

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θέμα : ΑΨΠΝΙΑ**

**Πρόληψη και αντιμετώπιση της αϋπνίας- Νοσηλευτική παρέμβαση.**

**Υπεύθυνη καθηγήτρια**

**Κα.Δρ.Θεοδωρακοπούλου Γεωργία**

**Σπουδαστές:  
Γερούλανος Γεράσιμος  
Καραμπούλα Αικατερίνη**



**Πάτρα Μάιος 2001**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3378
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° (ΥΠΝΟΣ)	8
1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΝΟΣ	8
1.2 ΕΙΔΗ ΥΠΝΟΥ	9
1.2.α ΠΡΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	10
1.2.β ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ NREM	11
1.2.γ ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ REM	12
1.2.δ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗΣ	13
1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΥΠΝΟΥ	16
1.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΝΟΥ	16
1.5 ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ NREM ΥΠΝΟΥ	17
1.6 ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ REM ΥΠΝΟΥ	18
1.7 ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΥΠΝΟΥ	18
1.8 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° (ΑΪΠΝΙΑ)	21
2.1 ΑΪΠΝΙΑΣ «ΠΡΟΟΙΜΙΟΝ»	21
2.2 Η ΛΕΠΤΗ... ΓΡΑΜΜΗ	21
2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΪΠΝΙΑΣ	22
2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΪΠΝΙΑΣ	23
2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	23
2.6 ΑΙΤΙΑ ΑΪΠΝΙΑΣ	30
2.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΪΠΝΙΑΣ	38
2.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	43
2.9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	43
2.9.2 ΓΕΝΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	45
2.9.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	46
2.9.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	46
2.9.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
ΕΝΑΥΣΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	49
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	81
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	96

## Πρόλογος

Η αϋπνία αποτελεί ένα πρόβλημα μείζονος σημασίας για τα μέλη που απαρτίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες. Τείνει να πάρει διαστάσεις επιδημίας που απειλεί άτομα όλων των κοινωνικών, οικονομικών στρωμάτων ανεξαρτήτου ηλικίας.

Μελετητές προσπάθησαν να εντοπίσουν τα αίτια που οδηγούν σημαντικό μέρος του πληθυσμού να παραπονείται για ελαττωμένης διάρκειας και φτωχής ποιότητας ύπνο. Στην προσπάθειά τους αυτή, η αρχική τους διαπίστωση ήταν ότι τα αίτια που οδηγούν σημαντικό μέρος του πληθυσμού παγκοσμίως να παραπονείται για την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου του είναι πολλά και ποικίλα. Τα συνηθέστερα όμως από αυτά είναι η νευρικότητα, η ανησυχία, το άγχος, οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (θόρυβος, θερμοκρασία κ.α.) καθώς και η υπερβολική χρήση διαφόρων ουσιών (π.χ. νικοτίνη, καφεΐνη κ.λ.π.).

Η αϋπνία έχει θεωρηθεί από πολλούς ερευνητές ως ένας ενοχοποιητικός παράγοντας, που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των ατυχημάτων – εργατικών ή μη – στην αύξηση της κόπωσης, στην απώλεια συγκέντρωσης, καθώς και στις διαταραχές των διαπροσωπικών σχέσεων.

Έχοντας συνειδητοποιήσει λοιπόν, ότι το «προλαμβάνειν» αποτελεί λιγότερη δαπανηρή μέθοδο από το «θεραπεύειν», οι νοσηλευτές, ως ισότιμα μέλη της ομάδος υγείας, καλούνται να παίξουν σημαντικό ρόλο και σ' αυτόν τον τομέα.

Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι από το 1973 κιόλας, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε μια συνάντηση ομάδος εργασίας με θέμα «Τάσεις στην ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» αναγνωρίστηκε ο

μοναδικός και ξεχωριστός ρόλος των νοσηλευτών καθώς και η ανάγκη να ελευθερωθεί το νοσηλευτικό επάγγελμα από το ιατρικό. Αποτέλεσμα αυτής της συνάντησης ήταν η διαπίστωση ότι η Νοσηλευτική εξελίσσεται σε πολλές επιμέρους ειδικότητες και προσανατολισμούς.

Στην προσπάθεια μας λοιπόν, να βοηθήσουμε τον άνθρωπο αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με την "ΑΨΠΝΙΑ" αφού αποτελεί βασικό πρόβλημα στην εποχή μας. Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας ,ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κα. Dr. Θεοδωρακοπούλου καθώς και την Νευρολόγο κα. Γαβριηλίδου Π. Επιστημονική συνεργάτης του Νευρολογικού τμήματος του Π.Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς» για την καθοδήγηση και την συμπαράσταση που μας πρόσφεραν.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Αϋπνία αποτελεί ένα απ' τα πιο σημαντικά προβλήματα της Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρ' όλα αυτά υπάρχει μια τάση σε αρκετούς ιατρούς να υποβαθμίζουν το ενόχλημα της αϋπνίας, που είναι ένα πολύ συχνό σύμπτωμα. Και συχνά βεβαίως αυτοπεριοριζόμενο. Έχει αποδειχθεί ότι ένας περίπου στους 256 ασθενείς με αϋπνία παρουσιάζεται στο γενικό γιατρό. Οι πιο πολλοί εξ αυτών το αναφέρουν κατά την επίσκεψή τους στον ιατρό για κάποιο άλλο λόγο. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν 215 εκατομμύρια συνταγές ετησίως για υπνωτικά φάρμακα στην Βρετανία.

Σε ακραίες περιπτώσεις, η αϋπνία μπορεί να καταστεί επικίνδυνη, ιδίως όταν συνδυάζεται με άλλες παθολογικές καταστάσεις. Πόσο μάλλον όταν πολλοί πάσχοντες καταφεύγουν σε μη αποτελεσματικά ή επικίνδυνα σχήματα αυτοθεραπείας.

Επιβάλλεται να αναφερθεί ότι από μελέτες έχει αποδειχθεί πως η αϋπνία είναι προγνωστικός παράγοντας πρώιμου θανάτου, τόσο ισχυρός όσο και η παχυσαρκία.

Στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού η αύξηση του χρόνου εργασίας έχει επιφέρει μείωση του ελεύθερου χρόνου και του χρόνου ύπνου. Αποτέλεσμα η μείωση της παραγωγικότητας και η μειωμένη απόδοση, π.χ. γιατροί που δουλεύουν σε βάρδιες.

Γενικά η αϋπνία βασανίζει το 30% του γενικού πληθυσμού ενώ το 2-5% των εργαζομένων σε βάρδιες (π.χ. νοσηλευτές) παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου.

Συμπερασματικά, η ανακούφιση από βαριάς μορφής αϋπνία είναι τόσο ανθρωπιστική όσο και η πρόληψη της κατάθλιψης ή μανίας μέσω της αϋπνίας σε μια ποικιλία ασθενειών.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 1ο

### ΥΠΝΟΣ

#### 1.1 Τι είναι ύπνος;

Όπως είναι λογικό, δεν θα μπορούσαμε να διαπραγματευτούμε το θέμα της αϋπνίας χωρίς να αναφερθούμε στην φυσιολογική διεργασία του ύπνου.

Ο ύπνος παραμένει ένα μυστήριο τυλιγμένο στο σκοτάδι. Αποτελεί μια κατάσταση στην οποία περνάμε το ένα τρίτο περίπου της ζωής μας, τις πιο πολλές φορές τυλιγμένοι στο σκοτάδι, βυθισμένοι σε όνειρα βαθιά, ή στη φάση REM. Ακόμη και σήμερα η επιστήμη δεν μπορεί να δώσει με σιγουριά μια απάντηση στο ερώτημα: γιατί κοιμόμαστε; <sup>(1)</sup>

Ιστορικά, οι άνθρωποι έχουν κρατήσει μια αμφίσημη στάση ως προς τον ύπνο. Στην Ελληνική Μυθολογία, η Νυξ (Νύχτα) είχε δύο γιούς, το Θάμο (Θάνατος) και τον Ύπνο (Ύπνος). Λέγεται ότι ο Ύπνος, ο θεός του ύπνου κουνούσε τα φτερά του πάνω από τους θνητούς για να τους αποκοιμίσει. <sup>(1)</sup> Η αντίθεση αυτών των δύο εννοιών έχει οδηγήσει στην παρανόηση ότι ο ύπνος είναι μια παθητική περίοδος, σε αντίθεση με τις αναγνωρισμένες ενεργές διαδικασίες ανανέωσης, που συμβαίνουν κατά τον ύπνο<sup>(1)</sup>.

Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι ο ύπνος είναι μια εντελώς φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, απόλυτα απαραίτητη για την σωματική υγεία, αφού η έλλειψη της οδηγεί αυτομάτως σε ασθένεια, αλλά παρ' όλα αυτά αποτελεί μυστήριο. Μόνο πρόσφατα ερευνήθηκαν ακόμα και τα βασικά δεδομένα ύπνου αλλά το γιατί χρειάζεται ή πως λειτουργεί ώστε να μας δυναμώνει νοητικά και σωματικά, ακόμα δεν έχει ανακαλυφθεί πλήρως<sup>(2)</sup>.

Γενικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι ο ύπνος αποτελεί πολύπλοκη βιολογική λειτουργία με πολλές ατομικές παραλλαγές τόσο στην ποιότητα όσο και στην

Γενικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι ο ύπνος αποτελεί πολύπλοκη βιολογική λειτουργία με πολλές ατομικές παραλλαγές τόσο στην ποιότητα όσο και στην διάρκειά του. Το ερώτημα που απασχόλησε για αιώνες τους ερευνητές, δηλαδή, αν ο ύπνος αποτελεί παθητική κατάσταση ή μια δυναμική ενεργητική διαδικασία, έχει παραχωρήσει πλέον τη θέση του σε έρευνες που σκοπό έχουν να προσδιορίσουν τους ανατομικούς σχηματισμούς που σχετίζονται με τους δύο βασικούς τύπους του ύπνου: τον REM και τον NREM ύπνο<sup>(5)</sup>.

## 1.2 Τα είδη του ύπνου

Μέχρις ενός σημείου είναι δυνατός ο διαχωρισμός του REM ύπνου από τον NREM ύπνο χωρίς εργαστηριακές μεθόδους, χάρις στα «περιφερικά» σημεία που διακρίνουν τις δύο καταστάσεις. Κατά την διάρκεια του NREM ύπνου τα τενόντια αντανακλαστικά και ο μυϊκός τόνος διατηρούνται. Οι οφθαλμοί παραμένουν ακίνητοι ή εκτελούν αργές εκκρεμοειδείς κινήσεις, ενώ οι κόρες των οφθαλμών βρίσκονται σε διαρκή μύση. Η αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία κατά τον NREM ύπνο είναι αργή και σταθερή.

Αντίθετα στον REM ύπνο (παράδοξο ύπνο) ο μυϊκός τόνος και τα τενόντια αντανακλαστικά καταργούνται πλήρως ενώ παρατηρείται πληθώρα ταχείων οφθαλμικών κινήσεων. Παρατηρείται κατά περιόδους μυδρίαση σύντομης διάρκειας. Η αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία είναι ακανόνιστη, με περιστασιακές αναπνευστικές παύσεις και αιφνίδιες μεταβολές του καρδιακού ρυθμού. Στον παράδοξο ύπνο (REM) παρουσιάζονται στύσεις, που δεν σχετίζονται ούτε με το ονειρικό περιεχόμενο ούτε με την ηλικία. Με την εμφάνιση του REM ύπνου η φυσιολογική δραστηριότητα αυξάνει και φθάνει στα επίπεδα της εγρήγορσης. Επίσης, ανεβαίνουν τα επίπεδα της

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μείωση του μυϊκού τόνου που αφορά όλους τους μύς συμπεριλαμβανομένων και των μεσοπλευρίων αναπνευστικών μυών, έχει ως αποτέλεσμα κατά τον REM ύπνο να επικρατεί η διαφραγματική αναπνοή. Επίσης και η λειτουργία του διαφράγματος μπορεί να ανασταλεί οδηγώντας σε περιόδους άπνοιας.

Άρα, διαπιστώνουμε ότι οι μεταβολές αυτές στον παράδοξο ύπνο έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία κυρίως σε πάσχοντες του κυκλοφορικού ή του αναπνευστικού. Επίσης ο REM ύπνος ενοχοποιείται και για το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών<sup>(3)</sup>. Αναλυτικότερα:

#### 1.2.α. Προ του ύπνου περίοδος

Το άτομο κάθε βράδυ ετοιμάζεται για ύπνο, εμφανίζοντας την ακόλουθη κατάσταση: μειώνεται η θερμοκρασία του σώματος, παρουσιάζει βράδυνση της αναπνοής, χαλάρωση των μυών ενώ το άτομο αρχίζει να χασμουριέται. Το χασμουρητό αποτελεί μια παρατεταμένη αναπνοή που λειτουργεί σαν προστατευτικός μηχανισμός που σκοπό έχει τον εφοδιασμό του σώματος με οξυγόνο μια και κατά την διάρκεια του ύπνου παρατηρείται πτώση των αναπνοών.

Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται ακριβώς λίγο πριν το άτομο κλείσει τα μάτια του και ονομάζεται άλφα συνειδησιακή κατάσταση (alpha state of consciousness). Σ' αυτό το σημείο η ΗΚΓ δείχνει ίχνη κυμάτων (α) κανονικά σε σχήμα όμως αρκετά χαμηλά σε εύρος (βλέπε πίνακα V).

### 1.2.β. Ύπνος τύπου NREM

Η περίοδος (α) ακολουθείται από τον NREM ύπνο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από τέσσερις φάσεις. Ο ύπνος αυτός αναφέρεται ως ήρεμος ή ύπνος βραδέων κυμάτων (quiet ή slow wave sleep) και ενώ διέρχεται τις τέσσερις φάσεις η αφύπνιση γίνεται δυσκολότερη.

Η 1<sup>η</sup> φάση – υποκειμενική ή ελαφρότερη από τις άλλες – θεωρείται η μετάβαση από την κατάσταση της εγρήγορσης στον ύπνο. Ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός μειώνεται ελαφρά ενώ το άτομο ξυπνά πολύ πιο εύκολα. Τα κύματα (α) που παρατηρούνται αντικαθίστανται από μετρίου δυναμικού κύματα τύπου Θήτα.

Η 2<sup>η</sup> φάση ή φάση της θύρας (door stage) μεσολαβεί πριν και μετά τον ύπνο τύπου REM. Χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι και η παρουσία διακριτικών τύπων ατράκτων κυμάτων (spindles) καθώς και τα βραδείας δραστηριότητας δ και α συμπλέγματα υψηλού δυναμικού Κ (K complex) στο ΗΕΓ. Ο ύπνος συνεχίζει να είναι ελαφρύς, ο καρδιακός και αναπνευστικός ρυθμός συνεχίζει να μειώνεται, ενώ η θερμοκρασία και ο μεταβολισμός πέφτουν. Η 2<sup>η</sup> φάση διαρκεί περίπου 10-20 λεπτά και αποτελεί το 50-55% του συνολικού ύπνου. Ακόμη και ο παραμικρός θόρυβος μπορεί να ξυπνήσει τον κοιμώμενο.

Η 3<sup>η</sup> φάση αποτελεί την έναρξη του βαθέως ύπνου. Το άτομο σπάνια κινείται και ξυπνάει με δυσκολία. Είναι διάρκειας 15-30 λεπτών και καταλαμβάνει μόλις το 10% του χρόνου του ύπνου μας. Στο ΗΕΓ, παρουσιάζονται υψηλές συχνότητες, βραδέα κύματα με υψηλά δυναμικά που ονομάζονται κύματα δέλτα (delta waves). Ο καρδιακός, ο αναπνευστικός

ρυθμός καθώς και οι άλλες διεργασίες του σώματος επιβραδύνονται εξαιτίας της επικράτησης του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Η 4<sup>η</sup> φάση χαρακτηρίζεται από βαθύ ύπνο. Τα κύματα του εγκεφάλου είναι αρκετά βραδύρυθμα ενώ η συχνότητά τους είναι 3-5 κύκλοι ανά δευτερόλεπτο ενώ το ύψος τους φτάνει τις πολλές εκατοντάδες μικροβόλτ. Ο αναπνευστικός και καρδιακός ρυθμός πέφτει 20-30% χαμηλότερος από εκείνον της εγρήγορσης. Η διάρκειά της είναι 15-30 λεπτά και αποτελεί το 10% του χρόνου του ύπνου. Το άτομο είναι πιο χαλαρό, σπάνια κινείται, ενώ ξυπνάει δύσκολα. Πιστεύεται ότι αυτή η φάση προάγει την φυσική κατάσταση του ανθρώπου.

Τέλος, θα λέγαμε ότι ο NREM ύπνος συμφωνεί με την κλασσική άποψη ότι είναι μια ήρεμη κατάσταση.

#### 1.2.γ. Ύπνος τύπου REM

Ονομάζεται ακόμη παράδοξος ή δραστήριος ύπνος. Κατά την διάρκειά του ενεργοποιείται κυρίως το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Ο REM επανορθώνει τη διανοητική κατάσταση του ατόμου και ειδικότερα τις λειτουργίες που αναφέρονται στην μάθηση, την ψυχολογική προσαρμογή και τη μνήμη. Επεξεργάζονται γεγονότα που συνέβησαν κατά την διάρκεια της ημέρας καθώς και άλλες συσσωρευμένες πληροφορίες. Χαρακτηριστικό του παράδοξου ύπνου οι υπερβολικά γρήγορες κινήσεις των ματιών καθώς και η έντονη ηλεκτρική δραστηριότητα (οι λεγόμενες ριπές) βραχείας διάρκειας και υψηλής συχνότητας.

Παρατηρούνται μικρές σπαστικές κινήσεις στους μύς του προσώπου ενώ το σώμα φαίνεται να παραλύει. Η θερμοκρασία, η ροή του αίματος και η

κατανάλωση του οξυγόνου στον εγκέφαλο είναι αυξημένα. Αυξημένα είναι ο καρδιακός ρυθμός, η πίεση του αίματος και η καρδιακή παροχή, τα επίπεδα των οποίων αγγίζουν εκείνα της εγρήγορσης. Ο ρυθμός της αναπνοής εναλλάσσεται από πολύ ταχύς σε πολύ βραδύς με περιόδους άπνοιας.

Αρκετοί ερευνητές θεωρούν πως η ακινησία των μεγάλων μυών είναι απαραίτητη αφού έτσι εξοικονομείται ενέργεια, δεδομένου ότι οι μεταβολικές απαιτήσεις και οι ανάγκες του εγκεφάλου για ενέργεια είναι αυξημένες.<sup>(29)</sup>

#### 1.2.δ. Φαινόμενο αναπλήρωσης (Rebound)

Τόσο ο REM όσο και ο NREM ύπνος θεωρούνται απαραίτητοι για την φυσική κατάσταση του ανθρώπου, κυρίως η 4<sup>η</sup> φάση του NREM και ο REM ύπνος. Απώλεια ενός εκ των δύο τύπων ύπνου δημιουργεί ανάγκη αναπλήρωσης. Με άλλα λόγια ο οργανισμός την επόμενη νύχτα αυξάνει την εκατοστιαία αναλογία ύπνου και καλύπτει τα κενά. Η διεργασία αυτή ώστε το άτομο να ξεπληρώσει το «χρέος» της προηγούμενης νύχτας ονομάζεται φαινόμενο «Rebound».

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ύπνου τύπου REM

1.	Δραστήριος ή παράδοξος ύπνος
2.	Μεγάλη μυϊκή χαλάρωση, ελαφρές σπαστικές κινήσεις προσώπου, γρήγορες και απότομες κινήσεις οφθαλμών
3.	Καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση και εξώθηση καρδιακού όγκου αίματος αυξημένα
4.	Αναπνευστικός ρυθμός ακανόνιστος, περίοδοι άπνοιας
5.	Χρονική διάρκεια ύπνου 20-25%
6.	Φαινόμενο Rebound
7.	Όνειρα ζωηρά, έγχρωμα με ακουστικά συστατικά κατευθυνόμενα από το συναίσθημα <sup>(29)</sup>

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά ύπνου τύπου NREM

1.		Ύπνος ήρεμος (slow wave sleep)
2.		Μυϊκή χαλάρωση Εμφάνιση ή όχι περιστροφικών κινήσεων οφθαλμών
3.		Μειωμένος καρδιακός ρυθμός
4.		Χρονική διάρκεια ύπνου
	•	Φάση 1 <sup>η</sup> : 10%
	•	Φάση 2 <sup>η</sup> : 50-55%
	•	Φάση 3 <sup>η</sup> : 10%
	•	Φάση 4 <sup>η</sup> : 10%
5.		Φαινόμενο Rebound
	•	Φάσεις 1 <sup>η</sup> , 2 <sup>η</sup> και 3 <sup>η</sup> όχι
	•	Φάση 4 <sup>η</sup> ναι
6.		Όνειρα ζωντανά σαν πραγματικά <sup>(29)</sup>





### 1.3 «Εργαστηριακή καταγραφή ύπνου»

Η σύγχρονη επιστημονική μελέτη του ύπνου άρχισε πριν 40 χρόνια με την παρατήρηση της περιοδικής επέλευσης ταχείων οφθαλμικών αισθήσεων κατά τη διάρκειά του. Επακολούθησε μια σειρά ερευνών με τις οποίες κατοχυρώθηκε η ύπαρξη του διεπιστημονικού κλάδου της υπνολογίας και το 1968 καθιερώθηκαν κοινώς αποδεκτά και αξιόπιστα κριτήρια για την καταγραφή στο εργαστήριο και την ποσοτική και ποιοτική ανάλυση του υπνογράμματος.

Το βασικό υπνόγραμμα αποτελείται από τρεις ηλεκτροφυσιολογικές καταγραφές: ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), ηλεκτροφθαλμογράφημα (ΗΟΓ) και ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ). Κατά την διάρκειά του μπορεί να γίνουν και άλλες ηλεκτροφυσιολογικές καταγραφές (π.χ. ηλεκτροκαρδιογράφημα)<sup>(3)</sup>.

### 1.4 «Σταδιοποίηση ύπνου»

Με το βασικό υπνόγραμμα επιτυγχάνεται η σταδιοποίηση του ύπνου. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το οποίο αποτελεί μια από τις καταγραφές του υπνογράμματος, εμφανίζει κύματα τα οποία ποικίλλουν. Συγκεκριμένα, όταν είμαστε ξύπνιοι και αναπαυόμαστε οι ρυθμοί εκπομπής του εγκεφάλου είναι 10 κύματα ανά δευτερόλεπτο. Αυτά τα κύματα ονομάζονται ρυθμός άλφα. Ο ρυθμός αυτός εξαφανίζεται όταν αρχίζουμε να νυστάζουμε και τότε αντικαθίστανται από πιο αργά κύματα. Τα κύματα που εκπέμπει ο εγκέφαλος όταν νυστάζουμε ονομάζονται 1<sup>ο</sup> στάδιο του ύπνου. Μόλις αρχίσει να μας παίρνει ο ύπνος, τότε μπαίνουμε στο 2<sup>ο</sup> στάδιο, στο οποίο τα κύματα γίνονται ακόμα πιο αργά. Σε νέους ανθρώπους, και ειδικά στο πρώτο μέρος της

νύχτας, το 2<sup>ο</sup> στάδιο προχωρά προοδευτικά σε πιο αργά κύματα που τα ονομάζουμε στάδιο 3. Κατόπιν, ακολουθεί το 4<sup>ο</sup> στάδιο με ακόμη αργότερα κύματα. Και τα τέσσερα στάδια μαζί ονομάζονται «ορθόδοξος» ύπνος. Στον ορθόδοξο ύπνο παρεμβάλλεται και ο ανορθόδοξος περίπου 90 λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου. Έτσι συμπληρώνεται ο πρώτος υπνικός κύκλος. Ο ύπνος μιας νύχτας περιλαμβάνει 3-5 διαδοχικούς κύκλους: όσο προχωρεί η νύχτα οι περίοδοι του σταδίου REM τείνουν να γίνουν διαρκέστερες, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα στάδια 3 και 4, τα οποία σχεδόν εξαφανίζονται περί το τέλος της νύχτας <sup>(3, 4, 6)</sup>.

#### 1.5 Νευρωνική ρύθμιση του NREM ύπνου

Οι νευρωνικές ομάδες που ρυθμίζουν τον NREM ύπνο εντοπίζονται στον διάμεσο εγκέφαλο, τον υποθάλαμο, τον μεσεγκέφαλο, την γέφυρα και τον προμήκη και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους είτε προάγοντας είτε αναστέλλοντας την εμφάνισή του. Οι περιοχές κατανομής αυτών των νευρωνικών ομάδων είναι:

1. Ο πυρήνας της μονήρους δεσμίδας
2. Οι σεροτονινεργικοί πυρήνες της ραφής
3. Οι χολινεργικοί νευρώνες του μεσεγκεφαλικού δικτυωτού σχηματισμού
4. Ο δικτυωτός πυρήνας του θαλάμου
5. Ο πρόσθιος υποθάλαμος
6. Η προοπτική υποθαλαμική περιοχή
7. Ο διάμεσος εγκέφαλος<sup>(5)</sup>

## 1.6 Νευρωνική ρύθμιση του REM ύπνου

Ο REM ύπνος ρυθμίζεται από κέντρα του στελέχους και χαρακτηρίζεται από παράδοξα φαινόμενα. Για τα φαινόμενα αυτά ευθύνονται δύο διαφορετικές ομάδες πυρήνων. Η πρώτη ομάδα – η πιο σημαντική – εντοπίζεται στην περιοχή του δικτυωτού πυρήνα της γέφυρας και στο γιγαντοκυτταρικό πεδίο της γεφυρικής καλύπτρας. Η δεύτερη ομάδα πυρήνων βρίσκεται στην γέφυρα και στον προμήκη. Η μεν πρώτη ομάδα σχετίζεται με τις γεφυρο-γονατωδο-ινιακές αιχμές και τις οφθαλμικές κινήσεις του REM ύπνου (rapid eye movement). Η άλλη ως έργο της έχει την καταστολή του μυϊκού τόνου.

Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί η διέγερση του κινητικού συστήματος κατά τον ύπνο, δηλαδή ενώ παράγονται συνήθεις κινητικές εντολές (ανάλογες με τα όνειρα) δεν εκτελούνται εξ αιτίας ισχυρής αναστολής των κινητικών νευρώνων<sup>(5)</sup>.

Αν και θεωρείται πως κάθε φαινόμενο του REM ύπνου ελέγχεται από ένα συγκεκριμένο κέντρο του εγκεφαλικού στελέχους δεν έχει ανιχνευτεί κάποιο κέντρο που δρα ως συντονιστικό όργανο όσον αφορά «τα παράδοξα» του REM ύπνου.

## 1.7 Νευροχημική ρύθμιση του ύπνου

Ο ύπνος αποτελεί περίοδο αυξημένης νευροενδοκρινικής δραστηριότητας. Η έκκριση αρκετών υποθαλαμο-υποφυσιακών ορμονών συνδέεται με τον 24ωρο κύκλο ύπνου – εγρήγορσης. Αρχικά, η φλοιοεπινεφριδιότροπος ορμόνη (ACTH) και η κορτιζόλη παρουσιάζουν

εκκριτικές αιχμές κατά το τελευταίο τρίτο της νύχτας. Επίσης τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) αυξάνονται τις ώρες πριν την πρωινή αφύπνιση. Αντίθετα η αυξητική ορμόνη (GH) εκκρίνεται κατά την διάρκεια των δύο πρώτων ωρών του ύπνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν ταχύ ρυθμό σωματικής αύξησης έχουν υψηλό ποσοστό σταδίου 3 και 4 νωρίς τη νύχτα. Η προλακτίνη (PRL) εκκρίνεται κατά ώσεις με υψηλότερες εκκριτικές αιχμές γύρω στις 4:00 με 6:00 το πρωί. Οι γοναδοτροπίνες LH και FSH εμφανίζουν αύξηση την νύχτα κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η έκκριση της μελατονίνης γίνεται και αυτή τη νύχτα αποκλειστικά ενώ την ημέρα τα επίπεδά της στο πλάσμα δεν είναι ανιχνεύσιμα. Τέλος, το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης σχετίζεται με την εναλλαγή των φάσεων REM-NREM του ύπνου. Δηλαδή, έχει παρατηρηθεί ότι ο REM ύπνος συμβαίνει όταν η δραστηριότητα της ρενίνης του πλάσματος (PRA) φθίνει ή βρίσκεται στο ναδίρ της<sup>(3, 5)</sup>.

### 1.8 Άλλοι παράγοντες που προκαλούν τον ύπνο

Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που βοηθούν στο να επέλθει ο ύπνος. Αν δεν κοιμηθείτε για αρκετό χρόνο τη νύχτα, το πιο πιθανό είναι να αισθάνεστε νυσταγμένος το απόγευμα ή το βραδάκι της επόμενης μέρας. Γύρω στο 1970 δύο Αμερικανοί ψυχολόγοι με μια έρευνά τους απέδειξαν ότι όσο λιγότερο χρόνο κοιμόνταν τόσο πιο γρήγορα τους έπαιρνε ο ύπνος την επόμενη μέρα.

Μια άλλη έκθεση της Βρετανικής αστυνομίας που παρουσιάστηκε σε ένα Βρετανικό περιοδικό μας φανέρωσε πόσο επιδρά η μονοτονία στην επέλευση του ύπνου. Δηλαδή, σε δρόμους που δεν συναντούσαν κίνηση και

το ταξίδι ήταν μονότονο 25% των ατυχημάτων είχαν ως κύριο αίτιο οδηγούς που αποκοιμήθηκαν και σε μια απλή στροφή βγήκαν έξω από το δρόμο και μάλιστα χωρίς καν να αφήσουν ίχνη από φρένο στον δρόμο. Εργαστηριακά, αυτό αποδείχθηκε όταν εθελοντές που σκόπιμα υποβλήθηκαν σε μονότονους θορύβους, κοιμήθηκαν πιο γρήγορα από μια άλλη ομάδα εθελοντών, ξαπλωμένων στο κρεβάτι χωρίς να κάνουν τίποτα.

Άλλος παράγοντας είναι η θερμοκρασία. Η ζέστη κάνει τους μυς μας να χαλαρώνουν και ο ύπνος μας αγκαλιάζει σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τέλος η ικανοποίηση, υποκειμενικά σημαντικών αναγκών μας όπως ένα καλό γεύμα ή μια σεξουαλική επαφή μας χαλαρώνει και προξενεί μεγαλύτερη τάση για ύπνο<sup>(4)</sup>.

## Κεφάλαιο 2ο

### ΑΨΠΝΙΑ

#### 2.1 Αϋπνίας «προοίμιον»

Επιδημιολογικές μελέτες από το 1980 και μετά σε διάφορα κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν αποδείξει ότι το 25 – 30% του γενικού πληθυσμού παραπονείται για αϋπνία<sup>(7, 8, 9)</sup>. Η αϋπνία συνήθως αποτελεί σύμπτωμα μιας άλλης διαταραχής κυρίως ψυχιατρικής. Επίσης μπορεί να σχετίζεται με σωματικά νοσήματα, με διαταραχές της προσωπικότητας ή με διάφορες ουσίες. Όμως για την εμφάνιση και την διατήρηση της αϋπνίας συνηθέστερος εκκλυτικός παράγοντας είναι η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, αγχώδους, καταθλιπτικού σωματοποιητικού και ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου<sup>(3, 10)</sup>.

#### 2.2 Η λεπτή... γραμμή

Τελειώνοντας, η δεκαετία του '70, ομάδα ερευνητών του ύπνου, παρουσίαζε μια ευρεία διαγνωστική ταξινόμηση των διαταραχών του ύπνου στηριζόμενη στη μελέτη ασθενών στα εργαστήρια ύπνου. Οπότε, η αϋπνία διαγιγνωσκόταν σχεδόν αποκλειστικά με βάση νευροφυσιολογικά ευρήματα στα προαναφερθέντα εργαστήρια. Γιατροί – ερευνητές ασχολούμενοι επί μακρόν με την αϋπνία αμφισβήτησαν την εργαστηριακή διάγνωση της αϋπνίας προβάλλοντας την χρησιμότητα των κλινικών της χαρακτηριστικών. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1985 υιοθέτησε πρώτη σε δική της ταξινόμηση μια καθεαυτό κλινική διαγνωστική προσέγγιση της διαταραχής της χρόνιας αϋπνίας, απορρίπτοντας την εργαστηριακή της διάγνωση. Μάλιστα

στην πρόσφατα εκδοθείσα δέκατη αναθεώρηση της διεθνούς ταξινόμησης νόσων (International Classification Disease ICD-10) υιοθετήθηκε αυτός ο τρόπος προσέγγισης στην διάγνωση της αϋπνίας. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η εξέλιξη οδήγησε από την αντικειμενικότητα (εργαστηριακά ευρήματα) στην υποκειμενικότητα (κλινικά διαγνωστικά κριτήρια).<sup>(3)</sup>

### 2.3 Ορισμός Αϋπνίας

Παρά την υποκειμενικότητά της, θα λέγαμε ότι πάσχουν από αϋπνία όσοι παρουσιάζουν διαταραχές στην ποιότητα, ποσότητα του ύπνου, στην επέλευση ύπνου, στο πόσο τον απασχολεί το θέμα, στα αισθήματα που του δημιουργούνται απ' αυτόν αλλά και στην συχνότητα των υποτιθέμενων διαταραχών.

Πιο συγκεκριμένα:

- i) Διαπιστώνονται παράπονα για καθυστερημένη επέλευση του ύπνου.
- ii) Ο ασθενής παραπονείται ότι ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί.
- iii) Υπάρχουν παράπονα για συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- iv) Ο ασθενής μας κάνει παράπονα ότι ο ύπνος του δεν είναι αναζωογονητικός.
- v) Η διάρκεια ενός ή περισσότερων από τα παραπάνω θα είναι μεγαλύτερη του ενός μηνός και με συχνότητα τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα.
- vi) Το άτομο υπεραπασχολείται με την έλλειψη του ύπνου και ανησυχεί για τις συνέπειες της αϋπνίας τόσο στην υγεία του όσο και στην εν γένει συμπεριφορά του.



- vii) Τέλος, προκαλείται αίσθημα δυσφορίας και αναφέρεται μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ημέρας.<sup>(3, 4, 8)</sup>

## 2.4 Ταξινόμηση Αϋπνίας

Η αϋπνία, αποτελεί κατηγορία των δυσυπνιών. Με τον όρο δυσυπνίες χαρακτηρίζουμε διαταραχές της έναρξης ή διατήρησης του ύπνου.

Η αϋπνία με βάση τους αιτιολογικούς παράγοντές της διακρίνεται σε:

- α) Αϋπνία σχετιζόμενη με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (μη οργανική – π.χ. γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη).
- β) Αϋπνία σχετιζόμενη με γνωστό οργανικό παράγοντα (οργανική – καθ' ύπνον άπνοια, αρθρίτις).
- γ) Πρωτοπαθής Αϋπνία (δεν οφείλεται σε οργανικό ή μη οργανικό παράγοντα).<sup>(11, 12)</sup>

## 2.5 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σε μια πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα στη Γαλλία, σε έναν πληθυσμό 12.788 ενηλίκων, παρουσιάστηκαν σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με την κατανομή της αϋπνίας βάση της ηλικίας, της επαγγελματικής – μορφωτικής κατάστασης (επίπεδο) καθώς και της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.

Πιν. 1 «Φτωχός ύπνος ή αϋπνία μεταξύ ανδρών και γυναικών»

	Συνολικός πληθυσμός 12.778	Άνδρες 6.006	Γυναίκες 6.772
Ένα τουλάχιστον πρόβλημα ύπνου	9.376 (73%)	4.072 (68%)	5.034 (78%)
Ένα παράπονο για τον ύπνο τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον ένα μήνα	3.757 (29%)	1.486 (25%)	2.271 (34%)
Όλα τα παραπάνω μαζί με εξασθένηση της καθημερινής λειτουργίας	2.376 (19%)	841 (14%)	1.542 (23%)
«Σοβαρή αϋπνία» (τουλάχιστον δύο παράπονα ύπνου σε καθημερινή βάση)	1.192 (9%)	377 (6%)	815 (12%)

Πιν. 2 «Αϋπνία ανάλογα με την ηλικία»

Ηλικίες	Γενικός Πληθυσμός		Άνδρες		Γυναίκες	
	Αϋπνία	«Σοβαρή Αϋπνία»	Αϋπνία	«Σοβαρή Αϋπνία»	Αϋπνία	«Σοβαρή Αϋπνία»
18-24	232 (13,2%)	68 (3,9%)	54 (7,4%)	15 (2,0%)	179 (17,4%)	53 (5,2%)
25-34	454 (18,1%)	193 (7,7%)	146 (12,6%)	54 (4,7%)	308 (22,9%)	139 (10,3%)
35-49	669 (19,5%)	320 (9,3%)	281 (16,3%)	114 (6,6%)	387 (22,8%)	206 (12,1%)
50-64	526 (20,0%)	304 (11,6%)	173 (14,6%)	90 (7,6%)	355 (24,5%)	214 (14,8%)
65+	501 (20,4%)	307 (12,5%)	186 (15,5%)	103 (8,6%)	314 (25,1%)	203 (16,2%)

Πιν. 3: «Επάγγελμα και Αϋπνία»

Επάγγελμα	Γενικός πληθυσμός			Ανδρες			Γυναίκες		
	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία
Αγρότης	320 (2,5%)	50 (15,6%)	18 (5,6%)	207 (3,4%)	23 (11,1%)	7 (3,5%)	113 (1,7%)	27 (23,9%)	11 (10,1%)
Τεχνίτης	549 (4,3%)	94 (17,2%)	46 (8,2%)	330 (5,5%)	42 (12,6%)	19 (6,0%)	219 (3,2%)	52 (23,9%)	27 (12,2%)
Ανώτερα εκτελεστικά όργανα	830 (6,5%)	128 (15,5%)	56 (6,5%)	514 (9,0%)	70 (13,0%)	32 (5,9%)	289 (4,1%)	58 (20,1%)	24 (8,2%)
Μεσαίου βαθμού εκτελ. Όργανα	1.457 (11,4%)	268 (18,4%)	122 (8,4%)	665 (11,1%)	98 (14,7%)	44 (6,7%)	792 (11,7%)	170 (21,5%)	78 (9,8%)
Υπάλληλοι γραφείου	2.096 (16,4%)	435 (20,8%)	215 (10,3%)	442 (7,4%)	68 (15,5%)	29 (6,6%)	1.654 (24,4%)	367 (22,2%)	186 (11,1%)
Αυτοί που ασχολούνται με χειρωνακτική εργασία	2.096 (16,4%)	375 (17,9%)	170 (8,1%)	1.715 (28,6%)	269 (15,7%)	112 (6,7%)	381 (5,6%)	108 (28,3%)	58 (15,3%)
Συνταξιούχοι	2.747 (21,5%)	502 (18,3%)	303 (11,0%)	1.553 (23,9%)	224 (14,4%)	122 (8,1%)	1.194 (17,6%)	277 (23,2%)	181 (14,9%)
Μαθητές-νοικοκυρές-άνεργοι	2.683 (21,0%)	530 (19,7%)	263 (9,8%)	553 (9,2%)	46 (8,2%)	12 (2,2%)	2.130 (31,5%)	481 (22,7%)	251 (11,7%)
Σύνολο ατόμων	12.778 (100%)	2.383 (18,6%)	1.192 (9,3%)	6.006 (100%)	841 (14,%)	377 (6,3%)	6.772 (100%)	1.542 (22,8%)	815 (12,0%)

Πιν. 4: «Οικογενειακή Κατάσταση και Αϋπνία»

Οικογενειακή κατάσταση	Γενικός Πληθυσμός			Άνδρες			Γυναίκες		
	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία	Κατανομή	Αϋπνία	«Σοβαρή» αϋπνία
Παντρεμένοι	8.767 (68,6%)	1.681 (19,2%)	861 (9,8%)	4.435 (73,9%)	798 (18,0%)	303 (7,0%)	4.331 (64,0%)	883 (20,4%)	558 (12,7%)
Μένουν μαζί	1.010 (7,9%)	215 (21,3%)	96 (9,5%)	485 (8,1%)	83 (17,1%)	29 (6,3%)	525 (7,8%)	132 (25,1%)	67 (12,8%)
Ελεύθεροι	2.094 (16,4%)	283 (13,5%)	99 (4,7%)	895 (14,9%)	101 (11,3%)	27 (3,0%)	1.198 (17,7%)	182 (15,2%)	72 (5,8%)
Χωρισμένοι*	384 (3,0%)	86 (22,5%)	49 (12,8%)	77 (1,3%)	19 (24,7%)	10 (15,1%)	307 (4,5%)	67 (21,3%)	80 (19,2%)
Χήροι	523 (4,1%)	119 (22,7)	88 (16,8%)	113 (1,9%)	22 (19,5%)	8 (6,9%)	411 (6,1%)	97 (23,6%)	80 (19,2%)
Σύνολο ατόμων	12.778 (100%)	2.383 (18,6%)	1.192 (9,3%)	6.006 (100%)	841 (14,0%)	377 (6,3%)	6.772 (100%)	1.542 (22,8%)	815 (12,0%)

Μια άλλη έρευνα σχετική με την Αϋπνία στις ΗΠΑ το 1999 από τον Kiley έδειξε ότι 20-40% των ενηλίκων πάσχουν από αϋπνία, με τις γυναίκες να κατέχουν την μερίδα του λέοντος. Και στα δύο φύλα η ίδια έρευνα έδειξε ότι όσο περνούν τα χρόνια, ο «Μορφέας» τους επισκέπτεται όλο και πιο δύσκολα<sup>(13)</sup>.

Συνοψίζοντας αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι οι γυναίκες έχουν 1,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν αϋπνία απ' ότι οι άνδρες. Παρ' όλα αυτά, το φύλο φαίνεται να παίζει μικρό ή και καθόλου ρόλο, όταν αναφερόμαστε σε υποκείμενα ηλικίας 20 – 40 ετών. Άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αναφέρουν 1,5 φορές συχνότερα αϋπνία, απ' ότι τα άτομα κάτω των 65 ετών. Ακόμη, τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν αϋπνία, καθιστώντας τους γονείς τους υπεύθυνους για την εντόπισή της.

Ηλικία	Ποσοστό εντοπισμένης αϋπνίας	Έρευνητές
6 μηνών – 2 ετών	20 – 30%	Richman, 1981/Lozoff et al, 1981 Coates and Thorenson, 1981
4 – 8 ετών	10 – 15%	Richman, 1987 Coates and Thorenson, 1981
Έφηβοι	12%	Price et al, 1978
Έφηβοι*	37% * (περιστασιακή αϋπνία)	Price et al, 1978

## 2.6 Αίτια της αϋπνίας

Τα αίτια της αϋπνίας θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με τον τύπο της αϋπνίας.

**A.** Αναλυτικά, για την αϋπνία που οφείλεται σε οργανικά νοσήματα, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τους παρακάτω επιβαρυντικούς παράγοντες. Η φυσική δυσφορία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα αυτής της κατηγορίας<sup>(4)</sup>. α) Για παράδειγμα ο πόνος και μάλιστα σε χρόνιους ασθενείς (καρκινοπαθείς κ.α.) αποτελεί κύρια πηγή της αϋπνίας. Πόσο μάλλον όταν αυτή η εμπειρία του πόνου αναστατώνει τον ύπνο, οπότε οι ασθενείς που καλούμαστε να περιποιηθούμε αναπτύσσουν συνήθειες που επιδεινώνουν συγκεκριμένα προβλήματα<sup>(15, 16)</sup>.

**ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ**  
Αίτηνια δευτεροπαθής  
στον χρόνιο πόνο

Προσιτάθεις χειρισμού αίτηνίας

- Μεγάλη (σε διάρκεια) παραμονή στο κρεβάτι έως ότου έρθει ο ύπνος
- Ακωνόπιστος ύπνος (όχι κάποια συγκεκριμένη ώρα)
- Υπνάκτους με αστέλεση μειωμένη δραστηριότητα
- Φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και την αίτηνια

Προηγούμενος – χρόνιος  
πόνος  
**ΧΩΡΙΣ ΑΪΤΗΝΙΑ**

«έφοδος» πόνου  
-τραύμα από κάκωση  
ή αρρώστεια

**Οξύς πόνος**  
Έντονη αίτηνια

Περισσότεροι από 6 μήνες πόνου

- ανααισθησιατική φόρτιση
- λειτουργική βλάβη
- μειωμένη δραστηριότητα
- φαρμακευτική στήριξη

Χρόνιος πόνος  
συνεχίζονται τα  
προβλήματα ύπνου

\*Το σχεδιάγραμμα αυτό μας δείχνει την ανάπτυξη της αίτηνίας της δευτεροπαθούς στον χρόνιο πόνο. (15)



β) Τα παιδιά σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι στους ενήλικες παρουσιάζονται οι Νηματοσκώληκες. Λειτουργώντας με ένα δικό τους παράδοξο βιολογικό ρολόι οι νηματοσκώληκες γλιστρούν έξω την ώρα του ύπνου κάνοντας τα παιδιά να ξυπνούν. Η εξέταση του πρωκτού και των κοπράνων με ταυτόχρονη επίσκεψη στον γιατρό θα επιβεβαιώσει την διάγνωση.

γ) Ένα χαρούμενο γεγονός όπως η εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα οι τελευταίοι μήνες της είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε δυσκολίες τόσο στην έναρξη, στην ποσότητα όσο και στην ποιότητα του ύπνου. Οι αλλαγές στο σωματικό είδωλο (μεγάλη κοιλιά), οι κλωτσιές του μωρού, η συχνουρία, που παρουσιάζεται στις έγκυες αποτελούν λόγους για την διαταραχή του ύπνου τους.

δ) Άτομα που πάσχουν από καρδιοπάθειες, παθήσεις του στήθους, δύσπνοια την νύχτα (π.χ. λόγω βρογχίτιδας) συχνά υποφέρουν από αϋπνία.

ε) Παχύσαρκα άτομα πάσχουν από αϋπνία λόγω ασφυξίας. Αναλυτικότερα, ενώ κοιμούνται, η δίοδος απ' όπου περνά ο αέρας (λαιμός) κλείνει με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αναπνεύσουν για 10 – 20 sec. Οι μηχανισμοί υποστήριξης της χημείας του σώματος οδηγούν αυτόν που κοιμάται σε 2 με 3 απότομες βαθιές εισπνοές που τον κάνουν να ξυπνήσει. Το φαινόμενο αυτό επαναλαμβανόμενο κατά τη διάρκεια της νύχτας πολλές φορές τους οδηγεί σε μια βασανιστική αϋπνία, με όλα τα συνεπακόλουθά της. Ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί στην ασφυξία, τα παιδιά όμως αυτή τη φορά, είναι η υπερτροφία των αμυγδαλών και των γειτονικών αδένων.

στ) Ακούγοντας αυτή την λέξη, συνήθως η πρώτη αντίδραση είναι ο γέλωτας. Το ροχάλισμα, που συνήθως διακόπτεται από στιγμές ασφυξίας,

οδηγεί τους συντρόφους των ατόμων αυτών σε ένα «φτωχό» τόσο σε ποσότητα όσο και ποιότητα ύπνο.

ζ) Από εμπειριστατωμένες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι το βάρος επηρεάζει την διάρκεια του ύπνου. Συγκεκριμένα, άτομα που χάνουν βάρος για κάποιο λόγο (π.χ. νευρωτική ανορεξία – *anorexia nervosa*) ταυτόχρονα με το βάρος ελαττώνουν και την διάρκεια του ύπνου τους. Το διάστημα που τα ίδια άτομα βελτίωσαν την διαίτά τους, συνάμα επιμηκύνουν την διάρκεια του ύπνου τους<sup>(4)</sup>.

**B.** Οι μη οργανικές αϋπνίες δηλαδή οφειλόμενες σε ψυχικά νοσήματα οφείλονται στα ακόλουθα κύρια αίτια: α) Ο ύπνος διαταράσσεται τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά όταν το άτομο ταλαιπωρείται από υπερβολικό άγχος<sup>(17)</sup>.

β) Προσωπικότητες καταθλιπτικού τύπου παρουσιάζουν συνήθως καθυστέρηση επέλευσης, συχνές διακοπές του ύπνου καθώς και πρόωμη τελική αφύπνιση. Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η σημαντική μείωση του ολικού χρόνου του ύπνου<sup>(18), (30)</sup>.

γ) Η λήψη διαφόρων φαρμάκων και ουσιών όπως ψυχοδιεγερτικών αλλά και η απότομη διακοπή μερικών κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ. οδηγεί στην αϋπνία<sup>(9)</sup>.

δ) Η αϋπνία συνηθίζεται και σε ασθενείς που υποφέρουν από σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχώσεις. Οι ασθενείς αυτοί, πολλές φορές, τρομοκρατούνται στην σκέψη του ύπνου εξαιτίας των ψευδαισθήσεων ότι ίσως κάτι τρομερό μπορεί να τους συμβεί κατά την διάρκεια του ύπνου. Επίσης, ενοχλητικές, βασανιστικές σκέψεις της ημέρας μπορούν να τους οδηγήσουν σε αϋπνία<sup>(16)</sup>.

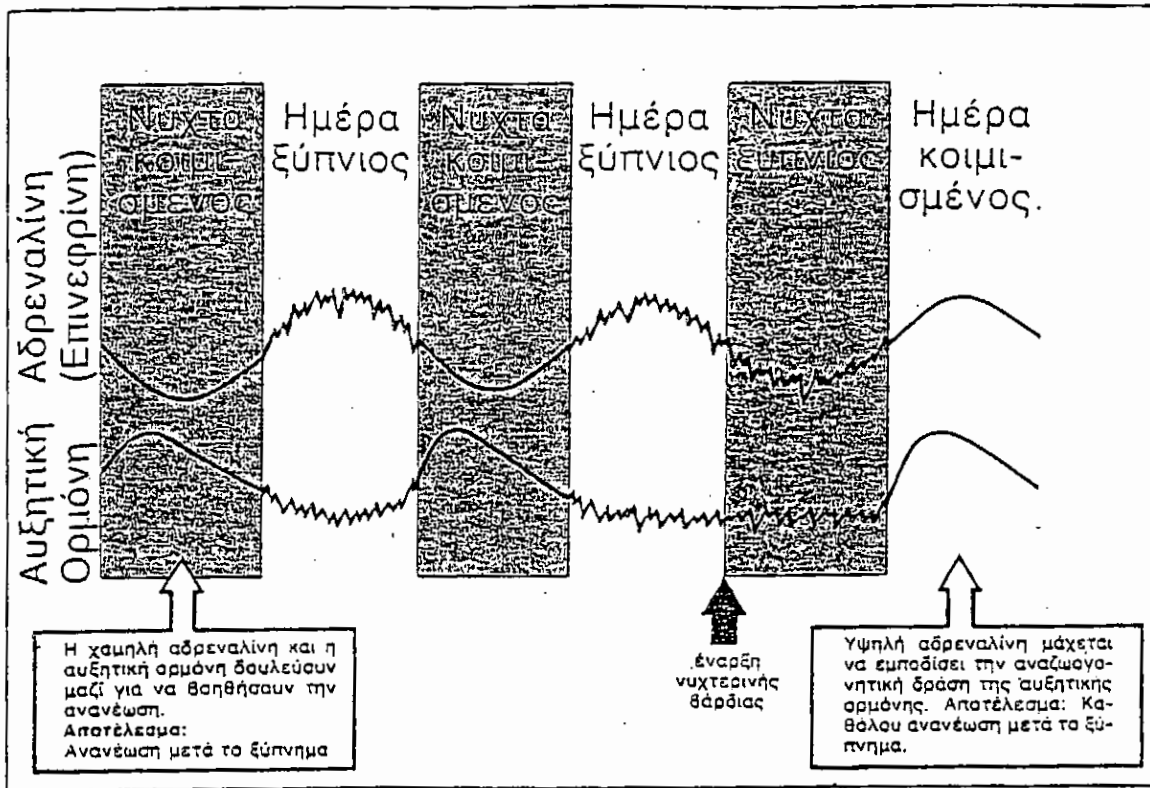
ε) Εκλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της αϋπνίας παίζουν ψυχοτραυματικά γεγονότα. Είναι αποδεδειγμένο ότι τέτοια γεγονότα παρουσιάζονται σε μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα κατά το έτος έναρξης της αϋπνίας απ' ό,τι τα προηγούμενα έτη του βίου των ασθενών με χρόνια αϋπνία. Αλλά και με τα αντίστοιχα χρόνια του βίου ατόμων υγιών, που δεν εμφανίζουν δηλαδή διαταραχές στον ύπνο τους.

\* Πρέπει να προσθέσουμε ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την μετάπτωση της αϋπνίας σε χρόνια μορφή. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι:

1. Φόβος αποτυχίας που συνοδεύει την προσπάθεια υπερνίκησης της αδυναμίας επέλευσης του ύπνου.
2. Ο πάσχων από αϋπνία, από προηγούμενες εμπειρίες «βολεύεται» με τον ρόλο του χρόνιου ασθενή.
3. Το οικογενειακό, εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον παρέχουν διευκολύνσεις στον ασθενή λόγω της κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει.
4. Ο γιατρός εξαιτίας ανεπαρκούς εκτίμησης των συνολικών συμπτωμάτων του ασθενή, τον κατατάσσει στα υποχονδριακά ή ακόμη ακόμη στα υποκρινόμενα άτομα, με άμεση συνέπεια την πλημμελή ή ακόμα χειρότερα λανθασμένη αντιμετώπισή του<sup>(3)</sup>.

Γ. Οι πρωτοπαθείς αϋπνίες, οι οποίες δεν οφείλονται ούτε σε ψυχικά ούτε σε σωματικά νοσήματα. Έχουν ως κύριες αιτίες τις ακόλουθες: α) η δουλειά με βάρδιες αποτελεί έναν παράγοντα, ο οποίος ελέγχεται για την ελάττωση της ποσότητας και της ποιότητας του ύπνου μας. Οι Νοσηλευτές, για παράδειγμα, απασχολούνται με βάρδιες πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα να μην προσαρμόζουν ποτέ το βιολογικό τους ρολόι απόλυτα στον 24ωρο ρυθμό<sup>(4)</sup>.

Οι νυχτερινές βάρδιες αλλάζουν το ρυθμό των ορμονών του ύπνου. Συνεπώς, το αναζωογονητικό τους αποτέλεσμα στη διάρκεια του ύπνου την επόμενη ημέρα, μειώνεται από τα υψηλά επίπεδα αδρεναλίνης και κορτικοστεροειδών, που η αύξησή τους καθορίζεται από έναν εικοσιτετράωρο κύκλο, και όχι από το αν είμαστε ξύπνιοι ή κοιμισμένοι.



β) Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Ενοχλητικές συνήθειες τρίτων, δυνατό φως, ο θόρυβος των παιδιών σε συσχέτισμό με τον πιο πάνω παράγοντα επιτείνει τα προβλήματα ύπνου των ατόμων. Το στρώμα στο κρεβάτι που δεν επιτρέπει έναν αναπνευστικό και αναζωογονητικό ύπνο καθώς και η θερμοκρασία, η υγρασία του δωματίου επηρεάζουν την ποιότητα αυτής της τόσο αναγκαίας για τη ζωή διεργασίας.

γ) Η πιο συνηθισμένη ουσία εθισμού στον κόσμο, η νικοτίνη, που περιέχεται στα τσιγάρα εκτός από αιτία διαφόρων ασθενειών, αποτελεί, χωρίς να είναι ευρέως γνωστό, αιτία αϋπνίας. Η απαραίτητη για την ενέργεια και ζωτικότητα, αδρεναλίνη με το κάπνισμα εκκρίνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα,

εξουδετερώνοντας έτσι τα αποτελέσματα από την έκλυση των αναζωογονητικών ορμονών, που παράγονται κατά τον ύπνο.

δ) Μια ουσία με μεγάλη κατανάλωση που μας κρατά σε εγρήγορση είναι και η καφεΐνη. Εκτός απ' τον καφέ μπορεί να περιέχεται και σε άλλα ροφήματα-αναψυκτικά. Ενώ πολλά φάρμακα, ιδιαίτερα τα παυσίπονα, περιέχουν σημαντική ποσότητα απ' αυτήν με αποτέλεσμα ενώ επέρχεται η ανακούφιση απ' τον πόνο, ταυτόχρονα επισκέπτεται τον ασθενή ένας ύπνος μη αποτελεσματικός.

ε) Φάρμακα συνταγογραφημένα έχουν την δυνατότητα να διαταράξουν τον ύπνο μας. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα αντικαταθλιπτικά που σαν κύριο χαρακτηριστικό τους έχουν την «ικανότητα» να προκαλούν ανησυχία (σπασμούς). Άλλη μεγάλη κατηγορία είναι και τα διουρητικά, που ενώ στοχεύουν στην αποβολή των παραπανίσιων υγρών του σώματος, αναγκάζουν τον λήπτη να επισκέπτεται συχνά την τουαλέτα<sup>(4)</sup>.

## 2.7 Επιπτώσεις - Αποτελέσματα

1. Από τον ορισμό της Αϋπνίας καταλαβαίνουμε ότι η κύρια επίπτωσή της είναι οι αγχώδεις εκδηλώσεις του ατόμου την επόμενη μέρα αφότου εκδηλώθηκε<sup>(19)</sup>.

2. Σύμφωνα με έρευνες δειγμάτων από το 1994 – 1995 η Αϋπνία αποτελεί κύρια αιτία για κατάθλιψη στους ηλικιωμένους κυρίως<sup>(20)</sup>.

\* Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι ψυχικές νόσοι και η αϋπνία είναι δύο μεταβλητές αλληλοεξαρτώμενες, πράγμα που μας κάνει να τις αντιμετωπίζουμε ταυτόχρονα.

3. Βάση μιας μελέτης (Lugaresi et al, 1987) τα άτομα που παρουσίαζαν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, είχαν αυξημένες πιθανότητες κατά 15% να έπασχαν από αϋπνία.
4. Μια άλλη μελέτη το 1991 από το National Sleep Foundation απέδειξε ότι 72% των ατόμων που έπασχαν από αϋπνία την επόμενη μέρα ένιωθαν κουρασμένοι ή νυσταγμένοι<sup>(9)</sup>.
5. Στον εργασιακό χώρο η Αϋπνία μπορεί να προκαλέσει αρχικά μειωμένη αποδοτικότητα, αναποτελεσματικότητα, ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων και αύξηση του κόστους παραγωγής. Ο εργαζόμενος καταφεύγει συχνά στον γιατρό λόγω της αυξημένης κόπωσης ή της καθεαυτού αϋπνίας. Ακόμη η υπνηλία που παρουσιάζεται την επόμενη μέρα καθιστά τους εργαζόμενους επιρρεπείς σε ατυχήματα, όχι μόνο στον χώρο εργασίας αλλά και στην προσωπική τους ζωή<sup>(21), (31)</sup> (τροχαία).
6. Τέλος, πλήθος ερευνών αποδεικνύουν το μεγάλο κόστος που απαιτείται για την θεραπεία της αϋπνίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια έρευνα βρέθηκε ότι το 1989 μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο συνταγογραφήθηκαν 14.834.000 υπνωτικά με ακαθάριστο κόστος συστατικών 20.871.171 pounds. Με μια πρόχειρη εκτίμηση, οι Ηνωμένες Πολιτείες καθόρισαν ότι το κόστος των διαταραχών που σχετίζεται με τον ύπνο για την κοινωνία είναι της τάξης των 16.000 δις δολαρίων ετησίως. Η μείωση της παραγωγικότητας σαν επίπτωση της εργασίας σε βάρδιες (π.χ. Νοσηλευτές) και η αυξημένη ιατρική φροντίδα των εργατών βάρδιας καθώς και η εισαγωγή στο νοσοκομείο των ηλικιωμένων ατόμων με διαταραχές ύπνου και το κόστος των ατυχημάτων συμβάλλουν σε αυτούς τους υπολογισμούς. Από την τεράστια αυτή δεξαμενή

εξόδων μόνο ένα μικρό κλάσμα δαπανάται για την θεραπεία και την εκπαίδευση του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού<sup>(1)</sup>.

## 2.8 Αντιμετώπιση Αϋπνίας

Η αντιμετώπιση της αϋπνίας θα μπορούσε να αποτελείται από την πρόληψη και την θεραπεία. Η πρόληψη θα αφορά στην παρέμβαση πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και ενώ το άτομο είναι ήδη επιρρεπές. Σε αυτόν τον τομέα ο Νοσηλευτής θα παίζει πρωταρχικό ρόλο. Σκοποί του τόσο η προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας του ατόμου όσο και η προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα ανεξαρτήτου αιτιολογίας (οργανικό – μη οργανικό κ.α.). Στην προαγωγή της γενικής κατάστασης θα αναφέρονται όλες οι δραστηριότητες του Νοσηλευτή που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής<sup>(22)</sup>.

Όσον αφορά την θεραπεία, αυτή πρωτίστως θα πρέπει να διαχωριστεί ανάλογα με τα αίτια, δηλαδή οργανικά, μη οργανικά και ιδιοπαθή. Ένας άλλος διαχωρισμός της θεραπείας θα πρέπει να γίνει ανάλογα με την μέθοδο που ακολουθείται δηλαδή σε συμπεριφερολογική και φαρμακευτική.

Όσον αφορά τη συμπεριφερολογική θεραπεία, πρωταρχικό ρόλο παίζει ο ψυχολόγος (ψυχοθεραπεία), γι' αυτό και δεν θα επεκταθούμε σε αυτόν τον τομέα.

Σχετικά με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της αϋπνίας αν και αποτελεί δαπανηρή μέθοδο βάση πινάκων που παραθέτουμε, αποτελεί την πιο διαδεδομένη αντιμετώπιση<sup>(23)</sup>.

Πιν. 1

Κατηγορία Φαρμάκων	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Υπνωτικά	6077	5662	4539	5139	4328	3496	2994	2855	2984	2815
Βενζοδιαζεπίνες (όχι υπνωτικά)	1197	1041	1124	1259	1255	1097	1442	1135	1346	1244
Αντικαταθλιπτικά	1182	1341	1133	1905	2369	2607	2758	2665	2389	2902
Άλλα	1468	1285	1220	994	913	1063	629	676	698	540
Σύνολο	9924	9329	8016	9297	8865	8263	7823	7331	7417	7501

Πιν. 2: «Ο αριθμός των Ναρκωτικών αναφέρονται σε χιλιάδες από το 1987 – 1996 για τα 10 πιο γνωστά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της αϋπνίας ως το 1996»

Φάρμακα	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Trazodone	222	296	220	454	610	766	1066	975	919	1328
Zolpidem	-	-	-	-	-	-	215	875	487	1218
Temazepam	1201	1248	1313	1481	1233	1232	1125	878	834	904
Amitriptyline	421	480	257	670	805	812	740	831	729	784
Lorazepam	346	217	445	416	343	309	392	389	465	398
Flurazepam	1677	1471	1176	1432	1024	856	712	497	481	373
Clonazepam	28	126	63	171	263	217	324	272	325	330
Doxepin	263	258	270	344	376	442	358	278	251	269
Alprazolam	397	262	254	291	313	293	301	255	290	250
Triazolam	3199	2943	2050	2115	1542	857	622	390	318	209



Πιν. 3: «Ο Συνολικός αριθμός των φαρμάκων, που λαμβάνανε τα άτομα από το 1987 – 1996, σε χιλιάδες. Καθώς επίσης αναφέρεται και το ποσοστό εκείνων που τα έπαιρναν είτε λόγω αϋπνίας είτε λόγω κατάθλιψης».

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	3413	3303	2740	2752	2839	3142	3343	3032	2758	3190
Λόγω αϋπνίας	222	296	220	454	610	766	1066	975	919	1328
(%)	(6,5)	(9,0)	(8,0)	(16,5)	(21,5)	(24,4)	(31,9)	(32,2)	(33,3)	(41,6)
Αντικαταθλιπτικά (λόγω κατάθλιψης)	2406	2345	1714	1694	1532	1550	1245	1142	999	994
(%)	(70,5)	(71,0)	(62,6)	(61,6)	(54,0)	(49,3)	(37,2)	(37,7)	(36,2)	(31,2)

Απ' όσα έχουμε πει μέχρι τώρα, βγαίνει το συμπέρασμα ότι ο Νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύει το πραγματικό αίτιο της αϋπνίας και να το αντιμετωπίζει με αποτελεσματικό τρόπο.

Πιο συγκεκριμένα ο Νοσηλευτής οφείλει:

A) Για τα οργανικά αίτια:

α) Να διδάσκει την αντιμετώπιση του πόνου στον ασθενή, να εξαλείφει τους παράγοντες αυτούς που τον επιτείνουν (π.χ. στρώμα) και όταν όλα αυτά έχουν αποτύχει με την σύμφωνη γνώμη και την γραπτή οδηγία του θεράποντος ιατρού να χορηγεί αναλγητικά.

β) Η διδασκαλία στις εγκυμονούσες ότι π.χ. καμιά θέση δεν μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο, όταν κοιμούνται, θα συμβάλλει θετικά στην

αντιμετώπιση της έλλειψης ποιοτικού – ποσοτικού ύπνου. Δεν θα πρέπει να παραβλέψει να αναφέρει τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις, στις οποίες θα περιέλθει το έμβρυο με την χρήση υπνωτικών ή ακόμα αλκοόλ.

γ) Ο Γενικός πληθυσμός θα πρέπει να ενθαρρυνθεί στον υγιεινό τρόπο ζωής που θα πρέπει να κινείται στον άξονα: ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΑΣΚΗΣΗ – ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ.

δ) Λοιπές παθολογικές καταστάσεις όπως νηματοσκώληκες, καρδιοπάθειες, αναπνευστικές δυσχέρειες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο με την θεραπεία τους αλλά και με την παρέμβαση στο περιβάλλον (υγρασία, θερμοκρασία κ.α.)<sup>(4)</sup>.

Β) Μη οργανικά αίτια:

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στα μη οργανικά αίτια κατατάσσονται τα ψυχικά νοσήματα που σαν άμεση συνέπεια έχουν την έλλειψη ποιοτικού – ποσοτικού ύπνου.

Ο Νοσηλευτής, ως ισότιμο μέλος της ομάδος Υγείας, καλείται να παίξει τον δικό του μοναδικό, ξεχωριστό, ουσιώδες ρόλο για την ανακούφιση και αποκατάσταση του ασθενούς.

α) Συγκεκριμένα, ο Νοσηλευτής ως το κοντινότερο άτομο στον ασθενή, θα προχωρήσει στην εκτίμησή του. Σημαντικό μέρος αυτής είναι η παρατήρηση, μια δεξιότητα – «ευλογία» για όσους την κατέχουν. Άλλα χρήσιμα εργαλεία, το γενικό ιατρικό ιστορικό, οι πληροφορίες απ' το συγγενικό – φιλικό περιβάλλον, τον κοινωνικό λειτουργό, αλλά και από το ίδιο το περιβάλλον, που ζει και εργάζεται ο ασθενής.

β) Μετά την συγκέντρωση των πληροφοριών, θα πρέπει να γίνει ο προγραμματισμός της φροντίδας. Ο Νοσηλευτής έχει ήδη ερμηνεύσει την

φύση του προβλήματος και με την συνεργασία τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του θέτει στόχους ή σκοπούς. Χαρακτηριστικό τους θα πρέπει να είναι η εύκολη και βραχυπρόθεσμη πραγματοποίησή τους με προοπτική επέκτασής τους μακροπρόθεσμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κανένας από τους εμπλεκόμενους να μην απογοητεύεται απ' την πορεία της θεραπείας.

\* Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Νοσηλευτής ενημερώνει τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας Υγείας τόσο για τους βασικούς στόχους που έχει θέσει όσο και για την πορεία του θεραπευτικού σχήματος.

γ) Οι πράξεις που χρειάζονται για να πετύχουμε τους στόχους μας αποτελούν την παροχή της φροντίδας. Θα πρέπει να επιλέξουμε το πλέον καταρτισμένο άτομο από την ομάδα Υγείας γι' αυτό τον ρόλο.

δ) Τέλος, η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας οδηγεί τον Νοσηλευτή σε χρήσιμα συμπεράσματα για το αν πιστεύει ότι οι στόχοι μας έχουν επιτευχθεί ή αν αυτοί θα πρέπει είτε να αναπροσαρμοστούν είτε να γίνουν πραγματικότητα με προσαρμογή της παροχής φροντίδας<sup>(24)</sup>.

Γ) Πρωτοπαθή αίτια:

Κύριος ρόλος του Νοσηλευτή είναι η διδασκαλία για έναν υγιεινό και ικανοποιητικό ύπνο.

α) Επιβάλλεται να ενημερώσουμε τον γενικό πληθυσμό για την επιρροή του περιβάλλοντος στον ύπνο μας. Καθήκον μας να γίνει κατανοητό ότι παράγοντες όπως το δυνατό φως, ο θόρυβος των παιδιών κ.α., μόλις ελεγχθούν ή εξαλειφθούν θα πάψουν να μας βασανίζουν.

β) Η μείωση της πρόσληψης ουσιών όπως νικοτίνη, καφεΐνη κ.α. επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ύπνου.

γ) Εφιστούμε την προσοχή σε άτομα που χρήζουν φαρμακευτικής θεραπείας, ότι ίσως τα σκευάσματα που καταναλώνουν έχουν ως ανεπιθύμητη ενέργεια την αϋπνία.

δ) Η ενημέρωση των ατόμων ότι η εργασία σε βάρδιες επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στην επέλευση, διάρκεια και ποιότητα του ύπνου, θα πρέπει να είναι ο σκοπός του Νοσηλευτή. Πόσο μάλλον όταν στην συγκεκριμένη αυτή ομάδα μεγάλο μέρος της αποτελούν οι ίδιοι οι Νοσηλευτές<sup>(4, 25)</sup>.

## 2.9. Νοσηλευτική παρέμβαση

Η πιο σημαντική ευθύνη της νοσηλευτικής επιστήμης συνίσταται – όσον αφορά την προαγωγή του ύπνου – στην παροχή βοήθειας στο άτομο ώστε να εξασφαλίζεται ένας επαρκής, ήρεμος και αποτελεσματικός ύπνος.

### 2.9.1. Νοσηλευτική αξιολόγηση

Απαραίτητη για την επιτυχία των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι η νοσηλευτική διάγνωση. Αυτή επιτυγχάνεται με την λήψη ενός καλού ιστορικού ύπνου από το οποίο θα αντλήσουμε πολύτιμες πληροφορίες. Ειδικότερα αυτό θα πρέπει να μας ενημερώνει: α) για τον τύπο του ύπνου του ατόμου και β) για το περιβάλλον του ύπνου (βλέπε πίνακα).

Πίνακας 9. Ιστορικό ασθενούς σε σχέση με τον ύπνο

	Τύπος ύπνου
•	Αριθμός ωρών ύπνου κατά τη νύχτα
•	Συνήθης ώρα κατάκλισης
•	Συνήθης ώρα έγερσης
•	Αριθμός αφυπνίσεων κατά τη διάρκεια της νύχτας και αιτίες
•	Τύπος ασκήσεων που εκτελούνται
•	Αριθμός και διάρκεια ύπνου κατά την ημέρα
	Περιβάλλον ύπνου
•	Τύπος κρεβατιού
•	Κοιμάται μόνος ή μοιράζει το υπνοδωμάτιο με άλλους
•	Αριθμός μαξιλαριών και κλινοσκεπασμάτων που χρησιμοποιεί
•	Αερισμός
•	Φωτισμός
•	Ντους/μπάνιο προ του ύπνου
•	Διάβασμα, T.V.
•	Ηρεμιστικά/υπνωτικά φάρμακα
•	Προσωπικές απόψεις σχετικές με τις ανάγκες ύπνου και ανάπαυσης

Κατόπιν θα πρέπει να δοθεί η νοσηλευτική διάγνωση αφού πλέον έχουμε αντιληφθεί την φύση του προβλήματος π.χ. πρόωρη αφύπνιση καθώς και το αίτιο π.χ. ψυχική αναστάτωση.

Πίνακας 10. Νοσηλευτικές διαγνώσεις σχετικές με τις διαταραχές του ύπνου

		Σχετίζεται με:
•	Αδυναμία ατόμου να κοιμηθεί	- Αλλαγές στις συνήθειες ύπνου
•	Δυσκολία να διατηρήσει τον ύπνο ή πρόωρη αφύπνιση	- Αλλαγές στο περιβάλλον ύπνου - Λήψη οιοπνευματωδών ποτών - Συμπτώματα υποκείμενης νόσου - Συναισθηματική ή ψυχική αναστάτωση
•	Μεταβολές στον τύπο του ύπνου	- Το ίδιο όπως παραπάνω
•	Μεταβολές συμπεριφοράς	- Στέρηση ύπνου

### 2.9.2. Γενικοί νοσηλευτικοί στόχοι

- Να αναγνωρίσει το άτομο πως ασκεί τον έλεγχο στον τύπο του ύπνου του και πως μπορεί να πετύχει ένα ξεκούραστο και αναζωογονητικό ύπνο με φυσικά μέσα π.χ. μείωση εξωτερικών θορύβων, ελάττωση φωτισμού κ.α.
- Να αναγνωρίσει και να βελτιώσει το περιβάλλον του ύπνου του καθώς και τις προ του ύπνου συνήθειες που προτιμά (π.χ. λήψη ροφήματος).
- Να εντοπίσει ή και να καθιερώσει έναν τύπο ύπνου για τον εαυτό του που του προσφέρει ξεκούραση και τον αναζωογονεί.
- Να ανιχνεύσει και να επισημάνει τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τύπο του ύπνου του.
- Να μελετήσει μαζί με μας τύπους τόσο ανάπαυσης όσο και δραστηριότητας για όλη την διάρκεια της ημέρας, απογεύματος και βραδιού όταν σχεδιάζουμε τον νυχτερινό του ύπνο.

### 2.9.3. Νοσηλευτικές διδασκαλίες – παρεμβάσεις για το ημερήσιο πρόγραμμα

- Μ' ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα ενθαρρύνουμε το άτομο να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες. Σχεδιάζουμε περιόδους ανάπαυσης και δραστηριοποίησης για όλη την ημέρα.
- Εντοπίζεται ο χρόνος ημερήσιου ύπνου (π.χ. μεσημεριανή ανάπαυση). Όταν ο ύπνος της ημέρας παίρνεται στον ίδιο χρόνο και σε προκαθορισμένη χρονική διάρκεια είναι ωφέλιμος.
- Για πάσχοντες ασθενείς που νοσηλεύονται, φροντίζουμε ώστε να αποφεύγονται οι συχνές προσβολές ύπνου κατά την διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε να ακολουθούν και αυτοί ένα πρόγραμμα κανονικού τύπου ύπνου. Συχνά παρατηρείται τόσο σε σοβαρά πάσχοντες ασθενείς όσο και σε χειρουργημένους η παρουσία μεγάλου αριθμού αλλά μικρής διάρκειας ύπνου κατά την ημέρα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να παραπονείται ότι δεν κοιμάται το βράδυ με αποτέλεσμα τη χορήγηση υπνωτικών.

### 2.9.4. Νοσηλευτικές διδασκαλίες – παρεμβάσεις νυχτερινού προγράμματος

- Το άτομο διδάσκεται να μειώσει τις δραστηριότητές του πριν από τον ύπνο.
- Καθορίζει και εκτελεί τις προ του ύπνου συνήθειές του.
- Μια απαλή εντριβή, διάβασμα ή μουσική επιδρά θετικά στην επέλευση του ύπνου.
- Του εφιστούμε την προσοχή για την μείωση της χρήσης αλκοόλ πριν από τον ύπνο ενώ του διδάσκουμε ότι η χρήση υπνωτικών είναι μόνο μια πρόσκαιρη λύση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

- Το άγχος είναι συχνότερο τη νύχτα. Μόνο η συζήτηση με κάποιο έμπιστο άτομο θα τον κάνει να το περιορίσει.
- Η ανακούφιση από τον σωματικό πόνο με χορήγηση παυσίπονου πριν τον ύπνο – ακόμη και αν αυτό το σκεύασμα επηρεάζει τον ύπνο – αποτελεί την λύση αυτού του προβλήματος.

#### 2.9.5. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής παρέμβασης

Σημαντικό σημείο αποτελεί η αναγνώριση ότι κάθε άτομο έχει διαφορετικές ανάγκες ύπνου και ανάπαυσης. Παρ' όλα αυτά θέλοντας να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης θα πρέπει να απαντήσουμε στα παρακάτω ερωτήματα:

- Το άτομο έχει την ικανότητα να κοιμηθεί στα πρώτα 20-30 λεπτά;
- Έχουν ελαττωθεί τα επεισόδια αφύπνισης;
- Έχει την ικανότητα να ξανακοιμηθεί σε λίγα λεπτά μετά την νυκτερινή αφύπνιση;
- Ο χρόνος του ύπνου σε διάρκεια έχει αυξηθεί ώστε το άτομο να τον κρίνει ικανοποιητικό;
- Η ποιότητα του ύπνου κρίνεται από το άτομο βελτιωμένη σε σχέση με την προηγούμενη κατάσταση;



## **«ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ»**

### Έναυσμα και σκοπός της έρευνας

Στην Βιέννη το 1988 (21 – 24 Ιουνίου) έλαβε χώρα η Πρώτη Ευρωπαϊκή Νοσηλευτική Συνδιάσκεψη. Αποτέλεσμά της, η διακήρυξη της Βιέννης για την Νοσηλευτική (Υγεία για όλους). Σύμφωνα με αυτήν κάποιοι απ' τους στόχους είναι:

.....Στόχος 4.

Προσθήκη Υγείας στη Ζωή.

.....Στόχος 25.

Εργασιακό περιβάλλον κ.α.<sup>(22)</sup>

Γνωρίζοντας ότι οι εργάτες βάρδιας, παρουσιάζουν προβλήματα όσον αφορά τον ύπνο τους, λάβαμε το ερέθισμα να μελετήσουμε έναν τέτοιο πληθυσμό και μάλιστα έναν πληθυσμό του οποίου ελπίζουμε σε σύντομο χρονικό διάστημα να είμαστε μέλη του, τους Νοσηλευτές.

Τέλος, γνωρίζοντας ότι η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία για πολλές παθήσεις, πιστεύουμε ότι με αυτήν την εργασία θα προστεθεί ένα λιθαράκι στο οικοδόμημά της.

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 100 άτομα-νοσηλευτές και νοσηλεύτριες οι οποίοι/ες εργάζονταν σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Πάτρας και της Αθήνας.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:** Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ: Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2.  $\chi^2$  (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

### Α. Δημογραφικά στοιχεία

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τμήμα όπου εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	19	19
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1	1
Ω.Ρ.Λ.	5	5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	8	8
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	3	3
Μ.Τ.Ν.	7	7
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	29	29
ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΑ	3	3
ΠΛΑΣΤ. ΧΕΙΡ.	3	3
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	10	10
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	3	3
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	3	3
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	1	1
ΆΛΛΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	22	22
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

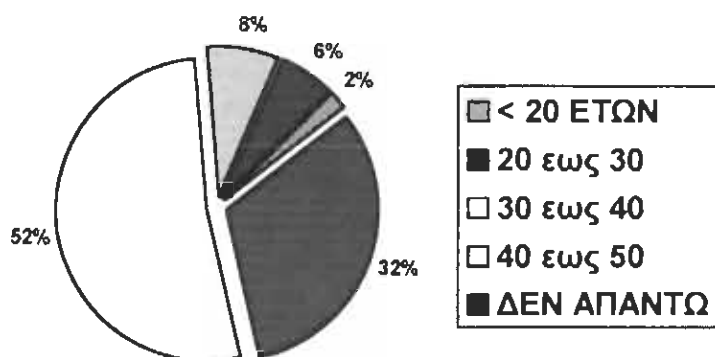
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στην χειρουργική και την παθολογική κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 20 ετών	2	2
20-30	32	32
31-40	52	52
41-50	8	8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 31 και μικρότερης των 40 ετών.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

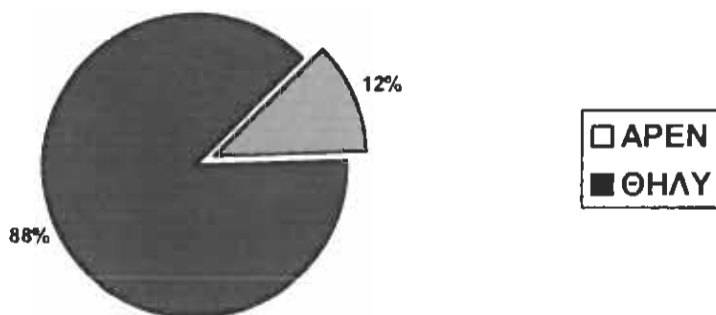


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	88	88
ΑΡΡΕΝ	12	12
ΣΥΝΟΛΟ	40	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

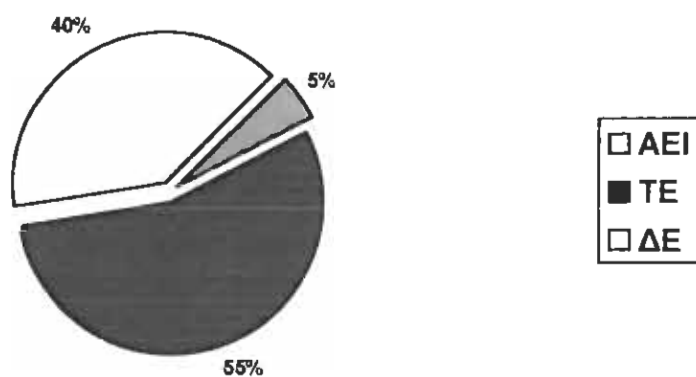


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΕΙ	5	5
Τ.Ε.Ι	55	55
Δ.Ε	40	40
ΣΥΝΟΛΟ	40	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση.





ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 10 έτη	51	51
11-20 έτη	39	39
21 – 30 έτη	10	10
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν προϋπηρεσίας μικρότερης των 10 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΑΜΟΣ	35	35
ΕΓΓΑΜΟΣ	63	63
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	2	2
ΧΗΡΟΣ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

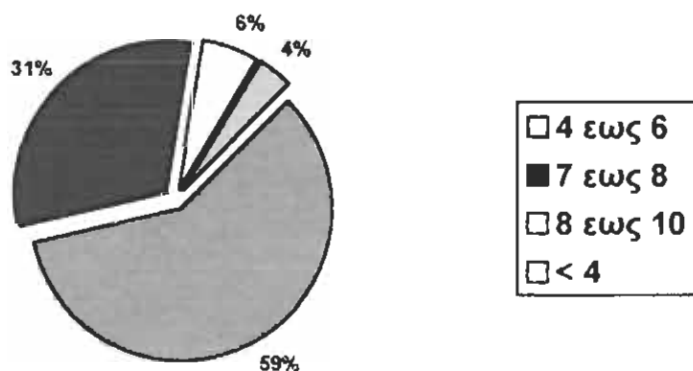
## Β. Απαντήσεις σε σχέση με την αϋπνία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την πρωινή-απογευματινή βάρδια

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
< 4 ώρες	4	4
4-6 ώρες	59	59
7-8	31	31
8-10	6	6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται από 4 έως 6 ώρες μετά την πρωινή-απογευματινή βάρδια.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την πρωινή βάρδια

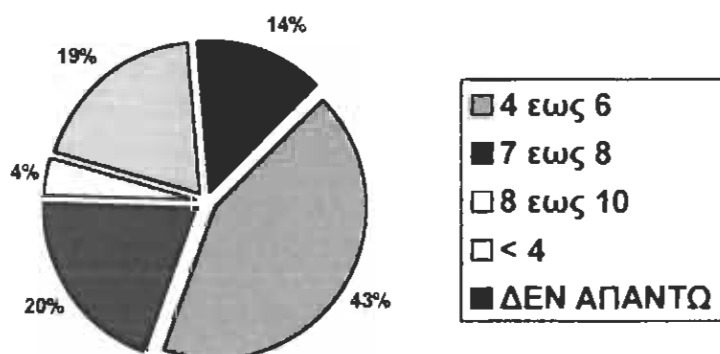


**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την νυκτερινή βάρδια

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
< 4 ώρες	19	19
4-6 ώρες	43	43
7-8	20	20
8-10	4	4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	14	14
ΣΥΝΟΛΟ	40	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται 4 – 6 ώρες μετά την νυκτερινή βάρδια

ΣΧΗΜΑ 2 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την νυκτερινή βάρδια

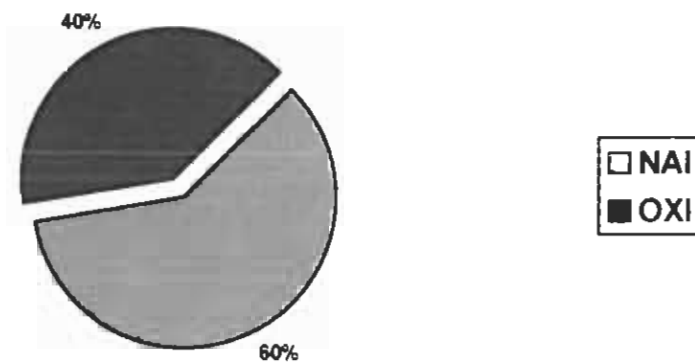


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται το μεσημέρι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	60	60
ΟΧΙ	40	40
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται το μεσημέρι.

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον μεσημεριανό ύπνο.

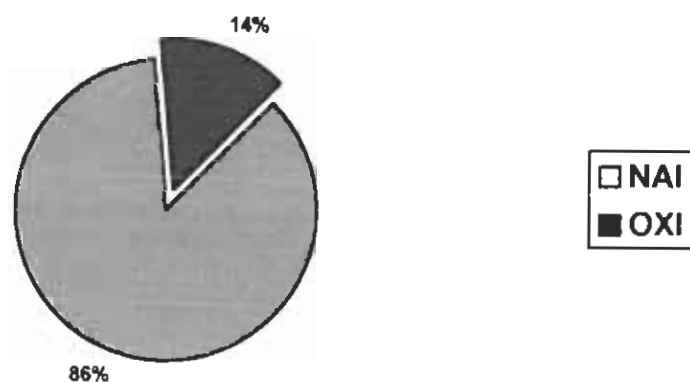


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	86	86
ΟΧΙ	14	14
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν



ΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 86 ερωτηθέντων σε σχέση με το  
 ο για τον οποίο κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν.

Ξλλειψη χρόνου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
Ν	78	91
Ι	8	9
ΝΟΛΟ	86	100

Εξωτερικές συνθήκες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
Ν	50	58
ΝΙ	36	42
ΝΟΛΟ	86	100

Σωματικά προβλήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΝΟΙ	36	42
ΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ	37	43
ΡΑΜΠΕΣ	8	9
ΟΥΔΙΑΣΜΑΤΑ	17	20
ΣΘΜΑ	1	1
ΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ	2	2
ΟΧΑΛΗΤΟ	12	14

Χρόνια νοσήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΙ	2	2
ΚΙ	84	98
ΥΝΟΛΟ	86	100

Δυσάρεστες σκέψεις

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΙ	32	37
ΚΙ	54	63
ΥΝΟΛΟ	86	100

Γ. Συναισθήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΥΧΟΣ	62	72
ΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	15	17
ΑΤΑΘΛΙΨΗ	6	7
ΓΩΝΙΑ	33	38

Δ. Σημαντικά γεγονότα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΙ	75	87
ΧΙ	9	13
ΥΝΟΛΟ	86	100

#### Η. Εργασιακά προβλήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	64	74
ΟΧΙ	12	26
ΣΥΝΟΛΟ	86	100

#### Θ. Συνήθειες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	46	53
ΚΑΦΕΣ	74	86
ΑΛΚΟΟΛ	12	14
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	3	3
ΥΠΝΩΤΙΚΑ	0	0
ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	8	9

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ενοχοποιούν για τον κακό τους ύπνο παράγοντες όπως

- η έλλειψη
- τις εξωτερικές συνθήκες
- τους πονοκεφάλους
- το άγχος
- κάποια σημαντικά γεγονότα
- την εργασία τους και
- συνήθειες όπως η κατανάλωση καφέ



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις προ του ύπνου δραστηριότητες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	74	74
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	36	36
ΜΠΑΝΙΟ	52	52
ΦΑΓΗΤΟ	27	27
ΓΑΛΑ	16	16
ΑΛΛΟ	18	18

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση πριν κοιμηθούν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ώρα που πηγαίνουν για να κοιμηθούν.

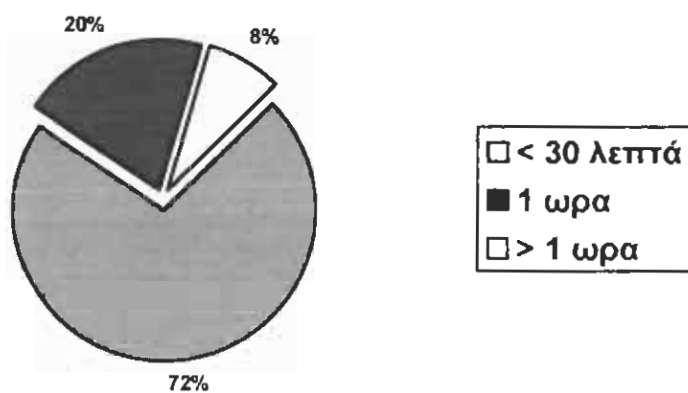
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<10:00 μμ	1	1
10-12:00 μμ	52	52
> 12:00 μμ	47	47
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πέφτουν για ύπνο μεταξύ τις 10:00 και 12:00 μμ κάθε βράδυ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
< 30 λεπτά	72	72
1 ώρα	20	20
> 1 ώρα	8	8
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χρειάζονται λιγότερο από 30 λεπτά για να τους πάρει ο ύπνος.

ΣΧΗΜΑ 5 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το χρόνο που απαιτείται συνήθως για να κοιμηθούν μετά την κατάκλιση.

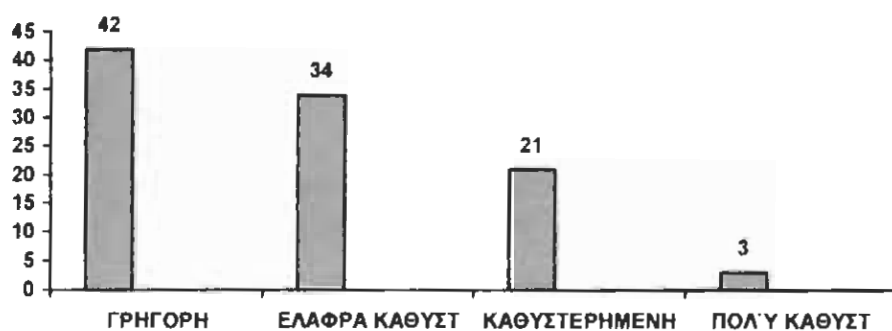


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς χαρακτηρίζουν την επέλευση του ύπνου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΓΡΗΓΟΡΗ	42	42
ΕΛΑΦΡΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	34	34
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	21	21
ΠΟΛΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν γρήγορη την επέλευση του ύπνου

ΣΧΗΜΑ 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς χαρακτηρίζουν τη επέλευση του ύπνου



ΤΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα της καθυστέρησης επέλευσης του ύπνου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	34	59
1-2 /ΕΒΔΟΜΑΔΑ	16	28
1-2 / ΜΗΝΑ	8	13
ΣΥΝΟΛΟ	58	100

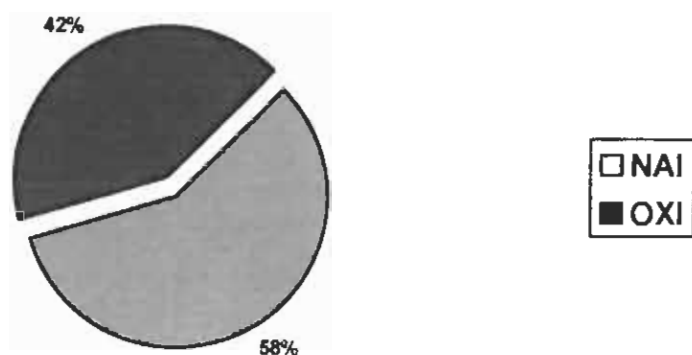
Έτους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα η καθυστέρηση επέλευσης του ύπνου είναι καθημερινό φαινόμενο.

ΤΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύκτας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	58	58
ΟΧΙ	42	42
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύκτας

**ΣΧΗΜΑ 7:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύκτας



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12:** Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των αφυπνίσεων στο μήνα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	28	48
1-2 /ΕΒΔΟΜΑΔΑ	22	38
1-2 / ΜΗΝΑ	8	14
ΣΥΝΟΛΟ	58	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν καθημερινά κατά τη νύκτα .



ΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με  
 ώρα που ξυπνούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
00 πμ	68	68
8:00 πμ	29	29
1:00 πμ	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν πριν τις 06:00  
 κάθε πρωί.

ΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με  
 αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου στην  
 θέση

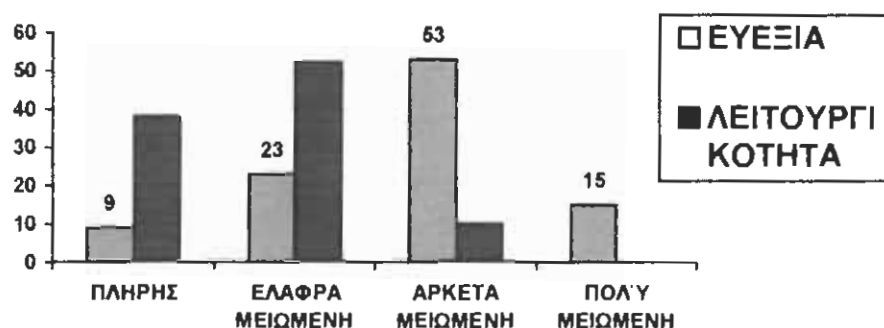
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΜΕΤΡΗΣ	9	9
ΑΦΡΑ	23	23
ΜΕΙΩΜΕΝΗ		
ΜΕΤΑ	53	53
ΜΕΙΩΜΕΝΗ		
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	15	15
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου στην Λειτουργικότητα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΛΗΡΗΣ	38	38
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	52	52
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	10	10
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν αρκετά μειωμένη ευεξία και ελαφρά μειωμένη λειτουργικότητα μετά από έναν κακό ύπνο

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου

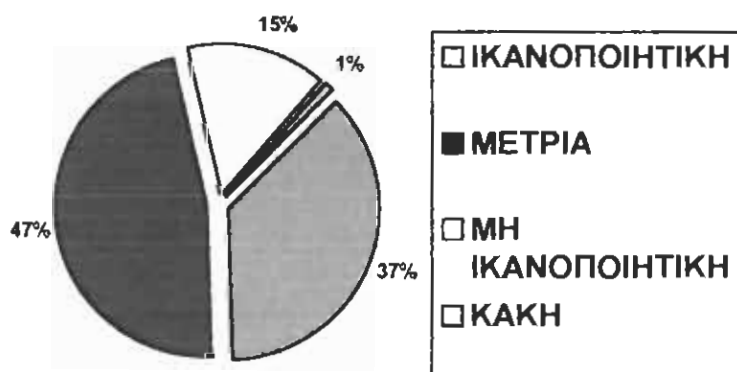


ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα του ύπνου τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	37	37
ΜΕΤΡΙΑ	47	47
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	15	15
ΚΑΚΗ	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα χαρακτήριζαν την ποιότητα του ύπνου τους ως ΜΕΤΡΙΑ.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα του ύπνου τους





ΑΚΑΣ 17 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με  
ώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	18	18
ΜΕΙΩΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	15	15
ΑΠΟΧΡΑΣΗ	7	7
ΙΣΣΟΤΕΡΟ ΥΠΝΟΣ	15	15
ΜΕΙΩΣΗ ΧΡΟΝΟΥ	7	7

περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτείνουν τη μείωση  
άγχους για να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου τους.

ΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με  
ελεύθερο χρόνο τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	79	79
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΑ	29	29
ΜΟΥΣΙΚΗ	13	13
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	35	35
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΑ	46	46
ΜΟΥΣΙΚΗ	46	46
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	62	62
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΑ	57	57

περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με την  
εόραση και το διάβασμα.

ΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με ικανοποίηση από την καθημερινή του ρουτίνα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
	37	37
	63	63
ΣΛΟ	100	100

Περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είναι ικανοποιημένοι από την καθημερινή τους ρουτίνα.

ΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με ευεξία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
	46	46
	54	54
ΟΛΟ	100	100

Περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν αισθάνονται καλή άνεση όταν ξυπνάνε.

## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

**ΠΝΑΚΑΣ 1 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό αφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 2 και 15 )

Αριθμός	< 20 ετών	21-30	31-40	> 40	ΣΥΝΟΛΟ
ΛΗΡΗΣ	1	8	22	3	34
ΛΑΦΡΑ ΠΕΙΩΜΕΝΗ	1	19	25	3	48
ΠΡΟΚΕΤΑ ΠΕΙΩΜΕΝΗ	0	3	5	2	10
ΠΟΛΥ ΠΕΙΩΜΕΝΗ	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	2	32	52	8	

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	7,7	0.2

Στις απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΑΚΑΣ 2 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό  
 φερών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την  
 νοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (Ερώτηση 2 και 20 )

Αριθμός	< 20 ετών	20-30	30-40	> 40	ΣΥΝΟΛΟ
I	0	7	27	3	37
II	2	25	25	5	57
ΣΥΝΟΛΟ	2	32	52	8	

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	10.3	0.04

ς απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την  
 νοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα διαπιστώνεται στατιστικά  
 μαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΑΡΑΚΑΣ 3 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό  
 ερωτών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την ποιότητα  
 ύπνου τους (Ερώτηση 2 και 16 )

Αριθμός	< 20 ετών	20-30	30-40	> 40	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΟΠΟΙΗΤΙΚ	0	6	26	5	37
ΤΡΙΑ	1	23	18	0	42
ΝΟΠΟΙΗΤΙΚ	1	3	8	3	15
ΚΗ	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	2	32	52	8	

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	23.6	0.001

Οι απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την  
 ποιότητα του ύπνου τους διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά  
 απαντήσεων.

ΑΣ 4 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό  
 κών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση όσον  
 την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 6 και

Κατάσταση	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓ ΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΑΚΤΙΚΑ	11	27	0	0	38
ΜΕΝΗ	20	31	1	0	52
ΤΑ	4	5	1	0	10
ΜΕΝΗ	0	0	0	0	0
ΜΕΝΗ	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	35	63	2	0	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	9.0	0.2

Μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση όσον αφορά  
 λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο δεν διαπιστώνεται  
 στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΚΑΣ 5: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για

ισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή

τάση τους σε σχέση με την επέλευση του ύπνου (Ερώτηση 6 και 9)

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΙΤΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓ ΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΘΡΗ	11	30	1	0	42
ΡΡΑ ΥΣΤΕΡΗΜ	12	21	1	0	34
ΥΣΤΕΡΗΜ	11	10	0	0	21
Υ ΥΣΤΕΡΗΜ	1	2	0	0	3
ΥΝΟΛΟ	35	63	2	0	

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	11,4	0.1

απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση

σε σχέση με την επέλευση του ύπνου δεν διαπιστώνεται στατιστικά

σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ 6 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό  
 κινήσεων μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική προϋπηρεσία όσον αφορά την  
 ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (Ερώτηση 5 και 20 )

Αριθμός	<10έτη	11-20 έτη	21-30 έτη	ΣΥΝΟΛΟ
	17	16	4	37
	34	23	6	63
ΣΥΝΟΛΟ	51	39	10	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	2,9	0.5

Απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική προϋπηρεσία όσον  
 αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα δεν διαπιστώνεται  
 στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.



ΑΣ 7 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για  
 τμήμα διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική προϋπηρεσία όσον  
 την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 5 και

Αριθμός	<10έτη	11-20 έτη	21-30 έτη	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΥ	22	13	3	38
ΠΑΡΑ	25	23	4	52
ΜΕΝΗ				
ΛΙΤΑ	4	3	3	10
ΜΕΝΗ				
ΟΧΙ	0	0	0	0
ΜΕΝΗ				
ΣΥΝΟΛΟ	51	39	10	100

	ΤΙΜΗ	P
$\chi^2$	10,1	0.3

απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική προϋπηρεσία όσον  
 όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο δεν διαπιστώνεται  
 στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

## Συμπεράσματα – Αποτελέσματα

Η ερευνητική εργασία που παρουσιάζουμε μας οδηγεί σε κάποια βρήματα, όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου του γικού δείγματος Νοσηλευτών (Αθήνα – Πάτρα) αλλά και την συχνότητα των διαταραχών του νυκτερινού τους ύπνου. Πρέπει να σημειώσουμε ότι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στην ψυχική και την παθολογική κλινική, το 55% ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., το 63% γυναίκες και το 51% είχε προϋπηρεσία μικρότερης των 10 ετών.

Αναλυτικότερα:

Η ποσότητα του ύπνου μετά από πρωινή – απογευματινή βάρδια, για το καλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών-τριών (59%) είναι 4 – 6 ώρες.

Η ίδια ακριβώς ποσότητα αντιστοιχείται και για το μεγαλύτερο ποσοστό που εργάζονται κατά την νυχτερινή βάρδια.

Ένα μεγάλο ποσοστό 86% εκδήλωσε το παράπονο ότι γενικά κοιμάται λιγότερο απ' όσο θα ήθελε.

Παραθέτουμε τα αίτια που αναφέρουν ξεκινώντας απ' αυτό που θεωρείται ότι προκαλεί μεγαλύτερη συχνότητα:

Έλλειψη χρόνου (91%)

Σημαντικά γεγονότα (87%)

Συνήθειες όπως κατανάλωση καφεΐνης (86%)

Εργασιακά προβλήματα ((74%)

Άγχος (72%)

Εξωτερικές συνθήκες (58%)

Πονοκέφαλοι (43%)

Όσον αφορά τις προ του ύπνου δραστηριότητες το 74% παρακολουθεί ταινία πριν κοιμηθεί.

Το 52% των ερωτηθέντων πέφτουν για ύπνο μεταξύ τις 10:00 – 11:00 μ κάθε βράδυ, ενώ το 72% των ερωτηθέντων χρειάζεται λιγότερο από 30 λεπτά για να τους πάρει ο ύπνος.

Αξιζει να σημειωθεί ότι σχεδόν το 50% θεωρεί γρήγορη την επέλευση του ύπνου ενώ το άλλο 50% καθυστερημένη. Επίσης, αυτή η καθυστέρηση οφείλεται για το 59% καθημερινό φαινόμενο.

Το 58% αναφέρει ότι ξυπνάει κατά την διάρκεια της νύχτας και απ' αυτό 25% καθημερινά.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ξυπνούν πριν τις 06:00 πμ κάθε πρωί.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 53% μετά από έναν κακό ύπνο (απενεργία – αργή επέλευση) παρουσιάζει αρκετά μειωμένη ευεξία ενώ το 47% ελαφρά μειωμένη λειτουργικότητα.

Το 47% των ερωτηθέντων θα χαρακτήριζε μέτρια την ποιότητα του ύπνου τους. Στην ερώτηση πως θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου τους απάντησαν: στην μείωση του άγχους και των δραστηριοτήτων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό Νοσηλευτών-τριών, ασχολείται τον ελεύθερο χρόνο με την τηλεόραση και το διάβασμα σε ποσοστό (79%, 62%) αντίστοιχα.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι το 63% δεν είναι ικανοποιημένο από την καθημερινή ρουτίνα, ενώ το 54% δεν αισθάνεται ευεξιακή άνεση όταν κοιμάται.

Μετά από συγκριτική συσχέτιση προέκυψε ότι οι Νοσηλεύτριες ηλικίας 20 – 30 ετών δεν είναι ικανοποιημένοι απ' την καθημερινή τους ρουτίνα σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι Νοσηλεύτριες 30 – 40 ετών.

Ενώ τα άτομα ηλικίας 30 – 40 ετών θεωρούν την ποιότητα του ύπνου  
κανοποιητική σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι ερωτηθέντες ηλικίας 20-  
ών.

Επίσης δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα δείγματα  
Θήνα – Πάτρα.

## Συζήτηση

Τελειώνοντας θα θέλαμε να επισημάνουμε κάποια σημεία, τα οποία προξένησαν το ενδιαφέρον:

Ο ύπνος – αϋπνία είναι κάτι εντελώς υποκειμενικό, αφού από την σύγχρονη βιβλιογραφία προκύπτει ότι άτομα που κοιμούνται 3 – 4 ώρες, το επόμενο πρωί τους βρίσκει σε πλήρη ευεξία ενώ η αποδοτικότητά τους παρουσιάζεται φυσιολογική. Αντίθετα, άτομα που κοιμούνται πάνω από 9 ώρες το επόμενο πρωί παραπονούνται για την φτωχή ποιότητα του ύπνου τους.

Η αϋπνία αποτελεί σύμπτωμα το οποίο θα πρέπει να αξιολογηθεί από τον νοσηλευτή και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα, για να μην δημιουργηθούν επιπλέον προβλήματα.

Η λύση της αϋπνίας δεν βρίσκεται στην χρήση υπνωτικού αλλά στην σωστή ανίχνευση του αιτίου που την προκαλεί.

Η αϋπνία «πλήττει» όλες τις ηλικίες, ανεξαρτήτου πνευματικού, κοινωνικού επιπέδου, θρησκείας, φυλής ή πολιτικών πεποιθήσεων.

Σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι οι εργάτες βάρδιας (νοσηλευτές) επηρεάζονται από το κυκλικό ωράριο και στις συνήθειες του ύπνου τους. Για τον λόγο αυτό στη Σουηδία οι νυκτερινές βάρδιες κάθε νοσηλευτή το μήνα οριστήκαν από τις 9 στις 2.

Τέλος, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η αϋπνία μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίζεται λόγω του κόστους της θέμα της κοινοτικής νοσηλευτικής, ένας τομέας που παρουσιάζει αργή εξέλιξη στη χώρα μας. Όσον αφορά αυτό το θέμα μας, η πλειοψηφία των συναδέλφων μας έδειξε ενδιαφέρον

λησε να μας βοηθήσει, γιατί η αϋπνία μαστίζει τους περισσότερους από  
ξέβαια δεν έλειψαν απαντήσεις που μας προβλημάτισαν. Ευτυχώς όμως  
ελούν τη μειοψηφία.

Κλείνοντας, ευχόμαστε ότι το ερευνητικό πεδίο της νοσηλευτικής  
ήμης στην Ελλάδα, γρήγορα από τα μικρά βήματα ενός παιδιού, θα  
ωρήσει με τον γοργό και σταθερό δρασκελισμό ενός ενήλικα.

Μοναδικός σκοπός η ανίχνευση των ακριβών αιτίων που αποτέλεσμα  
χει την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την χρησιμοποίηση  
ισοτικών θεραπευτικών σχημάτων με τις πλέον κατάλληλες νοσηλευτικές  
μβάσεις.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Ερωτηματολόγιο αϋπνίας Νοσηλευτών

ΑΡΡΕΝ

ΦΥΛΟ :

ΘΗΛΥ

ΗΛΙΚΙΑ : .....

Οικογενειακή κατάσταση : Άγαμος

Έγγαμος

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Εκπαιδευτικό επίπεδο : Πανεπιστήμιο (Π.Ε. Κατηγορία)

Ανώτερες Σχολές (Τ.Ε. Κατηγορία)

Μέση Εκπαίδευση (Δ.Ε. Κατηγορία)

Χρόνια υπηρεσίας : .....

Νοσηλευτικό Τμήμα: .....

1. Πόσες ώρες κοιμάστε μετά από πρωινή - απογευματινή βάρδια;  
(Νυχτερινός ύπνος) .....



Πόσες ώρες κοιμάστε μετά από νυκτερινή βάρδια; (Νυκτερινός ύπνος)

.....

Κοιμάστε το μεσημέρι;

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

Αν ΝΑΙ, πόσες ώρες ή λεπτά; .....

Νομίζετε ότι γενικά κοιμάστε λιγότερο απ' όσο θα θέλατε;

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

Αν κοιμάστε λιγότερο από όσο θα θέλατε (δηλαδή έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην προηγούμενη ερώτηση), θεωρείτε ότι αυτό σας συμβαίνει επειδή:

α) Δεν είναι επαρκής ο χρόνος (λόγω ασχολιών ή άλλων υποχρεώσεων) που έχετε στη διάθεσή σας για ύπνο :

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

β) Οι εξωτερικές συνθήκες (θόρυβος, θερμοκρασία, κ.λ.π.) δεν σας αφήνουν να κοιμηθείτε όπως θέλετε :

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

γ) Ταλαιπωρείστε από

- πόνους (στα άκρα π.χ.)
- πονοκεφάλους
- κράμπες
- μουδιάσματα
- άσθμα
- λοιπά αναπνευστικά προβλήματα
- ροχαλητό

δ) Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα (π.χ. διαβήτης, υπέρταση, κ.ά.)

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ε) Όταν πέφτετε για ύπνο κάνετε διάφορες δυσάρεστες σκέψεις;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, τι είδους σκέψεις; .....

.....

στ) Για κάποιο λόγο παρουσιάζεται:

- άγχος
- κατάθλιψη
- μελαγχολία
- αγωνία

ζ) Διαταράσσεται ο ύπνος σας όταν σας συμβαίνουν σημαντικά γεγονότα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εαν η απάντηση είναι ναι, παρακαλείσθε να καθορίσετε επακριβώς τη φύση του γεγονότος .....

.....

η) Τα περιστατικά που αντιμετωπίζετε καθημερινά στον εργασιακό σας χώρο, πιστεύετε ότι επηρεάζουν αρνητικά τον ύπνο σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

θ) Έχω τις παρακάτω συνήθειες:

Συνήθεια

Ποσότητα

- κάπνισμα
- καφές
- αλκοολούχα
- ηρεμιστικά
- υπνωτικά
- άλλες φαρμακευτικές ουσίες

6. Συνηθίζετε να κάνετε κάτι πριν πάτε για ύπνο;
- βλέπω τηλεόραση
  - διαβάζω
  - κάνω μπάνιο
  - τρώω
  - πίνω γάλα
  - κάτι άλλο
7. Τι ώρα πέφτετε για ύπνο συνήθως; .....
8. Μετά από πόση ώρα σας παίρνει ο ύπνος (επέλευση ύπνου) αφού ξαπλώσετε στο κρεβάτι; (λεπτά) .....
9. Πως χαρακτηρίζετε (την επέλευση) ;
- α) Πολύ γρήγορη
  - β) Ελαφρώς καθυστερημένη
  - γ) Καθυστερημένη
  - δ) Πολύ καθυστερημένη
  - ή δεν κοιμήθηκα καθόλου
10. Αν απαντήσατε β, γ ή δ πόσες φορές το μήνα σας παρουσιάζεται αυτό  
.....

11. Ξυπνάτε κατά τη διάρκεια της νύχτας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12. Αν ναι, πόσες φορές το μήνα περίπου σας παρουσιάζεται αυτό ;

.....

13. Τι ώρα ξυπνάτε το πρωί συνήθως ;

.....

14. Αν ο ύπνος σας διαταράσσεται είτε από αργή επέλευση του ύπνου είτε από αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας ή και από τα δύο μαζί, η διάθεσή σας κατά την επόμενη ημέρα είναι:

α) Πολύ καλή

β) Καλή

γ) Μέτρια

δ) Κακή

15. Η λειτουργικότητά σας, όχι μόνο στο χώρο εργασίας, κατά την επόμενη μέρα είναι:

α) Πλήρης

β) Ελαφρώς μειωμένη

γ) Αρκετά μειωμένη

δ) Πολύ μειωμένη ή απύσασα

16. Θα χαρακτηρίζατε γενικά την ποιότητα του ύπνου σας:
- α) Ικανοποιητική
- β) Μέτρια
- γ) Μη ικανοποιητική
- δ) Κακή
17. Τι πιστεύετε ότι πρέπει να κάνετε για να βελτιωθεί ο ύπνος σας (ποσοτικά - ποιοτικά) ;
- .....
- .....
18. Με τι ασχολείστε τον ελεύθερο χρόνο σας, εκτός από τις οικογενειακές και επαγγελματικές σας υποχρεώσεις ;
- τηλεόραση  γυμναστική  καλλιτεχν. δραστηριότητες
- ραδιόφωνο  περίπατοι  συμμετοχή σε πολιτιστικές
- διάβασμα  μαγειρική  εκδηλώσεις
19. Αισθάνεστε ικανοποιημένοι από την καθημερινή σας ρουτίνα;
- ΝΑΙ  ΟΧΙ
20. Αισθάνεστε ευεξιακή άνεση όταν ξυπνάτε;
- ΝΑΙ  ΟΧΙ

Σας Ευχαριστούμε  
για τη συνεργασία σας

## ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΑΛΟ ΥΠΝΟ ΤΟ ΒΡΑΔΥ

- Πριν πέσετε για ύπνο, χαλαρώστε. Διαβάστε ένα βιβλίο, ή κάντε κάποια σωματική άσκηση κατά την διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε να νοιώσετε αρκετά κουρασμένος για να επιθυμείτε να αναπαυθείτε το βράδυ. Συχνά, βοηθά ένας περίπατος, μια ώρα πριν απ' τον ύπνο. Αν μπορείτε, αποφύγετε την τηλεόραση.
- Προσπαθήστε να κοιμάστε και να ξυπνάτε σταθερές ώρες, ακόμη και το Σαββατοκύριακο.
- Προσπαθήστε να μην πάτε για ύπνο, αν δεν έχουν περάσει τρεις ώρες απ' το δείπνο. Μην τρώτε το βράδυ λιπαρές, πικάντικες τροφές σε μεγάλη ποσότητα.
- Μην κοιμάστε με άδειο στομάχι. Η πείνα διαταράσσει τον ύπνο σας.
- Μειώστε το κάπνισμα ή κόψτε το. Η νικοτίνη απορυθμίζει το «βιολογικό» μας ρολόι.
- Αποφεύγετε το τσάι, τον καφέ, την κόκα – κόλα. Περιέχουν καφεΐνη, η οποία προκαλεί διέγερση.
- Προτιμήστε πριν τον ύπνο να πιείτε ένα ζεστό γάλα. Το γάλα χαλαρώνει και βοηθά την επέλευση του ύπνου.
- Ένα ζεστό μπάνιο, μπορεί να σας βοηθήσει να χαλαρώσετε.
- Η ικανοποιητική σεξουαλική επαφή έχει συνήθως καταπραυντική επίδραση.
- Εξασφαλίστε θερμοκρασία περιβάλλοντος 16 – 18° C.
- Το στρώμα δεν πρέπει να είναι ούτε πολύ σκληρό ούτε πολύ μαλακό.
- Επίσης, το υπνοδωμάτιο πρέπει να είναι σκοτεινό και ήσυχο.

- Ακολουθείστε τεχνικές χαλάρωσης. Ένας τρόπος χαλάρωσης των μυών είναι να πιέσετε δυνατά για περίπου μισό λεπτό το χέρι σας, εσωτερικά, στην ρίζα του χεριού και στο σημείο στη μέση του.

- Πολλά φάρμακα, όπως τα αντιϋπερτασικά, αντιβηχικά, αντιαλλεργικά κ.α. προκαλούν διαταραχές στον ύπνο. Ρωτήστε τον γιατρό σας.

\* Αν όλα τα μέτρα αποτύχουν, σηκωθείτε απ' το κρεβάτι, αντί να στριφογυρίζετε χωρίς να ξεκουράζεστε και κάντε κάτι εποικοδομητικό. Αν οι αϋπνίες επιμείνουν, δείτε έναν παθολόγο. <sup>(26), (27), (32)</sup>



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Colin M. Shapiro, William C. Dement ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ. BMJ, Ελληνική έκδοση, 11<sup>ο</sup> τεύχος, 2<sup>ος</sup> τόμος Οκτώβριος – Νοέμβριος, 1995, σελ. 10 – 14.
2. ΔΕΕΡΑΚ ΧΟΡΡΑ, Η δημιουργία της Υγείας, 1999, σελ. 61 - 65.
3. Κ. Ρ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ, Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Διαταραχές του Ύπνου, Ιατρικές εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα 1993, σελ. 24 – 103.
4. Άιαν Όσγουολντ, Κέρστιν Άνταμ, Αϋπνία, Χρήσιμες συμβουλές για έναν καλύτερο ύπνο (Υγεία και Ζωή), εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1983, σελ. 9-110.
5. Χρύσα Αρβανίτη, Νευρωνική και Νευροχημική ρύθμιση του ύπνου, 10<sup>ο</sup> ετήσιο πολυθεματικό συμπόσιο ΕΨΨΕΠ, Αθήνα Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, Τόμος 5, Τεύχος 1 (17), σελ. 23.
6. Agamemnon Despotopoulos, Stefan Silbernage, εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Μίφρ. - Επιμέλεια Γ. Κωστόπουλος, Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσα» Αθήνα 1989, σελ. 292 – 293.
7. Damien Heger, Public Health and Insomnia – Economic Impact, Sleep, volume 23, Supplement 3, May 1, 2000, σελ. 69 – 70.
8. Joung Hwang, Richard M Glass, Jeff Molten Tossing and turning with insomnia, Jama, vol. 28, No 11, March 17, 1999.
9. Damien Leger, CHRISTIAN GUILLEMINAULT, JEAN PIERRE DREYFUS, CHANTAL DELAHAYE and MICHEL PAILLARD, edited by J. A. HORNE, Prevalence et Insomnia in a survey at 12778 adults in France, journal at sleep Research, volume 9 Number, 1, March 2000 pages 35 – 42.

10. Annie Altschul, Ruth Simpson, μτφρ. Αναστασία Καραστεργίου, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 109 – 110.
11. Νίκος Μάνος, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις University Studio PRESS, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 273 – 276.
12. Νίκος Μάνος, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις University Studio PRESS, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 352 – 378.
13. Jack D. Edinger and associates. «Insomnia and the Eye of the Beholder: Are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints?» Journal of consulting and clinical psychology, published bimonthly by the American Psychological, August 2000, vol. 68, No 4 pag. 586 – 593.
14. James Walsh and T. Bedirhan Ustun, Prevalence and Health Consequences of Insomnia Sleep, September 15, 1999, volume 22, supplement 3.
15. Shawn R. Currie, Keith G. Wilson, Amanda J. Pontefract and Lori Delaplante. Cognitive – Behavioral treatment of Insomnia secondary to chronic pain, journal of Consulting and Clinical Psychology, June 2000, vol. 68, No 3 pag. 407 – 416,
16. Lavie – Peretz, Berris – Anthony, the enchanted world of sleep, New Haven, CT, USA: Yale University Press, 1996.
17. David Fontana Μτφρ. Μανίνα Τερζίδου, Άγχος... και αντιμετώπισή του,
18. Γ. Ν. Χριστοδούλου, Κατάθλιψη, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1998, σελ. 115 – 120.
19. Kenneth L. Lichstein, Brant W. Riedel, Kristin W. Lester, R. Neal Aguillard, occult sleep Apnea in a Recruited Sample of Older Adults with

- Insomnia, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, No 3, June 1999 pag. 405 – 410.
20. Robert e. Roberts, Sarah Shema, George Kaplan et al Sleep Complaints and Depression in a Aging Cohort: A Prospective Perspective, *The American Journal of Psychiatry* January 2000, 157:1, pag. 81 – 87.
21. Nia A. Pryde, Night Nursing for Trainees: Living up to the Image, *International nursing review*, May – June 1987, vol. 34, No 3 Issue 273, pag. 30 – 83.
22. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 2<sup>η</sup> εκδόσεις «Η Ταβίθα», Αθήνα 1997, σελ. 204 – 205.
23. James K. Walsh, Ph.D. and Paula K. Schweitzer, Ph.D. Ten – Year Trends in the Pharmacological treatment of Insomnia, *Journal of sleep and sleep disorder research* volume 22, No 3 May 1999, pag. 371 – 375.
24. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, εκδόσεις «Η Ταβίθα», Αθήνα 1996, σελ. 75 – 89.
25. Josette Lyon, 101 συμβουλές για να καταικήσετε την αϋπνία, εκδόσεις ΦΥΤΡΑΚΗΣ – HACHETTE, Αθήνα 1985.
26. Σοφία Νέτα, Αϋπνία: Η ασθένεια των προσωπικοτήτων, *Ελευθεροτυπία*, Σάββατο 22 Ιουλίου 2000, σελ. 48 – 49.
27. Tony Smith, The Dorling Kindersley, Guide, Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός, εκδόσεις Γιαλλέλη, Επιστημονική επιμέλεια ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ, 1993, σελ. 19 – 21.
28. Michael F. LONG, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΑΡΟΥΧΑΚΗΣ. Ύπνος (ένα μυστήριο τυλιγμένο στο σκοτάδι). *Experiment*, Καλοκαίρι 1994, σελ. 2 – 46.

29. Χρυσάνθη Δημ. Πλατή. Ειδικά κλινικά προβλήματα, Νοσηλευτική προσέγγιση, Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Αθήνα 1998, σελ. 125-156.
30. Κ. Ρ. Σολδάτος. Κατάθλιψη, 22<sup>ο</sup> ετήσιο Πανελλήνιο ιατρικό συνέδριο, ιατρική εταιρεία Αθηνών, Copyright ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα Μάιος 1996.
31. Μάνος Α. Αλχανάρης, Διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο (από τη θεωρία στην κλινική πράξη), Ιατρικές εκδόσεις Π. Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 164 – 166.
32. Φωτεινή Βασιλοπούλου «Τι μπορεί να ταράζει τον ύπνο σου in situ τεύχος 47, Μάρτιος 2001 σελ. 68 – 73.

