόταν ο ύπνος τους, ενώ στο 1,2% δεν διαταρασσόταν.

**9. ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ
ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΥΠΝΟΥ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
(ΕΝΕΣΙΜΑ/ ΧΑΠΙΑ);**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>177</i> | <i>88,5 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>23</i> | <i>11,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ 0</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |



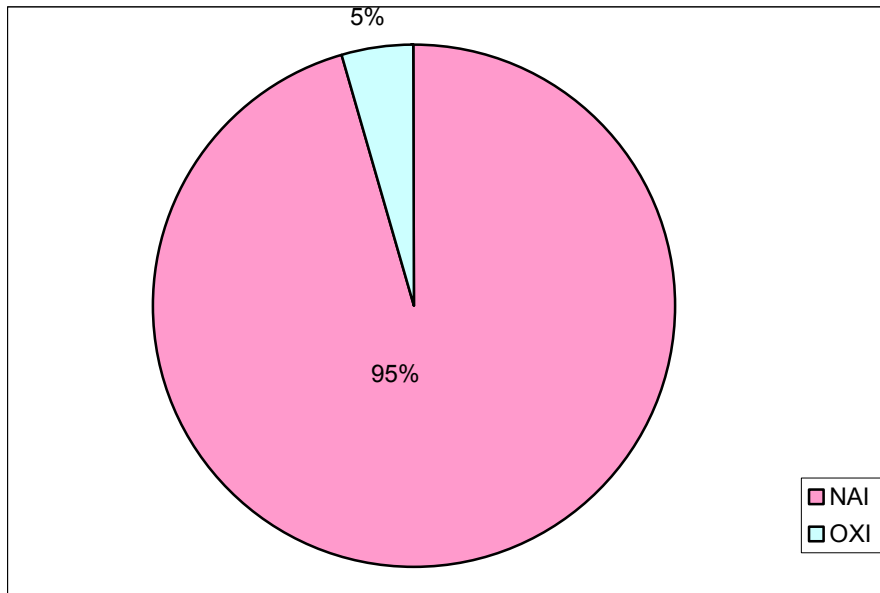
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 88,5% γινόταν χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, ενώ στο 11,5% δεν γινόταν.

9α. ΑΝ ΝΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΥΠΝΟΥ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----|-------------------|------------------------------|
| ΝΑΙ | 169 | 95,5 % |
| ΟΧΙ | 8 | 4,5 % |

| | | |
|--------|-----|-------|
| ΣΥΝΟΛΟ | 177 | 100 % |
|--------|-----|-------|

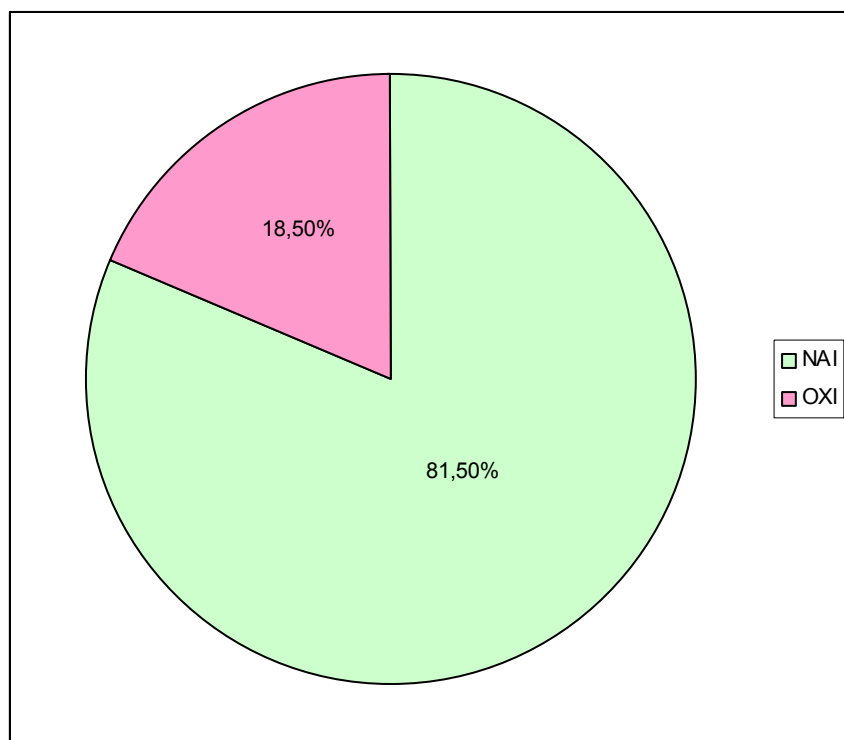


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το 88,5% των νοσηλευόμενων ασθενών όπου γινόταν χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, στο 95,5% διαταρασσόταν ο ύπνος τους, ενώ στο 4,5% δεν διαταρασσόταν.

**10. ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΜΕΣΑ
ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΤΟ ΒΡΑΔΥ;**

| | <i>ΝΑΙ</i> | <i>ΟΧΙ</i> | <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> |
|---|--------------------|--------------------|---------------|
| <i>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</i> | <i>84,6 %</i> | <i>15,4 %</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙ ΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</i> | <i>76,67 %</i> | <i>23,33 %</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</i> | <i>55 %</i> | <i>45 %</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</i> | <i>95 %</i> | <i>5 %</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</i> | <i>86 %</i> | <i>14 %</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΓΕΝΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ</i> | <i>81,5 %</i> | <i>18,5 %</i> | <i>100 %</i> |

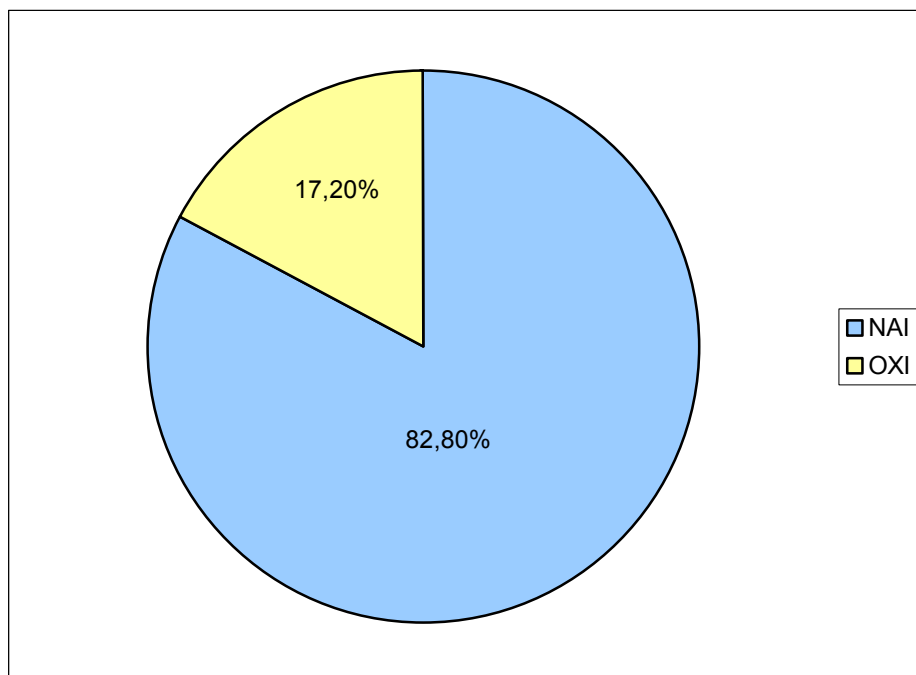


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν στο 81,5% παραμένουν επισκέπτες μέσα στο θάλαμο το βράδυ, ενώ στο 18,5% δεν παραμένουν. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην ογκολογική κλινική παραμένουν περισσότερο οι επισκέπτες (95%) ενώ στην αιματολογική κλινική παραμένουν λιγότερο (55 %).

**10α. ΑΝ ΝΑΙ Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΘΟΡΥΒΟ ΠΟΥ
ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΑΠΟ
ΤΟΥΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>134</i> | <i>82,8 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>28</i> | <i>17,2 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ Ο</i> | <i>162</i> | <i>100 %</i> |



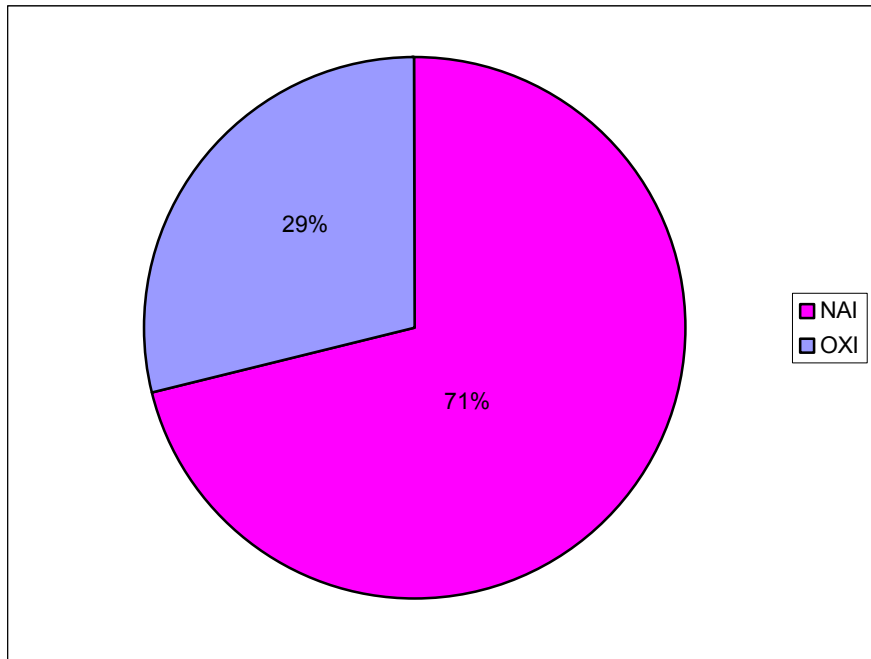
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

*Από το 81,5% όπου παραμένουν
επισκέπτες μέσα στο θάλαμο το
βράδυ, στο 82,8% διαταράσσεται ο
ύπνος ενώ στο 17,2% δεν
διαταράσσεται.*

**11. ΚΑΝΟΥΝ ΘΟΡΥΒΟ ΟΙ
ΣΥΝΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>142</i> | <i>71 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>58</i> | <i>29 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |

| | | |
|---|--|--|
| 0 | | |
|---|--|--|

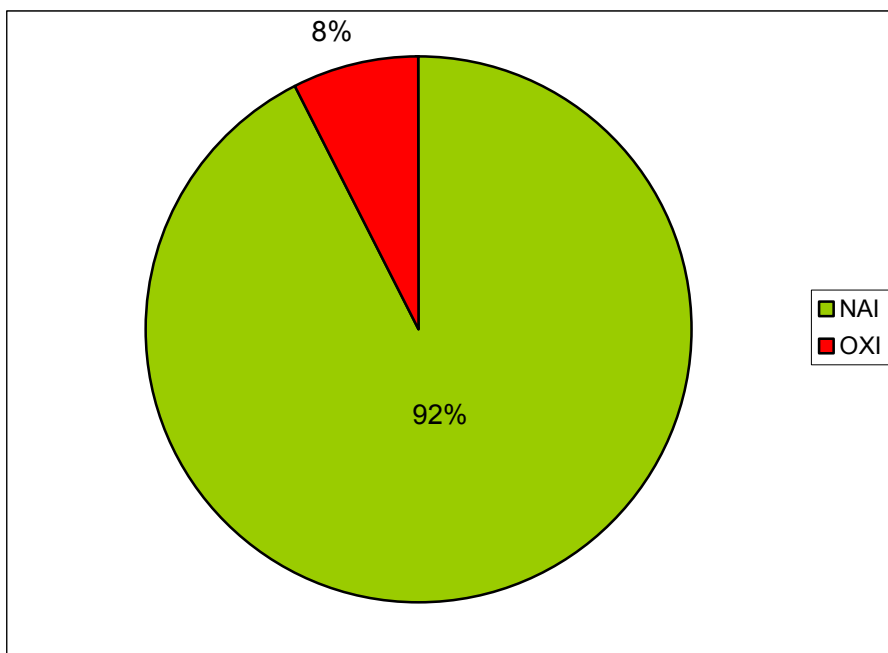


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν οι πλειοψηφία (71%) υποστηρίζει ότι κάνουν θόρυβο οι συννοσηλευόμενοι.

11α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΘΟΡΥΒΟ ΠΟΥ
ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΑΠΟ
ΣΥΝΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|------------|-------------------|------------------------------|
| ΝΑΙ | 132 | 92,5 % |
| ΟΧΙ | 10 | 7,5 % |
| ΣΥΝΟΛ 0 | 142 | 100 % |

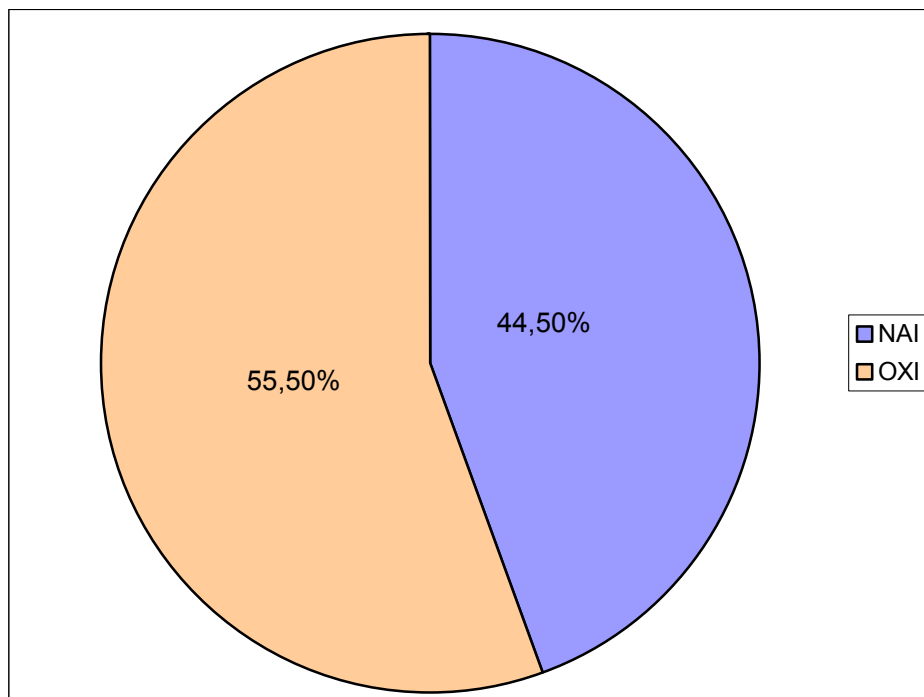


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν η πλειοψηφία (92,5%) υποστηρίζει ότι ο ύπνος τους διαταράσσεται από θόρυβο που γίνεται μέσα στο θάλαμο από συννοσηλευόμενους.

**12. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΑΜΜΕΝΑ ΦΩΤΑ ΜΕΣΑ
ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΝΥΧΤΑΣ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>89</i> | <i>44,5 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>111</i> | <i>55,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛ 0</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |



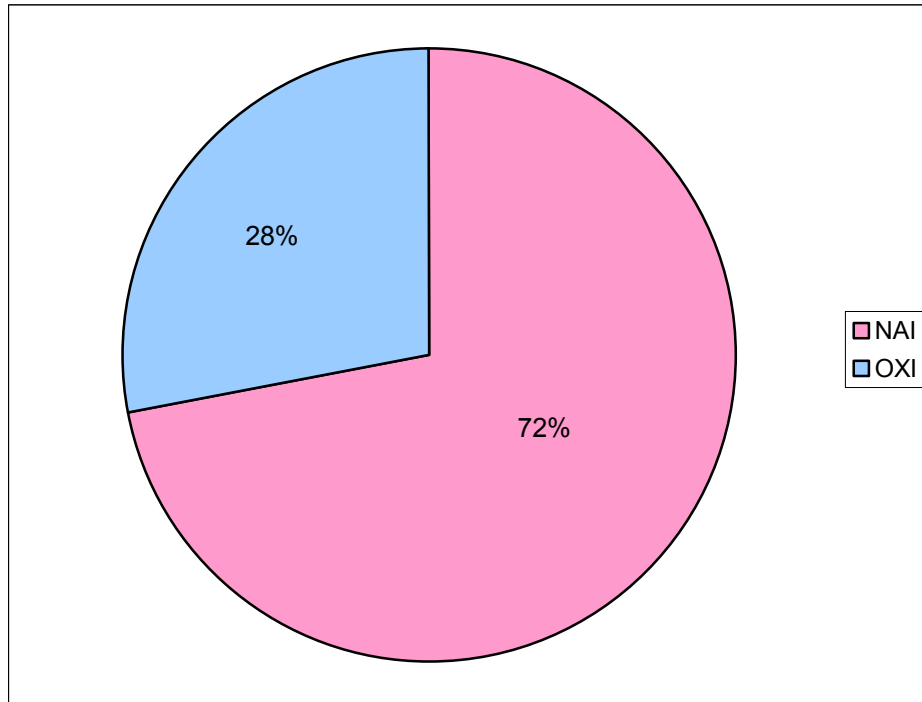
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν το 44,5% υποστηρίζει ότι υπάρχουν αναμμένα φώτα μέσα στο θάλαμο τη νύχτα.

12α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΑΜΜΕΝΑ ΦΩΤΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>64</i> | <i>72 %</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>25</i> | <i>28 %</i> |

| | | |
|-------------|----|-------|
| ΣΥΝΟΛΟ 0 | 89 | 100 % |
|-------------|----|-------|

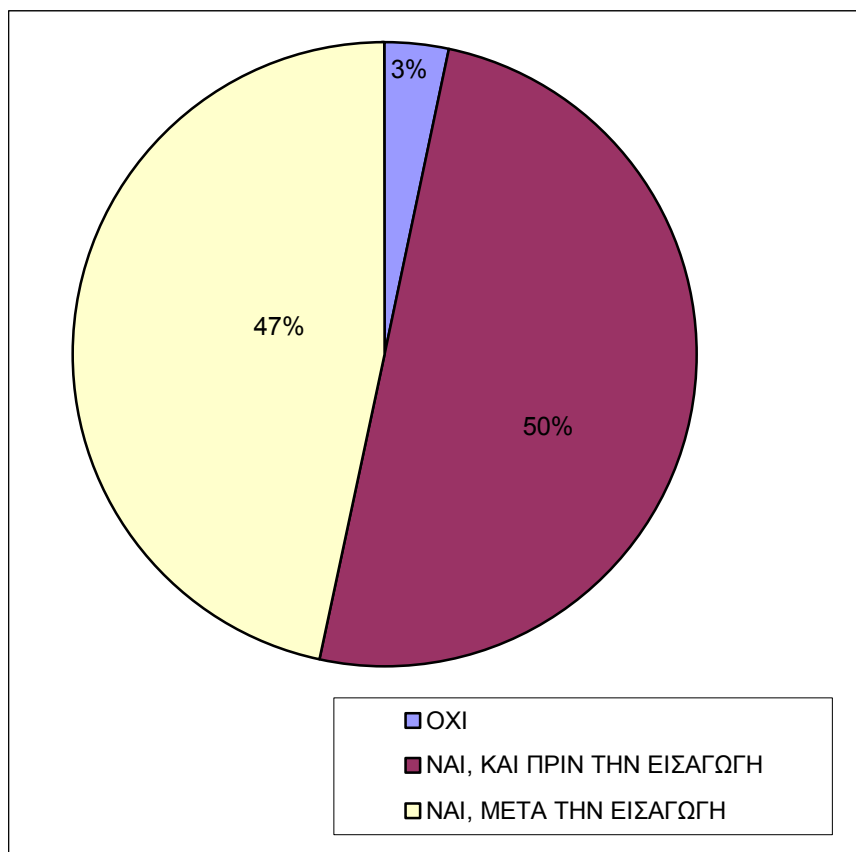


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν η πλειοψηφία (72%) υποστηρίζει ότι ο ύπνος της διαταράσσεται από τα αναμμένα φώτα μέσα στο διάδρομο.

13. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΑΓΧΟΣ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑ ΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|---------------------------------------|---------------------------|--|
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>53</i> | <i>2,5 %</i> |
| <i>ΝΑΙ, ΚΑΙ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>76</i> | <i>38 %</i> |
| <i>ΝΑΙ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>71</i> | <i>35,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |

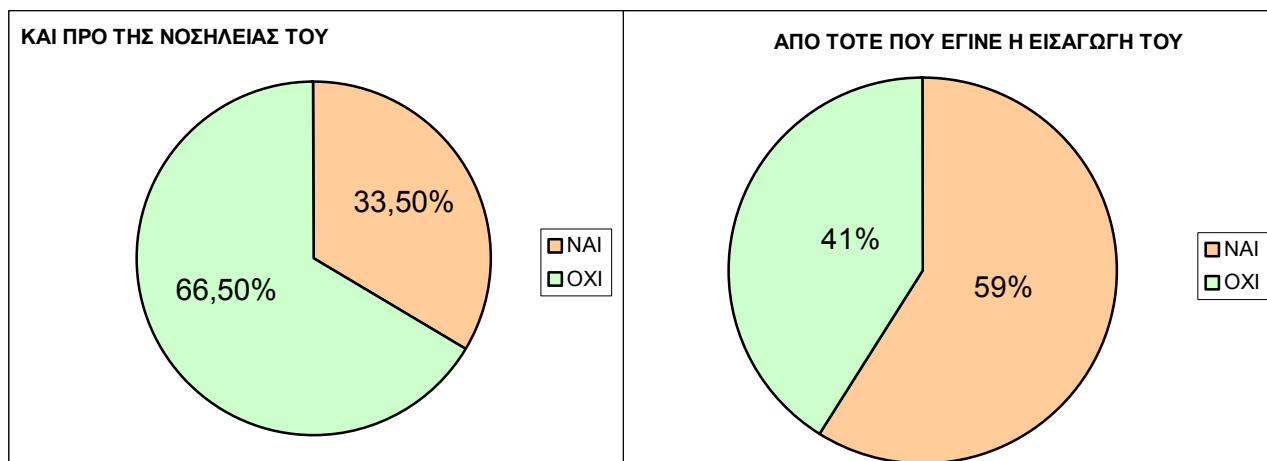


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 74% υποστηρίζει ότι έχει άγχος, από το οποίο το 35,5% έχει άγχος μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

13α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΓΧΟΣ;

| | | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙ ΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--|-----|-------------------|----------------------------------|
| ΚΑΙ ΠΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ | ΝΑΙ | 67 | 33,5 % |
| | ΟΧΙ | 133 | 66,5 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 200 | 100 % |
| ΑΠΟ ΤΟΤΕ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ | ΝΑΙ | 118 | 59 % |
| | ΟΧΙ | 82 | 41 % |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 200 | 100 % |

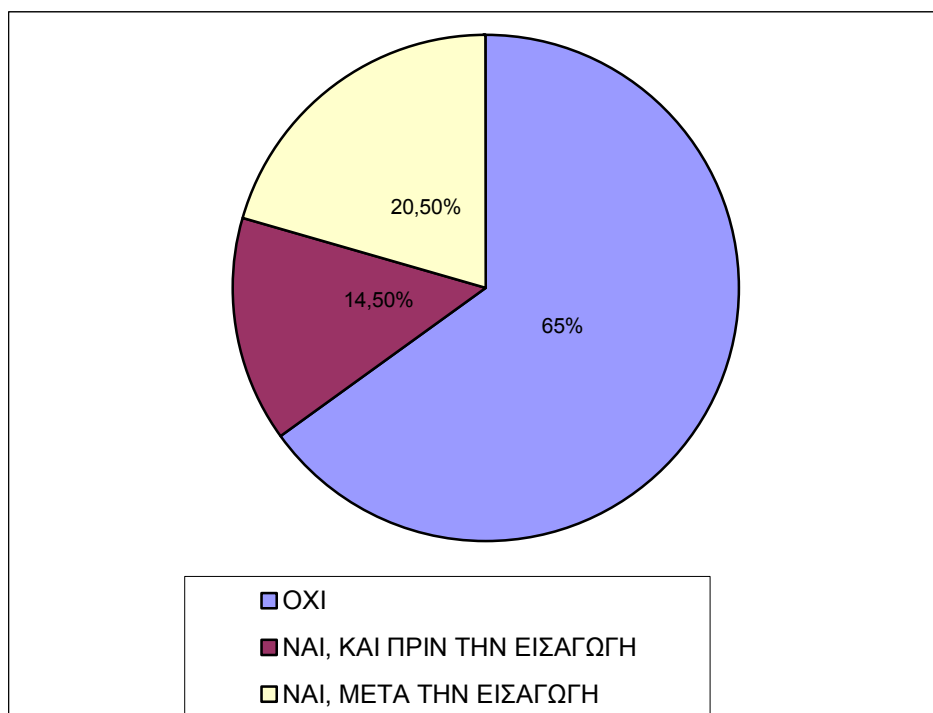


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 59% των περιπτώσεων το άγχος επηρεάζει τον ύπνο των ασθενών από τότε που έγινε η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

14. ΕΧΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΘΛΙΨΗΣ/ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑ ΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|---------------------------------------|---------------------------|--|
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>130</i> | <i>65 %</i> |
| <i>ΝΑΙ, ΚΑΙ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>29</i> | <i>14,5 %</i> |
| <i>ΝΑΙ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>41</i> | <i>20,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100 %</i> |



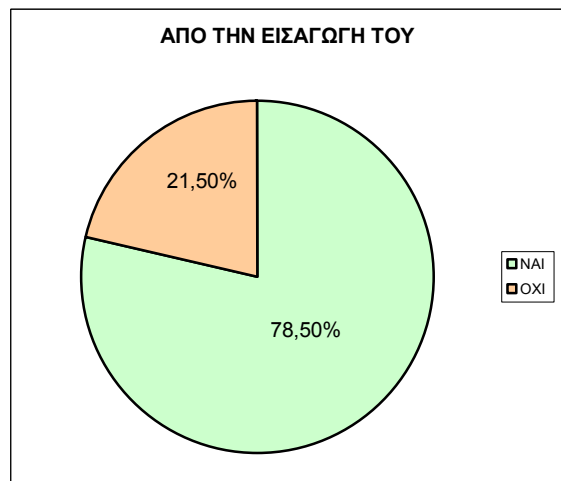
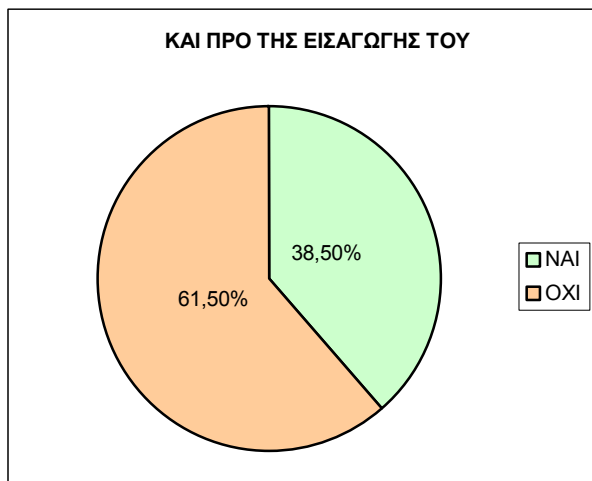
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 35% υποστηρίζει ότι έχει αίσθημα θλίψης/ μελαγχολίας, από το οποίο το 20,5% το απέκτησε μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

14α. ΑΝ ΝΑΙ, Ο ΥΠΝΟΣ ΕΧΕΙ
ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ
ΘΛΙΨΗΣ/ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ;

| | | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙ ΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------|-----|-------------------|----------------------------------|
| ΚΑΙ ΠΡΟ | ΝΑΙ | 27 | 38,5 % |

| | | | |
|-------------------------------------|------------|-----------|---------------|
| <i>ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ</i> | <i>ΟΧΙ</i> | <i>43</i> | <i>61,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | | <i>70</i> | <i>100 %</i> |
| <i>ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ</i> | <i>ΝΑΙ</i> | <i>55</i> | <i>78,5 %</i> |
| | <i>ΟΧΙ</i> | <i>15</i> | <i>21,5 %</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | | <i>70</i> | <i>100 %</i> |



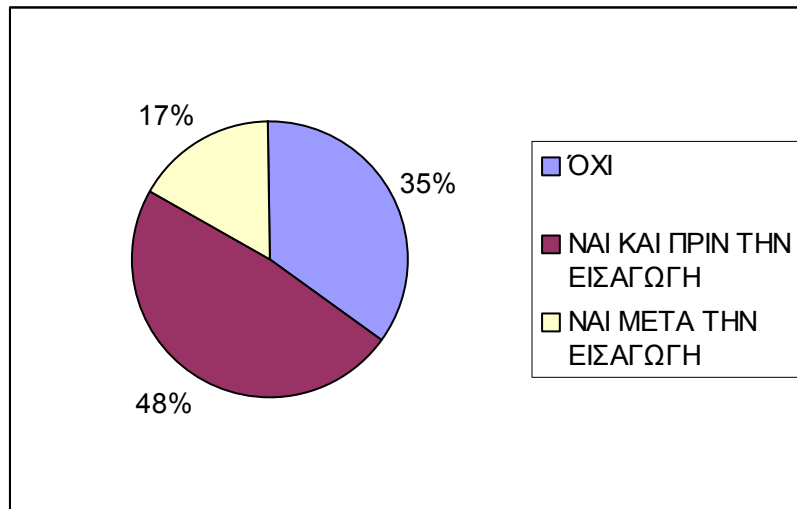
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 78,5% το αίσθημα θλίψης/ μελαγχολίας επηρεάζει τον

*Ύπνο τους από τότε που έγινε η
εισαγωγή στο νοσοκομείο.*

15. ΠΟΝΑΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>70</i> | <i>35%</i> |
| <i>ΝΑΙ ΚΑΙ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>96</i> | <i>47,5%</i> |
| <i>ΝΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> | <i>34</i> | <i>17,5%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

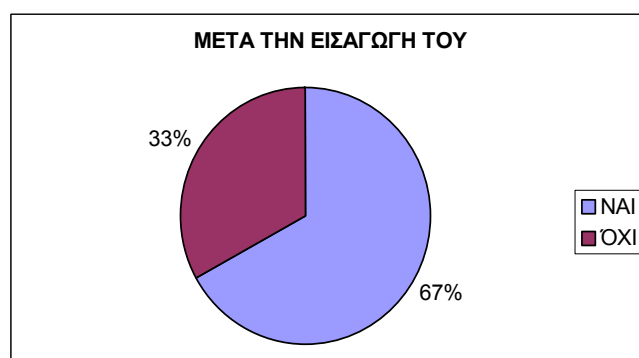
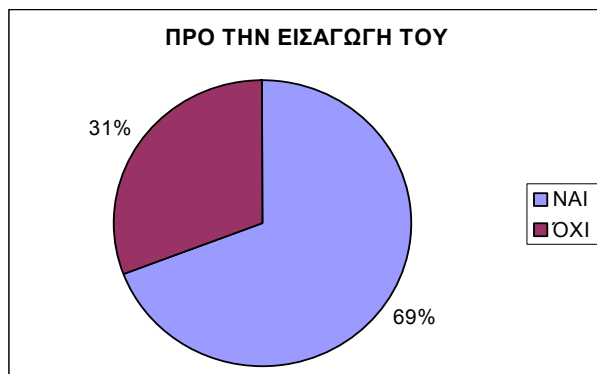


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 65% των περιπτώσεων πονάει εντός του νοσοκομείου.

15α. Ο ΥΠΝΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ
ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΝΙΩΘΕΙ;

| | | ΑΡΙΘΜΟ Σ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤ ΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-----------------------------|-----|-----------------------|----------------------------------|
| ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ | ΝΑΙ | 90 | 69,5% |
| | ΟΧΙ | 40 | 30,5% |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 130 | 100% |
| ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ | ΝΑΙ | 87 | 67% |
| | ΟΧΙ | 43 | 33% |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 130 | 100% |

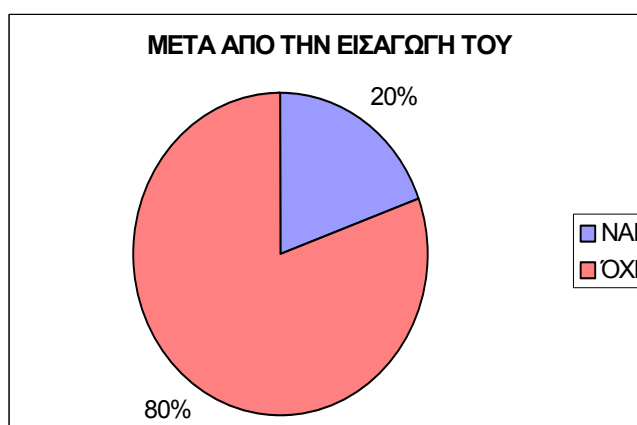
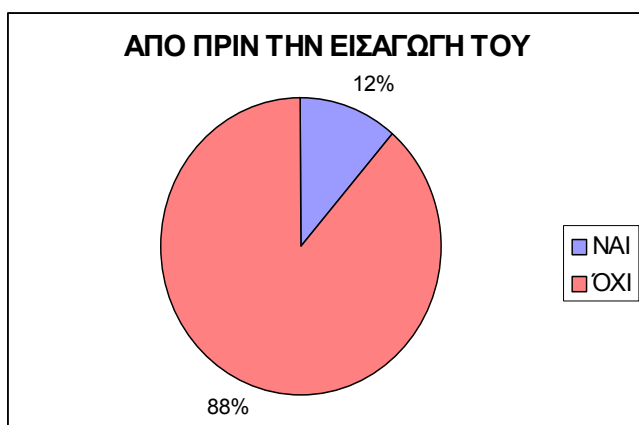


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, στο 67% των περιπτώσεων ο ύπνος διαταράσσεται από το αίσθημα του πόνου.

16. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΑΠΟ ΕΦΙΑΛΤΕΣ

| | | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΑΠΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ</i> | <i>ΝΑΙ</i> | <i>23</i> | <i>11,5%</i> |
| | <i>ΟΧΙ</i> | <i>177</i> | <i>88,5%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | | <i>200</i> | <i>100%</i> |
| <i>ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ</i> | <i>ΝΑΙ</i> | <i>39</i> | <i>19,5%</i> |
| | <i>ΟΧΙ</i> | <i>161</i> | <i>80,5%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | | <i>200</i> | <i>100%</i> |

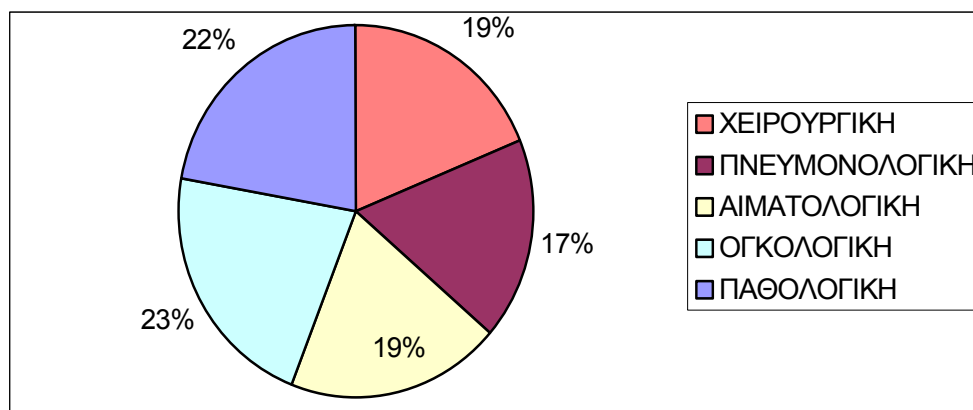


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, ένα μικρό ποσοστό 11,5% υποφέρει από εφιάλτες από πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και ένα μικρό ποσοστό 19,5% υποφέρει από εφιάλτες μετά την είσοδο του στο νοσοκομείο.

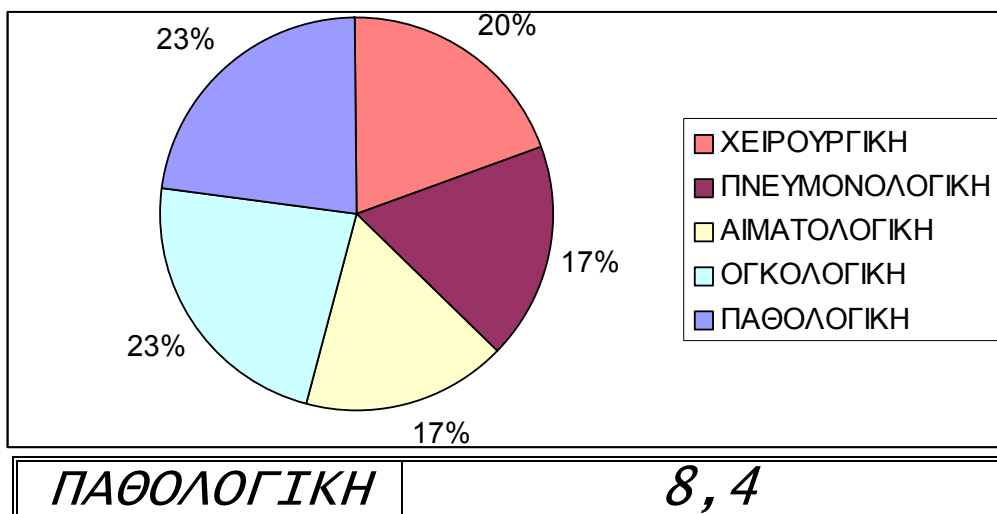
**17. ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΗΘΗΚΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ
ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΝΥΧΤΑ;**

| | ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΩΡΩΝ ΥΠΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ |
|--------------------|----------------------------------|
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 4,6 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓ ΙΚΗ | 4,2 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚ Η | 4,7 |
| ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ | 5,3 |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 5,4 |



**18. ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΑΤΑΙ Ο
ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ;**

| | ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΩΡΩΝ ΥΠΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ |
|--------------------|----------------------------------|
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 7,2 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓ ΙΚΗ | 6,3 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚ Η | 6,1 |
| ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ | 8,3 |

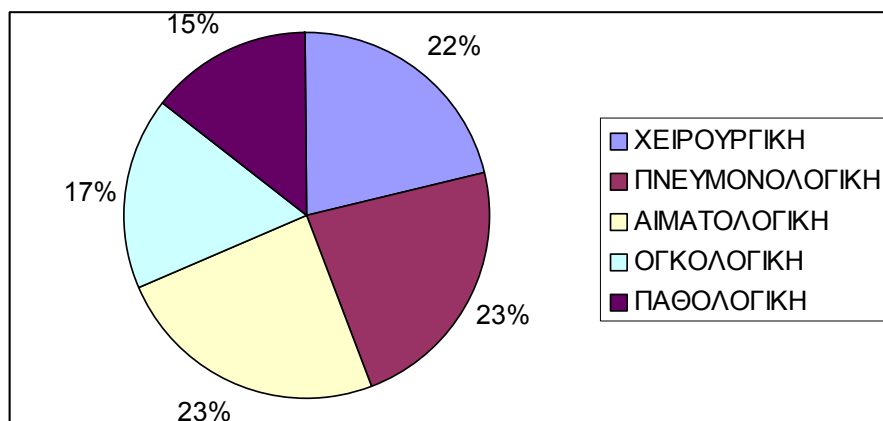


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν κοιμήθηκαν περίπου 4,8 ώρες το προηγούμενο βράδυ, μέσος όρος πολύ χαμηλός σε σύγκριση με τις ώρες ύπνου των ασθενών στο σπίτι τους που είναι περίπου 7,3.

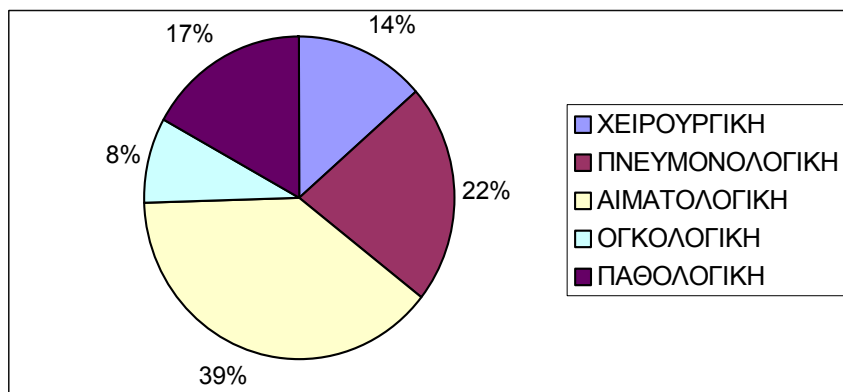
19. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΞΥΠΝΗΣΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΝΥΧΤΑ.

| | <i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΩΡΩΝ ΥΠΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</i> |
|----------------------------|--|
| <i>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i> | <i>3,4</i> |
| <i>ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓ ΙΚΗ</i> | <i>3,6</i> |
| <i>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚ Η</i> | <i>3,8</i> |
| <i>ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ</i> | <i>2,7</i> |
| <i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ</i> | <i>2,3</i> |



20. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΞΥΠΝΑΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΤΗ ΝΥΧΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ;

| | <i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΩΡΩΝ ΥΠΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</i> |
|----------------------------|--|
| <i>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</i> | <i>0,8</i> |
| <i>ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓ ΙΚΗ</i> | <i>1,3</i> |
| <i>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚ Η</i> | <i>2,3</i> |
| <i>ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ</i> | <i>0,5</i> |
| <i>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ</i> | <i>1</i> |

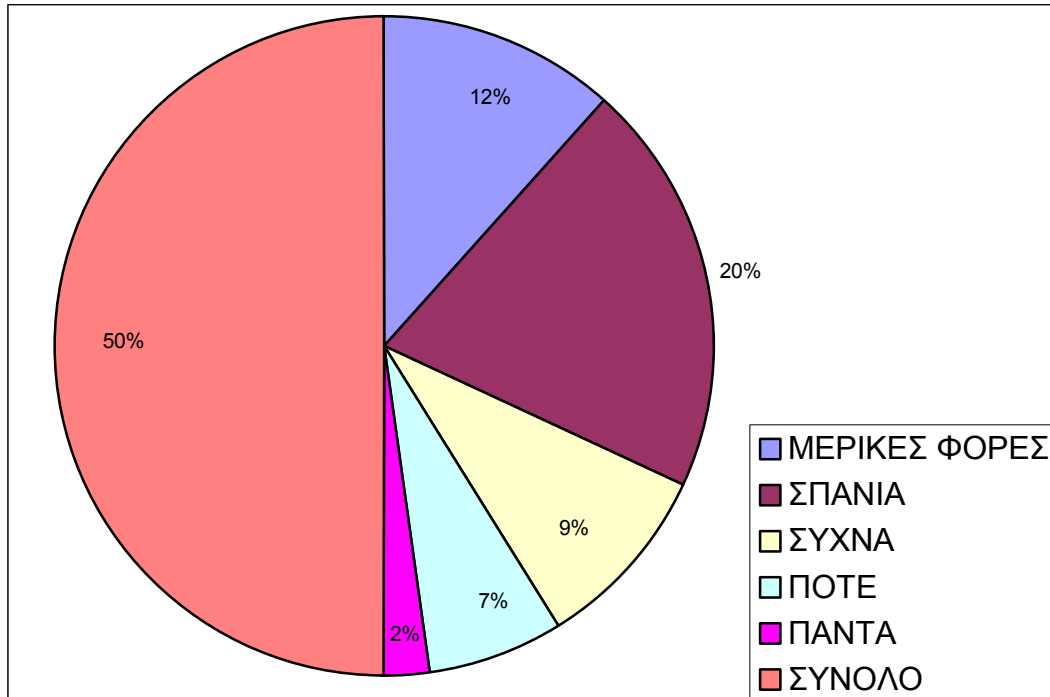


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Από τα παραπάνω οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, ξυπνούν περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια του ύπνου όταν βρίσκονται μέσα στο νοσοκομείο.

21. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΚΟΙΜΗΘΗΚΕ ΑΡΚΕΤΑ (ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ) ΣΠΙΤΙ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|------------------|-------------------|------------------------------|
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 47 | 23,5% |
| ΣΠΑΝΙΑ | 81 | 40,5% |
| ΣΥΧΝΑ | 36 | 18% |

| | | |
|---------------|------------|--------------|
| <i>ΠΟΤΕ</i> | <i>27</i> | <i>13,5%</i> |
| <i>ΠΑΝΤΑ</i> | <i>9</i> | <i>4,5%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

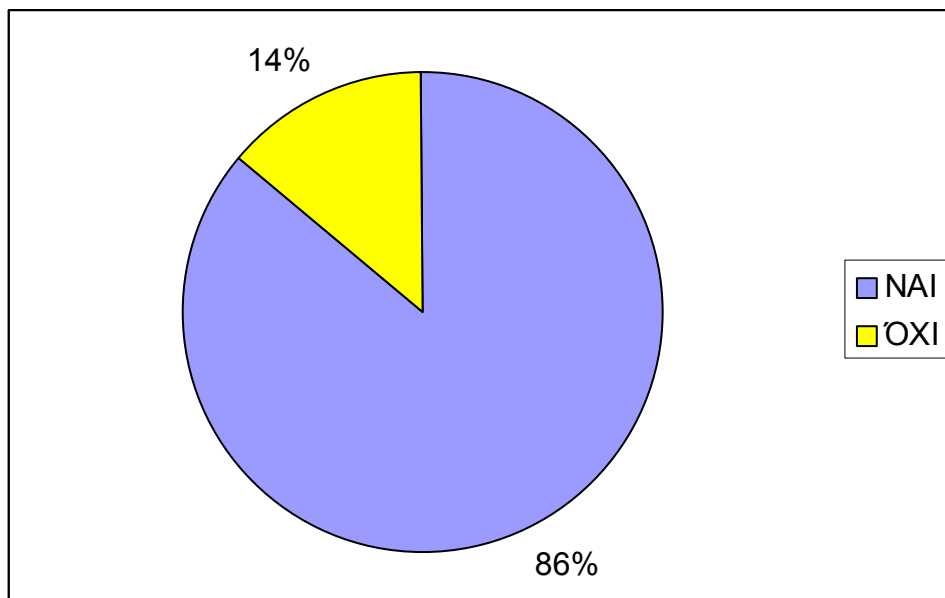


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, ένα μικρό ποσοστό 22% αισθάνεται ότι δεν κοιμήθηκε αρκετά, κατά την αφύπνισή του όταν βρίσκεται σπίτι του.

22. ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΒΡΑΔΥ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ
ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΕ ΟΤΙ ΔΕΝ ΚΟΙΜΗΘΗΚΕ
ΑΡΚΕΤΑ (ΞΥΠΝΗΣΕ ΣΗΜΕΡΑ
ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ;)

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|---------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>172</i> | <i>8%</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>28</i> | <i>19%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

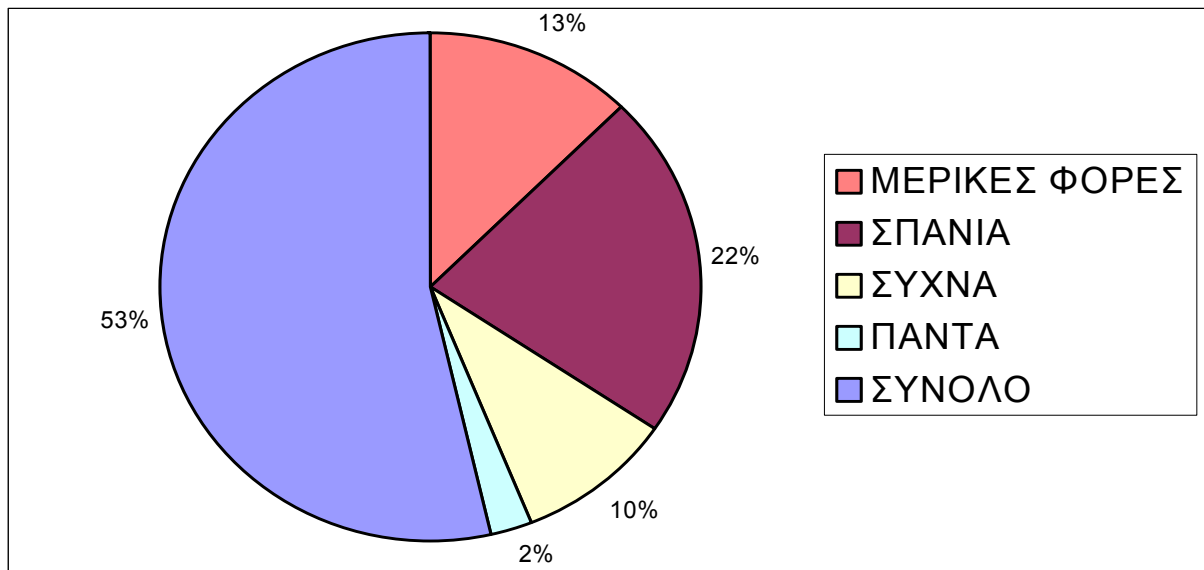


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, η μεγάλη πλειοψηφία 86% αισθάνθηκε ότι δεν κοιμήθηκε αρκετά την προηγούμενη νύχτα στο νοσοκομείο.

**23. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ Ο
ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΝΗΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ;**

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ</i> | <i>43</i> | <i>21,5%</i> |
| <i>ΣΠΑΝΙΑ</i> | <i>92</i> | <i>46%</i> |
| <i>ΣΥΧΝΑ</i> | <i>24</i> | <i>12%</i> |
| <i>ΠΑΝΤΑ</i> | <i>41</i> | <i>20,5%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

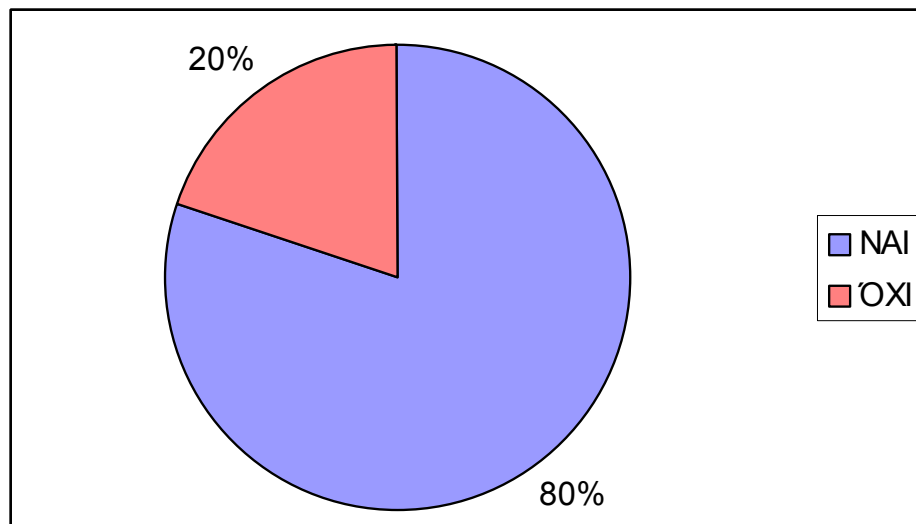


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 32% των περιπτώσεων αισθάνεται ότι έχει υπνηλία, όταν είναι σπίτι του κατά τη διάρκεια της ημέρας.

24. ΣΗΜΕΡΑ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ
ΥΠΝΗΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΗΜΕΡΑΣ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|---------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΝΑΙ</i> | <i>160</i> | <i>80%</i> |
| <i>ΟΧΙ</i> | <i>40</i> | <i>20%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

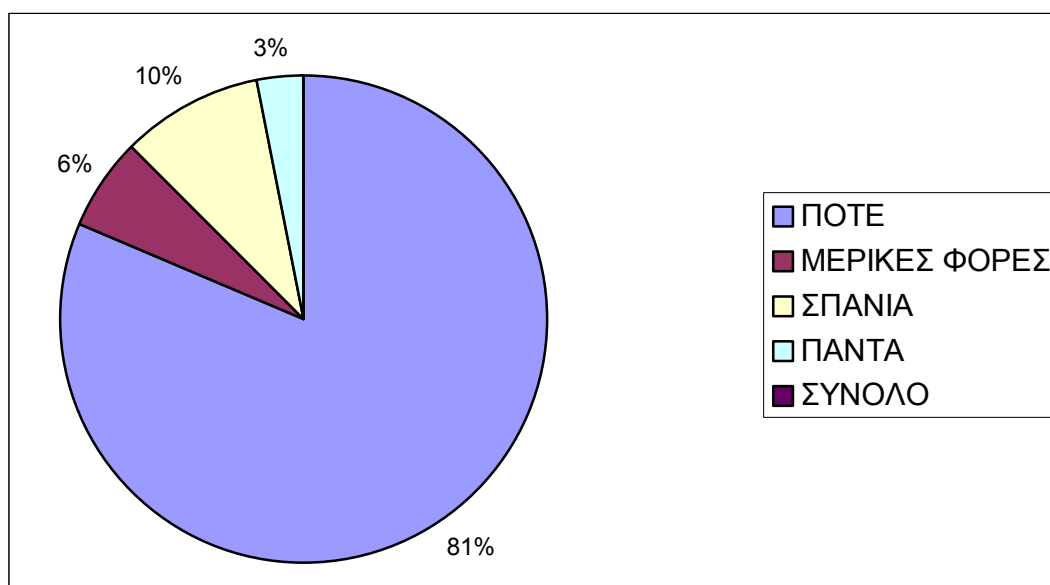


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

*Από το σύνολο των ασθενών που
ερωτήθηκαν, η πλειοψηφία 80%
αισθάνθηκε υπνηλία κατά τη
διάρκεια της ημέρας κατά το
διάστημα νοσηλείας στο νοσοκομείο.*

25. ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ Ο
ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΚΑΝΕ ΧΡΗΣΗ ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ /
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ;

| | <i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</i> | <i>ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ</i> |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <i>ΠΟΤΕ</i> | <i>163</i> | <i>81,5%</i> |
| <i>ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ</i> | <i>12</i> | <i>6%</i> |
| <i>ΣΠΑΝΙΑ</i> | <i>19</i> | <i>9,5%</i> |
| <i>ΠΑΝΤΑ</i> | <i>6</i> | <i>3%</i> |
| <i>ΣΥΝΟΛΟ</i> | <i>200</i> | <i>100%</i> |

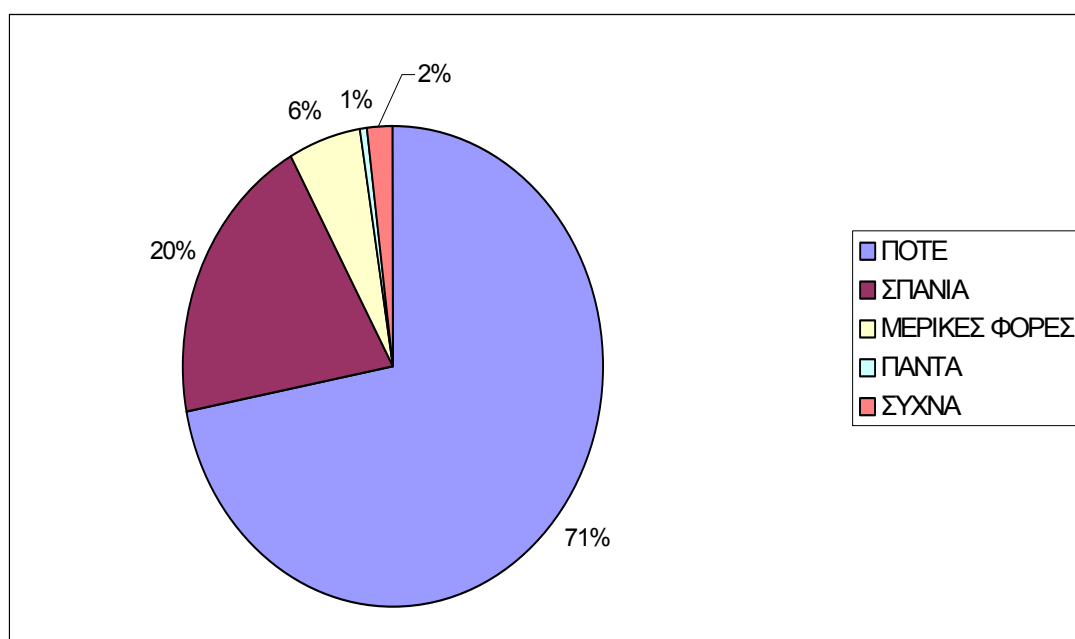


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

*Από το σύνολο των ασθενών που
ερωτήθηκαν, το 9% έκαναν χρήση
υπνωτικών / αγχολυτικών
σκευασμάτων.*

**26. ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΤΟΥ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ
ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ / ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ
ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ;**

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------|----------------|---------------------------|
| ΠΟΤΕ | 144 | 72% |
| ΣΠΑΝΙΑ | 40 | 20% |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 11 | 5,5% |
| ΠΑΝΤΑ | 1 | 0,5% |
| ΣΥΧΝΑ | 4 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 200 | 100% |

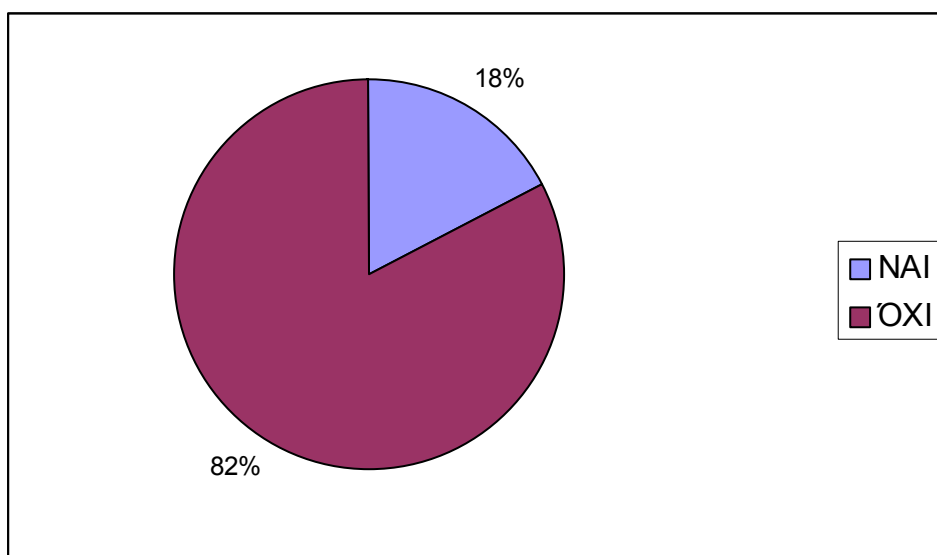


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, μόνο το 8% των περιπτώσεων έκανε χρήση υπνωτικών / αγχολυτικών σκευασμάτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

**27. ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΒΡΑΔΥ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΚΑΝΕ ΧΡΗΣΗ
ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ / ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ;**

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--------|----------------|------------------------|
| ΝΑΙ | 35 | 17,5 |
| ΟΧΙ | 165 | 82,5% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 200 | 100% |

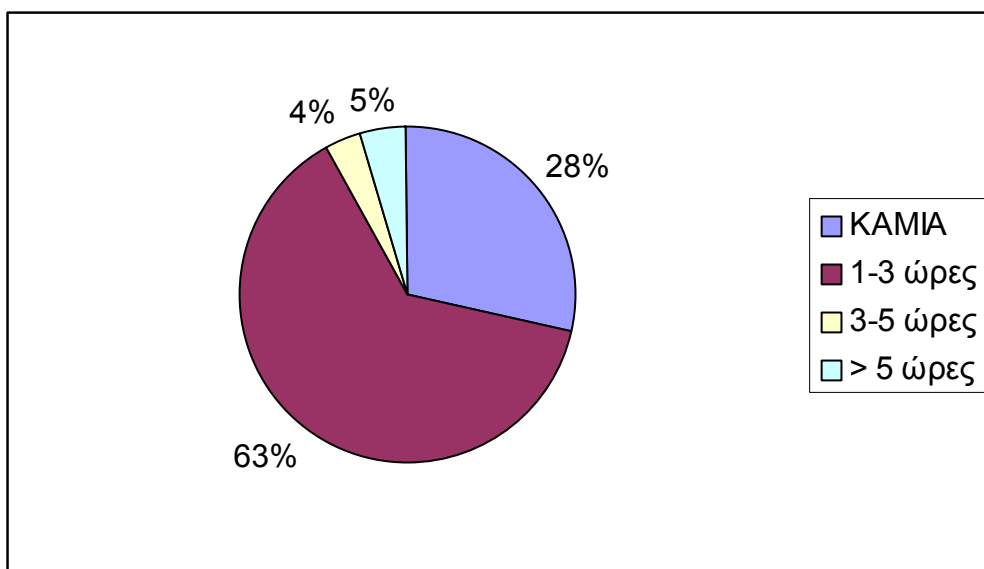


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 17,5% υποστηρίζει ότι έκανε το προηγούμενο βράδυ χρήση υπνωτικών / αγχολυτικών σκευασμάτων.

28. ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΑΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|----------------|------------------------|
| ΚΑΜΙΑ | 57 | 29% |
| 1-3 ώρες | 127 | 64% |
| 3-5 ώρες | 7 | 3% |
| >5 ώρες | 9 | 4% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 200 | 100% |

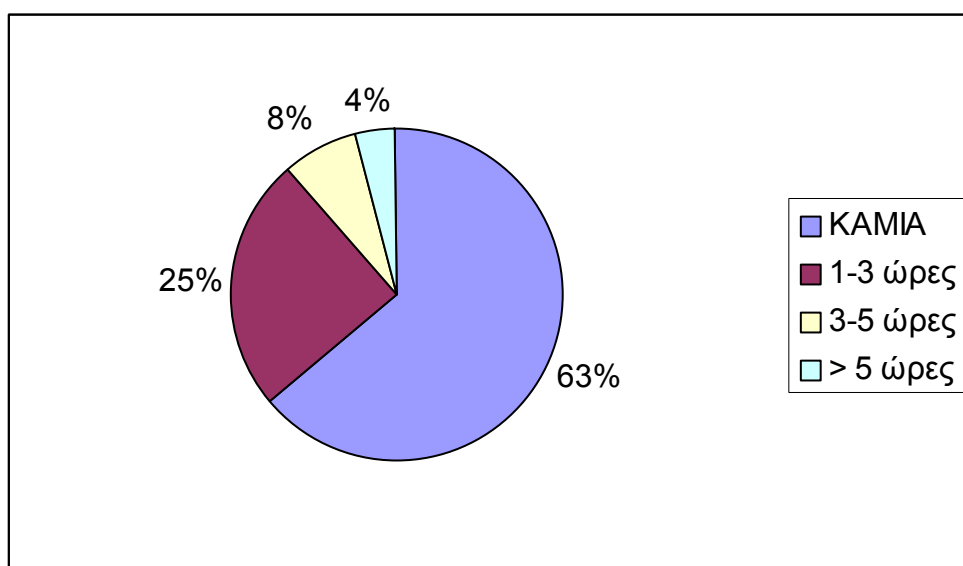


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν, το 64% κοιμάται από 1-3 ώρες περισσότερο κατά τη διάρκεια της ημέρας, όταν είναι στο σπίτι του.

29. ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΗΘΗΚΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΧΤΕΣΙΝΗΣ ΜΕΡΑΣ;

| | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ | ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|----------------|------------------------|
| ΚΑΜΙΑ | 127 | 63,5% |
| 1-3 ώρες | 50 | 25,5% |
| 3-5 ώρες | 15 | 7,5% |
| >5 ώρες | 8 | 3,5% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 200 | 100% |



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

Από το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν το 63,5 δεν κοιμήθηκε κατά την διάρκεια της χτεσινής ημέρας καμία ώρα, ενώ μόνο το 7,5% κοιμήθηκε περισσότερο από 1-3 ώρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στην προσπάθεια εκπόνησης του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, τέθηκαν ερωτήματα σε 200 νοσηλεύομενους ασθενείς του ιδρύματος ΠΕΠΑΓΝΗ του νομού Ηρακλείου.

Για την συμπλήρωση των εντύπων ήρθαμε σε προσωπική επαφή με 200 ασθενείς από τους οποίους οι 103 ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 63,2 χρόνια και 97 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 57,3 χρόνια.

Παρακάτω σας παραθέτουμε τα αποτελέσματα των 29 ερωτήσεων που καλέστηκαν να απαντήσουν. Οι 200 νοσηλεύομενοι ασθενείς από τους οποίους οι 30 βρισκόντουσαν στην Πνευμονολογική Κλινική, 20 στην Αιματολογική Κλινική, οι 50 στην Α΄ Παθολογική, οι 80 στην Γενική Χειρουργική και τέλος οι 20 στην Χειρουργική Ογκολογική Κλινική.

Στην ερώτηση σχετικά με το χρόνο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, βρέθηκε ότι ο γενικός μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν 6,24 ημέρες. Πιο συγκεκριμένα στην Γενική Χειρουργική ο μέσος όρος Νοσηλείας ήταν 6,7 ημέρες, στην Πνευμονολογική Κλινική ήταν 5,4 ημέρες, στην Αιματολογική Κλινική ήταν 6,1 ημέρες, στην Χειρουργική Ογκολογική ήταν 7 ημέρες και τέλος στην Α΄ Παθολογική Κλινική ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν 5,7 ημέρες.

Επιπλέον στην ερώτηση αν πάσχουν από χρόνιο αναπνευστικό πρόβλημα ή αν είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, τα αποτελέσματα είναι 27% και 14% αντίστοιχα.

Ακόμα, στην ερώτηση πόσοι ασθενείς νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο, τα συμπεράσματα είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 42,2% νοσηλεύεται σε τρίκλινο δωμάτιο, ενώ ακολουθούν με ποσοστό 20,5% οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε εξάκλινο θάλαμο.

Επίσης σε ερώτημα αν ο ασθενής λαμβάνει οξυγονοθεραπεία το 39,5% απάντησε καταφατικά, ενώ το 60,5% δεν λαμβάνει οξυγόνο.

Το 39,5% των ασθενών που έπαιρναν οξυγόνο, σε ερώτηση αν διαταράσσεται ο ύπνος τους εξαιτίας της οξυγονοθεραπείας το 41,7% των περιπτώσεων απάντησαν ότι ο ύπνος τους διαταρασσόταν και πριν την

εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ενώ το 62% των ασθενών ενοχλούνται μετά την εισαγωγή τους.

Παράλληλα σε ερώτηση αν γίνονται αιμοληψίες στους ασθενείς στις βραδιές ή στις πρώτες πρωινές ώρες το 81% απάντησε ναι, ενώ μόνο στο 19% δεν γίνονταν αιμοληψίες. Στο ποσοστό των ασθενών που γινόταν φλεβοκεντήσεις, τέθηκε το ερώτημα αν ο ύπνος τους διαταράσσεται από τη λήψη αίματος και τα αποτελέσματα ήταν στο 99,3% οι ασθενείς ενοχλούνταν ενώ μόνο στο 0,7% δεν είχε πρόβλημα.

Στη συνέχεια τέθηκε στους ασθενείς το ερώτημα αν τους γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου και στο 90,5% των περιπτώσεων γινόταν, ενώ στο 9,5% δεν χρειαζόταν. Ακολούθως στους ασθενείς όπου γινόταν μέτρηση ζωτικών σημείων τέθηκε το ερώτημα αν διαταρασσόταν ο ύπνος του και το 98,8% απάντησε ναι, ενώ μόνο το 1,2% το αρνήθηκε.

Στα ερωτήματα που τέθηκαν στους ασθενείς σχετικά αν γίνεται κατά την διάρκεια του βραδινού ύπνου χορήγηση φαρμάκων και κατά πόσο διαταράσσεται ο ύπνος τους απ' αυτό, στο 88,5% γινόταν χορήγηση φαρμάκων και στο 11,5% όχι και από το 88,5% των νοσηλευόμενων ασθενών το 95,5% διακόπτεται ο ύπνος τους από τη βραδινή νοσηλεία ενώ μόνο το 4,5% δεν τους ενοχλούσε.

Επιπλέον, σε ερώτηση στους ασθενείς αν παραμένουν επισκέπτες μέσα στο θάλαμο το βράδυ το 81,5% ανταποκρίθηκε θετικά ενώ το 18,5% απάντησε όχι. Από το 81,5% των περιπτώσεων όπου παραμένουν επισκέπτες μέσα στο θάλαμο, το 82,8% σε ερώτηση μας αν διαταράσσεται ο ύπνος τους από τους συνοδούς απάντησε ναι ενώ το 17,2% δεν ενοχλείται.

Στη συνέχεια, ρωτήθηκαν οι ασθενείς αν κάνουν θόρυβο το βράδυ οι συννοσηλευόμενοι τους και κατά πόσο ενοχλούνται στον ύπνο τους απ' αυτό. Η πλειοψηφία 71% υποστήριξε ότι κάνουν θόρυβο και το 29% ότι υπάρχει θόρυβος, αλλά δεν ενοχλείται, από το 71% των περιπτώσεων το 92,5% αναφέρει ότι διαταράσσεται ο ύπνος τους από το θόρυβο, ενώ το 7,5% δεν κάνει παράπονα.

Παράλληλα, σε ερωτήματα αν υπάρχουν αναμμένα φώτα μέσα στο θάλαμο κατά τη διάρκεια της νύχτας και κατά πόσο διαταράσσεται ο ύπνος των ασθενών απ' αυτό, το 44,5% υποστήριξε πως υπάρχουν αναμμένα φώτα

και απ' αυτό το ποσοστό ενοχλούνται σχετικά με τον ύπνό τους το 72%, ενώ το 55,5% ανέφερε την ύπαρξη των αναμμένων φώτων, αλλά ότι δεν διαταράσσεται ο ύπνος τους απ' αυτά.

Ακόμα σε ερωτήματα, αν ο ασθενής έχει άγχος πριν και μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και αν το άγχος έχει επηρεάσει τον ύπνο του, το 38% είχε άγχος και πριν την εισαγωγή του, ενώ το 35,5 είχε και μετά την εισαγωγή του. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ο ύπνος του ασθενούς διαταρασσόταν και πριν της νοσηλείας του σε ποσοστό 33,5% ενώ σε ποσοστό 59% διαταρασσόταν από τότε που έγινε η εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Επιπλέον σε ερώτημα που τέθηκε στους ασθενείς αν διακατέχονται από αίσθημα θλίψης – μελαγχολίας πριν και μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο τα ποσοστά είναι 14,5% και 20,5% αντίστοιχα. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το 38,5% διαταρασσόταν ο ύπνος τους λόγω του αισθήματος θλίψης – μελαγχολίας πριν την εισαγωγή τους ενώ στο 78,5% των περιπτώσεων το αίσθημα θλίψης – μελαγχολίας επηρεάζει τον ύπνο τους από τότε που έγινε η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Στη συνέχεια σε ερώτημα αν πονάει ο ασθενής το 65% των περιπτώσεων πονούσε και πριν και μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και από αυτό το ποσοστό το 67% αναφέρει ότι ο ύπνος τους παρουσιάζει διαταραχές από το αίσθημα του πόνου.

Επίσης διαπιστώθηκε, μετά από ερώτημα στους ασθενείς αν υποφέρουν από εφιάλτες, ότι το 11,5% υπέφερε από εφιάλτες και πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ενώ το 19,5% υποφέρει από εφιάλτες μετά την εισαγωγή του.

Ακόμα, σε ερώτημα που τέθηκε στους ασθενείς πόσες ώρες κοιμούνται το βράδυ στο σπίτι τους και πόσες ώρες κοιμήθηκαν την προηγούμενη νύκτα, το σύνολο των ασθενών απάντησε ότι ο μέσος όρος ύπνου στο σπίτι τους είναι περίπου 7,3 ώρες ενώ εντός του νοσοκομείου ήταν 4,8 ώρες.

Επιπλέον, μετά από ερώτημα στους ασθενείς να αναφέρουν πόσες φορές ξυπνούν τη νύκτα στο σπίτι τους και πόσες φορές ξύπνησαν την προηγούμενη νύκτα εκτός του νοσοκομείου, το αποτέλεσμα ήταν ότι εντός νοσοκομείου την προηγούμενη νύκτα ξύπνησαν, περίπου 3,17% φορές ενώ στο σπίτι τους ξυπνούν, 1,05 φορές.

Παράλληλα, σε ερώτημα κατά πόσο αισθάνονται ότι δεν κοιμούνται αρκετά τόσο στο σπίτι τους όσο και το προηγούμενο βράδυ στο νοσοκομείο το 22% αισθάνεται ότι δεν κοιμάται αρκετά όταν βρίσκεται σπίτι του και το 86% ότι δεν κοιμήθηκε αρκετά την προηγούμενη νύκτα στο νοσοκομείο.

Στη συνέχεια, σε ερώτηση που τέθηκε στους ασθενείς αν αισθάνονται υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας εντός του νοσοκομείου και αν έχουν το ίδιο αίσθημα και στο σπίτι τους, το 80% ανταποκρίθηκε πως αισθάνονται υπνηλία μέσα στο νοσοκομείο, ενώ μόνο το 32% αισθάνεται υπνηλία όταν βρίσκεται σπίτι του.

Επίσης, τέθηκε το ερώτημα στους νοσηλευόμενους ασθενείς αν πριν από την εισαγωγή τους έκαναν χρήση υπνωτικών – αγχολυτικών σκευασμάτων ή αν έκαναν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και τα αποτελέσματα ήταν ότι το 9% των ερωτηθέντων ασθενών έκαναν χρήση πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ενώ το 8% έκανε χρήση τέτοιων σκευασμάτων και κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

Επιπλέον, ρωτήθηκαν οι ασθενείς αν το προηγούμενο βράδυ (από την υποβολή της ερώτησης μας) είχαν κάνει χρήση υπνωτικών – αγχολυτικών σκευασμάτων και από τους 200 ερωτηθέντες, το 17,5% απάντησε ότι χρησιμοποίησε υπνωτικό – αγχολυτικό σκεύασμα.

Τέλος, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς κλήθηκαν να μας απαντήσουν στο ερώτημα πόσες ώρες κοιμούνται κατά την διάρκεια της ημέρας στο σπίτι τους και πόσες στο νοσοκομείο και το αποτέλεσμα είναι ότι το 64% κοιμάται από 1 έως 3 ώρες στο σπίτι του ενώ το 63,5% δεν κοιμήθηκε καμία ώρα κατά την διάρκεια της χτεσινής ημέρας εντός του νοσοκομείου.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Με βάση τα στοιχεία που συλλέξαμε από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων παρατηρήσαμε ότι οι βασικοί παράμετροι της εμφάνισης των διαταραχών του ύπνου στους νοσηλευόμενους ασθενείς του ΠΕΠΑΓΝΗ είναι ο θόρυβος που δημιουργείται είτε από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε από επισκέπτες που παραμένουν στο θάλαμο κατά την διάρκεια της νύκτας. Ένας άλλος παράγοντας που δυσχεραίνει την πορεία του ύπνου των ασθενών είναι το αίσθημα θλίψης και άγχους που βιώνουν κατά την διάρκεια της παραμονής τους εντός του νοσοκομείου.

Στη συνέχεια σαν μια άλλη παράμετρο της διαταραχής του ύπνου των ασθενών, θα θέλαμε να αναφέρουμε την ύπαρξη του πόνου που αισθάνονται κατά το διάστημα παραμονής τους στο νοσοκομείο θα πρέπει ακόμα να τονίσουμε ότι η πραγματοποίηση φλεβοκεντήσεων και η μέτρηση των ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια της νύχτας καθώς και η αναγκαία εκτέλεση, της νυκτερινής νοσηλείας των ασθενών, είναι και αυτά στοιχεία που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη των διαταραχών ύπνου στους αρρώστους.

Τέλος, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η ύπαρξη πολλών ασθενών στο ίδιο θάλαμο έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη διαφόρων προβλημάτων και κατά συνέπεια την δημιουργία διαταραχών τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα του ύπνου των νοσηλευόμενων ασθενών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι προτάσεις επικεντρώνονται στην προσπάθεια μας για βελτίωση της ποιότητας του ύπνου στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σκοπός μας είναι να αρθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες, τόσο εξωγενείς όσο και ενδογενείς, που δυσχεραίνουν ή ακόμα και εμποδίζουν εντελώς τη διαδικασία του ύπνου των ασθενών. Κύριο μέλημα μας είναι η ανακάλυψη του τρόπου με τον οποίο πρέπει να οργανώνεται και να σχεδιάζεται η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας με στόχο την εξάλειψη των αρνητικών στοιχείων που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα και ποσότητα του ύπνου των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αρχικά ένας παράγοντας που δυσχεραίνει τον ύπνο των νοσηλευόμενων ασθενών είναι ότι νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο μεγάλος αριθμός αρρώστων. Αυτή η πραγματικότητα εύλογα μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι συνοδοί τους προκαλούν θόρυβο τόσο στη διάρκεια της ημέρας αλλά και της νύχτας με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αδυνατούν να έχουν ήσυχο και ομαλό ύπνο.

Ο θόρυβος και μάλιστα για πολύ χρονικό διάστημα στο περιβάλλον του ασθενή, ενοχλεί, εμποδίζει την ανάπαυση, προξενεί σωματικό κάματο ακόμα και ψυχικές διαταραχές. Το νοσοκομείο, επομένως πρέπει να είναι τόπος ησυχίας και αναπαύσεως.

Θα πρέπει να γίνει προσπάθεια να ελαττωθεί ο βαθμός των θορύβων στους οποίους εκτίθενται ο ασθενής. Μερικοί τρόποι για να γίνει αυτό είναι:

- Τοποθέτηση μονωτικών υλικών κατά του θορύβου στους τοίχους και την οροφή.
- Χρησιμοποίηση πλαστικών ειδών νοσηλείας και ελαστικών τροχών στα τροχήλατα νοσηλείας, στα φορεία, τις κινητές καρέκλες και τα κρεβάτια.
- Εκπαίδευση του προσωπικού στη πρόληψη της ηχορυπάνσεως του ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος.
- Αυστηρή τήρηση του ωραρίου για τους επισκέπτες και παραμονή συνοδών κατά τη διάρκεια της νύχτας μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις που θεωρείται απαραίτητο.

- Προσπάθεια, όσο είναι εφικτό, δημιουργίας νέων κλινών στα νοσοκομεία ή στους ήδη υπάρχοντες θαλάμους να νοσηλεύεται μικρότερος αριθμός ασθενών.

Στη συνέχεια, άλλα στοιχεία που προκαλούν διαταραχές στον ύπνο των νοσηλευόμενων ασθενών είναι το αίσθημα θλίψης και μελαγχολίας που βιώνουν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και το γεγονός ότι διακατέχονται από έντονο άγχος. Για την ανακούφιση των ασθενών από τις στρεσογόνες αυτές καταστάσεις σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο θα βοηθήσει τον ασθενή με τους εξής τρόπους:

- Διάθεση χρόνου για ακρόαση του ασθενή.
- Αντιμέτωπιση του αρρώστου σαν σημαντικό πρόσωπο και σεβασμός στις αγωνίες και τα συναισθήματα του.
- Βοήθεια στον ασθενή να κατανοήσει την ωφέλεια της νοσηλείας και της θεραπείας του στο νοσοκομείο.
- Μετάδοση στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις, που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις, θεραπείες ή εγχειρήση.
- Δημιουργία ευκαιριών για τον ασθενή ώστε να ρωτά και να λύνει τις απορίες του.

Οι τρόποι που αναφέρθηκαν αποτελούν παραδείγματα ψυχολογικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, που αντιδρά με ψυχική οδύνη προς την ασθένεια και την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Επίσης, κατά την προσωπική μας επαφή με τους νοσηλευόμενους ασθενείς, διαπιστώσαμε ότι ένας ακόμα δυσμενής παράγοντας για την ομαλή εξέλιξη του ύπνου των αρρώστων είναι ο πόνος. Συνεπώς είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να συνδράμει στην πρόληψη και την ανακούφιση του πόνου με τις ακόλουθες νοσηλευτικές ενέργειες:

- Μετακίνηση του αρρώστου με λεπτούς και επιδέξιους χειρισμούς για την βελτίωση της αναπνοής και της κυκλοφορίας, την πρόληψη του μυϊκού κάματος και δερματικής ή άλλης βλάβης. Ακίνητοποίηση των πασχόντων μελών και διατήρηση ορθής ανατομικής θέσεως κατά και μετά τη μετακίνηση τους πάντα με προηγούμενη ενημέρωση και συνεργασία με τον άρρωστο. Υποστήριξη του σώματος του αρρώστου σε αναπαυτικές θέσεις με επιδέξια χρήση μαξιλαριών και άλλων εξαρτημάτων.
- Ανακούφιση κάθε πίεσεως. Παρότρυνση του αρρώστου να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι.
- Προετοιμασία του αρρώστου πριν από τυχόν οδυνηρή εξέταση, νοσηλεία, θεραπεία ή εγχείρηση.
- Συστηματική παρακολούθηση και φροντίδα ώστε να λειτουργούν καλά οι παροχετεύσεις, να χαλαρώνουν οι μυς και να προλαμβάνονται οι λοιμώξεις.
- Αναπροσαρμογή της θέσης του αρρώστου π.χ. τέντωμα των λευχειμάτων για την εξαφάνιση των αναδιπλώσεων.

Αν τα μέτρα αυτά δεν ανακουφίσουν τον πόνο του αρρώστου χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία και παρακολουθείται η δράση τους ή τυχόν παρενέργειες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

1. Η λήψη του ιστορικού για τις συνήθειες του ύπνου του συγκεκριμένου αρρώστου, ώστε να ληφθεί υπόψη στον προγραμματισμό της νοσηλείας.
2. Η δημιουργία ευκαιρίας για να μιλήσει ο ασθενής και να εκφράσει τις ανησυχίες και δυσκολίες του πριν από τον ύπνο.
3. Ικανοποίηση των βασικών του αναγκών, πείνας, δίψας, θερμάνσεως, κενώσεως της ουροδόχου κύστεως και άνετης θέσης στο κρεβάτι.
4. Ανακούφιση των συμπτωμάτων που παρεμποδίζουν τον ύπνο, π.χ. του πόνου, του πυρετού, της δύσπνοιας κ.ά.
5. Η κατάλληλη τακτοποίηση του ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος, δηλαδή η ελάττωση των φώτων, θορύβων και άλλων αφορμών απασχολήσεως του αρρώστου, ο καλός αερισμός και η ρύθμιση της θερμοκρασίας.
6. Η ελάττωση των διακοπών του ύπνου την νύχτα για τον έλεγχο ζωτικών σημείων, την πραγματοποίηση αιμοληψιών και άλλων νοσηλευτικών ενεργειών, όπου είναι ζήτημα καλύτερου νοσηλευτικού προγραμματισμού και όχι απόλυτη ένδειξη λόγω της σοβαρής κατάστασής του.
7. Η χορήγηση υπνωτικού σκευάσματος, όταν τα άλλα μέτρα δεν φέρνουν αποτέλεσμα και πάντα μετά από ιατρική οδηγία.
8. Η τακτική νοσηλευτική άγρυπνη παρακολούθηση του αρρώστου από την νυχτερινή νοσηλεύτρια – νοσηλεύτη, που περιλαμβάνει και την φροντίδα της δημιουργίας και διατηρήσεως συνθηκών που ευνοούν τη συνέχεια του ύπνου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πολυδιαστατική προσέγγιση

Η σωστή αντιμετώπιση της χρόνιας αϋπνίας επιβάλλει συνήθως την επιλεκτική εφαρμογή περισσότερων της μιας θεραπευτικών μεθόδων σε συνδυασμό. Οι θεραπευτικές αυτές μέθοδοι περιλαμβάνουν βελτίωση των συνθηκών του ύπνου, μέτρα υγιεινής κατά τη διάρκεια της ημέρας που ευνοούν την ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του ύπνου, υποστηρικτική, συναισθηματική ή συμπεριφερολογική ψυχοθεραπεία μέθοδοι χαλάρωσης και κατάλληλη φαρμακοθεραπεία.

Σχέση Γιατρού – Ασθενούς

Πρώτη φροντίδα του γιατρού είναι η εγκατάσταση ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ασθενή και η πλήρης εκτίμηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς του προβλήματός του. Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει ο γιατρός να περιορίζεται στην απλή συνταγογραφία ενός υπνωτικού. Μια τέτοια ενέργεια ενισχύει την τάση των περισσότερων ασθενών και συχνά οδηγεί σε παραμέληση αντιμετώπισης σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων π.χ. κατάθλιψης. Εάν η τυχόν συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία δεν είναι εμφανής, ο γιατρός θα πρέπει να αναζητεί και να προσπαθεί να ξεπεράσει τις ψυχολογικές αντιστάσεις του ασθενούς που συνήθως αρνείται την ύπαρξή τους.

Γενικά Μέτρα

Σε πολλές περιπτώσεις ορισμένα μέτρα υγιεινής είναι πολύ αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της χρόνιας αϋπνίας: αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας, όχι όμως αργάτο βράδυ, αποφυγή μικροϋπνων κατά την ημέρα, αποφυγή διαιτητικών παρεκτροπών, κανονικό ωράριο κατάκλισης τη νύχτα και έγερση, το πρωί, ρύθμιση συνθηκών περιβάλλοντος (θερμοκρασίας, θορύβου κ.λ.π.) ώστε να μην επιδρούν αρνητικά στον ύπνο.

Ψυχοθεραπείες

Διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές έχουν τη θέση τους σε περιπτώσεις χρόνιας αϋπνίας. Οι συμπεριφερολογικές μέθοδοι αποσκοπούν κυρίως στη μείωση της αυτονομικής υπερδραστηριότητας και των σωματικών σημείων υπερεγρήγορης στον έλεγχο των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος ώστε το υπνοδωμάτιο να συναρτάται με συμπεριφορές που είναι συμβατές με την κατάσταση του ύπνου και στην απόκτηση «αυτοπεποίθησης» σε σχέση με την ικανότητα του ασθενούς να κοιμηθεί επαρκώς. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει κυρίως σαν στόχους της διάλυση εσφαλμένων πεποιθήσεων του ασθενούς σε σχέση με τις φυσιολογικές ανάγκες για ύπνο και την κατάρριψη αδικαιολόγητα αρνητικών τοποθετήσεων ως προς τις επιπτώσεις της αϋπνίας.

Οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες αποβλέπουν στην απόκτηση ευαισθησίας εκ μέρους του ασθενούς σε σχέση με τους ψυχολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι εμπλέκονται στην ανάπτυξη και διατήρηση της αϋπνίας. Η εφαρμογή αυτής ή εκείνης της ψυχοθεραπευτικής τεχνικής εξαρτάται από τον τύπο της αϋπνίας (π.χ. συμπεριφερολογικές τεχνικές είναι πιο αποτελεσματικές στην αϋπνία τύπου καθυστερημένης επέλευσης του ύπνου), το συνολικό ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς (π.χ. όταν διαπιστώνεται η παρουσία παθολογικών ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών, είναι ίσως προτιμότερη η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία) και τη διαθεσιμότητα ειδικού θεραπευτή με επαρκή κατάρτιση σε κάποια από τις παραπάνω μεθόδους. Εφαρμογή μιας ειδικής ψυχοθεραπευτικής τεχνικής επιβάλλει την παραπομπή τους ασθενούς σε ειδικό θεραπευτή. Όμως συχνά και ο γενικός γιατρός είναι σε θέση να λειτουργήσει ψυχοθεραπευτικά, ασκώντας ένας υποστηρικτικό προς τον ασθενή ρόλο και προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις οικογενειακές και κοινωνικές του εμπλοκές σε σχέση με τη διαταραχή του ύπνου.

Αρχές Φαρμακοθεραπείας

Η φαρμακευτική θεραπεία της αϋπνίας με υπνωτικά σκευάσματα πρέπει να περιορίζεται στην αρχική κυρίως φάση ως συμπλήρωμα της συνόλης θεραπείας. Σκοπός της είναι η υποστήριξη του ασθενούς στην προσπάθεια να ξεπεράσει το φόβο του ότι δεν είναι ικανός να κοιμηθεί φυσιολογικά. Μόλις υπερνικηθεί η δυσκολία του ύπνου, συνήθως ο ασθενής είναι πολύ πιο

συνεργάσιμος στην αντιμετώπιση του συνολικού βιοψυχοκοινωνικού του προβλήματος. Έτσι ο γιατρός θα πρέπει να μη συνεχίζει τη χορήγηση του υπνωτικού επ' αόριστον, αλλά να στρέφεται εγκαίρως προς την πολυδιαστατική θεραπεία της αϋπνίας επιλέγοντας τον κατάλληλο συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων με κριτήριο τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Τυχόν συνέχιση χορήγησης υπνωτικών επί μακρό χρονικό διάστημα δεν είναι μόνο άσκοπη αλλά μπορεί να αποβεί επιβλαβής (ανάπτυξη ανοχής, προβλήματα απόσυρσης, τάσεις εξάρτησης ακόμη και με σκευάσματα που θεωρούνται σχετικά «αθώα»).

Υπνωτικά φάρμακα

Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα για τον ύπνο ανήκουν στην κατηγορία των βενζοδιαπεζινών και πωλούνται με πολλές ονομασίες. Η εκτεταμένη χρήση των φαρμάκων αυτής της οικογένειας ξεκίνησε στο τέλος της δεκαετίας του '60. Μέχρι τότε τα πιο διαδεδομένα φάρμακα για τον ύπνο ήταν τα βαρβιτουρικά, που εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στις αρχές του αιώνα. Τα πιο γνωστά ήταν η βαρβιτάλη, η σεκοβαρβιτάλη και η πεντοβαρβιτάλη. Οι πρώτες όμως επιστημονικές μελέτες του ύπνου προκάλεσαν ένα ισχυρότατο πλήγμα στη χρήση των βαρβιτουρικών. Εργαστηριακές εξετάσεις σε χρήστες βαρβιτουρικών έδειξαν ότι τα φάρμακα αυτά προκαλούσαν ανεπιθύμητες αλλαγές στη δομή του ύπνου, καταστέλλοντας τον ύπνο REM και το βαθύ ύπνο του 3^{ου} και 4^{ου} σταδίου. Επιπλέον, οι χρόνιοι χρήστες βαρβιτουρικών, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν αυτά τα φάρμακα επί μήνες ή και επί χρόνια είχαν χειρότερο ύπνο όταν τα έπαιρναν παρά όταν δεν τα έπαιρναν. Η δημοσίευση αυτών των ευρημάτων και η ταυτόχρονη διάθεση στην αγορά των νέων φαρμάκων της οικογένειας των βενζοδιαζεπινών έδωσε τέλος στη χρήση των βαρβιτουρικών για την αντιμετώπιση της αϋπνίας.

Τα υπνωτικά φάρμακα μπορούν να προσφέρουν μια αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου, αλλά η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου είναι πρωτεύουσας σημασίας. Υπάρχουν αξιόλογες διαφορές μεταξύ των ποικίλων φαρμάκων, οι σημαντικότερες από τις οποίες έχουν σχέση με την ταχύτητα απορρόφησης και το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Η πλειοψηφία των φαρμάκων που διατίθενται σήμερα στην αγορά απορροφώνται σχετικά γρήγορα και ενεργούν μετά από είκοσι με σαράντα

πέντε λεπτά. Ωστόσο η διάρκεια δράσης παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Αυτή η διάρκεια μετριέται σύμφωνα με το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου – δηλαδή το χρόνο που απαιτείται για να μειωθεί στο μισό της ουσίας στο αίμα μειώνεται καθώς η ουσία απορροφάται από τους ιστούς του σώματος και απομακρύνεται από το συκώτι. Ο χρόνος ημίσειας ζωής των υπνωτικών φαρμάκων που διατίθενται σήμερα στην αγορά ποικίλλει από μια μέχρι οκτώ ή περισσότερες ώρες.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος της ημίσειας ζωής του φαρμάκου τόσο πιο σοβαρός ο κίνδυνος πρόκλησης ανεπιθύμητων υπολειμματικών επιδράσεων και στο επίπεδο ετοιμότητας και στο επίπεδο λειτουργικότητας την επόμενη ημέρα.

Εξίσου ανεπιθύμητες συνέπειες μπορεί να έχουν υπνωτικά φάρμακα με μικρή διάρκεια ημίσειας ζωής – το πολύ μέχρι δυο ώρες. Καθώς το επίπεδο του φαρμάκου στο αίμα μειώνεται πολύ γρήγορα, η αποτελεσματικότητα του υπνωτικού χάνεται ενόσω ο ασθενής βρίσκεται ακόμα στη μέση του ύπνου.

Οι δυσάρεστες συνέπειες των υπνωτικών φαρμάκων με μεγάλη ή μικρή διάρκεια ημίσειας ζωής καταδεικνύουν τα πλεονεκτήματα της χρήσης φαρμάκων με μέσο χρόνο ημίσειας ζωής, από τέσσερις μέχρι έξι ώρες. Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της νύχτας και δεν έχουν υπολειμματικές συνέπειες την επομένη ημέρα.

Παρ' όλα αυτά, οι άνθρωποι που λαμβάνουν το φάρμακο που τους ταιριάζει πρέπει να μένουν πιστοί σε τρεις βασικούς κανόνες. Έτσι θα είναι σίγουροι ότι το φάρμακο θα επιδράσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και δεν θα λειτουργήσει παράδοξα, δηλαδή δεν θα προκαλέσει επιδείνωση της αϋπνίας. Ο πρώτος κανόνας αφορά το χρόνο λήψης του υπνωτικού φαρμάκου.

Ο δεύτερος κανόνας αφορά τη χρονική εμβέλεια των υπνωτικών φαρμάκων.

Ο τρίτος κανόνας αφορά τη διακοπή της παρατεταμένης χρήσης υπνωτικών φαρμάκων, η οποία χρήση προκαλεί την ανοχή στα φάρμακα και την εξάρτηση απ' αυτά.

Τα υπνωτικά φάρμακα μπορούν να προσφέρουν μια αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου, αλλά η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου είναι πρωτεύουσας σημασίας. Υπάρχουν αξιόλογες

διαφορές μεταξύ των ποικίλων φαρμάκων, οι σημαντικότερες από τις οποίες έχουν σχέση με την ταχύτητα απορρόφησης και το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Η πλειοψηφία των φαρμάκων που διατίθενται σήμερα στην αγορά απορροφώνται σχετικά γρήγορα και ενεργούν μετά από είκοσι με σαράντα πέντε λεπτά. Ωστόσο η διάρκεια δράσης παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Αυτή η διάρκεια σύμφωνα με το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου – δηλαδή το χρόνο που απαιτείται για να μειωθεί στο μισό το επίπεδο της ουσίας στο αίμα, σε μια συγκεκριμένη δόση. Το επίπεδο της ουσίας στο αίμα μειώνεται καθώς η ουσία απορροφάται από τους ιστούς του σώματος και απομακρύνεται από το συκώτι. Ο χρόνος ημίσειας ζωής των υπνωτικών φαρμάκων που διατίθενται σήμερα στην αγορά ποικίλλει από μια μέχρι οκτώ ή και περισσότερες ώρες.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος της ημίσειας ζωής του φαρμάκου, τόσο πιο σοβαρός ο κίνδυνος πρόκλησης ανεπιθύμητων υπολειμματικών επιδράσεων και στο επίπεδο ετοιμότητας και στο επίπεδο λειτουργικότητας την επόμενη ημέρα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ








«Ευχαριστίες»

Ευχαριστούμε θερμά τον υπεύθυνο καθηγητή μας κύριο Χαράλαμπο Λυδάκη για την αμέριστη συμπαράσταση και τη πολύτιμη βοήθειά του για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον αισθανόμαστε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε το σύνολο των ασθενών, των κλινικών του ΠΕΠΑΓΝΗ, που επισκεφτήκαμε, για την συμμετοχή και τη συνεργασία τους στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη σχολή μας, Σ.Ε.Υ.Π., και πιο συγκεκριμένα το τμήμα Νοσηλευτικής που μας παρείχε την ευκαιρία και δυνατότητα να ερευνήσουμε και να παρουσιάσουμε το συγκεκριμένο θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

-  Θ.Ι. ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ
Κ.Ρ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ
«Οι Λειτουργίες του ύπνου: Βιολογικές Προοπτικές»
- Τμήμα της ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
-  PERETZ LAVIE
«Ο Μαγικός κόσμος του ύπνου»
Μετάφραση:
Αλέξης Ζώτος
Επιστημονική Θεώρηση:
Ιωάννης Ν. Νέστορας
-  Κ.Ρ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ
Π.Ν. ΣΑΚΚΑΣ
«Αϋπνία: Διάγνωση και θεραπεία»
-  A.A. Botbely
«Στέρηση Ύπνου»
1991, 51ˆ483-95.
-  A. Kales
«Χρόνια Χρήση Υπνωτικών Σκευασμάτων»
Journal of the American Medical
Association 227: 511-17
-  Γ. Μουρούζη
«Η ιστορική ανάπτυξη της υπόθεσης του ύπνου»
Αθήνα, 1962.
-  Δρ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ
«Βασική Νοσηλευτική»
Αθήνα, 1987.

