

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	5
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7
ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ.....	8
Κεφάλαιο 1.....	9
1.Φυσιολογικός ύπνος.....	10
1.1.Στοιχεία φυσιολογίας ύπνου.....	12
1.2.Τύποι φυσιολογικού ύπνου.....	12
1.3.Αρχιτεκτονική ύπνου.....	13
1.4.Φυσιολογικές λειτουργίες κατά τη διάρκεια του ύπνου.....	14
1.5.Νευροβιολογία του ύπνου-ρύθμιση του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης.....	18
1.6.Ρυθμός ύπνου εγρήγορσης.....	20
1.7.Πολυπνογραφικά ευρήματα REM (στάδια 1,2,3,4).....	21
1.8.Ο ύπνος N-REM έναντι του ύπνου REM.....	25
1.9.Ρύθμιση του ύπνου.....	26
1.10.Λειτουργίες του ύπνου.....	28
1.11.Στέρηση του ύπνου.....	28
1.12.Ανάγκες ύπνου.....	29
1.13.Ο απογευματινός ύπνος.....	29
1.14.Οι κερκαδιανοί βιολογικοί ρυθμοί.....	30
1.15.Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου.....	32
1.16.Θετικές επιδράσεις του ύπνου.....	34

Κεφάλαιο 2.....	35
2.Αιτίες πρόκλησης της αυπνίας.....	36
2.1.Ταξινόμηση των διαταραχών ύπνου.....	38
2.2.Δυσυπνίες.....	39
2.3.Αυπνία.....	40
2.3.α.Επιδημιολογικά δεδομένα.....	44
2.3.β.Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	45
2.4.Σωματικά νοσήματα σχετιζόμενα με αυπνία.....	47
2.5.Ψυχιατρικά νοσήματα σχετιζόμενα με αυπνία.....	49
2.6.Διαταραχές προσωπικότητας σχετιζόμενες με αυπνία.....	49
2.7.Ναρκοληψία.....	50
2.8.Ιδιοπαθής υπερυπνία.....	53
2.8.α.Υποτροπιάζουσα υπερυπνία (Σύνδρομο klein-levin).....	54
2.9.Αποφρακτικού τύπου υπνική άπνοια.....	55
2.10.Διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων (νυχτερινός μυόκλονος).....	57
2.11.Διαταραχές του κιρκαδιανού ρυθμού του ύπνου.....	58
2.11.α.Τύπος jet-lag.....	59
2.11.β.Τύπος εναλλασσόμενου ωραρίου εργασίας.....	60
2.11.γ.Απροσδιόριστος τύπος.....	61
2.11.δ.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή του κιρκαδιανού ρυθμού του ύπνου.....	62
2.12.Παραυπνίες.....	62
2.13.Διαταραχή υπνοβασίας.....	64
2.13.α.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή υπνοβασίας.....	65
2.14.Διαταραχή νυχτερινών τρόμων.....	66

2.14.α.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή ενύπνιου τρόμου.....	67
2.15.Διαταραχή εφιαλτών.....	68
2.15.α.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή με εφιάλτες.....	69
2.16.Διαταραχή ρυθμικών κινήσεων.....	70
2.17.Διαταραχή της συμπεριφοράς στον ύπνο REM.....	71
2.18.Σχετιζόμενος με ύπνο βρουξισμός.....	73
2.19.Υπνολαλία.....	73
2.20.Χτύπημα κεφαλής σχετιζόμενο με ύπνο.....	74
2.21.Παράλυση ύπνου.....	74
2.22.Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με άλλη ψυχική διαταραχή.....	74
2.22.α.Αυπνία σχετιζόμενη με διαταραχή του άξονα I ή άξονα II.....	74
2.22.β.Διαγνωστικά κριτήρια για αυπνία που συνδέεται με τη διαταραχή στον άξονα I ή άξονα II.....	75
2.23.Διαγνωστικά κριτήρια για υπερυπνία συνδεόμενη με διαταραχή στον άξονα I ή στον άξονα II.....	77
2.23.α.Υπερυπνία συνδεόμενη με διαταραχή στον άξονα I ή άξονα II.....	78
Κεφάλαιο 3.....	79
3.Άλλες διαταραχές ύπνου.....	80
3.1.Διαταραχή ύπνου που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση.....	80
3.1.α.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή του ύπνου που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση.....	80
3.2.Επιληπτικές κρίσεις σχετιζόμενες με τον ύπνο.....	81
3.3.Αθροιστικού τύπου κεφαλαλγίες και χρόνιες παροξυσμικές ημικρανίες σχετιζόμενες με τον ύπνο.....	82
3.4.Σύνδρομο ανώμαλης κατάποσης σχετιζόμενο με τον ύπνο.....	82
3.5.Άσθμα σχετιζόμενο με τον ύπνο.....	83

3.6.Καρδιαγγειακά συμπτώματα σχετιζόμενα με τον ύπνο.....	83
3.7.Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση σχετιζόμενη με τον ύπνο.....	83
3.8.Αιμόλυση σχετιζόμενη με τον ύπνο (παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία).....	84
3.9.Διαταραχή του ύπνου σχετιζόμενη με ουσίες.....	84
3.9.α.Ουσίες σχετιζόμενες με αυπνία.....	86
3.9.β.Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή του ύπνου σχετιζόμενη με ουσίες.....	87
3.10.Θεωρίες για την σημασία του ύπνου.....	88
3.11.Οι συνέπειες του διαταραγμένου ύπνου.....	91
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	93
Έρευνα.....	94
Πρόλογος ειδικού μέρους.....	95
Σκοπός μελέτης.....	95
Υλικό και μεθοδολογία.....	96
Αποτελέσματα.....	97
Σχόλια	158
Συμπεράσματα.....	169
Προτάσεις.....	170
Πρωτόκολλο.....	171
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	175
Πηγές από διαδίκτυο.....	178
Επίλογος.....	179

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, θεωρούμε καθήκον μας να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας και επόπτρια της πτυχιακής εργασίας κ. Χαραλαμπίκη Ελένη για την πολύτιμη βοήθεια και την άψογη συνεργασία που είχαμε σε όλη τη διάρκεια πραγματοποίησης της εργασίας αυτής.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον καθηγητή μας κύριο Κριτσωτάκη Γεώργιο για την καθοδήγηση και την πραγματικά πολύτιμη βοήθειά του.

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας προς τις οικογένειές μας για την υπομονή και την ηθική υποστήριξη που μας έδειξαν όλο αυτό τον καιρό.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η δουλειά των νοσηλευτών είναι πολύ περίπλοκη και απαιτεί ωράριο εργασίας σε βάρδιες. Το κυκλικό ωράριο εργασίας προϋποθέτει και νυχτερινές βάρδιες γεγονός που επηρεάζει τους βιολογικούς ρυθμούς κάθε εργαζομένου και πόσο μάλλον των νοσηλευτών, οι οποίοι υποχρεούνται να κάνουν νυχτερινές βάρδιες σε εβδομαδιαία βάση.

Έτσι διαταράσσεται ο ύπνος τους και κατά συνέπεια η καθημερινότητα και ο φυσιολογικός τρόπος ζωής τους. Θέλοντας λοιπόν να δούμε αν ο ύπνος των νοσηλευτών είναι επαρκής και αν και κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι με τον ύπνο τους, επιλέξαμε για την πτυχιακή μας εργασία το θέμα «Διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό» με σκοπό να ερευνήσουμε αν όντως οι νοσηλευτές έχουν προβλήματα στον ύπνο τους.

Συνεργαστήκαμε και μοιράσαμε τα ερωτηματολόγια μας στα νοσοκομεία: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου. Επιλέξαμε και τα τρία νοσοκομεία έτσι ώστε το φάσμα και το δείγμα της έρευνάς μας να είναι μεγαλύτερο και τα αποτελέσματά μας να είναι πιο έγκυρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ύπνος είναι μια σημαντική φυσιολογική διαδικασία αναζωογόνησης του οργανισμού, απαραίτητη για την σωματική και διανοητική υγεία του ανθρώπου. **Η αϋπνία και οι άλλες διαταραχές του ύπνου μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις** στη μνήμη, τη μάθηση, το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό, το νευρικό σύστημα, ακόμη και στην κοινωνική μας συμπεριφορά. Το πρόβλημα είναι πολύ πιο εκτεταμένο απ' όσο νομίζουμε, καθώς φαίνεται ότι περισσότεροι από δυο εκατομμύρια Έλληνες ταλαιπωρούνται από διαταραχές ύπνου. Τον περασμένο αιώνα οι άνθρωποι κοιμούνταν 1,5 ώρα περισσότερο καθημερινά. Πλέον, οι ερευνητές καταγράφουν έλλειμμα, το οποίο δεν έχει ασήμαντες συνέπειες. Το έλλειμμα αυτό ξεκινά από μειωμένη εγρήγορση κατά 32% την επόμενη ημέρα, με τον οργανισμό να νιώθει πιο «βαρύς» -και το γεγονός να συνδέεται με απώλεια μνήμης- και φτάνει μέχρι και να διπλασιάζει τον κίνδυνο εργατικού ατυχήματος! Την ίδια ώρα, το 14% του πληθυσμού υποφέρει από χρόνια αϋπνία, ενώ ένας στους δύο-τρεις ενήλικες θα παρουσιάσει αϋπνία σε κάποια φάση της ζωής του. (<http://www.tragasnet.gr>. 18/03/09)

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής της 24ωρης καθημερινότητας συνδέεται με μια ακόμη διαταραχή ύπνου, πολύ πρόσφατα αναγνωρισμένη, τη διαταραχή του ύπνου λόγω εργασίας σε βάρδιες. Αφορά στο 10% των εργαζομένων σε βάρδιες, που περιλαμβάνουν οπωσδήποτε και νύχτα. Στην περίπτωση αυτή, θεραπευτικά, τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα, διότι δεν είναι πάντα εύκολο να αλλάξει ο ασθενής εργασία. Γι' αυτό, χορηγείται φαρμακευτική αγωγή που επάγει την εγρήγορση 30-60 λεπτά πριν την εργασία, η οποία συνδυάζεται, ενδεχομένως, με αντιμετώπιση της αϋπνίας που παρατηρείται όταν το άτομο επιθυμεί να κοιμηθεί την ημέρα. Η διαταραχή του ύπνου λόγω εργασίας σε βάρδιες, είναι βέβαιο ότι θα μας απασχολήσει περισσότερο στα χρόνια που έρχονται όσο οι σύγχρονες δομές των υπηρεσιών (αεροδρόμια, νοσηλευτικά ιδρύματα κλπ) επεκτείνουν την 24ωρη λειτουργία τους. (<http://health.in.gr> 13/03.2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΥΠΝΟΣ

Ο ύπνος συνδέεται με μια ποικιλία φυσιολογικών αλλαγών, που σχετίζονται με την αναπνοή, την καρδιακή λειτουργία, τον μυϊκό τόνο, τη θερμοκρασία, την έκκριση ορμονών και την αρτηριακή πίεση.(Moore CA, Karacan I, Williams RL.) Είναι ακόμα μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από:

- Στερεότυπη στάση
- Ελάχιστες κινήσεις
- Ελαττωμένη αποκρισιμότητα στα ερεθίσματα
- Αναστρεψιμότητα και
- Ειδικά επεισόδια ειδικά για το είδος, αναφορικά με το πότε συμβαίνουν και τη διάρκεια τους.

Οι άνθρωποι κοιμούνται σε ύπτια θέση με τα μάτια τους κλειστά, αλλά μερικά θηλαστικά κοιμούνται με τα μάτια τους ανοικτά (π.χ. βόδι), μερικά ενώ στέκονται (π.χ. άλογα, ελέφαντες) και μερικά άλλα ενώ κρέμονται από τα πόδια τους (π.χ. παπαγάλοι). Η ακινησία της κατάστασης ύπνου είναι σχετική. Τα ψάρια κολυμπούν



στο χώρο, τα θηλαστικά κινούνται περιοδικά κατά τη διάρκεια του ύπνου και στις διαταραχές ύπνου των ανθρώπων, ο ύπνος μπορεί να επέρχεται ενώ το άτομο βαδίζει ή ομιλεί. Η αποκρισιμότητα σε ενδογενή και εξωγενή ερεθίσματα ελαττώνεται αλλά δεν εκλείπει. Επίσης, η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη. Η

αποκρισιμότητα σε ερεθίσματα και η αναστρέψιμότητα είναι δυο χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν σαφώς τον ύπνο από τον θάνατο, το κώμα και τη νάρκωση.

Το τυπικό συνολικό χρονικό διάστημα της διάρκειας του ύπνου στο 24ωρο, ποικίλει κατά 10 φορές μεταξύ των ειδών, από περίπου 2 ώρες στην καμηλοπάρδαλη ως 20 ώρες στην νυχτερίδα, ενώ στους ανθρώπους διαρκεί περίπου 8 ώρες. Ο ύπνος φυσιολογικά επέρχεται κατά τις νυχτερινές ώρες στους ανθρώπους και σε πολλά άλλα θηλαστικά, αλλά σε μερικά άλλα θηλαστικά επέρχεται κατά την περίοδο του φωτός (π.χ. τρωκτικά). Υπάρχουν δύο καταστάσεις ύπνου: ο NREM ύπνος (χωρίς ταχείες οφθαλμικές κινήσεις) και ο REM ύπνος (ταχείες οφθαλμικές κινήσεις). (<http://www.oikogeneiakoi-iatroi.gr>)

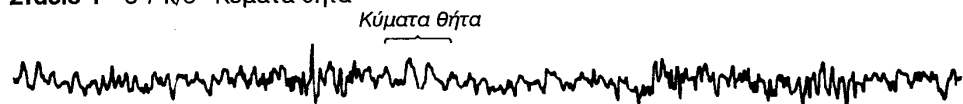
Εγρήγορη - Χαμηλό δυναμικό - Ταχύς ρυθμός



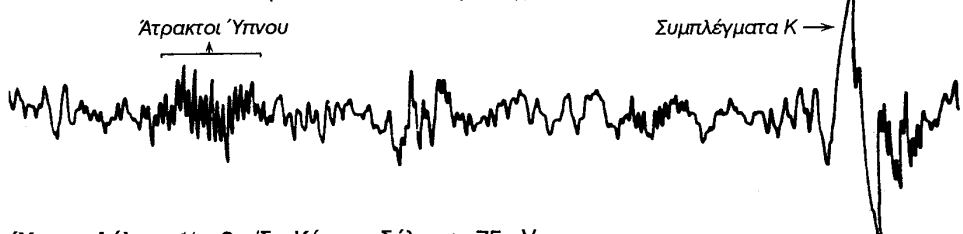
Νύστα - 8-12 κ/δ - Κύματα άλφα



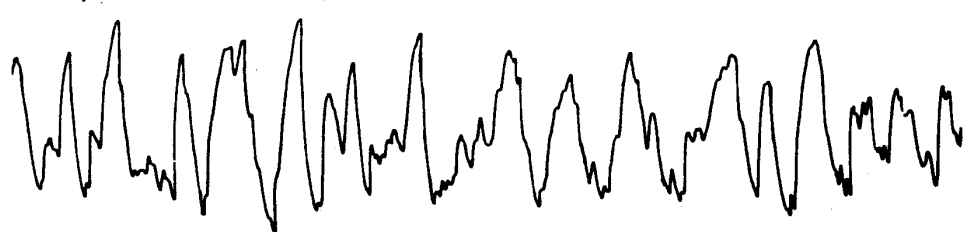
Στάδιο 1 - 3-7 κ/δ - Κύματα θήτα



Στάδιο 2 - 12-14 κ/δ - Άτρακτοι ύπνου - Συμπλέγματα K



Ύπνος Δέλτα - 1/2 - 2 κ/δ - Κύματα δέλτα > 75 μ V



Ύπνος REM - Χαμηλό δυναμικό - Ταχύ με οδοντωτά κύματα



Στάδια ύπνου στον άνθρωπο (από P.Hauri: The Sleep Disorders, p 8.Current Concepts, Urjohn, Kalamazoo, Mich 1982).

1.1.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΝΟΥ

Η έλλειψη των τεχνολογικών δυνατοτήτων δεν επέτρεπε την επιστημονική διερεύνηση του ύπνου μέχρι πενήνταετίας. Η σύγχρονη επιστημονική μελέτη του αρχίζει με την ανακάλυψη του ύπνου των ταχειών οφθαλμικών κινήσεων (από τα αρχικά rapid eye movements, REM) από τους E. Aserinsky, N. Kleitman και W. Dement το 1953. Έκτοτε, πλήθος δεδομένων έχει συγκεντρωθεί σχετικά με τη φυσιολογία και την παθολογία του ύπνου. Ιδιαίτερης σημασίας για την ανάπτυξη του κλάδου της Υπνολογίας αποτέλεσε η καθιέρωση από τους Rechtschaffen και Kales (1968) αξιόπιστων κριτηρίων για την βαθμολόγηση του υπνογράμματος, που καταγράφεται σύμφωνα με καθορισμένο πρωτόκολλο στο εργαστήριο ύπνου.

1.2.ΤΥΠΟΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος είναι μια τακτική, επαναλαμβανόμενη, εύκολα αναστρέψιμη κατάσταση του οργανισμού, που χαρακτηρίζεται από σχετική ηρεμία και από μια μεγάλη αύξηση στην ουδό ανταπόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα, σε σχέση με την κατάσταση εγρήγορσης.

Όταν τα άτομα αποκοιμούνται, τα εγκεφαλικά κύματα ακολουθούν ορισμένες χαρακτηριστικές μεταβολές, οι οποίες ταξινομούνται ως στάδια 1,2,3 και 4. το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) εγρήγορσης χαρακτηρίζεται από α κύματα των 8-



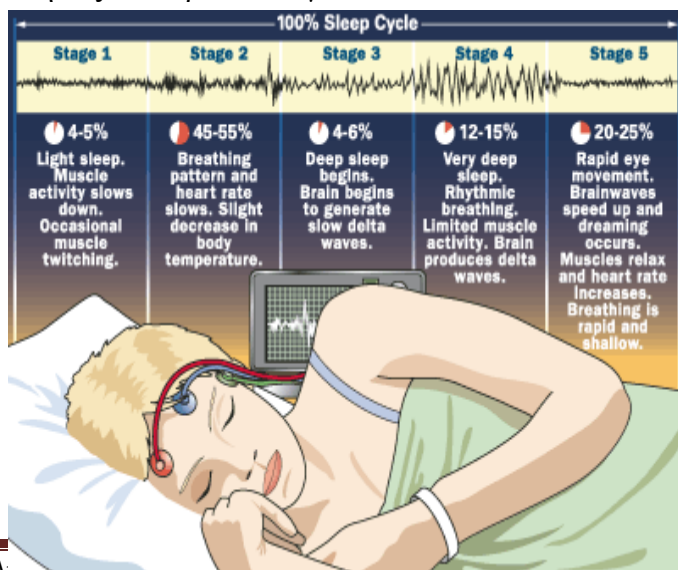
12 κύκλων/δευτερόλεπτο (κ/δ) και δραστηριότητα χαμηλού δυναμικού μικτής συχνότητας. Καθώς το άτομο αποκοιμάται, η δραστηριότητα αρχίζει να εξαφανίζεται. Το στάδιο 1, το οποίο θεωρείται το ελαφρύτερο στάδιο του

ύπνου, χαρακτηρίζεται από ομαλή δραστηριότητα χαμηλού δυναμικού στους 3-7 κ/δ. Μετά από λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά, το στάδιο αυτό δίνει τη θέση του στο στάδιο 2, ένα τύπο στον οποίο εμφανίζονται συχνοί ατρακτοειδείς σχηματισμοί στους 12-14 κ/δ (άτρακτοι ύπνου) και βραδέα τριφασικά κύματα, γνωστά ως συμπλέγματα K. αμέσως μετά, κάνουν την εμφάνιση τους τα δ κύματα, υψηλού δυναμικού δραστηριότητας, στους 0,5-2,5 κ/δ και καταλαμβάνουν λιγότερο από το 50% της καταγραφής (στάδιο 3). Τελικά στο στάδιο 4, τα κύματα δ καταλαμβάνουν περισσότερο από το 50% της καταγραφής. Είναι κοινή πρακτική να περιγράφονται τα στάδια 3 και 4 ως ύπνος δ ή ύπνος βραδέων κυμάτων, λόγω της χαρακτηριστικής τους εμφάνισης στην καταγραφή του ΗΕΓ (Webb WB, 1982).

1.3.ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΥΠΝΟΥ

Το υπνόγραμμα αποτελεί το εργαλείο για τη σταδιοποίηση του ύπνου και αναλύεται με βάση διεθνώς θεσπισμένα και αξιόπιστα κριτήρια (Rechtschaffen κ Kales 1968). Από την ανάλυση του υπνογράμματος προκύπτει ότι ο ύπνος διακρίνεται σε δυο ποιοτικά διαφορετικές καταστάσεις: τον ύπνο των ταχειών οφθαλμικών κινήσεων (REM:rapid eye movements) και τον ύπνο μη-REM (NREM), όπου απουσιάζουν αυτές οι χαρακτηριστικές οφθαλμικές κινήσεις. Ο NREM ύπνος καθιερώθηκε να υποδιαιρείται σε τέσσερα επιμέρους στάδια (1 έως 4), που αντιπροσωπεύουν τη διαδοχική μετάβαση από την κατάσταση του ελαφρού ύπνου στο βαθύ ύπνο των «βραδέων κυμάτων».

Το **στάδιο 1** αποτελεί τη μεταβατική φάση από την εγρήγορση στον ύπνο και συνήθως διαρκεί λίγα λεπτά. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από



ηλεκτροεγκεφαλογραφική δραστηριότητα χαμηλού δυναμικού μικτής συχνότητας και μείωση του μυϊκού τόνου. Ακολουθεί το **στάδιο 2**, κατά το οποίο παρατηρείται περαιτέρω επιβράδυνση της ηλεκτροεγκεφαλογραφικής δραστηριότητας με την

εμφάνιση του υψηλότερου δυναμικού και χαμηλής συχνότητας κυμάτων θ και δ, καθώς και χαρακτηριστικές κυματομορφές, όπως τα συμπλέγματα K και οι υπνικές άτρακτοι (ριπές κυμάτων 12-14 Hz).

Στη συνέχεια, όταν πλέον ο ύπνος έχει προχωρήσει, κάνουν την εμφάνιση τους τα **στάδια 3 και 4**, που συνιστούν τον λεγόμενο ύπνο βραδέων κυμάτων δ (SWS:slow wave sleep), φάση κατά την οποία επικρατούν κύματα δ χαμηλής συχνότητας 1-3 Hz και υψηλού δυναμικού (>75μV).

Ο κύκλος του ύπνου ολοκληρώνεται, περίπου 90 min μετά την έναρξη του, με την εμφάνιση του REM ύπνου, που χαρακτηρίζεται από το αιφνίδιο αποσυγχρονισμό του ΗΕΓ με την εμφάνιση χαμηλών δυναμικών μικτής συχνότητας (8-22Hz) και την και στην παρεμβολή εκφορτίσεων υπό μορφή οδοντωτών κυμάτων συχνότητας 3-5Hz. Παράλληλα, κατά το REM ύπνο παρατηρείται πληθώρα επαναλαμβανόμενων ταχειών οφθαλμικών κινήσεων και πλήρης μυϊκή ατονία των γραμμωτών μυών. Ο ύπνος REM σχετίζεται με την εμφάνιση των ονείρων, καθώς στο 70-80% των αφυπνίσεων κατά τη διάρκεια του υπάρχει ανάμνηση ονείρων. Ένας πλήρης νυχτερινός ύπνος αποτελείται από 3-5 διαδοχικούς υπνικούς κύκλους, όσο η νύχτα προχωρά, οι περίοδοι REM διαρκούν περισσότερο, ενώ ο ύπνος βραδέων κυμάτων μειώνεται και το άτομο κοιμάται ελαφρότερα.

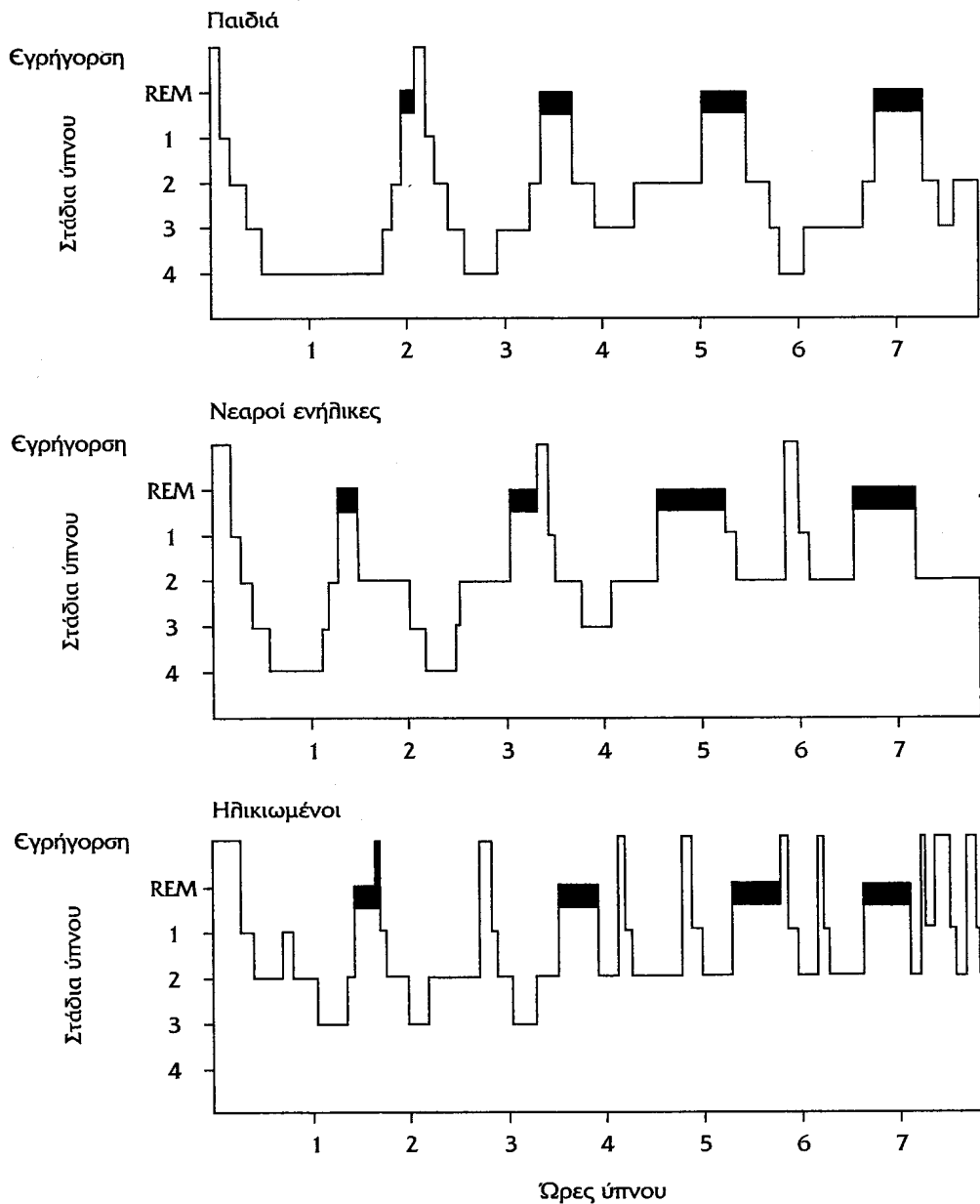
1.4.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Με την έναρξη του ύπνου διαπιστώνεται επιβράδυνση όλων των σωματικών λειτουργιών, που διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα όσο διαρκεί ο ύπνος βραδέων κυμάτων. Κατά τη διάρκεια του NREM ύπνου παρατηρείται μείωση του καρδιακού ρυθμού, της καρδιακής παροχής και της αρτηριακής πίεσης, η αναπνοή είναι αργή και σταθερή, οι οφθαλμοί παραμένουν ακίνητοι ή εκτελούν αργές εκκρεμοειδείς κινήσεις και οι κόρες των οφθαλμών βρίσκονται σε διαρκή μύση (Riemann D, Berger M, Voderholzer M).

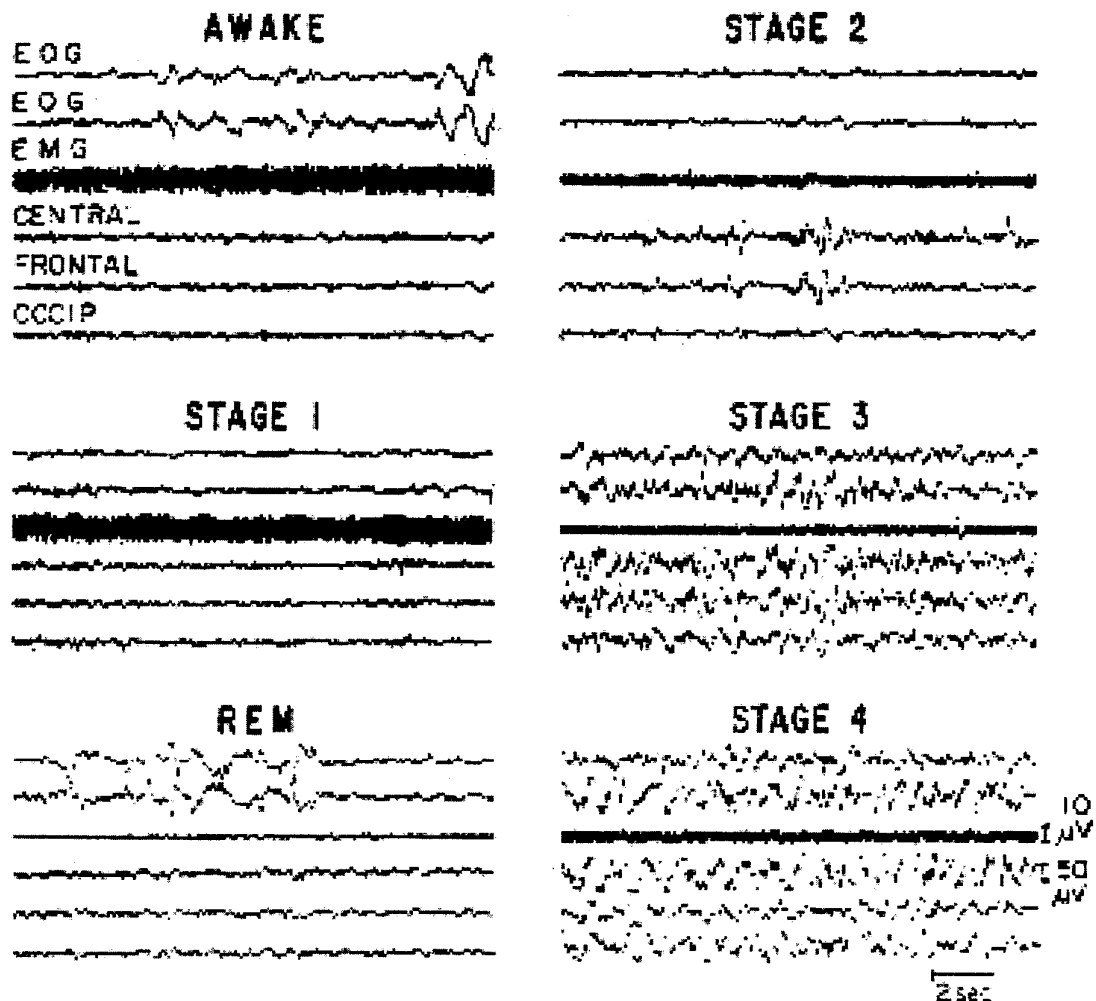
Με την εμφάνιση του REM ύπνου η φυσιολογική δραστηριότητα αυξάνει σε επίπεδα ανώτερα του NREM ύπνου και ορισμένες στιγμές φθάνει στα επίπεδα της

εγρήγορσης. Έτσι, κατά τη διάρκεια του REM ύπνου αυξάνουν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού, του ρυθμού της αναπνοής, της θερμοκρασίας του σώματος και του εγκεφάλου, της κατανάλωσης οξυγόνου από τους ιστούς, της αιματικής ροής στο φλοιό του εγκεφάλου και της δραστηριότητας των εγκεφαλικών νευρώνων.

Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η μεγαλύτερη μείωση του μυϊκού τόνου σε σχέση με το NREM ύπνο, που αφορά σχεδόν όλους τους μύες του σώματος συμπεριλαμβανομένων των μεσοπλευρίων αναπνευστικών μυών, με αποτέλεσμα κατά τον REM ύπνο να επικρατεί η διαφραγματική αναπνοή. Ας σημειωθεί ότι ακόμη και η λειτουργία του διαφράγματος μπορεί παροδικά να ανασταλεί, οδηγώντας σε μικρές περιόδους άπνοιας. Οι μεταβολές αυτές έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθόσον σε πάσχοντες από νοσήματα του κυκλοφορικού ή του αναπνευστικού μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρότερες διαταραχές. Στους άνδρες είναι επίσης χαρακτηριστικό τα επεισόδια στύσης κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, που επέρχονται ασχέτως του ονειρικού περιεχομένου, και η καταγραφή τους χρησιμεύει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ της στυτικής δυσλειτουργίας ψυχογενούς και οργανικής αιτιολογίας (Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων 2004. Ευθύμιος Κακούρος. Κατερίνα Μανιαδάκη).



Υποπολυγραφικά χαρακτηριστικά του ύπνου NREM (στάδια 1-4) και του ύπνου REM. Η διαδοχική μετάβαση από τον ελαφρύ στο βαθύ ύπνο χαρακτηρίζεται από ηλεκτροεγκεφαλογραφική δραστηριότητα αυξανόμενου δυναμικού και ελαττούμενης συχνότητας, ενώ ο ύπνος REM χαρακτηρίζεται από ηλεκτροεγκεφαλογράφημα χαμηλού εύρους και γρήγορων συχνοτήτων, ριπές ταχέων οφθαλμικών κινήσεων και μεγάλη μείωση του μυϊκού τόνου (τροποποιημένο από Kales, 1968).



Κύκλος του ύπνου σε διάφορες ηλικίες. Ο ύπνος REM επέρχεται κυκλικά κατά τη διάρκεια της νύχτας με μεσοδιαστήματα περίπου 90min σε όλες τις ηλικίες. Στους ηλικιωμένους παρατηρείται μικρή μόνο μείωση του συνολικού χρόνου του ύπνου REM. Αντίθετα το στάδιο 4 μειώνεται προοδευτικά μέχρι πλήρους εξάλειψης του στους ηλικιωμένους, στους οποίους διαπιστώνονται και συχνές αφυπνίσεις μετά την έλευση του ύπνου (Από τη δημοσίευση: Kales A (ed). Sleep and dreams: Recent research on clinical aspects. Ann Intern Med 1968, 68:1078-1104)

Γενικά, ο ύπνος φαίνεται αποτελεί περίοδο αυξημένης νευροενδοκρινικής δραστηριότητας, φαίνεται δε ότι η έκκριση των υποθάλαμο-υποφυσιακών ορμονών συνδέεται στενά με τον 24ωρο κύκλο ύπνου-εγρήγορσης. Έτσι η ACTH και η κορτιζόνη παρουσιάζουν τις εκκριτικές τους αιχμές κατά το τελευταίο τρίτο της νύχτας.

Αντίθετα, η αυξητική ορμόνη εκκρίνεται κυρίως κατά το πρώτο τρίτο του ύπνου και η έκκριση της συνδέεται με τον ύπνο βραδέων κυμάτων. Πολλές ακόμη ορμόνες,

όπως ο θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, η προλακτίνη οι γοναδοτροπίνες και η αντιδιουρητική ορμόνη, εμφανίζουν τη μέγιστη εκκριτική τους αιχμή κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ η μελατονίνη εκκρίνεται αποκλειστικά κατά τη νύχτα.

1.5.ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΥΠΝΟΥ/ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ:

Έχουν αναγνωρισθεί τρία αλληλεπιδρώντα νευρωνικά συστήματα, τα οποία συμμετέχουν στην παραγωγή και ρύθμιση του κύκλου ύπνου/εγρήγορσης καθώς και των εναλλαγών μεταξύ του ύπνου REM/NREM: ένα σύστημα ρυθμιστικό της εγρήγορσης, ένα άλλο υπεύθυνο για την προαγωγή του ύπνου NREM και ένα τρίτο που ρυθμίζει την παραγωγή του ύπνου REM. Το σύστημα που ρυθμίζει το επίπεδο της εγρήγορσης εντοπίζεται στον ανιόντα ενεργοποιητικό δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους, με πολλαπλές προβολές σε περιοχές του στελέχους και του πρόσθιου εγκεφάλου. Τα κέντρα που ευθύνονται για την παραγωγή του ύπνου NREM εδράζονται κυρίως στην κοιλιοπλάγια προοπτική περιοχή, ενώ οι βασικές δομές που ρυθμίζουν το REM ύπνο είναι οι χολινεργικοί πλαγιοραχιαίοι πυρήνες της οροφής της γέφυρας. Όλα τα παραπάνω νευρωνικά συστήματα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ρυθμίζουν τον κύκλο ύπνου/εγρήγορσης. Οι υπερχιασματικοί πυρήνες του υποθαλάμου βηματοδοτούν επίσης την κερκαδιανή (ημερήσια) επέλευση του κύκλου ύπνου/εγρήγορσης (Rechtschaffen A, Kales A 1968).

Σύμφωνα με το επικρατέστερο θεωρητικό μοντέλο της «διπλής αμοιβαίας αλληλεπίδρασης για τη ρύθμιση ύπνου/εγρήγορσης» (two-process model of sleep regulation), η εναλλαγή μεταξύ ύπνου και εγρήγορσης προκύπτει ως αποτέλεσμα δύο διαδικασιών: μιας ομοιοστατικής διαδικασίας που καθορίζεται από την προοδευτικά και ποσοτικά αυξανόμενη ανάγκη για ύπνο (διαδικασία S) και μιας κερκαδιανής διαδικασίας (διαδικασία C) που υπόκειται στον έλεγχο της 24ωρης ρυθμικής ταλάντωσης του εσωτερικού βηματοδότη, που εδράζεται στους υπερχιασματικούς πυρήνες του υποθαλάμου, και προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές συνθήκες.

Αναφορικά με τους νευρομεταβιβαστές που εμπλέκονται στη ρύθμιση των διαφορετικών συνειδησιακών καταστάσεων, και διακινδυνεύοντας την

υπεραπλούστευση σύνθετων φαινομένων, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως βασικότεροι νευρομεταβιβαστές που συμμετέχουν στην διατήρηση της εγρήγορσης η ακετυλοχολίνη, η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη. Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και σε μικρότερο βαθμό η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη αποτελούν τους ρυθμιστές του ύπνου NREM. Τέλος, ο ύπνος REM σχετίζεται στενά με χολινεργικούς μηχανισμούς. Εντούτοις πολλοί ακόμη νευροδιαβιβαστές και νευροτροποποιητές συμμετέχουν ενεργά στους παραπάνω μηχανισμούς, όπως η υποκρετίνη/ορεξίνη, η ισταμίνη, το γλουταμικό, η γαλανίνη, η ουσία P, η αδενosίνη κ.α (Guilleminault C, Brooks SN 2001).

Τα τελευταία χρόνια, με την εφαρμογή των εξελιγμένων λειτουργικών νευροαποικονιστικών τεχνικών, όπως η λειτουργική μαγνητική τομογραφία, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, η τομογραφία εκπομπής φωτονίου κ.α., για τη μελέτη των δυναμικών μεταβολών της εγκεφαλικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια των διαφορετικών φάσεων του ύπνου, έχουν επιβεβαιωθεί πολλά από τα προηγούμενα ευρήματα, τα οποία δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου REM και NREM ενεργοποιούνται και απενεργοποιούνται, αντίστοιχα, διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές, που τελικά δίνουν γένεση στις διαφορετικές συνειδησιακές καταστάσεις του οργανισμού.

1.6.ΡΥΘΜΟΣ ΥΠΝΟΥ – ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ

Χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα, το φυσικό σωματικό ρολόι ακολουθεί κύκλο 24 ωρών. Η επίδραση εξωτερικών παραγόντων-όπως ο κύκλος ημέρας νύχτας, οι καθημερινές συνήθειες, οι ώρες γευμάτων και άλλοι εξωτερικοί συγχρονιστές-αναγκάζουν το άτομο να λειτουργεί με ένα ρολόι 24 ωρών(Waterhouse J, 1993).

Ο ύπνος επηρεάζεται από βιολογικούς ρυθμούς. Σε περίοδο 24 ωρών οι ενήλικοι κοιμούνται μία φορά, μερικές φορές δύο. Αυτός ο ρυθμός δεν υπάρχει κατά την γέννηση, αλλά αναπτύσσεται κατά τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής.

Σε μερικές γυναίκες, ο τύπος ύπνου αλλάζει κατά τη διάρκεια των φάσεων του καταμηνίου κύκλου. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι οι σύντομοι ύπνοι, σε διαφορετικούς χρόνους της ημέρας, διαφέρουν πολύ ως προς το περιεχόμενο τους σε ύπνο REM και μη-REM. Σε ένα άτομο που φυσιολογικά κοιμάται τη νύχτα, ένας σύντομος ύπνος το πρωί ή το απόγευμα ή νωρίς το βράδυ περιέχει πολύ λιγότερο. Προφανώς υπάρχει ένας κερκαδιανός κύκλος ο οποίος επηρεάζει την τάση για ύπνο REM(Shapiro CM, Flanigan MJ 1993).

Οι τύποι ύπνου δεν είναι ίδιοι, από άποψη φυσιολογίας, όταν κάποιος κοιμάται στη διάρκεια της ημέρας ή σε χρονική περίοδοι που ο οργανισμός του έχει συνηθίσει να είναι ξύπνιος. Τα ψυχολογικά και συμπεριφερσιολογικά αποτελέσματα του ύπνου διαφέρουν επίσης. Σε ένα κόσμο βιομηχανίας και επικοινωνιών, που συχνά λειτουργεί σε 24ωρη βάση, αυτές οι αλληλεπιδράσεις γίνονται διαρκώς πιο σημαντικές.

Ακόμα και σε άτομα τα οποία δεν εργάζονται τη νύχτα, η παρεμβολή διαφορετικών ρυθμών μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Το πιο γνωστό παράδειγμα είναι το jet-lag στο οποίο μετά από πτήση από τα ανατολικά προς τα δυτικά ένα άτομο προσπαθεί να πείσει το σώμα του να κοιμηθεί σε μια ώρα που είναι εκτός φάσης με μερικούς από τους κύκλους του σώματος. Οι περισσότεροι οργανισμοί προσαρμόζονται μέσα σε λίγες ημέρες, αλλά μερικοί χρειάζονται περισσότερο χρόνο. Αυτές οι καταστάσεις είναι πιο σοβαρές και προφανώς συνεπάγονται μακρόχρονη παρέμβαση στον κύκλο και στη απορρύθμιση του.

1.7.ΠΟΛΥΠΝΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ REM: (σταδια1,2,3,4)

Ο ύπνος αποτελείται από δυο φυσιολογικές καταστάσεις: τον ύπνο με μη ταχείες οφθαλμικές κινήσεις (μη-REM) και τον ύπνο με ταχείες οφθαλμικές κινήσεις (REM). Ο μη-REM ύπνος αποτελείται από τα στάδια 1 έως 4. συγκριτικά με την πλήρη εγρήγορση, οι περισσότερες φυσιολογικές λειτουργίες είναι σημαντικά μειωμένες κατά τη διάρκεια του μη-REM ύπνου. Ο ύπνος REM αποτελεί ποιοτικά διαφορετικό είδος ύπνου, που χαρακτηρίζεται από έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα όμοια με αυτά της πλήρους εγρήγορσης. Περίπου 90 λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου, ο μη-REM ύπνος υποχωρεί στο πρώτο επεισόδιο REM της νύχτας. Αυτός ο λανθάνων χρόνος REM, διάρκειας 90 λεπτών, είναι ένα σταθερό εύρημα σε φυσιολογικούς ενήλικους. Συχνά εμφανίζεται μία βράχυνση του λανθάνοντος χρόνου REM σε διαταραχές, όπως κατάθλιψη και η ναρκοληψία. Το ΗΕΓ καταγράφει τις ταχείες οφθαλμικές κινήσεις, οι οποίες είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της κατάστασης ύπνου (στον ύπνο μη-REM δεν υπάρχουν λίγες ταχείες οφθαλμικές κινήσεις). Ο τύπος του ΗΕΓ αποτελείται από τυχαία γρήγορη, χαμηλού δυναμικού δραστηριότητα με πριονωτά κύματα. Το ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ) δείχνει εκσεσημασμένη μείωση του μυϊκού τόνου (Dement W, Kleitman N 1975).

Σε φυσιολογικά άτομα ο ύπνος μη-REM είναι μια ήρεμη κατάσταση σε σχέση με την εγρήγορση. Η συχνότητα των σφύξεων τυπικά επιβραδύνεται κατά 5-10 παλμούς/λεπτό, κάτω από το επίπεδο της εγρήγορσης εν ηρεμία και είναι πολύ ομαλή. Η αναπνοή συμπεριφέρεται κατά τον ίδιο τρόπο. Η αρτηριακή πίεση επίσης τείνει να είναι χαμηλή, με λίγες μεταβολές από λεπτό σε λεπτό. Το δυναμικό ηρεμίας των μυών του μυϊκού συστήματος είναι χαμηλότερο στον ύπνο REM παρά στην κατάσταση εγρήγορσης. Στον ύπνο μη-REM εμφανίζονται επεισοδιακές ακούσιες κινήσεις του σώματος. Υπάρχουν λίγες ή και καθόλου ταχείες οφθαλμικές κινήσεις και σπάνια στύσεις. Η αιματική ροή στους περισσότερους ιστούς, συμπεριλαμβανομένης της εγκεφαλικής αιματικής ροής, είναι επίσης ελαφρά μειωμένη (McGuinty DJ, Drucker-Colin R 1982).

Τα βαθύτερα τμήματα του ύπνου μη-REM (τα στάδια 3 και 4) συνδέονται μερικές φορές με ασυνήθιστα χαρακτηριστικά αφύπνισης. Όταν τα άτομα αφυπνίζονται ½ έως 1 ώρα μετά την έναρξη του ύπνου-συνήθως στο στάδιο βραδέων κυμάτων-είναι

αποπροσανατολισμένα και η σκέψη τους είναι αποδιοργανωμένη (O' Hara BF, Young KA, Watson FL, Heller HC, Kilduff T, 1993). Σύντομες αφυπνίσεις από το στάδιο βραδέων κυμάτων-συνδέονται επίσης με αμνησία των γεγονότων, τα οποία συνέβησαν κατά τη διάρκεια της αφύπνισης. Η αποδιοργάνωση κατά τη διάρκεια της αφύπνισης από τα στάδια 3 και 4 μπορεί να οδηγήσει σε ειδικά προβλήματα, μεταξύ των οποίων είναι η ενούρηση, η υπνοβασία και οι εφιάλτες ή οι νυκτερινοί τρόμοι του σταδίου 4(Parmeggiani P, 1979).

Πολυγραφικές μετρήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου REM δείχνουν ανώμαλους τύπους, που μερικές φορές πλησιάζουν τους τύπους της πλήρους εγρήγορσης. Πράγματι, αν κάποιος δεν γνώριζε τη συμπεριφερσιολογική κατάσταση του ατόμου και συνέβαινε να καταγράφει μια ποικιλία φυσιολογικών παραμέτρων (όχι όμως τον μυϊκό τόνο) κατά τη διάρκεια των περιόδων REM, τότε αναμφίβολα θα κατέληγε στο συμπέρασμα ότι το άτομο ή το ζώο βρίσκονταν σε κατάσταση ενεργού εγρήγορσης. Λόγω αυτής της παρατήρησης, ο ύπνος REM έχει επίσης ονομαστεί παράδοξος ύπνος. Ο σφυγμός, η αναπνοή και η αρτηριακή πίεση είναι όλα υψηλά κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, πολύ υψηλότερα απ' ό,τι κατά τη διάρκεια του μη-REM ύπνου, και αρκετά συχνά υψηλότερα απ' ό,τι κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης.

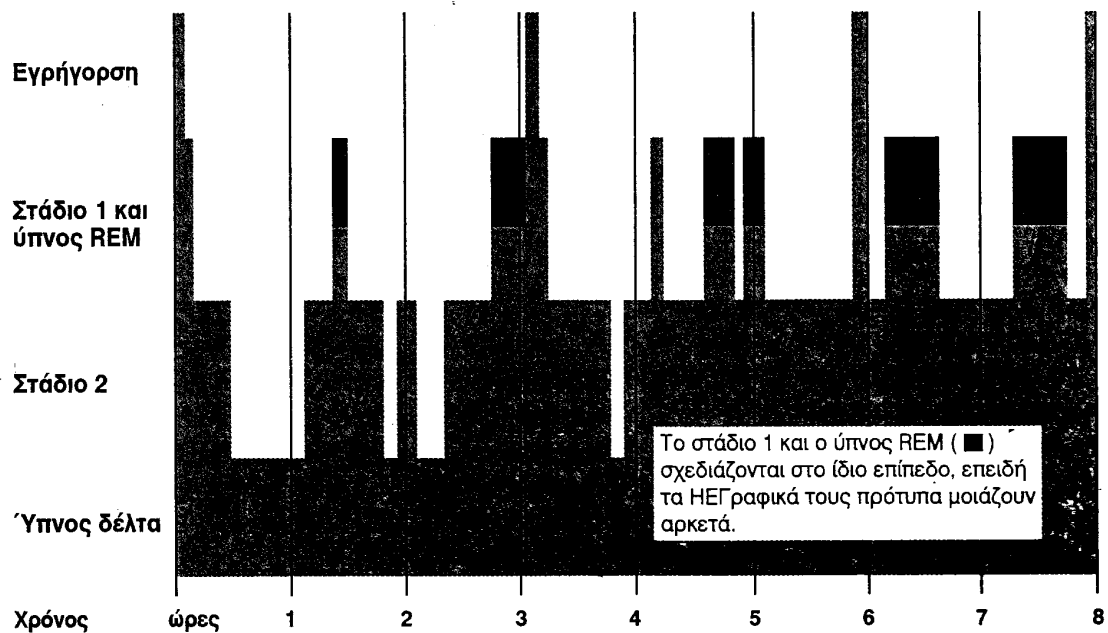
Ακόμα πιο εντυπωσιακή από το επίπεδο των τιμών ή το ρυθμό είναι η μεταβλητότητα από λεπτό σε λεπτό. Η κατανάλωση του εγκεφαλικού οξυγόνου αυξάνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου REM. Η ανταπόκριση του αναπνευστικού συστήματος σε αυξημένα επίπεδα διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) καταστέλλεται, έτσι ώστε δεν παρατηρείται αύξηση του όγκου εισπνεόμενου αέρα όταν αυξάνεται η μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα (PCO₂). Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM η θερμοκρασία μεταβάλλεται(Parmeggiani P, 1979). Σε αντίθεση με την ομοιοθερμική κατάσταση της ρύθμισης της θερμοκρασίας, η οποία παρατηρείται κατά τη διάρκεια της πλήρους εγρήγορσης ή του μη-REM ύπνου, στη διάρκεια του ύπνου REM εμφανίζεται μια ποικιλοθερμική κατάσταση (δηλαδή κατάσταση στην οποία η θερμοκρασία του ζώου ποικίλλει ανάλογα με τις αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος μέσου).

Η ποικιλοθερμία, είναι χαρακτηριστικό των ερπετών, οδηγεί σε αδυναμία ανταπόκρισης στις αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος με ρίγος ή

εφίδρωση, οποιαδήποτε είναι κατάλληλο για να διατηρηθεί η θερμοκρασία του σώματος. Σχεδόν κάθε περίοδος REM συνοδεύεται από μερική ή πλήρη στύση του πέους(Zales MR 1982).

Έχει αποδειχθεί ότι αυτό το εύρημα είναι σημαντικής κλινικής αξίας στην εκτίμηση του αιτίου της ανικανότητας. Η μελέτη της νυχτερινής διόγκωσης του πέους είναι μια από τις πιο συχνά ζητούμενες εργαστηριακές δοκιμασίες ύπνου. Μια άλλη φυσιολογική αλλαγή που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου REM είναι η σχεδόν ολική παράλυση των σκελετικών μυών, λόγω αυτής της κινητικής αναστολής, η κίνηση του σώματος απουσιάζει κατά τη διάρκεια του ύπνου REM. Πιθανόν το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του ύπνου REM είναι τα όνειρα. Άτομα τα οποία αφυπνίζονται συχνά κατά τη διάρκεια του ύπνου REM (στο 60-90% του χρόνου) αναφέρουν ότι έβλεπαν όνειρα. Τα όνειρα στη διάρκεια του ύπνου REM είναι αφηρημένα και παράξενα. Όνειρα μπορεί να συμβαίνουν κατά το REM ύπνο, αλλά είναι πιο ξεκάθαρα και λογικά (Hobson AJ 1990).

Η κυκλική φάση του ύπνου είναι αρκετά ομαλή και σταθερή. Μία περίοδος REM εμφανίζεται κάθε 90-100 λεπτά κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η πρώτη περίοδος REM τείνει να είναι η συντομότερη και διαρκεί συνήθως λιγότερο από 10 λεπτά. Οι τελευταίες περίοδοι REM μπορεί να διαρκούν 15-40 λεπτά η καθεμιά. Ο περισσότερος χρόνος REM εμφανίζεται στο τελευταίο 1/3 της νύχτας, ενώ ο περισσότερος ύπνος 4^{ου} σταδίου εμφανίζεται στο πρώτο 1/3 της νύχτας(Czeisler CA, Weitzman ED, Moore-Ede MC, Zimmerman JC, Knaner RS, 1980).



Τυπική εικόνα ύπνου σε νέο ενήλικα.(από P.Hauri: The Sleep Disorders, p 8.Current Concepts, Urjohn, Kalamazoo, Mich 1982).

Οι τύποι του ύπνου αλλάζουν κατά τη διάρκεια της ζωής. Στη νεογνική περίοδο, ο ύπνος REM αντιπροσωπεύει ποσοστό μεγαλύτερο απ' το 50% του συνολικού ύπνου. Επιπλέον, τα νεογέννητα μεταβαίνουν κατευθείαν απ' την πλήρη εγρήγορση στον ύπνο REM. Στην ηλικία των 4 μηνών, ο τύπος μετατοπίζεται, έτσι ώστε το συνολικό ποσοστό του ύπνου REM πέφτει κάτω απ' το 40% η είσοδος στον ύπνο εμφανίζεται με μια αρχική περίοδο ύπνου μη-REM. Στη νεαρή ενήλικη ζωή, η κατανομή των σταδίων είναι η ακόλουθη:

- Στάδιο 1: 5%
 - Στάδιο 2: 45%
 - Στάδιο 3: 12%
 - Στάδιο 4: 13%
- REM (25%)

Αυτή η κατανομή παραμένει σχετικά σταθερή έως και σε μεγάλη ηλικία, αν και στους ηλικιωμένους εμφανίζεται μία μείωση, τόσο στο στάδιο βραδέων κυμάτων, όσο και στον ύπνο REM.

1.8.Ο ΥΠΝΟΣ N-REM ENANTI TOY ΥΠΝΟΥ REM:

ΥΠΝΟΣ N-REM: Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) του ύπνου NREM χαρακτηρίζεται από επιβράδυνση της συχνότητας και αύξηση του δυναμικού συγκριτικά με το χαμηλό δυναμικό (10-30 micro volts) και την ταχεία συχνότητα (16-25 Hz) της πλήρους εγρήγορσης. Η εγρήγορση κατά την ηρεμία, με τα μάτια κλειστά, συνοδεύεται από κύματα α συχνότητας 8-12 Hz και δυναμικού 20-40 micro volts στο HEΓ, που επιβραδύνονται και μειώνονται κατά τον ύπνο. Όταν ο ουδός αφύπνισης είναι πολύ ψηλός (δηλαδή, όταν είναι πιο δύσκολο να ξυπνήσει κάποιος), το HEΓ του ύπνου NREM αποτελείται από κύματα 0,5-2 Hz των 75 micro volts και μεγαλύτερα, που γι' αυτό ονομάζεται ύπνος βραδέων κυμάτων. Το ηλεκτροοφθαλμογράφημα (HOΓ) δείχνει ταχείες οφθαλμικές κινήσεις κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Αυτές μεταπίπτουν σε βραδείες οφθαλμικές κινήσεις κατά τη μετάβαση προς τον NREM ύπνο όπως και κατά τη διάρκεια του ύπνου βραδέων κυμάτων. Το ηλεκτρομυογράφημα (HΜΓ), μεγάλου εύρους κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης, προοδευτικά ελαττώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου NREM παρότι αλλαγή στάσης του σώματος και μερικές κινήσεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του NREM.

ΥΠΝΟΣ REM: Σε μεγάλη αντίθεση με τον ύπνο N-REM, το HEΓ του ύπνου REM επιστρέφει προς τα χαμηλού δυναμικού, μεικτής συχνότητας κύματα που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια του ελαφρού ύπνου. Το HΜΓ μειώνεται στο χαμηλότερο επίπεδο που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στην πραγματικότητα, υπάρχει παράλυση των περισσότερων μειζόνων μυϊκών ομάδων που υπόκεινται σε εκούσιο έλεγχο, μέσω μιας διεργασίας μετασυναπτικής αναστολής του κινητικού νευρώνα στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό. Το HOΓ δείχνει ριπές ταχειών οφθαλμικών κινήσεων, από τις οποίες πήρε το όνομα του αυτό το στάδιο ύπνου.

Ο ύπνος REM χαρακτηρίζεται από τονικά και φασικά χαρακτηριστικά. Τα τονικά χαρακτηριστικά του REM περιλαμβάνουν την επιμένουσα, καθ' όλη του τη διάρκεια, πλήρη κατάργηση του μυϊκού τόνου και το αποσυγχρονισμένο HEΓ.

Τα φασικά χαρακτηριστικά του REM ύπνου είναι διαλείποντα, όπως οι οφθαλμικές κινήσεις του REM, που συμβαίνουν κατά ριπάς, μετά από τις οποίες ακολουθούν

περίοδοι ακινησίας των οφθαλμών. Συζευγμένες με τις ριπές των οφθαλμικών κινήσεων είναι οι φασικές μυϊκές συσπάσεις, που χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν περιφερικούς μύες, που καλύπτουν τη μυϊκή ατονία (<http://www.oikogeneiakoi-iatroi.gr>).

1.9.ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η επικρατούσα σήμερα άποψη είναι ότι δεν υπάρχει ένα απλό κέντρο ύπνου, αλλά ένας μικρός αριθμός από αλληλοσυνδεδεμένα συστήματα ή κέντρα, που εντοπίζονται κυρίως στο εγκεφαλικό στέλεχος και που ενεργοποιούνται αμοιβαία και αναστέλλουν το ένα το άλλο. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν το ρόλο της σεροτονίνης στη ρύθμιση του ύπνου. Η παρεμπόδιση της σύνδεσης της σεροτονίνης ή η καταστροφή του



ραχιαίου πυρήνα της ραφής του εγκεφαλικού στελέχους, ο οποίος περιέχει σχεδόν όλα τα σεροτονινεργικά κυτταρικά σώματα του εγκεφάλου, μειώνει τον ύπνο για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα. Η σύνδεση και η απελευθέρωση της σεροτονίνης από τους σεροτονινεργικούς νευρώνες επηρεάζονται από τη διαθεσιμότητα των πρόδρομων αμινοξέων αυτού του νευροδιαβιβαστή, όπως η L-τρυπτοφάνης συνδέεται με λιγότερο χρόνο ύπνου REM(Williams RL, Karacan I, Hirsch CJ, 1974).

Οι νευρώνες περιέχουν νορεπινεφρίνη, των οποίων τα κυτταρικά σώματα βρίσκονται στον υπομέλανα τόπο, παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των τύπων του φυσιολογικού ύπνου. Φάρμακα και χειρισμοί που αυξάνουν την ενεργοποίηση αυτών των νοραδρενεργικών νευρώνων προκαλούν σαφή μείωση του ύπνου REM (REM-off νευρώνες) και αύξηση της πλήρους εγρήγορσης. Η ηλεκτρική διέγερση του υπό μέλανος τόπου στον άνθρωπο, με μόνιμα εμφυτεύματα ηλεκτρόδια (για τον έλεγχο της σπαστικότητας) απορυθμίζει φανερά όλες τις παραμέτρους του ύπνου(Wauquier A, Monti JM, Gaillard JM, Radulovacki MR, 1985).

Η ακετυλοχολίνη του εγκεφάλου εμπλέκεται επίσης στον ύπνο, ειδικά στην παραγωγή του ύπνου REM. Σε μελέτες σε ζώα, η έγχυση χολινεργικών-μουσκαρινικών αγωνιστών στους νευρώνες του δικτυωτού σχηματισμού της γέφυρας (REM-on νευρώνες) οδηγεί σε μετάπτωση από την πλήρη εγρήγορση στον ύπνο REM. Οι διαταραχές της κεντρικής χολινεργικής δραστηριότητας συνδέονται με τις αλλαγές του ύπνου που παρατηρούνται στη μείζονα κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί αρρώστοι συγκρινόμενοι με υγιή άτομα και με ομάδα ελέγχου από μη καταθλιπτικούς αρρώστους, εμφανίζουν εκσεσημασμένες απορυθμίσεις των τύπων του ύπνου REM. Αυτές οι απορυθμίσεις περιλαμβάνουν μειωμένο λανθάνοντα χρόνο REM (≤ 60 λεπτά), μεγαλύτερη εκατοστιαία αναλογία ύπνου REM και μια μετατόπιση στην κατανομή του ύπνου REM από το δεύτερο στο πρώτο ήμισυ της νύχτας. Η χορήγηση ενός μουσκαρινικού αγωνιστή, όπως η αρεκολίνη, σε καταθλιπτικούς αρρώστους κατά τη διάρκεια της πρώτης ή δεύτερης περιόδου μη-REM, οδηγεί σε ταχεία έναρξη ύπνου REM. Υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη συνδέεται με μια υποκείμενη υπεραυεσθησία στην ακετυλοχολίνη.

Φάρμακα τα οποία μειώνουν τον ύπνο REM, όπως τα αντικαταθλιπτικά, έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην κατάθλιψη. Πράγματι, περίπου οι μισοί από τους αρρώστους με μείζονα κατάθλιψη δοκιμάζουν προσωρινή βελτίωση όταν υποβάλλονται σε στέρηση ή περιορισμό του ύπνου τους. Αντίθετα, η ρεζερπίνη, η οποία είναι ένα από τα λίγα φάρμακα που αυξάνουν τον ύπνο REM, προκαλεί επίσης κατάθλιψη.

Πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer εμφανίζουν διαταραχές του ύπνου, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μειωμένο REM και ύπνο βραδέων κυμάτων. Ως αιτία αυτών των αλλαγών έχει ενοχοποιηθεί η απώλεια των χολινεργικών νευρώνων στο βασικό μετωπιαίο εγκέφαλο. Η έκκριση μελατονίνης από την επίφυση αναστέλλεται από το έντονο φως, έτσι ώστε οι χαμηλότερες συγκεντρώσεις μελατονίνης στον ορό εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο υπερχιασματικός πυρήνας του υποθαλάμου μπορεί να δρα ως ανατομική θέση ενός κερκαδιανού βηματοδότη, ο οποίος ρυθμίζει την έκκριση μελατονίνης και την είσοδο του εγκεφάλου σε ένα 24ωρο ύπνου-εγρήγορσης.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ντοπαμίνη έχει διεγερτικό αποτέλεσμα. Φάρμακα που αυξάνουν τη ντοπαμίνη του εγκεφάλου τείνουν να προκαλούν αφύπνιση και πλήρη εγρήγορση. Αντίθετα, οι αναστολείς της ντοπαμίνης, όπως η πιμοζίδη (Pirgim) και οι φαινοθειαζίνες, τείνουν να αυξάνουν το χρόνο του ύπνου.

Ένας υποθετικός ομοιοστατικός οδηγός του ύπνου, ίσως με τη μορφή ενδογενούς ουσίας – διεργασίας S- μπορεί να συσσωρεύεται στη διάρκεια εγρήγορσης και να δρα στην παραγωγή ύπνου. Ένα άλλο συστατικό-διεργασία- C- μπορεί να δρα ως ρυθμιστής της θερμοκρασίας του σώματος και της διάρκειας ύπνου.

1.10.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η λειτουργία του ύπνου έχει εξετασθεί με ποικίλους τρόπους. Οι περισσότεροι ερευνητές συμπεραίνουν ότι ο ύπνος εξυπηρετεί μια διορθωτική, ομοιοστατική λειτουργία. Ο ύπνος φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην φυσιολογική θερμορύθμιση και τη διατήρηση της ενέργειας (Koella WP, 1983).

1.11.ΣΤΕΡΗΣΗ ΥΠΝΟΥ

Παρατεταμένες περίοδοι στέρησης ύπνου οδηγούν μερικές φορές σε αποδιοργάνωση του ΕΓΩ, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Η στέρηση σε άτομα, του ύπνου REM, με αφύπνιση τους κατά την έναρξη των κύκλων REM προκαλεί αύξηση του αριθμού των περιόδων REM και της ποσότητας του ύπνου REM (αύξηση εξ αντιδράσεως) όταν τους επιτραπεί να κοιμηθούν χωρίς διακοπή. Οι άρρωστοι με στέρηση ύπνου REM μπορεί να εμφανισθούν ευερεθιστότητα και λήθαργο (McGuinty DJ, Drucker-Colin R, 1982).

Σε μελέτες με αρουραίους έχει φανεί ότι η στέρηση ύπνου προκαλεί ένα σύνδρομο το οποίο περιλαμβάνει εξασθενημένη εμφάνιση, δερματικές βλάβες, αυξημένη πρόσληψη τροφής, απώλεια βάρους, αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, μειωμένη θερμοκρασία σώματος και θάνατο.

1.12.ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΠΝΟΥ

Μερικά άτομα που κοιμούνται κατά κανόνα λίγο, χρειάζονται λιγότερες από 6 ώρες ύπνου κάθε βράδυ και λειτουργούν επαρκώς. Τα άτομα που κοιμούνται πολύ, είναι αυτά που χρειάζονται πάνω από 9 ώρες ύπνου κάθε βράδυ και λειτουργούν επαρκώς. Αυτά τα άτομα έχουν περισσότερες περιόδους REM και περισσότερες ταχείες οφθαλμικές κινήσεις σε κάθε περίοδο (γνωστή ως πυκνότητα REM) σε σχέση με τα άτομα που κοιμούνται λίγο. Αυτές οι κινήσεις θεωρούνται μερικές φορές ως μέτρο της έντασης του ύπνου REM και σχετίζονται με την ζωντάνια του ονείρου. Αυτοί που κοιμούνται πολύ τείνουν να είναι ήπια καταθλιπτικοί, αγχώδεις και κοινωνικά αποσυρμένοι. Αύξηση των αναγκών του ύπνου εμφανίζεται με σωματική εργασία, άσκηση, ασθένεια, εγκυμοσύνη, γενικό ψυχικό στρες και αυξημένη πνευματική δραστηριότητα. Οι περίοδοι REM αυξάνουν μετά από έντονα ψυχολογικά ερεθίσματα, σε δύσκολες καταστάσεις μάθησης και στρες, όπως και μετά από χρήση χημικών ουσιών ή φαρμάκων τα οποία τα οποία ελαττώνουν τις κατεχολαμίνες του εγκεφάλου (Akerstedt T, 1988).

1.13.Ο ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟΣ ΥΠΝΟΣ

Ο απογευματινός ύπνος είναι για πολλούς ανθρώπους τόσο απόλαυση όσο και ανάγκη. Έστω και 30 λεπτά καθημερινά μπορεί να έχουν ευεργετική επίδραση στον οργανισμό μας, φτάνει να γίνεται σε μόνιμη βάση. Ο απογευματινός ύπνος δεν έχει αρνητικές επιδράσεις στη διάρκεια και ποιότητα του νυκτερινού, ενώ βελτιώνει τη συνολική απόδοση της μνήμης, διότι απαλλάσσει τον εγκέφαλο από την υπερβολική φόρτωση πληροφοριών. Η βιολογική ανάγκη για τον απογευματινό ύπνο, όταν ικανοποιείται, έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στους νέους όσο και στους ηλικιωμένους. Σε νέους ενήλικες, αυξάνει και βελτιώνει την πνευματική ετοιμότητα και εγρήγορση, ενώ στους ηλικιωμένους μπορεί να αναπληρώνει το έλλειμμα ύπνου που παρατηρείται τη νύκτα και κατ' επέκταση βοηθάει στη διατήρηση της καλής τους υγείας (<http://www.medlook.net> 02-03-2005).

1.14.ΟΙ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ

Σε μια σειρά από λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού παρατηρούνται περιοδικές διακυμάνσεις μεταξύ μεγίστης και ελαχίστης ενεργοποίησής τους, με περίοδο το 24ώρο (π.χ. θερμογένεση, αρτηριακή πίεση, έκκριση ορισμένων ορμονών) (Moore-Ede *et al.* 1982). Οι βιολογικοί αυτοί ρυθμοί που παρουσιάζουν περιοδική διακύμανση με περίοδο το 24ώρο, καλούνται **κίρκαδιανοί** ή **ημερονόκτιοι ρυθμοί**.

Οι κίρκαδιανοί, όπως και οι άλλοι βιολογικοί ρυθμοί, έχουν ενδογενή χαρακτήρα. Πειράματα έχουν αποδείξει ότι και αν ακόμη ο άνθρωπος κληθεί να διαβιώσει σε περιβάλλον χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. εναλλαγές ημέρας-νύχτας, θερμοκρασίας κλπ.), οι βιολογικοί ρυθμοί εξακολουθούν να υφίστανται χωρίς σημαντική διατάραξη (Wever, 1979). Ταυτόχρονα όμως, έχει αποδειχθεί ότι μία σειρά από παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος, με περιοδικές ή όχι εναλλαγές, μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στους βιολογικούς ρυθμούς. Έτσι, για παράδειγμα, η εναλλαγή ημέρας-νύχτας, το ωράριο εργασίας, ή οι ώρες λήψης των γευμάτων, επιδρούν στους κίρκαδιανούς ρυθμούς. Οι παράγοντες με περιοδικές εναλλαγές οι οποίοι επιδρούν στους βιολογικούς ρυθμούς, αποκαλούνται και **συγχρονιστές**.

Σχετικά με τον χρόνο αναπροσαρμογής των κίρκαδιανών βιολογικών ρυθμών, θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι αυτός δεν είναι ο ίδιος για όλους τους ρυθμούς. Επιπλέον, ο χρόνος αυτός εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως:

- **το ίδιο το άτομο:** υπάρχουν άνθρωποι που αναπροσαρμόζονται γρηγορότερα από άλλους, π.χ. η αναπροσαρμογή της περιοδικής αλλαγής της θερμοκρασίας μπορεί σε ορισμένα άτομα να γίνει σε 5 ημέρες, ενώ σε άλλα σε 7.
- **κατεύθυνση αλλαγής του συγχρονιστού:** έχει παρατηρηθεί ότι οι βιολογικοί ρυθμοί αναπροσαρμόζονται αργότερα όταν ένας εργαζόμενος που εργάζεται την ημέρα, αρχίζει να εργάζεται την νύχτα, απ' ότι όταν ένας εργαζόμενος που εργάζεται τη νύχτα, αρχίσει να εργάζεται την ημέρα. Ακόμη, η αναπροσαρμογή των βιολογικών ρυθμών είναι ταχύτερη όταν ένας Ευρωπαίος μεταβεί στην Αμερική, απ' ότι όταν θα επιστρέψει στην Ευρώπη.

– **περίοδος του συγχρονιστή:** για να υπάρξει αναπροσαρμογή των κερκαδιανών ρυθμών, θα πρέπει οι συγχρονιστές να έχουν περίοδο 24 ωρών. Διαφορετικά, εάν οι συγχρονιστές έχουν είτε μεγαλύτερη είτε μικρότερη περίοδο, οι βιολογικοί ρυθμοί ακολουθούν την ενδογενή περιόδό τους.

Οι αυξομειώσεις που παρουσιάζουν οι κερκαδιανοί βιολογικοί ρυθμοί κατά τη διάρκεια του 24ωρου, έχουν ως αποτέλεσμα αντίστοιχα την αυξομείωση σημαντικών δυνατοτήτων και λειτουργιών που ο άνθρωπος χρησιμοποιεί κατά την εργασία του (Folkard & Monk, 1979). Για παράδειγμα, έχει

παρατηρηθεί ότι η εγρήγορση, η ικανότητα απομνημόνευσης και συγκέντρωσης της προσοχής, μειώνονται κατά τις νυχτερινές ώρες. Επίσης, κατά τις νυχτερινές ώρες ο οργανισμός είναι λιγότερο ανθεκτικός σε κάποιους παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως για παράδειγμα, ορισμένες τοξικές ουσίες, το θόρυβο, ή τη χαμηλή θερμοκρασία.

Συνέπειες των παραπάνω είναι ότι όταν ο άνθρωπος καλείται να εργαστεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, τότε:

- χρειάζεται να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια απ' ό,τι την ημέρα, δεδομένου ότι μια σειρά από βιολογικές του λειτουργίες βρίσκονται στη φάση της ελάχιστης δραστηριότητας,
- η πιθανότητα λαθών και ατυχημάτων αυξάνεται,
- ο τρόπος εργασίας πιθανόν να αλλάζει.

1.15.ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψιν οι βιολογικοί ρυθμοί του οργανισμού. Πολλές από τις μεταβολικές λειτουργίες του (θερμοκρασία, εγκεφαλική λειτουργία) ακολουθούν ένα 24ωρο ρυθμό. Για το λόγο αυτό χρειάζεται τα άτομα να ξυπνούν την ίδια ώρα κάθε πρωί, ώστε να νιώθουν κουρασμένα περίπου την ίδια ώρα κάθε βράδυ. Είναι απαραίτητο επίσης να μην αγνοείται η κούραση και ο ύπνος να αρχίζει όταν το σώμα δείχνει ότι έφθασε η ώρα γι' αυτό. Αντίθετα, δεν ωφελεί τα άτομα να πηγαίνουν στο κρεβάτι, όταν δεν είναι κουρασμένα.

Η βελτίωση του περιβάλλοντος βοηθά για ένα καλύτερο ύπνο. Εάν υπάρχει άνεση, ανάπαυση και γαλήνη στην κρεβατοκάμαρά, τότε οι πιθανότητες ο ύπνος να



είναι ικανοποιητικός, είναι μεγαλύτερες. Προκειμένου να γίνει αυτό, χρειάζεται το δωμάτιο να έχει τη σωστή θερμοκρασία, να είναι αρκετά σκοτεινό και να προστατεύεται από το θόρυβο. Το στρώμα επίσης του κρεβατιού δεν θα πρέπει να είναι ούτε πολύ σκληρό ούτε πολύ

μαλακό. Η κρεβατοκάμαρα είναι καλό να χρησιμοποιείται μόνο για ύπνο και για σεξ και όχι για δουλειά ή τηλεόραση, ώστε το σώμα να μαθαίνει ότι στο χώρο αυτό μόνο χαλαρώνει και κοιμάται.

Για ποιοτικά και ποσοτικά καλό ύπνο είναι σημαντικό να αποφεύγονται διεγερτικές ουσίες, όπως είναι ο καφές, κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Επίσης, και η νικοτίνη ανήκει σ' αυτή την κατηγορία, παρά την λανθασμένη εντύπωση ότι το κάπνισμα προκαλεί χαλάρωση. Το αλκοόλ αντίθετα είναι ουσία κατασταλτική και αν καταναλωθεί πριν τον ύπνο βοηθάει να αποκοιμηθεί το άτομο. Ωστόσο, επηρεάζει πολύ την ποιότητα του ύπνου, αφού διαταράσσει τον κανονικό ρυθμό των φάσεων του και μπορεί να προκαλέσει συχνές νυχτερινές αφυπνίσεις, ενώ το πρωί δεν η αφύπνιση είναι μη αναζωογονημένη και ξεκούραστη.

Μια από τις συχνότερες αιτίες της αϋπνίας είναι η ψυχολογική αναστάτωση κάθε μορφής. Είναι απαραίτητα λοιπόν η χαλάρωση και η αποβολή των ανησυχιών και του άγχους, προτού τον ύπνο.

Επίσης, οι ασκήσεις χαλάρωσης βοηθούν για ένα πιο ποιοτικό ύπνο. Τα άτομα μπορούν ενσυνείδητα να εστιάσουν την προσοχή τους σε κάθε μέρος του σώματός τους και να χαλαρώσουν. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν από τα δάκτυλα του ποδιού και πηγαίνουν μέχρι το κεφάλι. Μπορούν να φέρουν στο μυαλό τους μια σκηνή που τους ηρεμεί, να συγκεντρωθούν στο ρυθμό της αναπνοής τους ή να επαναλάβουν για λίγο μια λέξη ή μια φράση. Αν ασκείται το σώμα καθημερινά, μπορεί ο ύπνος να βελτιωθεί. Προσοχή όμως γιατί η σωματική άσκηση πριν από τον ύπνο επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

Ας μην ξεχνάμε ότι ο τρόπος ζωής μας είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου. Μικρές αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορούν να έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα στον ύπνο. Παράλληλα, σε συνδυασμό με σωματική άσκηση και υγιεινή διατροφή βελτιώνεται ουσιαστικά η ποιότητα της ζωής και οδηγούμαστε στη μακροζωία (**<http://www.iator.gr>**)

1.16.ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Τουλάχιστον 7 ώρες ύπνου καθημερινά μπορούν να προσφέρουν πολλά στον οργανισμό μας. Επιδρούν θετικά στο μεταβολισμό της γλυκόζης, μειώνουν την όρεξη μας, βοηθούν στο να μη βάζουμε περιττά κιλά,

μας προστατεύουν από το διαβήτη και γενικά μας κάνουν να νιώθουμε καλύτερα. Όταν κοιμόμαστε αρκετά έχουμε περισσότερες πιθανότητες να διατηρούμε το ιδανικό σωματικό μας βάρος, να εμφανίζουμε λιγότερα προβλήματα υγείας και να νιώθουμε πιο όμορφα. Βέβαια, καλό είναι να μην φτάνουμε στο άλλο άκρο και κοιμόμαστε πάρα πολλές ώρες, γιατί τότε ο ύπνος αρχίζει να επιδρά αρνητικά στον οργανισμό μας. Ο ποιοτικός ύπνος ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό μας σύστημα που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού εναντίον των μικροβίων. Από την άλλη, καθώς η αρτηριακή πίεση χαμηλώνει όταν κάποιος κοιμάται, η απουσία ικανοποιητικού ύπνου μπορεί να γίνει αιτία υψηλής πίεσης και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο εγκέφαλος μας δεν παραμένει σε απαθή κατάσταση. Αντίθετα, είναι ενεργός, ανανεώνεται άμεσα συνδεδεμένες με το πόσο κοιμόμαστε κάθε βράδυ. Ο ποιοτικά και ποσοτικά καλός ύπνος είναι καίριας σημασίας για την ενημέρωση, βελτίωση και συντήρηση της μνήμης μας. Μας βοηθάει να λύνουμε προβλήματα τα οποία μας δυσκόλευαν προτού κοιμηθούμε και διατηρεί τον έλεγχο των σωματικών λειτουργιών, όπως είναι η αναπνοή. Επεξεργάζεται, επίσης, τα προβλήματα που έχουμε συναντήσει κατά τη διάρκεια της ημέρας, αναδιοργανώνει τις πληροφορίες που έχουμε συλλέξει και τις αποθηκεύει στη μνήμη. Η ικανότητα επίλυσης διαφόρων προβλημάτων και η δημιουργικότητα είναι (<http://www.iator.gr> 01-04-2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο



2.ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Στρεσογόννες καταστάσεις, όπως μία εξέταση, δυσκολίες στις σχέσεις συχνά προκαλούν διαταραχές ύπνου. Ένας άλλος παράγοντας είναι η σύνδεση του υπνοδωματίου, του κρεβατιού και της ρουτίνας που ακολουθεί κάποιος πριν πάει για ύπνο, λόγω ύπαρξης ενός στρεσογόννου παράγοντα (όπως η εξέταση). Ακόμα και αν φύγει ο στρεσογόννος παράγοντας οι δυσκολίες στον ύπνο παραμένουν, καθώς έχει γίνει ήδη η σύνδεση. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Ακόμα και οι σκέψεις οι οποίες δεν αφορούν τον ύπνο, όπως μελλοντικά σχέδια ‘brainstorming’, ή η αναπόληση των γεγονότων της ημέρας που πέρασε είναι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αυπνίας (Παπαδάτου Δανάη, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1995).

ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΠΝΟΥ: Ο όρος αυτός αναφέρεται στις καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες που δεν βοηθούν τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου στον ύπνο. Παραδείγματα αποτελούν οι μικρής διάρκειας ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι υπερβολικές ώρες στο κρεβάτι, ακανόνιστο ωράριο ύπνου, παθητικότητα, χρήση ουσιών δεν βοηθούν τον ύπνο, όπως καφεΐνη, σωματική άσκηση πριν τον ύπνο, ένα κακό περιβάλλον ύπνου (π.χ. κακό κρεβάτι, άβολο μαξιλάρι, κακές συνθήκες φωτισμού, κλπ) (<http://psychologiein.wordpress.com/10/12/08>).

ΗΛΙΚΙΑ: Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στη διάρκεια του ύπνου όπως και στη διαμόρφωση της εσωτερικής του αρχιτεκτονικής. Με την πάροδο της ηλικίας ο μέσος χρόνος ύπνου μειώνεται από τις 16-18 ώρες που κοιμάται το νεογέννητο, στις 8 ώρες ύπνου ενός παιδιού 12 ετών, στις 7,5 ώρες ενός ατόμου 25-45 ετών και στις 6,5 ώρες των ηλικιωμένων ατόμων. Ταυτόχρονα, με την ηλικία, αυξάνεται ο λανθάνων χρόνος επέλευσης του ύπνου και ο χρόνος εγρήγορσης μετά την έναρξη του ύπνου (περισσότερες αφυπνίσεις και αδυναμία να ξανακοιμηθούν). Επίσης ο ύπνος βραδέων κυμάτων που καταλαμβάνει αρχικά το 15-20% του συνολικού χρόνου του ύπνου στην ηλικία των 20 χρόνων, μειώνεται δραστικά με την πάροδο της ηλικίας, (ώστε οι ηλικιωμένοι έχουν ελάχιστα ποσά (ή καθόλου) σταδίων 3 και 4. Σημαντικές είναι και οι μεταβολές στον REM ύπνο.

Το ποσοστό του μειώνεται από 50%) που είναι στα νεογέννητα σε 20% κατά την εφηβεία για να παραμείνει μετέπειτα σχετικά αμετάβλητο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός της έναρξης του υπνικού κύκλου με περίοδο REM στα νεογέννητα, σε αντίθεση με ό, τι συμβαίνει στη μετέπειτα ζωή. Δεν είναι ξεκάθαρο ακόμη εάν η γήρανση σχετίζεται με την παρουσίαση διαταραχών ύπνου ή εάν η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου είναι φυσιολογική μέσα στα πλαίσια της τρίτης ηλικίας.

ΘΕΩΡΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ασθενείς με χρόνια αϋπνία τυπικότερα δεν αποδέχονται τον ρόλο, ούτε καν την παρουσία, ψυχολογικών προβλημάτων και επικεντρώνουν την προσοχή τους στην διαταραχή του ύπνου την οποία και θεωρούν ως και το μοναδικό τους πρόβλημα. Συνήθως, η προσεκτική εκτίμηση αποκαλύπτει το ψυχοπαθολογικό προφίλ. Το προφίλ αυτό υποδεικνύει την αξιοσημείωτη τάση των ασθενών με χρόνια αϋπνία να εσωτερικεύουν τα αρνητικά κυρίως συναισθήματα τους. Η τάση αυτή οδηγεί σε κατάσταση υπερεγρήγορης και συνακόλουθης δυσκολίας στον ύπνο.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ: Διάφορα ψυχοτραυματικά γεγονότα παίζουν εκλυτικό ρόλο για την εμφάνιση της αυπνίας αφού έχει βρεθεί ότι τέτοια γεγονότα είναι πολυπληθέστερα και εντονότερα κατά το έτος της έναρξης της αυπνίας 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 διαταραχές ύπνου. Εξάλλου, μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμμετέχουν στην μετάπτωση της αυπνίας στην χρόνια μορφή της. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να έχουν σχέση με: α) την ίδια την φύση της αυπνίας (φόβος αποτυχίας στη 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 ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (παροχή διαφόρων διευκολύνσεων στο ασθενή εξαιτίας της κατάστασης του), δ) με το γιατρό (ανεπαρκής εκτίμηση της συνολικής συμπτωματολογίας του ασθενούς και κατηγοριοποίηση στα υποχονδριακά ή ακόμη και στα υποκρινόμενα άτομα).

ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: 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 Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μπορεί επίσης να προκαλέσει αϋπνία. Όμως για την εμφάνιση και την διατήρηση της αυπνίας 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(<http://www.inpsy.gr>) .

2.1.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ

Η συσσώρευση των γνώσεων σχετικά με τη φυσιολογία και την παθολογία του ύπνου δημιούργησε την ανάγκη για μια γενικά αποδεκτή ταξινόμηση των διαταραχών του ύπνου. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν τρεις βασικές ταξινομήσεις των διαταραχών του ύπνου: (α) η Διεθνής Ταξινόμηση των Διαταραχών του Ύπνου (αναθεωρημένη έκδοση, CISM-Revised, 2001) της Αμερικάνικης Ακαδημίας Ιατρικής Του Ύπνου, (β) το τμήμα των διαταραχών του ύπνου στο πλαίσιο της Αμερικανικής ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM-IV-TR (2000), της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, και (γ) το αντίστοιχο τμήμα το αφιερωμένο στις διαταραχές ύπνου, της 10^{ης} Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD-10), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1992). Πρακτικά, και τα τρία συστήματα ταξινόμησης βασίζονται στις ίδιες αρχές και ακολουθούν παρόμοια κριτήρια για τη διάγνωση αυτή. Ωστόσο, μόνο η ταξινόμηση ICSD είναι εξαιρετικά λεπτομερής και περιλαμβάνει συνολικά 88 διαγνωστικές οντότητες, για κάθε μια από τις παραθέτει αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τα κριτήρια διάγνωσης, τα κλινικά γνωρίσματα, τη βαρύτητα, τη διάρκεια, την πορεία της διαταραχής, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τα παθολογοανατομικά ευρήματα, τα υπνοπολυγραφικά και άλλα εργαστηριακά ευρήματα, όπως και τη διαφορική διάγνωση της κάθε διαταραχής.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Διαταραχών του Ύπνου, διακρίνονται 4 κύριες κατηγορίες διαταραχών ύπνου: (α) οι δυσυπνίες, διαταραχές που χαρακτηρίζονται από αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία, (β) οι παραϋπνίες, διαταραχές της συμπεριφοράς και ανεπιθύμητα φαινόμενα που παρεισφρέουν στη φυσιολογική

διαδικασία του ύπνου, (γ) οι διαταραχές ύπνου που συνδέονται με ψυχικές, νευρολογικές ή άλλες ιατρικές διαταραχές και (δ) η κατηγορία των άλλων «προτεινόμενων» διαταραχών του ύπνου (Rechtschaffen A, Kales A, eds, 1968).

2.2.ΔΥΣΥΠΝΙΕΣ

Οι δυσυπνίες χαρακτηρίζονται από διαταραχές της ποιότητας, της ποσότητας και της χρονικής κατανομής του ύπνου κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Διακρίνονται σε τρεις ομάδες διαταραχών: τις ενδογενείς διαταραχές του ύπνου, τις εξωγενείς διαταραχές του ύπνου και τις διαταραχές του κερκαδιανού ρυθμού του ύπνου. Επιλεκτικά, θα γίνει αναφορά στις αντιπροσωπευτικότερες από τις δυσυπνίες, δηλαδή στην αϋπνία, τη ναρκοληψία, την ιδιοπαθή υπερυπνία, την υποτροπιάζουσα υπερυπνία, την υπνική άπνοια, το νυχτερινό μυόκλωνο και τις διαταραχές του κερκαδιανού ρυθμού(Σολδάτος ΚΡ, 1993).

2.3.ΑΥΠΝΙΑ

Ως αϋπνία ορίζεται η δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί ή να συντηρήσει τον ύπνο του, καθώς επίσης και η κακή ποιότητα του (έλλειψη αναζωογονητικού ύπνου). Όσοι πάσχουν από αϋπνία παραπονούνται είτε για καθυστερημένη επέλευση του ύπνου είτε για δυσκολία είτε για δυσκολία συντήρησης του κατά τη διάρκεια της νύχτας ή τέλος, για πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Στις περιπτώσεις αυτές η ποσότητα του ύπνου είναι πράγματι μειωμένη, αλλά επιπλέον και η ποσότητα του δεν είναι ικανοποιητική. Επίσης, ο ασθενής υπεραπασχολείται με το πρόβλημα του ύπνου και εκφράζει υπερβολικούς φόβους για την αϋπνία και τις ενδεχόμενες συνέπειες της στη συμπεριφορά, στη λειτουργικότητα του και στην υγεία του. Απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί η διάγνωση της αϋπνίας είναι τα συμπτώματα αυτά να είναι παρόντα για τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα επί ένα μήνα (Soldatos CR ,guest ed, 2002).

Η αϋπνία μπορεί γενικά να διακριθεί σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή, ανάλογα με το κατά πόσο μπορεί να ανιχνευθεί ή όχι κάποιος αιτιολογικός παράγοντας υπεύθυνος για την αϋπνία. Η δευτεροπαθής αϋπνία είναι η συχνότερη μορφή αϋπνίας και αποτελεί σύμπτωμα πολλών ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων, διαφόρων πρωτοπαθών διαταραχών του ύπνου, αποτέλεσμα της χορήγησης ή/και της διακοπής φαρμάκων και άλλων ουσιών και, τέλος, αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Στο σημείο αυτό αναφέρονται μόνο τα σωματικά νοσήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση αϋπνίας και τα οποία συνοπτικά είναι: καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία ανεπάρκεια, ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας, αρρυθμίες), νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, άπνοια, σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο, ρινική απόφραξη ποικίλης αιτιολογίας), νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (οισοφαγίτιδα, διαφραγματοκήλη, γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση, γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, διαρροϊκά σύνδρομα, μετεωρισμός, δυσπεψία), νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος (πολυουρία ποικίλης αιτιολογίας, νεφρική ανεπάρκεια, συχνουρία ποικίλης αιτιολογίας κ.α.), νοσήματα του ενδοκρινικού συστήματος (θυρεοειδοπάθειες, φαιοχρωμοκύτωμα), νοσήματα του νευρικού συστήματος (κεφαλαλγίες, νόσος του Parkinson, θαλαμικά σύνδρομα, εγκεφαλίτιδες, εκφυλιστικά νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, νόσος του Alzheimer, σκλήρυνση κατά πλάκας, μυελίτιδες, περιφερικές νευρίτιδες και

άλλες νευροπάθειες, βαριά μυασθένεια) και άλλες καταστάσεις (πόννοι ποικίλης αιτιολογίας, αρθρίτιδες, ινομυαλγία, κακοήθειες, πυρετός, εγκυμοσύνη, ραγδαία απώλεια βάρους).

Στην πρωτοπαθή αϋπνία, το κύριο σύμπτωμα είναι η παρουσία αϋπνίας σε συνδυασμό με μειωμένη λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς να συνυπάρχει άλλη εμφανής σωματική ή ψυχική διαταραχή. Ο τύπος αυτός της αϋπνίας συνοδεύεται με επίκτητες μαθημένες συμπεριφορές και συσχετίσεις που δεν ευοδώνουν τον ύπνο, όπως υπερβολική προσπάθεια να κοιμηθεί κανείς όταν το επιθυμεί και να «αντανακλαστική» εγρήγορση σε καταστάσεις που φυσιολογικά επάγουν τον ύπνο. Έτσι ο ασθενής κοιμάται ευκολότερα κάτω από περιστάσεις που δεν έχουν συνδεθεί με την επέλευση του ύπνου (Soldatos CR, Paparrigopoulos T ,guest eds, 2005). Η υπεραπασχόληση με τον ύπνο και η υπερβολική προσπάθεια να κοιμηθεί κάποιος οδηγεί σε συμπτώματα αυξημένης σωματικής έντασης (ανησυχία, μυϊκή ένταση, αυξημένη αγγειοσυστολή), που είναι ασύμβατα με τον ύπνο και μοιραία οδηγούν σε αϋπνία. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε φαύλο κύκλο, όπου τα συμπτώματα της εγρήγορσης οδηγούν σε αϋπνία και υπερβολικό φόβο για αϋπνία. Καταστάσεις που επανατροφοδοτούν την αύξηση του επιπέδου εγρήγορσης και το αντίστροφο. Συνήθως η έναρξη της πρωτοπαθούς αϋπνίας σχετίζεται με κάποια εξωτερική ή εσωτερική ψυχοπιεστική κατάσταση που τελικά παρέρχεται, αλλά η αϋπνία παραμένει και «αυτονομείται».

Με το υποπολύγραμμα, στην πρωτοπαθή αϋπνία διαπιστώνεται αύξηση του λανθάνοντος χρόνου επέλευσης του ύπνου, μείωση της επάρκειας του ύπνου και αύξηση του αριθμού και της διάρκειας των νυχτερινών αφυπνίσεων. Όμως, η διάγνωση της αϋπνίας βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά κριτήρια, όπως αυτά που προβλέπονται από τη 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD10) (Riemann D, Berger M, Voderholzer M, 2001).

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΪΠΝΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

(Athens Insomnia Scale, Soldatos et al. *J Psychosom Res* 2000, 48:555-560)

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

Όνοματεπώνυμο (αρχικά): _____ Ηλικία: _____ Φύλο: _____

Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσο όρο για τον τελευταίο μήνα, παρουσιάστηκαν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω (η αξιολόγηση αναφέρεται στο νυχτερινό ύπνο και βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμησή σας):

1. Επέλευση ύπνου

Πολύ γρήγορη Ελαφρώς καθυστερημένη Καθυστερημένη Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

2. Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας

Κανένα πρόβλημα Μικρό πρόβλημα Μέτριο πρόβλημα Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

3. Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο

Στον επιθυμητό χρόνο Λίγο νωρίτερα Αρκετά νωρίτερα Πολύ νωρίτερα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

4. Συνολική διάρκεια ύπνου

Επαρκής Μάλλον ανεπαρκής Ανεπαρκής Πολύ ανεπαρκής ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

5. Ποιότητα ύπνου

Ικανοποιητική Μέτρια Μη ικανοποιητική Κακή

6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης Ελαφρώς μειωμένη Αρκετά μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύσχα

7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης Ελαφρώς μειωμένη Αρκετά μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύσχα

8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα

Καμία Ελαφρά Μέτρια Έντονη

Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών βοηθά αποτελεσματικά την κλινική διάγνωση της αϋπνίας, αφού έχει αποδειχθεί ότι όποιος φθάνει ή υπερβαίνει τη συνολική βαθμολογία 6 πάσχει από αϋπνία σύμφωνα με το ICD-10. Για να τεθεί η διάγνωση, όμως, πρέπει να απουσιάζει οποιαδήποτε άλλη σωματική ή ψυχική διαταραχή που να δικαιολογεί την αϋπνία. Μπορεί όμως η κατάσταση να συνυπάρχει με άλλη διαταραχή του ύπνου.

Η διαταραχή αρχίζει συνήθως στη 2^η-3^η δεκαετία της ζωής, είναι συχνότερη στις γυναίκες και μπορεί να εμπλακεί με κατάχρηση αλκοόλ, υπνωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Το ψυχολογικό προφίλ της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται κυρίως από άγχος, εσωστρέφεια και αδυναμία εξωτερίκευσης των συναισθημάτων. Η πρωτοπαθής αϋπνία, εφόσον εφ' όσον δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, έχει την τάση να μεταπέσει σε χρόνια και δυσίατη κατάσταση. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως την αϋπνία που οφείλεται σε ανεπαρκή υγιεινή του ύπνου, σε συναισθηματικές διαταραχές, σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και σε διάφορες άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της αϋπνίας συνίσταται καταρχήν στην αντιμετώπιση της υποκείμενης πρωτογενούς διαταραχής, εφ' όσον υπάρχει. Κατά δεύτερον, εφαρμόζονται μέτρα υγιεινής του ύπνου, χορηγούνται αγχολυτικά και υπνωτικά φάρμακα (βενζοδιαπεζίνες ή νεότερα μη βενζοδιαπινούχα υπνωτικά) για περιορισμένο διάστημα και χρησιμοποιούνται ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της (κυρίως γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία και διάφορες τεχνικές χαλάρωσης). Πρωταρχικής σημασίας είναι η εφαρμογή των μέτρων υγιεινής που ευοδώνουν τον ύπνο, δηλαδή έγερση και κατάκλιση την ίδια ώρα κάθε μέρα, αποφυγή των σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της ημέρας, διακοπή χρήσης φαρμάκων και ουσιών που δρουν διεγερτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), προγραμματισμένη σωματική άσκηση μέσα στην ημέρα, αποφυγή δραστηριοτήτων που ευοδώνουν την εγρήγορση πριν από το νυχτερινό ύπνο, χαλαρές και ευχάριστες δραστηριότητες κατά τις απογευματινές ώρες, αποφυγή μεγάλων γευμάτων και βέβαια, μέριμνα για άνετες συνθήκες ύπνου (Soldatos CR, guest ed, 2002).

2.3.α.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 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 φτάνει 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 1/3 από αυτούς βρέθηκαν να πάσχουν ακόμη από αϋπνία. Φαίνεται λοιπόν ότι η αϋπνία είναι ένα συχνό 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 τα 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 της αϋπνίας και των ψυχικών διαταραχών ιδιαίτερα της κατάθλιψης (<http://www.inpsy.gr>).

2.3.β.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πολυδιάστατη 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 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 προβλήματος του. Σε καμιά περίπτωση δε θα πρέπει ο γιατρός να περιορίζεται στην απλή συνταγογραφία ενός υπνωτικού. Μια τέτοια ενέργεια ενισχύει την τάση των περισσότερων ασθενών να υποτιμούν τη σημασία των πρωτογενών αιτίων της χρόνιας αϋπνίας 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 την αναζητεί και να προσπαθεί να ξεπεράσει τις ψυχολογικές αντιστάσεις του ασθενούς που συνήθως αρνείται την ύπαρξη 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 αργά το βράδυ, αποφυγή μικροϋπνων κατά την ημέρα, αποφυγή διαιτητικών παρεκτροπών, κανονικό ωράριο κατάκλισης τη νύχτα και έγερση, το πρωί, ρύθμιση συνθηκών περιβάλλοντος (θερμοκρασίας, θορύβου κ.λπ.) 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 τη 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 (Π.ο.υ. ICD 10. Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς Αθήνα εκδόσεις Β, 1993).

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 του ασθενούς σε ειδικό θεραπευτή. Όμως συχνά και ο γενικός γιατρός είναι σε θέση να λειτουργήσει ψυχοθεραπευτικά, ασκώντας έναν 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 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 πολυδιάστατη 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») (<http://www.inpsy.gr>).

2.4.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
- Βαρεία μυασθένεια
- Μυόσπασμοι (κράμπες)

Άλλες Καταστάσεις

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

2.5.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

2.6.Διαταραχές προσωπικότητας σχετιζόμενες με αϋπνία

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

(<http://www.inpsy.gr>)

2.7.ΝΑΡΚΟΛΗΨΙΑ

Η ναρκοληψία αποτελεί άγνωστης αιτιολογίας διαταραχή, η κλινική εικόνα της οποίας χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη τετράδα συμπτωμάτων: (α) υπέρμετρη υπνηλία και αιφνίδια επεισόδια ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, (β) καταπληξία, (γ) υπνική παράλυση και, (δ) υπναγωγικές ψευδαισθήσεις. Η υπέρμετρη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας θεωρείται το πρωταρχικό σύμπτωμα της ναρκοληψίας, ενώ τα υπόλοιπα είναι δευτερεύοντα. Η διαταραχή εκδηλώνεται με ακατανίκητη επιθυμία για ύπνο, που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες βραχείες προσβολές ύπνου (συνήθως 10-20min και σπάνια μέχρι μια ώρα), οι οποίες συχνά εκλύονται από μονότονες ή καθιστικές δραστηριότητες που δεν απαιτούν ενεργητική συμμετοχή και οι οποίες είναι ιδιαίτερα αναζωογονητικές. Τα επεισόδια ακατανίκητου ύπνου μπορούν επίσης να συμβούν και κάτω από εντελώς ακατάλληλες συνθήκες όπως κατά τη διάρκεια της οδήγησης, του φαγητού ή μιας συνομιλίας, με ενοχλητικές, επικίνδυνες ή και ολέθριες επιπτώσεις.

Η καταπληξία, που αναφέρεται από το 70-80% των ασθενών με ναρκοληψία, συνίσταται σε σύντομης διάρκειας (μερικά δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά) επεισόδια



μυϊκής αδυναμίας ή παράλυσης, που οφείλεται σε μερική ή εστιακή απώλεια του μυϊκού τόνου, και μπορούν να οδηγήσουν σε αιφνίδια πτώση του κεφαλιού ή πτώσεις στο έδαφος. Συνήθως δεν συνοδεύεται από απώλεια της συνείδησης και ο

ασθενής δεν είναι εντελώς φυσιολογικός μετά την πάροδο του επεισοδίου. Τα επεισόδια καταπληξίας συχνότατα πυροδοτούνται από έντονη συγκινησιακή φόρτιση (πχ γέλιο, θυμός κ.α.), συνοδεύεται από αισθήματα αμηχανίας ή ντροπής και μπορεί να εκθέσουν τον ασθενή σε ποικίλους κινδύνους, ιδίως σε περιπτώσεις γενικής απώλειας του μυϊκού τόνου. Η υπνική παράλυση, που αναφέρεται που αναφέρεται από την πλειονότητα των ναρκοληπτικών ασθενών, συνίσταται σε βραχείας διάρκειας παροδική μερική ή πλήρη παράλυση κατά τη μετάβαση από τον ύπνο στην εγρήγορση ή και αντίστροφα. Ο ασθενής, παρόλο που βρίσκεται σε εγρήγορση, αδυνατεί να κινηθεί ή να μιλήσει. Τέλος, οι υπναγωγικές ψευδαισθήσεις είναι πολύ ζωντανές ακουστικές ή οπτικές ονειρικού τύπου εμπειρίες κατά τη μετάβαση από την εγρήγορση στον ύπνο, που έχουν συνήθως τρομακτικό και αγωνιώδη χαρακτήρα.

Συνήθως εμφανίζονται αρκετά χρόνια μετά την εισβολή των υπολοίπων συμπτωμάτων της ναρκοληψίας. Άλλα κλινικά συμπτώματα που απαντώνται με αυξημένη συχνότητα στους ασθενείς με ναρκοληψία είναι αυτοματικές συμπεριφορές, περιοδικές κινήσεις των κάτω άκρων, υπνική άπνοια, προβλήματα μνήμης, κατάθλιψη και προβλήματα όρασης.

Ο επιπολασμός της ναρκοληψίας στο γενικό πληθυσμό εκτιμάται μεταξύ 0,03% και 0,16%. Η ναρκοληψία έχει συνήθως ύπουλη έναρξη πριν από την ηλικία των 14 ετών και, τυπικά, η πλήρης κλινική της εικόνα εμφανίζεται στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη νεανική ηλικία. Εφόσον η διαταραχή εγκατασταθεί, η πορεία είναι χρόνια, χωρίς σημαντικές υφέσεις, παρόλο που με την πάροδο του χρόνου η συχνότητα των επεισοδίων καταπληξίας, υπνικής παράλυσης και υπναγωγικών ψευδαισθήσεων τείνει να μειωθεί. Μεταξύ των πρωτοεμφανιζόμενων και των καθυστερημένων συμπτωμάτων (αρχικά υπερβολική υπνηλία και αργότερα εκδήλωση προσβολών καταπληξίας) μπορεί να μεσολαβήσει μακρό χρονικό διάστημα πολλών ετών.

Η ναρκοληψία αποτελεί ουσιαστικά διαταραχή των μηχανισμών αναστολής της επέλευσης του ύπνου REM, που εκδηλώνεται είτε με αιφνίδια εισβολή ύπνου REM κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης (προσβολές ύπνου και επεισόδια καταπληξίας) είτε με την εμφάνιση περιόδων REM μέσα σε λιγότερο από 20λεπτά από την έναρξη του ύπνου, φαινόμενο που διαχωρίζει την ναρκοληψία από τις άλλες διαταραχές με υπέρμετρη ναρκοληψία από τις άλλες διαταραχές με υπέρμετρη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η δοκιμασία των πολλαπλών μετρήσεων του λανθάνοντος χρόνου του ύπνου χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της υπέρμετρης υπνηλίας στο εργαστήριο ύπνου και συνίσταται σε πέντε ευκαιρίες για ύπνο, που παρέχονται στον εξεταζόμενο ανά 2ωρο κατά τη διάρκεια της ημέρας (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS). Η ανεύρεση τουλάχιστον 2 περιόδων REM κατά την έναρξη του ύπνου στο MSLT θεωρείται διαγνωστική της ναρκοληψίας (παρατηρείται στο 70% των ασθενών με ναρκοληψία και λιγότερο από το 10% των ασθενών με άλλες υπερυπνίες), καθώς επίσης η επέλευση του ύπνου σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 5min.

Έχει επίσης διαπιστωθεί η ύπαρξη ισχυρής συσχέτισης μεταξύ ναρκοληψίας και των HLA-DR2 και DQB1 O6O2 αντιγόνων των λεμφοκυττάρων του ανθρώπου. Ορισμένοι μάλιστα ερευνητές θεωρούν την παρουσία τους, αν όχι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση της ναρκοληψίας, τουλάχιστον ως γενετικό δείκτη προδιάθεσης για την εμφάνιση της διαταραχής. Η πιθανότητα εμφάνισης ναρκοληψίας σε συγγενείς πρώτου βαθμού ναρκοληπτικών ασθενών είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την παρατηρούμενη στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η ναρκοληψία έχει συσχετιστεί με σημαντικά μειωμένα επίπεδα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό της υποκρετίνης-1, ουσίας που ευοδώνει την εγρήγορση, όπως και με παράλληλη μείωση των συγκεντρώσεων Hcrt-1 και Hcrt-2 στον εγκέφαλο και εξαφάνιση των κυττάρων του υποθαλάμου που περιέχουν Hcrt-1.

Η διαφορική διάγνωση της ναρκοληψίας πρέπει να γίνεται κυρίως από όλες τις καταστάσεις που μπορεί να εκδηλωθούν με υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (π.χ. ιδιοπαθής υπερυπνία, αποφρακτικού τύπου υπνική άπνοια, διαταραχή



περιοδικών κινήσεων των άκρων, σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου). Σπανιότερα, απαιτείται να γίνει διαφορική διάγνωση από υπογλυκαιμία, υποθυρεοειδισμό, επιληψία, μυοτονική δυστροφία, ενδοκρανιακούς όγκους, διακοπή χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, αποσυνδεδετικού τύπου ψυχοπαθολογικές καταστάσεις κ.α. η διαφορική διάγνωση της καταπληξίας περιλαμβάνει τα υποτασικά επεισόδια, τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, επιληπτικές ακινητικές κρίσεις, νοσήματα των μυών, υπνική παράλυση, ψυχικές διαταραχές κ.α.

Θεραπευτικά, εφαρμόζονται μέτρα προγραμματισμού του ύπνου (σταθερή ώρα κατάκλισης για ύπνο, σύντομοι προγραμματισμένοι ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας), καθώς και αυτονόητα μέτρα ασφάλειας, όπως προσοχή στην οδήγηση και χρήση μηχανημάτων λόγω κίνδυνου πρόκλησης ατυχημάτων. Φαρμακευτικά, χρησιμοποιούνται διεγερτικές ουσίες για την αντιμετώπιση της υπνηλίας (π.χ. μεθυλφαινιδάτη 60 mg/ημέρα, αμφεταμίνη 60 mg/ημέρα, δεξτροαμφαιταμίνη 60 mg/ημέρα, μαδαφινίλη 400 mg/ημέρα, χλωριμιπραμίνη 200 mg/ημέρα) χορηγούνται για την αντιμετώπιση της καταπληξίας, της υπνικής παράλυσης και των υπναγωγικών ψευδαισθήσεων (Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors, 2000)

2.8.ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ

Η ιδιοπαθής υπερυπνία αποτελεί διαταραχή κατά την οποία ο ασθενής παραπονείται για παρατεταμένο νυχτερινό ύπνο (συνήθως κατά 1-2 ώρες), υπερβολική υπνηλία και επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα ή για υπερβολικά βαθύ ύπνο. Η διαταραχή εγκαθίστανται σταδιακά και στις τυπικές περιπτώσεις εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 25ετών, εφόσον η διαταραχή εγκατασταθεί, η πορεία της είναι χρόνια. Για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει τα συμπτώματα να είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες και να μην μπορούν να αποδοθούν σε κάποια άλλη ψυχική ή σωματική πάθηση ή σε κάποια άλλη διαταραχή του ύπνου που εκδηλώνεται με υπερβολική υπνηλία. Πιθανολογείται ότι η διαταραχή είναι κεντρικής αιτιολογίας. Η συχνότητα της ιδιοπαθούς υπερυπνίας δεν είναι γνωστή, αλλά εκτιμάται ότι η διαταραχή ευθύνεται για το 5-10% των περιπτώσεων ασθενών που προσέρχονται στις κλινικές ύπνου με βασικό σύμπτωμα την υπερυπνία (Guilleminault C, Brooks SN, 2001). Υπνοπολυγραφικά, δεν διαπιστώνονται ιδιαίτερες αποκλίσεις από το φυσιολογικό, εκτός από αυξημένη ποσότητα μη-REM ύπνου. Η κατάσταση πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται κυρίως από τη ναρκοληψία, την υπνική άπνοια, την ψυχογενή υπερυπνία, τον υδροκέφαλο και την διαταραχή των περιοδικών κινήσεων των άκρων. Η θεραπεία μπορεί να γίνει με ψυχοδιεγερτικά φάρμακα (αμφεταμίνες, μεθυλφαινυδάτη), παρόλο που αναφέρεται ότι στις περιπτώσεις αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους είναι συχνότερες.

2.8.α.ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ Klein-levin)

Πρόκειται για επεισόδια υπερυπνίας, που τυπικά επέρχονται περιοδικά ανά εβδομάδες ή μήνες και συνοδεύονται από επεισόδια υπερφαγίας. Συνήθως προσβάλλει νεαρούς άνδρες, που κοιμούνται υπέρμετρα (18-20 ώρες ημερησίως) για αρκετές εβδομάδες και ξυπνούν για να καταναλώσουν με λαιμαργία τεράστιες ποσότητες φαγητού. Η διαταραχή ενίοτε συνοδεύεται από υπερσεξουαλικότητα, άρση αναστολών, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, διαταραχές του προσανατολισμού και ψευδαισθήσεις. Οι προσβολές διαρκούν συνήθως αρκετές ημέρες μέχρι και εβδομάδες, ακολουθούνται από άλλοτε άλλο βαθμό αμνησίας και επέρχονται δυο φορές το χρόνο κατά μέσο όρο, αλλά μπορεί να είναι και συχνότερες. Οι ασθενείς είναι φυσιολογικοί μεταξύ των επεισοδίων. Η διαταραχή είναι σπάνια και η πορεία της εν πολλοίς άγνωστη, παρόλο που αναφέρεται ότι μπορεί να υποχωρήσει αυτόματα μετά από αρκετά χρόνια. Πιθανολογείται ότι οφείλεται σε κάποια διαταραχή λειτουργίας του υποθαλάμου και του μεταιχμιακού συστήματος. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει όλες τις καταστάσεις που εκδηλώνονται με υπερυπνία, την ψυχοκινητική επιληψία και την άτυπη κατάθλιψη. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων (πχ αμφεταμίνες, μεθυλφαινιδάτη, μοδαφινίλη) για την υπερυπνία και στην λήψη προληπτικών μέτρων για τα άλλα συμπτώματα. Το λίθιο έχει επίσης χρησιμοποιηθεί, σε σχετικά καλά αποτελέσματα, για τη μείωση της συχνότητας των επεισοδίων (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992).

2.9.ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Η αποφρακτικού τύπου υπνική άπνοια χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης των ανωτέρων αναπνευστικών οδών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου και τα οποία συνήθως συνοδεύονται από μείωση του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο. Τυπικά, το σύνδρομο εμφανίζεται σε ηλικιωμένους ή μεσήλικες υπέρβαρους άνδρες και η συχνότητα του στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται γύρω στο 5%. Στις γυναίκες, η διαταραχή είναι σπανιότερη και εκδηλώνεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992).

Τα κύρια συμπτώματα είναι ηχηρό ροχαλιτό με μεσοδιαστήματα άπνοιας, τα οποία συχνά δεν αντιλαμβάνεται ο ασθενής, και υπέρμετρη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας με μακρές και μη αναζωογονητικές προσβολές ύπνου. Άλλα σύνοδα συμπτώματα μπορεί να είναι έντονη πρωινή κεφαλαλγία, πρωινή σύγχυση, μειωμένη διανοητική απόδοση, κατάθλιψη και άγχος. Τα απνοϊκά επεισόδια συνήθως διαρκούν 10-30 λεπτά και επαναλαμβάνονται πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στις βαριές περιπτώσεις οι ασθενείς έχουν περισσότερα από 500 επεισόδια άπνοιας μέσα σε μια νύχτα. Στις βαριές περιπτώσεις, οι ασθενείς έχουν περισσότερα από 500 επεισόδια άπνοιας μέσα σε μια νύχτα. Η διάγνωση και εκτίμηση του συνδρόμου γίνεται στο εργαστήριο ύπνου, όπου καταγράφεται η διακοπή της ροής του αέρα ενώ συνεχίζεται οι εργώδεις θωρακικές αναπνευστικές κινήσεις. Τα υπονοπολυγραφικά κριτήρια που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής είναι να καταγραφούν περισσότερες από 5 αποφρακτικές άπνοιες διάρκειας μεγαλύτερης των 10 λεπτών ανά ώρα ύπνου και οι άπνοιες αυτές να συνδέονται με συχνές αφυπνίσει, βραδυ-ταχυκαρδία ή μείωση του κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο (Soldatos CR, Paparrigopoulos T, guest eds, 2005).

Η διαταραχή εφόσον χρονίσει, μπορεί να οδηγήσει προοδευτικά επιδεινούμενη συστηματική και πνευμονική υπέρταση, αρρυθμίες συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο. Επιπλέον λόγω της υπνηλίας, αυξάνει σημαντικά η πιθανότητα των ατυχημάτων και συνολικά επιδεινώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τις υπόλοιπες διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολική υπνηλία (πχ ναρκοληψία, ιδιοπαθής υπερυπνία, ανεπαρκής ύπνος, διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων, κατάθλιψη), το κεντρικό σύνδρομο του κυψελυδικού υποαερισμού, την κεντρικού τύπου υπνική άπνοια, τα απλό ροχαλητό, την παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια, το άσθμα, την αναπνοή cheyne-stokes, τις νυχτερινές κρίσεις πανικού, το νυχτερινό λαρυγγόσπασμο, τη γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση κ.α.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται κυρίως στην εφαρμογή ρινικής μάσκας συνεχούς θετικής πίεσης στους αεραγωγούς (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP). Σε ορισμένες περιπτώσεις, εφόσον ενδείκνυται, επιχειρείται διορθωτική χειρουργική των ανωτέρων αεραγωγών με σταφυλοφαρυγγουπερωπλαστική. Θετικό αποτέλεσμα έχουν επίσης διάφορες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η απώλεια βάρους, η αποφυγή του αλκοόλ και άλλων κατασταλτικών του ΚΝΣ και η χορήγηση φαρμάκων, όπως ρινικών αποσυμφοριτικών, μεδροξυπρογεστερόνης και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, τα οποία ελαττώνουν τις περιόδους ύπνου REM, κατά τη διάρκεια του οποίου είναι συνήθως συχνότερα τα επεισόδια (Soldatos CR, guest ed, 2005).

2.10.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ (ΝΥΧΤΕΡΙΝΟΣ ΜΥΟΚΛΟΝΟΣ)

Η διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων συνίσταται σε στερεότυπες και περιοδικές κινήσεις (περίπου κάθε 30 λεπτά) συνήθως των άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου, που μπορεί να συνδυάζονται ή όχι με αφυπνίσεις. Συνήθως εκδηλώνονται με έκταση του μεγάλου δακτύλου σε συνδυασμό με μερική κάμψη του αστραγάλου, του γόνατος και του ισχίου. Ο ασθενής μπορεί να αιτιάται για αϋπνία ή υπερβολική ημερήσια υπνηλία λόγω μη αναζωογονητικού ύπνου. Σε αρκετές περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να μην παραπονείται και τα συμπτώματα να αναφέρονται από παρατηρητή. Στο εργαστήριο ύπνου καταγράφονται επαναλαμβανόμενα επεισόδια μυϊκών συσπάσεων (διάρκειας 0,5-5sec) με μεσοδιαστήματα 20-40 sec, που μπορεί να συνοδεύονται από φάσεις εγρήγορσης ή αφύπνισης, και δεν ανευρίσκεται ηλεκτροεγκεφαλογραφικά επιληπτική δραστηριότητα. Τα επεισόδια αυτά επέρχονται συνήθως κατά την έναρξη του σταδίου 1 του NREM ύπνου και κατά τη διάρκεια του σταδίου 2, ενώ συνήθως απουσιάζουν από το στάδιο REM. Για να τεθεί υπονοπολυγραφικά η διάγνωση, πρέπει να καταγραφούν περισσότερα από 5 επεισόδια ανά ώρα (Σολδάτος ΚΡ, 1993).

Ο επιπολασμός της διαταραχής δεν είναι γνωστός, αλλά υπολογίζεται γύρω στο 5% στο γενικό πληθυσμό. Παρατηρείται μεγάλη αύξηση με την ηλικία και είναι συνηθέστερη σε ασθενείς άνω των 55ετών. Η επίπτωση της διαταραχής είναι μεγάλη σε περιπτώσεις χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και ουραιμίας. Η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανολογείται η συμμετοχή ντοπαμινεργικού συστήματος ή/και του συστήματος των οπιοειδών. Ως συχνά υποκείμενα αίτια θεωρούνται η λήψη φαρμάκων (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ανταγωνιστές επαναπρόσληψης της σεροτονίνης), η απόσυρση από φάρμακα (αντιεπιληπτικά, βαρβιτουρικά, υπνωτικά), η κατάχρηση καφεΐνης, η νεφρική ανεπάρκεια, η νόσος του Parkinson, η περιφερική νευροπάθεια και ο χαμηλός σίδηρος ορού. Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής πρέπει να γίνεται από τις φυσιολογικές κινήσεις κατά την έναρξη του ύπνου, τις κινήσεις των ποδιών που παρατηρούνται σε άλλες διαταραχές του ύπνου όπως στην υπνική άπνοια ή τη ναρκοληψία, τη νυχτερινή επιληψία,

τη μυοκλονική επιληψία, τις μυοκλονιές στο πλαίσιο διαφόρων νευρολογικών διαταραχών και τη διαταραχή συμπεριφοράς κατά το REM ύπνο.

Η θεραπεία της διαταραχής συνίσταται στην αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτίας και στη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων. Χρησιμοποιούνται ντοπαμινεργικά φάρμακα (περγολίδη, βρωμικρυπτίνη, πραμιπεξόλη), αντιεπιληπτικά (γκαμπαπεντίνη, καρβαμαμαζεπίνη), βενζοδιαζεπίνες και υπνωτικά (κλοναζεπάμη, λοραζεπάμη, τριαζολάμη, τεμαζεπάμη), οπιοειδή (μορφίνη, μεθαδόνη, οξυκωδόνη, προποξυφένη), άλλα φάρμακα (προπρανολόλη, κλονιδίνη, βακλοφένη) και συμπληρώματα σιδήρου (Soldatos CR, Paparrigopoulos T guest eds 2005).

2.11.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η κατηγορία αυτή των διαταραχών του ύπνου περιλαμβάνει ποικίλες καταστάσεις, που χαρακτηρίζονται από ασυμφωνία μεταξύ της επιθυμητής ή κοινωνικά επιβαλλόμενης και της πραγματικής περιόδου του ύπνου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αυπνίας ή υπερβολικής υπνηλίας σε ακατάλληλες περιόδους της ημέρας. Η διαταραχή αυτή μπορεί να οφείλεται σε ενδογενείς είτε σε εξωγενείς παράγοντες είτε σε συνδυασμό τους. Στην κατηγορία αυτή των διαταραχών του ύπνου περιλαμβάνονται ποικίλες διαταραχές, όπως το σύνδρομο απότομης αλλαγής χρονικής ζώνης ή αεροπορικής υστέρησης (jet lag), η διαταραχή που οφείλεται σε κυλιόμενο ωράριο εργασίας (εργασία με βάρδιες), το σύνδρομο προώθησης ή καθυστέρησης της φάσης του ύπνου, ο ακανόνιστος ή αποδιοργανωμένος κύκλος ύπνου-εγρήγορσης και ο μη 24ωρος ρυθμός του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Στην κατηγορία αυτή των διαταραχών, η ποιότητα και η αρχιτεκτονική του ύπνου είναι κατά βάση φυσιολογική, αλλά είναι διαταραγμένη η χρονική του κατανομή μέσα στο 24ωρο.

Συχνά, οι καταστάσεις αυτές είναι παροδικές και αυτοπεριοριζόμενες και υποχωρούν καθώς ο οργανισμός προσαρμόζεται στο νέο πρόγραμμα ύπνου-εγρήγορσης, όπως συμβαίνει με την περίπτωση

της αεροπορικής υστέρησης στα διηπειρωτικά ταξίδια και με τις μεταβολές στο ωράριο της εργασίας. Συνήθως το άτομο προσαρμόζεται με σταδιακή καθυστέρηση της ώρας του ύπνου, μέχρι να επιτευχθεί το επιδιωκόμενο πρόγραμμα. Γενικά, η προσαρμογή σε μετάθεση της ώρας του ύπνου νωρίτερα είναι δυσκολότερη από την προσαρμογή σε μετάθεση της ώρας του ύπνου νωρίτερα είναι δυσκολότερη από την προσαρμογή σε μετάθεση της ώρας του ύπνου αργότερα. Η αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών επιτυγχάνεται είτε με τη μεθοδική επαναβηματοδότηση/επαναπρογραμματισμό του οργανισμού, είτε με άλλες τεχνικές, όπως είναι η φωτοθεραπεία (συνεδρίες έκθεσης σε φώς μεγάλης έντασης). Φαρμακευτικά, χρησιμοποιείται η μελατονίνη (ορμόνη που παράγεται από την επίφυση, η οποία χρονοδοτεί τον οργανισμό και επάγει τον ύπνο), με σκοπό την τροποποίηση του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Η αποτελεσματικότητα της είναι επιβεβαιωμένη κυρίως στην περίπτωση του jet-lag (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992).

2.11.α. ΤΥΠΟΣ JET LAG

Ο τύπος jet lag συνήθως υποχωρεί αυτόματα σε 2-7 ημέρες, ανάλογα με την απόσταση του ταξιδιού από ανατολή σε δύση και την ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία. Δεν απαιτείται ειδική θεραπεία. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορεί να αποφύγουν τα συμπτώματα, αλλάζοντας το ωράριο φαγητού και ύπνου πριν το ταξίδι. Άλλοι επίσης βρίσκουν ότι αυτά που εμφανίζονται ως συμπτώματα του jet lag (π.χ κούραση) σχετίζονται άμεσα με την έλλειψη ύπνου και απλώς χρειάζεται βοήθεια με αρκετό ύπνο (Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sanchez R, Rios C, Frietag WO, Richardson GS, Kronauer RE, 1986).

2.11.β. ΤΥΠΟΣ ΕΝΑΛΛΑΣΣΟΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συμβαίνει σε άτομα που επανειλημμένα και αιφνίδια αλλάζουν το πρόγραμμα δουλειάς και περιστασιακά σε άτομα που έχουν χαοτικό πρόγραμμα ύπνου. Το πιο συχνό σύμπτωμα που βρέθηκε είναι μια περίοδος με μικτή αϋπνία και υπνηλία. Όμως, πολλά άλλα συμπτώματα και σωματικά προβλήματα, όπως το πεπτικό έλκος, μπορεί να σχετίζονται με αυτό το πρότυπο ύπνου. Μερικοί έφηβοι και νέοι ενήλικοι φαίνεται να ανέχονται αρκετά καλά αυτήν την κατάσταση, εμφανίζοντας λίγα συμπτώματα, αλλά άτομα ηλικιωμένα και ευαίσθητα στις αλλαγές φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο (Τρανός Βαγγέλης. Ο χρόνος εργασίας-Οι βάρδιες και η επίδραση τους στην ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων, 2005).

Τα συμπτώματα είναι γενικά χειρότερα τις πρώτες λίγες μέρες από την αλλαγή του προγράμματος, αλλά σε μερικά άτομα το πρότυπο του διαταραγμένου κύκλου ύπνου-εγρήγορσης διαρκεί για αρκετό καιρό. Η ενίσχυση με ώρες ύπνου και φωτοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους εργαζόμενους να προσαρμοστούν στο νέο τους πρόγραμμα. Μερικά άτομα δεν προσαρμόζονται ποτέ στην αλλαγή του προγράμματος, δεδομένου ότι επιστρέφουν στο ισχύον πρότυπο του πληθυσμού τις ημέρες των αργιών ή των διακοπών.

Τα εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας είναι μια σημαντική περιοχή που δεν έχει μελετηθεί αρκετά, αφού ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού εργάζεται με εναλλασσόμενο ωράριο. Η ευαισθησία των ατόμων στις αλλαγές προγραμμάτων ποικίλει ευρέως και ένας σεβαστός αριθμός ατόμων απλώς δεν προσαρμόζεται στο εναλλασσόμενο ωράριο. Αυτά τα άτομα δεν θα πρέπει να απασχολούνται σε τέτοιο ωράριο. Μερικοί άνθρωποι ιδιοσυγκρασιακά, είναι «κουκουβάγιες», δηλαδή τους αρέσει να μένουν ξύπνοι το βράδυ και να κοιμούνται την ημέρα, ενώ άλλοι είναι «κορυδαλλοί», δηλαδή ξυπνάνε νωρίς και κοιμούνται νωρίς. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα προκύπτει στην εκπαίδευση των γιατρών, που απαιτείται συχνά να εργάζονται 36-48 ώρες χωρίς να κοιμούνται. Αυτή η κατάσταση είναι επικίνδυνη και για τους γιατρούς και για τους ασθενείς. Απαιτούνται περισσότεροι εκπαιδευτές, ώστε να μπορούν οι γιατροί να εναλλάσσονται συχνότερα (Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sanchez R, Rios C, Freitag WO, Richardson GS, Kronauer RE, 1986).

2.11.γ.ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟΣ ΤΥΠΟΣ

A) **Σύνδρομο προώθησης της φάσης του ύπνου.** Χαρακτηρίζεται από ενάρξεις ύπνου και αφυπνίσεις που συμβαίνουν νωρίτερα από το επιθυμητό, οι πραγματοποιούμενοι ύπνοι γίνονται την ίδια ώρα κάθε μέρα, δεν αναφέρεται δυσκολία στην διατήρηση ύπνου, αφού αυτός ξεκινήσει, και ανικανότητα καθυστέρησης της φάσης του ύπνου, ενισχύοντας τις συνήθειες στο πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης. Η κατάσταση αυτή δεν παρεμβαίνει στις δραστηριότητες του σχολείου ή της δουλειάς. Το μείζον παρουσιαζόμενο ενόχλημα είναι η ανικανότητα να μένει κανείς ξύπνιος το βράδυ και να κοιμάται το πρωί, όπως θα επιθυμούσε.

B) **Αποδιοργανωμένο πρότυπο ύπνου-εγρήγορσης.** Ορίζεται ως συμπεριφορά ανώμαλου και ποικίλου προγράμματος ύπνου εγρήγορσης που διαταράσσει το ομαλό πρότυπο. Η κατάσταση συνδέεται με συχνούς ημερήσιους μικρούς ύπνους σε ακανόνιστες ώρες και αρκετές ώρες ξεκούρασης στο κρεβάτι. Ο ύπνος τη νύχτα δεν είναι αρκετός και η κατάσταση μπορεί να παρουσιάζεται σαν αϋπνία, αν και η συνολική ποσότητα ύπνου ανά 24ωρο είναι φυσιολογική για την ηλικία (Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sanchez R, Rios C, Frietag WO, Richardson GS, Kronauer RE, 1986).

2.11.δ.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

A. Σταθερό ή υποτροπιάζον πρότυπο διασπώμενου ύπνου που οδηγεί σε υπερβολική υπνηλία ή αϋπνία που οφείλεται σε δυσαρμονία στο πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης που απαιτείται από το περιβάλλον ενός ατόμου και το κirkάδιο πρότυπο ύπνου-αφύπνισης του ατόμου.

B. Η διαταραχή του ύπνου προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη στην κοινωνική, εργασιακή, ή άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.

Γ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας μιας άλλης διαταραχής ύπνου ή άλλης ψυχικής διαταραχής.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεση επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική σωματική κατάσταση.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

2.12.ΠΑΡΑΪΠΝΙΕΣ

Οι παραϋπνίες είναι διαταραχές της συμπεριφοράς και ανεπιθύμητα φαινόμενα που παρεισφρέουν απροσδόκητα στη φυσιολογική διαδικασία του ύπνου. Οι παραϋπνίες διακρίνονται σε α) διαταραχές αφύπνισης, β) διαταραχές μετάβασης από τη φάση του ύπνου στη φάση της εγρήγορσης, γ) παραϋπνίες που συνδέονται συνήθως με το REM ύπνο και, δ) άλλες παραϋπνίες. Σύμφωνα με άλλη ταξινόμηση, οι παραϋπνίες, ανάλογα με τη φάση του ύπνου κατά την οποία εμφανίζονται, διακρίνονται σε μη-REM, REM, και μικτού τύπου παραϋπνίες (Roehrs T, Roth T, 2001).

Διαγνωστικά κριτήρια για παραυπνία μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η κατηγορία της παραυπνίας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς αφορά στις διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ανώμαλη συμπεριφορά ή παθοφυσιολογικά συμβάντα στη διάρκεια του ύπνου ή των μεταβάσεων από ύπνο σε αφύπνιση, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για πιο ειδική παραυπνία. Παραδείγματα περιλαμβάνουν:

1) **Διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο:** κινητική δραστηριότητα, συχνά βίαιης φύσης, που δημιουργείται στη διάρκεια του ύπνου REM. Αντίθετα με την υπονοβασία, τα επεισόδια αυτά τείνουν να συμβαίνουν αργά τη νύχτα και συνδέονται με ζωντανή ανάμνηση ονείρων.

2) **Παράλυση ύπνου:** ανικανότητα να εκτελέσει κανείς εκούσιες κινήσεις κατά τη μετάβαση μεταξύ εγρήγορσης και ύπνου. Τα επεισόδια μπορεί να συμβούν κατά την έναρξη του ύπνου (υπναγωγικά) ή κατά την αφύπνιση (υπνοπομπικά). Τα επεισόδια συνδέονται συχνά με έντονο άγχος και, σε μερικές περιπτώσεις, φόβο επικείμενου θανάτου. Η παράλυση ύπνου συμβαίνει συχνά ως συνοδό σύμπτωμα στην ναρκοληψία και, σε μερικές περιπτώσεις, δεν πρέπει να ταξινομείται ως κάτι ξεχωριστό.

3) **Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός γιατρός έχει συμπεράνει ότι πρόκειται για κάποια παραυπνία, αλλά δεν είναι σε θέση να προσδιορίσει αν είναι πρωτογενής, αν οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση ή προκαλείται από ουσία.**

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένες από τις αντιπροσωπευτικές διαταραχές από κάθε κατηγορία.

2.13.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ

Η συχνότητα της υπονοβασίας κυμαίνεται γύρω στο 1% του γενικού πληθυσμού. Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη της, είναι συνηθέστερη στα παιδιά και συνήθως υποχωρεί αυτόματα με την πρόοδο της ηλικίας. Συχνά υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και άλλων παραϋπνιών, όπως νυχτερινών τρόμων. Τυπικά, το υπονοβατικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από σύνθετη δραστηριότητα, κατά την οποία ο ασθενής ανασηκώνεται από το κρεβάτι του και περιπλανιέται στο χώρο χωρίς πλήρη συνείδηση. Η αφύπνιση του υπονοβάτη κατά τη διάρκεια του επεισοδίου δεν είναι εύκολη και όταν αυτή επιτυγχάνεται, τότε συχνά συνοδεύεται από σύγχυση. Τα επεισόδια έχουν μικρή διάρκεια και ο ασθενής εμφανίζει αμνησία του γεγονότος. Η υπονοβασία εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου βραδέων κυμάτων του μη-REM ύπνου (σταδία 3 και 4), γι' αυτό και εμφανίζεται κατά το πρώτο τρίτο της νύχτας, οπότε αφθονεί ο ύπνος βραδέων κυμάτων. Εφόσον η υπονοβασία παρατείνεται στην ενήλικη ζωή μπορεί να αντανakλά ψυχοπαθολογία, εάν δε εμφανιστεί για πρώτη φορά σε ενήλικες ή ηλικιωμένους απαιτείται ο αποκλεισμός της πιθανότητας βλάβης του ΚΝΣ.

Στη διαφορική διάγνωση της υπονοβασίας περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως οι νυχτερινοί τρόμοι, οι νυχτερινές κρίσεις πανικού, οι νυχτερινές κρίσεις επιληψίας, η διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο, διάφορες άλλες παραϋπνίες και η αποφρακτική υπνική άπνοια. Διάφοροι παράγοντες ενοχοποιούνται για την πυροδότηση ή επιδείνωση των υπονοβατικών επεισοδίων, όπως φάρμακα (π.χ. θειοριδαζίνη, περφαιναζίνη, λίθιο, δεσιπραμίνη κ.α.), εμπύρετες καταστάσεις, στέρηση του ύπνου και η αποφρακτική υπνική άπνοια. Διάφοροι παράγοντες ενοχοποιούνται για την πυροδότηση ή επιδείνωση των υπονοβατικών επεισοδίων, όπως φάρμακα (π.χ. θειοριδαζίνη, περφαιναζίνη, λίθιο, δεσιπραμίνη κ.α.), εμπύρετες καταστάσεις, στέρηση του ύπνου και η αποφρακτική υπνική άπνοια. Η βαρύτητα της διαταραχής ποικίλλει ανάλογα με τη συχνότητα και τη διάρκεια των επεισοδίων, που μπορεί να κυμαίνεται από ένα το μήνα ή αραιότερα μέχρι και την εμφάνιση καθημερινών προσβολών.

Η υπνοβασία, παρόλο που γενικά είναι καλοήθης κατάσταση, είναι δυνητικά επικίνδυνη λόγω της πιθανότητας τραυματισμών και ατυχημάτων. Για την αποτροπή τους, συνεπώς πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις, όπως η τοποθέτηση εμποδίων μπροστά από τα παράθυρα, το κλείδωμα της πόρτας κ.λπ. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση φαρμάκων που καταστέλλουν το στάδιο 4 του ύπνου, όπως οι βενζοδιαζεπίνες (Soldatos CR, Paparrigopoulos T, guest eds, 2005).

2.13α.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ

1. Επανελημμένα επεισόδια έγερσης από το κρεβάτι στη διάρκεια του ύπνου και βάδισης, που συνήθως συμβαίνουν στη διάρκεια του πρώτα 1/3 της μείζονος περιόδου ύπνου.
2. Ενώ υπνοβατεί, το άτομο έχει ένα κενό, ατενίζον προσωπείο, δείχνει μικρή απαντητικότητα στις προσπάθειες των άλλων να επικοινωνήσουν μαζί του/της και μπορεί να αφυπνιστεί μόνο με μεγάλη δυσκολία.
3. Ξυπνώντας (είτε κατά το υπνοβατικό επεισόδιο, είτε το επόμενο πρωί), το άτομο έχει αμνησία για το επεισόδιο.
4. Μέσα σε μερικά λεπτά μετά την αφύπνιση από το υπνοβατικό επεισόδιο, δεν υπάρχει διαταραχή στην ψυχική δραστηριότητα ή συμπεριφορά (αν και αρχικά μπορεί να υπάρξει βραχεία περίοδος σύγχυσης ή αποπροσανατολισμού).
5. Η υπνοβασία προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικές.
6. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική κατάσταση. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

2.14.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΩΝ ΤΡΟΜΩΝ

Η διαταραχή των νυχτερινών είναι αρκετά συχνή στα παιδιά (περίπου 3%) και σπανίζει στους ενήλικες. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από αιφνίδια αφύπνιση με μια κραυγή αγωνίας, που συνοδεύεται με έντονο άγχος και υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, ταχύπνοια, εφίδρωση, μυδρίαση). Ο ασθενής συνήθως ανακάθεται στο κρεβάτι του, δεν ανταποκρίνεται στα εξωτερικά ερεθίσματα και εάν αφυπνιστεί είναι αποπροσανατολισμένος και συγχυτικός. Συνήθως δεν υπάρχει ανάμνηση του επεισοδίου. Όπως και η υπονοβασία, εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου βραδέων κυμάτων, γι' αυτό και συχνά εκδηλώνεται μέσα στις πρώτες 1-2 ώρες του ύπνου. Η ηλικία έναρξης της διαταραχής, η κλινική πορεία της και οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι παρόμοιοι με αυτούς της υπονοβασίας (Coleman RM, Pollak CP, Weitzman ED, 1980).

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής πρέπει να γίνεται κυρίως από τους εφιάλτες, οι οποίοι όμως επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου REM και συνεπώς συνοδεύονται από ανάμνηση ονείρου, όπως επίσης από την έλλειψη αυξημένης κινητικής και αυτονομικής δραστηριότητας. Οι νυχτερινοί τρόμοι πρέπει ακόμη να διακρίνονται από τις αφυπνίσεις σε κατάσταση σύγχυσης, που επέρχονται κατά τον ύπνο βραδέων κυμάτων, τις νυχτερινές επιληπτικές κρίσεις, διάφορες άλλες συγχυτικές καταστάσεις, καθώς και τις διαταραχές του ύπνου που εκδηλώνονται με άγχος κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως οι νυχτερινές κρίσεις πανικού, η αποφρακτική υπνική άπνοια και η νυχτερινή καρδιακή ισχαιμία. Στην παιδική ηλικία, σπάνια απαιτείται θεραπεία. Απλά και μόνο η αφύπνιση του παιδιού πριν από τον αναμενόμενο νυχτερινό τρόπο (περίπου 2 ώρες μετά την έναρξη του ύπνου) για πολλές νύχτες μπορεί να αναστείλει τους νυχτερινούς τρόμους για παρατεταμένη χρονική περίοδο (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992).

2.14.α.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΝΥΠΝΙΟΥ ΤΡΟΜΟΥ

1. Επανελημμένα επεισόδια αιφνίδιας αφύπνισης από τον ύπνο, τα οποία συνήθως εμφανίζονται στη διάρκεια του πρώτου 1/3 του μείζονος ύπνου και αρχίζουν με κραυγή πανικού.
2. Έντονος φόβος και σημεία διέγερσης του αυτόνομου, όπως ταχυκαρδία, ταχεία αναπνοή και εφίδρωση, στη διάρκεια κάθε επεισοδίου.
3. Μικρή απαντητικότητα στις προσπάθειες των άλλων να ηρεμήσουν το άτομο στη διάρκεια του επεισοδίου.
4. Δεν υπάρχει λεπτομερής ανάμνηση του ονείρου, ενώ υπάρχει αμνησία για το επεισόδιο.
5. Τα επεισόδια προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή, ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
6. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική σωματική κατάσταση. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

2.15.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΦΙΑΛΤΩΝ

Οι εφιάλτες αποτελούν κοινή ανθρώπινη εμπειρία. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 10% μέχρι και 50% των παιδιών ηλικίας 3-6 ετών εκδηλώνουν εφιάλτες. Το ποσοστό αυτό φθάνει το 75%, εφόσον συμπεριληφθεί ολόκληρη η παιδική ηλικία. Μέχρι και οι μισοί σχεδόν ενήλικες αναφέρουν περιστασιακά εφιάλτες. Ο εφιάλτης είναι ένα μακρύ, τρομακτικό όνειρο, κατά το οποίο το άτομο ξυπνά φοβισμένο και με λεπτομερή ανάμνηση του ονείρου. Παρόλο που ο εφιάλτης συνοδεύεται από φόβο και από αγωνία, υπάρχει σημαντικά λιγότερο άγχος, φωνές, κινήσεις και αυτονομική υπερδραστηριότητα απ' ότι στους νυχτερινούς τρόμους ή κατά τη διαταραχή της συμπεριφοράς κατά το REM ύπνο. Οι εφιάλτες σχεδόν πάντα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, οποιαδήποτε στιγμή της νύχτας, κυρίως όμως κατά το δεύτερο ήμισυ. Οι εφιάλτες πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται από τους νυχτερινούς τρόμους και τη διαταραχή της συμπεριφοράς κατά το REM ύπνο. Η παρουσία ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως τα σχιζοτυπικού, σχιζοειδικού και μεθοριακού τύπου χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι προδιαθέτει στην εμφάνιση εφιαλτών. Επίσης, ψυχοπιεστικά και τραυματικά γεγονότα αυξάνουν τη συχνότητα των επεισοδίων και επιδεινώνουν τους εφιάλτες. Ορισμένα φάρμακα όπως ντοπαμινεργικά και οι β-αδρενεργικοί αναστολείς, και η διακοπή φαρμάκων που καταστέλλουν το REM ύπνο μπορούν να επάγουν εφιάλτες. Συνήθως οι εφιάλτες εμφανίζονται κατά την πρώτη παιδική ηλικία και τείνουν να υποχωρήσουν μετά από άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Σε λίγες περιπτώσεις, η διαταραχή μπορεί να παραταθεί για πολλά χρόνια στην ενήλικη ζωή. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διαταραχή αντιμετωπίζεται ψυχοθεραπευτικά ή μπορεί να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες για βραχύ χρονικό διάστημα (Σολδάτος ΚΡ, 1993).

2.15.α. Διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή με εφιάλτες

1. Επαναλαμβανόμενες αφυπνίσεις σε περιόδους μείζονος ύπνου ή μικρών ύπνων με λεπτομερή ανάμνηση εκτεταμένων και έντονα τρομακτικών ονείρων, που συχνά περιέχουν απειλή για τη ζωή, την ασφάλεια ή την αυτοεκτίμηση. Οι αφυπνίσεις γενικά συμβαίνουν στη διάρκεια του μισού της περιόδου του ύπνου.
2. Ξυπώντας από το τρομακτικό όνειρο, το άτομο γρήγορα προσανατολίζεται και έρχεται στην πραγματικότητα (σε αντίθεση με τη σύγχυση και αποπροσανατολισμό που παρατηρείται στη διαταραχή ενυπνίου τρόμου και κάποιες μορφές επιληψίας).
3. Η βίωση του ονείρου, ή η διάσπαση του ύπνου που προκύπτει από την αφύπνιση, προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
4. Οι εφιάλτες δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην διάρκεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. ντελίριο, διαταραχή μετά από τραυματικό στρες) και δεν οφείλεται σε άμεση παθοφυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή κάποιας γενικής σωματικής κατάστασης. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

2.16.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΡΥΘΜΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ

Η διαταραχή των ρυθμικών κινήσεων συνίσταται σε ρυθμικές παλινδρομικές κινήσεις της κεφαλής ή του κορμού αμέσως πριν από τον ύπνο, αλλά μπορεί να παρατείνεται και στον ελαφρύ ύπνο. Η πλέον συχνή παραλλαγή είναι το ρυθμικό χτύπημα του κεφαλιού στο κρεβάτι (headbanging). Συνήθως η διαταραχή περιορίζεται στη βρεφική και παιδική ηλικία, υποχωρεί μέσα σε 3-4 χρόνια και είναι καλοήθους πρόγνωσης. Εφόσον παρατείνεται στην όψιμη παιδική ηλικία ή και περισσότερο, μπορεί να σχετίζεται με νοητική καθυστέρηση, αυτισμό ή άλλη ψυχοπαθολογία. Η συχνότητα της διαταραχής είναι υψηλή κατά το πρώτο έτος της ζωής, αλλά μειώνεται σημαντικότερα μέσα στα επόμενα χρόνια (Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS, 1992). Η κατάσταση χρειάζεται να διαφοροδιαγνωστεί από άλλες που εκδηλώνονται με στερεοτυπικές κινήσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις από την επιληψία. Στα περισσότερα βρέφη και μικρά παιδιά δεν απαιτείται θεραπεία. Μπορεί να χρειαστεί επένδυση της κούνιας με μαλακό υλικό ή λήψη προφυλακτικών μέτρων για την πρόληψη τραυματισμού. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς, οι βενζοδιαζεπίνες και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί επίσης να δοκιμαστούν.

2.17.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ REM

Η διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM (REM sleep behavior disorder, RBD) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση, διαλείποντος, απώλειας της ηλεκτρομυογραφικά καταγραφόμενης ατονίας κατά τη διάρκεια του ύπνου REM και την ανάδυση οργανωμένης κινητικής δραστηριότητας, συχνά βίαιης, που συνδυάζεται με παράλληλη ονειρική δραστηριότητα. Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι περίπου 0,5% και προσβάλλονται κυρίως ηλικιωμένοι άνδρες. Η μέση ηλικία έναρξης είναι 6^η-7^η δεκαετία και η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια και προϊούσα. Οι κύριες αιτίσεις των ασθενών είναι τραυματισμοί κατά τον ύπνο λόγω της συχνά βίαιης εκδραμάτισης των ονείρων (90% των περιπτώσεων) και υπερβολική υπνηλία κατά την ημέρα, εφόσον ο ύπνος είναι κατακερματισμένος. Αρκετά συχνά προηγείται πρόδρομη περίοδος, κατά την οποία παρατηρείται μεταβολή του τύπου και του περιεχομένου των ονείρων. Η αφύπνιση από το επεισόδιο είναι άμεση και υπάρχει πλήρης ανάμνηση του ονείρου, που συνήθως έχει στενή σχέση με την παρατηρούμενη συμπεριφορά. Συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές ύπνου (π.χ. νυχτερινοί τρόμοι, υπονοβασία, ναρκοληψία) δεν είναι σπάνια. Η συχνότητα των επεισοδίων ποικίλει από λιγότερο από μια φορά το μήνα έως και αρκετές φορές μέσα στην ίδια νύχτα.

Η διαταραχή μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή συμπτωματική άλλων παθολογικών καταστάσεων (τοξίκωση ή απόσυρση από φάρμακα, αγγειακά εγκεφαλικά αίτια, όγκοι, νευροεκφυλιστικά νοσήματα, ναρκοληψία κ.α.). Πρέπει να σημειωθεί η στενή σχέση μεταξύ RBD και διαφόρων νευροεκφυλιστικών νοσημάτων (νόσος του Parkinson, άνοια τύπου Alzheimer, νόσος με σωματία Lewy, Ελαιο-γεφυροπαρεγκεφαλιδική εκφύλιση, πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση κ.α.). Μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο σύμπτωμα διαφόρων νευροεκφυλιστικών νοσημάτων και να προηγηθεί των άλλων συμπτωμάτων τους μέχρι και 10 έτη. Το 1/3 των ιδιοπαθών περιπτώσεων RBD τελικά εκδηλώνουν νόσο Parkinson (Roehrs T, Roth T, 2001).

Παθοφυσιολογικά, η διαταραχή της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM οφείλεται είτε στην απώλεια της φυσιολογικά παρατηρούμενης μυϊκής ατονίας κατά τον REM ύπνο (λόγω λειτουργικής καταστολής ή καταστροφής των υπεύθυνων σχηματισμών τους στελέχους) είτε στην εμφάνιση υπέρμετρης κινητικής δραστηριότητας (λόγω μειωμένης δραστηριότητας ή καταστροφής των μονοαμινεργικών σχηματισμών τους στελέχους, που είναι υπεύθυνοι για την αναστολή της κινητικότητας κατά το REM ύπνο) ή σε συνδυασμό τους. Η διαταραχή πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από τις συγχυτικές αφυπνίσεις, την υπονοβασία, τους νυχτερινούς τρόμους, τις νυχτερινές επιληπτικές κρίσεις, τις νυχτερινές κρίσεις πανικού, τη διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων, την αποφρακτική υπνική άπνοια, την αποσυνδεδετική διαταραχή και από διάφορες καρδιοαναπνευστικές και γαστρεντερικές διαταραχές που επηρεάζουν τον ύπνο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής έγκειται στην λήψη μέτρων ασφάλειας για την αποφυγή ατυχημάτων, στην θεραπεία των υποκείμενων αιτιοπαθογενετικών παραγόντων και σε συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή, κυρίως με κλοναζεπάμη (0,5 mg ημερησίως) και καρβαζεπίνη (300mg ημερησίως), αλλά και με άλλα φάρμακα, όπως γκαμπαπεντίνη, carbidopa/L-dopa, κλονιδίνη, μελατονίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της MAO, πραμιπεξόλη και δονεπεξίλη (Σόλδάτος ΚΡ, 1993).

2.18.ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΣ ΜΕ ΥΠΝΟ ΒΡΟΥΞΙΣΜΟΣ

Ο βρουξισμός, τρίξιμο δοντιών, συμβαίνει στη διάρκεια της νύχτας, κυρίως όμως κατά το στάδιο 2 του ύπνου. Σύμφωνα με τους οδοντιάτρους, το 5-10% του πληθυσμού πάσχει από βρουξισμό τέτοιου βαθμού, ώστε να εμφανίζει προβλήματα από τα δόντια. Η κατάσταση συνήθως δεν γίνεται αντιληπτή από το άτομο, εκτός από ήπια αίσθηση πόνου στη σιαγόνα το πρωί. Παρ' όλα αυτά, οι σύντροφοι ή συγγάτοικοι αυτών των ατόμων συχνά ξυπνούν από τον θόρυβο. Η θεραπεία συνίσταται σε εφαρμογή οδοντικής πλάκας ανάμεσα στα δόντια και διορθωτικές ορθοδοντικές επεμβάσεις (Karacan I, editor, 1981).

2.19.ΥΠΝΟΛΑΛΙΑ

Είναι συχνή σε παιδιά και ενήλικους. Έχει μελετηθεί αρκετά στα εργαστήρια ύπνου και βρέθηκε να εμφανίζεται σε όλα τα στάδια του ύπνου. Η ομιλία περιέχει συνήθως λίγες λέξεις που είναι δύσκολο να διαχωριστούν. Επεισόδια με έντονη ομιλία περιέχουν σκέψεις και γεγονότα της ζωής του κοιμώμενου, αλλά δεν υπάρχει συσχέτιση με όνειρα, ούτε φαίνεται αν αποκαλύπτονται βαθύτερα μυστικά. Επεισόδια υπνολαλίας συνοδεύουν ενίοτε εφιάλτες και υπνοβασία. Η υπνολαλία ως μεμονωμένη κατάσταση δεν χρήζει αντιμετώπισης (Karacan I, editor, 1981).

2.20.ΧΤΥΠΗΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Είναι ο όρος για την συμπεριφορά ύπνου που συνίσταται κυρίως σε ρυθμικό λίκνισμα της κεφαλής εμπρός και πίσω, σπανιότερα λίκνισμα ολόκληρου του σώματος, που συμβαίνει λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Συνήθως παρατηρείται στην αμέσως προ του ύπνου περίοδο και διατηρείται στον ελαφρύ ύπνο. Σπάνια παραμένει στο βαθύ μη-REM ύπνο. Η αντιμετώπιση περιορίζεται στη λήψη μέτρων για την αποφυγή τραυματισμού (Guilleminault C, editor, 1982).

2.21.ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΥΠΝΟΥ

Χαρακτηρίζεται από αιφνίδια ανικανότητα εκτέλεσης εκούσιων κινήσεων, είτε ακριβώς κατά την έναρξη του ύπνου, είτε στην αφύπνιση, κατά τη διάρκεια της νύχτας ή το πρωί.

2.22.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΑΛΛΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.22.α.ΑΥΠΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ I Ή ΑΞΟΝΑ II

Σ' αυτή την κατηγορία ταξινομείται η αϋπνία που διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα και σχετίζεται συχνά με παθοφυσιολογικά και συμπεριφερσιολογικά συμπτώματα ενδοκρινών ψυχικών διαταραχών. Η κατηγορία αυτή αποτελείται από μια ετερογενή ομάδα καταστάσεων όπως φαίνεται παρακάτω (διαγνωστικά κριτήρια):

2.22.β.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΑΥΠΝΙΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ Ι Η ΑΞΟΝΑ ΙΙ:

- 1) Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η δυσκολία στη έναρξη ή διατήρηση του ύπνου, ή ύπνος που δεν αναζωογονεί, για έναν τουλάχιστον μήνα, που συνδυάζεται με αίσθηση κούρασης ή διαταραγμένη λειτουργικότητα κατά την ημέρα.
- 2) Η διαταραχή του ύπνου (ή οι συνέπειες κατά την ημέρα) προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή αναταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
- 3) Η αϋπνία κρίνεται ότι συνδέεται με κάποια άλλη διαταραχή του άξονα Ι ή άξονα ΙΙ (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή της προσαρμογής με άγχος), αλλά είναι τόσο σοβαρή, ώστε απαιτείται ιδιαίτερη κλινική προσοχή.
- 4) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη διαταραχή ύπνου (π.χ. ναρκοληψία, συνδεδεμένη με την αναπνοή διαταραχή ύπνου, παραυπνία).
- 5) Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική σωματική κατάσταση. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

Το πρόβλημα του ύπνου είναι συνήθως, αλλά όχι πάντα, η δυσκολία έναρξης του, η οποία είναι δευτερογενής σε άγχος που είναι, μέρος κάθε ψυχικής διαταραχής. Η αϋπνία εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες παρά σε άντρες. Σε καθορισμένες περιπτώσεις, στις οποίες το άγχος έχει ψυχολογικές ρίζες, η ψυχιατρική θεραπεία της αιτίας του άγχους (π.χ διαπροσωπική ή ομαδική ψυχοθεραπεία ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία) μπορεί να βελτιώσει την αϋπνία (Schramm E, Holagen F, Grasshoff U, Riemann D, Hajak G, Weeb H-G, Berger M, 1993).

Η αϋπνία που σχετίζεται με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή περιέχει σχετικά φυσιολογικό ύπνο, αλλά συχνές αφυπνίσεις στη διάρκεια του δεύτερου μισού της νύχτας και πρόωμη πρωινή αφύπνιση, συνοδευόμενη με άσχημη διάθεση το πρωί (το πρωί είναι η χειρότερη ώρα για τους περισσότερους ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή). Η πολυπνογραφία δείχνει μειωμένα στάδια ύπνου 3 και 4, συχνά βράχυνση του Rem latency και μακρά πρώτη περίοδο REM. Η χρησιμοποίηση μερικής ή ολικής στέρησης ύπνου μπορεί να επιταχύνει την απάντηση στην αντικαταθλιπτική θεραπεία.

Η διαταραχή πανικού μπορεί να σχετίζεται με παροξυσμικές αφυπνίσεις στα στάδια 3 και 4. Είναι παρόντα συναισθηματικά και γνωσιακά συμπτώματα του πανικού, όπως ταχυκαρδία και ταχύπνοια.

Ασθενείς με μανιακά επεισόδια και διπολική διαταραχή II φαίνεται να αποτελούν ακραίες περιπτώσεις short sleepers. Μερικές φορές εμφανίζεται δυσκολία στην έναρξη του ύπνου, αλλά συχνότερα δεν παραπονιούνται για προβλήματα ύπνου . Ξυπνούν ξεκούραστοι μετά από 2 ή 4 ώρες ύπνου και φαίνεται ότι έχουν μειωμένη ανάγκη για ύπνο στη διάρκεια της πορείας του μανιακού και υπομανιακού επεισοδίου.

Στη σχιζοφρένεια, ο συνολικός χρόνος ύπνου και ο ύπνος βραδέων κυμάτων μειώνεται. Ο REM ύπνος συχνά μειώνεται πρώιμα στη διάρκεια της υποτροπής (Roffwarg H, Erman M, 1985).

2.23.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ Ι Η ΑΞΟΝΑ ΙΙ

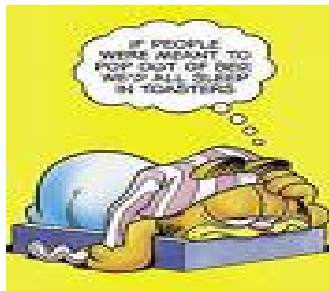
- 1) Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι υπερβολική υπνηλία για τουλάχιστον 1 μήνα, όπως φαίνεται είτε από επεισόδια παρατεταμένου ύπνου, είτε από επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα, που συμβαίνουν σχεδόν καθημερινά.
- 2) Η υπερβολική υπνηλία προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή αναταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
- 3) Η υπερυπνία κρίνεται ότι συνδέεται με κάποια άλλη διαταραχή στον άξονα Ι ή άξονα ΙΙ (π.χ μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή), αλλά είναι τόσο σοβαρή, ώστε απαιτεί ιδιαίτερη κλινική προσοχή.
- 4) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με κάποια άλλη διαταραχή ύπνου (π.χ ναρκοληψία, συνδεδόμενη με την αναπνοή διαταραχή του ύπνου, παραυπνία) ή με ανεπαρκή ποσότητα ύπνου.
- 5) Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ κατάχρηση ουσίας, φαρμακευτική αγωγή) ή σε γενική σωματική κατάσταση. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

2.23.α.ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ Ι ΚΑΙ ΑΞΟΝΑ ΙΙ

Η υπερυπνία, που διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα και σχετίζεται με ψυχική διαταραχή, απαντάται σε σειρά καταστάσεων, μεταξύ των οποίων είναι και οι διαταραχές της διάθεσης. Έντονη υπνηλία κατά την ημέρα μπορεί να αναφερθεί στα αρχικά στάδια πολλών ήπιων καταθλιπτικών διαταραχών και, χαρακτηριστικά, στην καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής Ι. Μερικές φορές σχετίζεται για ορισμένες εβδομάδες με μη επιπελεγμένο πένθος. Άλλες ψυχικές διαταραχές – όπως διαταραχές της προσωπικότητας, διχαστικές διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές, διχαστική φυγή και αμνησιακές διαταραχές – μπορεί

να προκαλέσουν υπερυπνία. Η θεραπεία της πρωτογενούς διαταραχής θα πρέπει να καταλήξει στην ύφεση της υπερυπνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3



3.ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

3.1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Κάθε τύπος διαταραχής ύπνου (π.χ αϋπνία, υπερυπνία, παραυπνία ή συνδυασμός τους) μπορεί να οφείλεται σε τυχόν γενική σωματική κατάσταση.

Σχεδόν κάθε σωματική κατάσταση που σχετίζεται με πόνο και δυσφορία (π.χ αρθρίτιδα, στηθάγχη) μπορεί να προκαλέσει αϋπνία. Μερικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν αϋπνία ακόμη και αν ο πόνος ή η δυσφορία δεν είναι ιδιαίτερα έντονα. Αυτές οι καταστάσεις περιλαμβάνουν τα νεοπλάσματα, τις αγγειακές βλάβες, τις λοιμώξεις, τις εκφυλιστικές και τραυματικές καταστάσεις. Άλλες καταστάσεις, ειδικότερα ενδοκρινικές και μεταβολικές νόσοι, προκαλούν συχνά, μερικές φορές, διαταραχές στον ύπνο (Καγιαλάρη Μ., Σταματάκη Π., Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν, 1996).

Η γνώση για την πιθανότητα ύπαρξης αυτών των καταστάσεων και η λήψη ενός καλού ιστορικού οδηγεί συνήθως στην ορθή διάγνωση. Η θεραπεία όταν είναι εφικτή, συνίσταται στην αντιμετώπιση της υποκείμενης σωματικής κατάστασης (Zales MR, editor, 1982).

3.1.α.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- 1) Μια κυρίαρχη διαταραχή στον ύπνο που είναι αρκετά σοβαρή, ώστε απαιτεί ιδιαίτερη κλινική προσοχή.
- 2) Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή ύπνου είναι η άμεση παθοφυσιολογική συνέπεια μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
- 3) Η διαταραχή αυτή δεν εξηγείται καλύτερα με μια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ μια διαταραχή της προσαρμογής στην οποία το στρεσογόνο αίτιο είναι μια σοβαρή σωματική νόσος).

- 4) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ενός ντελίριου.
- 5) Η διαταραχή δεν πληροί τα κριτήρια για συνδεόμενη με αναπνοή διαταραχή του ύπνου ή ναρκοληψία.
- 6) Η διαταραχή του ύπνου προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία, ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

3.2.ΕΠΙΛΗΨΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Η σχέση μεταξύ επιληψίας και ύπνου είναι σύνθετη. Σχεδόν κάθε μορφή επιληψίας, είτε βελτιώνεται είτε χειροτερεύει, σε συγκεκριμένες στιγμές κατά τον κύκλο του ύπνου.

3.3.ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΕΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Οι σχετιζόμενες με τον ύπνο αθροιστικές κεφαλαλγίες είναι έντονες ετερόπλευρες, που εμφανίζονται συχνά στη διάρκεια του ύπνου και χαρακτηρίζονται από ένα πρότυπο προσβολών on-off. Η χρόνια παροξυσμική ημικρανία είναι μια παρόμοια ετερόπλευρη κεφαλαλγία που συμβαίνει καθημερινά, με πιο συχνά αλλά μικρής διάρκειας, επεισόδια, χωρίς ιδιαίτερη κατανομή στη διάρκεια του ύπνου. Και οι δύο αυτοί τύποι αγγειακής κεφαλαλγίας αποτελούν παραδείγματα καταστάσεων που επιδεινώνονται κατά τον ύπνο και εμφανίζονται σε συνδυασμό με τις περιόδους ύπνου REM, η δε παροξυσμική ημικρανία περιορίζεται ουσιαστικά στον ύπνο REM (Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors, 1993).

3.4.ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩΜΑΛΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Το σύνδρομο ανώμαλης κατάποσης είναι μια κατάσταση κατά τη διάρκεια του ύπνου, στην οποία η ανεπαρκής κατάποση έχει ως αποτέλεσμα εισρόφηση σιέλου, βήχα και πνιγμονή. Κατά διαστήματα συνδέεται με σύντομες εγρηγόρσεις και αφυπνίσεις.

3.5.ΑΣΘΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Το άσθμα επιδεινώνεται με τον ύπνο σε μερικά άτομα και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές διαταραχές του ύπνου.

3.6.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Τα σχετιζόμενα με τον ύπνο καρδιαγγειακά συμπτώματα πηγάζουν από διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, μυοκαρδιακή ανεπάρκεια, ανεπάρκεια στεφανιαίας αρτηρίας και ευμεταβλητότητα αρτηριακής πίεσης, τα οποία μπορεί να προκαλούνται ή να επιδεινώνονται από τις αλλαγές του ύπνου ή την τροποποιούμενη κατά τον ύπνο καρδιαγγειακή λειτουργία

3.7.ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Η γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση που σχετίζεται με τον ύπνο είναι διαταραχή στην οποία ο άρρωστος ξυπνά με καυστικό, οπισθοστερνικό πόνο ή αίσθημα καθολικού πόνου ή σύσφιξης στο στήθος ή με όξινη γεύση στο στόμα. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν επανειλημμένα βήχας, πνιγμονή και ακαθόριστη δυσχέρεια.

3.8.ΑΙΜΟΛΥΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΥΡΙΑ)

Η παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία είναι σπάνια επίκτητη χρόνια αιμολυτική αναιμία, κατά την οποία η ενδαγγειακή αιμόλυση έχει ως αποτέλεσμα αιμοσφαιριναιμία και αιμοσφαιρινουρία. Η αιμόλυση και η επακόλουθη αιμοσφαιρινουρία επιταχύνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου, χρωματίζοντας καστανοκόκκινα τα πρωινά ούρα. Η αιμόλυση συνδέεται με την περίοδο του ύπνου, ακόμα και αν η περίοδος μετατοπίζεται απότομα.

3.9.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ

Κάθε τύπος διαταραχής του ύπνου (π.χ αϋπνία, υπερυπνία, παραυπνία ή συνδυασμός) μπορεί να προκληθεί από μια ουσία. Σύμφωνα με το DSM-IV, ο κλινικός θα πρέπει να προσδιορίσει επίσης εάν η έναρξη της διαταραχής συνέβη στη διάρκεια τοξίκωσης ή στέρησης.

Υπνηλία σχετιζόμενη με ανοχή ή στέρηση από ένα διεγερτικό του ΚΝΣ είναι συχνή σε άτομα που είναι σε στέρηση από αμφεταμίνες, κοκαΐνη, καφεΐνη και άλλες σχετικές ουσίες. Η υπνηλία μπορεί να σχετίζεται με βαριά κατάθλιψη, που περιστασιακά μπορεί να φτάσει σε αυτοκτονικές τάσεις.

Η συνεχής χρήση κατασταλτικών του ΚΝΣ, όπως αλκοόλ, μπορεί να προκαλέσει υπνηλία. Βαριά χρήση αλκοόλ το βράδυ προκαλεί υπνηλία και δυσκολία αφύπνισης την επομένη το πρωί. Αυτή η αντίδραση μπορεί να παρουσιάσει διαγνωστικό πρόβλημα εάν ο ασθενής δεν έχει τα στοιχεία της κατάχρησης αλκοόλ.

Η αϋπνία σχετίζεται με ανοχή ή στέρηση από ηρεμιστικά-υπνωτικά, όπως βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά και υδρική χλωράλη. Με τη συνεχή χρήση τέτοιων παραγόντων – συχνά σε υπνοθεραπευτικές δόσεις για την αϋπνία από διάφορες αιτίες – η ανοχή αυξάνεται και οι ουσίες χάνουν την υπνωτική τους δράση, με συνέπεια οι ασθενείς να αυξάνουν την δόση.

Σε αιφνίδια διακοπή της ουσίας, επέρχεται βαριά αϋπνία που συνοδεύεται συχνά με τα γενικά χαρακτηριστικά στέρησης της ουσίας. Χαρακτηριστικά, ο ασθενής βιώνει μια σχετική αύξηση στη βαρύτητα της αυπνίας.

Μακρά χρήση (πάνω από 30 ημέρες) ενός υπνωτικού παράγοντα είναι καλά ανεκτή από μερικούς ασθενείς, ενώ αντίθετα άλλοι αρχίζουν να παραπονούνται για διαταραχές ύπνου, συχνότερα για πολλές αφυπνίσεις στην διάρκεια της νύχτας. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου, μείωση των σταδίων 3 και 4, αύξηση των σταδίων 1 και 2, και κατάτμηση του ύπνου στη διάρκεια της νύχτας.

Ο κλινικός πρέπει να είναι ενήμερος ότι τα διεγερτικά του ΚΝΣ προκαλούν αϋπνία και πρέπει να έχει κατά νου ότι αρκετά φάρμακα για απώλεια βάρους, ποτά περιέχοντα καφεΐνη και ορισμένα αδρενεργικά που παίρνουν οι ασθματικοί ασθενείς, μπορεί να προκαλέσουν κάποια μορφή αυπνίας. Το αλκοόλ μπορεί να βοηθήσει στην παραγωγή ύπνου, αλλά συχνά καταλήγει σε νυχτερινές αφυπνίσεις. Η χρήση αλκοόλ το απόγευμα μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στην έναρξη του ύπνου αργότερα το βράδυ.

Για λόγους που δεν είναι πάντα ευκρινείς, μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων προκαλεί, περιστασιακά, προβλήματα στον ύπνο με τη μορφή παρενεργειών. Αυτά τα φάρμακα είναι οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες έναντι του καρκίνου, οι θυρεοειδικοί και αντιεπιληπτικοί παράγοντες, τα αντικαταθλιπτικά, τα φάρμακα με αδρενοκορτικοτρόπο δράση, τα αντισυλληπτικά, η α-μεθυλ-ντόπα και οι β-αναστολείς.

Αντίθετα, μία άλλη ομάδα χρησιμοποιούμενων παραγόντων δεν προκαλεί διαταραχές ύπνου, αλλά μπορεί να εμφανίσει αυτή την επίδραση μετά από στέρηση. Σχεδόν κάθε φάρμακο με κατασταλτική ή ηρεμιστική δράση μπορεί να εμφανίσει αυτή τη δράση, συμπεριλαμβανομένων των βενζοδιαζεπίνων, των φαινοθειαζίνων, των κατασταλτικών τρικυκλικών και ποικίλων εθιστικών ουσιών όπως μαριχουάνα, οπιοειδή κ.λπ.

Το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ και προκαλεί έντονα προβλήματα, όπως και άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ, τόσο στη διάρκεια της χρήσης –που πιθανόν σχετίζεται με ανάπτυξη ανοχής- όσο και μετά τη στέρηση. Η αϋπνία μετά από μακρά χρήση αλκοόλ είναι μερικές φορές βαριά και διαρκεί για εβδομάδες ή περισσότερο. Ο γιατρός δεν θα πρέπει να χορηγήσει δυνητικά εθιστική αγωγή σε έναν ασθενή που μόλις έχει ανανήψει από κάποιον εθισμό. Η αγωγή με υπνωτικά θα πρέπει, κατά το δυνατό, να αποφεύγεται.

Σε καπνιστές τσιγάρων, ο συνδυασμός συνθηκών χαλάρωσης και μικρών δόσεων νικοτίνης, για καταστολή, μπορεί να βοηθήσουν τον ύπνο. Αντίθετα, οι υψηλές δόσεις νικοτίνης μπορεί να επηρεάσουν τον ύπνο, ιδιαίτερα στην έναρξή του. Ο τυπικός καπνιστής κοιμάται λιγότερο από ότι ο μη καπνιστής. Η στέρηση νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει ζάλη ή ανησυχία (Stradling JR,1993).

3.9.α.ΟΥΣΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΑΪΠΝΙΑ

Φάρμακα

- Ψυχοδιεγερτικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Κατασταλτικά Κ.Ν.Σ. (ανοχή ή διακοπή)
- Κορτικοστεροειδή
- Βρογχοδιασταλτικά
- β-αναστολείς
- αντιυπερτασικά

Άλλες Ουσίες

- Αλκοόλ
- Καφεΐνη
- Νικοτίνη
- Κάνναβις

(<http://www.inpsy.gr>)

3.9.β.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ

1) Μια κυρίαρχη διαταραχή ύπνου η οποία είναι αρκετά σοβαρή ώστε απαιτεί ιδιαίτερη κλινική προσοχή.

2) Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα, είτε του (α), είτε του (β):

α) Τα συμπτώματα του κριτηρίου 1 δημιουργούνται στη διάρκεια ή μέσα σε 1 μήνα από την τοξίκωση ή την απόσυρση από την ουσία.

β) Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται, σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή ύπνου.

3) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με διαταραχή ύπνου που δεν προκαλείται από ουσίες. Αποδείξεις ότι τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα με διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες, μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: Τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της κατάχρησης ουσίας (ή χρήσης φαρμακευτικής αγωγής), τα συμπτώματα επιμένουν για ικανό χρονικό διάστημα (π.χ περίπου 1 μήνα) μετά το τέλος της οξείας στέρησης ή της σοβαρής τοξίκωσης, ή είναι υπερβολικά σε σχέση με το τι αναμένεται, δεδομένου του τύπου ή της ποσότητας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας χρήσης· ή υπάρχει άλλη απόδειξη που δείχνει την παρουσία μιας ανεξάρτητης μη οφειλόμενης σε ουσία διαταραχής ύπνου (π.χ ιστορικό επαναλαμβανόμενων, μη συνδεόμενων με ουσία, επεισοδίων).

4) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ενός ντελίριου.

5) Η διαταραχή του ύπνου προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία, ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή σε άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4)

3.10.ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Αντίθετα από τις αρχικές προσδοκίες, τα αποτελέσματα από τα πειράματα στέρησης του ύπνου δεν συνέβαλαν στη διευκρίνιση της λειτουργικής σημασίας του ύπνου. Οι σημαντικότερες πληροφορίες προήλθαν από νευροφυσιολογικές, φυλογενετικές, ηθολογικές και οντογενετικές - αναπτυξιακές παρατηρήσεις. Σχηματικά, οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον ύπνο απορούν 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.

α. 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 ζευγάρισμα 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.

β. 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 υποβοηθεί 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. 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.

γ. Μεταβολικές θεωρίες

Οι υποστηρικτές των μεταβολικών θεωριών προσβέουν 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, επιταχύνεται η μιτωτική διαίρεση, αυξάνεται η σύνθεση νευροδιαβιβαστών και ευοδώνεται η επούλωση των ιστών. Έχει βρεθεί ότι ο ύπνος βραδέων κυμάτων ανακτάται πρώτος μετά από υπνική αποστέρηση και παρατηρείται αύξηση του μετά από σωματική άσκηση.

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, η περιοδική διακοπή της εκφόρτισης των νευρώνων και η μείωση του τόνου του συμπαθητικού συστήματος περιφερικά, μπορεί να θεωρηθεί ότι υποβοηθάει στην επαναπλήρωση των «αποθηκών» σε νευροδιαβιβαστές ή συνθετικά ένζυμα που θα χρησιμοποιηθούν αργότερα κατά την εγρήγορση.

δ. Πληροφορικές θεωρίες

Οι πληροφορικές θεωρίες σαν κύριο άξονα 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 παράδοξο ύπνο γίνεται ταξινόμηση, ανάλυση, 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 συμπεριφορική 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. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η υπεραποθήκευση στη μνήμη. Δηλαδή «ονειρευόμαστε για να ξεχνάμε». Από το πλήθος των θεωριών που εκθέσαμε παραπάνω, χωρίς να τις εξαντλήσουμε, 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 (<http://www.inpsy.gr>).

3.11.ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟΥ ΥΠΝΟΥ

Οι συνέπειες των αλλαγών στη συνέχεια του ύπνου και στον συνολικό χρόνο του ύπνου γίνονται σαφείς, ενώ οι μεταβολές των σταδίων του ύπνου, όχι. Όσον αφορά στα στάδια του ύπνου, η κλινική σημασία των μεταβολών των βραδέων κυμάτων δεν είναι σαφής. Η δραστηριότητα βραδέων κυμάτων συχνά ερμηνεύεται ότι υποδεικνύει το «βάθος» του ύπνου. Αν το «βάθος» σημαίνει ευκολία αφύπνισης, τότε ο ύπνος αυξημένων βραδέων κυμάτων στα παιδιά και η εξαφάνιση του ύπνου βραδέων κυμάτων στους ηλικιωμένους συμφωνεί με αυτήν την άποψη. Ο NREM ύπνος είναι επίσης μια περίοδος κατά την οποία διάφορες λειτουργίες, είναι εξαιρετικά αυξημένες(π.χ έκκριση αυξητικής ορμόνης).

Οι βενζοδιαζεπίνες καταστέλλουν τον ύπνο βραδέων κυμάτων, ενώ ανυψώνουν τον ουδό αφύπνισης. Το αλκοόλ αυξάνει τόσο τη δραστηριότητα βραδέων κυμάτων όσο και τον ουδό αφύπνισης (παρ' ότι τα μη βενζοδιαζεπινικά υπνωτικά γενικά δεν επηρεάζουν σημαντικά την αρχιτεκτονική του ύπνου). Αν, όμως, "βάθος" σημαίνει την απουσία κινητικής δραστηριότητας, τότε ο REM ύπνος είναι "βαθύτερος" από τον NREM. Παρομοίως, οι επιπτώσεις της καταστολής του REM δεν είναι γνωστές. Σε ασθενείς με πρωτοπαθή κατάθλιψη, η καταστολή του REM σχετίζεται με βελτίωση της διάθεσης. Σε υγιή άτομα, η μόνη εμφανής επίπτωση της καταστολής του REM είναι η υπερακόντιση REM (REM rebound).

Η αύξηση του συνολικού χρόνου και της συνέχειας του ύπνου, έχουν τεκμηριωμένη επίδραση σε πολλές πλευρές της καθημερινής λειτουργικότητας. Η μείωση του χρόνου του ύπνου κάτω από το δεδομένο επίπεδο που χρειάζεται ένα άτομο σε ένα 24ωρο, που ίσως είναι γενετικά προκαθορισμένο και κατά μέσο όρο περί τις 8 ώρες, οδηγεί σε ελαττωμένη εγρήγορση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μειωμένη εγρήγορση (ή αυξημένη υπνηλία) εκδηλώνεται με ελλείμματα προσοχής, δυσκολία μνημονικής ανάκλησης και αυξημένο κίνδυνο αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων.

Τόσο σε εργαστηριακές όσο και σε επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιωθεί τέτοιες επιδράσεις. Σε έναν αριθμό υποομάδων του πληθυσμού, αναφέρονται ελαττωμένη διάρκεια ύπνου και αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Νεαρά άτομα (έφηβοι και νεαροί ενήλικες) τα οποία αναφέρουν μέση διάρκεια ύπνου 7 ωρών κατά τη διάρκεια του 24ώρου, σε εργαστηριακές μελέτες, εκδηλώνουν αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας στο Multiple Sleep Latency Test(MSLT), το οποίο είναι μια τυποποιημένη μέθοδος μέτρησης της φυσιολογικής υπνηλίας των ανθρώπων. Τα άτομα με κυλιόμενο ή νυκτερινό ωράριο εργασίας, αναφέρουν επίσης μικρή διάρκεια ύπνου, περίπου 6 ώρες το 24ωρο κατά μέσο όρο και παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα βιομηχανικών και αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων.

Παρομοίως, έχουν τεκμηριωθεί οι επιπτώσεις της διακοπής της συνέχειας του ύπνου. Σε εργαστηριακές μελέτες, στις οποίες ο ύπνος υγιών ατόμων κατακερματίζεται πειραματικά μέσω ακουστικών ερεθισμάτων, προκλήθηκε αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς και ελάττωση της προσοχής και της ψυχοκινητικής ικανότητας εκτέλεσης πράξεων. Ασθενείς, των οποίων ο ύπνος κατακερματίζεται λόγω πρωτοπαθών διαταραχών ύπνου όπως άπνοιες ή περιοδικές κινήσεις των ποδιών, εμφανίζουν υπνηλία στη μέτρηση με το MSLT. Η επιτυχής αντιμετώπιση των πρωτοπαθών διαταραχών ύπνου αποκαθιστά τη συνέχεια του ύπνου και την καλή εγρήγορση κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αυτούς τους ασθενείς. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια υποομάδα του πληθυσμού που εμφανίζει κατακερματισμένο ύπνο και αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (<http://www.oikogeneiakoi-iatroi.gr>)

ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η έρευνα με θέμα «Διαταραχές ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού» ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2008 και διεκπεραιώθηκε τον Δεκέμβριο του 2008, δηλαδή διήρκησε 5 μήνες, στα νοσοκομεία Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

Συνολικά και στα 3 νοσοκομεία δόθηκαν 350 ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 206.

Αναλυτικότερα από τα 150 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΑ.Γ.Ν.Η 84 νοσηλευτές απάντησαν, από το νοσοκομείο Ρεθύμνου 57 από τα 100 και από το Νοσοκομείο Ρόδου 65 από τα 100.

Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν απαντήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό και μερικοί από τους παράγοντες που συνέβαλαν στο αποτέλεσμα αυτό είναι ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και η αρνητική τους στάση.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα τελευταία χρόνια επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες του ύπνου και η κατανομή του στη διάρκεια του 24ώρου. Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας, οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα, όπως το επαγγελματικό στρες, αλλά και καταστάσεις που μεταβάλλουν τις καθημερινές συνήθειες, όπως διατροφή, ύπνο, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, τη συνεργασία και την απόδοση στον επαγγελματικό χώρο.

Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά τη διάρκεια της νύκτας, και κάτω από αντίξοες συνθήκες, είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους. Έτσι η ασφάλεια τους τίθεται σε κίνδυνο. Η μεταβολή των βιολογικών ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου, επαγρύπνησης, εγρήγορσης και νύστας που έχουν επίπτωση στην εκτέλεση σημαντικών νοσηλευτικών διεργασιών με αναποτελεσματικό τρόπο.

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθούν αν υπάρχουν διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 νοσοκομεία:

- 1) Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- 2) Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου
- 3) Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

Διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό κάθε νοσοκομείου (σύνολο 300), προς απάντηση, για την διεξαγωγή της έρευνας.

Από αυτά παραλάβαμε 84 από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, 55 από το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και 62 από το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

Το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν τυχαίο. Συμμετείχαν νοσηλευτές Πανεπιστημιακής, Τριτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων βασισμένο στο Ερωτηματολόγιο Ιστορικού για τον Ύπνο (Sleep History Questionnaire, Kaplan & Sadock' s Psychiatry, 1994). Το ερωτηματολόγιο αυτό διαμορφώθηκε κατάλληλα σύμφωνα με το σκοπό της έρευνάς μας. Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Μπολίμου Σταυρούλα, Φιοραβάντες Αφροδίτη, Παντιέρα Μαρίνα και Κατσιγιαννόπουλο Κων/νο.

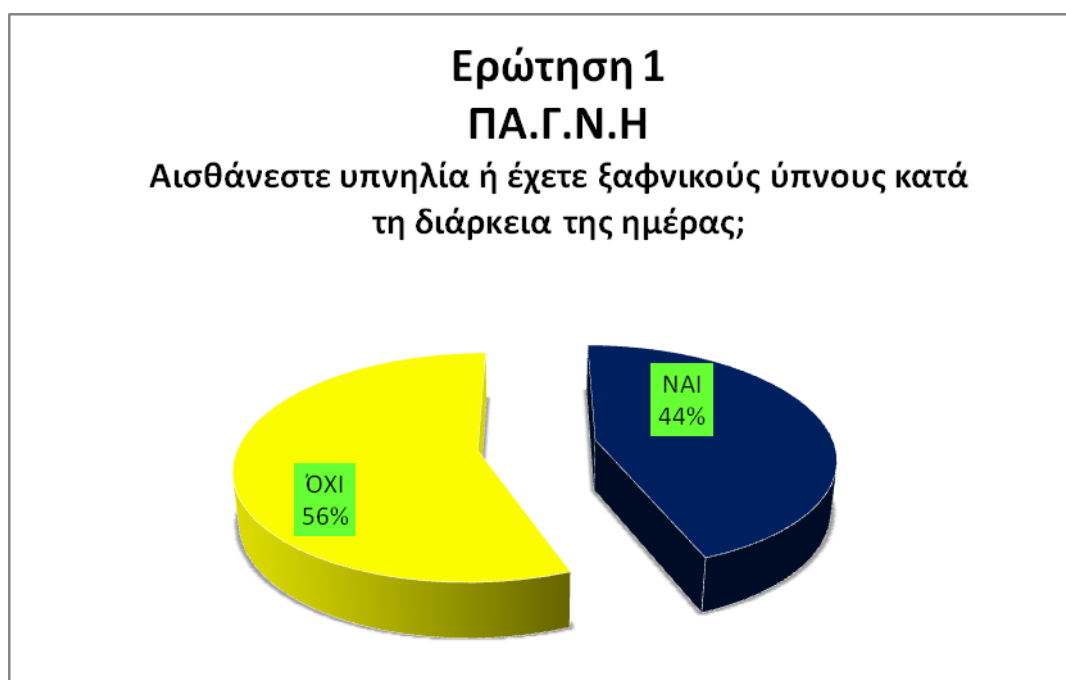
Το πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι: είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για τη διαχείρισή τους.

Παρέχει την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, σε περίπτωση που οι πληροφορίες προσωπικές.

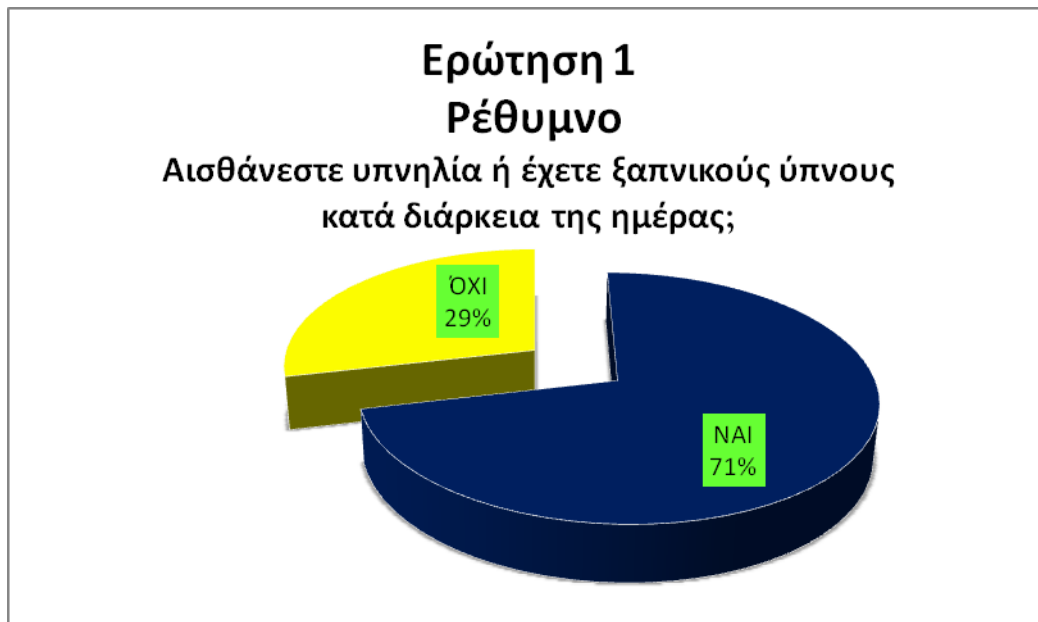
Στις απαντήσεις δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά στις ίδιες ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρόν ο ερευνητής κατά την απάντησή τους (Α. Σαχίνη-Καρδάση 2004).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

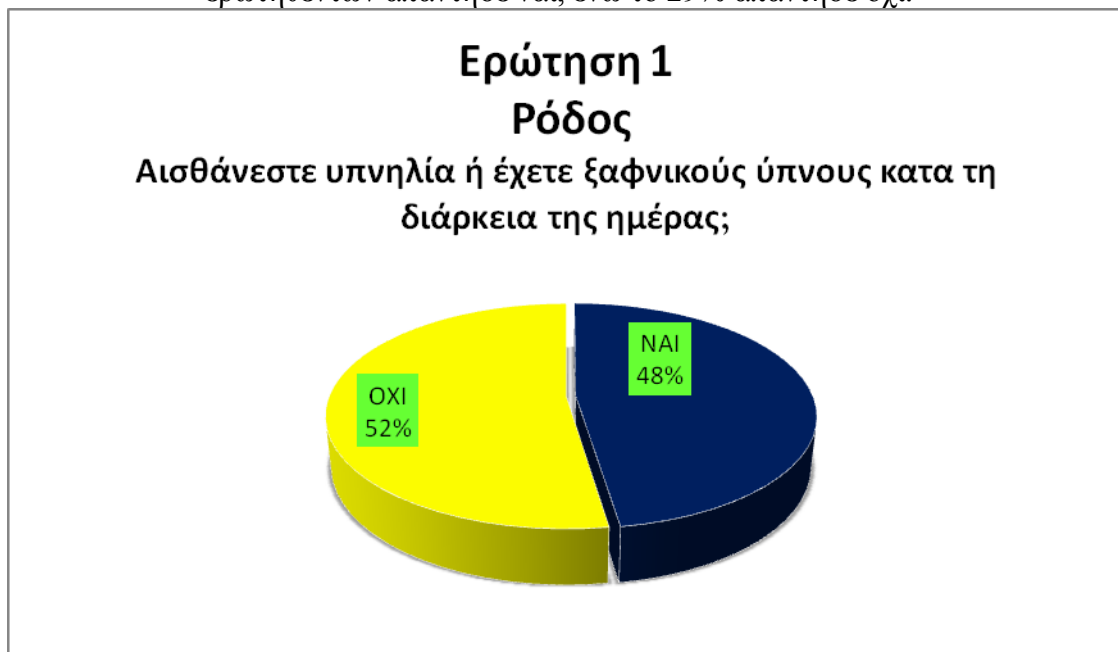
Η ανάλυση των στοιχείων των ερωτηματολογίων και η εξαγωγή των συμπερασμάτων παρουσιάζεται μέσω της δημιουργίας στατιστικών πινάκων και πινάκων. Όλες οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, παρουσιάζονται αναλυτικότερα με ξεχωριστές στατιστικές πίτες για κάθε ένα από τα τρία νοσοκομεία.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 44% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 56% απάντησε όχι.

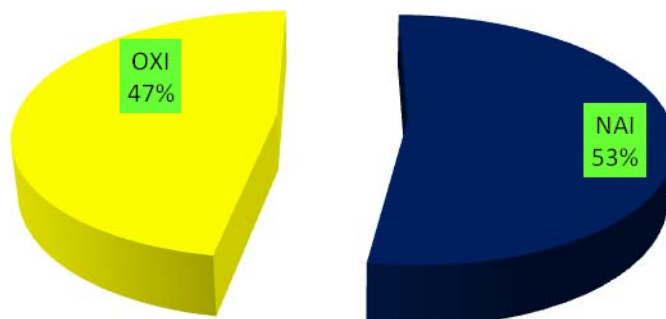


Στην ερώτηση αν το νοσηλευτικό προσωπικό «αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 71% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 29% απάντησε όχι.



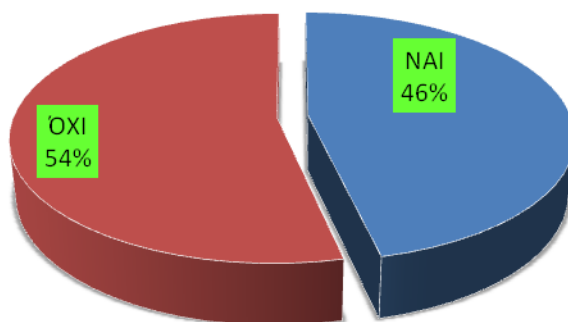
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 48% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 52% απάντησε όχι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 1 στα τρία νοσοκομεία



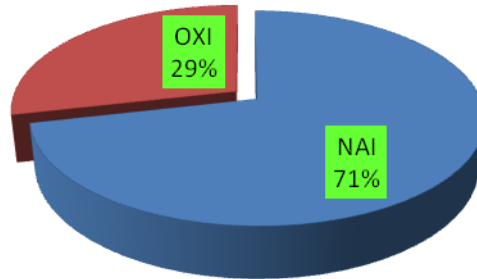
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 47% όχι, ενώ το 53% απάντησε ναι.

Ερώτηση 2 ΠΑ.Γ.Ν.Η Έχετε προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας;



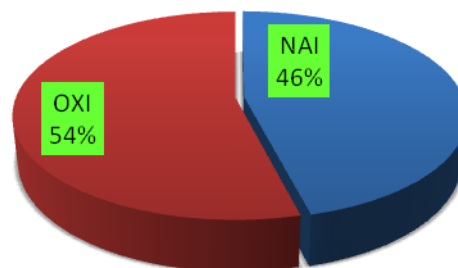
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό έχει προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ 46% απάντησε ναι.

**Ερώτηση 2
Ρέθυμνο**
Έχετε προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας;



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό έχει προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 29% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ 71% απάντησε ναι.

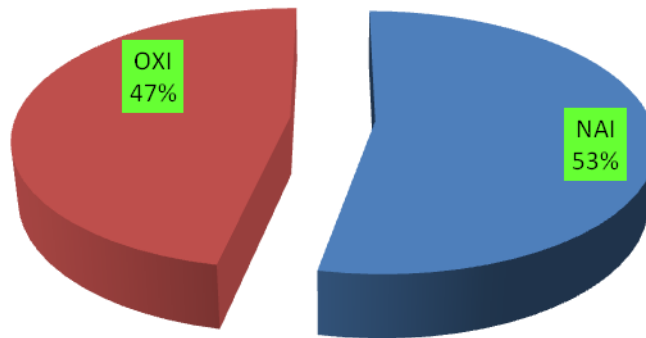
**Ερώτηση 2
Ρόδος**
Έχετε προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας;



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό έχει προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη

διάρκεια της ημέρας», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι.

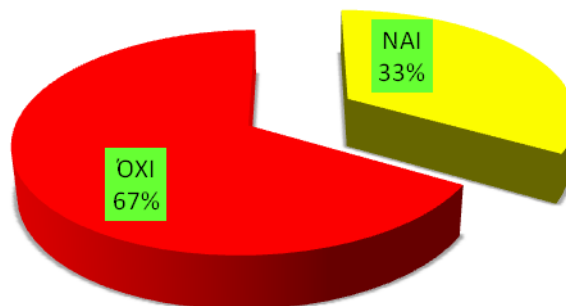
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 2 στα τρία νοσοκομεία



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό έχει προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 47% όχι, ενώ το 53% απάντησε ναι.

Ερώτηση 3 ΠΑ.Γ.Ν.Η

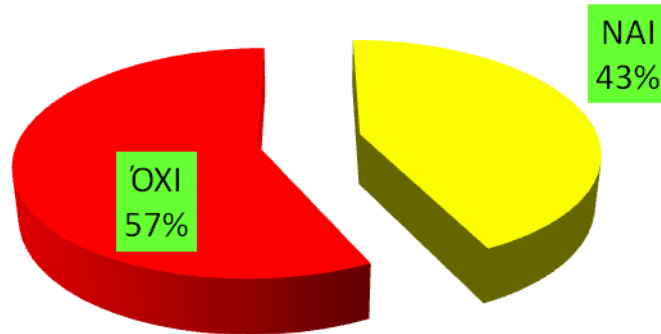
Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε όταν πέφτετε στο κρεβάτι;



Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν όταν πέφτουν στο κρεβάτι», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι.

Ερώτηση 3 Ρέθυμνο

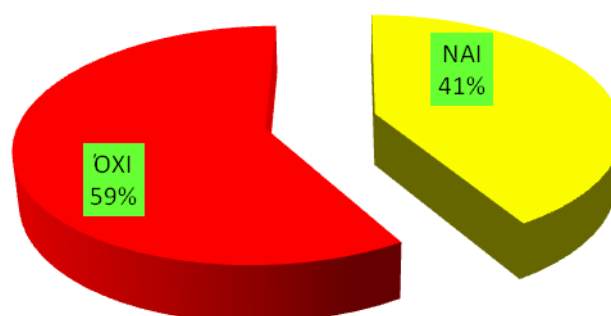
Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε όταν πέφτετε στο κρεβάτι;



Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν όταν πέφτουν στο κρεβάτι», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 57% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 43% απάντησε ναι.

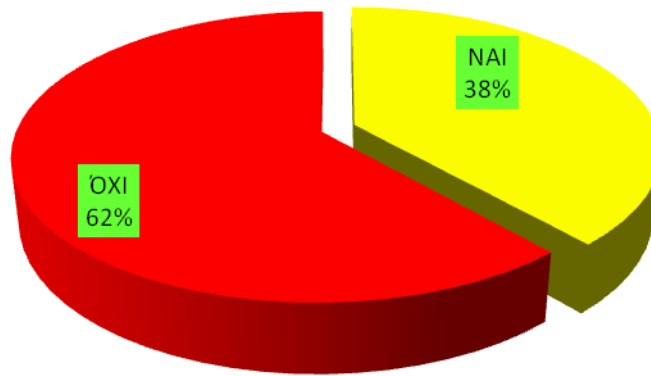
Ερώτηση 3 Ρόδος

Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε όταν πέφτετε στο κρεβάτι;



Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν όταν πέφτουν στο κρεβάτι», στο νοσοκομείο Ρόδου το 59% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 41% απάντησε ναι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 3 στα τρία νοσοκομεία

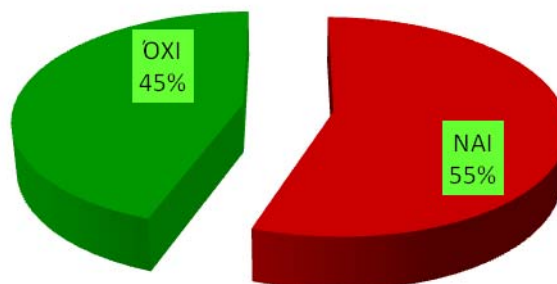


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί όταν πέφτει στο κρεβάτι», το σύνολο των .

Ερώτηση 4α

ΠΑ.Γ.Ν.Η

Ξυπνάτε κατά τη διάρκεια της νύχτας;



Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 55% απάντησε ναι.

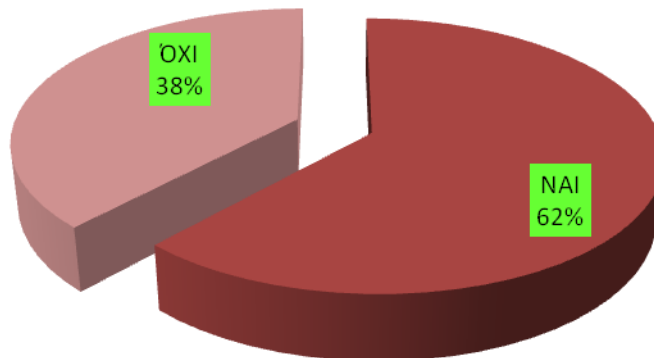


Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 29% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 71% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο Ρόδου το 38% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 62% απάντησε ναι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 4α στα τρία νοσοκομεία

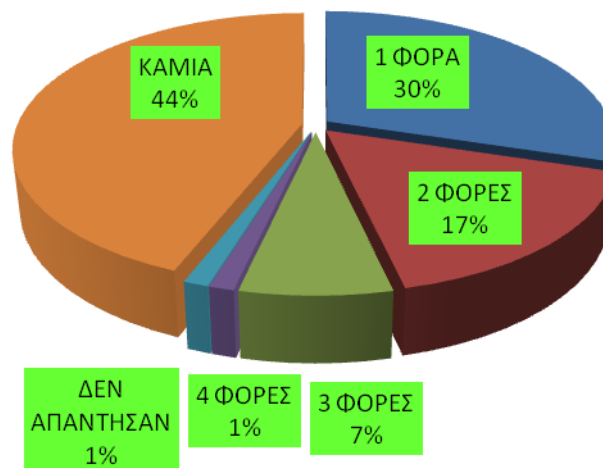


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ξυπνάει κατά την διάρκεια της νύχτας», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 38% όχι, ενώ το 62% απάντησε ναι.

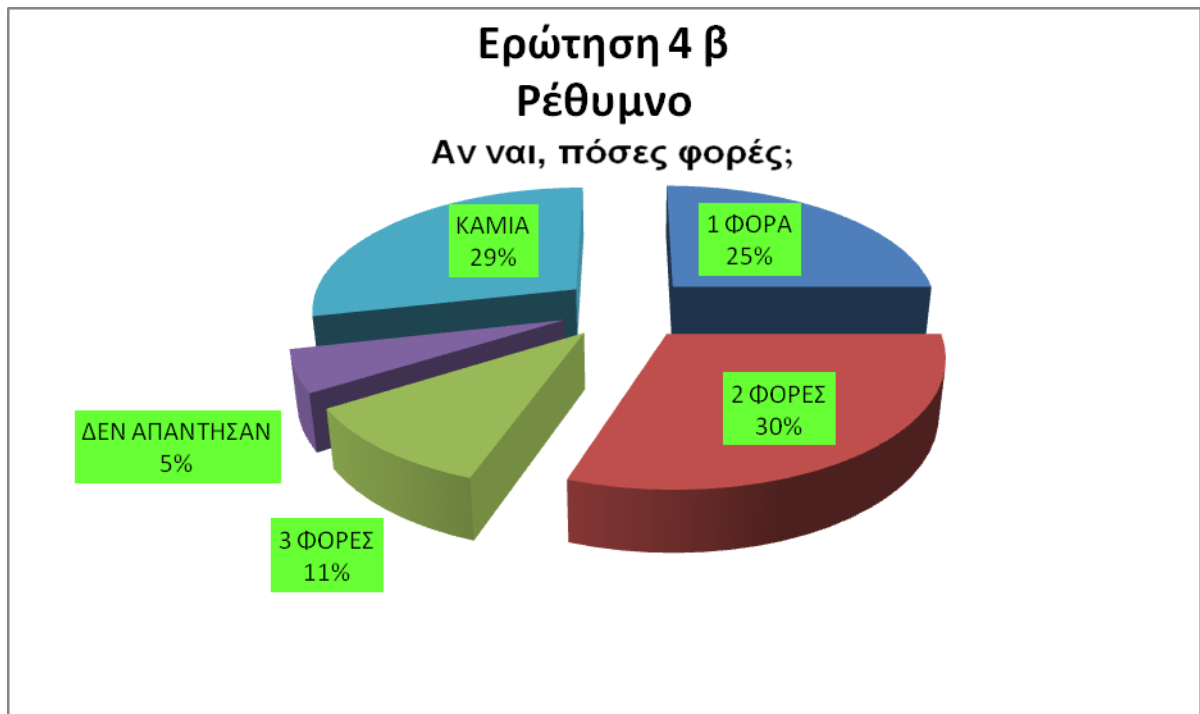
Ερώτηση 4 β

ΠΑ.Γ.Ν.Η

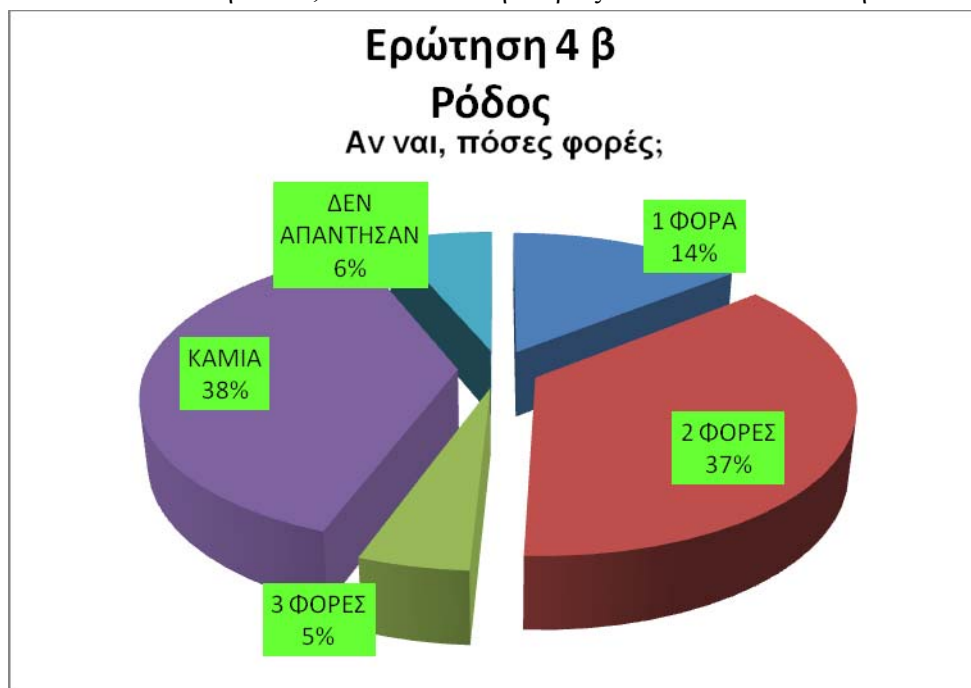
Αν ναι, πόσες φορές;



Στην ερώτηση, «αν και πόσες φορές οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 44% των ερωτηθέντων απάντησε καμία, το 30% απάντησε μία, το 17% απάντησε δύο, το 7% απάντησε τρεις, το 1% απάντησε τέσσερις και το 1% δεν απάντησε.

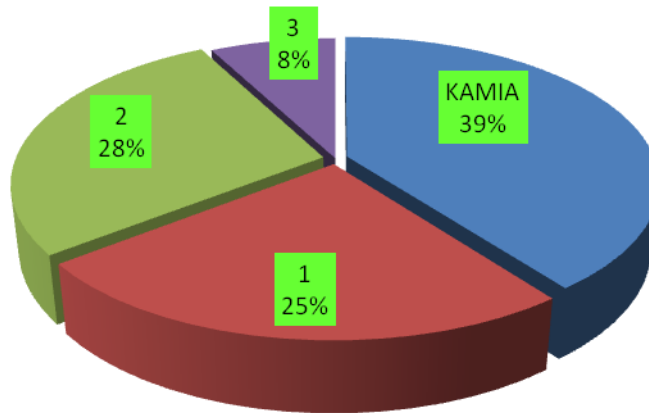


Στην ερώτηση, «αν και πόσες φορές οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 29% των ερωτηθέντων απάντησε καμία, το 25% απάντησε μία, το 30% απάντησε δύο, το 11% απάντησε τρεις και το 5% δεν απάντησε.



Στην ερώτηση, «αν και πόσες φορές οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 39% των ερωτηθέντων απάντησε καμία, το 13% απάντησε μία, το 37% απάντησε δύο, το 5% απάντησε τρεις και το 6% δεν απάντησε.

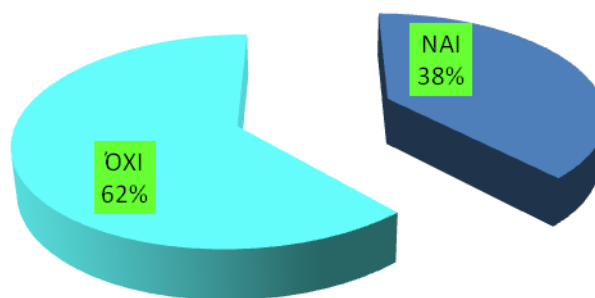
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 4β στα τρία νοσοκομεία



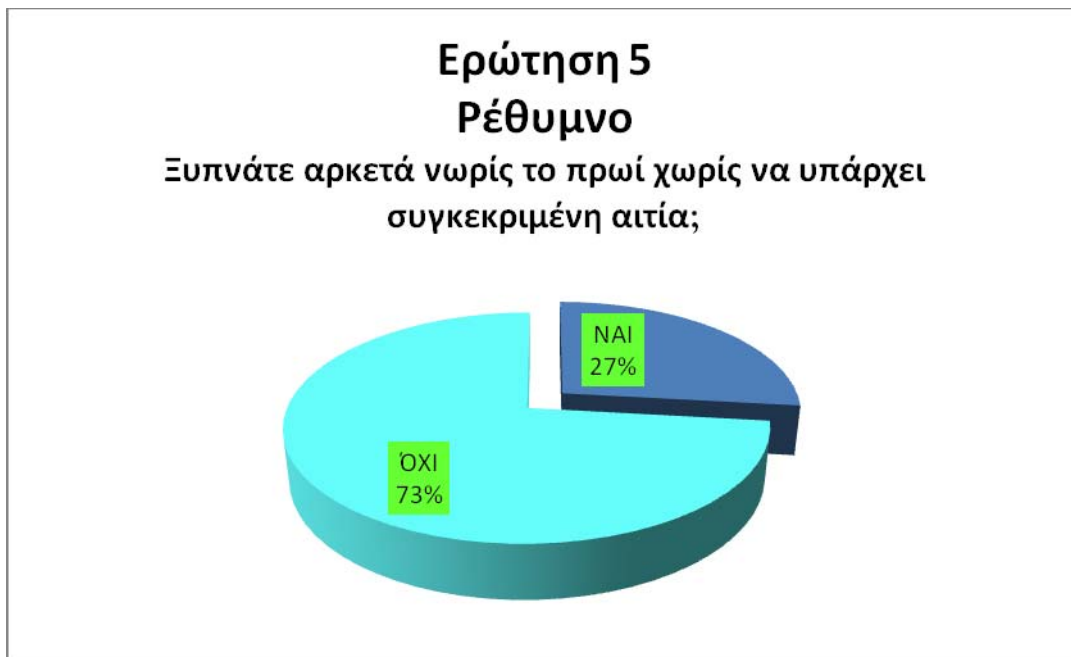
Στην ερώτηση «πόσες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό ξυπνάει κατά την διάρκεια της νύχτας», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 39% καμία, το 25% απάντησε μια φορά, το 28% απάντησε δύο φορές και το 8% απάντησε τρεις φορές.

Ερώτηση 5 ΠΑ.Γ.Ν.Η

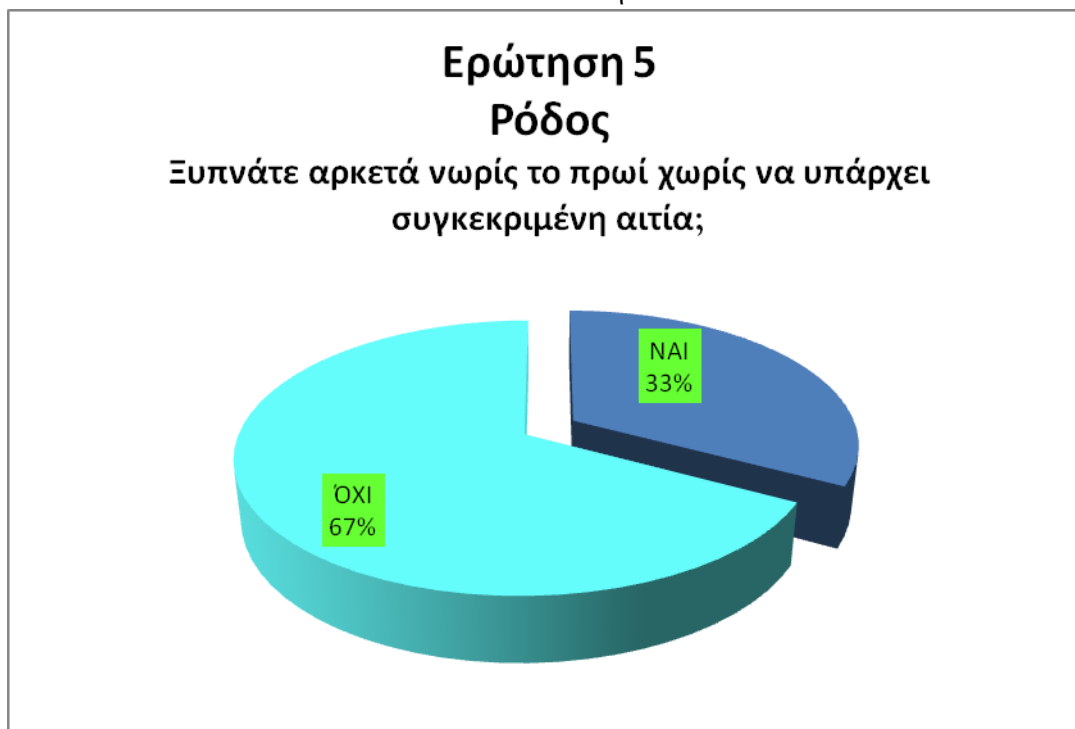
Ξυπνάτε αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς να υπάρχει
συγκεκριμένη αιτία;



Στην ερώτηση, «αν οι νοσηλευτές ξυπνούν αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία », στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η, το 62% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 38% απάντησε ναι.

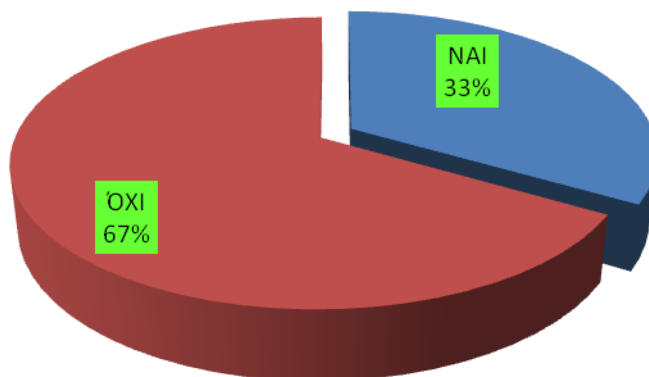


Στην ερώτηση, «αν οι νοσηλευτές ξυπνούν αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία », στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 73% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 27% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση, «αν οι νοσηλευτές ξυπνούν αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία », στο νοσοκομείο Ρόδου, το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι.

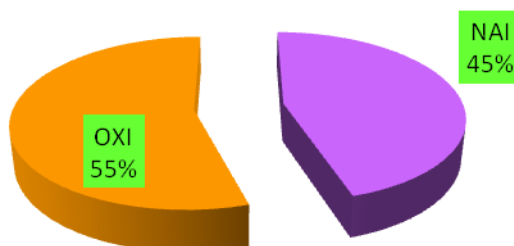
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 5 στα τρία νοσοκομεία



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ξυπνάει αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς συγκεκριμένη αιτία», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 67% όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι.

Ερώτηση 6 ΠΑ.Γ.Ν.Η

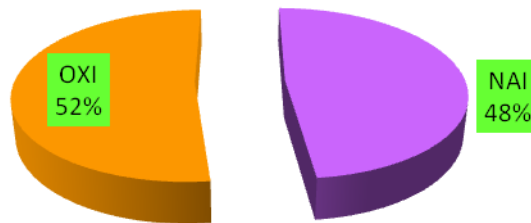
Το πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης κατά το
Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπολοίπων
ημερών;



Στην ερώτηση «αν το πρόγραμμα αφύπνισης-ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπολοίπων ημερών», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 55% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 45% απάντησε ναι.

Ερώτηση 6 Ρέθυμνο

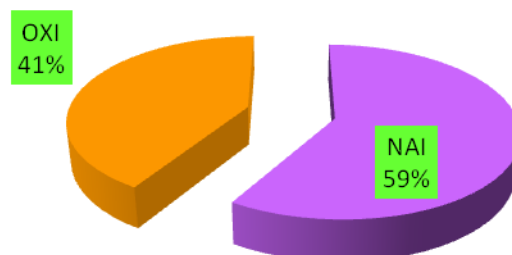
Το πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης κατά το
Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπολοίπων
ημερών;



Στην ερώτηση «αν το πρόγραμμα αφύπνισης-ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπολοίπων ημερών», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι.

Ερώτηση 6 Ρόδος

Το πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης κατά το
Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπολοίπων
ημερών;



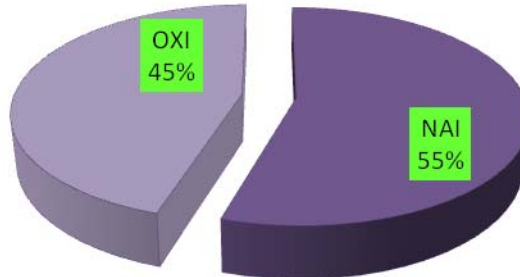
Στην ερώτηση «αν το πρόγραμμα αφύπνισης-ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπόλοιπων ημερών», στο νοσοκομείο Ρόδου το 41% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 59% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση «αν το πρόγραμμα ύπνου-αφύπνισης του νοσηλευτικού προσωπικού κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπόλοιπων ημερών», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 50% όχι και το 50% απάντησε ναι.

Ερώτηση 7 ΠΑ.Γ.Ν.Η

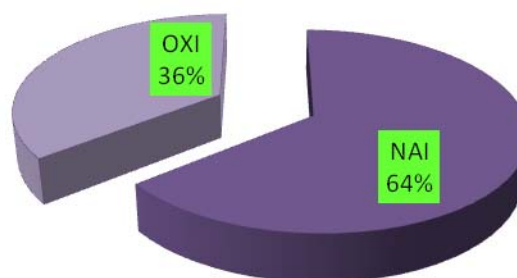
Ζούν στο σπίτι μαζί σας και άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο σας;



Στην ερώτηση αν «οι νοσηλευτές ζουν με άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο τους», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 55% απάντησε ναι.

Ερώτηση 7 Ρεθύμνο

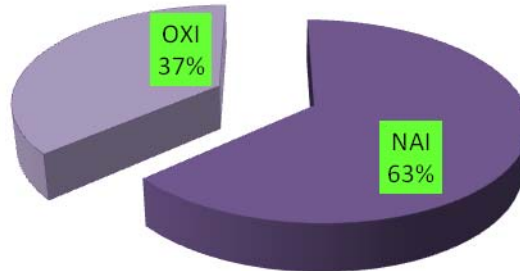
Ζούν στο σπίτι μαζί σας και άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο σας;



Στην ερώτηση αν «οι νοσηλευτές ζουν με άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο τους», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 36% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 64% απάντησε ναι.

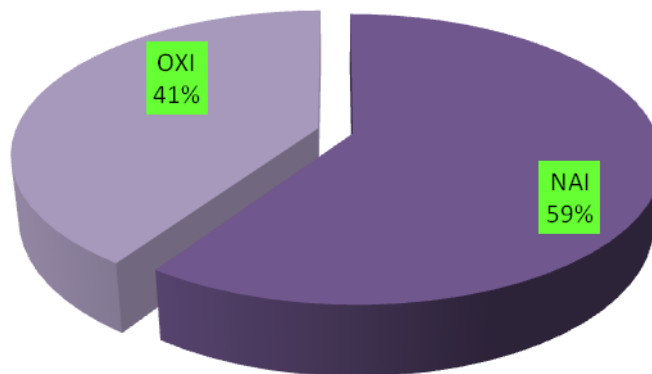
Ερώτηση 7 Ρόδος

Ζούν στο σπίτι μαζί σας και άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο σας;

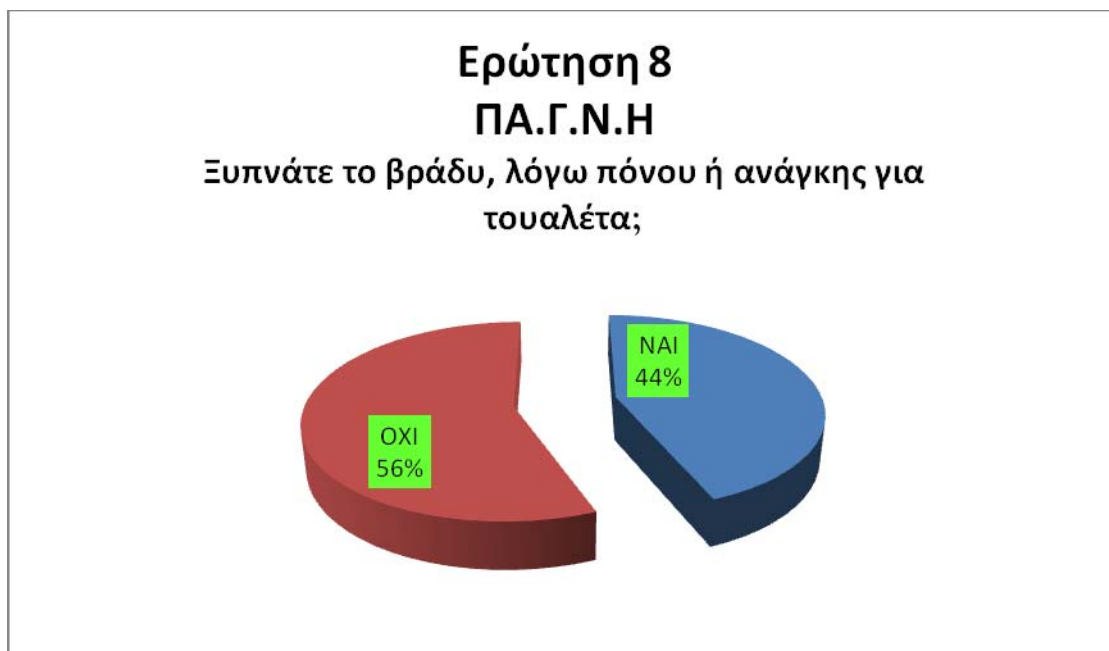


Στην ερώτηση αν «οι νοσηλευτές ζουν με άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο τους», στο νοσοκομείο Ρόδου το 37% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 63% απάντησε ναι.

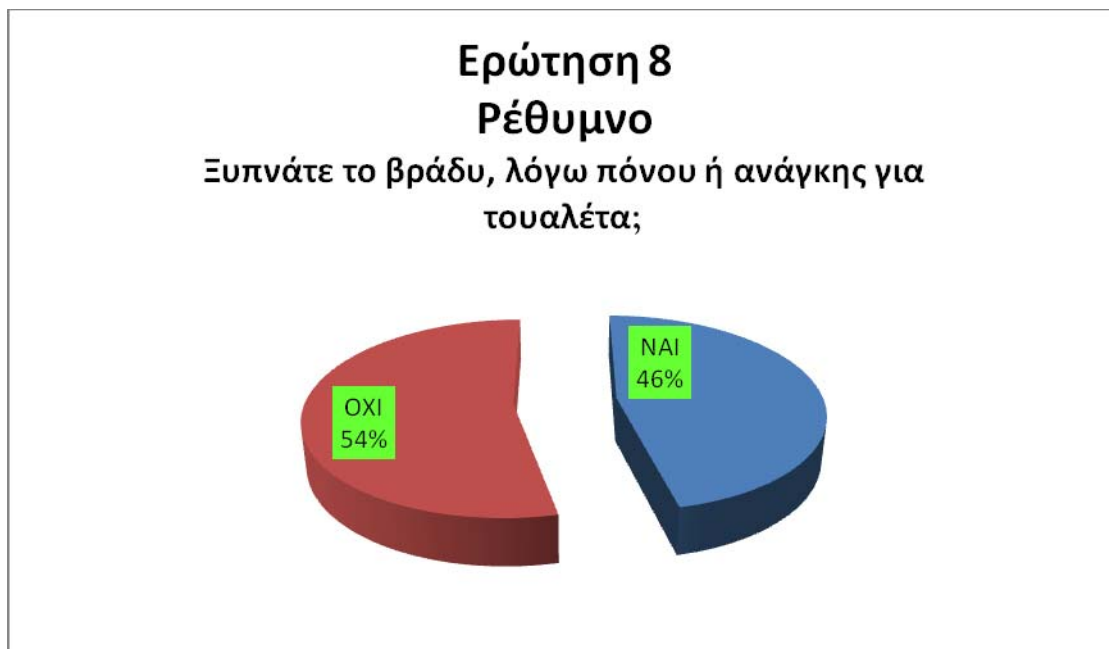
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 7 στα τρία νοσοκομεία



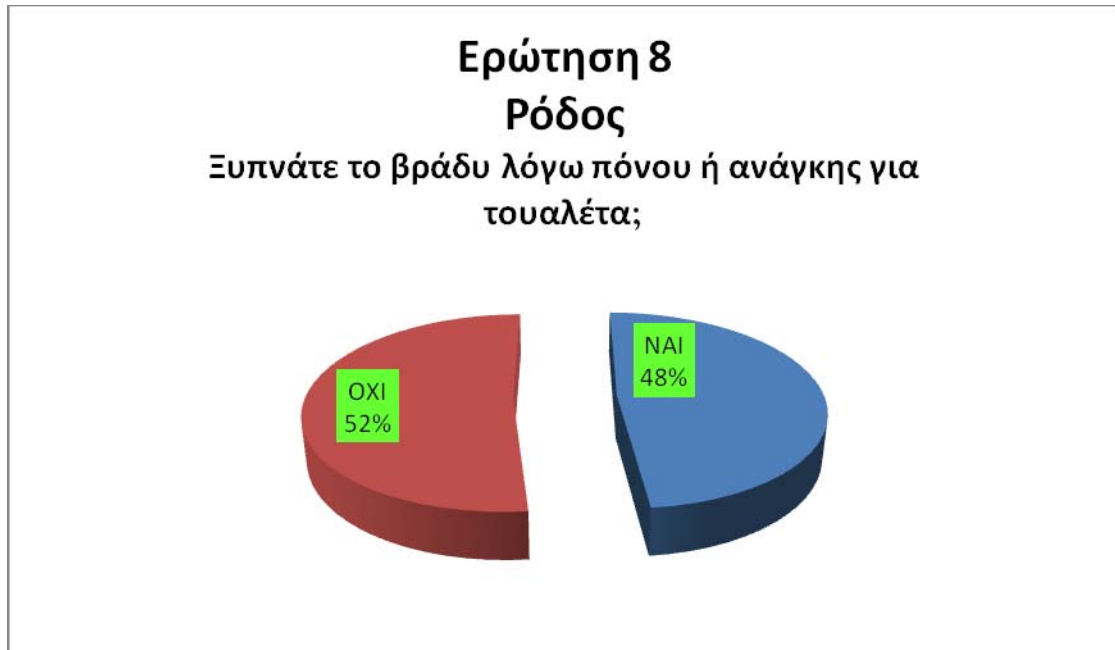
Στην ερώτηση αν «το νοσηλευτικό προσωπικό ζει με άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο τους», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 41% όχι, ενώ το 59% απάντησε ναι.



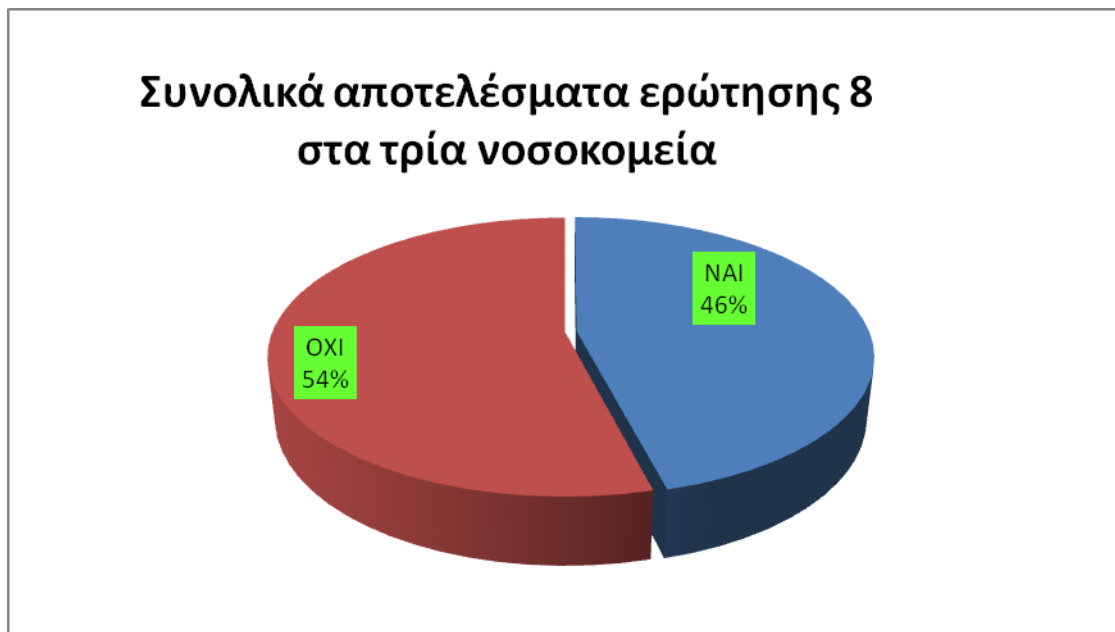
Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές ξυπνούν το βράδυ λόγω πόνου ή ανάγκης για τουαλέτα», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 56% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 44% απάντησε ναι.



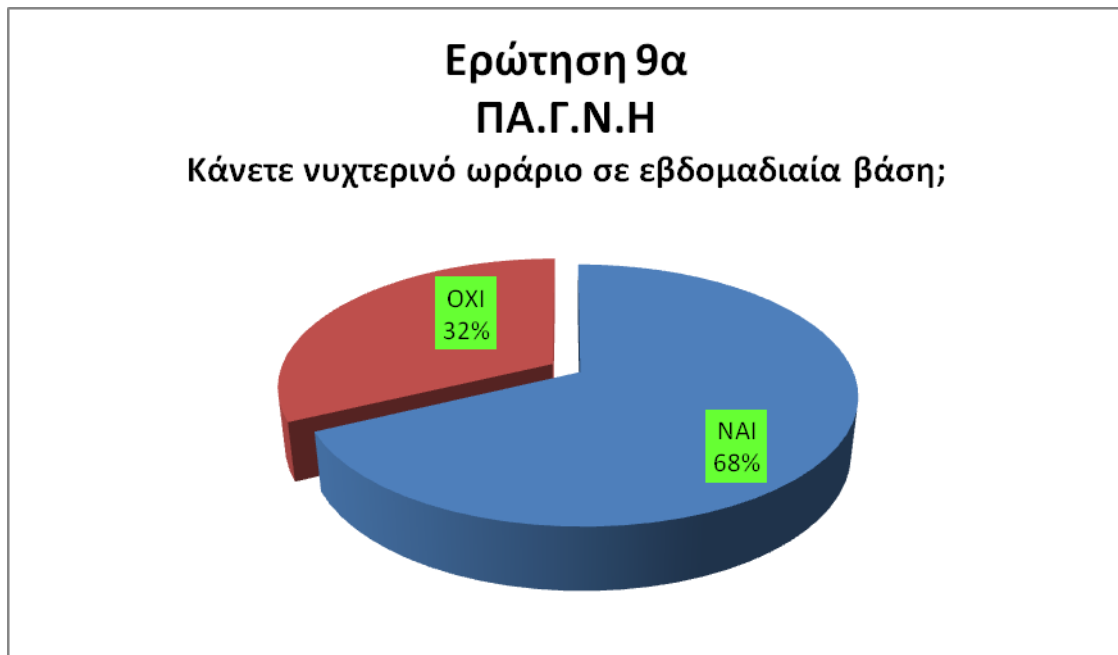
Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές ξυπνούν το βράδυ λόγω πόνου ή ανάγκης για τουαλέτα», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι.



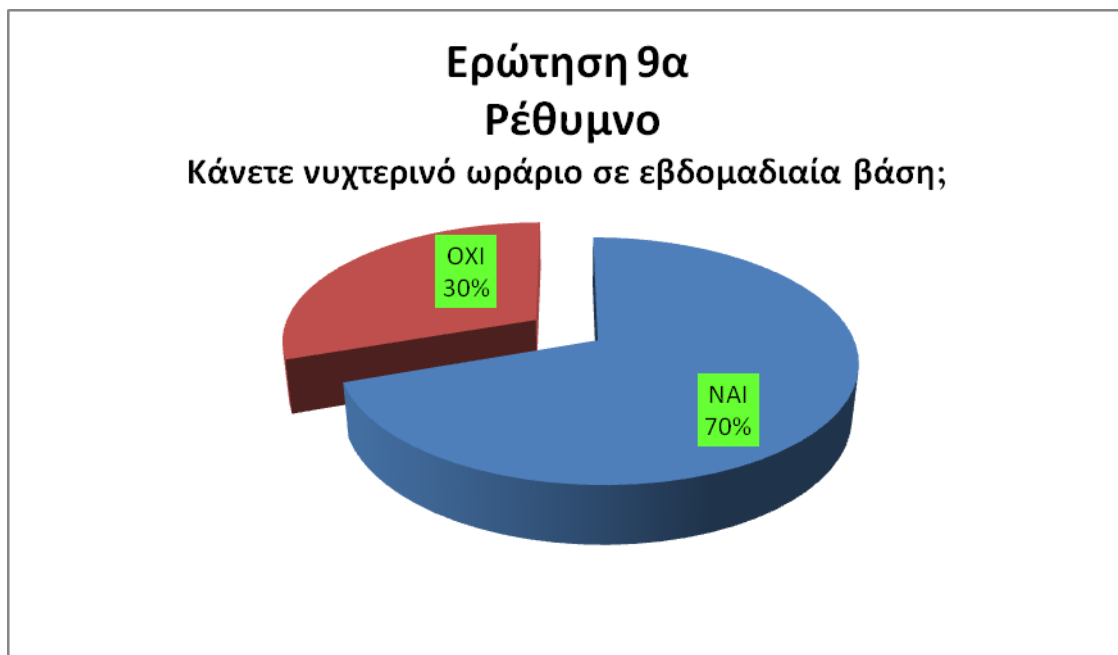
Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές ξυπνούν το βράδυ λόγω πόνου ή ανάγκης για τουαλέτα», στο νοσοκομείο Ρόδου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ξυπνάει το βράδυ λόγω πόνου ή ανάγκης για τουαλέτα», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 54% όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι.



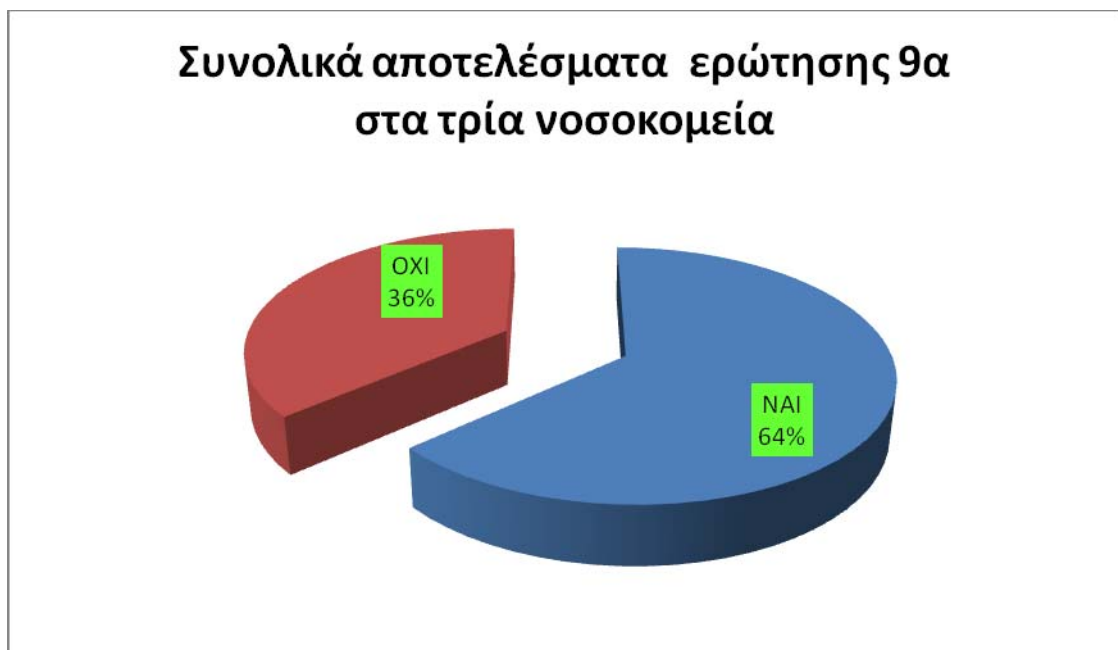
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κάνει νυχτερινό ωράριο σε εβδομαδιαία βάση», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 32% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 68% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κάνει νυχτερινό ωράριο σε εβδομαδιαία βάση», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 30% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 70% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κάνει νυχτερινό ωράριο σε εβδομαδιαία βάση», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 48% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 52% απάντησε ναι.



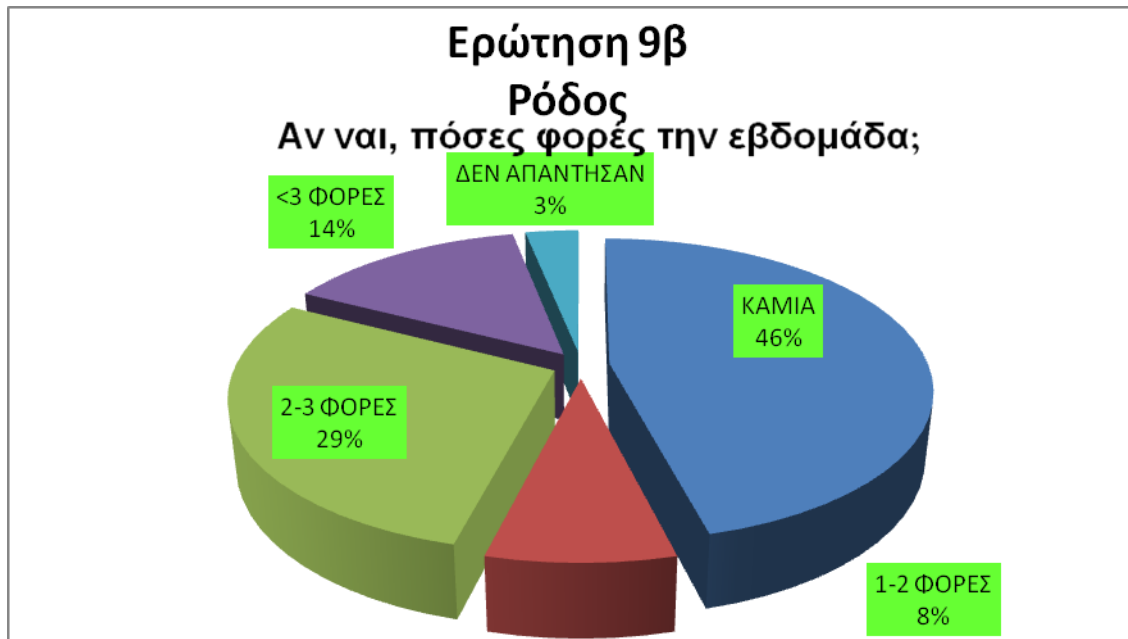
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κάνει νυχτερινό ωράριο σε εβδομαδιαία βάση», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 36% όχι , ενώ το 64% απάντησε ναι.



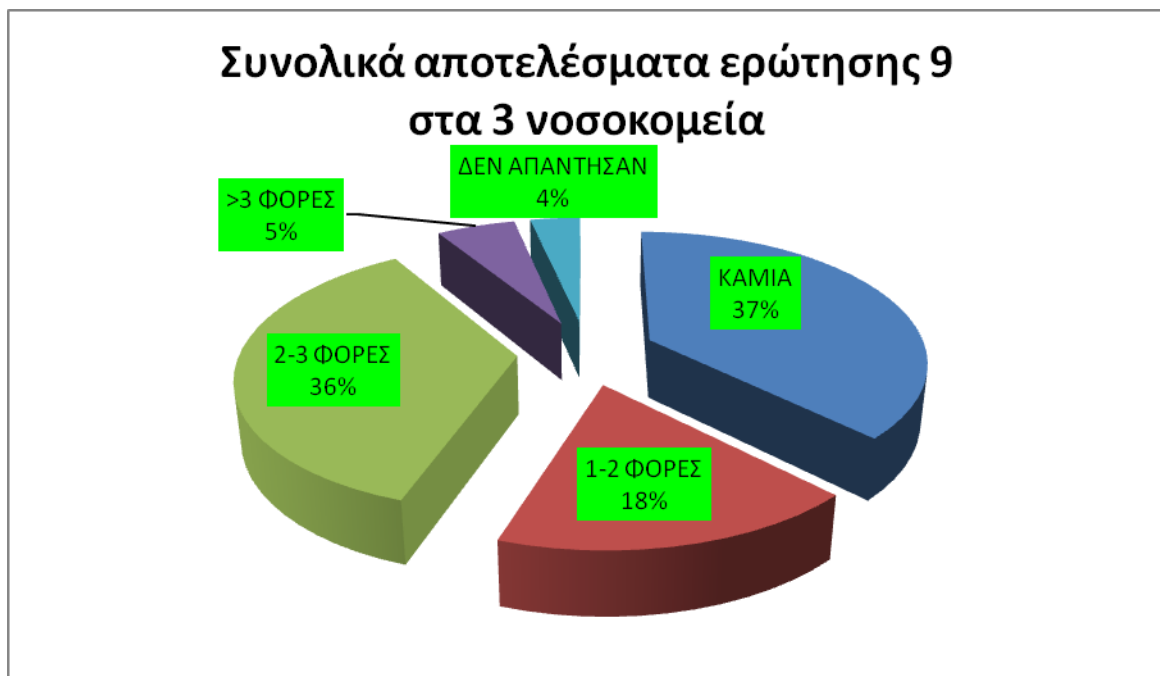
Στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν νυχτερινό ωράριο οι νοσηλεύτριες» στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 33% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 25% απάντησε 1-2 φορές, το 41% 2-3 φορές και το 1% πάνω από τρεις φορές .



Στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν νυχτερινό ωράριο οι νοσηλεύτες» στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 34% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 18% απάντησε 1-2 φορές, το 37% 2-3 φορές, το 3% πάνω από τρεις φορές ενώ το 9% δεν απάντησαν .



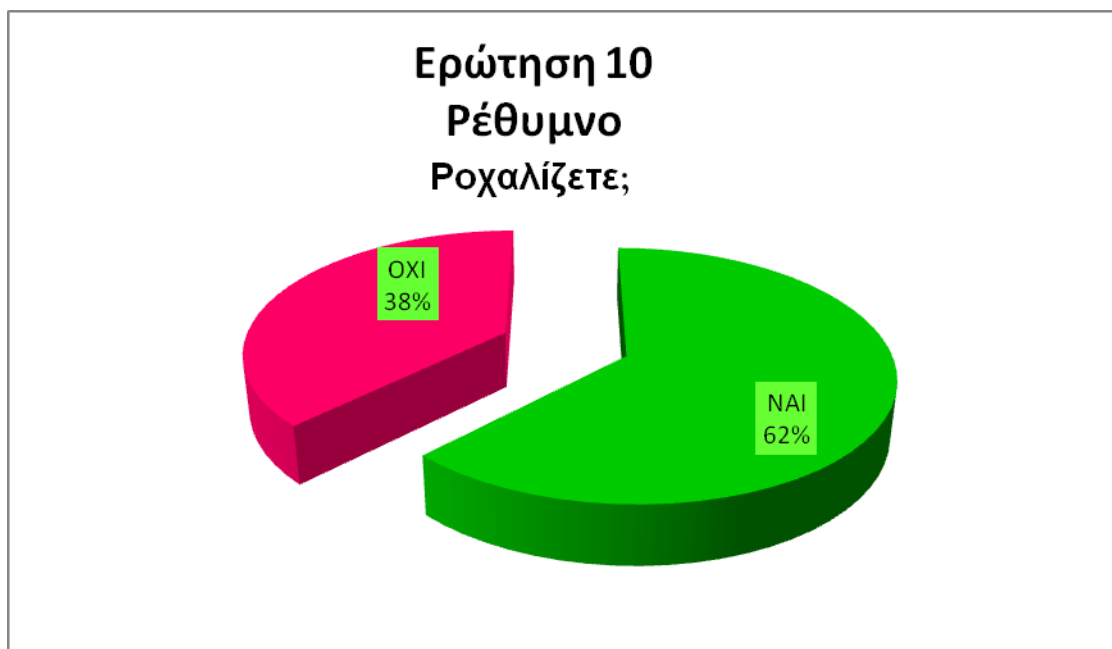
Στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν νυχτερινό ωράριο οι νοσηλεύτες» στο νοσοκομείο Ρόδου το 46% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 8% απάντησε 1-2 φορές, το 29% 2-3 φορές, το 14% πάνω από τρεις φορές ενώ το 3% δεν απάντησαν .



Στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν νυχτερινό ωράριο οι νοσηλεύτριες», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα 3 νοσοκομεία απάντησε το 37% καμία, το 18% 1-2 φορές, το 36% 2-3 φορές, το 5% >3 φορές ενώ το 4% δεν απάντησε.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ροχαλίζει», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι.



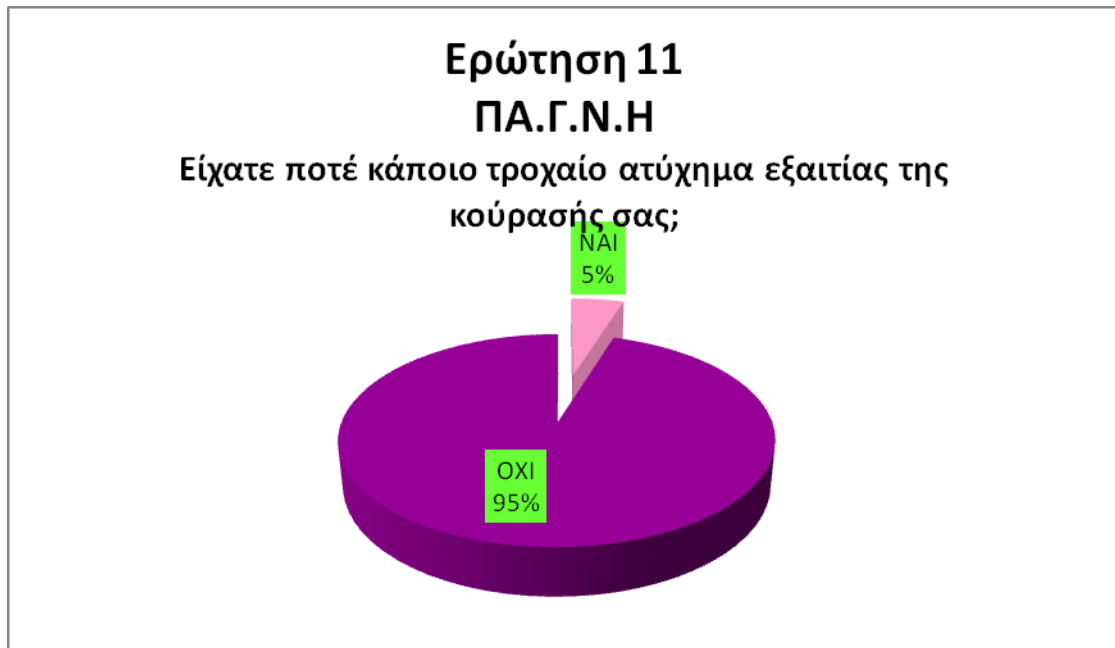
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ροχαλίζει», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 38% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 62% απάντησε ναι.



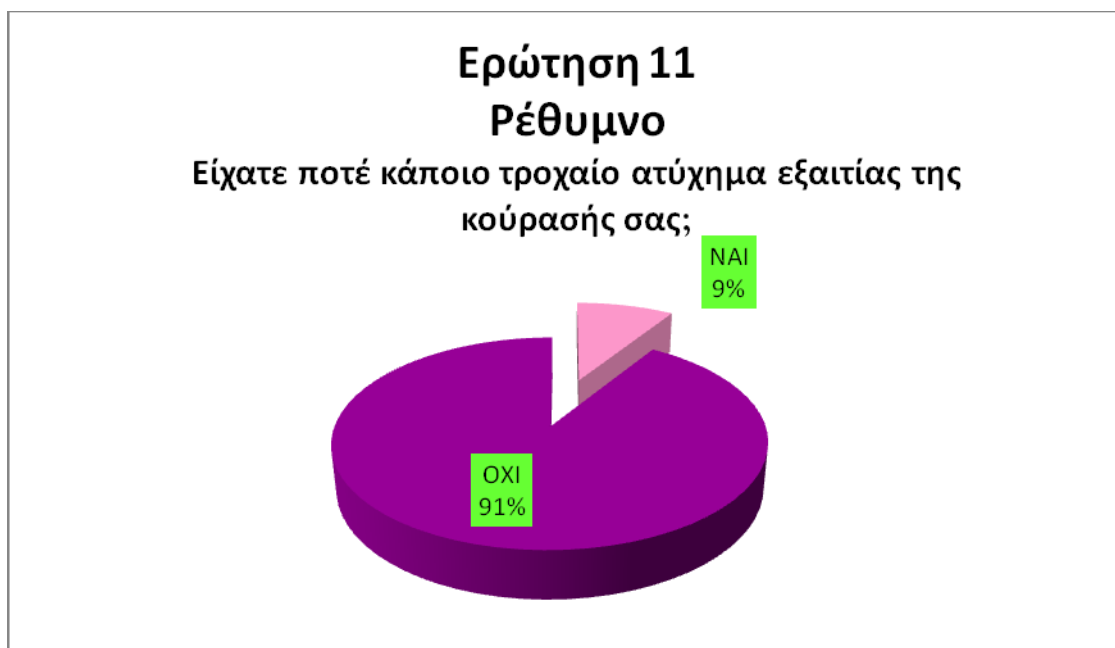
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ροχαλίζει», στο νοσοκομείο Ρόδου το 61% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 39% απάντησε ναι.



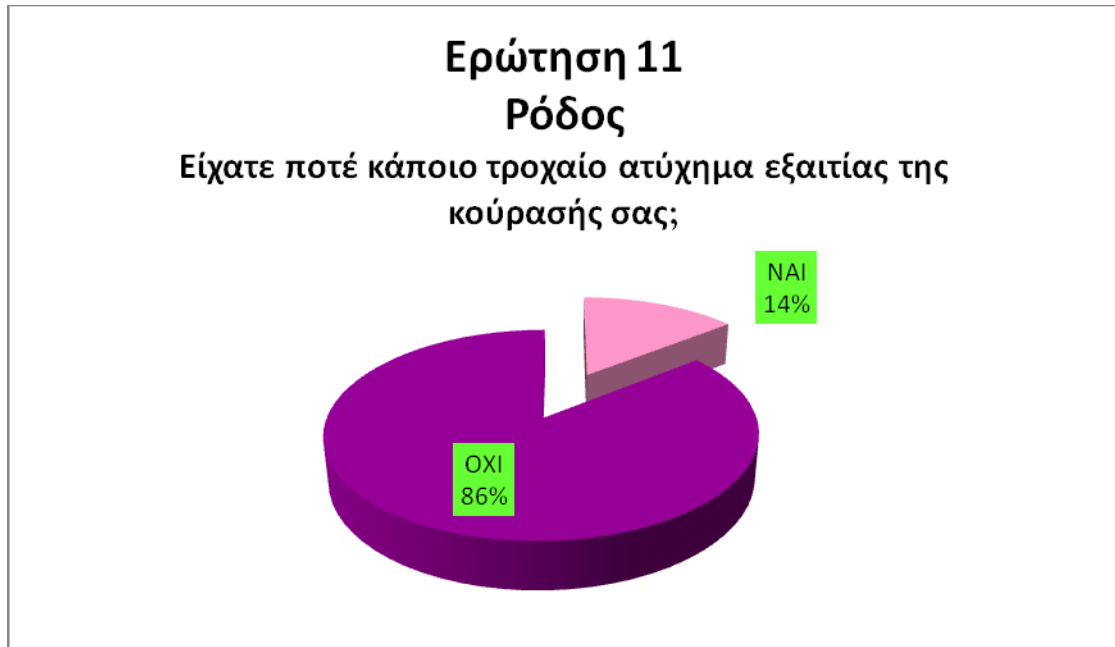
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ροχαλίζει», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 57% όχι , ενώ το 43% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό είχε ποτέ κάποιο τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της κούρασής του», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 95% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 5% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό είχε ποτέ κάποιο τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της κούρασης του», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 91% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 9% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό είχε ποτέ κάποιο τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της κούρασης του», στο νοσοκομείο Ρόδου το 86% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 14% απάντησε ναι.



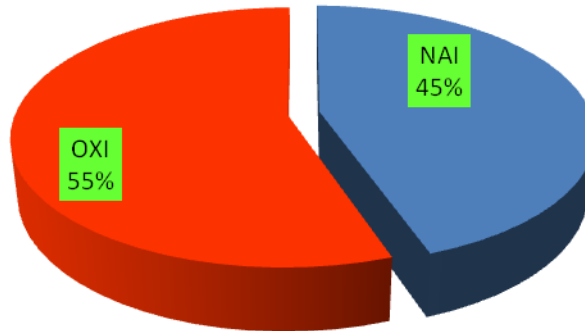
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό είχε ποτέ κάποιο τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της κούρασης του», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 91% όχι, ενώ το 9% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% ναι.

Ερώτηση 12 Ρέθυμνο

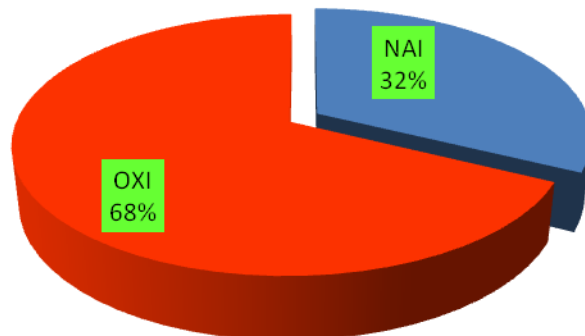
Θεωρείτε ότι αντιμετωπίζετε προβλήματα με τον ύπνο;



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 55% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 45% ναι.

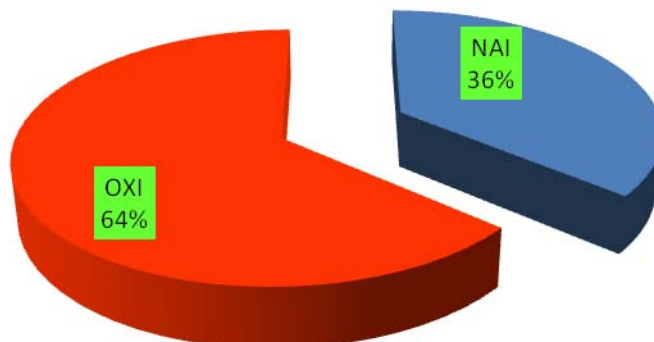
Ερώτηση 12 Ρόδος

Θεωρείτε ότι αντιμετωπίζετε προβλήματα με τον ύπνο;



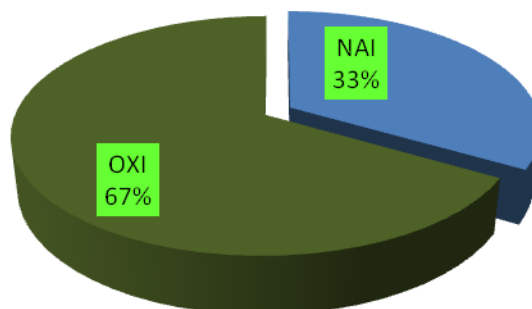
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 68% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 32% ναι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 12 και στα τρία νοσοκομεία

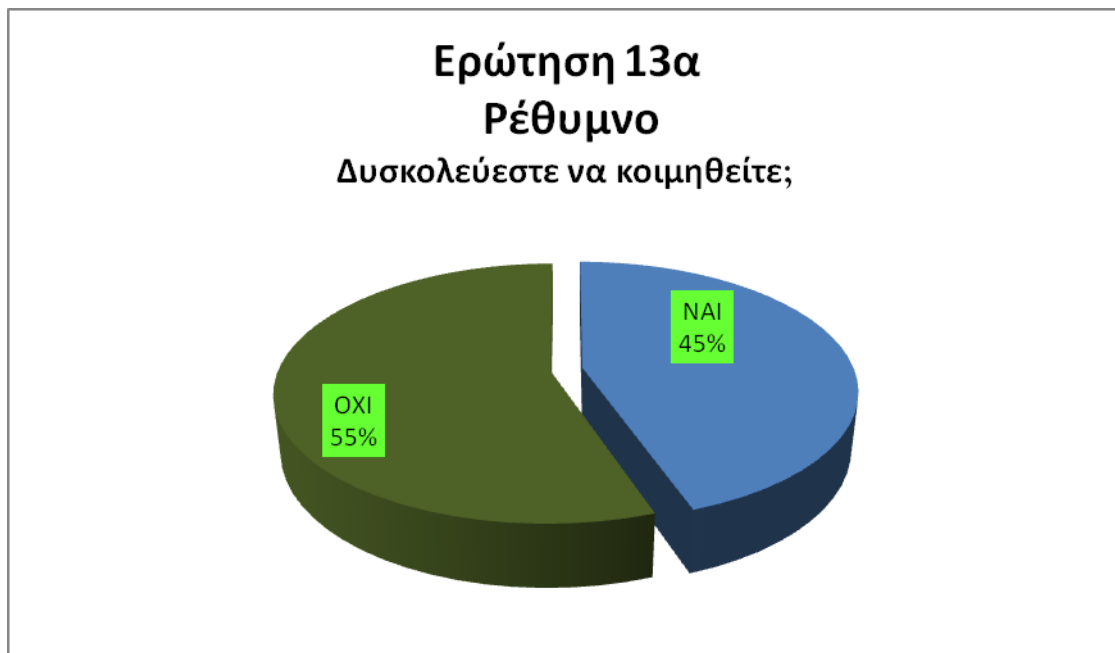


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 64% όχι, ενώ το 36% απάντησε ναι.

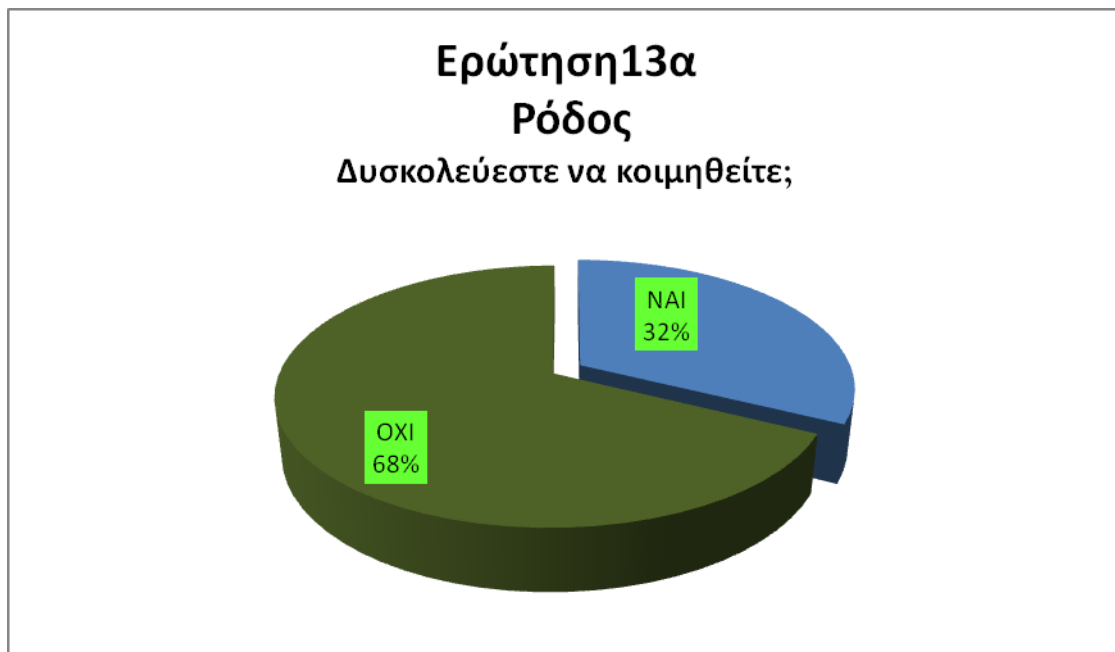
Ερώτηση 13α ΠΑ.Γ.Ν.Η Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε;



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι.

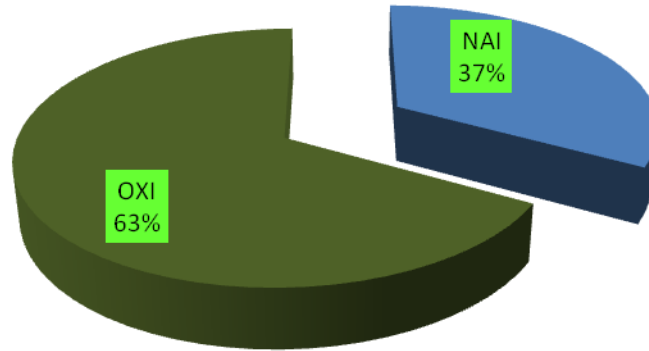


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 55% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 45% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 68% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 32% απάντησε ναι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 13α και στα τρία νοσοκομεία



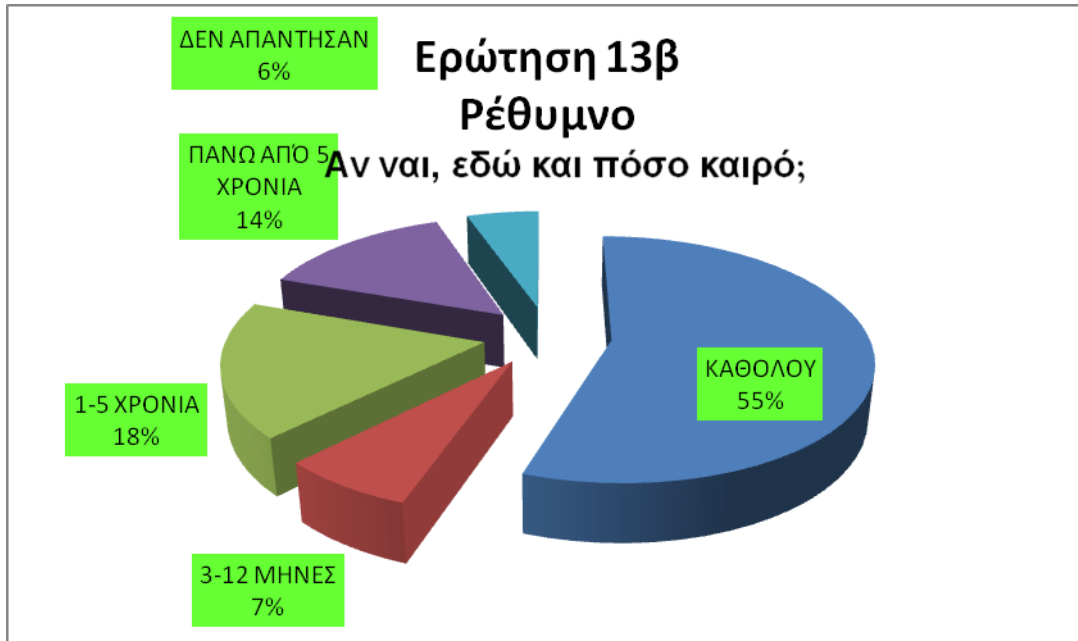
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 63% όχι, ενώ το 37% απάντησε ναι.

Ερώτηση 13β ΠΑ.Γ.Ν.Η

Αν ναι, εδώ και πόσο καιρό;



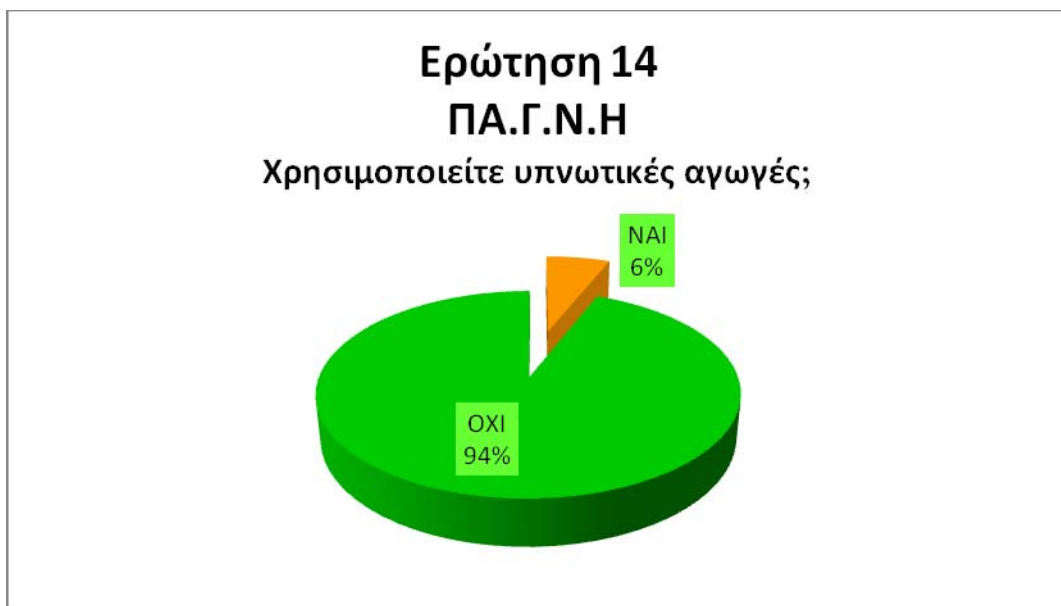
Στην ερώτηση «εδώ και πόσο καιρό οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε το 74% καθόλου, το 2% 3-12 μήνες, το 12% 1-5 χρόνια και το 12% πάνω από 5 χρόνια.



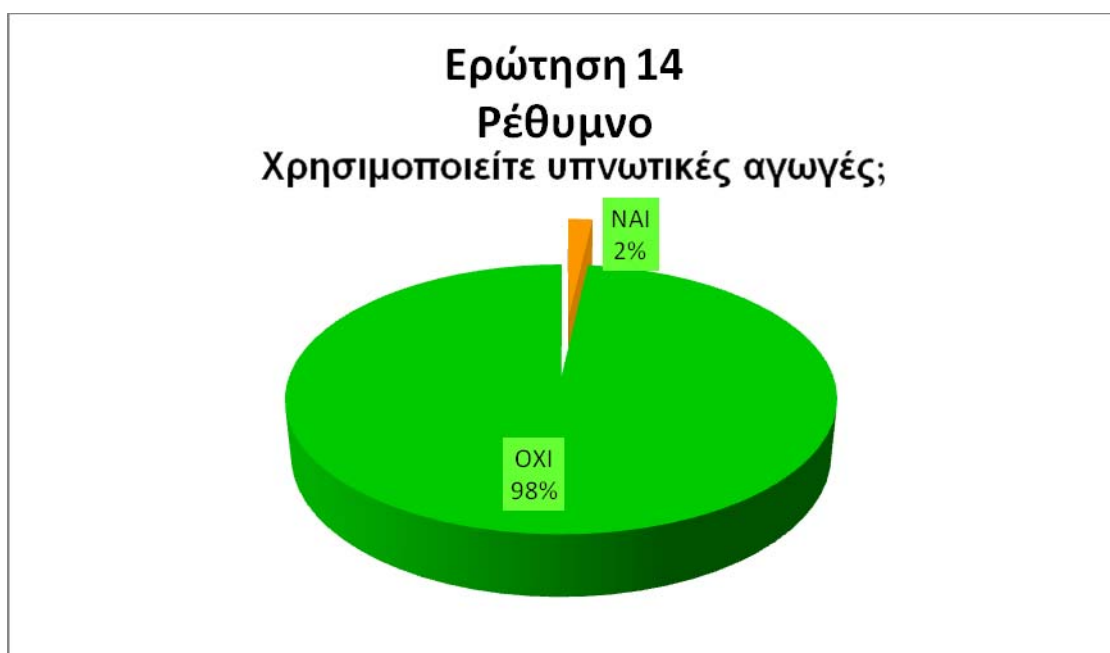
Στην ερώτηση «εδώ και πόσο καιρό οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε το 55% καθόλου, το 7% 3-12 μήνες, το 18% 1-5 χρόνια, το 14% πάνω από 5 χρόνια ενώ το 6% δεν απάντησαν.



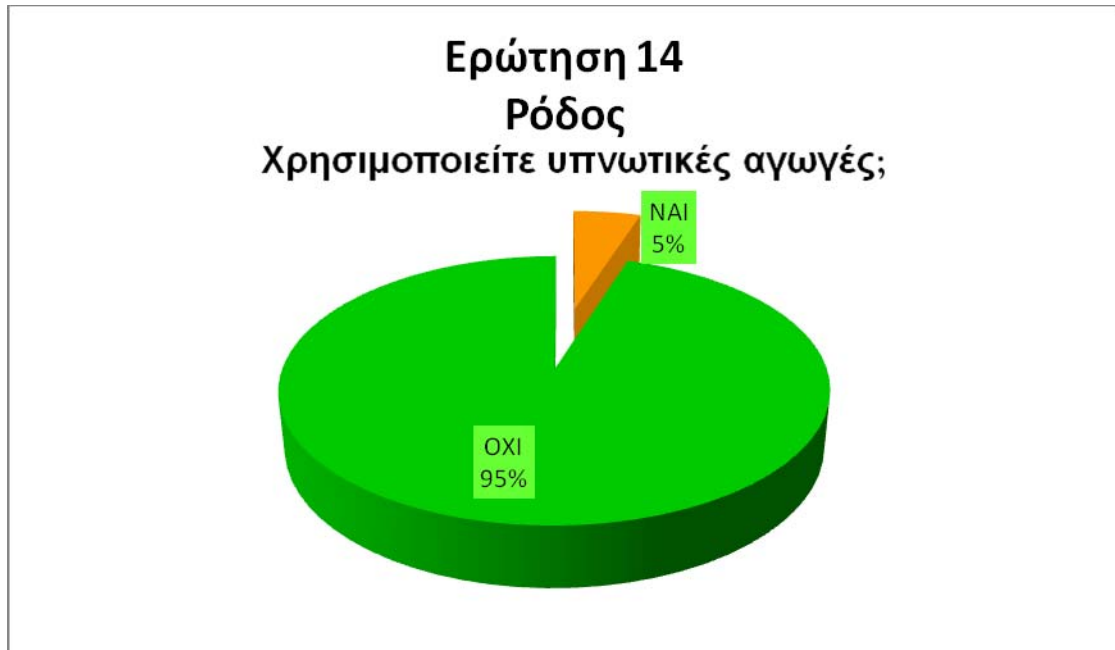
Στην ερώτηση «εδώ και πόσο καιρό οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν», στο νοσοκομείο Ρόδου το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε το 70% καθόλου, το 9% 3-12 μήνες, το 10% 1-5 χρόνια, το 6% πάνω από 5 χρόνια ενώ το 5% δεν απάντησαν.



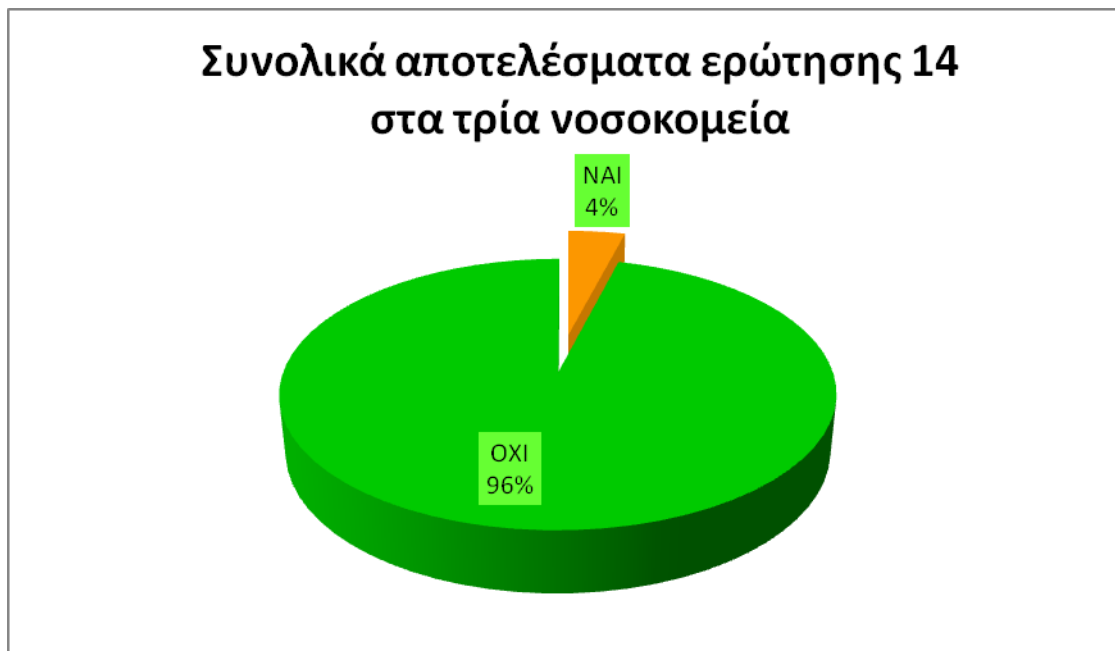
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί υπνωτικές αγωγές», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 94% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 6% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί υπνωτικές αγωγές», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 98% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 2% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί υπνωτικές αγωγές», στο νοσοκομείο Ρόδου το 95% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 5% απάντησε ναι.

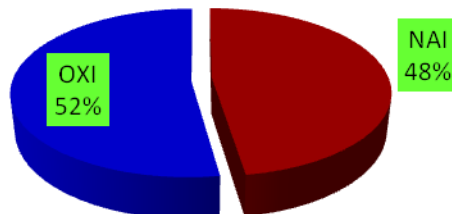


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί υπνωτικές αγωγές», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 96% όχι, ενώ το 4% απάντησε ναι.

Ερώτηση 15

ΠΑ.Γ.Ν.Η

Υποφέρετε απο κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα;

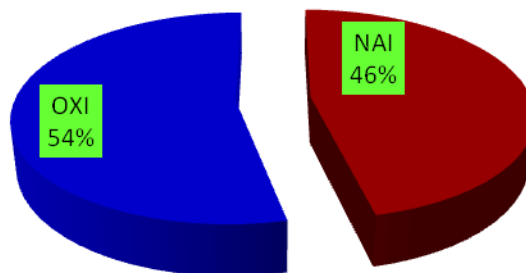


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι.

Ερώτηση 15

Ρέθυμνο

Υποφέρετε από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα;

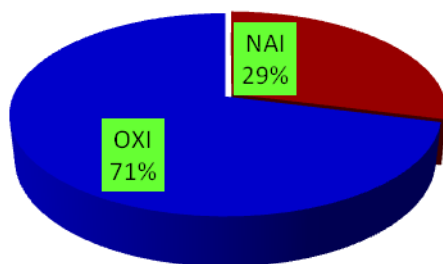


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι.

Ερώτηση 15

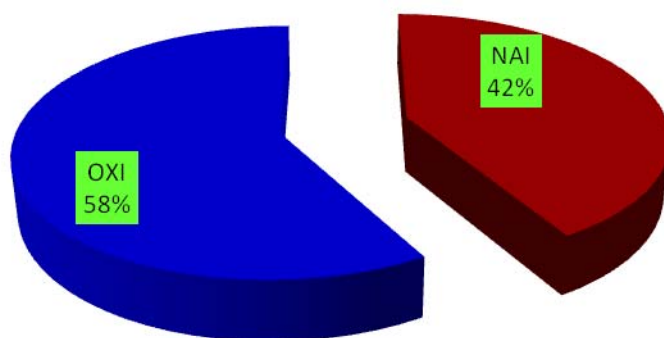
Ρόδος

Υποφέρετε από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα;



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 71% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 29% απάντησε ναι.

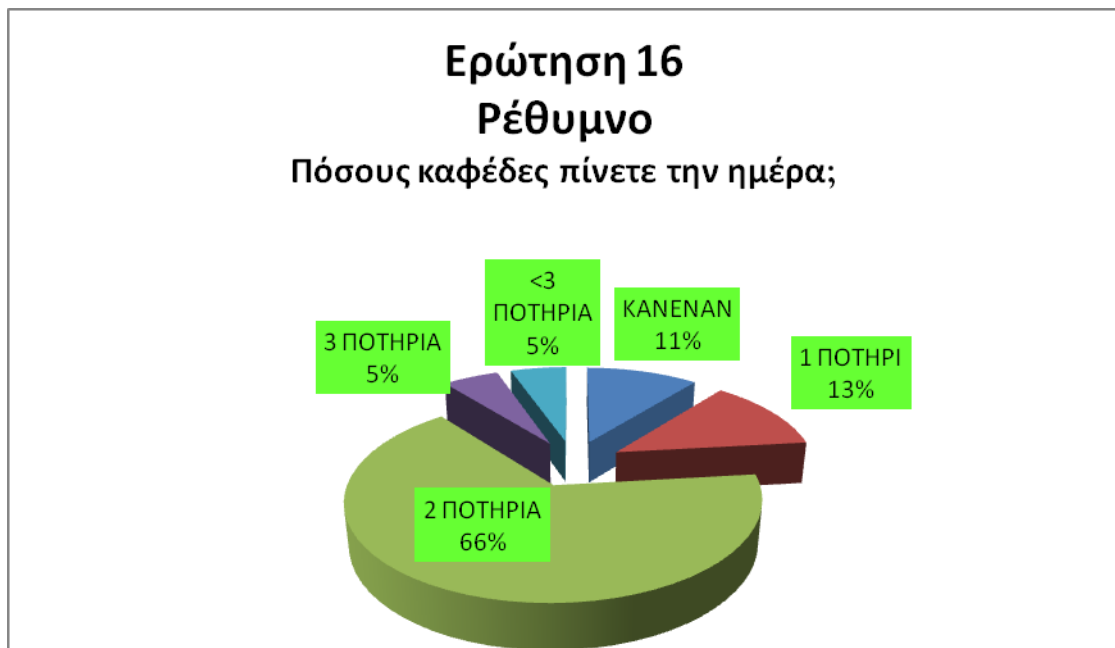
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 15 στα τρία νοσοκομεία



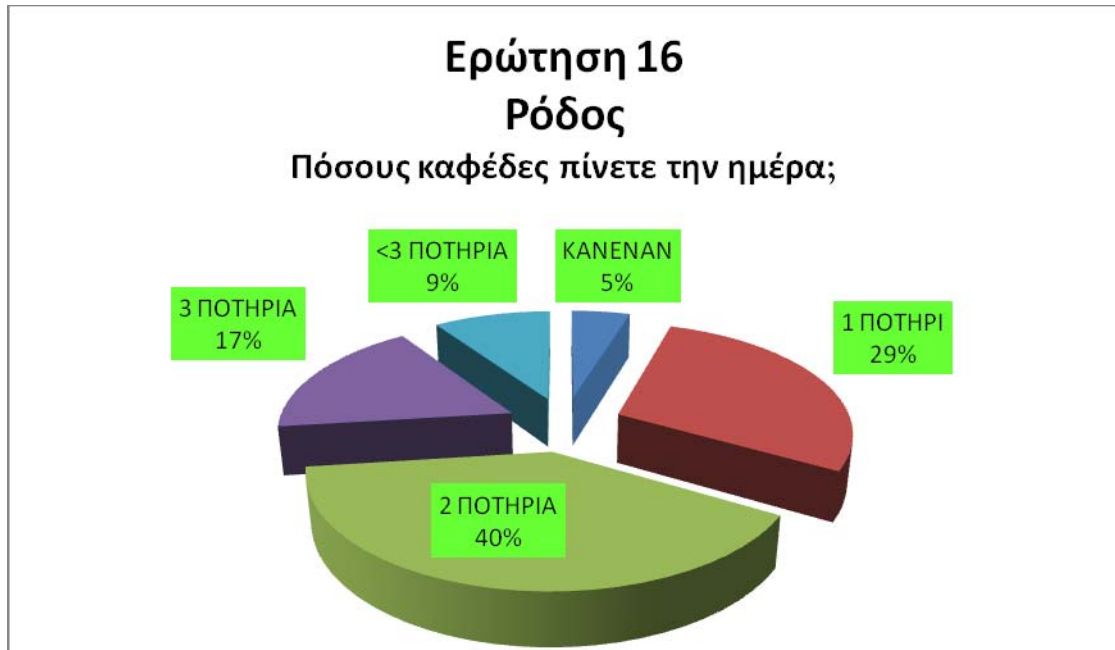
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 58% όχι, ενώ το 42% απάντησε ναι.



Στην ερώτηση «πόσους καφέδες πίνουν την ημέρα οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η, το 7% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 21% απάντησε έναν, το 54% απάντησε δύο, το 14% απάντησε τρεις και το 4% απάντησε πάνω από τρία ποτήρια.



Στην ερώτηση «πόσους καφέδες πίνουν την ημέρα οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 11% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 13% απάντησε έναν, το 66% απάντησε δύο, το 5% απάντησε τρεις και το 5% απάντησε πάνω από τρία ποτήρια.



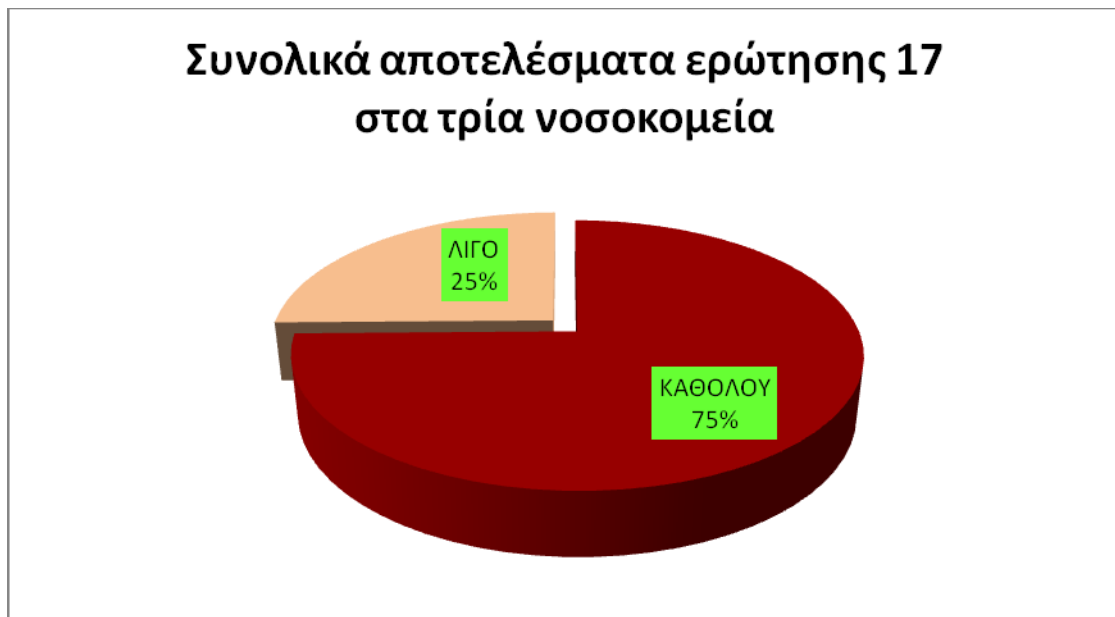
Στην ερώτηση «πόσους καφέδες πίνουν την ημέρα οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 5% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 29% απάντησε έναν, το 40% απάντησε δύο, το 17% απάντησε τρεις και το 9% απάντησε πάνω από τρία ποτήρια.



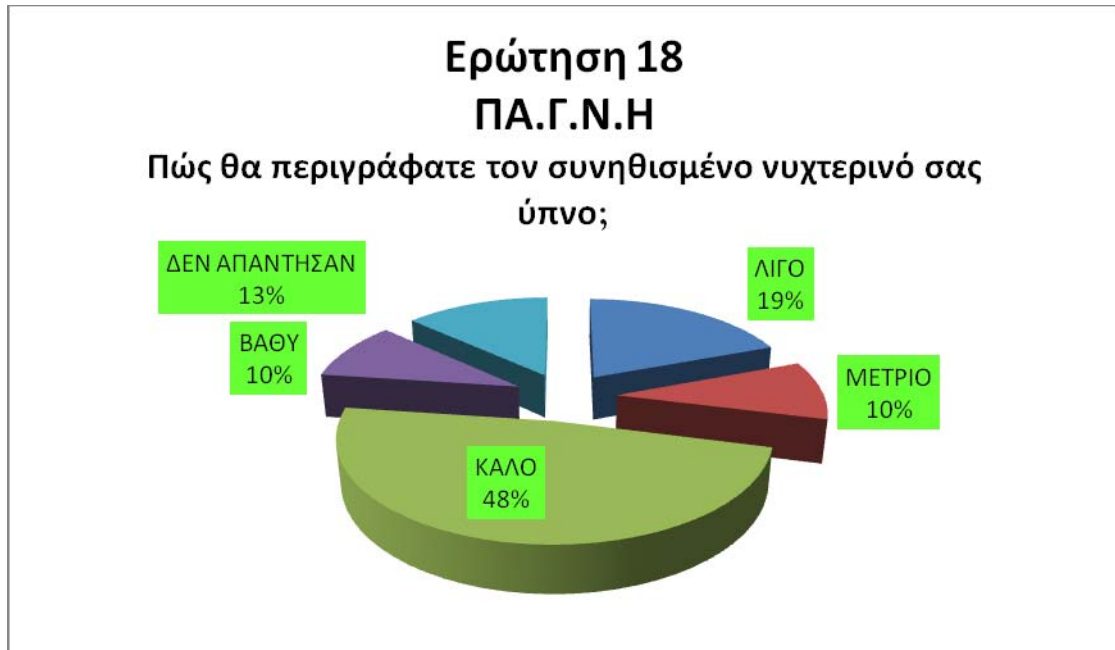
Στην ερώτηση «πόσους καφέδες πίνει την ημέρα το νοσηλευτικό προσωπικό», το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε το 7% κανένα, το 21% των ερωτηθέντων απάντησε έναν, το 53% απάντησε δύο, το 13% απάντησε τρεις και το 6% απάντησε τέσσερις.



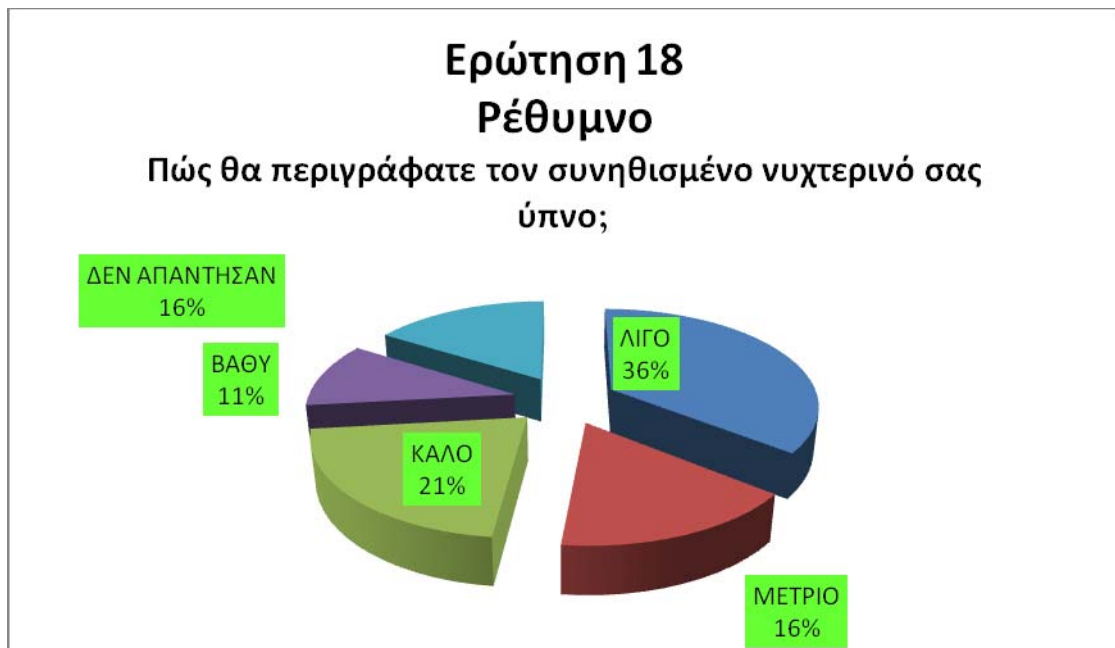
Στην ερώτηση «πόσο αλκοόλ καταναλώνουν ημερησίως οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 73% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, ενώ το 27% απάντησε λίγο.



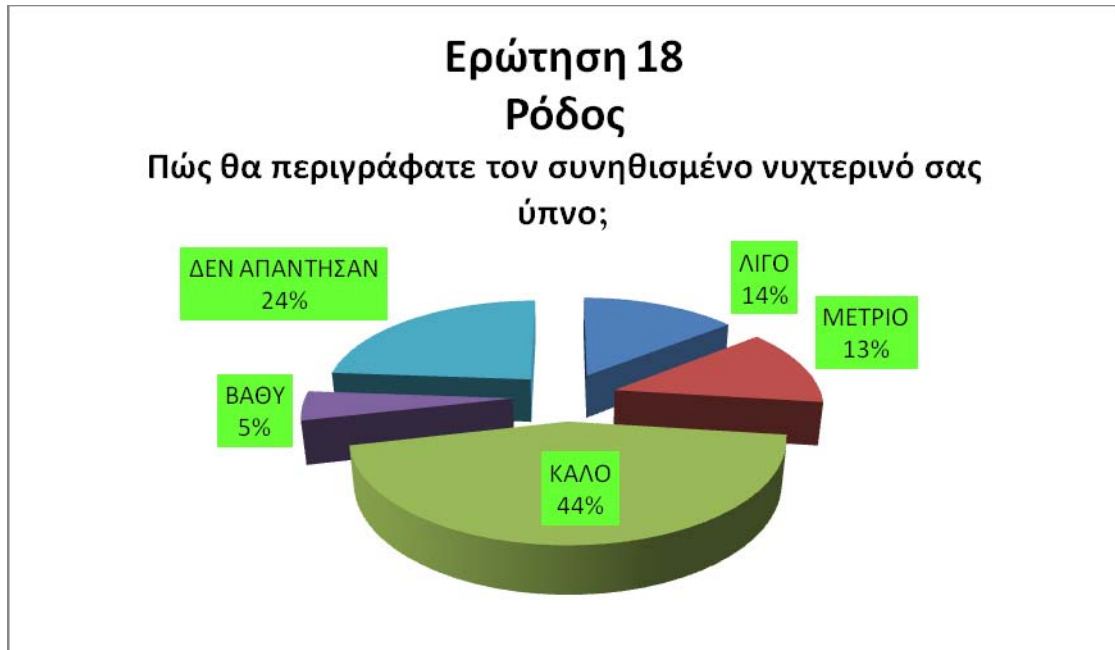
Στην ερώτηση «πόσο αλκοόλ καταναλώνει ημερησίως το νοσηλευτικό προσωπικό», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 75% καθόλου, ενώ το 25% απάντησε λίγο.



Στην ερώτηση «πώς θα περιέγραφαν το συνηθισμένο νυχτερινό τους ύπνο οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η, το 48% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 10% απάντησαν μέτριο, το 19% απάντησαν λίγο, το 10% απάντησαν βαθύ και το 13% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πώς θα περιέγραφαν το συνηθισμένο νυχτερινό τους ύπνο οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 21% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 16% απάντησαν μέτριο, το 36% απάντησαν λίγο, το 11% απάντησαν βαθύ και το 16% δεν απάντησαν.



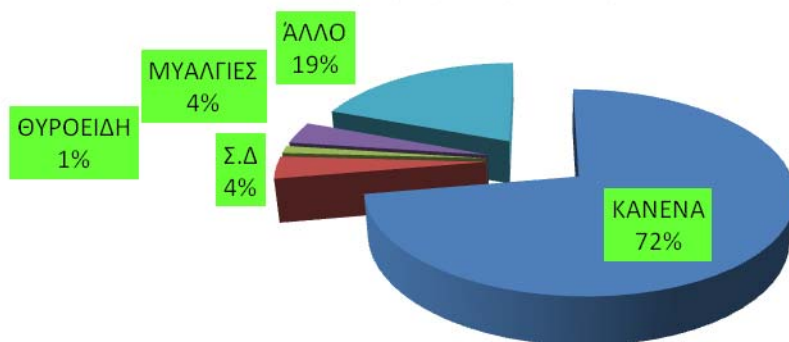
Στην ερώτηση «πώς θα περιέγραφαν το συνηθισμένο νυχτερινό τους ύπνο οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 44% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 13% απάντησαν μέτριο, το 14% απάντησαν λίγο, το 5% απάντησαν βαθύ και το 24% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πώς θα περιέγραφε το συνηθισμένο νυχτερινό του ύπνο το νοσηλευτικό προσωπικό», το 6% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 19% απάντησαν μέτριο, το 34% απάντησαν λίγο, το 11% απάντησαν βαθύ και το 30% δεν απάντησαν.

Ερώτηση 19 ΠΑ.Γ.Ν.Η

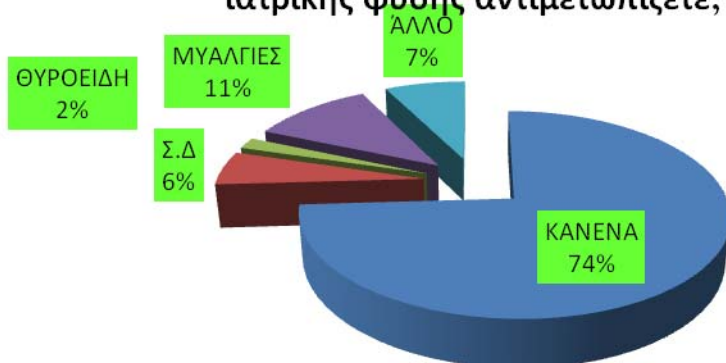
Εκτός από τη δυσκολία στον ύπνο, τι άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης αντιμετωπίζετε;



Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές εκτός από την δυσκολία στον ύπνο, αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 72% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 4% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 1% απάντησε θυρεοειδισμό, το 4% απάντησε μυαλγίες και το 19% απάντησε άλλο.

Ερώτηση 19 Ρέθυμνο

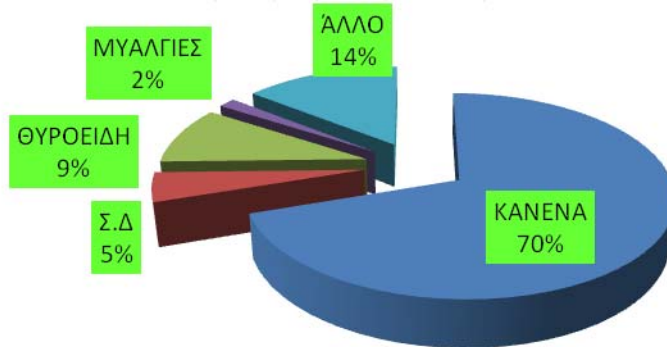
Εκτός από τη δυσκολία στον ύπνο, τι άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης αντιμετωπίζετε;



Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές εκτός από την δυσκολία στον ύπνο, αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 74% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 6% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 2% απάντησε θυρεοειδισμό, το 11% απάντησε μυαλγίες και το 7% απάντησε άλλο.

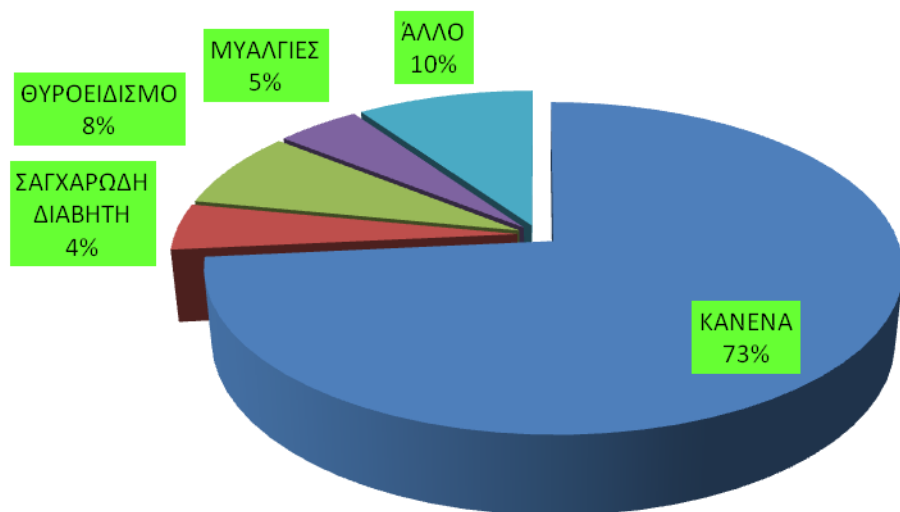
Ερώτηση 19 Ρόδος

Εκτός από τη δυσκολία στον ύπνο, τι άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης αντιμετωπίζετε;



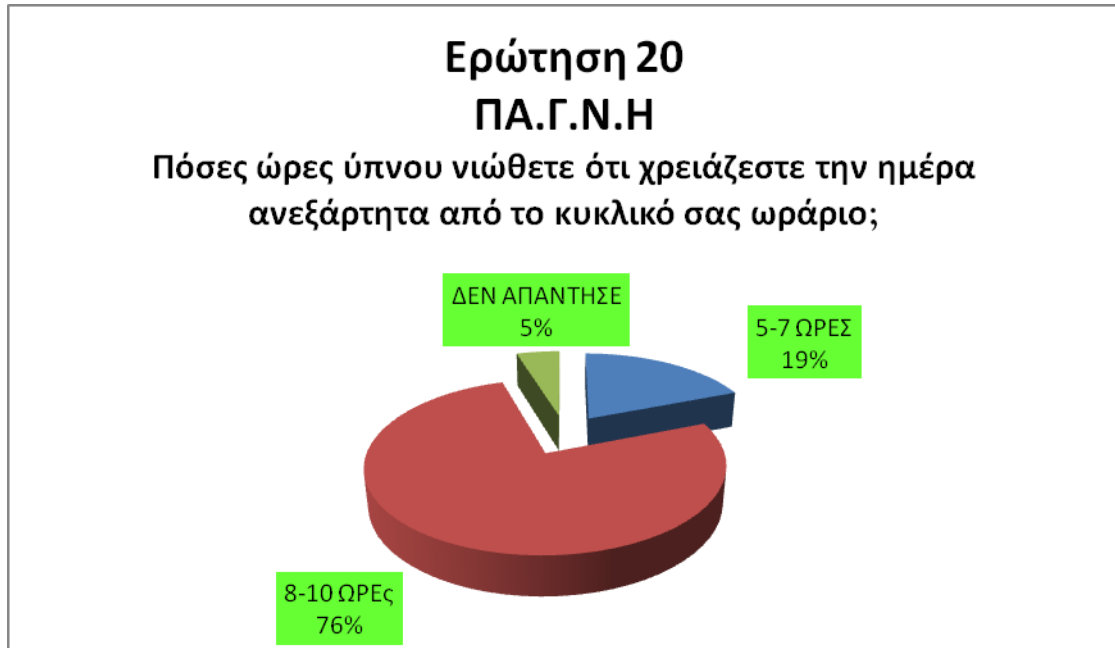
Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές εκτός από την δυσκολία στον ύπνο, αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 70% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 5% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 9% απάντησε θυρεοειδισμό, το 2% απάντησε μυαλγίες και το 14% απάντησε άλλο.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 19 στα τρία νοσοκομεία

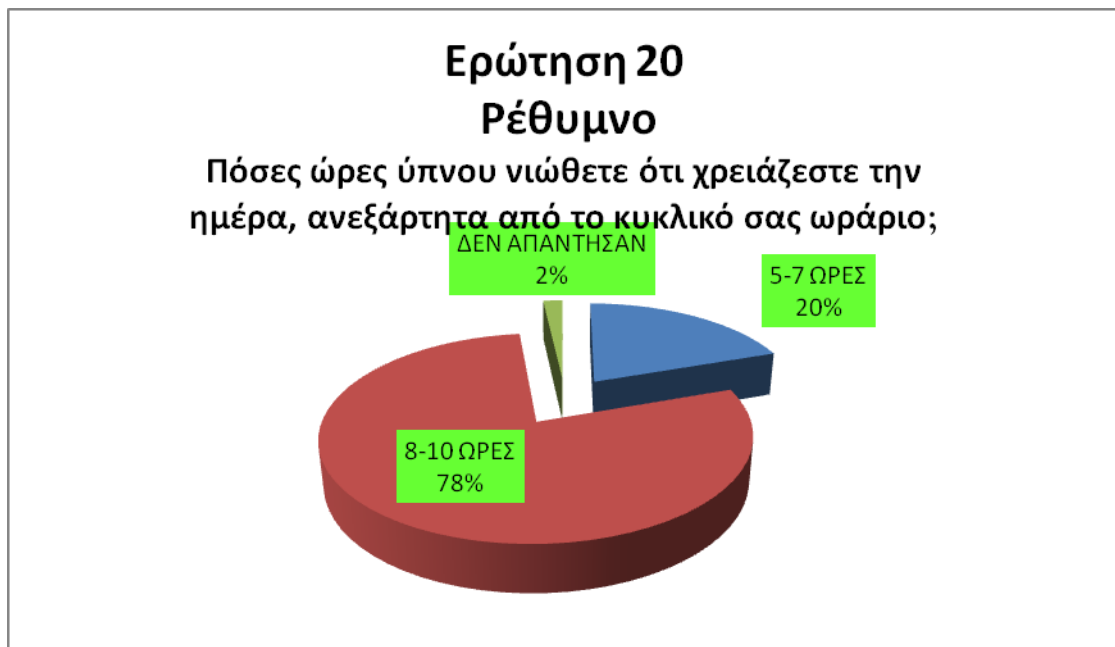


Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό εκτός από την δυσκολία στον ύπνο, αντιμετωπίζει άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία

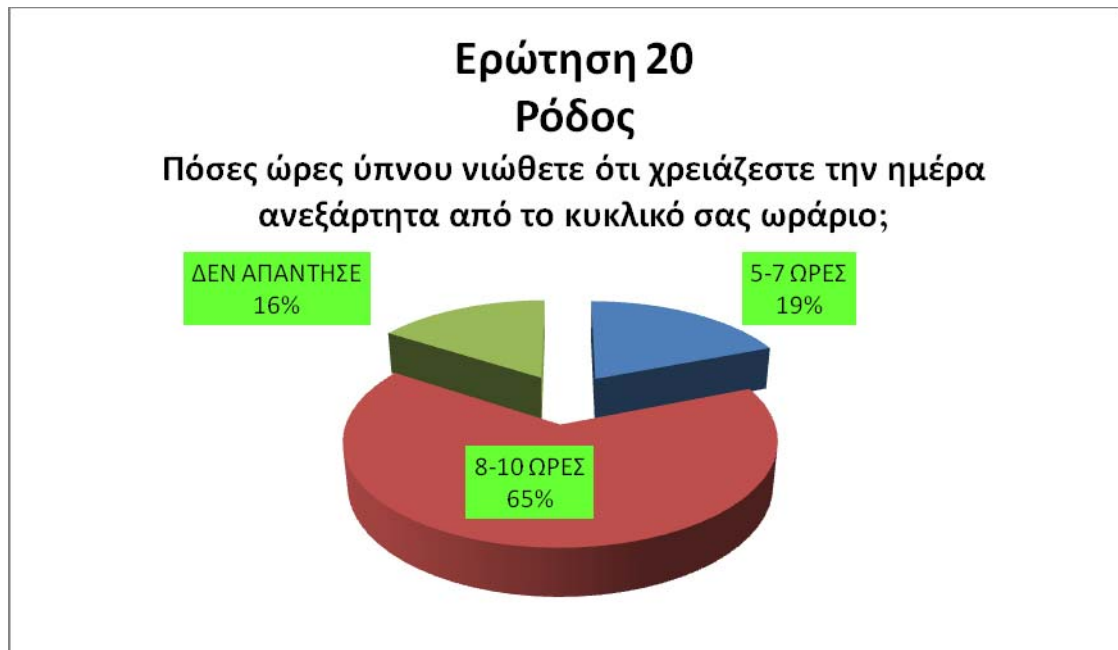
νοσοκομεία απάντησε το 73% κανένα, το 4% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 8% απάντησε θυρεοειδισμό, το 5% απάντησε μυαλγίες και το 10% απάντησε άλλο.



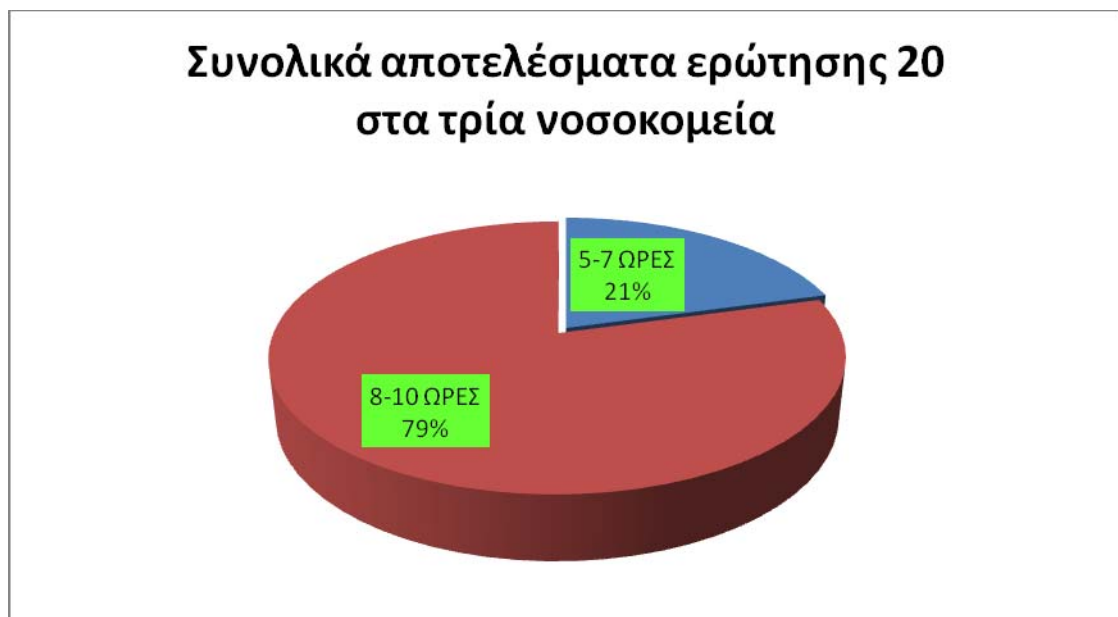
Στην ερώτηση «πόσες ώρες ύπνου νιώθουν ότι χρειάζονται οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από το κυκλικό τους ωράριο», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 76% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 19% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 5% δεν απάντησε.



Στην ερώτηση «πόσες ώρες ύπνου νιώθουν ότι χρειάζονται οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από το κυκλικό τους ωράριο», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 78% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 20% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 2% δεν απάντησε.



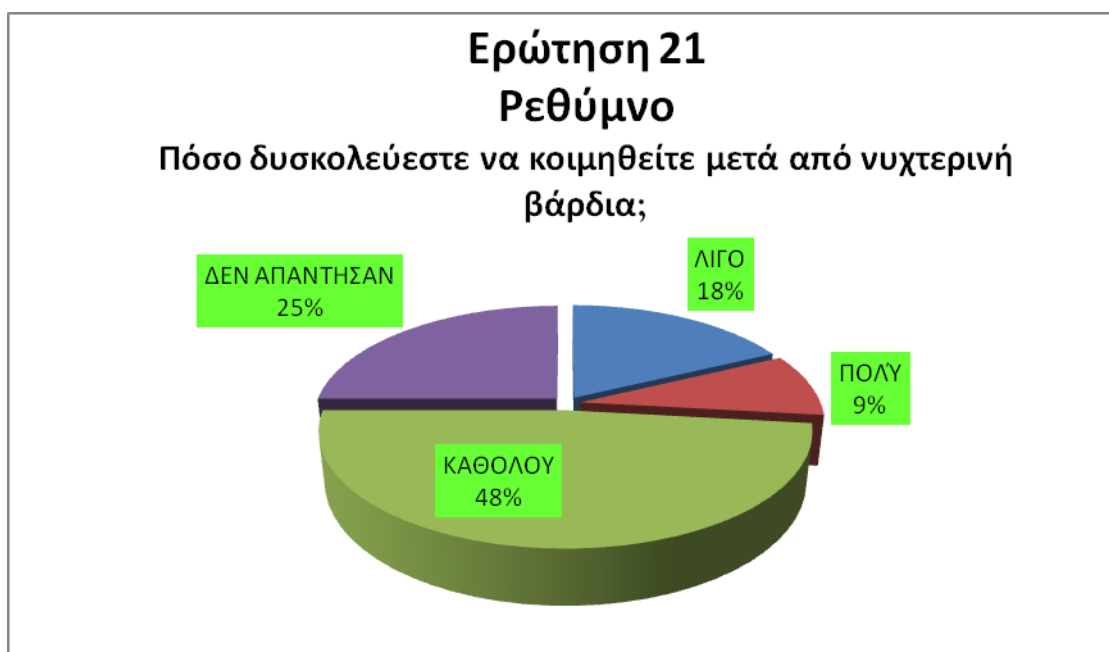
Στην ερώτηση «πόσες ώρες ύπνου νιώθουν ότι χρειάζονται οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από το κυκλικό τους ωράριο», στο νοσοκομείο Ρόδου το 65% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 19% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 16% δεν απάντησε.



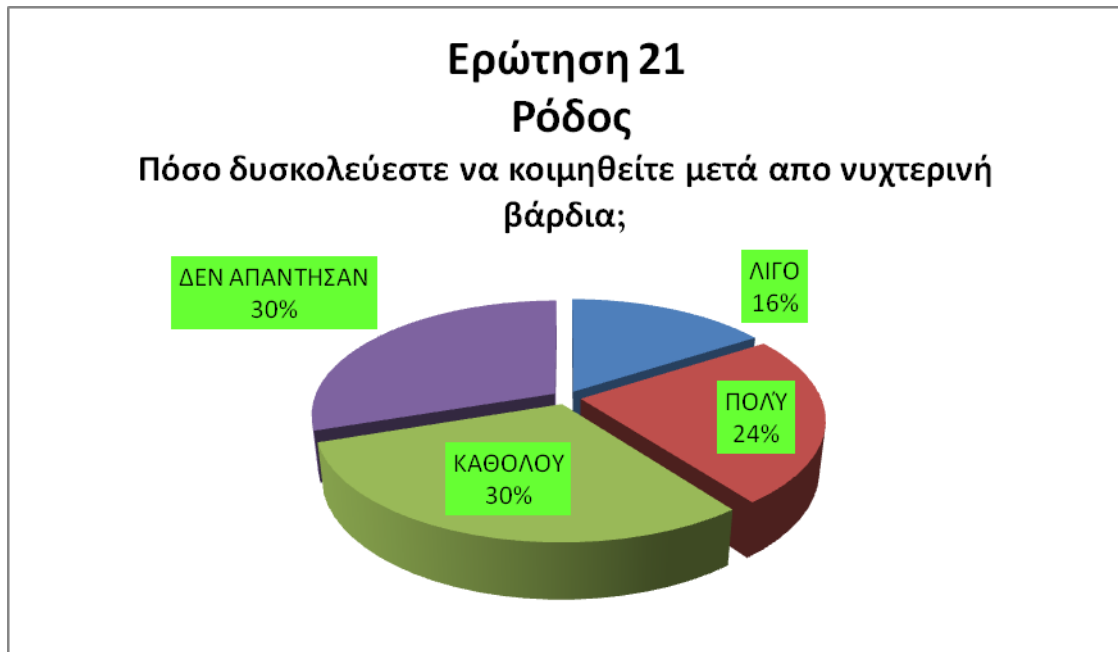
Στην ερώτηση «πόσες ώρες ύπνου νιώθουν ότι χρειάζονται οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από το κυκλικό τους ωράριο», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 79% 8 – 10 ώρες, ενώ το 21% απάντησε 5 -7 ώρες.



Στην ερώτηση «πόσο δυσκολεύεται να κοιμηθεί μετά από νυχτερινή βάρδια το νοσηλευτικό προσωπικό», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, το 52% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 14% απάντησε πολύ, το 13% απάντησε λίγο και το 21% δεν απάντησε.



Στην ερώτηση «πόσο δυσκολεύεται να κοιμηθεί μετά από νυχτερινή βάρδια το νοσηλευτικό προσωπικό», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 48% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 9% απάντησε πολύ, το 18% απάντησε λίγο και το 25% δεν απάντησε.



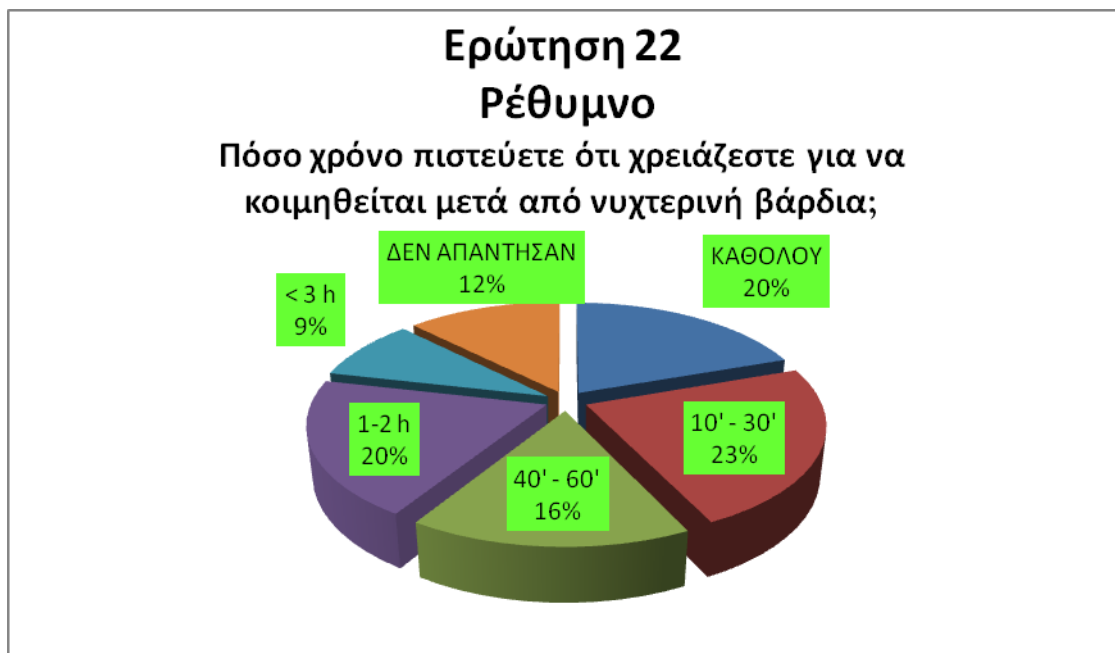
Στην ερώτηση «πόσο δυσκολεύεται να κοιμηθεί μετά από νυχτερινή βάρδια το νοσηλευτικό προσωπικό», στο Νοσοκομείο Ρόδου, το 30% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 24% απάντησε πολύ, το 16% απάντησε λίγο και το 30% δεν απάντησε.



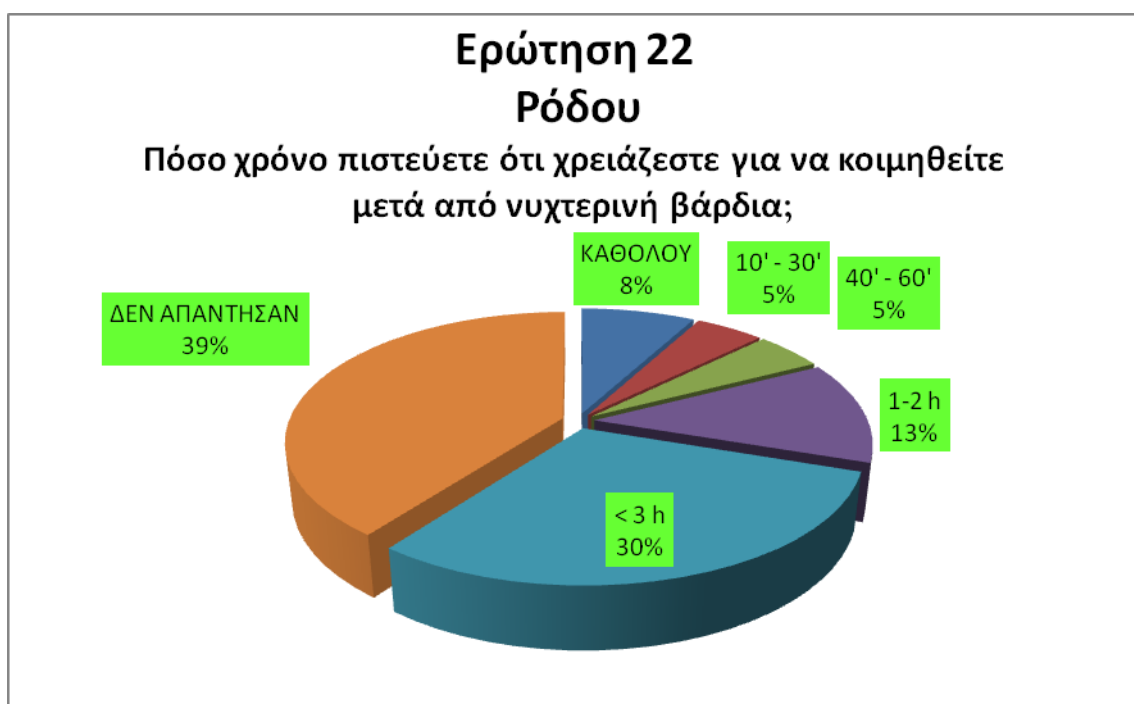
Στην ερώτηση «πόσο δυσκολεύεται να κοιμηθεί μετά από νυχτερινή βάρδια το νοσηλευτικό προσωπικό», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 39% καθόλου, το 16% απάντησε πολύ, το 15% απάντησε λίγο και το 30% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πόσο χρόνο πιστεύει ότι χρειάζεται για να κοιμηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από νυχτερινή βάρδια», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 18% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 14% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 13% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 12% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 31% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 12% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πόσο χρόνο πιστεύει ότι χρειάζεται για να κοιμηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από νυχτερινή βάρδια», στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 20% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 23% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 16% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 20% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 9% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 12% δεν απάντησαν.

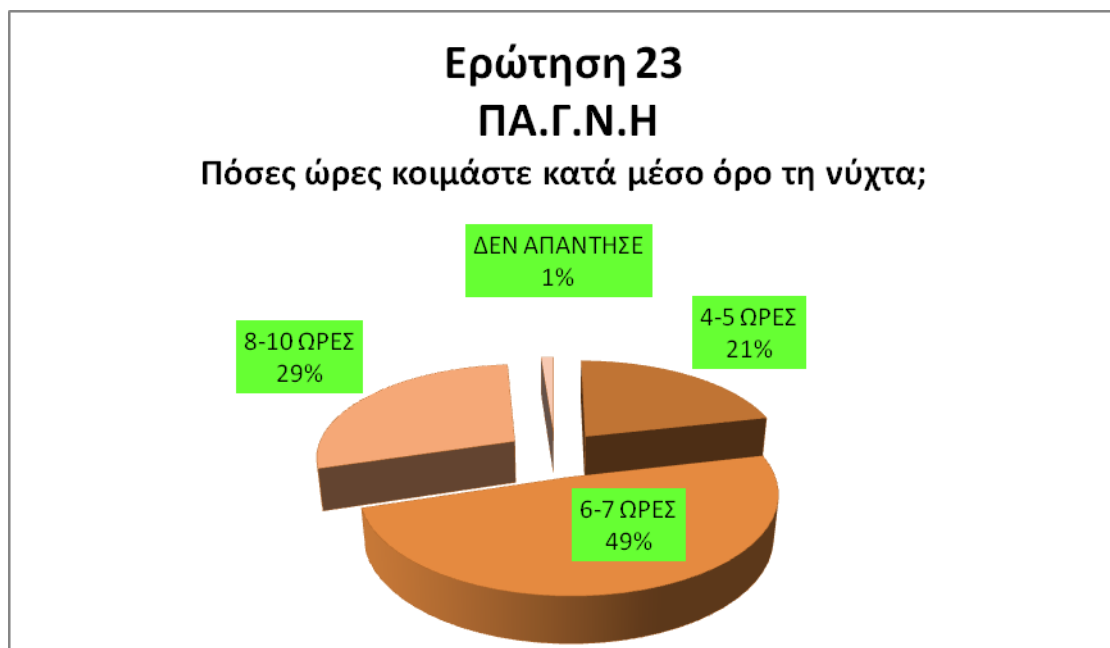


Στην ερώτηση «πόσο χρόνο πιστεύει ότι χρειάζεται για να κοιμηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από νυχτερινή βάρδια», στο Νοσοκομείο Ρόδου το 8% των ερωτηθέντων απάντησε

καθόλου, το 5% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 5% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 13% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 30% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 39% δεν απάντησαν.



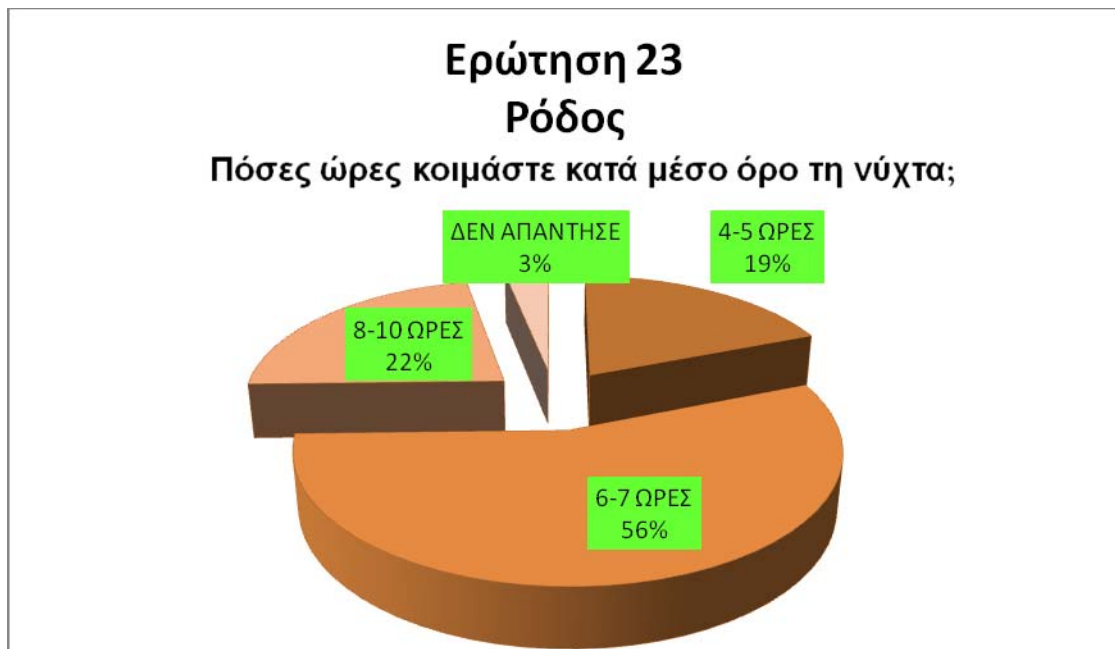
Στην ερώτηση «πόσο χρόνο πιστεύει ότι χρειάζεται για να κοιμηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από νυχτερινή βάρδια», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 15% καθόλου, το 14% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 11% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 14% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 25% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 21% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πόσες ώρες κοιμάται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο τη νύχτα», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 21% των ερωτηθέντων απάντησε 4 -5 ώρες, το 49% απάντησε 6 – 7 ώρες, το 29% απάντησε 8 – 10 ώρες, ενώ το 1% δεν απάντησε.

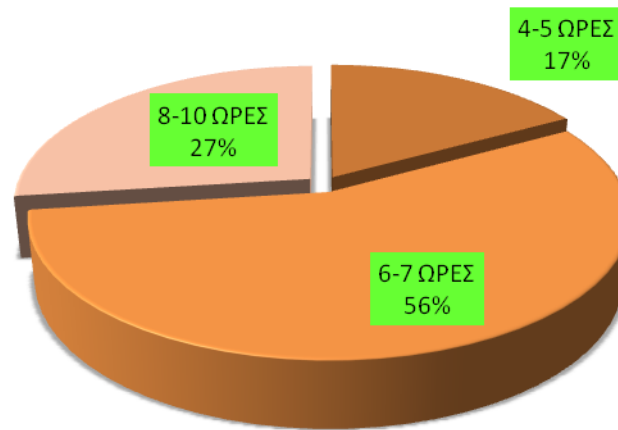


Στην ερώτηση «πόσες ώρες κοιμάται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο τη νύχτα», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 7% των ερωτηθέντων απάντησε 4 -5 ώρες, το 64% απάντησε 6 – 7 ώρες και το 29% απάντησε 8 – 10 ώρες.



Στην ερώτηση «πόσες ώρες κοιμάται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο τη νύχτα», στο νοσοκομείο Ρόδου το 19% των ερωτηθέντων απάντησε 4 -5 ώρες, το 56% απάντησε 6 – 7 ώρες, το 22% απάντησε 8 – 10 ώρες, ενώ το 3% δεν απάντησε.

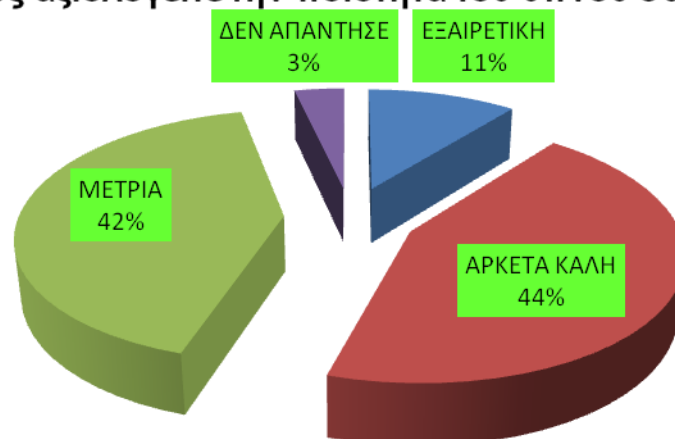
Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 23 στα τρία νοσοκομεία



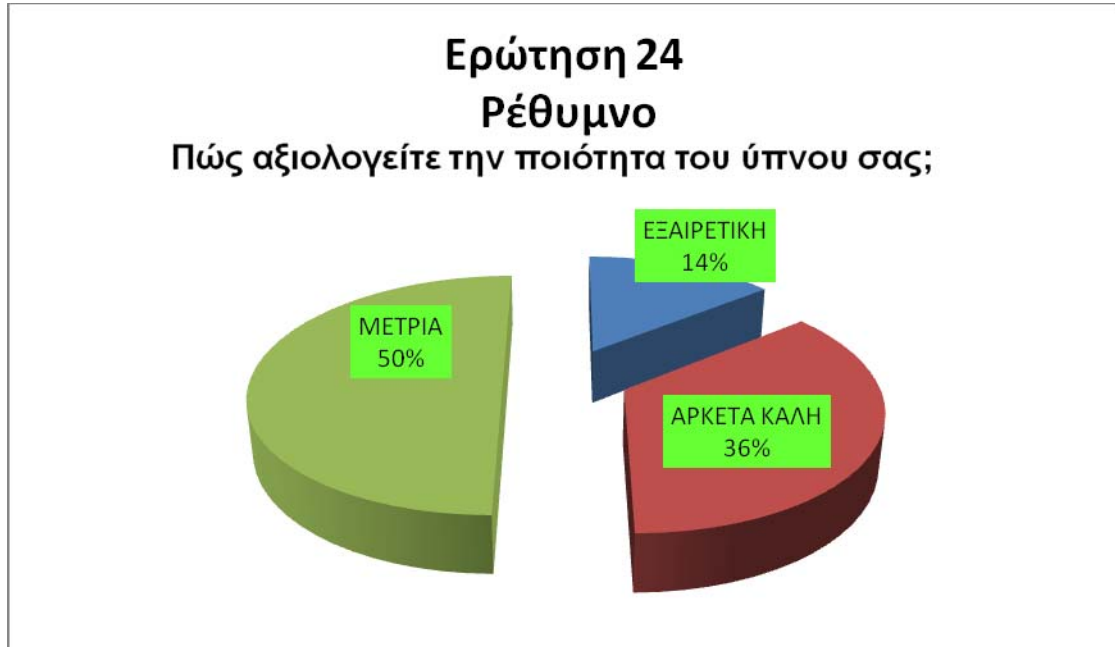
Στην ερώτηση «πόσες ώρες κοιμάται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο τη νύχτα», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 17% 4 -5 ώρες, το 56% απάντησε 6 – 7 ώρες και το 27% απάντησε 8 – 10 ώρες.

Ερώτηση 24 ΠΑ.Γ.Ν.Η

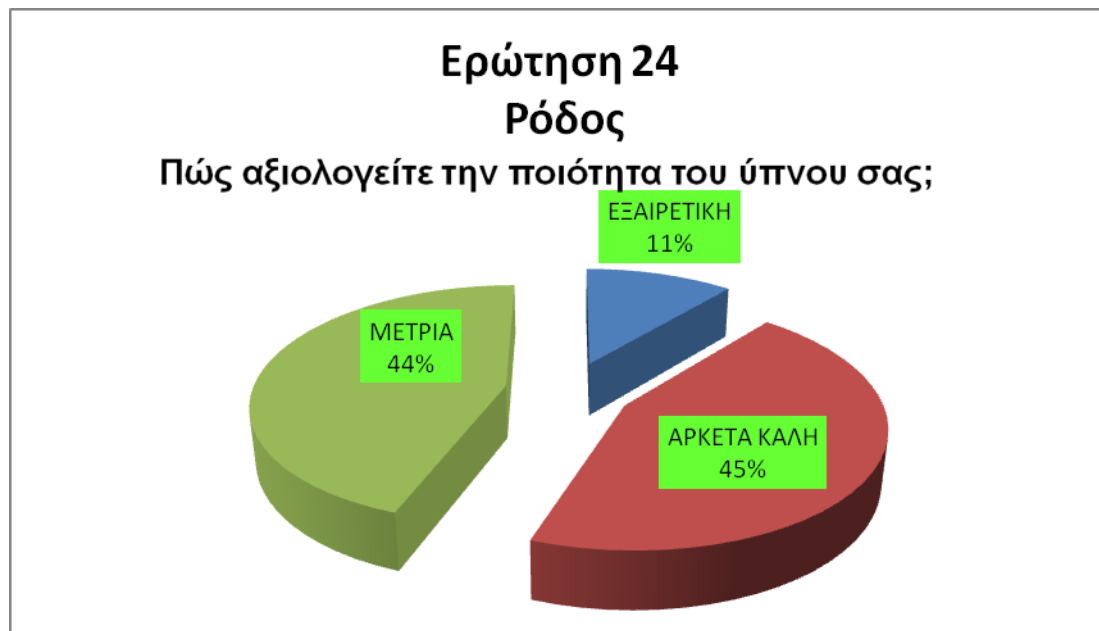
Πώς αξιολογείτε την ποιότητα του ύπνου σας;



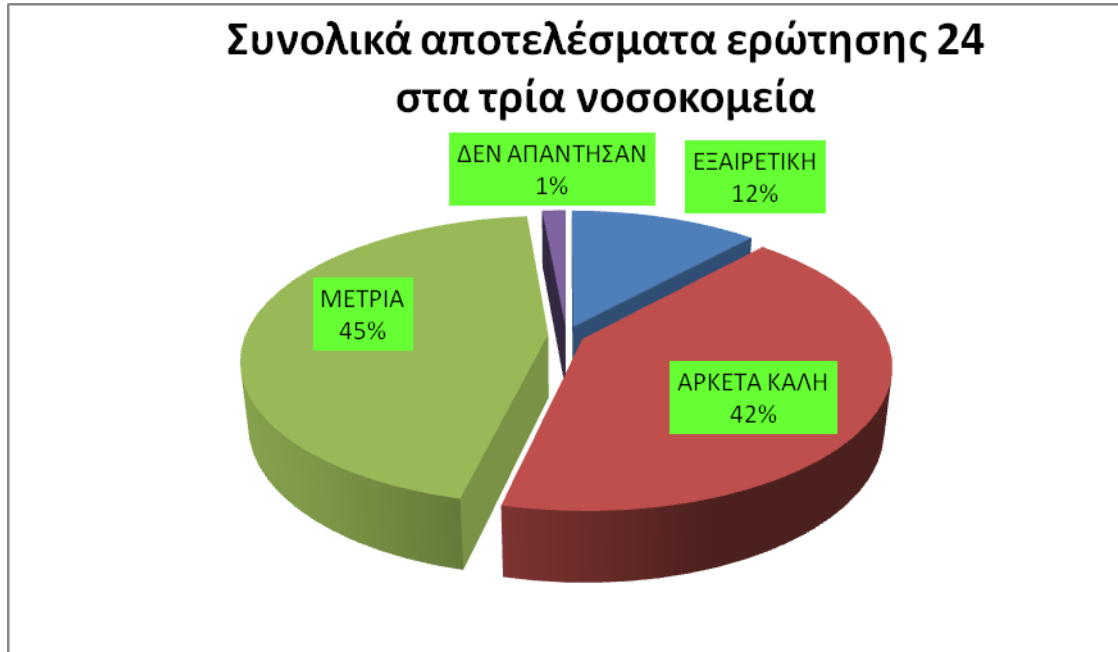
Στην ερώτηση «πώς αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του το νοσηλευτικό προσωπικό», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 11% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 44% απάντησαν αρκετά καλή, το 42% απάντησαν μέτρια, ενώ το 3% δεν απάντησαν.



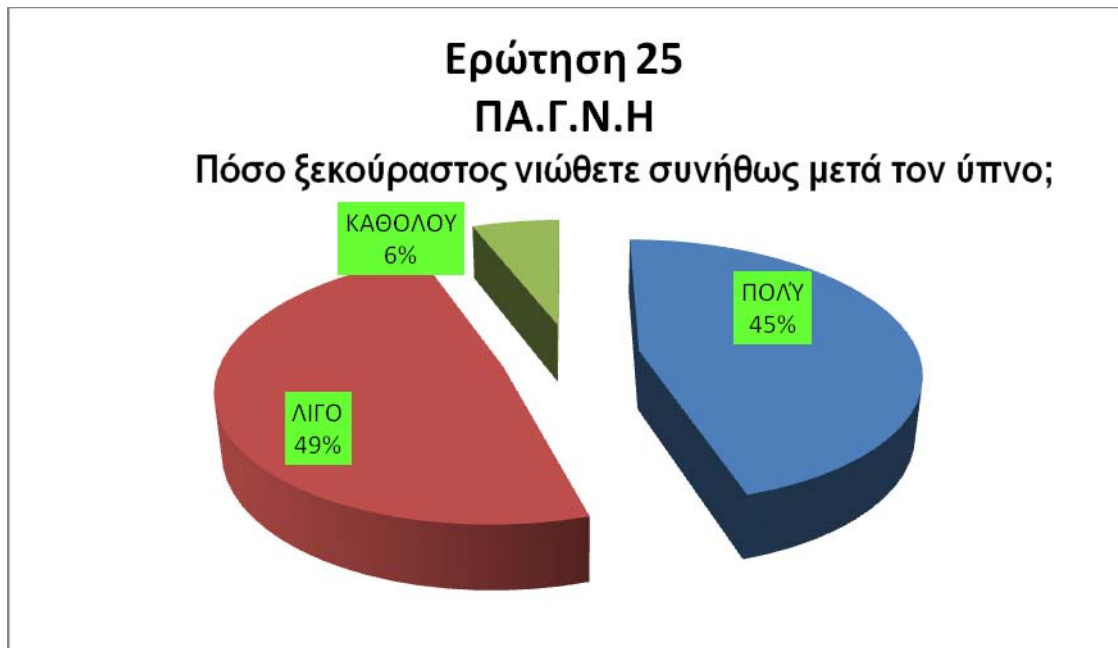
Στην ερώτηση «πώς αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του το νοσηλευτικό προσωπικό», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 14% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 36% απάντησαν αρκετά καλή και το 50% απάντησαν μέτρια.



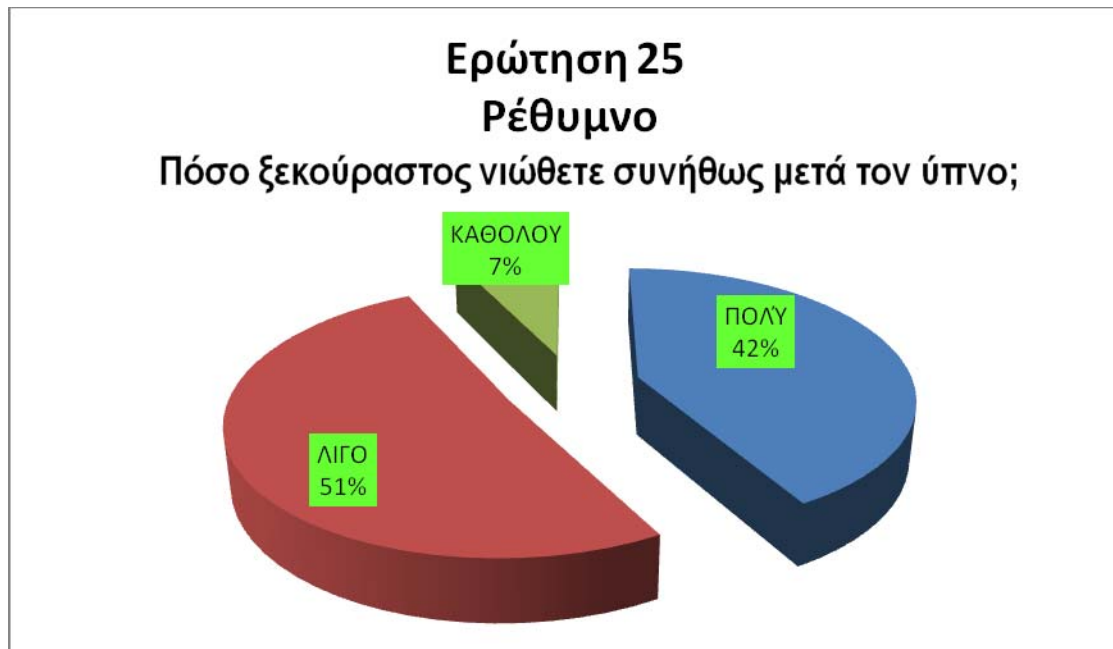
Στην ερώτηση «πώς αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του το νοσηλευτικό προσωπικό», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 11% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 45% απάντησαν αρκετά καλή και το 44% απάντησαν μέτρια.



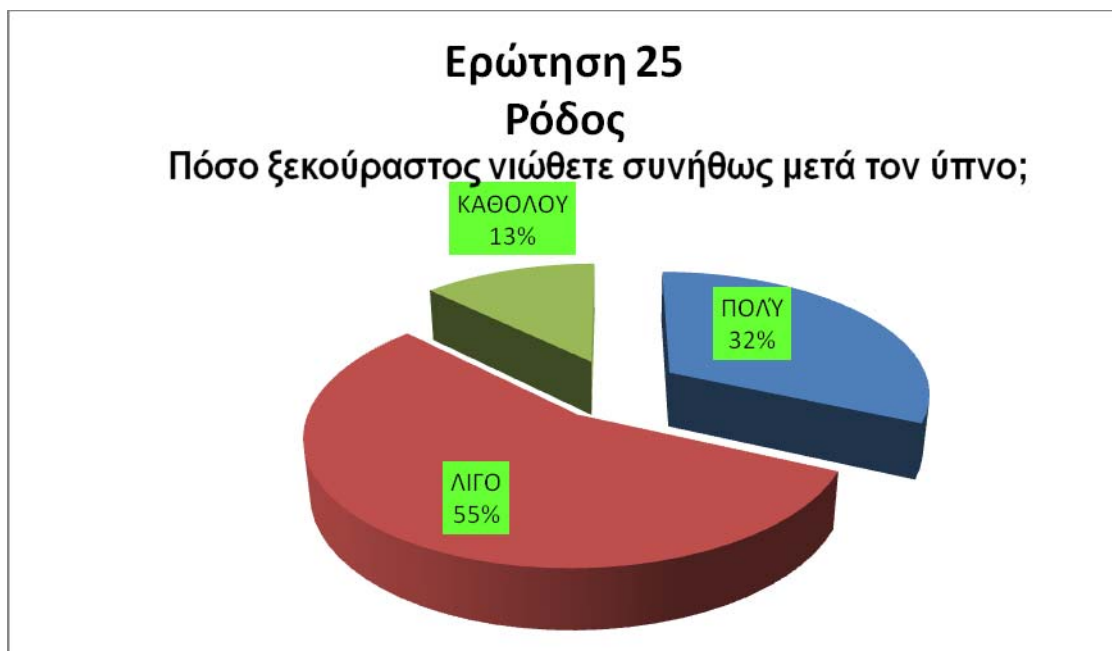
Στην ερώτηση «πώς αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του το νοσηλευτικό προσωπικό», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησαν το 12% εξαιρετική, το 42% απάντησαν αρκετά καλή, το 45% απάντησαν μέτρια και το 1% δεν απάντησαν.



Στην ερώτηση «πόσο ξεκούραστοι νιώθουν οι νοσηλευτές μετά τον ύπνο», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 49% απάντησε λίγο και το 6% απάντησε καθόλου.



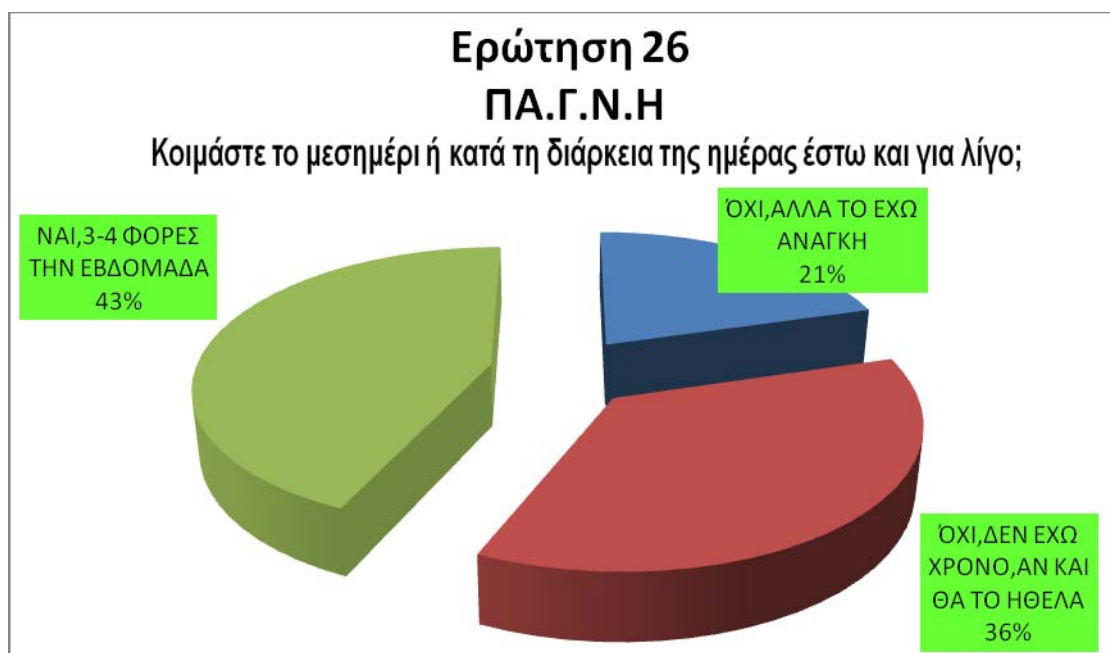
Στην ερώτηση «πόσο ξεκούραστοι νιώθουν οι νοσηλευτές μετά τον ύπνο», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 42% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 51% απάντησε λίγο και το 7% απάντησε καθόλου.



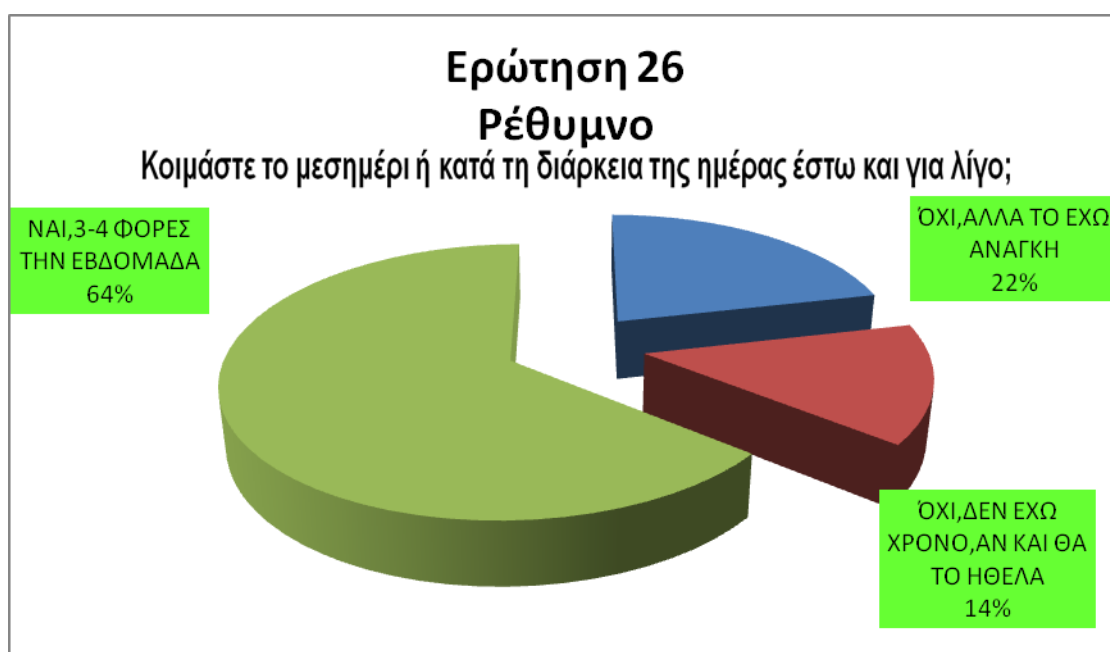
Στην ερώτηση «πόσο ξεκούραστοι νιώθουν οι νοσηλευτές μετά τον ύπνο», στο νοσοκομείο Ρόδου το 32% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 55% απάντησε λίγο και το 13% απάντησε καθόλου.



Στην ερώτηση «πόσο ξεκούραστοι νιώθουν οι νοσηλευτές μετά τον ύπνο», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 40% πολύ, το 52% απάντησε λίγο και το 8% απάντησε καθόλου.



Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κοιμάται το μεσημέρι ή κατά τη διάρκεια της ημέρας έστω και για λίγο», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 43% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 21% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 36% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα.



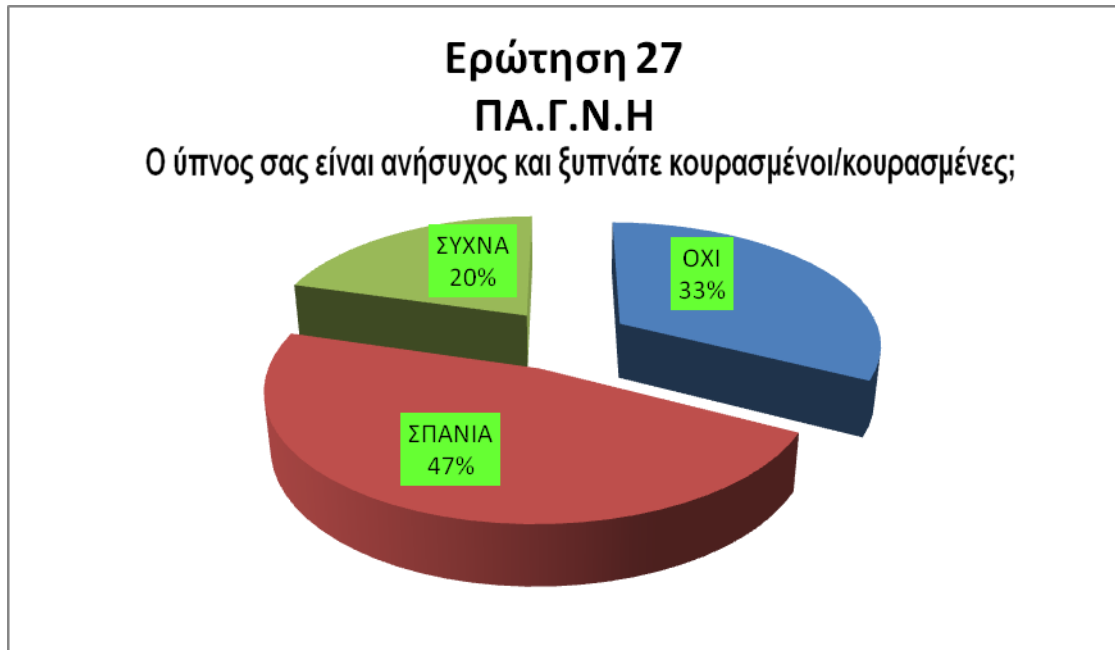
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κοιμάται το μεσημέρι ή κατά τη διάρκεια της ημέρας έστω και για λίγο», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 64% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 22% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 14% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα.



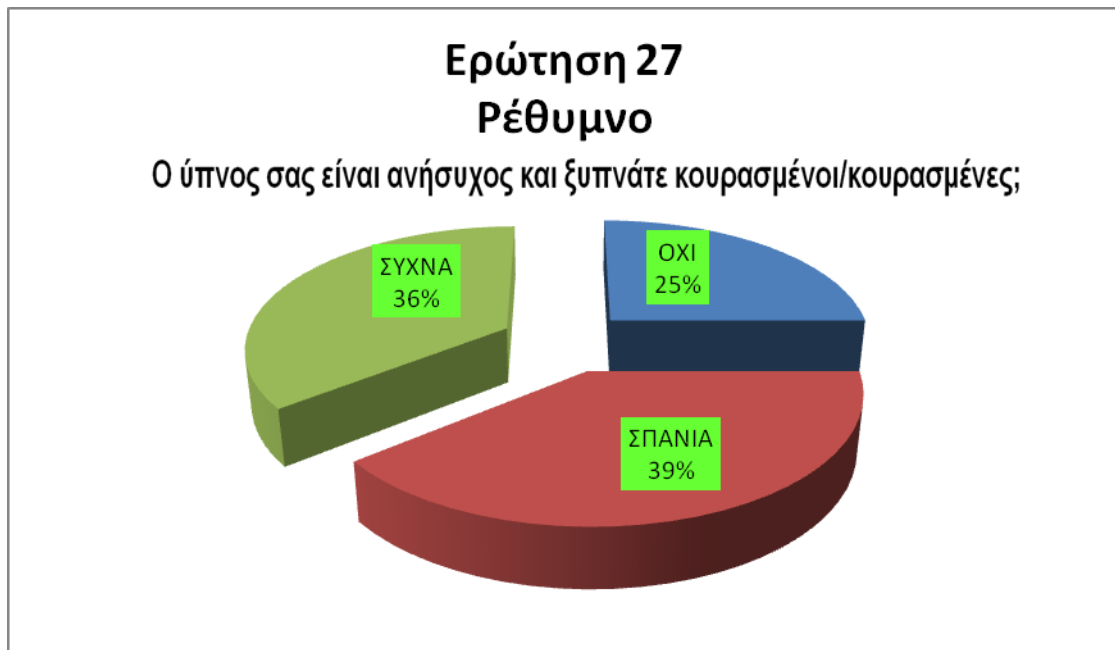
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κοιμάται το μεσημέρι ή κατά τη διάρκεια της ημέρας έστω και για λίγο», στο νοσοκομείο Ρόδου, το 45% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 26% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 29% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα.



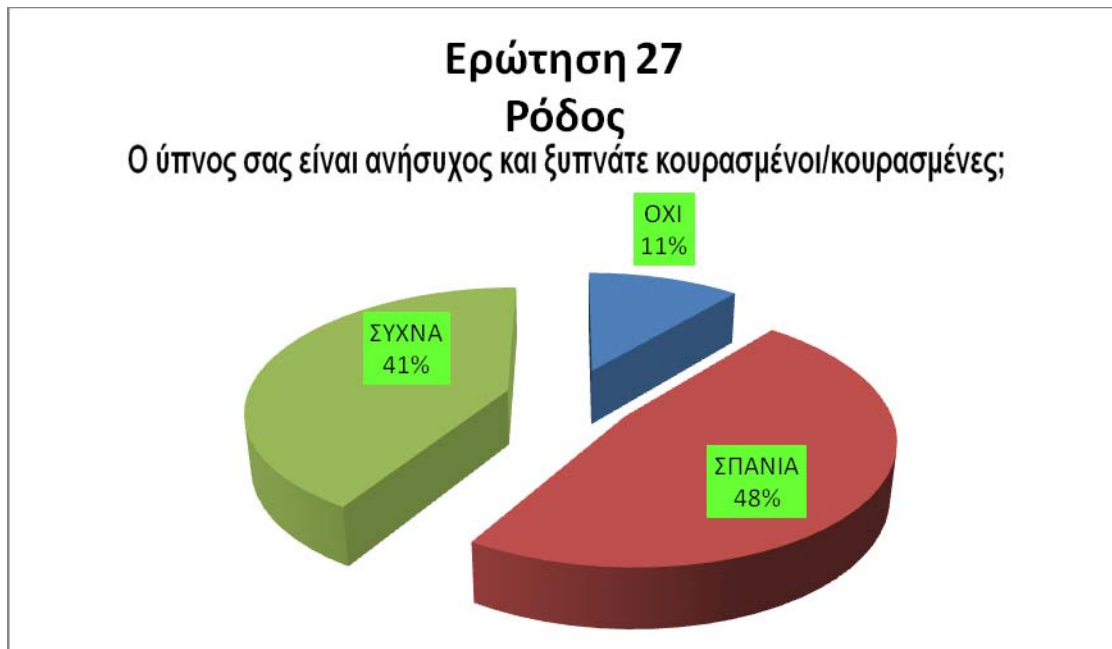
Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κοιμάται το μεσημέρι ή κατά τη διάρκεια της ημέρας έστω και για λίγο», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 50% ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 22% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 28% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα.



Στην ερώτηση «αν ο ύπνος των νοσηλευτών είναι ανήσυχος και ξυπνούν κουρασμένοι», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 47% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 20% απάντησε συχνά και το 33% απάντησε όχι.

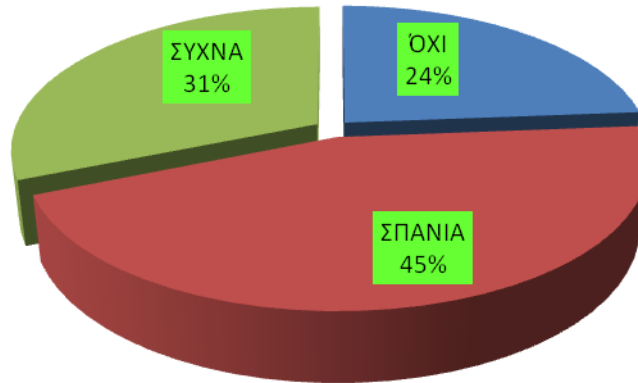


Στην ερώτηση «αν ο ύπνος των νοσηλευτών είναι ανήσυχος και ξυπνούν κουρασμένοι», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 39% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 36% απάντησε συχνά και το 25% απάντησε όχι.



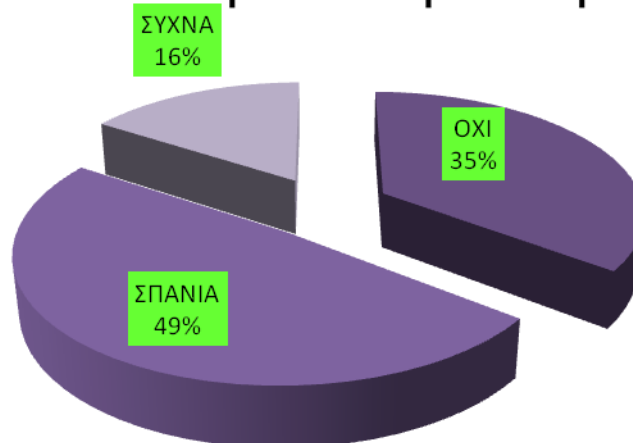
Στην ερώτηση «αν ο ύπνος των νοσηλευτών είναι ανήσυχος και ξυπνούν κουρασμένοι», στο νοσοκομείο Ρόδου το 48% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 41% απάντησε συχνά και το 11% απάντησε όχι.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 27 στα τρία νοσοκομεία

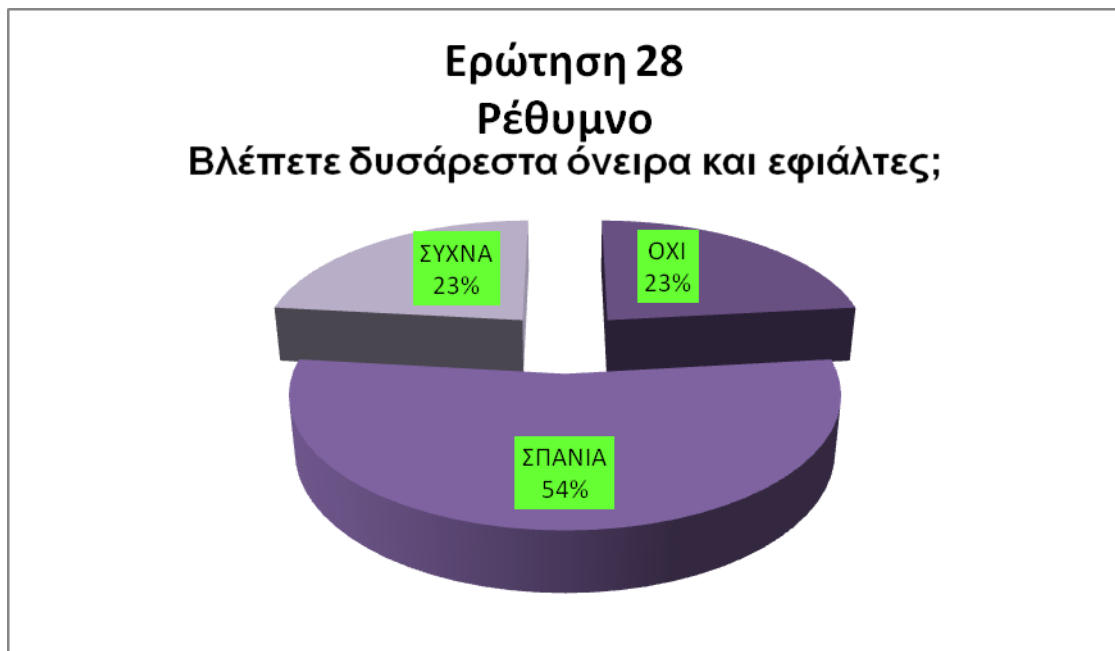


Στην ερώτηση «αν ο ύπνος των νοσηλευτών είναι ανήσυχος και ξυπνούν κουρασμένοι», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 45% σπάνια, το 31% απάντησε συχνά και το 24% απάντησε όχι.

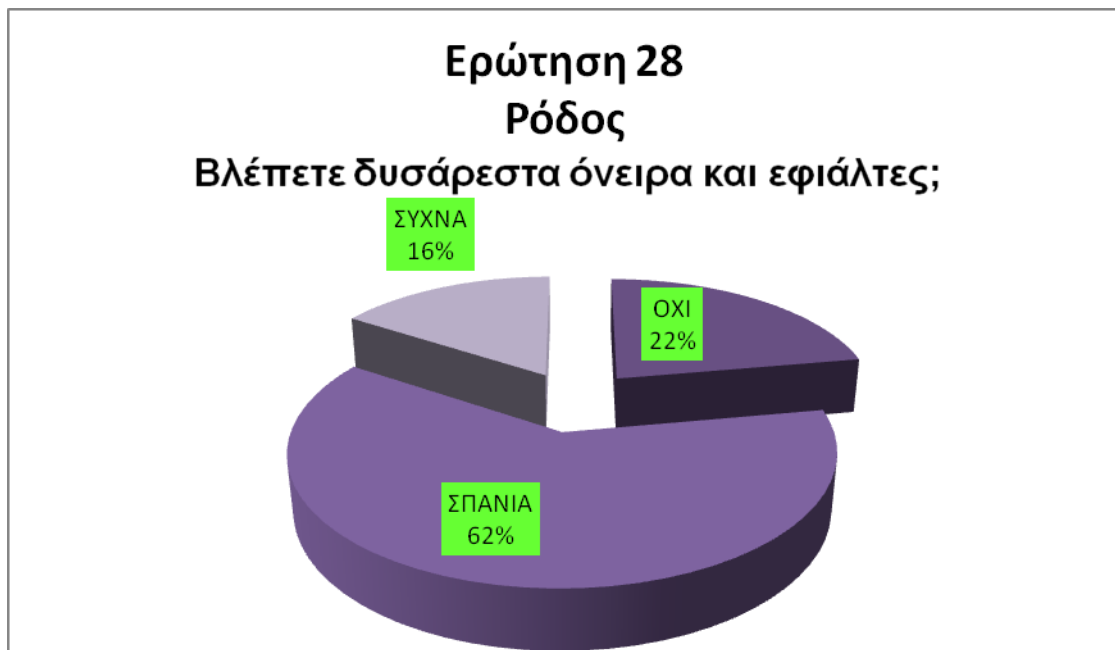
Ερώτηση 28 ΠΑ.Γ.Ν.Η Βλέπετε δυσάρεστα όνειρα και εφιάλτες;



Στην ερώτηση «αν το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει δυσάρεστα όνειρα και εφιάλτες», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 49% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 35% απάντησε όχι και το 16% απάντησε συχνά.

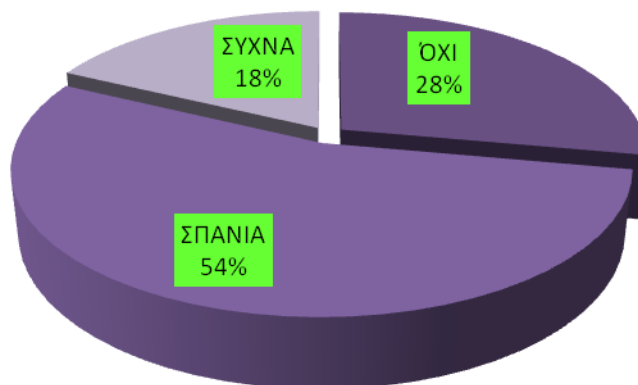


Στην ερώτηση «αν το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει δυσάρεστα όνειρα και εφιάλτες», στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 23% απάντησε όχι και το 23% απάντησε συχνά.



Στην ερώτηση «αν το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει δυσάρεστα όνειρα και εφιάλτες», στο νοσοκομείο Ρόδου το 62% των ερωτηθέντων απάντησε σπάνια, το 22% απάντησε όχι και το 16% απάντησε συχνά.

Συνολικά αποτελέσματα ερώτησης 28 στα τρία νοσοκομεία



Στην ερώτηση «αν το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει δυσάρεστα όνειρα και εφιάλτες», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 54% σπάνια, το 28% απάντησε όχι και το 18% απάντησε συχνά.

Σχόλια

Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 44% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 56% απάντησε όχι. Νοσοκομείο Ρόδου το 48% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 52% απάντησε όχι, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 71% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, ενώ το 29% απάντησε όχι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 47% όχι, ενώ το 53% απάντησε ναι. Όπως φαίνεται από την έρευνα ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού αισθάνεται υπνηλία ή έχει ξαφνικούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συγκριτικά με τα 3 νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό υπνηλίας παρατηρείται στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου με ποσοστό 71%, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη προσωπικού και στον φόρτο εργασίας ο οποίος είναι μεγαλύτερος αφού οι νοσηλευτές επιβαρύνονται περισσότερες βάρδιες.

Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό έχει προβλήματα συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ 46% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 29% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ 71% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο Ρόδου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 47% όχι, ενώ το 53% απάντησε ναι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν και στα 3 νοσοκομεία το νοσηλευτικό προσωπικό κατά ένα μεγάλο ποσοστό που ανέρχεται στο 53% αντιμετωπίζει προβλήματα συγκέντρωσης κατά την διάρκεια της ημέρας. Συγκριτικά τα αποτελέσματα των τριών νοσοκομείων δεν διαφέρουν στατιστικά. Συνεπώς η πιθανότητα νοσηλευτικού λάθους κατά την διάρκεια μιας βάρδιας είναι μεγάλη και στα 3 νοσοκομεία.

Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να κοιμηθούν όταν πέφτουν στο κρεβάτι», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 57% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 43% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 59% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 41% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 62% όχι, ενώ το 38% απάντησε ναι.

Παρατηρείται μια μικρή διαφορά στο ΠΑ.Γ.Ν.Η όπου η πλειοψηφία των νοσηλευτών απάντησε πως δεν δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Παρόλα αυτά ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών στο σύνολο παρουσιάζει δυσκολία στο να κοιμηθεί. Οι διαταραχές του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο περιλαμβάνει την δυσκολία να κοιμηθούν και την μείωση της ποιότητας του ύπνου τους, έτσι έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και αν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να κοιμηθούν ξανά. Επομένως απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος γαλήνιος ύπνος αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας.(Minnors and Waterhouse 1983.)

Στην ερώτηση, αν «οι νοσηλευτές ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 55% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 29% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 71% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 38% των ερωτηθέντων

απάντησε όχι, ενώ το 62% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 38% όχι, ενώ το 62% απάντησε ναι. Επίσης από τους νοσηλευτές που συμπεριλάβαμε στην εργασία μας στην ερώτηση «*πόσες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό ξυπνάει κατά την διάρκεια της νύχτας*», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 39% καμία, το 25% απάντησε μια φορά, το 28% απάντησε δύο φορές και το 8% απάντησε τρεις φορές. Η συγκεκριμένη ερώτηση της εργασίας μας συμφωνεί σημαντικά με μια παρόμοια έρευνα καθώς ένας στους πέντε ανθρώπους, επισημαίνουν οι «Κυριακάτικοι Τάιμς», ξυπνάει μέσα στη νύχτα ή το ξημέρωμα. Το πρόβλημα είναι συνηθέστερο κατά 20% - στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνα που είχε γίνει το 2007 από το αμερικανικό Εθνικό Ίδρυμα Ύπνου (NSF), σχεδόν δύο στις τρεις γυναίκες έχουν διαταραγμένο ύπνο τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.

Στην επόμενη ερώτηση, «*αν οι νοσηλευτές ξυπνούν αρκετά νωρίς το πρωί χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία* », στο ΠΑ.Γ.Ν.Η, το 62% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 38% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 73% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 27% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου, το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι, και τέλος το σύνολο των ερωτηθέντων στα τρία νοσοκομεία απάντησε 67% όχι, ενώ το 33% απάντησε ναι. Βλέπουμε πως στα 3 νοσοκομεία έχουμε ομοιότητα αποτελεσμάτων στην συγκεκριμένη ερώτηση με ένα ποσοστό 67% να απαντούν όχι. Κατά την ανάγνωση της συγκεκριμένης ερώτησης οι νοσηλευτές τόνισαν πως δεν ξυπνάνε νωρίς χωρίς να υπάρχει αιτία γιατί το πρόγραμμα πρωινής αφύπνισής τους είναι συχνό και ο ύπνος τους λιγότερος. Σε όλους έχει συμβεί σε «*δύσκολες*» περιόδους της ζωής να δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν, να ξυπνούν στη διάρκεια της νύχτας ή πολύ νωρίς το πρωί. Αυτό συμβαίνει επειδή το στρες «*καταλαμβάνει*» το μυαλό και επηρεάζει τη δυνατότητά να κοιμηθούν. Ειδικά η πολύ πρωινή αφύπνιση μπορεί να είναι σύμπτωμα έντονης θλίψης ή και κατάθλιψης, που έχει πιο έντονα συμπτώματα το πρωί, γι' αυτό και συνοδεύεται από πρόωμη αφύπνιση και κακή διάθεση σύμφωνα με έρευνα (<http://www.vita.gr>).

Στην ερώτηση «*αν το πρόγραμμα αφύπνισης-ύπνου του νοσηλευτικού προσωπικού κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει από αυτό των υπόλοιπων ημερών*», στο νοσοκομείο

ΠΑ.Γ.Ν.Η το 55% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 45% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 41% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 59% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 50% όχι και το 50% απάντησε ναι. Από την έρευνα μας στα 3 νοσοκομεία παρατηρείται πως ο μισός πληθυσμός των ερωτηθέντων νοσηλευτών απάντησαν πως το πρόγραμμά τους κατά το Σαββατοκύριακο διαφέρει. Αυτό είναι αποτέλεσμα κατά κύριο λόγο της συμμετοχής των προϊσταμένων των τμημάτων στην έρευνά μας.

Στην ερώτηση αν «οι νοσηλευτές ζουν με άλλα άτομα που διακόπτουν τον ύπνο τους», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 55% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 36% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 64% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 37% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 63% απάντησε ναι, και τέλος το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 41% όχι, ενώ το 59% απάντησε ναι. Συγκριτικά και στα 3 νοσοκομεία η πλειοψηφία απάντησε πως τα άτομα που ζουν μαζί τους διαταράσσουν τον ύπνο τους. Σύμφωνα με έρευνες η κακή ποιότητα ύπνου οδηγεί σε υπνηλία και λήθαργο κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αίσθημα διαρκούς κόπωσης, σε αδυναμία μνήμης, φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης και κεφαλαλγία.

Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές ξυπνούν το βράδυ λόγω πόνου ή ανάγκης για τουαλέτα», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 56% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 44% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 54% όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι. Στην 8^η ερώτηση δεν παρατηρούνται διαφορές στα 3 νοσοκομεία. Παρόλα αυτά όμως λιγότεροι από τους μισούς (46%) ξυπνούν το βράδυ εξαιτίας κάποιου πόνου που μπορεί να οφείλεται στην κούραση της ημέρας.

Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό κάνει νυχτερινό ωράριο σε εβδομαδιαία βάση», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 32% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 68% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 30% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 70% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο

Ρόδου το 48% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 52% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 36% όχι , ενώ το 64% απάντησε ναι. Επίσης στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν νυχτερινό ωράριο οι νοσηλευτές» στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 33% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 25% απάντησε 1-2 φορές, το 41% 2-3 φορές και το 1% πάνω από τρεις φορές στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 34% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 18% απάντησε 1-2 φορές, το 37% 2-3 φορές, το 3% πάνω από τρεις φορές ενώ το 9% δεν απάντησαν , στο νοσοκομείο Ρόδου το 46% των ερωτηθέντων απάντησε καμιά , το 8% απάντησε 1-2 φορές, το 29% 2-3 φορές, το 14% πάνω από τρεις φορές ενώ το 3% δεν απάντησαν .Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα 3 νοσοκομεία απάντησε το 37% καμιά, το 18% 1-2 φορές, το 36% 2-3 φορές, το 5% >3 φορές ενώ το 4% δεν απάντησε. Λαμβάνοντας υπόψιν πώς στα ερωτηματολόγια συμπεριλαμβάνονταν και οι προϊσταμένες των τμημάτων, παρατηρείται πως ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών κάνει 2-3 φορές την εβδομάδα νυχτερινή βάρδια.

Σε διεθνή, πολυκεντρική έρευνα, με δείγμα 35.327 ενήλικες, βρέθηκε ότι το 27% του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο του χωρίς να το συνειδητοποιεί, ενώ από αυτούς που αναγνωρίζουν το πρόβλημα μόνο το ένα τρίτο (32%) λαμβάνει θεραπεία (SLE-EP survey 2002). Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν σημαντικό ζήτημα για τη δημόσια υγεία, καθώς συμβαίνει συχνά στο γενικό πληθυσμό, έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, αλλά και συνεπάγεται υψηλό κοινωνικοοικονομικό κόστος καθώς συνδέεται με αυξημένο δείκτη ατυχημάτων και χαμηλή παραγωγικότητα. Εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε εργαζόμενους με βάρδιες (<http://www.kalimera.gr>).

Στην ερώτηση αν το «νοσηλευτικό προσωπικό ροχαλίζει», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 33% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 38% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 62%

απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 61% των ερωτηθέντων απάντησε όχι , ενώ το 39% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 57% όχι , ενώ το 43% απάντησε ναι.

Στην ερώτηση αν το «*νοσηλευτικό προσωπικό είχε ποτέ κάποιο τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της κόυρασης του*», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 95% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 5% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 91% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 9% απάντησε ναι, στο νοσοκομείο Ρόδου το 86% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 14% απάντησε ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 91% όχι, ενώ το 9% απάντησε ναι. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας στην συγκεκριμένη ερώτηση έρχονται να συμφωνήσουν με μια έρευνα για τον ύπνο και τα τροχαία ατυχήματα. Η υπνηλία είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες τροχαίων ατυχημάτων σε ολόκληρο τον κόσμο. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασαν εκπρόσωποι του Εργαστηρίου Ύπνου της Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Άγιος Παύλος» στη Θεσσαλονίκη και του Πνευμονολογικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης κάθε χρόνο 100.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα που οφείλονταν στην υπνηλία, ενώ μόνο το 1994 έγιναν ένα εκατομμύριο ατυχήματα λόγω της συγκεκριμένης αιτίας.

Στη χώρα μας, από τους 100 ασθενείς που εξετάστηκαν στο Εργαστήριο Ύπνου του «Αγίου Παύλου», οι οκτώ παραδέχτηκαν ότι προκάλεσαν τροχαίο ατύχημα λόγω υπνηλίας, ενώ άλλοι δεκαεννέα είπαν ότι αντιλήφθηκαν την τελευταία στιγμή πως τους πήρε ο ύπνος στο τιμόνι προλαμβάνοντας το ατύχημα. Σύμφωνα με την έρευνα, ο Έλληνας της σύγχρονης εποχής κοιμάται 25% λιγότερο από όσο οι παλαιότερες γενιές, με άμεση επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στη νοητική λειτουργία του.

Στην ερώτηση αν το «*νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο*», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 67% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 33% ναι, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 55% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 45% ναι, στο Νοσοκομείο Ρόδου το 68% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 32% ναι. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 64% όχι, ενώ το 36% απάντησε ναι. Όμως στο νοσοκομείο Ρεθύμνου ένα μεγάλο ποσοστό (45%) αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο, κάτι που

φαίνεται και από την πρώτη ερώτηση. Συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Ρεθύμνου απαντούν πώς έχουν προβλήματα στον ύπνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται όπως προαναφέρθηκε στην έλλειψη προσωπικού και συνεπώς περισσότερη κούραση.

Στην ερώτηση αν το *«νοσηλευτικό προσωπικό δυσκολεύεται να κοιμηθεί»*, το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 63% όχι, ενώ το 37% απάντησε ναι. Παρατηρείται πως ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών δυσκολεύεται να κοιμηθεί και στο υποερώτημα εδώ και πόσο καιρό δυσκολεύονται να κοιμηθούν απαντούν το 20% από 3-12 μήνες, το 43% από 1-5 χρόνια και το 37% περισσότερο από 5 χρόνια. Από τα ποσοστά φαίνεται πως οι νοσηλευτές στο σύνολο τους δυσκολεύονται να κοιμηθούν.

Στην ερώτηση αν το *«νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί υπνωτικές αγωγές»*, το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 96% όχι, ενώ το 4% απάντησε ναι. Ευχάριστο είναι το γεγονός ότι από την έρευνα μας φαίνεται πως το 96% του νοσηλευτικού προσωπικού παρ' όλα τα προβλήματα ύπνου που αντιμετωπίζει, δεν λαμβάνει καμιά υπνωτική αγωγή.

Στην ερώτηση αν το *«νοσηλευτικό προσωπικό υποφέρει από κατάθλιψη, άγχος ή παρόμοια προβλήματα»*, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 52% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 48% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 54% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 46% απάντησε ναι, στο Νοσοκομείο Ρόδου το 71% των ερωτηθέντων απάντησε όχι, ενώ το 29% απάντησε ναι» και τέλος το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 58% όχι, ενώ το 42% απάντησε ναι.

Δυσάρεστα είναι τα αποτελέσματα της ερώτησης αυτής, καθώς πρώτο το ΠΑ.Γ.Ν.Η με ποσοστό 48% απάντησε ότι υποφέρει από κατάθλιψη άγχος ή παρόμοια προβλήματα, ενώ δεύτερο είναι το νοσοκομείο Ρεθύμνου με 46%. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το νοσοκομείο Ηρακλείου είναι πανεπιστημιακό στο οποίο πραγματοποιούνται μαθήματα τόσο των φοιτητών νοσηλευτικής όσο και των φοιτητών ιατρικής με αποτέλεσμα α) να δημιουργείται περισσότερος θόρυβος και κατά συνέπεια μεγαλύτερη ένταση στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και β) Λόγω

του ότι το νοσοκομείο Ηρακλείου είναι πανεπιστημιακό η προσέλευση των ασθενών είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα άλλα 2 νοσοκομεία. (πιθανή έρευνα).

Στην ερώτηση «πόσο αλκοόλ καταναλώνει ημερησίως το νοσηλευτικό προσωπικό», το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 75% καθόλου, ενώ το 25% απάντησε λίγο. Το νοσηλευτικό προσωπικό και στα τρία νοσοκομεία φαίνεται μέσα από την συγκεκριμένη ερώτηση ότι οι ποσότητες αλκοόλ που καταναλώνει είναι στα πλαίσια του φυσιολογικού.

Στην ερώτηση «πώς θα περιέγραφαν το συνηθισμένο νυχτερινό τους ύπνο οι νοσηλευτές», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η, το 48% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 10% απάντησαν μέτριο, το 19% απάντησαν λίγο, το 10% απάντησαν βαθύ και το 13% δεν απάντησαν, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 21% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 16% απάντησαν μέτριο, το 36% απάντησαν λίγο, το 11% απάντησαν βαθύ και το 16% δεν απάντησαν, στο νοσοκομείο Ρόδου, το 44% των ερωτηθέντων απάντησαν καλό, το 13% απάντησαν μέτριο, το 14% απάντησαν λίγο, το 5% απάντησαν βαθύ και το 24% δεν απάντησαν.

Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησαν το 6% καλό, το 19% απάντησαν μέτριο, το 34% απάντησαν λίγο, το 11% απάντησαν βαθύ και το 30% δεν απάντησαν. Συγκριτικά με τα τρία νοσοκομεία, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου ένα σημαντικό ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 45% απάντησε ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Στα νοσοκομεία Ρόδου και ΠΑ.Γ.Ν.Η το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε ότι δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα στο να κοιμηθεί. Στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 18% των νοσηλευτών απαντούν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν από 1-5 χρόνια. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το νοσοκομείο Ρεθύμνου είναι πιο παλιό και οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία. Κατά την διάρκεια της έρευνας ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού μας επισήμανε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας τους δημιουργεί υπερένταση με αποτέλεσμα να έχουν δυσκολία στο να κοιμηθούν. Ένας ακόμα λόγος είναι ότι το νοσοκομείο Ρεθύμνου δεν είναι πανεπιστημιακό και έτσι δεν υπάρχουν αρκετοί φοιτητές οι οποίοι να διευκολύνουν τους νοσηλευτές στο έργο τους, όπως συμβαίνει στο νοσοκομείο Ηρακλείου.

Στην ερώτηση αν οι «νοσηλευτές εκτός από την δυσκολία στον ύπνο, αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα ιατρικής φύσης», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 72% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 4% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 1% απάντησε θυρεοειδισμό, το 4% απάντησε μυαλγίες και το 19% απάντησε άλλο, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 74% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 6% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 2% απάντησε θυρεοειδισμό, το 11% απάντησε μυαλγίες και το 7% απάντησε άλλο, στο νοσοκομείο Ρόδου, το 70% των ερωτηθέντων απάντησε κανένα, το 5% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 9% απάντησε θυρεοειδισμό, το 2% απάντησε μυαλγίες και το 14% απάντησε άλλο. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 73% κανένα, το 4% απάντησε σακχαρώδη διαβήτη, το 8% απάντησε θυρεοειδισμό, το 5% απάντησε μυαλγίες και το 10% απάντησε άλλο. Συγκριτικά και στα τρία νοσοκομεία φαίνεται να υπάρχει ένα στατιστικά μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που υποφέρει από διάφορα προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές στο νοσοκομείο Ρόδου παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα σε ποσοστό 30%. Αξιοσημείωτο είναι ότι στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 11% αναφέρει ότι πάσχει από μυαλγίες, γεγονός που μπορεί να οφείλεται όπως προαναφέρθηκε στην μεγαλύτερη προϋπηρεσία του προσωπικού.

Στην ερώτηση «πόσες ώρες ύπνου νιώθουν ότι χρειάζονται οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από το κυκλικό τους ωράριο», στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 76% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 19% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 5% δεν απάντησε, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 78% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 20% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 2% δεν απάντησε, στο νοσοκομείο Ρόδου το 65% των ερωτηθέντων απάντησε 8 – 10 ώρες, το 19% απάντησε 5 -7 ώρες, ενώ το 16% δεν απάντησε. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 79% 8 – 10 ώρες, ενώ το 21% απάντησε 5 -7 ώρες. Συγκριτικά με την ερώτηση «πόσες ώρες κοιμάται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο τη νύχτα» παρατηρείται πως ενώ οι νοσηλευτές χρειάζονται σε ποσοστό 79% 8-10 ώρες ύπνου, στην πραγματικότητα μόνο το μόνο το 27% κοιμάται τόσο. Συνεπώς οι νοσηλευτές και στα τρία νοσοκομεία κοιμούνται κατά μέσο όρο 2-4 ώρες λιγότερο απ' ότι επιθυμούν.

Στην ερώτηση *«πόσο δυσκολεύεται να κοιμηθεί μετά από νυχτερινή βάρδια το νοσηλευτικό προσωπικό»*, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, το 52% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 14% απάντησε πολύ, το 13% απάντησε λίγο και το 21% δεν απάντησε, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 48% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 9% απάντησε πολύ, το 18% απάντησε λίγο και το 25% δεν απάντησε και στο Νοσοκομείο Ρόδου, το 30% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 24% απάντησε πολύ, το 16% απάντησε λίγο και το 30% δεν απάντησε. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε 39% καθόλου, το 16% απάντησε πολύ, το 15% απάντησε λίγο και το 30% δεν απάντησαν. Παρατηρείται πως ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών δεν απάντησε. Αυτό οφείλεται στο ότι συμμετείχαν και οι προϊσταμένες των τμημάτων, οι οποίες δεν κάνουν νυχτερινές βάρδιες.

Στην ερώτηση *«πόσο χρόνο πιστεύει ότι χρειάζεται για να κοιμηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από νυχτερινή βάρδια»*, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 18% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 14% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 13% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 12% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 31% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 12% δεν απάντησαν, στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου το 20% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 23% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 16% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 20% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 9% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 12% δεν απάντησαν και στο Νοσοκομείο Ρόδου το 8% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 5% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 5% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 13% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 30% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 39% δεν απάντησαν. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 15% καθόλου, το 14% απάντησε 10 – 30 λεπτά, το 11% απάντησε 40 – 60 λεπτά, το 14% απάντησε 1 – 2 ώρες, το 25% απάντησε πάνω από 3 ώρες και το 21% δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση *«πώς αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου του το νοσηλευτικό προσωπικό»*, στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 11% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 44% απάντησαν αρκετά καλή, το 42% απάντησαν μέτρια, ενώ το 3% δεν απάντησαν, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 14% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 36% απάντησαν αρκετά καλή και το 50% απάντησαν μέτρια και στο νοσοκομείο Ρόδου, το 11% των ερωτηθέντων απάντησαν εξαιρετική, το 45%

απάντησαν αρκετά καλή και το 44% απάντησαν μέτρια. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησαν το 12% εξαιρετική, το 42% απάντησαν αρκετά καλή, το 45% απάντησαν μέτρια και το 1% δεν απάντησαν. Σε παρόμοια έρευνα που έγινε σχετικά με τις διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό η οποία παρουσιάστηκε στο 35^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο οι νοσηλευτές ξυπνούν χωρίς να είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα του ύπνου τους. Συγκριτικά με την παρούσα έρευνα ποσοστό 48% χαρακτηρίζει την ποιότητα του ύπνου ως μέτρια.

Στην ερώτηση *«πόσο ξεκούραστοι νιώθουν οι νοσηλευτές μετά τον ύπνο»*, στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 45% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 49% απάντησε λίγο και το 6% απάντησε καθόλου, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου το 42% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 51% απάντησε λίγο και το 7% απάντησε καθόλου και στο νοσοκομείο Ρόδου το 32% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, το 55% απάντησε λίγο και το 13% απάντησε καθόλου. Το σύνολο των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 40% πολύ, το 52% απάντησε λίγο και το 8% απάντησε καθόλου.

Συμπερασματικά ένας στους δύο νοσηλευτές (52%) νιώθει λίγο ξεκούραστος μετά τον ύπνο. Σε σύγκριση με έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (Νοσοκομείο «Γ.Γενηματάς» Θεσσαλονίκης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) δύο στους τρεις νοσηλευτές (71,1%) ξυπνούν συχνά ή πάντα κουρασμένοι.

Στην ερώτηση αν το *«νοσηλευτικό προσωπικό κοιμάται το μεσημέρι ή κατά τη διάρκεια της ημέρας έστω και για λίγο»*, στο νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 43% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 21% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 36% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα, στο νοσοκομείο Ρεθύμνου, το 64% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 22% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 14% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα και στο νοσοκομείο Ρόδου, το 45% των ερωτηθέντων απάντησε ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 26% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 29% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα. Το σύνολο των

ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία απάντησε το 50% ναι, 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 22% απάντησε όχι, αλλά το έχω ανάγκη, και το 28% απάντησε όχι, δεν έχω χρόνο αν και θα το ήθελα. Σύμφωνα με έρευνα της Γερμανικής Εταιρείας Ερευνών Ύπνου που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο του Σάλτσμπουργκ καλό στη μνήμη, πέρα από την πολύτιμη ξεκούραση που προσφέρει, κάνει ένας σύντομος μεσημεριανός ύπνος μόνο όμως όταν περιέχει και τη φάση του βαθέως ύπνου. Οι ερευνητές έδωσαν σε 22 συμμετέχοντες, ηλικίας από 19 έως 30 ετών, λέξεις και συνθετικά προβλήματα. Κατόπιν εξέτασαν τις επιδόσεις της μνήμης των συμμετεχόντων αμέσως ύστερα από έναν υπνάκο διάρκειας μίας ώρας. Το εύρημα ήταν αρκούντως σημαντικό: μετά το μεσημεριανό ύπνο όλοι τους ήσαν σε θέση να ανακαλέσουν καλύτερα ό,τι είχαν διδαχθεί προηγουμένως.

http://www.mythosfm.gr/news/ygnos_mesimerianos.htm

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι υψηλότατο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο. Η ευαισθησία ενός ατόμου σε εναλλασσόμενα ωράριο εργασίας ποικίλει κι ένα ποσοστό εργαζομένων ουσιαστικά ποτέ δεν προσαρμόζεται στις αλλαγές ωραρίου. Ιδιαίτερο πρόβλημα φαίνεται να υπάρχει στο νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω πιθανόν της απορρύθμισης του βιολογικού ρολογιού του οργανισμού.

Σε με μια παρόμοια έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία τις Θεσσαλονίκης και παρουσιάστηκε στο 35^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο από τους Μπολίμου Σταυρούλα, Παντιέρα Μαρίνα, Φιοραβάντες Αφροδίτη και Κατσιγιαννόπουλο Κωνσταντίνο αναφέρεται πως υψηλό ποσοστό του προσωπικού (82,2%) θεωρεί ότι αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο, που σχετίζεται με την εργασία του. Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε εμείς το 36% αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον ύπνο.

Το βασικότερο πρόβλημα φαίνεται να είναι η δυσκολία έλευσης του ύπνου (40,45%), κι ακολουθεί ο διακοπτόμενος κι ανήσυχος ύπνος (35,14%) που στην δική μας έρευνα εμφανίζεται στο 62% του προσωπικού, η πρόωγη πρωινή αφύπνιση (13,51%) και η ημερήσια υπερυπνία (10,81%). Τέλος δύο στους τρεις (71,1%) ξυπνούν συχνά ή πάντα κουρασμένοι, χωρίς να είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα του ύπνου τους. Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε εμείς φαίνεται πως ένας στους δυο (52%) ξυπνούν συχνά ή πάντα κουρασμένοι και αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο (Θεσσαλονίκης) βρίσκεται σε περιοχή με μεγαλύτερο πληθυσμό από ότι τα νοσοκομεία που έγινε η δική μας έρευνα (ΠΑΓΝΗ, Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Νοσοκομείο Ρόδου).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Αύξηση προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να επιβαρύνονται με λιγότερες νυχτερινές βάρδιες.
- Δημιουργία νηπιαγωγείων και παιδικών σταθμών για απαλλαγή των εργαζομένων από επιπλέον φόρτο.
- Ενίσχυση της λειτουργίας ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής εποπτείας.
- Βελτίωση των συνθηκών εργασίας.
- Ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού.
- Δημιουργία χώρων νοσηλευτικού προσωπικού για ξεκούραση.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος κατά την ανάπαυση των νοσηλευτών στον ιδιωτικό χώρο.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τίτλος: Διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατατίθεται για έγκριση στη σχολή Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Από τις :

Αυγερινού Ειρήνη

Κλάδου Κωνσταντίνα

Φοιτήτρια ΠΑ΄ Εξάμηνο

Φοιτήτρια ΠΑ΄ Εξάμηνο

Χατζηνικόλα Αικατερίνη

Φοιτήτρια Ζ΄ Εξάμηνο

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Χαραλαμπίκη Ελένη

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- **Τίτλος πτυχιακής εργασίας:** Διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- **Διατύπωση και τεκμηρίωση της σημαντικότητας του προβλήματος που θα διερευνηθεί:**

Τα τελευταία χρόνια επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες του ύπνου και η κατανομή του στη διάρκεια του 24ώρου. Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας, οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα, όπως το επαγγελματικό στρες, αλλά και καταστάσεις που μεταβάλλουν τις καθημερινές συνήθειες, όπως διατροφή, ύπνο, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, τη συνεργασία και την απόδοση στον επαγγελματικό χώρο.

Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά τη διάρκεια της νύκτας, και κάτω από αντίξοες συνθήκες, είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους. Έτσι η ασφάλεια τους τίθεται σε κίνδυνο. Η μεταβολή των βιολογικών ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου, επαγρύπνησης, εγρήγορσης και νύστας που έχουν επίπτωση στην εκτέλεση σημαντικών νοσηλευτικών διεργασιών με αναποτελεσματικό τρόπο.

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθούν αν υπάρχουν διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό.

- **Σημαντικότητα θέματος:** αν υπάρχουν διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό και που οφείλονται.
- **Σκοπός:** ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση ύπαρξης διαταραχών ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό στα Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου και στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.
- **Επιμέρους στόχοι:** πιθανά αίτια πρόκλησης διαταραχών ύπνου
- **Ερευνητικά ερωτήματα**
 1. Υπάρχουν διαταραχές ύπνου στο νοσηλευτικό προσωπικό;
 2. Αν ναι που οφείλονται και ποιες οι επιπτώσεις τους και σε ποιους τομείς;

- **Σχεδιασμός της μελέτης και περιγραφή υλικού:**

- ο Ερευνητική προσέγγιση

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σε 3 νοσοκομεία:

- 1) Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,
- 2) Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου
- 3) Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

Θα διανεμηθούν 100 ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό κάθε νοσοκομείου (σύνολο 300), προς απάντηση, για την διεξαγωγή της έρευνας.

- ο Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων.

Το πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι: είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για τη διαχείρισή τους.

Παρέχει την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, σε περίπτωση που οι πληροφορίες προσωπικές.

Στις απαντήσεις δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά στις ίδιες ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρόν ο ερευνητής κατά την απάντησή τους. (Α. Σαχίνη-Καρδάση 2004)

ο Δείγμα

Ο τύπος δειγματοληψίας που θα χρησιμοποιηθεί θα είναι απλή τυχαία δειγματοληψία στον οποίο όλα τα μέλη ή στοιχεία του πληθυσμού έχουν ίση και ανεξάρτητη ευκαιρία για επιλογή.

ο Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου θα εισαχθούν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS V.12, από το οποίο θα εξαχθούν στατιστικά συμπεράσματα και στατιστικά περιγραφικά αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δρ Μάρτσια Γουίλκινσον 1983. Πονοκέφαλοι και ημικρανία.
2. Υγιεινή και Α ασφάλεια Εργασίας και Προστασία Περιβάλλοντος. Π. Θεοδωράτος, Ν. Καρακασίδης, 1997.
3. Βελονάκης Γ.Μ., Υγεία και Εργασία, 1990.
4. Παπαδάτου Δανάη, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1995.
5. Τρανός Βαγγέλης. Ο χρόνος εργασίας-Οι βάρδιες και η επίδραση τους στην ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων, 2005.

6. Καγιαλάρη Μ., Σταματάκη Π., Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν. 1996. Σολδάτος ΚΡ. Διαταραχές του ύπνου. Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1993.
7. Π.ο.υ. ICD 10. Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς (Απόδοση στα Ελληνικά Στεφανής Κ.Σολδάτος Κρ, Μαυρέας Β), Αθήνα εκδόσεις Β, 1993.
8. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων 2004. Ευθύμιος Κακούρος. Κατερίνα Μανιαδάκη.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akerstedt T: Sleepiness as a consequence of shift work. Sleep 11:17, 1988
2. Ann M Berger-Barbara B. Hobbs Clinical journal of oncology Nursing, 2006.
3. Bamford CR: Carbamazepine in REM sleep behavior disorder, Sleep 16:33, 1992.
4. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JS. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1992, 49:651-668.
5. Bliwise, sleep in normal age and dementia, 1993.
6. Boivin DB, Montplaisir J, Petit D, Lambert C, Lubin S: Effects of modafinil on symptomatology of human narcolepsy. Clin Neuropharmacol 16:46, 1993.
7. Breen A. Lloyds , 1985.
8. Coleman RM, Pollak CP, Weitzman ED: Periodic movements in sleep (nocturnal myoclonus): A case series analysis. Ann Neurol 4:116, 1980.
9. Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sanchez R, Rios C, Frietag WO, Richardson GS, Kronauer RE: Bright light resets the human circadian pacemaker independent of the timing of the sleep-wake cycle. Science 233:667, 1986.
10. Czeisler CA, Weitzman ED, Moore –Ede MC, Zimmerman JC, Knauer R: Human Sleep : its duration and organization depend on its circadian phase. Science 210: 1264, 1980.

11. Dement W, Kleitman N: Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 9: 673, 1975.
12. Giovanni C, *The impact of shift and night work on health*, 1996.
13. Guilleminault C, Brooks SN. Excessive daytime sleepiness. A challenge for the practicing neurologist. *Brain* 2001, 124:1482-1491.
14. Guilleminault C, editor: *Sleeping and Waking Disorders: Indications and Techniques*. Addison-Wesley, Menlo Park, Calif, 1982.
15. Guilleminault C, Lugaresi E, editors: *Sleep-Wake Disorders: Natural history, Epidemiology, and Long Term Evolution*. Raven, New York, 1983.
16. Harvey R. Colten and Bruce M. Altevogt, Editors. *Committee on sleep Medicine and Research. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: A Unmet Public Health Problem* 2006.
17. Hobson AJ: Sleep and dreaming. *J Neurosci* 10: 371, 1990.
18. Institute of Medicine Division of Health Care Services. *Sleeping Pills, Insomnia, and Medical Practice Report of a Study* 1979.
19. Kaplan and Sadock' s *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences* 2007. Benjamin J. Sadock Virginia A. Sadock.
20. Karacan I, editor: *Psychophysiological Aspects of Sleep*. Noyes Medical, Park Ridge, NJ, 1981.
21. Karacan I, Williams RL, Moore CA: Sleep disorders In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed 5, HI Kaplan, BJ Sadock, editors, p 1105. Williams and Wilkins, Baltimore, 1989
22. *Keeping Patients Safe: Transforming the work environment of nurses* 2004. Ann Page, Editor, Committee on the Work Enviroment for nurses and Patient Safety.
23. Koella WP, editor: *Sleep 1982: Sixth European Congress of Sleep Research*. Karger , Basel, 1983.

24. Koller M., Harma M., Different patterns of light exposure in relation to melatonin cortisol rhythms and sleep of night workers, 1994
25. Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors: Principles and Practice of Sleep Medicine, ed 2. Saunders, Philadelphia, 1993.
26. McGuinty DJ, Drucker-Colin R: Sleep mechanisms: Biology and control of REM sleep. Int Rev Neurobiol 23: 391, 1982.
27. Monk Th et al., Sleep and circadian rhythms, 1991.
28. Moore-Ede, M.C., Sulzman, F.M. & Fuller, C.A. (1982). *The clocks that time us*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
29. Moore CA, Karacan I, Williams RL: Basic science of sleep. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed 5, HI Kaplan, BJ Sadock, eds, p 86. Williams and Wilkins Baltimore, 1989.
30. Moran MG, Thomson TL, Nies AS: Sleep disorders in the elderly. Am J Psychiatry 145:1369, 1988.
31. O' Hara BF, Young KA, Watson FL, Heller HC, Kilduff T: Immediate early gene expression in brain during sleep deprivation. Sleep 16: 1, 1993.
32. P.Hauri: The Sleep Disorders, p 8. Current Concepts, Upjohn, Kalamazoo, Mich 1982).
33. Papadimitriou GN, Christodoulou GN, Katsouyanni K, Stefanis CN: Therapy and prevention of affective illness by total sleep deprivation J. Affect Disord 27:107, 1993.
34. Parmeggiani P: Integrative aspects of hypothalamic influences on respiratory brain stem mechanisms during wakefulness and sleep. In Central Control Mechanisms in Breathing, C von Euler, H Lagercrantz, eds, p 53. Pergamon, New York, 1979.
35. Rechtschaffen A, Kales A (eds). A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington, Public Health Service, US Government Printing Office, 1968.
36. Riemann D, Berger M, Voderholzer M. Sleep and depression-results from psychobiology studies : An overview. Biol Psychol 2001, 57:67-103.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. www.vita.gr/html/ent/499/ent.5499.asp
2. www.kysynox.com/index.php?option=com_content&task=view&id=22&itemid=44
3. <http://www.oikogeneiakoi-iatroi.gr/sleep.htm>)
4. <http://www.tragasnet.gr>. 18/03/09)
5. <http://health.in.gr/news/article>
6. <http://www.medlook.net/article> 02-03-2005).
7. <http://psychologein.wordpress.com/2007/06/25/insomnia> 10/12/08).
8. Mental Health Institute For Children and Adults
http://www.inpsy.gr/Articles/Sleep_and_sleep_disorders.htm

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ένας από τους καθημερινούς μας σκοπούς είναι να έρθουμε σε επαφή με τη ζωή κάποιου και να βοηθήσουμε να γίνει καλύτερη.....

Οι Νοσηλευτές γινόμαστε μέρος της οικογένειας των ασθενών και εκείνοι της δικής μας. Δίνουμε πολλά ο ένας στον άλλο. Φροντίδα, συμπαράσταση, αγάπη....

Με την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του, βοηθάμε να ηρεμήσουν κατευνάζοντας τους φόβους τους. Στον ασθενή δίνουμε λίγο από το πολύτιμο αίσθημα, που είναι η σιγουριά για την πορεία της νόσου....

Πιστεύουμε στο μέλλον, γι' αυτό αναγνωρίζουμε τη σπουδαιότητα της φροντίδας μαζί με τη θεραπεία του ασθενούς. Ασχολούμεθα με τον πόνο και την σύγχυση, τις επιθυμίες και τις ελπίδες του σήμερα , που θα κάνουν τα όνειρα του αύριο πραγματικότητα....

Είμαστε αυτόνομοι και υπεύθυνοι Λειτουργοί Υγείας. Αντιμετωπίζουμε πιθανούς κινδύνους, για να πετύχουμε το υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας με αμοιβαία υποστήριξη και εκτίμηση....