

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΜΠΡΑΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΝΤΕΛΛΗ ΠΑΥΛΙΝΑ
ΤΑΜΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Dr. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2001

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΫΠΝΙΑΣ	4
1.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ.....	4
1.3. ΕΙΔΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΠΝΟΥ	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ.....	6
2.1.1 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....	6
2.1.2. ΗΛΙΚΙΑ	6
2.1.3 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ.....	7
2.1.4 ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	7
2.2. ΚΥΚΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.....	7
2.3. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.....	8
2.3.1. ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ NREM.....	8
2.3.2. ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ REM.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

3.1. ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ.....	11
3.2. ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ	12
3.3. ΑΥΠΝΙΑ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	12
3.4 ΑΫΠΝΙΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ.....	13
4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	13
4.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM – IV	14
4.4. ΑΛΛΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

5.1. ΗΛΙΚΙΑ	16
5.1.1. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ.....	16
5.1.2. ΝΕΟΙ.....	17
5.2. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	19
5.2.3. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.....	19
5.4. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΧΟΡΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	19
5.5. ΔΙΑΦΟΡΑ ΩΡΑΣ.....	20
5.6. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	20
5.6.1 ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	20
5.6.2. ΚΑΦΕΙΝΗ.....	21
5.6.3. ΑΛΚΟΟΛ.....	21
5.6.4. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	22
5.7. ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΖΩΗ – ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ	23

5.8.	ΦΑΡΜΑΚΑ	23	
5.9.	ΓΕΝΙΚΑ.....	24	
5.10.	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	25	
5.11.	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΙΣ	26	
5.1.2.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	26	
5.13.	ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ.....	26	
5.14.	ΑΥΠΝΙΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ.....	27	
5.15.	ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟΣ ΥΠΝΟΣ.....	28	
5.16.	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	28	
5.17.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	28	
5.18.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	28	
5.19.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	29	
5.20.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	29	
5.21.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΑΫΠΝΙΑ	29	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο			
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ			
6.1.	ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	30	
6.2	ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ.....	30	
6.3	ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ.....	30	
6.3.1	ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	30	
6.3.2	ΑΝΑΚΑΛΥΨΤΕ ΤΡΟΠΟΥΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ.....	31	
6.3.3	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	32	
6.3.4	ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΑΛΚΟΟΛ.....	33	
6.3.5	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.....	33	
6.3.6	ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΕΧΝΙΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ.....	33	
6.4	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	35	
6.5.....	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	35	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο			
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΠΝΙΑ			
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο			
ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....			44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9			
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ.....			46
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>			
1.ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....			49
<u>Α ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.....</u>			<u>51</u>
<u>Β ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ.....</u>			<u>51</u>
<u>2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</u>			<u>52</u>
<u>ΣΥΣΧΕΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....</u>			<u>73</u>
<u>3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</u>			<u>82</u>
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</u>			<u>84</u>
<u>SUMMARY.....</u>			<u>84</u>
ΠΑΡΑΡΤΗΝΑ Α.			
<u>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</u>			
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β			
<u>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟ ΕΕΓ*.....</u>			<u>92</u>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....			93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ

Η αϋπνία δεν είναι αρρώστια, είναι μία ενόχληση, τίποτα παραπάνω από ένα κοιλόπονο. Όπως ακριβώς ο κοιλόπονος, έτσι και η αϋπνία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών αιτιών. Ένας απλός πόνος, όπως και η αϋπνία, αποκτά την κοινωνική της διάσταση προκαλώντας την προσοχή των άλλων ανθρώπων. Εκείνοι που πάσχουν από αϋπνία όπως και εκείνοι που έχουν κάποιο φυσικό πόνο, επιζητούν τη συμπάθεια και τη φροντίδα της οικογένειας και των φίλων, και όταν το πρόβλημα γίνεται ανυπόφορο, του οικογενειακού γιατρού².

Επίσης με τον όρο «αϋπνία» μπορεί να εννοηθεί το δύσκολο αποκοίμισμα, το πρόωρο ξύπνημα, τα συχνά ξυπνήματα τη νύχτα και τέλος η πλήρης έλλειψη νυκτερινού ύπνου³.

Η παροδική δυσκολία του ύπνου δεν μπορεί να θεωρηθεί υποχρεωτικά ως αϋπνία. Αναμφισβήτητα όμως, αϋπνία είναι η σταθερή μείωση της ποσότητας του ύπνου επί μεγάλο χρονικό διάστημα ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία κάποιου εμφανούς αιτίου. Που όμως τοποθετείται τοδιαχωριστικό χρονικό όριο πέρα από το οποίο ισχύει η διάγνωση της αϋπνίας;

1.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ

Ένα άλλο σημαντικό ερώτημα, που αναφέρεται στον ορισμό τη αϋπνίας, αφορά τη σχέση ποσότητας και ποιότητας του ύπνου. Μερικοί κοιμούνται αρκετές ώρες το 24ωρο, ίσως περισσότερες απ' όσες οι πιο πολλοί στο περιβάλλον τους. Όμως παραπονούνται ότι δεν ευχαριστιούνται τον ύπνο, δεν τον «χορταίνουν»: ξυπνούν και νοιώθουν σαν να κοιμήθηκαν ελάχιστα. Άλλοι πάλι συνηθίζουν να κοιμούνται γύρω στις 5 ώρες το 24ωρο και δεν έχουν απολύτως κανένα πρόβλημα. Μερικές φορές μάλιστα, νοιώθουν άσχημα αν κοιμηθούν περισσότερο απ' όσο συνηθίζουν.

Ασφαλώς, η κακή ποιότητα του ύπνου θα πρέπει να θεωρείται αϋπνία, όχι όμως και υποχρεωτικά η μειωμένη ποσότητά του, όταν το υποκείμενο αξιολογεί την ποιότητα ως ικανοποιητική. Παρά ταύτα θα μπορούσε κανείς να διερωτηθεί ποια είναι η σχετική αξία της

υποκειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου σε σύγκριση με τη σαφώς αντικειμενικότερη αξιολόγηση της ποσότητας για τον καθορισμό της αϋπνίας ως κλινικής οντότητας¹;

1.3. ΕΙΔΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΠΝΟΥ

Υπάρχουν δυο κατηγορίες προβλημάτων στον ύπνο. Στο πρώτο είδος το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί. Αγωνιώδεις ή ανόητες σκέψεις γυρίζουν στο μυαλό - το μυαλό γυρίζει ξέφρενο, σαν να έχει φύγει απ' την τροχιά του. Στο δεύτερο είδος αϋπνίας, το άτομο κοιμάται σχεδόν αμέσως μόλις ξαπλώσει στο κρεβάτι αλλά μετά από δύο-τρεις ώρες ξυπνά και μετά δεν ξανακοιμάται εύκολα⁴.

Τα προβλήματα είναι πολύπλοκα, αλληλοσυνδεόμενα και συνεπώς δυσεπίλυτα. Συχνά διατυπώνονται αντιτιθέμενες απόψεις. Μερικές φορές μάλιστα, εξωεπιστημονικές θεωρήσεις υπεισέρχονται στην καθημερινή κλινική πράξη και μπορεί ακόμη να επηρεάσουν την ερμηνεία των ερευνητικών δεδομένων. Οι πληροφορίες που παρατίθενται, σκοπό έχουν την κατά το δυνατό μείωση της ασάφειας και τη διευκόλυνση του κλινικού, στο δύσκολο έργο της αντιμετώπισης του ασθενούς του, που πάσχει από αϋπνία¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Ο ύπνος μπορεί να θεωρηθεί σαν μια αφαίρεση⁵, είναι μια κατάσταση που την χαρακτηρίζει εξαιρετικά μειωμένη σωματική δραστηριότητα και σχεδόν ανύπαρκτη αντίληψη του περιβάλλοντος. Ο ύπνος είναι μια ενεργητική και όχι παθητική λειτουργία, που χαρακτηρίζεται από μια οργανωμένη διάδοχη φυσιολογικών συμβάντων. Ο καθένας έχει τη δική του «φυσιολογική διάρκεια ύπνου». Μερικές νύχτες στη σειρά με μια ώρα ύπνου λιγότερο από το συνηθισμένο προκαλούν αναπόφευκτα υπνηλία και ελαττωμένη αποδοσή κατά την διάρκεια της ημέρας. Αντίστροφα, μερικές νύχτες με μια ώρα ύπνο περισσότερο από όσο χρειάζεται το άτομο προκαλούν αϋπνία και συχνά ξυπνήματα την νύχτα ιδίως τις πρωινές ώρες.

Οι διαφορές στις ανάγκες ύπνου από άτομο σε άτομο έχουν βιολογικούς λόγους και καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό⁶:

2.1.1. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Σκοπός του ύπνου είναι να δώσει μια ευκαιρία για ανάπαυση στη στοχαστική λειτουργία που είναι κοινωνικά προσαρμοσμένη και απαραίτητη στην ομαδική ζωή καθώς και στα όργανα αισθήσεων, τους μεσάζοντες αυτούς ανάμεσα μας και στο περιβάλλον⁵.

2.1.2. ΗΛΙΚΙΑ

Ο βιολογικός κρίκος που ρυθμίζει ύπνο και εγρήγορση διαρκεί 24 ώρες. Αυτό ακριβώς αλλάζει ο αγγλικός όρος για αυτό το ρυθμό «circadian rhythm»: περίπου μια μέρα, από της λατινικές λέξεις “circa” (περίπου) και “dies” (ημέρα). Στην πραγματικότητα αυτός ο ρυθμός διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες. Ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και τις βιολογικές διακυμάνσεις η διαφορά από 15-75 λεπτά τις ώρας. Η διάρκεια του κύκλου είναι μακριότερη στους νέους και έχει την τάση να γίνεται βραχύτερη με την πρόοδο της ηλικίας. Έτσι, αν μας έλειπαν τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος ή αν δεν έπρεπε να ξυπνήσουμε μια ώρα το πρωί, θα πηγαίναμε στο κρεβάτι κάθε νύχτα λίγο αργότερα και θα ξυπνούσαμε επίσης κάθε μέρα πιο αργά⁷.

2.1.3. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Ο “circadian rhythm” σχετίζεται με εσωτερικές ταλαντεύσεις φυσιολογικών παραμέτρων του σώματος, οι οποίες συντελούν σε ψυχικές και φυσιολογικές μεταβολές. Η επίδραση του βιολογικού κύκλου στη ζωή του ανθρώπου είναι προφανής. Ερευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι οι άνθρωποι λειτουργούν διαφορετικά σε διαφορετικές ώρες τις ημέρας. Για παράδειγμα, μερικοί αποδίδουν καλύτερα το πρωί, ενώ άλλοι εργάζονται πιο αποδοτικά το απόγευμα. Ακόμα, συμπτώματα διαφορετικών νοσημάτων, όπως ο πόνος του γλαυκώματος, οι αναπνευστικές δυσχέρειες του άσθματος κλπ. εμφανίζονται οξύτερα σε συγκεκριμένες ώρες του 24ωρου.

2.1.4 .ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ο βιολογικός ρυθμός του ύπνου συχνά συγχρονίζεται και με άλλες λειτουργίες του σώματος. Όπως, αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματος σχετίζονται με τον τύπο του ύπνου. Όταν ο ύπνος διακοπεί π.χ. από περιβαλλοντικά αίτια κλπ τότε θα αλλάξουν και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες.

2.2. ΚΥΚΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η κυκλική φάση του ύπνου ελέγχεται από δυο περιοχές του εγκεφαλικού στελέχους:

- α) Το δικτυωτό ενεργοποιό σύστημα (ΔΕΣ), που βρίσκεται στο στέλεχος του εγκεφάλου, στο νωτιαίο σωλήνα και στο φλοιό του εγκεφάλου,
 - β) Στη συγχρονιστική περιοχή του βολβού (ΣΠΒ).
- Και τα δυο συστήματα εργάζονται εναλλακτικά δραστηριοποιώντας ή καταστέλλοντας τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα ⁸.

Ο ενδογενής ημερήσιος ρυθμός στο μεγαλύτερο μέρος του σχετίζεται με τον υποθάλαμο (SCN) που βρίσκεται κοντά στα οπτικά κέντρα. Για του ομαλούς ρυθμούς που προωθούν στο ξύπνημα και τον ύπνο το SCN είναι το κλειδί για την ομαλότητα του ύπνου. Είναι πρόσφατα αναγνωρισμένο ότι ο ρυθμός των δυσλειτουργιών του ύπνου σχετίζεται με τον ημερήσιο ρυθμό ή την έλλειψη συντονισμού του κύκλου ξύπνημα – ύπνου με τον προσωπικό ημερήσιο ρυθμό. Η κανονική περίοδος του κυκλικού ρολογιού είναι φυσιολογικά ελαφρά μακρύτερη από 24 ώρες. Εξωτερικοί παράγοντες όπως οι δουλειές με βάρδιες μπορούν να αποσυντονίσουν τον κύκλο ξύπνημα – ύπνου και τον ημερήσιο ρυθμό που οδηγείται από το SCN ⁹.

Με τη συνεχή καταγραφή των ηλεκτρικών κυμάτων από των εγκέφαλο (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ΗΕΓ – Βλέπε στο παράρτημα πίνακα μεταβλητών), της ηλεκτρικής δραστηριότητας των μυών (ηλεκτρομυογράφημα, ΗΜΓ) και των οφθαλμικών κινήσεων (ηλεκτροφθαλμογράφημα, ΗΟΓ), με την ταυτόχρονη μέτρηση της συχνότητας των αναπνευστικών κινήσεων και της καρδιακής, καθώς και της αρτηριακής πίεσεως, λαμβάνονται σημαντικά πληροφοριακά στοιχεία τόσο για τις διάφορες μορφές του ύπνου, όσο και για τη φύση των διαταραχών του. Για τις μελέτες αυτές τα ηλεκτρόδια για το ΗΕΓ τοποθετούνται στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής, για το ΗΟΓ στο δέρμα κατά τον έξω κανθό και στα δυο μάτια και για το ΗΜΓ στο δέρμα που καλύπτει το γενειακό μυ (στο πηγούνι).

Η χαρακτηριστική μορφή του ΗΕΓ κατά την εγρήγορση, με τα μάτια κλειστά, έγκειται σε ημιτονοειδή άλφα ρυθμό, συχνότητας 8 έως 12 Hz σε συνδυασμό με χαμηλής τάσεως ταχεία (βήτα) δραστηριότητας μεικτής συχνότητας (13 έως 22 Hz). Το ΗΜΓ εμφανίζει υψηλού εύρους τονική δραστηριότητα. Διακρίνονται δύο ιδιαίτερες φάσεις ύπνου, ο ύπνος χωρίς ταχείες κινήσεις των ματιών (Non Rapid Eye Movement Sleep, NREM) και ο ύπνος με ταχείες κινήσεις των ματιών (Rapid Eye Movement Sleep, REM).

2.3. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

2.3.1. ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ NREM

Ο ύπνος NREM εμφανίζει τέσσερα στάδια. Το στάδιο I χαρακτηρίζεται από χαμηλής τάσεως, μεικτής συχνότητας ΗΕΓ δραστηριότητα, που συνοδεύεται από βραδείες, «κυλιόμενες» κινήσεις των ματιών που αναγράφονται στο ΗΟΓ. Στο ΗΜΓ εμφανίζονται δυναμικά με μάλλον μεγάλο εύρος, αλλά με μικρότερο μέγεθος από αυτό που παρατηρείται σε εγρήγορση. Το στάδιο II αντιπροσωπεύεται στο ΗΕΓ από χαμηλή τάση στο ΗΕΓ, που διακόπτεται κάθε τόσο από βραχείας διάρκειας (0,2 έως 0,75 sec) εκπομπή με υψηλή τάση (συμπλέγματα K) και «κορυφαία» κύματα, καθώς και μικρού έως μέτριου εύρους δυναμικά («άτρακτοι ύπνου»), που εμφανίζουν συχνότητα παλμών 12 έως 15 Hz. Ο ύπνος του σταδίου III χαρακτηρίζεται από υπόστρωμα κυμάτων θήτα (5 έως 7 Hz) και δέλτα (1 έως 3 Hz), καθώς και από συμπλέγματα K και «ατράκτους ύπνου». Η δραστηριότητα αυτή με τα βραδέα κύματα μεγάλου εύρους καταλαμβάνει 20 έως 50 τοις εκατό της εγγραφής. Το στάδιο IV του

ύπνου χαρακτηρίζεται από μεγάλο εύρος (75 μ V ή και μεγαλύτερου) κύματα δέλτα. Οι «άτρακτοι» ύπνου είναι σπάνιες. Η δραστηριότητα δέλτα καταλαμβάνει τα 50% ή και περισσότερο από εγγραφή. Κατά τη διάρκεια του κάθε σταδίου του ύπνου NREM παρατηρούνται χαμηλής τάσεως δυναμικά από τους μυς. Οι κινήσεις των ματιών είναι σπάνιες και ελλείπουν εντελώς στα στάδια III και IV.

2.3.2. ΥΠΝΟΣ ΤΥΠΟΥ REM

Η μετάπτωση στον ύπνο REM εμφανίζεται αιφνίδια και χαρακτηρίζεται από μεταβολή στο ΗΕΓ, που έγκειται σε χαμηλής τάσεως, υψηλής συχνότητας (8 έως 22 Hz) δραστηριότητα, που μοιάζει πάρα πολύ με αυτή, που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της εγρηγόρσεως ή του ύπνου στο στάδιο I. Εντούτοις, συχνά παρατηρούνται επίσης πριονωτά κύματα, μετρίου εύρους, με συχνότητα 3 έως 5 Hz και τριγωνική μορφή. Στο ΗΟΓ εμφανίζονται ομάδες από συζυγείς κινήσεις των οφθαλμών προς όλες τις κατευθύνσεις (δραστηριότητα REM). Η ηλεκτρομυογραφική (ΗΜΓ) δραστηριότητα ελλείπει εντελώς ή είναι σημαντικά ελαττωμένη, επίδραση που οφείλεται σε κατιούσα αναστολή της εκπομπής των κινητικών μονάδων, που προέρχονται από τον δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Απουσιάζουν επίσης τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά¹⁰.

Το στάδιο REM πιστεύεται ότι παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην αναζωογόνηση του εγκεφάλου, ενώ όταν ξυπνάμε από αυτό το στάδιο μπορούμε να θυμηθούμε και τα όνειρά μας. Επίσης, σε αυτό το στάδιο τα μάτια κινούνται προς όλες τις κατευθύνσεις γρήγορα, η αναπνοή γίνεται πιο ακανόνιστη και ανεβαίνουν οι καρδιακοί παλμοί και η αρτηριακή πίεση¹¹.

Ο ύπνος REM εναλλάσσεται με ύπνο NREM κάθε 90 έως 100 λεπτά περίπου, η Δε πρώτη περίοδος ύπνου REM εμφανίζεται συνήθως 90 έως 100 λεπτά μετά από την έναρξη του ύπνου¹⁰. Αν το άτομο ξυπνήσει πριν περάσουν 90 με 100 λεπτά ύπνου έχουμε ως αποτέλεσμα άγχος, ευερεθιστικότητα, εχθρικότητα και ακουστικές ή οπτικές παραισθησεις¹². Η πλήρης αλληλοδιαδοχή των μεταπτώσεων στα στάδια I, II, III και IV του ύπνου NREM εμφανίζεται κατά τρόπο τυπικό μετά από την επέλευση του ύπνου, ακολουθεί Δε αντίστροφη διαδοχική μετάπτωση στα στάδια IV, III και II για να εμφανιστεί ο ύπνος REM. Ο φυσιολογικός νυκτερινός ύπνος αποτελείται από τρεις έως πέντε τέτοιους εναλλασσόμενους κύκλους, που χαρακτηρίζονται, όσο προχωρεί η νύκτα, από αύξηση της διάρκειας και της εκατοστιαίας αναλογίας της περιόδου του ύπνου REM. Τα στάδια III και IV εμφανίζονται κατά κύριο λόγο κατά τη διάρκεια του πρώτου τρίτου της περιόδου του ύπνου. Ο ύπνος

του σταδίου I καταλαμβάνει φυσιολογικά ποσοστό περίπου 5 έως 10% της ολικής διάρκειας του ύπνου, ο του σταδίου II ποσοστό 50%, ο του σταδίου III ποσοστό 15% περίπου, ο του σταδίου IV ποσοστό 10% περίπου και ύπνος REM ποσοστό γύρω στα 20%.

Κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού ύπνου παρατηρούνται και διάφορες κυκλικές μεταβολές, που αφορούν το αυτόνομο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Η αρτηριακή πίεση, καθώς και ο ρυθμός της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, ελαττώνονται προοδευτικά κατά τα στάδια του ύπνου NREM. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια του ύπνου REM παρατηρούνται απότομες αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσεως, της συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας και των αναπνευστικών κινήσεων, καθώς και στύση του πέους. Αναφορικά με τις ενδοκρινικές λειτουργίες, παρατηρείται μεγάλη αύξηση της εκκρίσεως της αυξητικής ορμόνης κατά τις 2 πρώτες ώρες του ύπνου που συνήθως, όχι όμως απόλυτα, συσχετίζονται με τα στάδια III IV. Η έκκριση της ACTH και της κορτιζόνης υφίσταται σειρά από αλληπάλληλες αυξήσεις κατά τη διάρκεια του τελικού μισού χρονικού διαστήματος ύπνου της νύκτας.

Το αθροιστικό αποτέλεσμα της εκκριτικής αυτής δραστηριότητας είναι τι αίτιο των υψηλών συγκεντρώσεων των γλυκοκορτικοστεροειδών που παρατηρούνται κατά την αφύπνιση και που αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα του διήμερου ρυθμού λειτουργίας υποφύσεως - φλοιού επινεφριδίων. Η έκκριση της προλακτίνης, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, αυξάνεται κατά τη νύκτα, με αποτέλεσμα η συγκέντρωση της ορμόνης αυτής στο πλάσμα να εμφανίζει τη μέγιστη τιμή της αμέσως μετά από την επέλευση του ύπνου. Αποδείχθηκε επίσης ότι προκαλείται αύξηση που σχετιζόμενη με τον ύπνο αύξηση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια¹⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορα κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα έχουν δείξει ότι περίπου ένα 20 με 30% των ατόμων όλων των ηλικιών δεν είναι ικανοποιημένα με την ποσότητα και/ή την ποιότητα του ύπνου τους¹. Ο μισός σχεδόν πληθυσμός της Γης υποφέρει από προβλήματα ύπνου κάποια στιγμή στη ζωή του, με αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή του ζωή¹⁴. Αναφέρεται ότι σε κάποια φάση της ζωής του, περίπου ένας στους τρεις ανθρώπους αντιμετωπίζει συνεχή δυσκολία στον ύπνο, διαταραχή γνωστή και ως αυπνία¹⁵. Έτσι επί πολλά χρόνια η συχνότητα της αυπνίας 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 αυπνία ως πρόβλημα ιατρικό, η συχνότητά της βρέθηκε να φτάνει περίπου το 10% του γενικού πληθυσμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν πάσχοντες από αυπνία υποβλήθηκαν σε νέα συνέντευξη ένα χρόνο μετά την πρώτη, περίπου το ένα τρίτο από αυτούς βρέθηκαν να πάσχουν ακόμη από αυπνία. Φαίνεται λοιπόν ότι η αυπνία είναι ένα συχνό ιατρικό πρόβλημα και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις καθίσταται χρόνια κατάσταση.

3.1. ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Η αυπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες, σε ποσοστό αντιστοιχίας 7 η 8 γυναίκες προς ένα άντρα, οι λόγοι για αυτή την ανισότητα είναι άγνωστοι. Η εμμηνόπαυση, τα παιδιά που φεύγουν από το πατρικό σπίτι αφήνοντας «άδεια φωλιά» η άλλες επιδράσεις που οφείλονται στον κύκλο της ζωής, παίζουν ίσως κάποιο ρόλο. Γενικά όμως λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ηλικίες, οι άνδρες κοιμούνται κατά μέσον όρο λιγότερο από τις γυναίκες⁷.

3.2. ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Η αϋπνία είναι συχνότερη στα ηλικιωμένα άτομα, σε αυτούς που παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές και στα άτομα που έχουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα αϋπνίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών¹. Συμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν για την Ευρώπη, το 66% των ατόμων που πάσχουν είναι γυναίκες, ενώ το 39% του συνόλου αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα αϋπνίας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η αϋπνία διαρκεί το πολύ, περισσότερο από 12 μήνες. Επίσης, η δυσκολία στην έλευση του ύπνου είναι το πιο συχνό πρόβλημα¹¹. Η αρνητική αυτή επίδραση της ηλικίας στον ύπνο φαίνεται να είναι ακόμη ισχυρή σε καταστάσεις χρόνιας αϋπνίας, δηλαδή, όταν ο εξεταζόμενος αναφέρει την αϋπνία ως πρόβλημα σε δυο χρονικά σημεία απέχοντα μεταξύ τους ένα έτος. Ακόμη θα πρέπει να σημειωθεί ότι άτομα τα οποία ανέπτυξαν αϋπνία κατά τη διάρκεια του ενός έτους.

3.3. ΑΥΠΝΙΑ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ

Η αϋπνία είναι συνήθως σύμπτωμα μιας άλλης διαταραχής, η οποία τις περισσότερες φορές είναι ψυχιατρική. Επίσης μπορεί να σχετίζεται με κάποιο περιβαλλοντικό εκλεκτικό παράγοντα η με μια ψυχοπιεστική κατάσταση. Όταν έρθει το εξωγενές αίτιο ή παρέλθει η τυχούσα πρωτογενής διαταραχή η αϋπνία συνήθως υποχωρεί, όμως πολλές φορές αυτονομείται νοσολογικά όπως όταν είναι έντονη και χρόνια, οπότε ο ασθενής επικεντρώνει την προσοχή του σε αυτή η όταν συνεχίζεται ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία η πρωτογενής διαταραχή παύει να υφίσταται¹.

3.4. ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Γενικότερα η αϋπνία δεν είναι μόνο κουραστική αλλά και επικίνδυνη, όπως υπογράμμισε ο γερμανός καθηγητής Goran Hajak (διάσημα) ατυχήματα όπως αυτό στο πυρηνικό εργοστάσιο του Chernobill και η έκρηξη του διαστημικού λεωφορείου Challenger σε λάθη εργαζομένων που είχαν μείνει άπνιοι. Υπολογίζεται ότι το 50% των ατυχημάτων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της νύχτας οφείλονται σε έλλειψη ύπνου, ενώ το 2-8 % όσον υποφέρουν από αϋπνία έχουν πάθει τουλάχιστον μια φορά ατύχημα¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

Στα τέλη της δεκαετίας του εβδομήντα μια ομάδα ερευνητών του ύπνου παρουσίασε μια ευρεία διαγνωστική ταξινόμηση των διαταραχών του ύπνου η οποία στηριζόταν κυρίως στη μελέτη ασθενών στο εργαστήριο ύπνου. Στα πλαίσια αυτής της μεγάλης διαγνωστικής ταξινόμησης η διάγνωση της αϋπνίας γινόταν κυρίως ή σχεδόν αποκλειστικά βάσει νευροφυσιολογικών ευρημάτων στο εργαστήριο ύπνου. Έτσι, σημαντικά κλινικά στοιχεία τα οποία ήταν σχεδόν αυτονόητα για τη διάγνωση της αϋπνίας ετίθετο στο περιθώριο. Σε αντίθεση μ' αυτή την προσέγγιση, μερικοί γιατροί-ερευνητές οι οποίοι είχαν ασχοληθεί επί πολλά έτη με την αντιμετώπιση ασθενών με διαταραχές του ύπνου και κυρίως με αϋπνία έθεσαν σε αμφισβήτηση την εργαστηριακή διάγνωση της αϋπνίας και πρόβαλλαν τη χρησιμότητα των κλινικών της χαρακτηριστικών, μετά από πολλές διαβουλεύσεις, η Αμερικανική ψυχιατρική εταιρία πρώτη υιοθέτησε στη δική της ταξινόμηση το 1985 μια καθαρά κλινική διαγνωστική προσέγγιση της διαταραχής της χρόνιας αϋπνίας και ουσιαστικά απέρριψε την εργαστηριακή της διάγνωση. Η κλινική προσέγγιση στη διάγνωση της αϋπνίας υιοθετήθηκε και στην πρόσφατα εκδοθείσα δέκατη αναθεώρηση της διεθνούς ταξινόμησης νόσων (ICD-10).

4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

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

- Ο ασθενής παραπονείται για δυσκολία στην επέλευση ή συντήρηση του ύπνου ή για κακή ποιότητα ύπνου. Είναι φανερό ότι αυτό που μετράει για τη διάγνωση είναι το να παραπονείται ο ασθενής για τον ύπνο του. Η ποσότητα του ύπνου είναι πράγματι μειωμένη συνήθως. Όμως δεν είναι μόνον η ποσότητα που λαμβάνεται υπόψη για τη διάγνωση. Κακή ποιότητα ύπνου, που είναι βέβαια υποκειμενική, αρκεί για να τεθεί η διάγνωση.
- Διάρκεια μεγαλύτερη του μηνός και συχνότητα τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα. Η παροδική αϋπνία, που είναι σε πολλές

περιπτώσεις αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής εμπειρίας μάλλον παρά διαταραχή καθαυτή, δεν δικαιολογεί ανεξάρτητη διάγνωση. Για να διαγνωστεί αϋπνία, η διαταραχή του ύπνου πρέπει να είναι παρούσα πάνω από τρεις νύχτες την εβδομάδα και επί τέσσερις εβδομάδες τουλάχιστον.

- Υπεραπασχόληση με την έλλειψη ύπνου. Ο ασθενής υπεραπασχολείται με την αϋπνία του και εκφράζει υπερβολικούς φόβους για τις συνέπειες της στην υγεία του και στην εν γένει συμπεριφορά του.
- Πρόκληση δυσφορίας. Ο ασθενής θα πρέπει να δυσφορεί εξαιτίας της αϋπνίας και να παραπονείται ότι επηρεάζεται δυσμενώς η λειτουργικότητα του κατά τη διάρκεια της ημέρας. Διαφορετικά είναι πιθανό ότι πρόκειται για άτομο που είναι απλώς συνηθισμένο να κοιμάται λίγο.

Οι περισσότεροι ασθενείς με αϋπνία παραπονούνται για δυσκολία επέλευσης του ύπνου, η οποία συχνά συνδυάζεται με δυσχέρεια συντήρησης του ύπνου ή πολύ νωρίς αφύπνιση το πρωί. Η ηλικία έναρξης της αϋπνίας είναι συνήθως πριν από τα 40, μάλιστα όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης, τόσο συχνότερη είναι η δυσκολία επέλευσης του ύπνου ως προέχουσα διαταραχή¹.

4.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM – IV

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – IV για την πρωτοπαθή αϋπνία είναι : Το προεξάρχον ενόχλημα είναι η δυσκολία στην έναρξη ή τη διατήρηση του ύπνου ή ο ύπνος που δεν ξεκουράζει, για τουλάχιστον ένα μήνα

- Η διαταραχή του ύπνου (ή η κόπωση στη διάρκεια της ημέρας που συνδέεται με αυτή) προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό τομέα ή ακόμη και σε άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την πορεία μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ένα παραλήρημα).
- Η διαταραχή του ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την πορεία της ναρκοληψίας, της διαταραχής του Κιρκαδιανού ρυθμού του ύπνου ή μιας παραϋπνίας.
- Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης κάποιο φάρμακο) ή μιας γενετικής ιατρικής κατάστασης¹⁶.

4.4. ΑΛΛΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι πάσχοντες από αϋπνία αναφέρουν ότι κατά την κατάκλιση εμφανίζουν αίσθημα εσωτερικής τάσης, άγχος και σωρεία σκέψεων γύρω από τα προσωπικά τους προβλήματα, τη δουλεία τους, την υγεία τους και το θάνατο. Προπαντός όμως απασχολούνται με τη σκέψη μήπως δεν κοιμηθούν αρκετά. Από ψυχοφυσιολογικής πλευράς εμφανίζουν αύξηση του καρδιακού ρυθμού, του μυϊκού τόνου, της θερμοκρασίας και της περιφερικής αγγειοσύσπασης ¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

5.1. ΗΛΙΚΙΑ

5.1.1. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

συνολικός χρόνος του ύπνου τους είναι συντομότερος σε σχέση με Σε προχωρημένη ηλικία συναντούμε τακτικά το φαινόμενο της αϋπνίας που προέρχεται από την αρτηριοσκλήρυνση των αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου¹⁷. Τα αίτια συνδέονται με οργανικές παθήσεις (προβλήματα καρδιάς, αναπνευστικά, γαστρεντερικά, ουρολογικά), με την λήψη φαρμάκων που παρεμβαίνει στο φυσιολογικό ρυθμό ύπνου – εγρήγορσης (κορτικοστεροειδή, αντιαρρυθμικά) ή με λανθασμένες συνήθειες ζωής όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ο καθηγητής πολλοί ηλικιωμένοι λαγοκοιμούνται όλη την ημέρα, ενώ το βράδυ πέφτουν για ύπνο από νωρίς και παραπονιούνται επειδή δεν τους πιάνει ο ύπνος.

Είναι γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται για τον ύπνο τους περισσότερο από τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Ξυπνούν συχνότερα κατά την διάρκεια της νύχτας, σηκώνονται νωρίς το πρωί, ενώ ο εκείνον ενός νέου ατόμου. Σημειώνεται ότι η κατάθλιψη, που διαπιστώνεται στο 10 – 20 % των ατόμων άνω των 60 ετών, και άλλες ασθένειες όπως η Άλτσχαιμερ προκαλούν προβλήματα στον ύπνο¹¹.

Καθώς οι άνθρωποι πλησιάζουν στα γηρατειά, το να μην ευχαριστιούνται με τον ύπνο τους, γίνεται περισσότερο κοινό. Αυτό αντανakλάται στον αυξημένο αριθμό συνταγών για υπνωτικά χάπια που δίνονται από τους γιατρούς, ειδικότερα για τις γυναίκες. Σε μια έρευνα στη Σκωτία έδειξε ότι το 15% σχεδόν των 75 χρονών γυναικών έπαιρναν χάπια κάθε βράδυ. Είτε είμαστε ηλικιωμένοι είτε όχι ο εγκέφαλος μας χάνει σταθερά ιστούς, με ένα ρυθμό 2 γραμμαρίων το χρόνο, μόλις πατήσουμε τα 30. Πρέπει να τονίσουμε ότι υπάρχουν αρκετά αποθέματα ιστών στον εγκέφαλο, αλλά όσο περνά ο καιρός τα σημάδια της ηλικίας αρχίζουν να χαράσσονται πάνω μας. Όσο η ηλικία μας μεγαλώνει ο εγκέφαλος αλλάζει και μειώνεται η ζήτηση αίματος. Αυτά συμβαδίζουν με μια ελαφριά απώλεια της ικανότητας να αυτοσυγκεντρωθούμε και να θυμόμαστε. Όλες αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο συμβαδίζουν με τα

αυξανόμενα προβλήματα ύπνου. Η πραγματική διάρκεια του ύπνου δεν αλλάζει πολύ αλλά ο ύπνος γίνεται ολοένα και λιγότερο σταθερός και αποτελεσματικός.

Στο Γκέινσβιλ της Φλόριδας μια ομάδα ερευνητών χρησιμοποίησε τις καταγραφές των ηλεκτροεγκεφαλικών κυμάτων για να μελετήσει τον ύπνο υγιών ανδρών και γυναικών διαφόρων ηλικιών, από νήπια μέχρι 70χρονους. Μέτρησαν την συχνότητα που διακοπτόταν ο ύπνος αυθόρμητα τη νύχτα και κατάφεραν να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι όσο προχωράει η ηλικία τόσο ο ύπνος διακόπτεται το ίδιο και για τους άνδρες και για τις γυναίκες².

5.1.2. ΝΕΟΙ

Οι διαταραχές στον ύπνο των παιδιών είναι συχνά αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και όχι κάποιας δυσλειτουργίας παθολογικού ή ψυχολογικού χαρακτήρα. Πολλοί γονείς επιβάλλουν στα παιδιά τους ωράρια που βολεύουν το δικό τους τρόπο ζωής και όχι τις ανάγκες των παιδιών. Αυτό οφείλεται συνήθως σε έλλειψη γνώσης ή σε διάφορους μύθους σχετικά με τον ύπνο. Ένα παιδί δεν είναι απείθαρχο επειδή δεν θέλει να κοιμηθεί νωρίς, ούτε το κάνει από πείσμα. Απλώς το ρολόι του ύπνου του, του λέει ότι πρέπει να κοιμηθεί μετά από μία ή δύο ώρες. Βέβαια, υπάρχουν και οι περιπτώσεις που το μωρό ή το παιδί σας για κάποιους λόγους δεν μπορεί να κοιμηθεί¹⁸.

Ένα μικρό ποσοστό από τα παιδιά έχει αϋπνία, η οποία αρχίζει ουσιαστικά από τη γέννηση και συνεχίζεται στην ενηλικίωση. Είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ικανότητα κάποιου να απολαμβάνει τη ζωή και πολλές φορές απαιτεί πιο δραστική αντιμετώπιση από άλλες μορφές αϋπνίας.

Ο Δρ Peter Hauri, του προγράμματος ερευνών αϋπνίας του νοσηλευτικού ιδρύματος Μάγιο, έχει κάνει εντατικές έρευνες για την αϋπνία που ξεκινά από την παιδική ηλικία, τόσο στα πρώτα στάδια της όσο και σε ενήλικες που εξακολουθούν να έχουν προβλήματα ύπνου. Αυτό που ανακάλυψε ήταν ότι η αϋπνία στα παιδιά συνοδεύεται συχνά από συγκεκριμένα νευρολογικά προβλήματα, όπως η δυσλεξία και υπερκινητικότητα. Μολονότι η δυσλεξία και η υπερκινητικότητα δεν αποτελούν απαραίτητα ενδείξεις ψυχολογικής διαταραχής, τα παιδιά με αυτά τα προβλήματα ανταποκρίνονται θετικά σε χαμηλές δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η ίδια αγωγή ανακουφίζει επίσης από τα συμπτώματα της παιδικής αϋπνίας.

Ενδιαφέρον είναι ότι τα πολύ νεαρά θύματα της αϋπνίας κάθε άλλο παρά καταθλιπτικά παιδιά είναι. Αντίθετα, είναι εξαιρετικά ζωηρά, ασυνήθιστα περίεργα για το γύρω κόσμο τους και έτοιμα για δράση ανά

πάσα στιγμή. Τέτοιου είδους συμπεριφορά στα παιδιά θεωρείτο για χρόνια εντελώς θετικό στοιχείο του χαρακτήρα τους. Καθώς όμως μεγαλώνει το παιδί και αρχίζει να έρχεται αντιμέτωπο με ευθύνες που επιβάλλουν μεγαλύτερη καταπόνηση της φυσιολογίας, η αδυναμία του να κοιμάται καλά αρχίζει σύντομα να ορθώνεται απειλητική. Πολλές φορές, ενήλικες που είναι θύματα παιδικής αϋπνίας αδυνατούν να κρατήσουν μια δουλειά ή ακόμη να συμπεριφέρονται φυσιολογικά σε καθημερινές κοινωνικές επαφές. Κάθε μέρα, αισθάνονται στην κυριολεξία όπως θα αισθανόταν ένας φυσιολογικός άνθρωπος μετά τη συμμετοχή του ε πείραμα στέρησης ύπνου διάρκειας εκατοντάδων ωρών¹⁹.

Στην έρευνα των Δρ Μακ Γκι και Ράσσελ στη Σκοτία, υπήρξαν 100 άτομα ηλικίας 15 και 24 χρονών. Ένα 5% απ' αυτούς είχε διαταραχές στον ύπνο και συχνά έπαιρναν χάπια ή ηρεμιστικά. Σε μια παρόμοια μελέτη 1.600 ατόμων στο Γκέινσβιλ της Φλόριντα, ένα ποσοστό 6% ατόμων μεταξύ 18 και 19 χρονών, είπε ότι είχαν δυσκολίες στον ύπνο². Ένα νέο φαινόμενο, το οποίο προκαλεί αϋπνία είναι ο εθισμός στο δίκτυο²⁰.

Οι νέοι άνθρωποι που ανησυχούσαν για τον ύπνο τους είχαν ταυτόχρονα προβλήματα με τα νεύρα τους. Σε μια μελέτη στο Σικάγο, ο Δρ Μονρόου επέλεξε ανάμεσα από 200 σπουδαστές μια ομάδα από 16 που πίστευαν ότι είχαν προβλήματα ύπνου. Οι απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια και η εκτίμηση της προσωπικότητάς τους έδειξαν ότι εκείνοι που είχαν άσχημο ύπνο είχαν ταυτόχρονα μια στενόχωρη ζωή.

Στην άλλη πλευρά του κόσμου, στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, έγινε μια παρόμοια έρευνα από τον Δρ Μ.Τζονς με σπουδαστές της ιατρικής που ήταν κατά μέσο όρο 21 χρονών. Και εδώ υπήρχε ένας στενός συσχετισμός ανάμεσα στον άσχημο ύπνο και τους εφιάλτες με τα ψυχολογικά προβλήματα, ειδικότερα εκείνα της κατωτερότητας.

Άλλη μια μελέτη πιο λεπτομερειακή και αποκαλυπτική, έγινε σ' ένα λύκειο του Σαν Φραντσίσκο. Ανάμεσα σε 639 μαθητές, ένα ποσοστό 12% είπε ότι είχε συνεχώς προβλήματα ύπνου ώστε σχεδόν τις μισές μέρες της εβδομάδας περνούσαν 45 λεπτά για να τους πάρει ο ύπνος και ότι τουλάχιστον τις μισές μέρες της εβδομάδας ξυπνούσαν τη νύχτα και έμεναν ξύπνιοι για μισή ώρα περίπου. Αυτοί οι μαθητές ξεχώριζαν από τους άλλους γιατί ανησυχούσαν έντονα και είχαν άγχος όπως αποκαλύφθηκε από τις απαντήσεις τους σε άλλες ερωτήσεις.

Είχαν περισσότερα προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα από τους άλλους συμμαθητές τους. Ανέφεραν ότι αισθανόντουσαν κατώτεροι, καταπιεσμένοι και είχαν άσχημη διάθεση τον πιο πολύ καιρό. Αυτό σημαίνει ότι η αϋπνία πάει χέρι-χέρι με τα ψυχολογικά προβλήματα της ημέρας².

5.2. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Κατά το πρώτο τρίμηνο και πολύ περισσότερο κατά το δεύτερο η έγκυος αισθάνεται μεγαλύτερη ανάγκη για ύπνο. Αυτό οφείλεται πιθανότατα στις αυξημένες απαιτήσεις ενέργειας καθώς μεγαλώνει το έμβρυο. Στο τρίτο τρίμηνο ο ύπνος είναι συνήθως ανήσυχος και με συχνές διακοπές. Η αιτία είναι ανατομικές μεταβολές που οφείλονται στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Ορισμένες θέσεις του σώματος στον ύπνο είναι άβολες και προκαλούν διαταραχές της αναπνοής⁶.

Οι εγκυμονούσες γυναίκες του τελευταίου μήνες της εγκυμοσύνης είναι πιθανό να αισθάνονται κουρασμένες. Όταν θέλουν να κοιμηθούν τόσο όσο τους είναι αρκετό για να τα βγάλουν πέρα με τις διάφορες ασχολίες της ημέρας, ίσως αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Η μεγάλη κοιλιά τις δυσκολεύει να ξαπλώνουν άνετα. Οι κλοτσιές του μωρού δεν τους επιτρέπουν να ξεκουραστούν τη νύχτα. Ακόμη, ίσως χρειάζεται να ουρούν πολλές φορές. Εκτός από αυτά τα προβλήματα, ίσως έχουν αγωνία για τον τοκετό, την υγεία του μωρού ή ακόμη να φοβούνται μήπως βλάπτει το έμβρυο η συγκεκριμένη θέση που κοιμούνται².

5.3. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Η εμμηνόπαυση μπορεί να δημιουργήσει αϋπνία. Οι ορμονικές διαταραχές δημιουργούν πολλές φορές κατάσταση κατάθλιξης, της οποίας η αϋπνία αποτελεί λογική συνέπεια¹⁸. Τα παραδοσιακά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και της αλλαγής της ζωής αφήνουν ανεπηρέαστες πολλές γυναίκες. Άλλες, και ειδικά αν η εμμηνόπαυση αρχίσει νωρίτερα, καταπιέζονται, εκνευρίζονται με τους γύρω τους και υποφέρουν από άσχημο ύπνο².

5.4. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ

Όταν αισθανόμαστε άνετα από σωματική και ψυχική άποψη κοιμόμαστε καλά. Μια συνταγή που ισχύει για όλους δεν υπάρχει. Ο καθένας μας πρέπει να βρει μόνος του κάτω από ποιες συνθήκες – θερμοκρασίας υπνοδωματίου, σκεπάσματα, νυχτικά και πυτζάμες – κοιμάται καλύτερα. Το ίδιο ισχύει και για την θέση του σώματος. Δεν υπάρχει μια ιδεώδης θέση για όλους. Επιπλέον οι περισσότεροι αλλάζουν πολλές φορές την θέση του σώματος κατά την διάρκεια του ύπνου. Οι ειδικοί είναι της γνώμης πως οι αλλαγές αυτές είναι χρήσιμες, γιατί έτσι αποφεύγονται τοπικές διαταραχές της κυκλοφορίας. Από την άλλη μεριά

υπάρχουν αρρώστιες που αποκλείουν ορισμένες θέσεις του σώματος χωρίς αυτό να δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα. Για παράδειγμα άρρωστοι με αναπνευστική δυσχέρεια εξ' αιτίας μιας αποφρακτικής πάθησης των βρόγχων αναπνέουν ακανόνιστα και κοιμούνται άσχημα, αν ξαπλώσουν ανάσκελα. Αυτοί οι άρρωστοι προτιμούν συχνά να κοιμούνται ανακαθισμένοι, μέχρι να βελτιωθεί η κατάσταση τους με την κατάλληλη θεραπεία⁷.

5.5. ΔΙΑΦΟΡΑ ΩΡΑΣ

Αν περάσουμε με αεροπλάνο τον Ατλαντικό η δομή και η παραγωγικότητα μας χρειάζονται μερικές μέρες για να προσαρμοσθούν στη διαφορά της ώρας. Πολύ ενδιαφέρον πειράματα για την αντιμετώπιση της αϋπνίας και των άλλων προβλημάτων που προκαλεί η διαφορά της ώρας γίνονται τελευταία με τη μελατονίνη, μια ουσία που παράγεται από ορισμένα εγκεφαλικά κύτταρα. Οι επιστήμονες είναι της γνώμης πως η μελατονίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των βιολογικών ρυθμών. Σε πειράματα που έγιναν, χορηγήθηκε μελατονίνη για μερικές ημέρες, πάντα την ίδια ώρα, πριν από ένα μακρινό ταξίδι που συνεπάγεται σημαντική διάφορα ώρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η μελατονίνη - με άγνωστο ως τώρα μηχανισμό δράσης – ελαττώνει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που προκαλεί η διαφορά της ωρας⁶.

5.6. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

5.6.1. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη είναι το πιο συνηθισμένο φάρμακο εθισμού στον κόσμο, και πολλοί άνθρωποι ξέρουν ότι το τσιγάρο είναι αιτία πνευμονικών, καρδιακών, αρτηριακών και πεπτικών ασθενειών, καθώς και του καρκίνου. Δεν είναι γνωστό, όμως ότι η νικοτίνη που απορροφάται με το κάπνισμα ενός τσιγάρου επηρεάζει και το νευρικό σύστημα, αυξάνει το βάθος της αναπνοής και ανεβάζει την πίεση του αίματος. Προκαλεί την έκκριση της αδρεναλίνης στο σώμα που αυξάνει την ενέργεια και τη ζωτικότητα και εξουδετερώνει τα αποτελέσματα των αναζωογονητικών ορμονών όταν κοιμόμαστε.

Με το κάπνισμα ενός τσιγάρου, η συγκέντρωση νικοτίνης στο αίμα αυξάνει και το δεύτερο τσιγάρο πρέπει ν' ακολουθήσει αφού τα επίπεδα της νικοτίνης πέσουν αρκετά, πράγμα που εξαρτάται και από τον καπνιστή. Αν η ποσότητα της νικοτίνης στα τσιγάρα είναι σκόπιμα μειωμένη, τότε ο ρυθμός του καπνίσματος διπλασιάζεται. Ασυνείδητα, οι

άνθρωποι καπνίζουν με τέτοιο τρόπο που διατηρεί την ποσότητα στους ιστούς τους αρκετά σταθερή. Λαχταρώντας και την τελευταία ρουφηξιά, και χωρίς να ξέρουν ότι η νικοτίνη διαταράσσει τον ύπνο τους, πολλοί καπνίζουν ακόμη και στο κρεβάτι. Εκτός από το βήχα και την δύσπνοια που προκαλείται από τη φθορά των πνευμόνων από τον καπνό, η νικοτίνη επιδρά στα εγκεφαλικά κύτταρα, παρεμβαίνοντας στον ύπνο και κάνοντας τον ελαφρύ ή ακόμη και διαταραγμένο².

5.6.2 ΚΑΦΕΙΝΗ

Η καφεΐνη που περιέχουν ο καφές, το τσάι, το κακάο και ορισμένα αναψυκτικά τύπου κόλα διεγείρει το νευρικό σύστημα και μπορεί να προκαλέσει αϋπνία. Υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι που ισχυρίζονται ότι ο καφές δεν τους επηρεάζει. Οι ειδικοί όμως υποστηρίζουν ότι αυτοί που είναι συνηθισμένοι στον καφέ δεν αισθάνονται αμέσως τα αποτελέσματα του, ωστόσο αυτά αρχίζουν να γίνονται αισθητά μία ώρα περίπου αφού τον πιουν. Γι' αυτό μην καταναλώνετε λίγο πριν κοιμηθείτε οτιδήποτε περιέχει καφεΐνη. Η καφεΐνη επιπλέον, αυξάνει την παραγωγή ούρων¹⁸.

Αν θέλετε ν' απολαύσετε ένα φλιτζάνι καφέ λίγο πριν κοιμηθείτε, χωρίς να μείνετε ξύπνιος τη νύχτα, χρησιμοποιήστε καφέ χωρίς καφεΐνη, που δεν έχει, σχεδόν καθόλου, διεγερτικό αποτέλεσμα. Πολλοί άνθρωποι δεν καταλαβαίνουν ότι το τσάι, περιέχει επίσης πολλή καφεΐνη και κάποια άλλη χημική ουσία, τη θεοφυλλίνη. Αυτά τα δύο αυξάνουν το αίσθημα της ενέργειας, τη θερμοκρασία του αίματος και προκαλούν αϋπνία².

5.6.3. ΑΛΚΟΟΛ

Τον ύπνο σας επίσης ταράζει και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Είναι λάθος να πιστεύετε ότι το αλκοόλ δεν έχει καμιά συνέπεια στον ύπνο ή ακόμη χειρότερα να πίνετε για να αντιμετωπίσετε την αϋπνία¹⁸. Κατά την χρόνια χρήση, το αλκοόλ, εξακολουθεί να δείχνει αρχικά (το βραχείας διάρκειας) καταπραϋντικό του αποτέλεσμα που μετά το διαδέχεται η διάσπαση της συνέχειας του ύπνου για πολλές ώρες.

Κατά το στερητικό σύνδρομο ο ύπνος διαταράσσεται έντονα. Το άτομο χάνει σχεδόν εντελώς την συνέχεια του ύπνου του, ενώ παράλληλα αυξάνει η ποσότητα και η ένταση του REM ύπνου. Αυτό συχνά συνοδεύεται από αύξηση της ποσότητας και της έντασης των ονείρων και στην ακραία του κατάσταση αποτελεί μέρος του Αλκοολικού Στερητικού Παραληρήματος. Μετά το οξύ στερητικό σύνδρομο, άτομα που είχαν κάνει χρόνια χρήση αλκοόλ εξακολουθούν να έχουν διασπασμένο ύπνο για βδομάδες ή και χρόνια και το ΗΚΓ βεβαιώνει το έλλειμμα που

υπάρχει στον ύπνο βραδέων κυμάτων και την επίμονη διαταραχή της συνέχειας του ύπνου.

5.6.4. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

- **ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΑΥΤΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Οι ουσίες αυτές μπορούν να προκαλέσουν αϋπνία κατά το στερητικό σύνδρομο από αυτές. Η αϋπνία της τοξίκωσης χαρακτηρίζεται από αύξηση του λανθάνοντος χρόνου έλευσης του ύπνου. Ελάττωση του REM ύπνου και των βραχέων κυμάτων και αύξηση των κινήσεων του σύμπαντος.

- **ΚΟΚΑΪΝΗ**

Όπως και οι αμφεταμίνες και τα άλλα διεγερτικά μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αϋπνία.

- **ΟΠΙΟΕΙΔΗ**

Κατά την βραχύχρονη οξεία χρήση τα οπιοειδή αυξάνουν την τάση για ύπνο, αυξάνουν τον βαθύ ύπνο και ελαττώνουν τον REM, χωρίς να επηρεάζουν την συνολική διάρκεια του. Αν η χρήση γίνει χρόνια, αναπτύσσεται ανοχή στα καταπραϋντικά τους αποτελέσματα και αρχίζει η αϋπνία, που χαρακτηρίζεται από αύξηση της τάσης για ξυπνήματα και ελάττωση της διάρκειας του¹⁶.

5.7. ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΖΩΗ – ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

Τα συχνά ξενύχτια προκαλούν αϋπνία «έλλειμμα ύπνου» ελάττωση των πνευματικών λειτουργιών, απώλεια μνήμης και αναγκάζουν τον οργανισμό να απαλλάξει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το βιολογικό ρολόι²¹.

5.8. ΦΑΡΜΑΚΑ

- **Αντικαταθλιπτικά**

Μερικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα κάνουν το σώμα ν' αναπηδά ξαφνικά τη νύχτα, ενώ μερικά άλλα, όπως η βιλοξαζίνη λειτουργούν όπως και η καφεΐνη².

- Γενική Ανασκόπηση των Επιδράσεων των Αντικαταθλιπτικών στον Ύπνο

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΣΥΝΕΧΕΙΑ	ΥΠΝΟΣ ΒΡΑΔΕΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ	ΥΠΝΟΣ REM %	ΛΑΝΘΑΝΟ ΥΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΣ REM
TCA	Αυξημένη;	Αμετάβλητος	Μειωμένος	Αυξημένη
ΜΑΟΙ	;	;	Μειωμένος	;
SSRI ^α	Μειωμένη	Αμετάβλητος	Μειωμένος	Αυξημένη
Βουπροπρόνη ^β	Αμετάβλητη	Αμετάβλητος	Αυξημένος	Μειωμένη
Βενλαφαξίνη ^γ	Μειωμένη	Αμετάβλητος	Μειωμένος	Αυξημένη
Νεφαζοδόνη	Αυξημένη	Αμετάβλητος	Αυξημένος;	Μειωμένη
Μιρταζαπίνη ^δ	Αυξημένη	Αυξημένη	Αμετάβλητος	Αμετάβλητη
Τραζοδόνη	Αυξημένη	Αυξημένη	Μειωμένος	Αυξημένη

- **Χάπια αδυνατίσματος**

Έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με τα αντικαταθλιπτικά. Πιο διαδεδομένη χρήση έχουν τα φάρμακα δεξαμεταμίνη ή φενμετραζίνη. Είναι ισχυρά φάρμακα που διαταράσσουν τον ύπνο και σας κρατούν ξύπνιους καθώς επίσης κόβουν την όρεξη τις πρώτες δύο εβδομάδες αφότου τα πάρετε. Εκτός από ότι χαλούν τον ύπνο σας, τα χάπια αδυνατίσματος δεν είναι καθόλου καλή ιδέα, γιατί μόλις τα σταματήσετε θα ξαναπάρτε τα κιλά που χάσατε².

5.9. ΓΕΝΙΚΑ

Πολλά φάρμακα ακόμα και όταν χρησιμοποιούνται σωστά έχουν δυσμενή επίδραση στον ύπνο. Τα στεροειδή (π.χ. κορτιζόνη) που χρησιμοποιούνται κατά την φλεγμονή ή τα διεγερτικά του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. η θεοφυλλίνη) για την θεραπεία του άσθματος έχουν συχνά ως παρενέργεια την εμφάνιση αϋπνίας. Ο καλύτερος τρόπος είναι να λαμβάνονται τα απαραίτητα φάρμακα σε τέτοια ώρα της ημέρας και σε τέτοια δόση ώστε να διατηρούν την επιθυμητή δράση με την λιγότερη δυνατή επίδραση στον ύπνο. Ο γιατρός σας μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει ένα άλλο φάρμακο της κατηγορίας. Πάντως μην αλλάζεται ποτέ τον τρόπο λήψεως και τη δόση ενός φαρμάκου, χωρίς την συγκατάθεση του γιατρού σας.

- Φάρμακα για την αρθρίτιδα, το άσθμα η τις καρδιακές παθήσεις⁷.
- Διουρητικά.
- Ψυχοδιεγερτικά.
- Κατασταλτικά Κ.Ν.Σ.
- Κορτικοστεροειδή.
- Βρογχοδιασταλτικά.
- β- αναστολείς, αντιυπερτασικά¹.

5.10. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

• Καταθλιπτικά σύνδρομα

Στην κατάθλιψη η εμφάνιση διαταραχών του ύπνου είναι αρκετά συχνή¹⁸. Η διαταραχή του ύπνου στη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από επανειλημμένη αφύπνιση με βραχύτερη λανθάνουσα περίοδο ύπνου REM και ελαττωμένα στάδια III και IV ύπνου NREM¹⁰.

Η πιο παραδεκτή θεωρεία για την αιτιολογία της καταθλιπτικής ψύχωσης είναι ότι πρόκειται για μια διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ διάφορων χημικών ουσιών, που παράγονται από τα εγκεφαλικά κύτταρα και χρησιμεύουν στην ανταλλαγή πληροφοριών από κύτταρο σε κύτταρο. Τις ουσίες αυτές τις ονομάζουμε νευροδιαβιβαστές (neurotransmitters). Κάθε διαταραχή της ισορροπίας αυτών των ουσιών προκαλεί κατά κανόνα διαταραχές όχι μόνο της διάθεσης αλλά και του ύπνου⁶.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από ελαφράς μορφής κατάθλιψη παραπονιούνται ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν αλλά, όταν κοιμηθούν, δεν ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η λίγο πιο έντονη κατάθλιψη διαταράσσει το σύνολο του ύπνου και ο ασθενής ξυπνά πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στην έντονη και βαριάς μορφής κατάθλιψη ο ασθενής κοιμάται μεν, αλλά ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί και με πολύ κακή διάθεση, χωρίς να υπάρχει λόγος. Γι' αυτό και οι περισσότερες αυτοκτονίες γίνονται νωρίς το πρωί. Η αϋπνία στην περίπτωση της κατάθλιψης, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αν πρώτα δεν βελτιωθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας του πάσχοντος¹⁸.

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

5.11. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ

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

α) την ίδια τη φύση της αϋπνίας (φόβος αποτυχίας στην προσπάθεια υπερνίκησης της αδυναμίας επέλευσης του ύπνου).

β) με τον πάσχοντα από αϋπνία (προηγούμενες εμπειρίες που καθιστούν το άτομο ευεπίφορο στη μονιμότερη αποδοχή του ρόλου του ασθενούς).

γ) με την οικογένεια και το εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (παροχή διαφόρων διευκολύνσεων προς τον 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).

5.12. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
- Άσθμα.
- Σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο.
- Ρινική απόφραξη ποικίλης αιτιολογίας¹.
- Βρογχίτιδα και δύσπνοια².

5.13. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

Πόνος που υποτροπιάζει και που οφείλεται σε βλάβη του νωτιαίου μυελού, νωτιαίας ρίζας ή δυσφορία από την κοιλιά από γαστρεντερικές διαταραχές μπορεί επίσης να αποβούν πρόξενοι αϋπνίας. Πόδια που «νοιώθουν» κουρασμένα, με πόνο, ανήσυχα, δηλ. μια άγνωστη αιτιολογίας καλοήθης κατάσταση που είναι γνωστή ως «σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών», μπορεί συστηματικά να καθυστερεί την επέλευση του ύπνου. Παιρσιθησίες από τα δάκτυλα, που οφείλονται στο σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, μπορούν να αφυπνίζουν τον ασθενή κατά την νύκτα. Ασθενείς που παραπονούνται για συχνές αφυπνίσεις και ανήσυχο,

μη αναζωογονητικό ύπνο μπορεί να υποφέρουν από άπνοια κατά τον ύπνο ή από υποαερισμό.

Το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών είναι διαταραχή κατά την οποία το άτομο νοιώθει την ακατανίκητη παρόρμηση να κινεί τα πόδια του, γενικά όταν κάθεται ή είναι ξαπλωμένο και ιδίως στο κρεβάτι την νύκτα, λίγο πριν από την επέλευση του ύπνου. Ο ασθενής αισθάνεται μια εξαιρετικά δυσάρεστη όχληση στις γάμπες του που, αν και δεν είναι ακριβώς πόνος, γίνεται αισθητή ως ισχυρή παρόρμηση για την κίνηση των ποδιών του. Αυτό παρακωλύει την επέλευση του ύπνου, μπορεί όμως να επανέλθει και κατά την διάρκεια της νύκτας. Συνήθως, μέχρι το πρωί τα συμπτώματα των «ανήσυχων ποδιών» εξαφανίζονται ή απαμβλύνονται σε σημαντικό βαθμό και ο ασθενής κατορθώνει να κοιμηθεί ευκολότερα. Οι περιοδικές κινήσεις κατά τον ύπνο παρατηρήθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις του συνδρόμου των ανήσυχων ποδιών που μελετήθηκαν στο εργαστήριο¹⁰.

5.14. ΑΥΠΝΙΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Σε αυτή την περίπτωση πρέπει πρώτα – πρώτα να σκεφτείτε πιο πρόγραμμα ύπνου και εγρήγορσης ακολουθείτε το σαββατοκύριακο. Αν μένετε ξύπνιοι ως αργά τη νύχτα του Σαββάτου γιατί π.χ. πήγατε σε ένα πάρτι και κοιμάστε ως αργά την Κυριακή το πρωί, έχετε δημιουργήσει όλες τις προϋποθέσεις για μια αϋπνία την Κυριακή το βράδυ. Το βιολογικό μας ρολόι ρυθμίζει την ετοιμότητα μας για ύπνο η εγρήγορση. Οι περισσότεροι από εμάς μπορούν εύκολα να καθυστερήσουν την φάση του ύπνου και την φάση εγρήγορσης που ακολουθεί, όμως είναι πολύ δυσκολότερο να γυρίσουμε το ρολόι και να επιταχύνουμε την έναρξη της επόμενης φάσης ύπνου. Έτσι δημιουργείτε πρόβλημα αν πάτε για ύπνο στην κανονική πάλι ώρα το βράδυ της Κυριακής. Κάτι άλλο που θα πρέπει να σκεφτείτε είναι μήπως τα καθήκοντα που σας περιμένουν την Δευτέρα σας προκαλούν την αϋπνία της Κυριακής⁶.

5.15. ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟΣ ΥΠΝΟΣ

Σε πολλές χώρες, όπως στην Ελλάδα ο μεσημεριανός ύπνος αποτελεί παράδοση. Όμως σήμερα με την εξέλιξη της κοινωνίας, είναι όλο και πιο δύσκολο να πάρουμε τον μεσημεριανό μας ύπνο κάθε μέρα και μάλιστα την ίδια ώρα. Αυτό όμως είναι απαραίτητο ιδίως όταν έχουμε τάση για αϋπνία. Πολλοί π.χ. υποφέρουν από αϋπνία κάθε Κυριακή. Οι λόγοι είναι πως την Κυριακή βρίσκουν την ευκαιρία να πάρουν ένα μεσημεριανό ύπνο, ενώ στην διάρκεια της εβδομάδας τους ήταν αδύνατο, εξαιτίας της δουλείας τους. Ο ύπνος αυτός, ο ασυνήθιστος, τους εμποδίζει να αποκοιμηθούν γρήγορα την νύχτα της Κυριακής. Αν λοιπόν κοιμάστε το μεσημέρι φροντίστε αυτό να γίνεται κατά το δυνατόν, κάθε μέρα την ίδια ώρα⁷.

5.16. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- Στεφανιαία ανεπάρκεια.
- Ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας.
- Αρρυθμίες

5.17. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

5.18. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Πολυουρία ποικίλης αιτιολογίας
- Συχνουρία ποικίλης αιτιολογίας
- Καυσαλγίες κύστης
- Κρίσεις πριαπισμού

5.19. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Θυρεοειδοπάθειες
- Φαιοχρωμοκύττωμα

5.20. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- 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)
-

5.21.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΑΥΨΙΝΙΑ

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

6.1. ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

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 συμπεριφορολογική ψυχοθεραπεία και κατάλληλη φαρμακοθεραπεία.

6.2. ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ

Πρώτη φροντίδα του γιατρού είναι η εγκατάσταση ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ασθενή και η πλήρης εκτίμηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς του προβλήματός του. Σε 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 αιτιών 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 ασθενή που συνήθως αρνείται την ύπαρξή τους¹.

6.3. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

6.3.1. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η πνευματική πρέπει να χαλαρώνει όσο προχωράει η μέρα. Αυτή είναι η σωστή ψυχολογική άποψη. Το πρωί μπορείτε να δουλεύετε μ' όλη σας την ένταση. Το απόγευμα με τη μισή και το

βράδυ με τη μικρότερη. Σιγά-σιγά, μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορέσετε να ξεπεράσετε την υπερένταση και να κοιμάστε βαθιά²².

Αν κάνουμε σπορ μόνο μια φορά την εβδομάδα, τότε μάλλον ο ύπνος της επόμενης νύχτας θα είναι διαταραγμένος. Αν όμως η άσκηση είναι καθημερινή, κατά προτίμηση το πρωί ή τουλάχιστον πολύ πριν από το βραδινό φαγητό τότε έχει ευνοϊκή επίδραση στον φυσιολογικό ρυθμό ύπνου – εγρήγορσης και βελτιώνει τον νυχτερινό ύπνο⁶.

6.3.2. ΑΝΑΚΑΛΥΨΕ ΤΡΟΠΟΥΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Όταν είστε υποχρεωμένοι, σε κάποιες εξαιρετικές περιπτώσεις, να τελειώνετε το βράδυ κάποια σοβαρή δουλειά πριν κοιμηθείτε, κάντε ένα μικρό περίπατο. Αυτό σας βοηθάει, όσο τίποτε άλλο, να ισορροπήσετε τη διαταραχή του φυσικού, ενεργειακού ρυθμού που προκάλεσε η βραδινή ένταση²². Καλό θα ήταν να υπάρχει η σωστή θερμοκρασία και υγρασία, ένα αναπαυτικό κρεβάτι (με σκληρό στρώμα αν υποφέρετε από πόνους στην πλάτη) κι ένα σκοτεινό, ήσυχο δωμάτιο²³. Αν το δωμάτιο είναι κατασκότεινο, ένα απαλό φως για λίγο, μπορεί να σας βοηθήσει.

Μια άλλη καλή τεχνική είναι να έχετε ένα ράδιο δίπλα στο κρεβάτι σας. Αν δυσκολεύεστε να διώξετε τις ενοχλητικές σκέψεις, ψάξτε να βρείτε διάφορους σταθμούς. Υπάρχουν πολλοί ξένοι σταθμοί που λειτουργούν όλη νύχτα. Ο συνδυασμός της πνευματικής με τη σωματική δράση θα σας «βγάλουν απ' τον εαυτό σας». Ακόμα κι αν δε βρείτε κάποιο σταθμό που να σας ευχαριστεί, η προσπάθεια, η αναμονή και η υπομονή θα σας νυστάξουν γρήγορα.

Είναι γνωστό πως δεν είναι εύκολο να ξεπεράσετε οριστικά τη συνήθεια να σκέφτεστε, όταν πηγαίνετε για ύπνο. Αν όμως επιμείνετε, σιγά-σιγά, προοδευτικά, θα σας γίνει συνήθεια να μην ανησυχείτε. Συνειδητοποιήστε πως η σκέψη, εκείνη την ώρα, είναι ανώφελη, μια και το πρόβλημά σας δε θα το λύσετε τότε, αλλά το επόμενο πρωί.

Μην πολεμάτε κατά μέτωπο. Ξεγλιστρήστε στρέφοντας το μυαλό σας κάπου αλλού. Αν εκνευριστείτε επειδή δυσκολεύεστε να ξεχάσετε το πρόβλημά σας, το μόνο που θα πετύχετε θα είναι να διπλασιάσετε το φορτίο σας. Ο εκνευρισμός είναι χειρότερος εχθρός για τον ύπνο, από την ανησυχία ή τη στενοχώρια. Τελικά, όλα εξαρτώνται από το πώς θα χρησιμοποιήσετε τη φαντασία και τη θέλησή σας²².

Το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνετε, πριν πάτε για ύπνο, είναι να σιγουρευτείτε ότι οι μυς σας είναι χαλαροί. Αν ξυπνήσετε αργότερα, μείνετε ήσυχα ξαπλωμένοι, χαλαρώνοντας τους μυς και διώχνοντας τις ανησυχίες απ' το μυαλό σας. Αν μετά από μια ώρα είστε ακόμα ξύπνιοι, σηκωθείτε.

Συμβαίνει συχνά, κάτι που δε μας ανησυχεί με το καθαρό φως της μέρας, να εμφανιστεί στο λυκόφως του ακανόνιστου ύπνου μας, μεγεθυμένο τερατωδώς, σαν ένα φοβερό πρόβλημα. Όμως μπορείτε να μάθετε να ελέγχετε αυτές τις ανησυχίες. Πρώτα απ' όλα πρέπει να αποδεχτείτε πως, εν μέρει, είναι δική σας επιλογή το αν το μυαλό σας γεμίζει με τέτοιες σκέψεις. Το θέμα δεν είναι να καταπολεμήσετε αυτές τις σκέψεις αλλά να τις παραμερίσετε μαλακά και επίμονα, αποσύροντας την προσοχή σας από πάνω τους. Φυσικά, οι αρνητικές σκέψεις ξαναγυρίζουν, αλλά κι εσείς, όπως έρχονται, θα τις διώξετε ξανά. Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκουν ότι είναι πολύ δύσκολο να αδειάσουν το μυαλό τους. Πιο εύκολο είναι να συγκεντρώσετε την προσοχή σας σε κάτι θετικό.

Κάθε φορά που μια ανησυχία «εμφανίζεται» μέσα στο μυαλό σας, απομακρύνεται ήρεμα την προσοχή σας απ' αυτή και συγκεντρωθείτε ξανά στην ανάσα καθώς εισπνέετε και εκπνέετε, με τον αέρα να μπαίνει και να βγαίνει. Μη σας πειράζει που θα πρέπει να επαναλαμβάνετε τη διαδικασία. Όσο συχνά το χρειάζεστε, μπορείτε να απομακρύνετε την ανησυχία και να στρέψετε την προσοχή σας αλλού.

6.3.3. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το επόμενο βήμα για να αντιμετωπίσετε την αϋπνία, είναι πολύ δύσκολο για τους περισσότερους ανθρώπους, ενώ στην πραγματικότητα είναι πολύ απλό: σηκωθείτε από το κρεβάτι την ίδια ώρα κάθε πρωί, ακόμα κι αν έχετε πέσει για ύπνο μόλις πριν μια ώρα. Αυτό φαίνεται πολύ βάνουσο, αν μόλις έχετε καταφέρει να κοιμηθείτε, αλλά είναι απαραίτητο, για να καθιερώσετε ένα ρυθμό ύπνου. Και θα ισχύει ακόμα και τα σαββατοκύριακα, τουλάχιστον μέχρι η αϋπνία σας ν' ανήκει πια στο παρελθόν. Η ίδια αρχή ισχύει και για τον επόμενο κανόνα: μην παίρνετε υπνάκους στη διάρκεια της μέρας. Πολλοί άνθρωποι που δε μπορούν να κοιμηθούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, παίρνουν έναν υπνάκο το απόγευμα. Αυτό χειροτερεύει το πρόβλημα, διαταράσσοντας ακόμα περισσότερο το ρυθμό του νυχτερινού ύπνου. Ο «μεσημεριανός υπνάκος», μπορεί να είναι ευχάριστος, αλλά είναι μια πολυτέλεια που ανήκει μόνο σ' αυτούς που να μπορούν να κοιμηθούν τη νύχτα, ή μια ανάγκη για όσους έχουν άλλους λόγους που τους αναγκάζουν να μην κοιμούνται τις νυχτερινές ώρες- οι ηλικιωμένοι ή οι μητέρες που θηλάζουν. Ο μεσημεριανός ύπνος δεν είναι καλή ιδέα για όσους υποφέρουν από αϋπνία. Οποιοσδήποτε έχει πρόβλημα αϋπνίας, μπορεί να σταματήσει την κατανάλωση του καφέ, αφού η καφεΐνη είναι διεγερτική ουσία και εμποδίζει τον κανονικό ύπνο. Αυτό το βήμα είναι απλό, αλλά τα αποτελέσματά του είναι εκπληκτικά.

6.3.4 ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ μπορεί να συμβάλει κάπως στο να κοιμηθείτε ευκολότερα, αλλά είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει τη διακοπή του ύπνου σας λίγο αργότερα. Αν όμως πιείτε κάποιο οινοπνευματώδες ποτό το απόγευμα ή το βράδυ, πιείτε αρκετό σκέτο νερό προτού πάτε για ύπνο⁴.

6.3.5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Υπάρχουν πολλά δεδομένα που δείχνουν πως η σεξουαλική δραστηριότητα έχει ευνοϊκή επίδραση στον ύπνο και ότι αυτό είναι αποτέλεσμα, τουλάχιστον εν μέρη, ορμονικών επιδράσεων⁶.

6.3.6. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ

Η αιτία της αϋπνίας είναι δυσάρεστες συγκινήσεις, κούραση, παραβίαση των συνηθισμένων συνθηκών του ύπνου (λειτουργική αϋπνία), τότε η αποκατάσταση του ύπνου γίνεται από μόνη της. Για το σκοπό αυτό είναι αρκετό να πλαγιάζει κανείς την ίδια πάντα ώρα, στις συνηθισμένες συνθήκες, να χαλαρώσει το σώμα του, να ζεσταθεί (έχει σημασία να είναι ζεστά τα πέλματα των ποδιών), να προσπαθήσει να σκέφτεται κάτι ευχάριστο³.

Μερικά άτομα μειώνουν τη διέγερση, χρησιμοποιώντας συσκευές βιολογικής επανατροφοδότησης πριν πέσουν στο κρεβάτι. Άλλοι βρίσκουν πως μια μαγνητοταινία, ειδικά γραμμένη για να φέρνει ύπνο, διώχνει τις ανησυχητικές σκέψεις. Πριν, όμως, διαλέξετε μια τέτοια ταινία, ακούστε πρώτα περισσότερες, γιατί μερικοί άνθρωποι ανταποκρίνονται καλύτερα στον κυριαρχικό τόνο μιας αντρικής φωνής, ενώ άλλοι θα προτιμούσαν το καταπραϋντικό ύφος μιας γυναίκας. Με τον καιρό, τα βοηθήματα αυτά δε θα σας χρειάζονται πια και θα χαλαρώνετε μόνοι σας²⁴.

Πρόσφατες επιστημονικές εργασίες θεμελιώνουν αντικειμενικά την ευεργετική επίδραση της μουσικής, η οποία προκαλεί χαλάρωση. Ακούγοντας μουσική φαίνεται ότι ενεργοποιείται η παραγωγή και η απελευθέρωση των ενδορφινών, ουσιών που συμβάλουν βιοχημικά στο γενικό αίσθημα ευεξίας. Σημαντικές εφαρμογές φαίνεται ότι βρίσκει η μουσικοθεραπεία στον τομέα των διαταραχών του ύπνου. Ομάδα ερευνητών στο πανεπιστήμιο της Μόσχας μπορεί μέσω ειδικού αλγόριθμου να μεταβάλει σε μουσική τα ηλεκτρικά σήματα που

παράγονται από τον εγκέφαλο (HEΓ) στη διάρκεια του ύπνου ατόμων με αϋπνία. Η μουσική αυτή που έχει χαρακτηριστεί σαν μουσική του εγκεφάλου δίνεται κατόπιν με την μορφή κασέτας στους ασθενείς για να την ακούσουν και να τους βοηθήσει να κοιμηθούν²⁵.

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην χαλάρωση στηρίζονται στην παρατήρηση ότι οι αϋπνικοί ασθενείς συχνά φανερώνουν υψηλά επίπεδα πρόκλησης (φυσιολογικά και συγγενή) τόσο κατά την διάρκεια της νύχτας όσο και της ημέρας. Οι μέθοδοι χαλάρωσης χρησιμοποιούνται για να απενεργοποιούν το σύστημα πρόκλησης και την διαλογή μιας ειδικής τεχνικής, που ποικίλει βασιζόμενη στο αν ο στόχος της θεραπείας είναι η φυσιολογική ή η συγγενής πρόκληση. Η προοδευτική χαλάρωση των μυών (μια μέθοδος τεντώματος και χαλάρωσης ομάδων διαφορετικών μυών σε όλο το σώμα) και η βιο-ανατροφοδότηση αναζητούν να μειώσουν τη σωματική πρόκληση ενώ αντιθέτως οι διαδικασίες που στοχεύουν στην συγκέντρωση της προσοχής όπως είναι η εκπαίδευση με εικόνες (τεχνική οπτικής παρατήρησης με στόχο την συγκέντρωση σε κάποιες ευχάριστες ή ουδέτερες εικόνες) και η σκέψη σταματήματος έχουν σαν σκοπό να μικρύνουν την συγγενή πρόκληση. Επιπρόσθετες θεραπείες χαλάρωσης (π.χ. κοιλιακή αναπνοή, διαλογισμός, ύπωση) έχουν υποστηριχθεί, αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία προσφάτως που να υποστηρίζουν την χρήση τους στην κλινική διαχείριση της αϋπνίας.

Η συγγενής θεραπεία αναζητά να μεταβάλλει λανθασμένα πιστεύω και συμπεριφορές σχετικά με τον ύπνο. Ένα παράδειγμα, οι αϋπνικοί συχνά δείχνουν μεγάλη σημασία στην ώρα του ύπνου και παρουσιάζουν ανησυχία στην προσπάθεια να ελέγξουν την πορεία εφόδου του ύπνου μερικές ακόμα καταστροφικές σκέψεις για τις πιθανές συνέπειες της αϋπνίας, από τα οποία όλα μπορούν να ενισχύσουν ένα φτωχό ύπνο. Το αντικείμενο της συγγενούς θεραπείας είναι να ελαττώσει το φαύλο κύκλο της αϋπνίας, την συναισθηματική εξάντληση, την δυσλειτουργική συνείδηση και περαιτέρω διαταραχές του ύπνου.

Η αντιφατική πρόθεση είναι μια μέθοδος που αποτελείται από το να πεισθεί ο ασθενής να ασχολείται με τις συμπεριφορές που φοβάται περισσότερο π.χ. το να μένει ξύπνιος. Η βασική αιτία είναι ότι αγωνιώδης προσπάθεια εμποδίζει τον ύπνο. Συνεπώς, αν ένας ασθενής σταματήσει να προσπαθεί να κοιμηθεί και αντιθέτως, προσπαθεί αληθινά να μείνει ξύπνιος. Η αγωνιώδης προσπάθεια θα ανακουφιστεί και ο ύπνος θα έρθει πιο εύκολα²⁶.

6.4. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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 ασθενή να κοιμηθεί επαρκώς. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει κυρίως σαν στόχους τη διάλυση εσφαλμένων πεποιθήσεων του ασθενή σε σχέση με τις φυσιολογικές ανάγκες για ύπνο και την κατάρριψη αδικαιολόγητα αρνητικών τοποθετήσεων ως προς τις επιπτώσεις της αϋπνίας.

Οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες αποβλέπουν στην απόκτηση ευαισθησίας εκ μέρους του ασθενή 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 ασθενή (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 ασθενή 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 ύπνου¹.

6.5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Όταν η αϋπνία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την υιοθέτηση ορισμένων σωστών συνηθειών, τότε υπάρχει η θεραπεία με φαρμακευτικές ουσίες, οι οποίες έχουν εξελιχθεί πολύ σε σχέση με το παρελθόν¹⁴. Από το 1860 μέχρι το 1900, τα μόνα διαθέσιμα υπνωτικά χάπια ήταν τα βαρβιτουρικά, τα οποία όμως προκαλούσαν μεγάλη υπνηλία την επόμενη ημέρα, είχαν χαμηλό προφίλ ασφάλειας, ενώ προκαλούσαν σοβαρή εξάρτηση⁸. Στο Βερολίνο το 1864, ο Αντόλφ Φον Μπάγιερ κατασκεύασε βαρβιτουρικό οξύ στο χημικό του εργαστήριο, χρησιμοποιώντας μαλονικό οξύ και ουρία. Πήγε να γιορτάσει το κατόρθωμά του σ' ένα γειτονικό μπαρ που σύχναζαν αξιωματούχοι του

πυροβολικού. Αυτό έγινε την ημέρα της γιορτής της Αγίας Βαρβάρας, που είναι προστάτρια του πυροβολικού και έτσι από τις λέξεις «Βαρβάρα» και «ουρία» γεννήθηκε η λέξη «βαρβιτουρικός».

Το 1903, ο Φίσερ και ο Φον μέριγκ, στο Βερολίνο κατασκεύασαν τη βαρβιτάλη, την παλιά βερονάλη. Η βαρβιτάλη ήταν το πρώτο βαρβιτουρικό υπνωτικό, και η χρήση του εξαπλώθηκε αστραπιαία σ' ολόκληρο τον κόσμο. Σίγουρα, προκαλούσε ύπνο. Το 1912 εμφανίστηκαν η φενοβαρβιτάλη (Λουμινάλ) ίσως το πιο γνωστό απ' όλα, που οι γιατροί το έδιναν σε πολλούς με συνταγή όχι μόνο για τον ύπνο, αλλά και για να καταπραΰνουν τα νεύρα όσων υπέφεραν από αϋπνία, ακόμη και για να θεραπεύουν αποτελεσματικά την επιληψία. Η φενοβαρβιτάλη, όπως και η βαρβιτάλη, στην πραγματικότητα δεν ήταν το κατάλληλο φάρμακο για να κάνει τους ανθρώπους να κοιμούνται τη νύχτα, γιατί μεγάλες ποσότητες παραμένουν στο σώμα και στη διάρκεια του προγεύματος. Έπειτα ακολούθησε ένας αριθμός βαρβιτουρικών με μικρότερη δράση, που δίνονται ακόμη σήμερα με συνταγή, και είναι γνωστά με την εμπορική τους ονομασία όπως το Σοντιούμ Αμυτάλ, Νεμπουτάλ και Σονερούλ. Αυτά τα βαρβιτουρικά ανακούφιζαν αποτελεσματικά τις ανησυχίες και προκαλούσαν τον ύπνο.

Εμφανίστηκαν διάφορα υποκατάστατα στα οποία τα αποτελέσματα της ανακούφισης διατηρούνταν ενώ τα αποτελέσματα του ύπνου εξουδετερώνονταν από την επιπρόσθετη δεξαμεταμίνη, ένα φάρμακο που προκαλεί ζωτικότητα. Αυτά τα μείγματα αναγνωρίστηκαν σαν φάρμακα που παρείχαν μια έπαρση, και ο εθισμός και η εμπορική κυκλοφορία τους αυξήθηκαν. Αξιόλογες ποσότητες βαρβιτουρικών καταναλώνονται σ' όλο τον κόσμο, κυρίως από ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, που τα θεωρούν σαν την πιο πολύτιμη βοήθεια εδώ και χρόνια². Καθώς μεγαλώνει ο άνθρωπος, οι απεκκριτικές λειτουργίες του σώματος συχνά γίνονται λιγότερο αποτελεσματικές, πράγμα που σημαίνει ότι τα φάρμακα παραμένουν μεγαλύτερο διάστημα στο σώμα. Οτιδήποτε μπαίνει στο σώμα κάνει περισσότερο χρόνο να βγει. Τα τεστ για τα υπνωτικά χάπια, όμως και για άλλα φάρμακα, γενικά πραγματοποιούνται σε σχετικά νεαρά και υγιή υποκείμενα πειράματος. Επιπλέον, τα πειράματα αυτά γίνονται συνήθως από τους κατασκευαστές των φαρμάκων. Για τους λόγους αυτούς, μπορεί κανείς να ισχυριστεί βάσιμα ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να παίρνουν αρκετά μικρότερες από τις συνιστώμενες δόσεις. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μια στενή σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη, στα λεγόμενα γηρατειά και την αϋπνία. Κι όμως, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι όταν μειώνεται τα υπνωτικά και τα άλλα φάρμακα ή διακόπτονται εντελώς, η κατάσταση «γηρατειών» βελτιώνεται δραστικά¹⁹.

Από τη δεκαετία του '60 επικράτησαν οι βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση της αϋπνίας.

Ακόμη όμως υπάρχουν ερωτήματα για την ασφάλεια τους και για το βαθμό εξάρτησης που μπορούν να προκαλέσουν, παρ' ότι έχουν καλύτερη δράση από τα βαρβιτουρικά. Στο διάστημα σπίτι ή νοσοκομείο να μυρίζει από τις αναθυμιάσεις της παραλδεύδης, για ένα ολόκληρο εικοσιτετράωρο.

Η ένυδρη χλωράλη είναι ένα χημικό συστατικό που άρχισε να χρησιμοποιείται σαν υπνωτικό τον 19ο αιώνα, και αφού άλλαξε μορφή χρησιμοποιείται σήμερα σε χάπια. Παρασκευάστηκε για πρώτη φορά από τον χημικό βαρόνο Γιούστους Φον Λείμπιγκ στο Μόναχο του 1832. Ενώ άλλα υπνωτικά όπως τα βρωμίδια, είχαν πολλά δευτερεύοντα αποτελέσματα, η χλωράλη είχε μια πιο επιλεκτική δράση, και απ' αυτή την άποψη ήταν ο πρόδρομος των σύγχρονων υπνωτικών. Η σύνθεση του Λείμπιγκ αποτελείτο από χλωροφόρμιο και αλκάλιο και κατά λάθος θεωρείτο ότι ελκύει χλωροφόρμιο στο αίμα (πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε στην αναισθητική). Η ένυδρη χλωράλη ανακατωμένη με οινόπνευματώδη ποτά, προξένησε το νοκ-άουτ του Μίκυ Φινν.

Ο ζωγράφος και ποιητής του 19ου αιώνα Δάντης Γκαμπριέλ Ροσσέτι χρησιμοποιούσε συχνά χλωράλη σαν ναρκωτικό. Υπάρχει μια εκλογή ανάμεσα σε δύο διαφορετικούς τύπους υπνωτικών.

Από την μια μεριά, υπάρχουν οι παλαιότερες βενζοδιαζεπίνες, όπως η διαζεπάμη (Βάλιουμ), η φλουραζεπάμη (Νταλαμάν) και τα βαρβιτουρικά, όπως η φαινοβαρβιτάλη (Λουμινάλ) που όλα βοηθάνε στον ύπνο και μειώνουν την αποτελεσματικότητα. Όταν σταματήσει η χρήση τους, δεν ακολουθεί απότομη αναπήδηση. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν οι μοντέρνες βενζοδιαζεπίνες σύντομης δράσης, όπως η λορμεταζεπάμη (Νοκταμίντ) που σας αφήνει διαυγή και ζωτικό την ημέρα, αλλά επίσης προκαλεί έντονο σοκ μόλις προσπαθήσετε να το σταματήσετε μετά από ένα διάστημα συνεχούς χρήσης. Από τους δυο τύπους, εμείς προτιμάμε το δεύτερο². γενικά, η ομάδα των βενζοδιαζεπινών χαρακτηρίζεται από το μεγάλο θεραπευτικό της εύρος εξ' αιτίας του οποίου η καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος επί υπερδοσολογίας σπάνια μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Επίσης χαρακτηρίζεται και από μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη ανοχής και εξάρτησης σε σύγκριση με τα παλιά υπνωτικά. Κατά την δεκαετία του 1990, εκτός των βενζοδιαζεπινικών υπνωτικών, διατίθενται και δυο νεότερα υπνωτικά, μια κυκλοπυπολόνη (ζοπικλόνη) και μια ημιδαζοπυριδίνη (ζολπιδέμη), τα οποία θεωρούνται ότι έχουν φαρμακευτικό προφίλ πλεονεκτικότερο και εκείνου των βενζοδιαπινικών υπνωτικών²⁷.

Το γεγονός ότι η προηγούμενη κατανάλωση υπνωτικών μπορεί να χειροτερέψει τον ύπνο, είναι ένα φανερό επιχείρημα σε βάρος τους. Όμως, μιας και το αποτέλεσμα εξαρτάται από το πόσες διαδοχικές νύχτες παίρνετε το υπνωτικό, υπάρχουν περιπτώσεις που η χρήση σύντομης

δράσης υπνωτικού είναι ευνοϊκότερη. Οι προσωρινές κρίσεις, όπως ο θάνατος ενός συγγενή ή στενού φίλου, ή μια εγχείριση, μπορεί να σας στερήσουν την απόλαυση του ύπνου όταν την χρειάζεστε. Ένα υπνωτικό 1980-1990 είχαμε και τα πρώτα υπνωτικά που δεν περιείχαν βενζοδιαζεπίνες¹¹. Οι ουσίες αυτές, σε αντίθεση με τις βενζοδιαζεπίνες, δρουν μόνο σε έναν υποδοχέα του εγκεφάλου, αυτόν που αφορά τον ύπνο, καθώς έχουν εκλεκτική δράση. Επίσης, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ διατηρούν τη φυσιολογική αρχιτεκτονική του ύπνου.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Groan Hijack, από το πανεπιστήμιο Regensburg, η ουσία ζολπιδέμη, είναι το πρώτο και το μόνο υπνωτικό, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά όταν κάποιος το χρειάζεται ακόμη και αν δεν χρειάζεται συνεχιζόμενη αγωγή. Εξάλλου, σημείωσε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από αϋπνία δεν την παρουσιάζουν κάθε βράδυ. Είναι λογικό, σημείωσε, να καλύπτει τις ανάγκες τους ένα υπνωτικό που να μπορούν να το παίρνουν μόνο όταν έχουν πρόβλημα.

Πρόσθεσε ότι η ζολπιδέμη, ανήκει στην κατηγορία των ιμιδαζοπυριδινών και οι έρευνες έχουν δείξει ότι ο χρόνος που χρειάζεται για να μειωθεί στο μισό η συγκέντρωση του φαρμάκου στον οργανισμό είναι μόλις 1,5-2 ώρες, με αποτέλεσμα να αποφεύγονται φαινόμενα συσσώρευσης στον οργανισμό και συνεπώς ανεπιθύμητες ενέργειες το επόμενο πρωινό¹⁴.

Το 1857 στην Αγγλία ο σερ Τσάρλς Λόκοκ εισήγαγε τα βρωμΐδια στην ιατρική για τη θεραπεία της επιληψίας, και αποκαλύφθηκε ότι προκαλούσαν νύστα. Η χρήση των βρωμιδίων συνεχίστηκε και τον 20ό αιώνα αλλά σήμερα έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί. Παρά τα θετικά αποτελέσματα στη μείωση των επιληπτικών κρίσεων, τα βρωμΐδια δεν ήταν κατάλληλα να χρησιμοποιηθούν σαν υπνωτικά. Μόνο η βαθμιαία συσσώρευση τους για μερικές μέρες ή εβδομάδες μπορεί να προκαλέσει νύστα, και τα αποτελέσματα φαίνονται την ημέρα και τη νύχτα, ενώ επηρεάζουν γενικά τη ζωτικότητα και την υγεία.

Η παραλδεύδη είναι ένα άχρωμο υγρό με έντονη οσμή και καυστική γεύση. Χρησιμοποιείται για το καμουφλάρισμα της γεύσης και της οσμής. Μέχρι πριν λίγα χρόνια φιγουράριζε στο επίσημο συνταγολόγιο της Βρετανίας σαν υπνωτικό. Σε μερικούς ασθενείς άρεσε η καυστική του γεύση που έμοιαζε με ούισκι.

Η παραλδεύδη μπορούσε επίσης να δοθεί με σύριγγα, κάτι που σιγά-σιγά εγκαταλείπεται στις μέρες μας. Είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για τον ύπνο και την ανακούφιση από την αϋπνία που προκαλείται όταν σταματήσει κανείς το αλκοόλ. Αλλά το μεγαλύτερο μειονέκτημα της παραλδεύδης είναι ότι ένα μέρος της διαχέεται στην ατμόσφαιρα μέσα από τους πνεύμονες, ώστε ένα ολόκληρο χάπι για λίγες

νύχτες ίσως εμποδίσει όλα αυτά και σας βοηθήσει ν' αντιμετωπίσετε αυτή την άσχημη περίοδο της κρίσης, χωρίς να υποφέρετε από σοβαρή αναπήδηση, όταν το σταματήσετε. Αλλά θυμηθείτε ότι, όσο πιο πολλές νύχτες παίρνετε χάπια, τόσο μεγαλύτερες αναπηδήσεις θα έχετε μόλις τα σταματήσετε. Γενικά, θα σας συμβουλεύαμε να προσπαθήσετε να μην τα χρησιμοποιήσετε πάνω από δύο ή τρεις νύχτες συνέχεια. Αλλά, αν τα πάρετε για λίγες ημέρες ή για περισσότερες, αυτό εξαρτάται από τις ειδικές περιστάσεις, και τελικά είναι ένα ζήτημα που θα το αποφασίσετε εσείς και ο γιατρός σας.

Αν παίρνετε χάπια για μια ή περισσότερες εβδομάδες, τότε πρέπει να κοιμάστε άσχημα για μερικές εβδομάδες μόλις τα σταματήσετε. Ίσως χρειαστούν 6-8 εβδομάδες για ν' αποκτήσει και πάλι τη φυσικότητά του ο ύπνος σας, και ίσως είναι δύσκολες εβδομάδες. Αν είστε πληροφορημένος, είστε και προετοιμασμένος. Χρειάζεται επιμονή, αλλά αξίζει η προσπάθεια για να κοιμάστε και πάλι φυσικά².

Η φαρμακευτική θεραπεία της αϋπνίας με υπνωτικά σκευάσματα πρέπει να περιορίζεται στην αρχική κυρίως φάση ως συμπλήρωμα της συνολικής 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 στέφεται εγκαίρως προς την πολυδιαστατική θεραπεία της αϋπνίας επιλέγοντας τον κατάλληλο συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων με κριτήριο τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς¹. Διότι όσα έχουν βραχεία ημιπερίοδο ζωής και μεγαλύτερη ισχύ σύνδεσης με τον υποδοχέα χάνουν το μεγαλύτερο μέρος της αποτελεσματικότητας τους 2 – 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησης τους. Με τα μακράς ημιπεριόδου ζωής φάρμακα, η αποτελεσματικότητα διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα²⁷. 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»)¹. Η συνηθέστερη ανεπιθύμητη ενέργεια κατά την πρώτη περίοδο χορήγησης των υπνωτικών είναι η υπνηλία, η οποία είναι εντονότερη με τα σκευάσματα που έχουν μακράν ημιπερίοδο ζωής. Ανεξάρτητα όμως από το φαρμακοκινητικό προφίλ του φαρμάκου, κύριος παράγοντας για τη εμφάνιση υπνηλίας την επομένη είναι η σχετικά υψηλή δόση ενός σκευάσματος. Γι' αυτό, σε ηλικιωμένα άτομα με περιορισμένη απεκκριτική ικανότητα πρέπει να χορηγούνται κατά προτίμηση σκευάσματα με βραχεία ημιπερίοδο ζωής, σε μικρές δόσεις. Μετά τη διακοπή μακροχρόνιας χορήγησης υπνωτικών (επί πολλούς μήνες ή έτη),

ιδιαίτερα όταν πρόκειται για δόσεις μεγαλύτερες της συνήθους, συχνά παρατηρούνται για λίγες μέρες συμπτώματα απόσυρσης (άγχος, αϋπνία, ευερεθιστότητα, σωματικές αιτιάσεις, διαταραχές συμπεριφοράς κλπ). Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν κατά περίπτωση σε μορφή και ένταση, έχουν δε παρατηρηθεί με όλα σχεδόν τα υπνωτικά ανεξαρτήτως φαρμακοκινητικού προφίλ. Τα φαινόμενα υπερακόντισης (rebound) παρατηρούνται μετά την απότομη αλλαγή ενός υπνωτικού που λαμβανόταν ακόμη και για σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα (π.χ. 2-3 εβδομάδες), συνίστανται δε σε επιδείνωση των συμπτωμάτων της αϋπνίας και του άγχους πάνω από τα επίπεδα στα οποία ευρίσκονται πριν από τη χορήγηση του υπνωτικού (rebound insomnia και anxiety). Έχει αποδειχθεί ότι τα φαινόμενα υπερακόντισης είναι συχνότερα και εντονότερα μετά από διακοπή βενζοδιαζεπινών βραχείας ημιπεριόδου ζωής σε σύγκριση ζωής με τις βενζοδιαζεπίνες μακράς ημιπεριόδου ζωής. Ακόμη και όμως και μεταξύ των υπνωτικών βραχείας ημιπεριόδου ζωής υπάρχουν διαφοροποιήσεις σε σχέση με τα φαινόμενα αυτά. Έτσι η τριαζολάμη φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ετοιμότητα με την εμφάνισή τους (λόγω ειδικών φαρμακολογικών ιδιοτήτων της). Αντίθετα, τα νεότερα υπνωτικά (ζολπιδέμη, ζοπικλόνη), χωρίς να είναι απαγμένα της ανεπιθύμητης αυτής ενέργειας την εμφανίζουν με σχετικά μειωμένη ένταση και συχνότητα. Όλες οι βενζοδιαζεπίνες και ιδιαίτερα οι υπνωτικές, μπορεί να προκαλέσουν αμνησία λίγες ώρες μετά τη χορήγησή του, δηλαδή όταν εμφανίζεται η υψηλότερη συγκέντρωσή τους στο πλάσμα. Ο βαθμός της προκαλούμενης αμνησίας είναι μεγαλύτερος με τα ισχυρότερα υπνωτικά, εκείνα που έχουν μεγαλύτερη συγγένεια σύνδεσης με τον υποδοχέα. Μερικές φορές παρατηρούνται αμνησία επεισόδια πολύ μετά τη χρονική περίοδο της μέγιστης συγκέντρωσης στο πλάσμα. Τέτοια παράδοξα αμνησία επεισόδια φαίνεται ότι σχετίζονται όχι μόνο με φαρμακοδυναμικούς παράγοντες αλλά και με ιδιαίτερα χημικά χαρακτηριστικά ορισμένων υπνωτικών (π.χ. τριαζολάμες), πως και με ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά του χρήστη (μεγάλη ηλικία, πλημμελής εγκεφαλική λειτουργία κλπ).

Εκτός από τις διαταραχές της μνήμης, άλλες παράδοξες διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις, παραληρητική ετοιμότητα αποπραγματιστικά βιώματα κλπ), που παρατηρούνται με τη χρήση βενζοδιαζεπινικών κυρίως υπνωτικών φαίνεται ότι σχετίζεται με παρόμοιους παράγοντες. Η χορήγηση φαρμακευτική αγωγής αγωγής για την αϋπνία πρέπει να μην αποτελεί τη μόνη θεραπευτική προσέγγιση και να περιορίζεται στα αρχικά στάδια της αντιμετώπισής της. Τα κυκλοφορούντα σήμερα υπνωτικά φάρμακα (βενζοδιαζεπίνες και νεότερα μη βενζοδιαζεπινικά) είναι αποτελεσματικά κατά την αρχική περίοδο χορήγησης ενώ γενικά δεν εμφανίζουν, όπως τα παλαιότερα υπνωτικά ανεπιθύμητες ενέργειες για τη ζωή του ασθενούς.

Συγκρινόμενα με τα υπνωτικά μακράς ημιπεριόδους ζωής, τα βραχείας ημιπεριόδους ζωής έχουν μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη υπνηλίας τη επόμενη μέρα. Όμως αναπτύσσεται ταχύτερα στη δράση τους και εμφανίζονται συχνότερα φαινόμενα υπερακόντισης μετά τη διακοπή τους. Τα φαινόμενα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε φαρμακευτική εξάρτηση, φαίνεται όμως ότι με τα νεότερα μη βενζοδιαζεπινικά υπνωτικά ο κίνδυνος εμφάνισης είναι σχετικά περιορισμένος²⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΠΝΙΑ

Ο κύριος σκοπός είναι να διαβεβαιώσει κανείς ότι οι αναγκαίες προϋποθέσεις για ύπνο είναι παρούσες και ότι οι συντελεστές που εμποδίζουν τον ύπνο περιορίζονται. Όσο το δυνατόν περισσότερο, η συνηθισμένη ρουτίνα του ασθενή πριν τον ύπνο πρέπει να ακολουθείται. Για παράδειγμα ένα άτομο που κανονικά αποσύρεται στις 11μ.μ. είναι πιθανό να μην μπορεί να κοιμηθεί στις 9.30 μ.μ. Απαιτείται κάποια ελαστικότητα ώστε να προσφερθεί στον ασθενή η ευκαιρία να παρακολουθεί τηλεόραση σε ένα δωμάτιο μέχρι τη συνηθισμένη ώρα που πάει για ύπνο. Κάποιος που συνήθως ακούει μουσική πριν κοιμηθεί μπορεί να χρησιμοποιεί ένα ατομικό ραδιόφωνο, συνεχίζοντας τη συνηθισμένη ρουτίνα, αλλά χωρίς να ενοχλεί τους άλλους ασθενείς. Ο Closs (1990) προτείνει ελαστικότητα στην ώρα την οποία οι ασθενείς ξυπνούν το πρωί. Κάποια τμήματα ρουτίνας φαίνεται να κατασκευάστηκαν περισσότερο για την άνεση του προσωπικού με ασθενείς ξύπνιους στις 6 ή 7 π.μ., άσχετα αν απαιτούν αυτοί θεραπεία. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποσκοπεί στο να πετυχαίνει μια ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων μιας θεραπείας, όπως η ρουτίνα χορήγησης ινσουλίνης και η ιδιωτική προτίμηση του ασθενή. Είναι η συνηθισμένη ρουτίνα για πολλούς ανθρώπους να παίρνουν ένα σνακ και/η ένα ζεστό ρόφημα πριν αποσυρθούν. Ιδεωδώς, οι νοσοκομειακοί ασθενείς θα μπορούσαν να συνεχίσουν αυτή την πρακτική εφόσον θα έχουν περάσει πολλές ώρες από το βραδινό τους γεύμα και ο ύπνος θα μπορούσε να ανασταλθεί από σουβλιές πείνας και ενόχληση στην ρουτίνα πριν τον ύπνο. Ζεστά ροφήματα θα μπορούσαν επίσης να παρέχονται κατά τη διάρκεια της νύκτας σε έναν ασθενή ανήμπορο να κοιμηθεί και ένα δωμάτιο διαθέσιμο ώστε ο ασθενής να μπορεί να συνεχίσει τις κανονικές του στρατηγικές αντιμετώπισης της αϋπνίας, όπως είναι το διάβασμα. Ο θόρυβος, ειδικά τη νύκτα, είναι ένας συχνά αναφερόμενος λόγος για διαταραχές του ύπνου στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα θορύβου μπορούν να περιοριστούν με μικρούς θαλάμους σε προεξοχές τοίχου με τζαμωτές πλευρές παρά με μεγάλους θαλάμους τύπου «Nightingale» (Closs 1990), φορώντας παπούτσια με λαστιχένιες σόλες και με τη διατήρηση της ρουτίνας του εξοπλισμού για να αποφευχθεί, για παράδειγμα, το τρίξιμο των τραπεζιών με ρόδες.

Ενοχλητικές διακοπές του ύπνου για μέτρηση των ζωτικών σημείων θα μπορούσε να περιοριστεί και να γίνεται μόνο όταν είναι απαραίτητη. Το προσωπικό της νυκτερινής βάρδιας θα πρέπει να προσπαθεί να διασφαλίσει όσο το δυνατόν περισσότερο σκοτάδι και να προσέχει όταν χρησιμοποιεί φακούς για να αποφύγει την ενοχληση του ασθενή.

Θα πρέπει να είναι διαθέσιμη στους ασθενείς η ευκαιρία να τροποποιήσουν τα στρώσιδια τους ή τον αριθμό των μαξιλαριών - να ζητήσουν άλλη μια κουβέρτα ή κάλυμμα, να έχουν ένα μαξιλάρι αντί για δύο - κι έτσι να προσεγγίσουν περισσότερο τις συνηθισμένες τους απαιτήσεις για ύπνο. Ενώ κάποιοι ασθενείς ενοχλούνται από την αίσθηση του κρύου, ένας μεγαλύτερος αριθμός ενοχλείται από την υπερβολική ζέστη.

Η περιβαλλοντική θερμοκρασία, τα πλαστικά καλύμματα στα στρώματα και η μετεγχειρητική πυρεξία να μπορούσαν ίσως να ενοχοποιηθούν σε συνδυασμό.

Η νοσηλευτική διεργασία στην ελάττωση της πυρεξίας μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων ύπνου ή του διακοπτόμενου ξυπνήματος.

Εάν οι δυσκολίες στον ύπνο σχετίζονται με ειδικούς φυσικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες τότε η νοσηλευτική διεργασία στην προαγωγή του ύπνου επικεντρώνεται στο να απομακρύνει ή να ελαττώσει τον παράγοντα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλάει και να του προσφέρει καθαρές εξηγήσεις για να απομακρύνει τον «φόβο του αγνώστου» ή τυχόν παρανοήσεις. Ένα ζεστό μπάνιο και χαλαρωτικές ασκήσεις το βράδυ που ακολουθούνται από ένα ζεστό ρόφημα κι ένα σνακ θα βοηθήσουν στην παροχή των απαραίτητων προϋποθέσεων για ύπνο σε έναν ανήσυχο ασθενή. Ίσως φανεί ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην προαγωγή του ύπνου είναι «κοινή λογική» ή όχι τόσο υψηλή τεχνικά, αλλά αξίζει να σκεφτεί κανείς ότι οι παράγοντες που εμποδίζουν τον ύπνο στα νοσοκομεία είναι περίπου οι ίδιοι μ' αυτούς που εμποδίζουν τον ύπνο οπουδήποτε. Επίσης, εννοείται ότι οι παρεμβάσεις για τους ασθενείς είναι παρεμβάσεις και για το νοσηλευτικό προσωπικό στη βάρδια ή ακόμη και για οποιονδήποτε που έχει δυσκολίες με τον ύπνο, είτε περιστασιακά είτε συχνότερα. Κάποιες από τις παρεμβάσεις που προτείνονται ίσως να μην είναι εφικτές - όπως είναι ο καθαρός αέρας και η άσκηση για έναν κατακεκλιμένο ασθενή που όμως αισθάνεται πλήξη - αλλά το σημείο κλειδί στον περιορισμό των δυσκολιών στον ύπνο είναι ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαλέξει από ένα μεγάλο ρεπερτόριο εκείνες τις ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ταιριάζουν περισσότερο σε κάθε ασθενή ξεχωριστά, παίρνοντας υπόψη του την τρέχουσα κατάστασή του¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΥΠΝΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές, πάντα θυσιάζουν τις συνηθισμένες ώρες που κοιμούνται, τρώνε και βρίσκονται κοντά στις οικογένειές τους. Στην εποχή μας, ένα μεγάλο ποσοστό εργαζομένων απασχολείται σε διαφορετικές βάρδιες, μιας και είναι αντιοικονομικό να μη χρησιμοποιούνται τα μηχανήματα σε όλο το εικοσιτετράωρο.

Θεωρητικά, αν δουλεύατε σε μία νυχτερινή βάρδια συνεχώς, θα μπορούσατε ν' αλλάξετε συνολικά τον τρόπο ζωής σας και να προσαρμόσετε το βιολογικό σας ρολόι ώστε να έχετε την υψηλότερη θερμοκρασία τη νύχτα και τη χαμηλότερη την ημέρα. Τότε θα νοιώθατε την ίδια ευεξία και θα ήσασταν το ίδιο δραστήριος κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως ακριβώς θα νοιώθατε στη διάρκεια της ημέρας. Πρακτικά, όμως, αυτό δε γίνεται, γιατί υπάρχουν οι αργίες και αυτές τις μέρες οι εργαζόμενοι ζουν με το ρυθμό της οικογένειας και των φίλων, έχουν κοινωνικές συναναστροφές, και, γενικά, ζουν όπως ζουν οι οικογένειές τους και οι φίλοι τους στη διάρκεια της ημέρας. Συνεπώς, εκείνοι που δουλεύουν με βάρδιες, στην πραγματικότητα, ποτέ δεν προσαρμόζουν απόλυτα το φυσιολογικό τους ρολόι στον 24ωρο ρυθμό. Καθένας αντιδρά διαφορετικά απέναντι στις βάρδιες, αλλά είναι σίγουρο ότι τους προκαλούν ένα αίσθημα φυσικής και συναισθηματικής κατωτερότητας.

Αν κοιτάξετε το διάγραμμα, θα καταλάβετε πως η δουλειά σε βάρδιες δυσκολεύει το σώμα να μας δώσει ένα καλό, αναπauτικό και αναζωογονητικό ύπνο. Ίσως είναι δύσκολο να κοιμηθείτε σε μία ασυνήθιστη ώρα – ίσως από το δυνατό φως της ημέρας και το θόρυβο των παιδιών – όταν είναι πολύ πιθανό ο ύπνος σας να διακόπτεται από τις ενοχλητικές συνθήκες. Μια ματιά στις ορμόνες του σώματος, δείχνει ότι οι ορμόνες της ημέρας, οι κορτικοστερόνες και η αδρεναλίνη, που ευνοούν τη φθορά των ιστών και όχι την ανανέωσή τους, μειώνονται κάθε είκοσι τέσσερις ώρες σύμφωνα με τον 24ωρο ρυθμό. Αν εντελώς ξαφνικά, εργαστείτε σε μία νυχτερινή βάρδια, τότε η αδρεναλίνη και οι κορτικοστερόνες δε θα αυξηθούν τόσο όσο αυξάνονται την ημέρα, παρ' όλο που καταβάλλετε κάθε προσπάθεια για να κοιμηθείτε. Θα χρειαστεί αρκετός χρόνος για να λειτουργήσουν σωστά, δηλαδή να μειώνονται την ημέρα, όταν ο εργαζόμενος της νυχτερινής βάρδιας θέλει να κοιμηθεί. Στην πράξη, όμως, όπως έχουμε ήδη πει, αυτό δεν γίνεται γιατί άλλες είναι οι απαιτήσεις της οικογένειας και της κοινωνικής ζωής.

Οι ορμόνες που δυναμώνουν το σώμα στον ύπνο, δεν ελέγχονται από τον 24ωρο ρυθμό, αλλά από τον ίδιο τον ύπνο. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι μόλις ξαπλώσουμε στο κρεβάτι θ' αρχίσει να εκκρίνεται στο αίμα η ορμόνη ανάπτυξης. Αντίθετα, πρέπει να κοιμηθείτε, και μάλιστα βαθιά. Γι' αυτό, όταν δουλεύετε σε νυχτερινή βάρδια και πηγαίνετε για ύπνο στις 9 το πρωί, αφού πρώτα κοιμηθείτε βαθιά, θ' αρχίσει να εκκρίνεται στο αίμα σας η ορμόνη ανάπτυξης. Αλλά τώρα τα θετικά αποτελέσματα θα εξουδετερώνονται για όση ώρα δεν κοιμόσαστε, από τα υψηλά επίπεδα της αδρεναλίνης και των κορτικοστεροειδών στο αίμα. Αν δεν υπήρχαν αυτές θα κοιμόσασταν βαθιά και η ορμόνη ανάπτυξης θα εκκρινόταν γύρω στα μέσα της νύχτας. Κανονικά, έχουμε μια πολύ λογική σχέση, τέτοια ώστε οι ορμόνες που ευνοούν τη ζωτική δραστηριότητα και εμποδίζουν την ανανέωση των ιστών του σώματος, αποκλίνουν όταν κοιμόμαστε. Η εξέλιξη δεν περιλαμβάνει τις βάρδιες.

Παραπάνω είπαμε ότι τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους, και για μερικούς ανθρώπους είναι δύσκολο να προσαρμοστούν με τις βάρδιες. Οι μεσόκοποι και οι ηλικιωμένοι κοιμούνται πιο δύσκολα από τους νέους, και προσαρμόζονται δυσκολότερα στις ξαφνικές αλλαγές του βιολογικού ρολογιού αν πετούν με αεροπλάνα. Επίσης, είναι δυσκολότερο γι' αυτούς να κοιμηθούν ευχάριστα όταν δουλεύουν σε βάρδιες. Οπωσδήποτε, αυτές οι γενικότητες δεν ισχύουν για όλους – ίσως έχετε κάποιο μεσόκοπο φίλο που δεν έχει κανένα πρόβλημα με τις βάρδιες, αλλά το πιο πιθανό είναι ν' αποτελεί μια τυχερή εξαίρεση.

Η ζωή είναι ένας συμβιβασμός, και πρέπει να αποδεχόμαστε τα μειονεκτήματα όπως και τα πλεονεκτήματα της σύγχρονης κοινωνίας. Δεν υποστηρίζουμε ότι οι άνθρωποι πρέπει να σταματήσουν τις βάρδιες, αλλά προτείνουμε να υπάρχει μια μεγαλύτερη κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν μερικοί άνθρωποι όταν πρέπει να δουλέψουν με βάρδιες. Υπάρχει κίνδυνος να γίνουν λιγότερο δυναμικοί αλλά, επίσης, και αποτελεσματικοί, λιγότερο ευτυχισμένοι και αισθηματικά σταθεροί. Δεν πρέπει να τους καταδικάζουμε, επειδή έχουν άκαμπτα βιολογικά ρολόγια και συστήματα ορμονών.

Από τη στιγμή που η δουλειά σε βάρδιες αποτελεί για σας πραγματικότητα, το λιγότερο που μπορείτε να κάνετε είναι να δραστηριοποιήσετε τις αζήτητες ορμόνες σε αντίθετους σκοπούς. Δεν υπάρχουν φάρμακα για να σας βοηθήσουν. Ένα πράγμα όμως που θα χειροτερέψει την κατάσταση, και που πρέπει να το αποφύγετε, είναι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ

Τα μέτρα είναι:

1. αποφεύγεται την κατανάλωση καφέ, τσαγιού ή οινοπνευματωδών ποτών ιδιαίτερα τις απογευματινές ώρες
2. αποφεύγεται το βράδυ να τρώτε πολύ ή να τρώτε βαριά ή πικάντικα φαγητά
3. ένα ζεστό γάλα ή χαμομήλι πριν πάτε στο κρεβάτι συχνά βοηθάει τον ύπνο
4. συνηθίστε το απόγευμα ή το βράδυ να ασκείστε. Το περπάτημα, το ελαφρύ τρέξιμο, το ποδήλατο κ.α. αποτελούν άριστο τρόπο άσκησης για όλες τις ηλικίες και χαλαρώνει τον οργανισμό και βελτιώνει το άγχος.
5. φροντίστε το δωμάτιο που κοιμάστε να μην είναι ούτε πολύ ζεστό ούτε πολύ κρύο.
6. ένα ζεστό βραδινό μπάνιο θεωρείται ότι πρέπει για χαλάρωμα του σώματος ιδιαίτερα αν γίνεται μετά από άσκηση.
7. Εξασφαλίστε ήσυχο περιβάλλον για τον ύπνο σας. Κλείστε κάθε συσκευή που κάνει θόρυβο, συστήστε στο περιβάλλον σας να κάνουν ησυχία. Εάν αυτό είναι πρακτικά αδύνατο φορέστε ωτοασπίδες.
8. Αποφεύγετε να κοιμάστε κατά τη διάρκεια της ημέρας ή να παίρνετε στα κλεφτά υπνάκους διαβάζοντας την εφημερίδα σας ή βλέποντας τηλεόραση ιδιαίτερα το απόγευμα. Πολλά άτομα πάσχουν από αϋπνία διότι έχουν προκαλέσει αναστροφή του ωραρίου του ύπνου τους δηλ. κοιμούνται την ημέρα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να κοιμηθούν το βράδυ.
9. Προσπαθήστε να ξυπνάτε την ίδια ώρα κάθε ημέρα.
10. Διαλέξτε κρεβάτι με στρώμα και κλινოსκεπάσματα, αναπαυτικά και ευχάριστα. Μην άγχεστε και ανησυχείτε αν μια βραδιά δεν κοιμηθείτε. Η κατάκλιση και η ανάπαυση του σώματος είναι εξίσου απαραίτητη και ωφέλιμη. Το άγχος για το αν θα έχετε το βράδυ ύπνο επιδεινώνει την κατάσταση σας.
Αν τα μέτρα αυτά δεν αποδώσουν τότε ο γιατρός θα σας υποδείξει κάποιο υπναγωγό το οποίο θα πρέπει να πάρετε όσο το δυνατόν μικρότερη δοσολογία και όσο το δυνατόν μικρότερο χρόνο.

Θα πρέπει να ξέρετε ότι τα υπνωτικά αποτελούν την εύκολη προσωρινή λύση του προβλήματος σας χωρίς να το λύνουν οριστικά. Τα υπνωτικά που σήμερα είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα προκαλούν εθισμό ενώ μπορούν να επηρεάσουν την απόδοση του ατόμου και την επόμενη μέρα. Μετά την λήψη του υπνωτικού χαπιού δε θα πρέπει να πίνετε οινόπνευματώδη, να οδηγείται ή να χειρίζεστε μηχανήματα. Στο υπνωτικό χάπι θα καταλήξουμε μόνο όταν όλα τα άλλα μέτρα έχουν αποτύχει²⁸.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη – Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε Νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας και της Λιβαδειάς. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ένα δείγμα 200 ατόμων και στο οποίο ανταποκρίθηκαν 150 άτομα, δηλαδή ένα 75%.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Αύγουστο έως και τον Οκτώβριο του 2001 στις πόλεις της Αθήνας και της Λιβαδειάς. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιοχής της.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η μόνιμη εργασιακή σχέση με το νοσηλευτικό ίδρυμα
- Η ιδιότητα του ερωτώμενου και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με νοσηλευτική ειδικότητα

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 150 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 200 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε την μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε 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.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

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 Sigma Stat 1.0 for Windows. 1. 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 οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

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

- Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας,
- τιμή της χ^2 ,
- 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 $p < 0,05$.

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

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

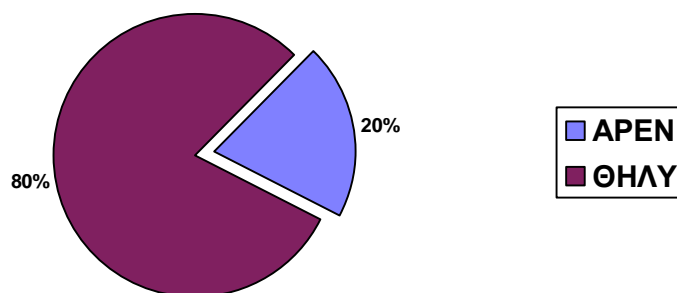
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	120	80
ΑΡΡΕΝ	30	20
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

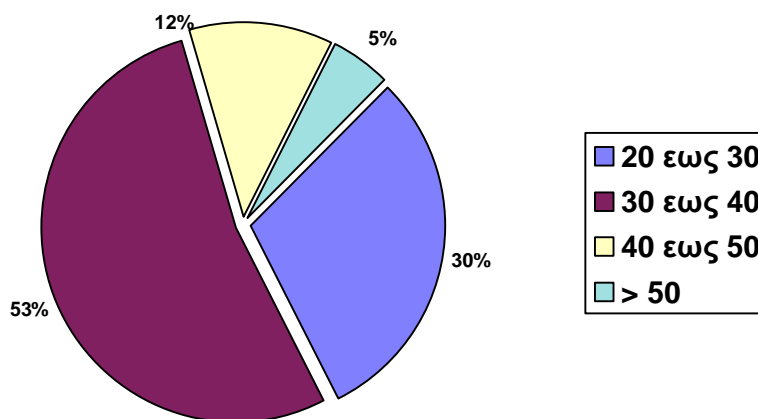


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20-30	45	30
31-40	80	53
41-50	18	12
> 50	7	5
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %

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

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΑΜΟΣ	50	33
ΕΓΓΑΜΟΣ	80	53
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	16	11
ΧΗΡΟΣ	4	3
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %

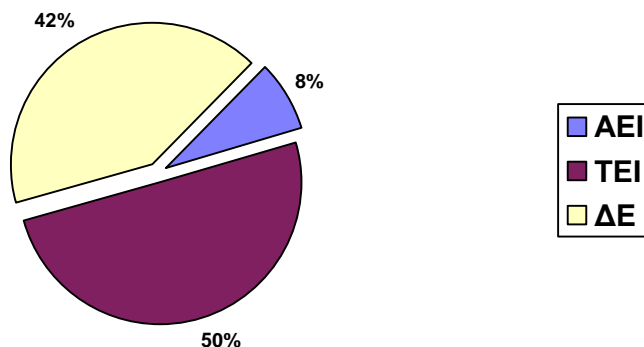
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α.Ε.Ι	12	8
Τ.Ε.Ι	75	50
Δ.Ε	63	42
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 10 έτη	80	53
11-20 έτη	55	37
> 20 έτη	15	10
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %

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

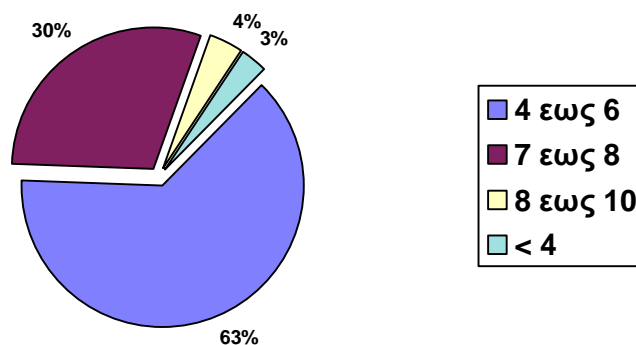
2. Απαντήσεις σε σχέση με την αϋπνία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την πρωινή-απογευματινή βάρδια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 4 ώρες	4	3
4-6 ώρες	95	63
7-8	45	30
8-10	6	4
ΣΥΝΟΛΟ	150	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 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την πρωινή βάρδια

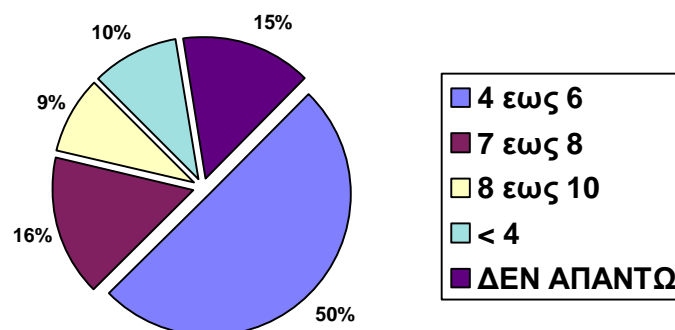


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την νυκτερινή βάρδια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 4 ώρες	15	10
4-6 ώρες	75	50
7-8	25	16
8-10	13	9
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	15
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

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

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες ύπνου μετά την νυκτερινή βάρδια.

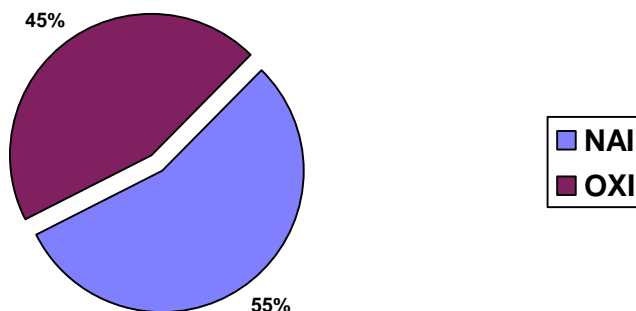


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται το μεσημέρι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	83	55
ΟΧΙ	67	45
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται το μεσημέρι.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τον μεσημεριανό ύπνο.

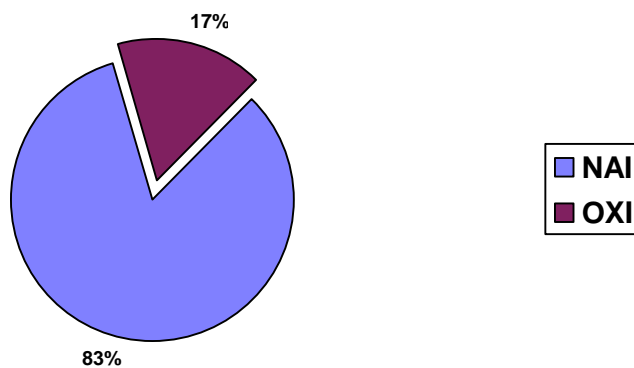


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	125	83
ΟΧΙ	25	17
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

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

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 125 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο για τον οποίο κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν.

A. Έλλειψη χρόνου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	123	98
ΟΧΙ	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

B. Εξωτερικές συνθήκες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	75	60
ΟΧΙ	50	40
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

Γ. Σωματικά προβλήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΟΝΟΙ	50	40
ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ	65	52
ΚΡΑΜΠΕΣ	15	12
ΜΟΥΔΙΑΣΜΑΤΑ	18	14
ΑΣΘΜΑ	3	2
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ	2	1
ΡΟΧΑΛΗΤΟ	14	11

Δ. Χρόνια νοσήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	10	8
ΟΧΙ	115	92
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

Ε. Δυσάρεστες σκέψεις

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	45	36
ΟΧΙ	80	64
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

ΣΤ. Συναισθήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΧΟΣ	103	82
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	13	10
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	20	16
ΑΓΩΝΙΑ	30	24

Ζ. Σημαντικά γεγονότα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	115	92
ΟΧΙ	10	8
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

Η. Εργασιακά προβλήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	70	56
ΟΧΙ	55	44
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

Θ. Συνήθειες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	39	31
ΚΑΦΕΣ	51	41
ΑΛΚΟΟΛ	4	3
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	1	1
ΥΠΝΩΤΙΚΑ	0	0
ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	2	2

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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τις προ του ύπνου δραστηριότητες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	94	63
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	85	57
ΜΠΑΝΙΟ	74	49
ΦΑΓΗΤΟ	29	19
ΓΑΛΑ	17	11
ΑΛΛΟ	12	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση ή διαβάζουν πριν κοιμηθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ώρα που πηγαίνουν για να κοιμηθούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
<10:00 μ.μ.	24	16
10-12:00 μ.μ.	73	47
> 12:00 μ.μ.	53	35
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

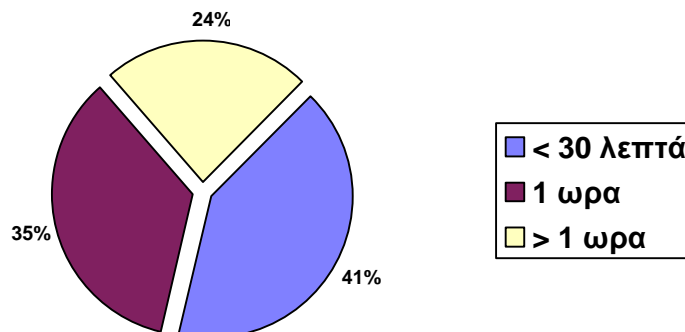
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πέφτουν για ύπνο μεταξύ τις 10:00 και 12:00 μ.μ. κάθε βράδυ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το χρόνο που απαιτείται συνήθως για να κοιμηθούν μετά την κατάκλιση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 30 λεπτά	62	41
1 ώρα	53	35
> 1 ώρα	35	24
ΣΥΝΟΛΟ	150	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 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το χρόνο που απαιτείται συνήθως για να κοιμηθούν μετά την κατάκλιση.

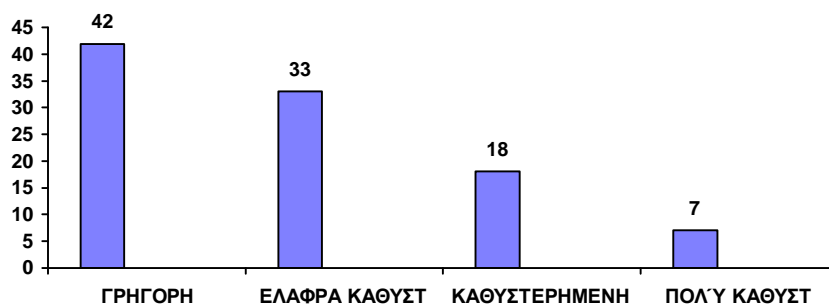


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς χαρακτηρίζουν την επέλευση του ύπνου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΓΡΗΓΟΡΗ	62	42
ΕΛΑΦΡΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	50	33
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	27	18
ΠΟΛΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	11	7
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

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

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς χαρακτηρίζουν τη επέλευση του ύπνου.



ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 88 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα της καθυστέρησης επέλευσης του ύπνου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	31	35
1-2 / ΕΒΔΟΜΑΔΑ	45	51
1-2 / ΜΗΝΑ	12	14
ΣΥΝΟΛΟ	88	100

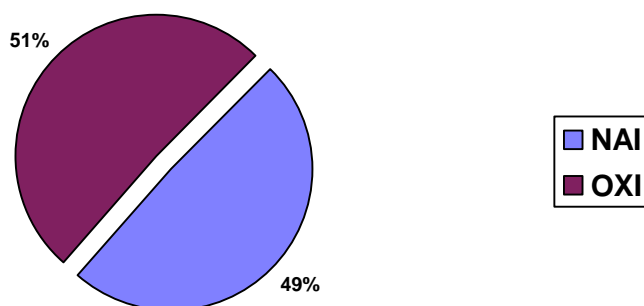
Στους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα η καθυστέρηση επέλευσης του ύπνου παρουσιάζεται 1-2 φορές την εβδομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ξυπνούν κατά την διάρκεια της νύκτας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	74	49
ΟΧΙ	76	51
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

Οι μισοί περίπου ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν κατά την διάρκεια της νύκτας.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ξυπνούν κατά την διάρκεια της νύκτας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 74 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των αφυπνίσεων στο μήνα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	40	54
1-2 / ΕΒΔΟΜΑΔΑ	26	35
1-2 / ΜΗΝΑ	8	11
ΣΥΝΟΛΟ	74	100

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ώρα που ξυπνούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 06:00 π.μ.	83	55
07-08:00 π.μ.	45	30
>= 9:00 π.μ.	22	15
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ξυπνούν πριν τις 06:00 π.μ. κάθε πρωί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου στην Διάθεση τους.

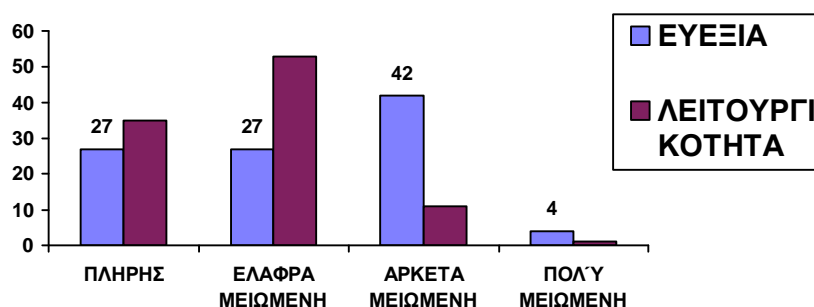
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΛΗΡΗΣ	40	27
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	40	27
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	64	42
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	6	4
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου στην Λειτουργικότητα τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΛΗΡΗΣ	52	35
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	80	53
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	16	11
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	2	1
ΣΥΝΟΛΟ	150	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 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αποτελέσματα των αφυπνίσεων και της αργής επέλευσης του ύπνου.

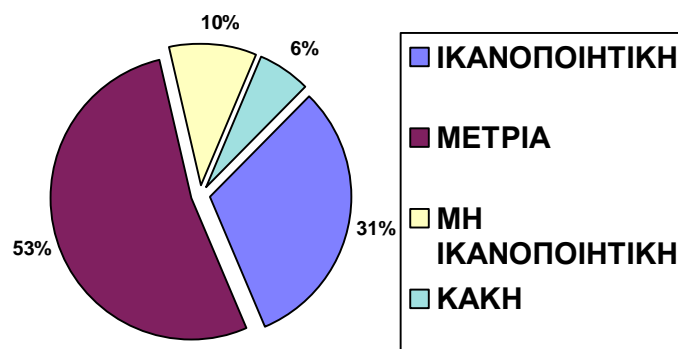


ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα του ύπνου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	47	31
ΜΕΤΡΙΑ	80	53
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	15	10
ΚΑΚΗ	8	6
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

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

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα του ύπνου τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	28	19
ΜΕΙΩΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	7	5
ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ	15	10
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΥΠΝΟΣ	8	5
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	2	1

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τον ελεύθερο χρόνο τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	82	55
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	52	35
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	9	6
ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ	58	39
ΠΕΡΙΠΑΤΟΙ	55	37
ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ	10	7
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	86	57
ΜΑΓΕΙΡΙΚΗ	80	53

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίηση από την καθημερινή του ρουτίνα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	54	36
ΟΧΙ	96	64
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ευεξία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	58	39
ΟΧΙ	92	61
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν αισθάνονται ευεξιακή άνεση όταν ξυπνάνε.

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 2 και 15).

Αριθμός	21-30	31-40	41-50	> 50	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΛΗΡΗΣ	19	26	6	1	52
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	22	44	10	4	80
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	4	8	2	2	16
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	0	2	0	0	2
ΣΥΝΟΛΟ	45	80	18	7	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X²	P
9	5.9	0.74

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

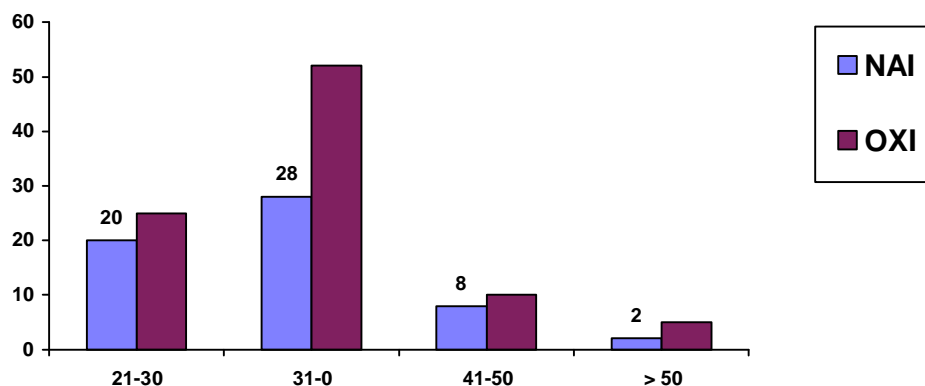
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (Ερώτηση 2 και 20).:

Αριθμός	21-30	31-40	41-50	> 50	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	20	28	8	2	58
ΟΧΙ	25	52	10	5	92
ΣΥΝΟΛΟ	45	80	18	7	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X²	P
3	1.64	0.65

Στις απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την ποιότητα του ύπνου τους (Ερώτηση 2 και 16).

Αριθμός	21-30	31-40	41-50	> 50	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	20	23	3	1	47
ΜΕΤΡΙΑ	17	46	11	6	80
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	5	7	3	0	15
ΚΑΚΗ	3	4	1	0	8
ΣΥΝΟΛΟ	45	80	18	7	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ χ^2	P
9	10.6	0.30

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με τη διαφορετική οικογενειακή κατάσταση όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 3 και 15).

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΛΗΡΗΣ	11	32	8	1	52
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	36	36	6	2	80
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	3	10	2	1	16
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	0	2	0	0	2
ΣΥΝΟΛΟ	50	80	16	4	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X^2	P
9	13.1	0.16

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με την διαφορετική οικογενειακή κατάστασή τους σε σχέση με την επέλευση του ύπνου (Ερώτηση 3 και 9).

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΓΡΗΓΟΡΗ	20	38	0	3	62
ΕΛΑΦΡΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	27	15	8	1	50
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	0	21	6	0	27
ΠΟΛΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ	3	6	2	0	11
ΣΥΝΟΛΟ	50	80	16	4	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X^2	P
9	38.4	0.0001

Στις απαντήσεις μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάστασή τους σε σχέση με την επέλευση του ύπνου διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών 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
ΝΑΙ	26	27	5	58
ΟΧΙ	54	28	10	92
ΣΥΝΟΛΟ	80	55	15	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X^2	P
2	3.18	0.14

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική προϋπηρεσία όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 5 και 15).

Αριθμός	<10έτη	11-20 έτη	21-30 έτη	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΛΗΡΗΣ	31	17	4	52
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	40	31	9	80
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	8	6	2	16
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	1	1	0	2
ΣΥΝΟΛΟ	80	55	15	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ²	P
6	1.71	0.94

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

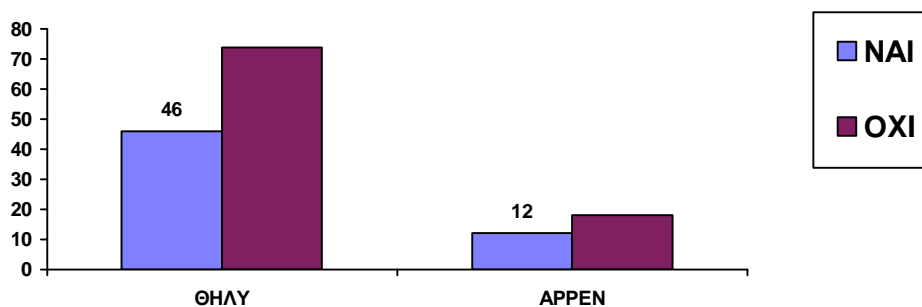
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (Ερώτηση 1 και 20).

Αριθμός	ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	46	12	58
ΟΧΙ	74	18	92
ΣΥΝΟΛΟ	120	30	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ²	P
1	0.01	0.9

Στις απαντήσεις μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μετά από ένα κακό ύπνο (Ερώτηση 1 και 15).

Αριθμός	ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΛΗΡΗΣ	40	12	52
ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	68	12	80
ΑΡΚΕΤΑ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	10	6	16
ΠΟΛΥ ΜΕΙΩΜΕΝΗ	2	0	2
ΣΥΝΟΛΟ	120	30	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X^2	P
3	5.12	0.16

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Συσχέτιση των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (Ερώτηση 4 και 20).

Αριθμός	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	4	24	30	58
ΟΧΙ	8	51	33	92
ΣΥΝΟΛΟ	12	75	63	150

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ X^2	P
2	3.68	0.16

Στις απαντήσεις μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διαπιστώθηκε ότι κατά την παρούσα ερευνά από το σύνολο των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (80%). Η ηλικία τους ήταν μεταξύ 31 – 40 ετών (53 %). Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (53 %). Όπως προκύπτει από την σύγκριση με προηγούμενη ερευνά που έγινε τον Μάιο του 2001 με θέμα : Αϋπνία και Νοσηλευτικό Προσωπικό, στην Αθηνά και στην Πάτρα, η πλειοψηφία ήταν επίσης έγγαμες γυναίκες 31 – 40 ετών 29.

Σε σχέση με την ποσότητα του ύπνου οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι κοιμούνται κατά μέσο όρο 4-6 ώρες μετά από νυχτερινή βάρδια (50%) (πίνακας 2). Επίσης ανέφεραν ότι κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν (83%) και ενοχοποιούν τους εξής παράγοντες : την έλλειψη χρόνου (98%), κάποια σημαντικά γεγονότα (92%), τα συναισθήματα (82%) και τα εργασιακά προβλήματα (56%). Οι απαντήσεις που δόθηκαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις στην προηγούμενη ερευνά κυμαίνονται στα ίδια ποσοστά.

Ακόμη βρέθηκε ότι περισσότεροι πέφτουν για ύπνο μεταξύ 22:00 – 24:00 το βράδυ (47%) (πίνακας 7). Η πλειοψηφία χρειάζεται λιγότερο από 30 λεπτά για να τους πάρει ο ύπνος (35%). Οι πιο πολλοί χαρακτηρίζουν αυτή τη χρονική διάρκεια μικρή (42%). Συγκρίνοντας την παρούσα ερευνά με τη προηγούμενη έχουμε τα ίδια αποτελέσματα. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 55% ξυπνάει νωρίτερα από της έξι το πρωί με συνέπεια αρκετά μειωμένη διάθεση (42%) και την ελαφρά μειωμένη λειτουργικότητα τους (53%). Τα ίδια περίπου ποσοστά βρέθηκαν και στην προηγούμενη ερευνά.

Σε σχέση με την ποιότητα του ύπνου οι περισσότεροι ερωτηθέντες την χαρακτήρισαν μέτρια (53%). Επίσης οι περισσότεροι προτείνουν για την βελτίωση του ύπνου μείωση του άγχους (79%). Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην προηγούμενη ερευνά προκύπτουν τα ίδια ποσοστά.

Κανάτας συσχετισμό των ερωτήσεων διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διάφορα απαντήσεων μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με την επέλευση του ύπνου ($P : 0,0001$), δηλαδή οι άγαμοι έχουν γρήγορη επέλευση ύπνου σε ποσοστό 20% ενώ οι έγγαμοι 38%. Αντίθετα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική ηλικία όσον αφορά την λειτουργικότητα τους μετά από ένα κακό ύπνο ($P : 0,74$), την ικανοποίηση τους από την καθημερινή ρουτίνα ($P : 0,65$) και την ποιότητα του ύπνου τους ($P : 0,30$). Επίσης μικρή ήταν η στατιστική διάφορα απαντήσεων μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση όσον αφορά την λειτουργικότητα τους μετά από ένα κακό

ύπνο σε σχέση με την επέλευση του ύπνου (P : 0,16) και την ικανοποίηση από την καθημερινή τους ρουτίνα (P : 0,14).

Τέλος, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η αϋπνία είναι ένα υπαρκτό και συχνό πρόβλημα το οποίο δεν έχει αντιμετωπισθεί με την ανάλογη υπευθυνότητα. Όσον αφορά αυτό κάθε αυτό το θέμα μας, η πλειοψηφία των συνάδελφων μας έδειξε ενδιαφέρον και θέλησε να μας βοηθήσει γιατί η αϋπνία μαστίζει τους περισσότερους από εμάς. Υπήρξε βέβαια και ένα μικρό ποσοστό που δεν θέλησε να συμμετάσχει στην έρευνα.

Εν κατακλείδι πιστεύουμε ότι το μέλλον της νοσηλευτικής σαν επάγγελμα και η αποτελεσματικότητα της σαν κοινωνικό έργο είναι ενδεχόμενα και συνέπειες του βαθμού της ικανότητας να αναπτύξει γνώση. Έτσι οι σύγχρονες νοσηλευτικές έρευνες διαμορφώνονται γύρω από ένα κεντρικό άξονα πληροφοριών με μοναδικό σκοπό την προαγωγή της υγείας και την χρησιμοποίηση εξελιγμένων θεραπευτικών σχημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αϋπνία είναι ένα συχνό ιατρικό πρόβλημα, στο ένα τρίτο των περιπτώσεων μάλιστα καθίσταται χρόνια κατάσταση. Η χρόνια αϋπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες, στα ηλικιωμένα άτομα και σ' αυτούς που παρουσιάζουν ψυχολογικά ή κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της αϋπνίας και των ψυχιατρικών διαταραχών, ιδιαίτερα της κατάθλιψης. Επίσης πολλά σωματικά νοσήματα όπως και η λήψη ψυχοδιεγερτικών ουσιών ή η απότομη διακοπή ορισμένων κατασταλτικών του ΚΝΣ μπορούν να προκαλέσουν αϋπνία. Φαίνεται ότι η χαρακτηριστική τάση των ασθενών με χρόνια αϋπνία να εσωτερικεύουν τα αρνητικά κυρίως συναισθήματά τους οδηγεί σε μία συνεχή κατάσταση υπερεγρήγορσης, ενώ ο φόβος του επικείμενου υπνικού ελλείμματος επιτείνει τη δυσκολία υπερνίκησης της αδυναμίας επέλευσης του ύπνου. Τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια της αϋπνίας είναι:

- Η δυσκολία στην επέλευση ή συντήρηση του ύπνου, η κακή ποιότητα ύπνου.
- Διάρκεια μεγαλύτερη του μηνός και συχνότητα τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα.
- Υπεραπασχόληση με το πρόβλημα του ύπνου.
- Πρόκληση δυσφορίας κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Η αντιμετώπιση της χρόνιας αϋπνίας, κατάσταση συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, επιβάλλει την επιλεκτική εφαρμογή περισσότερων της μιας θεραπευτικών μεθόδων σε συνδυασμό. Πρώτη φροντίδα είναι η ταχεία εγκατάσταση καλής σχέσης γιατρού-ασθενή και η πλήρης εκτίμηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς του προβλήματος της αϋπνίας. Σε πολλές περιπτώσεις μέτρα υγιεινής, αποβλέποντα στη γενική βελτίωση των συνθηκών τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας όσο και της νύχτας, είναι πολύ αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της χρόνιας αϋπνίας. Διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν επιτυχώς. Εφαρμογή μιας ειδικής ψυχοθεραπείας επιβάλλει την παραπομπή του ασθενή σε ειδικό θεραπευτή. Όμως συχνά ο γενικός γιατρός είναι σε θέση να δράσει ψυχοθεραπευτικά ασκώντας ένα μοναδικό υποστηρικτικό ρόλο τον οποίο πρέπει να αναλαμβάνει, ιδίως όταν είναι οικογενειακός γιατρός. Επίσης θα πρέπει να στρέφεται εγκαίρως προς την πολυδιαστατική θεραπεία της αϋπνίας επιλέγοντας τον κατάλληλο συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων με κριτήριο τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ασθενή. Έτσι, η χρήση των υπνωτικών επιβάλλεται να περιορίζεται στην αρχική

κυρίως φάση ως συμπλήρωμα μόνο της συνολικής αντιμετώπισης και όχι ως μονοθεραπεία.

Ο σχεδιασμός της έρευνας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ανθρώπων για κάποια μεταβλητή. Για τη συλλογή στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο απευθύνθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας και της Λιβαδειάς. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σ' ένα δείγμα 200 ατόμων και στο οποίο ανταποκρίθηκαν 150 άτομα, δηλ. ένα 75%. Η χρονική διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Αύγουστο ως και τον Οκτώβριο του 2001 στις πόλεις της Αθήνας και της Λιβαδειάς.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι ερωτηθέντες κοιμούνται λιγότερο από όσο θα ήθελαν και ότι ο κυριότερος λόγος γι' αυτό είναι η έλλειψη χρόνου και το άγχος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟ ΕΕΓ*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ: η αναλογία του χρόνου που περνά το άτομο κοιμισμένο προς τη συνολική περίοδο καταγραφής.

ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ: τα ποικίλα ποσοστά του κάθε σταδίου ύπνου (στάδιο 1, στάδιο 2, στάδια 3 και 4 [συνδυασμένα ως ύπνος δέλτα] και ύπνος REM) μέσα στο συνολικό χρόνο ύπνου, ή ο συνολικός αριθμός των λεπτών του κάθε σταδίου ύπνου.

ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ: το χρονικό διάστημα που περνά το άτομο ξύπνιο μετά την έναρξη του ύπνου και πριν από την τελική αφύπνιση το πρωί.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ REM: μια ποιοτική μέτρηση του ύπνου REM. Κάθε λεπτό ύπνου REM βαθμολογείται σε μια κλίμακα 9 βαθμών (0-8) για τα πρότυπα REM, ενώ το άθροισμα για ολόκληρη τη νύκτα δίνει τη δραστηριότητα REM.

ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΣ REM: ο αριθμός των λεπτών ύπνου μέχρι την πρώτη περίοδο REM.

ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΠΝΟΥ: ο χρόνος από το σβήσιμο των φώτων μέχρι την έναρξη του ύπνου σταδίου 1 ή 2.

Πολλαπλές λανθάνουσες περίοδοι ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας: μια δοκιμασία που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ημέρας και κατά την οποία ο ασθενής παίρνει τέσσερις ή πέντε «υπνάκου» (naps) σε προκαθορισμένα χρονικά σημεία. Η μέση αρχική λανθάνουσα περίοδος ύπνου είναι μια συχνά χρησιμοποιούμενη μέτρηση της υπερβολικής υπνηλίας (sleepiness) κατά τη διάρκεια της ημέρας και η ανάπτυξη REM είναι ενδεικτική ναρκοληψίας (narcolepsy).

ΠΟΣΟΣΤΟ REM: διάρκεια του ύπνου REM διαιρούμενη δια του χρόνου που κοιμάται το άτομο.

ΠΡΩΙΜΗ ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ: πρόωρο πρωινό ξύπνημα.

ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ (DENSITY) ΠΟΣΟΤΗΤΑ (INTENSITY) REM: η συχνότητα των οφθαλμικών κινήσεων διαιρούμενη δια του χρόνου κατά τη διάρκεια του ύπνου σε στάδιο REM.

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ: μη διακοπτόμενος ύπνος.

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΝΟΥ: ο χρόνος που περνά το άτομο κοιμισμένο μείον οποιοδήποτε χρονικό διάστημα είναι ξύπνιο κατά τη διάρκεια της νύκτας μετά την έναρξη του ύπνου.

ΥΠΝΟΣ ΒΡΑΔΕΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ: ύπνος χαρακτηριζόμενος από βραδέα κύματα δέλτα υψηλού εύρους και αυξημένο ουδό διέγερσης.

ΥΠΝΟΣ ΔΕΛΤΑ (DELTA SLEEP): βλέπε ύπνος βραδέων κυμάτων.

ΥΠΝΟΣ REM: ύπνος που χαρακτηρίζεται από ταχείες οφθαλμικές κινήσεις, αποσυγχρονισμένο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και σημαντικά μειωμένο μυϊκό τόνο.

* Τροποποιημένο με άδεια από Elsevier Science, από Kupfer DJ, Spiker DG, Rossi A, Coble PA, Shaw D, Ulrich R. Nortriptyline and EEG sleep in depressed patients (Νορτριπυλίνη και ύπνος στο EEG στους καταθλιπτικούς ασθενείς). Biol Psychiatry 1982, 17:535-46. Copyright 1982 by the Society of Biological Psychiatry.

ΠΗΓΗ: ROSSI A., ΝΑΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΕΚΔΟΣΗ 1^Η, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΙΤΣΙΛΙΑΗΣ, ΑΘΗΝΑ, 2001

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Σολδάτος Κ.Ρ., Σακκάς Π.Ν.**, Διαταραχές του ύπνου, αντιμετώπιση στη γενική ιατρική, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Σολδάτος Κ.Ρ., Αθήνα 1995
2. **Oswald Jan, Kerston Adam**, Αϋπνία, Χρυσές συμβουλές για έναν καλύτερο ύπνο, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1993
3. Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, υπό την επιμέλεια του Παπαδόπουλου Θ. Ταξιάρχη, τόμος 1, έκδοση 1η, εκδόσεις Καπόπουλος Κ.Π., Αθήνα 1981
4. **Glenys Parry**, Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους, υπό την επιμέλεια του Δέγλερη Ν.Ε., επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
5. **Adler Alfred**, Συγκριτική ατομική ψυχολογία, μετάφραση από την Πρωτόπαπα Σ., επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Γκοβόστη, Αθήνα 1990
6. **Hauir P.**, Όχι πια άπνες νύχτες: Το ολοκληρωμένο πρόγραμμα για τον τερματισμό της αϋπνίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες, Αθήνα 1990
7. **Lamberg L.**, Οδηγός για έναν καλύτερο ύπνο, έκδοση 4^η, εκδόσεις Ελληνοεκτοδική, Αθήνα 1994
8. **Χρυσάνθης Δ. Πλάτη**, Γεροντολογική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 4^η αναθεωρημένη, Αθήνα 2000
9. **Boulos Z.**, Ελαφρά θεραπεία για τις δυσλειτουργίες του ύπνου, επίτομος, έκδοση 1^η, Δομική, Αθήνα 1995
10. Εσωτερική παθολογία Harrison, τόμος 1, έκδοση 10η, εκδόσεις Παριζιάνος Γ., Αθήνα 1994
11. www.enet.gr/online

12. **Μιχ. Στέφα**, Υγιεινή και Ασφάλεια στους νοσοκομειακούς χώρους – Νοσηλευτική ευθύνη, εκδόσεις Επιστημονική Νοσηλευτική Εταιρεία, ημερίδα, Αθήνα 21-11-1992
13. **Rossi A.**, Νατριπυλίνη και ύπνος στους καταθλιπτικούς ασθενείς, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πιτσιλίδης, Αθήνα 2001
14. **Νέτα Σ.**, Αϋπνία: Γιατί μετράμε προβατάκια στο κρεβάτι, Ελευθεροτυπία, Αθήνα 2001, σελ. 46-47
15. American College of physicians (American Society of Internal medicine), εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1999
16. **Μάνου Νίκος**, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη 1997
17. **Μαρίνος Ζ Γιώργος**, Το άγχος οι νευρώσεις και η θεραπεία τους, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1997
18. **Βασιλοπούλου Φωτεινή**, Τι μπορεί να ταραξει τον ύπνο σας, Vita, τεύχος 47, εκδόσεις Λαμπράκη Α.Ε., 2001, σελ. 68-73
19. **Deepak Chopra**, Ξεκούραστος ύπνος, μετάφραση από τον Δίπλα Γιώργο, υπό την επιμέλεια της Μοίραλη Πέπη, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ασημάκη Π., Αθήνα 1996
20. <http://webmd.lycos.com/content/article/163051519>
21. **Μαίρη Κωνσταντίνα**, Ξενύχτια, Αρμονία, τεύχος 22, εκδόσεις Σπυριδογιαννάκη Μαίρης, 2001, σελ. 41-42
22. **Northfield Wilfnd**, Νευρική Υπέρταση, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ασημάκη Π., Αθήνα 1996
23. **Madders Jane**, Στρες και χαλάρωση, μετάφραση από την Έμκε Έλλη, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ψυχογιός ΑΘ., Αθήνα 1990
24. **Walker Standey**, Understanding Nursing Care, επίτομος, έκδοση 4^η, εκδόσεις Peattie I Patricia
25. **Δρίτσα Αθανασίου**, Ιατρική και Μουσική, Τα θαύματα του μαγικού αυλού, Ιατρική του σήμερα, τεύχος 27, εκδόσεις Glaxo Welcome α.ε.β.ε., Ιανουάριος – Απρίλιος 2000, σελ. 5-6

26. *Sackett D.*, Διάγνωση και Θεραπεία της αϋπνίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ελληνοεκδοτική, Αθήνα 1990
27. *Γ. Ν. Χριστοδούλου & Συνεργάτες*, Ψυχιατρική Α΄ και Β΄ τόμος, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ART, Αθήνα 2000
28. www.iatronet.gr
29. Πτυχιακή Εργασία «Αϋπνία», Πρόληψη και Αντιμετώπιση της αϋπνίας – Νοσηλευτική παρέμβαση, Πάτρα, Μάιος 2001