



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Διερεύνηση αϋπνίας
σε επαγγελματίες υγείας
του χειρουργικού τομέα.**

ΣΙΑΦΑΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Επιβλέπων Καθηγητής

Επικ. Καθηγητής Παυλάκης Ανδρέας

Ιανουάριος 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Διερεύνηση αϋπνίας σε επαγγελματίες υγείας
του χειρουργικού τομέα.**

ΣΙΑΦΑΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Επιβλέπων Καθηγητής
Επικ. Καθηγητής Παυλάκης Ανδρέας

Ιανουάριος 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Επικ. Καθηγητή κο Παυλάκη Ανδρέα για την αμέριστη συμπαράσταση, την ηθική υποστήριξή του και την υπομονή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής και ιδιαίτερα κατά τη φάση των διορθώσεων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις κόρες μου και ιδιαίτερα τη μικρή μου Στελλίνα που τόσο της έλειπα το διάστημα αυτό.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ΑΒSTRACT.....	iv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	1
1.Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.	5
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	5
2.1 Ο φυσιολογικός ύπνος	5
2.1.1 Δύο θεωρητικές προσεγγίσεις.....	5
2.2 Οι διαταραχές ύπνου	6
2.2.1. Παθοφυσιολογία	10
2.3 Αιτιολογία.....	12
2.3.1 Τα είδη της αϋπνίας	13
2.3.2 Ο φαύλος κύκλος	14
2.4 Επιδημιολογία των διαταραχών του ύπνου	15
2.5 Κλινική εικόνα.....	16
2.6 Κλίμακες υπνηλίας/ αϋπνίας και συναφή ερωτηματολόγια	22
2.7 Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους εργαζομένους	23
2.8 Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	26
3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
3.1 Σκοπός.....	27
3.2 Διαδικασία έρευνας και πληθυσμός της μελέτης	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.	29
4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.	49
5.Συζήτηση.....	49
5.1 Συμπεράσματα - Εισηγήσεις.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο χειρουργικός τομέας αποτελεί έναν από τα πλέον στρεσογόνα εργασιακά περιβάλλοντα με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, το κυκλικό ωράριο που ακολουθείται στα περισσότερα νοσοκομεία σε συνδυασμό με την ένταση της εργασίας δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη διαταραχών του ύπνου και ψυχικών διαταραχών.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός της συχνότητας των διαταραχών ύπνου σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στο χειρουργικό τομέα.

Υλικό και μέθοδος : Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου. Το δεύτερο αφορούσε στις διαταραχές του ύπνου και περιελάμβανε την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών και κάποιες συμπληρωματικές ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα του ύπνου. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν 161 εργαζόμενοι ιατροί και νοσηλευτές στο χειρουργικό τομέα των 2 νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό και Γενικό Νοσοκομείο) της Λάρισας (δείγμα ευκολίας).

Αποτελέσματα : Η πλειονότητα του δείγματος ήταν άνδρες (52,5%), έγγαμοι (71,9%) και με παιδιά (70,7%). Σημαντικά προβλήματα ύπνου ανιχνεύτηκαν σε ποσοστό 5-20%. Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα AIS ήταν $5,38 \pm 4,34$. Στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη βαθμολογία στην Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών παρουσιάστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών: $t(159) = -2,250$, $p = 0,026$, με μέση τιμή $4,67 \pm 3,97$ για τους άνδρες και $6,21 \pm 4,27$ για τις γυναίκες. Σημειώνεται ότι οι γυναίκες είχαν μέση τιμή μεγαλύτερη του 6, εύρημα που υποδηλώνει σημαντική διαταραχή του ύπνου. Επίσης, όσοι έκαναν περισσότερες από 8 εφημερίες το μήνα είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα AIS και μάλιστα πάνω από την οριακή τιμή 6, σε σχέση με όσους έκαναν λιγότερες : $t(159) = -2,122$, $p = 0,036$, με μέση τιμή $6,88 \pm 4,73$ έναντι $4,66 \pm 3,91$ των υπολοίπων.

Συμπέρασμα : Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν τη σημαντική συχνότητα της αϋπνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και δείχνουν το πόσο αναγκαία είναι η λήψη μέτρων, προκειμένου να προληφθούν οι συνέπειες της αϋπνίας.

ABSTRACT

Introduction: The Department of Surgery is one of the most stressful work environments with a considerable impact on the mental health and performance of health professionals. Moreover, the cyclic schedule followed in most hospitals in association with the intensity of labor create a fertile ground for the development of sleep disorders and mental disorders.

Purpose: to determine the frequency of sleep disorders in physicians and nurses working in the surgical departments.

Material and Methods: self-report questionnaires were used. The first questionnaire included questions related to the sociodemographic characteristics of the respondent . The second questionnaire was related to sleep disorders and included the Athens Insomnia Scale and some further questions about the quality of sleep. The survey population was 161 employees doctors and nurses in the surgical field of 2 hospitals (University and General Hospital) of Larissa (convenience sample).

Results: The majority of the sample were male (52.5 %), married (71.9 %) with children (70.7 %). Significant sleep problems were detected in 5-20% of the sample. The mean AIS score was 5.38 ± 4.34 . Statistically significant difference in Athens insomnia scale score occurred between men and women: $t(159) = -2.250$. $p = 0.026$. with a mean value of 4.67 ± 3.97 for males and 6.21 ± 4.27 for females. Women had a mean value greater than 6, suggesting a significant sleep disorder. Also, those who made more than 8 night shift per month scored higher on the AIS scale, even above the cut-off value of 6, compared with those who did less : $t(159) = -2.122$. $p = 0.036$. with a mean value of 6.88 ± 4.73 vs. 4.66 ± 3.91 others.

Conclusion : The results of this study highlight the significant prevalence of insomnia among health professionals and show the necessity of taking up measures to prevent the consequences of insomnia.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

1.Εισαγωγή

Ο Ύπνος σύμφωνα με τη μυθολογία, ήταν θεός, υιός του Ερέβους και της Νυκτός. Παριστάνεται νέος, όμορφος και με φτερά στους ώμους ή τους κροτάφους. Κοίμιζε τους ανθρώπους ποτίζοντάς τους με υπνωτικούς χυμούς από ένα κέρασ ή κουνώντας τα φτερά του. Κατοικούσε στη Λήμνο, το «νησί των ονείρων». Εκεί τον επισκέφθηκε η Ήρα με σκοπό να τον παρακαλέσει να αποκοιμίσει τον Δία, ώστε να μπορέσει η ίδια να παρέμβει στην εξέλιξη του Τρωικού πολέμου. «Ύπνος άναξ πάντων τε θεών πάντων τ' ανθρώπων» αναφέρει ο Όμηρος στην Ιλιάδα, δείχνοντας την ισχύ του Ύπνου. Επειδή όμως αυτός δε θέλησε να έρθει σε αντιπαράθεση με τον Δία, η Ήρα τον έπεισε αφού του υποσχέθηκε ότι θα τον παντρέψει με την αγαπημένη του Πασιθέη, την θεά της χαλάρωσης και της ξεκούρασης. Τα παιδιά του Ύπνου και της Πασιθέης ήταν οι Όνειροι: ο Μορφεύς, ο Φοβήτωρ, ο Φάντασος και ο Ίκελος. Ο Μορφεύς ήταν υπεύθυνος για τα μηνύματα των θεών προς τους θνητούς μέσω ονείρων καθώς και για όλα τα όνειρα των ηρώων και βασιλέων, ενώ οι αδελφοί του είχαν επικουρικό ρόλο: ο Φοβήτωρ τους έδινε τρομακτική διάσταση, ο Φάντασος τα έκανε δυσνόητα ενώ αντιθέτως ο Ίκελος ήταν υπεύθυνος για τις κατανοητές και ρεαλιστικές πτυχές τους. Κατοικούσαν στη Δύση, στις ακτές του Ωκεανού, σε ένα σπήλαιο του Άδη και από εκεί έστελναν μέσω δύο πυλών (μία για τα αληθινά – προμηνύματα και μία για τα ψεύτικα) τα όνειρα στους ανθρώπους (Patsi-Garin 1969).

Πέραν από τη μυθολογία υπάρχει και η πραγματικότητα. Οι περισσότεροι άνθρωποι κοιμούνται πάνω από 175.000 ώρες κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτή η ασυνήθιστη δέσμευση χρόνου δείχνει ότι ο ύπνος εκτελεί μια βιολογική σημαντική λειτουργία. Αν και οι λεπτομέρειες των ευεργετικών του δράσεων δεν είναι απόλυτα γνωστές, οι συνέπειες της στέρησης και ιδιαίτερα της κακής ποιότητας ύπνου απασχολούν τους ψυχιάτρους και οι διαταραχές ύπνου είναι πολύ συχνά προβλήματα που απαντώνται στην καθημερινή ιατρική πράξη.

Αποκαλυπτική της σημασίας που αποδιδόταν στον ύπνο ήδη από την αρχαία εποχή είναι και η συχνή αναφορά του στα ιπποκρατικά έργα. Η ποιότητά του συνέβαλε στη διαγνωστική και πρόγνωση διαφόρων νοσημάτων, ενώ είχε

διαπιστωθεί πως «τόσο ο ύπνος όσο και η εγρήγορση χωρίς μέτρο κάνουν κακό». Κατά τους επόμενους αιώνες αρκετοί επιστήμονες ασχολήθηκαν ποικιλοτρόπως με τον ύπνο, όμως μόνο στη σύγχρονη εποχή με τη βοήθεια κυρίως του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, της ολοκληρωμένης μελέτης ύπνου και νεώτερων απεικονιστικών τεχνικών η λειτουργία αυτή του οργανισμού περιγράφηκε και αναλύθηκε επαρκώς (Van de Water et al., 2011, Geiger-Brown et al., 2013).

Ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα αποτελούν οι διαταραχές ύπνου που οφείλονται στην εργασία σε βάρδιες. Πρόκειται για μία αναγνωρισμένη κλινική οντότητα που περιγράφεται σε άτομα που εργάζονται τη νύχτα, ξεκινούν την εργασία τους νωρίς το πρωί (μεταξύ 4 και 7 π.μ.) ή εργάζονται σε κυκλικές βάρδιες και εμφανίζεται με σοβαρότερα συμπτώματα από τις απλές διαταραχές του ύπνου μετά από εργασία σε βάρδια. Η διάγνωση της διαταραχής εργασίας σε κυκλικό ωράριο τίθεται όταν διαπιστώνεται υπερβολική υπνηλία και/ή αϋπνία για διάστημα ενός μηνός ή περισσότερο, κατά το οποίο το άτομο εργάζεται σε βάρδιες. Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, αφού μπορεί να οδηγήσει σε εργατικά και τροχαία ατυχήματα, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να κοιμηθεί, να τραφεί σωστά, να ασκηθεί και να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις (Drake et al., 2004, Muecke 2005).

Το νοσηλευτικό και ιατρικό λειτούργημα έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων για τη μελέτη αυτών των επιπτώσεων της στέρησης ύπνου, καθώς πρόκειται για τα κατ' εξοχήν επαγγέλματα που συνεπάγονται εργασία σε βάρδιες, και που συνδυάζουν υψηλές απαιτήσεις υπευθυνότητας, προσοχής και ακρίβειας, ενώ ασκείται συχνά κάτω από συνθήκες μεγάλης ψυχολογικής πίεσης. Πολλές μελέτες που έχουν εκπονηθεί τα τελευταία χρόνια έχουν καταδείξει τις συνέπειες του ασταθούς ωραρίου των νοσηλευτών τόσο στην υγεία των ίδιων, όσο και στην απόδοση στην εργασία τους. Η εργασία σε βάρδιες των νοσηλευτών έχει συσχετισθεί με διαταραχές του ύπνου, χρόνια κόπωση, τροχαία ατυχήματα, αυτοτραυματισμούς, λάθη στη νοσηλεία ασθενών κ.ά. και έχουν προταθεί στρατηγικές προγραμματισμού των νοσηλευτικών βάρδιών και περιορισμού αυτών των επιπτώσεων.

Η εργασία σε βάρδιες ανήκει στους εργασιακούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των εργαζομένων και την ψυχική τους υγεία. Άλλη μια παράμετρος κρίσιμη για την ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι το άγχος που όταν υπάρχει επιτείνει τις διαταραχές ύπνου και δρα συνεργικά με την αϋπνία

εξουθενώνοντας τον εργαζόμενο (Mellman 2006). Η έλλειψη καλής ποιότητας ύπνου και οι ψυχοσωματικές διαταραχές στις οποίες η αϋπνία προδιαθέτει σχετίζονται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach 2001). Οι στρεσογόνοι παράγοντες συνδέονται αιτιολογικά με το εργασιακό περιβάλλον και τελικά τροποποιούν τη συμπεριφορά και στη διάθεση του ατόμου (Kristoff 1996). Για την εμφάνιση του άγχους δρουν συνεργικά πολλοί παράγοντες εργασιακοί, προσωπικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί. Σε κάθε εργασιακό τομέα συναντώνται αγγχογόνες καταστάσεις που έχουν επίπτωση στη ζωή των εργαζομένων. Το εργασιακό στρες εκδηλώνεται με ψυχολογικές και σωματικές αντιδράσεις και έχει επιπτώσεις στην υγεία του εργαζομένου και γενικότερα στην οικονομία των χωρών. Στη Μεγάλη Βρετανία το στρες που σχετίζεται με την εργασία ευθύνεται για περίπου έξι εκατομμύρια μέρες αναρρωτικής άδειας και για το 60% των συνολικών αδειών. Το κόστος των παθήσεων και των προβλημάτων στην εργασία που οφείλεται στο εργασιακό στρες στις ΗΠΑ κοστίζει στη βιομηχανία περισσότερα από 200 δισ. δολάρια ετησίως (Rosch 2001).

Το άγχος και η ευεξία (well-being) αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως δείκτες της ψυχικής υγείας (Zohar 1995). Σύμφωνα με τον Greenglass (1993), η κατάσταση άγχους (state anxiety) περιγράφεται ως ένα παροδικό συναίσθημα, απο έλεσμα ψυχικής καταπόνησης που εκδηλώνεται με την ένταση, τη νευρικότητα, και την ανησυχία. Το άγχος ως χαρακτηριστικό γνώρισμα (trait anxiety) θεωρείται ως μια παγιωμένη διάθεση που εκδηλώνεται με αρνητικά συναισθήματα (Roskies et al., 1993). Τόσο η κατάσταση άγχους όσο και το γνώρισμα του άγχους συνδέονται με καταστάσεις, όπως η ψυχολογική πίεση (στρες), η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη (Maslach 2001).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έχει υψηλές ακαδημαϊκές απαιτήσεις, όγκο θεωρητικής γνώσης μεγάλο και απαιτεί ιδιαίτερες φυσικές, κλινικές και διαπροσωπικές δεξιότητες. Τα υψηλά επίπεδα άγχους και καταπόνησης, φυσικής και ψυχικής οδηγούν σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, ο φόρτος της κλινικής εργασίας έχουν ενοχοποιηθεί για την ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι το κυκλικό ωράριο έχει καταστρεπτικές ψυχολογικές και βιολογικές συνέπειες για τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, οι γυναίκες που απασχολούνται στα επαγγέλματα υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών (Greenglass 1991, Lee 1992, Kunert et al., 2007).

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα του ύπνου και να ανιχνευτούν πιθανές διαταραχές του σε ένα δείγμα κλινικών νοσηλευτών του χειρουργικού τομέα των δύο Γενικών Νοσοκομείων του νομού Λάρισας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ο φυσιολογικός ύπνος

Ο κύκλος ύπνου εγρήγορσης ρυθμίζεται από χρονοδότες που λειτουργούν ως ένα εσωτερικό βιολογικό ρολόι. Ανευρίσκονται στους υπερχιασματικούς πυρήνες του υποθαλάμου στον εγκέφαλο, οι οποίοι περιέχουν υποδοχείς μελατονίνης. Η μελατονίνη, μία ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή άλλων ορμονών συνδέεται με τους υποδοχείς αυτούς και δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η έκκρισή της γίνεται από το κωνάριο και συμβάλλει στον συντονισμό του κιρκάδιου (ημερήσιου) ρυθμού του σώματος, δηλαδή τις εναλλαγές μεταξύ του ύπνου και της εγρήγορσης. Το σκοτάδι προάγει την έκκριση μελατονίνης ενώ το φως την αναστέλλει. Επομένως έκθεση σε έντονο φως τη νύχτα ή σε λιγιστό την ημέρα αποσυντονίζει τη ρύθμιση παραγωγής μελατονίνης με αποτέλεσμα την κόπωση και τη μη ομαλή λειτουργία του οργανισμού (Pevet & Challet 2011).

2.1.1 Δύο θεωρητικές προσεγγίσεις

Δυο είναι οι θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί για τον ύπνο: οι *θεωρίες ανάρρωσης* και οι *κιρκαδιανές θεωρίες*. Οι διαφορές μεταξύ των δύο αυτών θεωριών αφορούν στις προσεγγίσεις για δύο βασικές ερωτήσεις σχετικά με τον ύπνο. Σύμφωνα με τις θεωρίες ανάρρωσης του ύπνου η εγρήγορση διαταράσσει κατά κάποιον τρόπο την *ομοιόσταση* του οργανισμού και ο ύπνος είναι απαραίτητος, προκειμένου αυτή να αποκατασταθεί. Οι κιρκαδιανές θεωρίες του ύπνου, αντιθέτως, υποστηρίζουν ότι ο ύπνος δεν είναι κάποια αντίδραση στις αποδιοργανωτικές επιπτώσεις της αϋπνίας, αλλά είναι αποτέλεσμα ενός εσωτερικού συγχρονισμένου μηχανισμού –δηλαδή, οι άνθρωποι είναι εκ γενετής προγραμματισμένοι να κοιμούνται τη νύχτα, ανεξαρτήτως από το τι έχει συμβεί την ημέρα. Σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές το ανθρώπινο είδος εξελίχθηκε με τρόπο ώστε να κοιμάται τη νύχτα, καθώς ο ύπνος τον προστάτευε από ατυχήματα λόγω περιορισμένης ορατότητας στο σκοτάδι και τη θήρευση.

Οι κίρκαδιανές θεωρίες του ύπνου επικεντρώνονται περισσότερο στο χρόνο (στο « πότε») κοιμόμαστε, παρά στη λειτουργία του ύπνου. Μάλιστα, μια ακραία εκδοχή υποστηρίζει ότι ο ύπνος δεν έχει ρόλο στη βιολογική λειτουργία του σώματος. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το ανθρώπινο είδος, από τα πρώτα χρόνια της ύπαρξής του, είχε αρκετό χρόνο να καλύψει όλες του τις ανάγκες κατά τη διάρκεια της ημέρας οπότε ο μόνος λόγος για να κοιμηθούν τη νύχτα ήταν για να διατηρήσουν τα ενεργειακά τους αποθέματα αλλά και να είναι λιγότερο ευάλωτοι κατά τη διάρκεια του σκότους. Ο ύπνος, δηλαδή, προσομοιάζεται με την αναπαραγωγική συμπεριφορά, λόγω του ότι οι άνθρωποι σε μεγάλο βαθμό παρακινούνται να εμπλακούν σε αυτόν, αλλά δεν είναι απαραίτητος προκειμένου να παραμείνουν υγιείς.

Συνοψίζοντας και απλουστεύοντας τις δύο προσεγγίσεις, στις θεωρίες ανάρρωσης ο ύπνος έχει το ρόλο του «επιδιορθωτή» που επισκευάζει τη ζημιά που προκαλεί η αϋπνία και επαναφέρει τον οργανισμό στην ομοιόσταση, ενώ στις κίρκαδιανές θεωρίες ο ύπνος «απαιτεί» αδράνεια, γιατί αυτή τον προστατεύει από πιθανούς κινδύνους και προβλήματα.

Ό,τι και αν στην πραγματικότητα συμβαίνει, είτε δηλαδή ο ύπνος είναι ένα σύστημα που ρυθμίζεται από ένα ενσωματωμένο βιολογικό ρολόι και το οποίο δημιουργεί ανάγκη ύπνο σε ορισμένες ώρες της μέρας, πιθανώς για τη διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου και την αποφυγή προβλημάτων διαβίωσης, είτε πρόκειται για ένα ομοιοστατικό σύστημα, με στόχο να διορθωθούν οι αρνητικές συνέπειες της αϋπνίας, η αναστάτωση του ωραρίου με το οποίο είναι συνηθισμένος ο οργανισμός και ο τρόπος που αυτή προκαλείται, έχει σαν αποτέλεσμα ποικίλες επιπτώσεις στην καθημερινότητα και την απόδοσή του (Siegel 2005, Pinel 2007).

2.2 Οι διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου είναι από τα συνηθέστερα προβλήματα που συναντώνται στην καθημερινή ιατρική πράξη. Οι διαταραχές ύπνου είναι είτε πρωτοπαθείς, είτε δευτεροπαθείς- αποτέλεσμα μίας ποικιλίας ψυχιατρικών και παθολογικών καταστάσεων (Dinges et al., 1997, Harma et al., 1998, Marquie 1999, Kneisl 2004, Pigeon 2009).

Συνήθως, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

- i. *παρυπνίες*: αυτές είναι ασυνήθιστες εμπειρίες ή συμπεριφορές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αναφέρεται η διαταραχή του υπνικού τρόμου και η υπνοβασία (που συμβαίνουν κατά το στάδιο 4 του ύπνου) καθώς και η διαταραχή των εφιαλτικών ονείρων (που συμβαίνει κατά τη φάση ταχείας οφθαλμικής κινήσεως [REM] του ύπνου).
- ii. *δυσυπνίες*: αυτές χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στη διάρκεια, την ποιότητα και τη χρονική στιγμή του ύπνου. Συμπεριλαμβάνουν την πρωτοπαθή αϋπνία και υπερυπνία, την ναρκοληψία, τις σχετιζόμενες με την αναπνοή διαταραχές ύπνου (π.χ. υπνική άπνοια) και την υπνική διαταραχή κερκαδιανού ρυθμού.

Ο όρος «πρωτοπαθής αϋπνία» χρησιμοποιείται από το DSM – IV – TR (Diagnostic and Statistical Management of Mental Disorders-IV-Text Revised) για να περιγράψει τη δυσκολία μας να κοιμηθούμε ή να παραμείνουμε σε κατάσταση ύπνου, ή για να περιγράψει τον μη-αναζωογονητικό ύπνο και η οποία διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα και δε συμβαίνει απαραίτητα σε συνδυασμό με κάποια άλλη διαταραχή ύπνου ή ψυχική διαταραχή. Ο συνηθέστερος τύπος αϋπνίας αφορά στην καθυστερημένη έναρξη ύπνου και/ή το διακεκομμένο ύπνο που μπορεί να φανεί και στο πολυυπνογράφημα και διαιωνίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των σωματικά εμφανών εντάσεων (αυξημένος αριθμός εγέρσεων) και των γεγονότων του περιβάλλοντος που εμποδίζουν τον ύπνο (αρνητικές καταστάσεις). Επειδή οι απαιτήσεις σε ύπνο ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, η αϋπνία θεωρείται κλινικώς σημαντική όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ως πρόβλημα την έλλειψη. Η αϋπνία μπορεί να είναι οξεία (παροδική) ή και χρόνια.

Η υπερυπνία αναφέρεται ως μια κατάσταση υπερβολικού ύπνου και συνεχούς υπνηλίας, που επηρεάζει έντονα τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η πρωτοπαθής υπερυπνία είναι εκείνη η περίπτωση που δεν μπορεί να καταταχθεί σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση διαταραχής ύπνου (π.χ. διαταραχή ύπνου που συνδέεται με την αναπνοή ή τη ναρκοληψία, που επίσης προκαλούν υπερυπνία) ή ψυχικής διαταραχής (π.χ. κατάθλιψης)- πίνακας 1.

Πίνακας 1.

Διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών ύπνου (κατά DSM – IV – TR)

<p>ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΨΠΝΙΑ A. Το κυρίαρχο παράπονο των πασχόντων είναι η δυσκολία να αποκοιμηθούν ή να διατηρήσουν τον ύπνο τους ή ότι ο ύπνος δεν τους ξεκουράζει για περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα. B. Η διαταραχή ύπνου (ή η καθημερινή κόπωση) προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Γ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της ναρκοληψίας, της διαταραχής που συνδέεται με την αναπνοή, της διαταραχής στον κερκαδιανό ρυθμό ή της παραΰπνιας. Δ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. (π.χ. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή γενικευμένου άγχους, παραλήρημα). Ε. Η διαταραχή ύπνου δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση.</p>	<p>ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ A. Το κυρίαρχο παράπονο είναι η υπερβολική υπνηλία για τουλάχιστον ένα μήνα, κάτι που αποδεικνύεται είτε από παρατεταμένα επεισόδια ύπνου ή από ύπνους κατά τη διάρκεια της μέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση. B. Η διαταραχή ύπνου προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία μας σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Γ. Τα αίτια της υπερβολικής υπνηλίας δεν σχετίζονται με την αΨπνία και το φαινόμενο δεν εμφανίζεται απαραίτητα μαζί με κάποια άλλη διαταραχή ύπνου (π.χ. ναρκοληψία, διαταραχή που συνδέεται με την αναπνοή ή παραΰπνια), όπως επίσης δεν οφείλεται σε ανεπαρκή ποσότητα ύπνου. Δ. Η διαταραχή ύπνου δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Ε. Η διαταραχή ύπνου δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική</p>	<p>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ A. Ο ύπνος αναστέλλεται και οδηγεί σε μια κατάσταση υπερβολικής υπνηλίας ή σε μια κατάσταση αΨπνίας που οφείλεται στη διαδικασία της αναπνοής (π.χ. σύνδρομο αποφρακτικής ή κεντρικής άπνοιας κατά τον ύπνο ή σύνδρομο κεντρικού κυψελιδικού υποαερισμού). B. Τα αίτια της συγκεκριμένης διαταραχής δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή και δεν οφείλονται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση (που δεν έχει σχέση με την αναπνοή).</p>
--	--	---

Πηγή: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών, 4^η έκδ., βελτιωμένη (προσαρμοσμένο)

Πίνακας 1 (συνέχεια).

Διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών ύπνου (κατά DSM – IV – TR)

<p>ΝΑΡΚΟΛΗΨΙΑ</p> <p>A. Ακατανίκητες κρίσεις αναζωογονητικού ύπνου που συμβαίνουν σε καθημερινή βάση τους τελευταίους τρεις μήνες.</p> <p>B. Εμφάνιση ενός ή και των δύο παρακάτω φαινομένων:</p> <ol style="list-style-type: none">1. σύντομα επεισόδια ξαφνικής απώλειας μυϊκού τόνου που συχνά συνδέονται με κάποιο έντονο συναίσθημα.2. Συνεχείς παρεμβολές χαρακτηριστικών ύπνου REM στο μεταβατικό στάδιο ανάμεσα στον ύπνο και την αφύπνιση, όπως δείχνουν οι υπναγωγικές ψευδαισθήσεις ή η παράλυση ύπνου στην αρχή ή στο τέλος των επεισοδίων. <p>Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στην άμεση επίδραση κάποιας ουσίας (πχ. από φαρμακευτική αγωγή ή κατάχρηση φαρμάκων) ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση.</p>	<p>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟΝ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟ ΡΥΘΜΟ</p> <p>A. Μία μόνιμη ή επαναλαμβανόμενη αναστάτωση στον ύπνο που οδηγεί είτε σε υπερβολική υπνηλία είτε σε αϋπνία, λόγω του ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των ωρών ύπνου-αφύπνισης που απαιτείται από το περιβάλλον ενός ατόμου και της μορφής του κιρκαδιανού ρυθμού.</p> <p>B. Η αναστάτωση αυτή προκαλεί μεγάλη εξάντληση και μπορεί να δυσχεραίνει την όλη λειτουργία σε κοινωνικό, προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.</p> <p>Γ. Η αναστάτωση αυτή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης διαταραχής ύπνου ή ψυχικής διαταραχής.</p> <p>Δ. Η αναστάτωση αυτή δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας</p> <p><i>Βασικοί τύποι:</i></p> <p>Καθυστερημένη φάση ύπνου: είναι η επίμονιμου βάσεως καθυστερημένη έναρξη ύπνου σε συνδυασμό με ξυπνήματα αργά τη νύχτα κι έτσι καθίσταται αδύνατο ο πάσχων να κοιμάται και να ξυπνά στην επιθυμητή ώρα – πιο νωρίς.</p> <p>Αλλαγή χρονικής ζώνης (φαινόμενο jet lag): το φαινόμενο υπνηλίας και εγρήγορης σε ακατάλληλους χρόνους, αναφορικά με την τοπική ώρα, κατά τη διάρκεια της μέρας και είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων ταξιδιών σε πολλαπλές χρονικές ζώνες.</p> <p>Αλλαγή ωραρίου εργασίας: είναι η αϋπνία κατά τη διάρκεια των ωρών που θα έπρεπε κανονικά να κοιμόμαστε ή η υπνηλία κατά τη διάρκεια των ωρών που θα έπρεπε κανονικά να είμαστε ξύπνιοι. Συνδέεται με τη νυχτερινή βάρδια στη δουλειά ή τη συχνή αλλαγή του ωραρίου εργασίας.</p>
---	---

Πηγή: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών, 4^η έκδ., βελτιωμένη (προσαρμοσμένο)

2.2.1. Παθοφυσιολογία

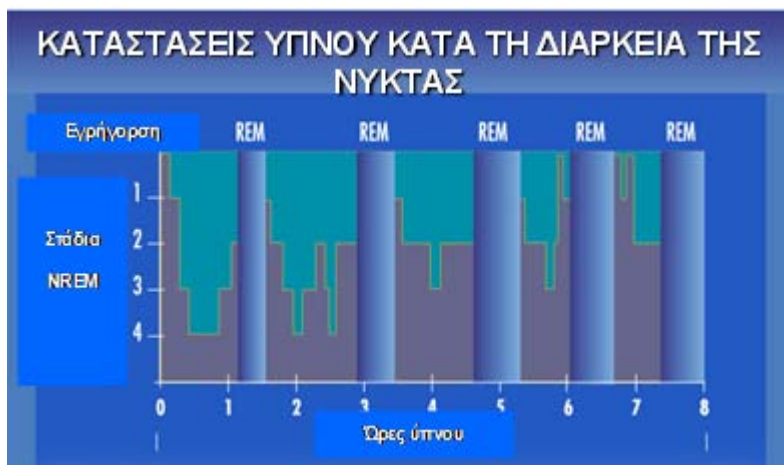
Υπάρχουν τέσσερα στάδια για τον ύπνο, σύμφωνα με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG): το στάδιο 1, το στάδιο 2, το στάδιο 3 και το στάδιο 4.

Μόλις κλείσουν τα βλέφαρα και το άτομο ετοιμάζεται να κοιμηθεί, τα α-εγκεφαλικά κύματα –ασθενείς αλλά αυξανόμενες εκφορτίσεις των 8-12 Hz HEG κυμάτων– αρχίζουν να διακόπτουν τα κύματα χαμηλής τάσης και υψηλής συχνότητας της ενεργούς εγρήγορσης. Έπειτα, καθώς το άτομο αποκοιμείται γίνεται μια ξαφνική μετάβαση στην περίοδο του σταδίου 1 του HEG ύπνου. Καθώς το άτομο μεταβαίνει από το στάδιο 1 στα στάδια 2, 3 και 4, υπάρχει μία σταδιακή αύξηση στην τάση, αλλά μείωση στη συχνότητα του HEG. Παρόμοια, το στάδιο 2 του HEG ύπνου έχει ελαφρώς μεγαλύτερο πλάτος και χαμηλότερη συχνότητα από το στάδιο 1. Επιπλέον, διακόπτεται από δύο χαρακτηριστικές μορφές κυμάτων: τα συμπλέγματα K και τις ατράκτους του ύπνου. Το κάθε *σύμπλεγμα K* αποτελεί ένα μεμονωμένο, μεγάλο αρνητικό κύμα (ανοδική απόκλιση), το οποίο ακολουθείται αμέσως από ένα μεμονωμένο μεγάλο θετικό κύμα (καθοδική απόκλιση). Η κάθε *άτρακτος ύπνου* είναι μία ασθενής αλλά αυξανόμενη εκφόρτιση 1-2 δευτερολέπτων, κυμάτων 12-14 Hz. Το στάδιο 3 του HEG ύπνου καθορίζεται από την περιστασιακή παρουσία των δ-κυμάτων –τα μεγαλύτερα και τα πιο βραδέα HEG κύματα, με συχνότητα 1 έως 2 Hz– ενώ στο στάδιο 4 του HEG ύπνου τα δ-κύματα είναι εκείνα που επικρατούν. Μόλις το άτομο φτάσει στο στάδιο 4 του HEG ύπνου, μένει σε αυτό για λίγο κι έπειτα επιστρέφει μέσω των άλλων σταδίων ύπνου στο στάδιο 1. Αφού ολοκληρωθεί ο πρώτος κύκλος του HEG ύπνου –από το αρχικό στάδιο 1 στο στάδιο 4 και πίσω στο αναδυόμενο στάδιο 1– κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης νύχτας γίνεται συνεχώς αυτή η μετάβαση προς-πίσω, από το ένα στάδιο στο άλλο (Guyton 1992, Dang-Vu et al 2010, Maquet 2010).

Η ανακάλυψη από τους Aserinsky και Kleitman του ύπνου με Ταχείες Οφθαλμικές Κινήσεις (Rapid Eye Movement Sleep – REM Rapid Eye Movements-προφέρεται «ρεμ») στις αρχές του 1950, ήταν ένα τεράστιο επίτευγμα που βοήθησε την προσπάθεια κατανόησης της σχέσης ανάμεσα στο μυαλό και στο σώμα. Ως τότε ο ύπνος αντιμετωπιζόταν σα μια ήρεμη κατάσταση – χαρακτηριστικό του ύπνου Χωρίς Ταχείες Οφθαλμικές Κινήσεις (non-REM). Παρόλα αυτά, στον ύπνο REM, τη φάση των ονείρων, τα εγκεφαλικά κύματα παρουσιάζουν ένα επίπεδο γνωστικής δραστηριότητας σαν αυτό του σταδίου της αφύπνισης, όπως και οι φυσιολογικές

λειτουργίες οι οποίες είναι σε στάδιο υψηλής δραστηριότητας. Η κύρια διαφορά ανάμεσα στον ύπνο REM και στο στάδιο αφύπνισης είναι η σχεδόν πλήρη παράλυση των σκελετικών μυών κατά τον ύπνο REM, κάτι που ουσιαστικά εμποδίζει την αναπαράσταση των σταδίων των ονείρων. Ο ύπνος REM, εξαιτίας των ταχέων οφθαλμικών κινήσεων που τον χαρακτηρίζουν σχετίζεται με το αναδυόμενο στάδιο 1 του ΗΕΓ. Από την άλλη, όλα τα υπόλοιπα στάδια ύπνου μαζί λέγονται ύπνος *NREM*, δηλ. ύπνος χωρίς ταχείες οφθαλμικές κινήσεις (non REM). Τα στάδια 3 και 4 μαζί λέγονται ύπνος βραδέων κυμάτων (ΥΒΚ), εξαιτίας των δ-κυμάτων που τα χαρακτηρίζουν (Guyton 1992).

Οι REM, η απώλεια του κεντρικού μυϊκού τόνου, καθώς και το μικρό πλάτος και η υψηλή ΗΕΓ συχνότητα, δεν είναι οι μοναδικοί βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον ύπνο REM. Η εγκεφαλική δραστηριότητα (π.χ. η κατανάλωση οξυγόνου, η ροή του αίματος και η πυροδότηση των νευρώνων) αυξάνεται στα στάδια εγρήγορσης σε πολλές εγκεφαλικές δομές και υπάρχει μία γενικότερη αύξηση στη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. στην πίεση του αίματος, στους σφυγμούς και στην αναπνοή) (Guyton 1992).



Γράφημα 1. Στάδια ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας
Πηγή: «Ύπνος και Υγεία», Κυριακούδη Μ.(τροποποιημένο)

2.3 Αιτιολογία

Οι κύριες αιτίες της αϋπνίας διακρίνονται σε οργανικές, ψυχολογικές και περιβαλλοντικές.

Οργανικές αιτίες

Καρδιολογικές, νευρολογικές και αναπνευστικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν υπνικές διαταραχές. Οι πιο συνηθισμένες είναι η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι ουσίες που μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνες για την πρόκληση αϋπνίας είναι τα διεγερτικά, τα οπιοειδή, η καφεΐνη και το αλκοόλ καθώς και η στέρηση αυτών. Φάρμακα που μπορούν να ενοχοποιηθούν στην αϋπνία είναι τα αποσυμφορητικά, τα κορτικοστεροειδή και τα βρογχοδιασταλτικά. Άλλες καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν τον ύπνο είναι ο πυρετός, ο πόνος και οι λοιμώξεις (Kneisl et al., 2004).

Ψυχολογικά αίτια

Μία ψυχιατρική πάθηση και/ ή η θεραπεία της μπορεί συνδέεται με μία προϋπάρχουσα ή ταυτόχρονη διαταραχή στη μορφή του ύπνου και μπορεί να αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητάς της. Για παράδειγμα, οι διαταραχές του ύπνου μπορούν να συνδέονται με ψυχώσεις, διαταραχές στην ψυχική διάθεση, την αγχώδη διαταραχή καθώς και τη διαταραχή πανικού. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο REM. Έως 40% των ατόμων με κατάθλιψη εμφανίζουν αϋπνία. Οι διαταραχές μετατραυματικού άγχους μπορούν να προκαλέσουν τρομακτικούς εφιάλτες. Οι αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού κ.α.) προδιαθέτουν σε αϋπνία. Η συναισθηματική διέγερση λόγω του άγχους ή η γνωστική διέγερση ως αποτέλεσμα ανήσυχων σκέψεων μπορούν όχι μόνο να προκαλέσουν αλλά και να δημιουργήσουν χρόνια πρόβλημα αϋπνίας (Pigeon 2010).

Περιβαλλοντικές αιτίες

Η εργασία σε βάρδιες διαταράσσει τον κύκλο του ύπνου, όπως και η αποδιοργάνωση του βιολογικού ρολογιού (jet lag) ή οι αλλαγές στο υψόμετρο. Στέρηση ύπνου ή κακής ποιότητας ύπνος μπορεί να συμβαίνει λόγω θορύβων ή υψηλής θερμοκρασίας ή συχνής εισόδου ατόμων στο χώρο του ύπνου. Επίσης, όταν ο χώρος του δωματίου στο οποίο κάποιος κοιμάται έχει με κάποιο τρόπο συνδεθεί με την αϋπνία, αυτόματα μετατρέπεται σε ανασταλτικό παράγοντα του ύπνου. Για

παράδειγμα, εάν το υπνοδωμάτιο συνδεθεί με συζυγικές διαφωνίες η χαλάρωση και ο ύπνος είναι μερικές φορές δύσκολο να επιτευχθεί. (πίνακας 2) (Kneisl et al., 2004).

Πίνακας 2.

Προδιαθεσικοί και εκλυκτικοί παράγοντες αϋπνίας.

Προδιαθεσικοί
Προχωρημένη ηλικία
Γυναίκες
Μη προνομακή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση
Ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας
Ψυχοπαθολογία
Εκλυτικοί
Μεταβολές και την περίοδο της υποστροφής
Συσσώρευση ψυχολογικής δυσφορίας
Αρνητικά γεγονότα Ζωής
Διαιώνισης
Κακές συνήθειες ύπνου
Ακανόνιστα ωράρια
Φόβος αϋπνίας
Εσφαλμένες πεποιθήσεις

2.3.1 Τα είδη της αϋπνίας

Η αϋπνία κατά την αρχική φάση του ύπνου (πρώιμη αϋπνία ή διαταραχή έναρξης του ύπνου) χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία του ατόμου στο να αποκοιμηθεί και σε αύξηση του χρόνου μεταξύ κατάκλισης και ύπνου. Αυτού του τύπου η αϋπνία συχνά συνδέεται με αγχώδεις διαταραχές. Η αϋπνία της μέσης φάσης του ύπνου αναφέρεται στη δυσκολία διατήρησης του ύπνου. Ο ύπνος δεν επαρκεί, είναι ανήσυχος και διακεκομμένος από συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας. Η

αϋπνία αυτού του τύπου έχει συχνά σχέση με οργανικές παθήσεις, πόνο ή κατάθλιψη. Στην αϋπνία της τελικής φάσης του ύπνου (όψιμη αϋπνία ή πρόιμη αφύπνιση) τα άτομα ξυπνούν νωρίτερα απ' όσο χρειάζεται. Συχνά η συμπτωματολογία αυτή έχει σχέση με μείζονα κατάθλιψη (πίνακας 3) (Kneisl et al., 2004).

Πίνακας 3 .

Τα είδη της αϋπνίας

1.	αϋπνία, τύπου επελεύσεως (όταν αργεί να «έρθει» ο ύπνος)
2.	αϋπνία, τύπου διατηρήσεως (όταν ξυπνά στη μέση της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί)
3.	αϋπνία, τύπου αφυπνίσεως (όταν ξυπνά πολύ νωρίς)

2.3.2 Ο φαύλος κύκλος

Η αϋπνία εντείνει την ανησυχία που με τη σειρά της επιδεινώνει την αϋπνία.



Εικ. 1 Ο φαύλος κύκλος της αϋπνίας (Πηγή : Dikeos & Soldatos 2005, τροποποιημένο)

2.4 Επιδημιολογία των διαταραχών του ύπνου

Η αϋπνία, η δυσκολία να κοιμηθούμε ή να διατηρήσουμε τον ύπνο μας, είναι, δυστυχώς, ένα παράπονο που ακούγεται συχνά. Το 14% του γενικού πληθυσμού υποφέρει από χρόνια αϋπνία, ενώ 1 στους 2 ή 3 ενήλικες θα παρουσιάσουν αϋπνία σε κάποια φάση της ζωής του. Η αϋπνία μπορεί να εκδηλωθεί ως ύπνος μειωμένης ποιότητας ή μη επαρκείς ώρες ύπνου. Επειδή οι απαιτήσεις σε ύπνο δεν είναι ίδιες για κάθε άνθρωπο, η ποιότητα του ύπνου είναι πιο σημαντική από τη διάρκειά του. Υπολογίζεται ότι 20-40% των ενηλίκων αναφέρουν κάποιου βαθμού δυσκολία με τον ύπνο κάθε χρόνο και το 17% θεωρούν το πρόβλημα σοβαρό. Η ηλικία προδιαθέτει σε διαταραχές ύπνου (5% επίπτωση στις ηλικίες 30-50 ετών και 30% σε 50 ετών και άνω). Η πρωτοπαθής αϋπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες με αναλογία 3:2. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά την διάρκεια του κύκλου ή κατά την εμμηνόπαυση μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στον ύπνο. Η υπνική άπνοια αποφρακτικού τύπου είναι συχνότερη στους άνδρες (4%) από τις γυναίκες (2.5%). Φάρμακα, οργανικά και ψυχολογικά αίτια ενοχοποιούνται για την πρόκλησή της (Roth 2007, Schlarb et al., 2012).

Πίνακας 4.

Πρωτοπαθής αϋπνία και αιτιολογία της.

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ – ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΥΠΝΙΑ
- Η συχνότερη μορφή αϋπνίας
- $\frac{3}{4}$ των περιπτώσεων αϋπνίας
Αιτιολογία
Τρόπος ζωής – Διαταραχή του κερκαδιανού ρυθμού
Στρες, Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής
Ιατρικά νοσήματα
Νευρολογικές / Νευροψυχιατρικές διαταραχές (~ 50% χρονίως αϋπνικών)
Ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως αγχώδεις & καταθλιπτικές)
Φαρμακευτικές και άλλες ουσίες
Διάφορες πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου

2.5 Κλινική εικόνα

Ιστορικό – Συμπτώματα

Η *υπερπνία* ή η *υπερβολική υπνηλία* κατά την διάρκεια της ημέρας συχνά αποδίδεται σε συσσωρευόμενη έλλειψη ύπνου ή κακής ποιότητας ύπνο, που οφείλεται σε μία ποικιλία παραγόντων, από την υπνική άπνοια έως την κατάχρηση ουσιών ή τις οργανικές παθήσεις. Στο σύνδρομο *καθυστερημένης φάσης ύπνου* ο ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί έως το πρωί. Η κατάσταση μπορεί να χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου. Η *υπνοβασία* αναφέρεται σε επεισόδια πολύπλοκης συμπεριφοράς που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου NREM (στάδια 3 και 4) και τα οποία κατά τον ύπνο ο ασθενής δε θυμάται. Οι *εφιάλτες* είναι επαναλαμβανόμενες αφυπνίσεις που προκαλούνται από ζωντανά και βασανιστικά όνειρα. Οι εφιάλτες συνήθως συμβαίνουν κατά το δεύτερο μισό του ύπνου. Μετά την αφύπνιση από το όνειρο ο ασθενής γρήγορα επαναπροσανατολίζεται στο χώρο και στο χρόνο. Οι *νυκτερινοί τρόμοι* είναι υποτροπιάζοντα επεισόδια απότομης αφύπνισης και χαρακτηριστικά συνοδεύονται από κραυγή πανικού, έντονο φόβο και έγερση. Το άτομο συνήθως δε θυμάται λεπτομέρειες από το περιστατικό και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Οι νυκτερινοί τρόμοι συμβαίνουν συνήθως κατά το πρώτο μισό του ύπνου και κατά τα στάδια 3 και 4 του ύπνου NREM (Leinum et al., 2009, Pigeon 2009, Morin et al., 2009, Thorpy 2010, Miyamoto 2012, Morselli et al., 2012).

Αντικειμενική εξέταση

Τα σημεία των διαταραχών του ύπνου περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

1. αρτηριακή υπέρταση (που μπορεί να προκληθεί από υπνική άπνοια)
2. διαταραχή συντονισμού κινήσεων (που μπορεί να προκληθεί από στέρηση ύπνου)
3. διαταραχή συγκέντρωσης
4. καθυστερημένο χρόνο αντίδρασης
5. αύξηση σωματικού βάρους

Επιπλοκές

Διαταραχές του θυμικού και αγχώδεις διαταραχές μπορούν να είναι οι συνέπειες των διαταραχών του ύπνου, ενώ η σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία

υποστηρίζει ότι αυτές οι μεταβολές της νοητικής κατάστασης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε άτομα με προϋπάρχουσες οργανικές παθήσεις (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις).

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση των διαταραχών του ύπνου περιλαμβάνει τις παρακάτω καταστάσεις:

- i. αλκοολισμός
- ii. αγχώδεις διαταραχές
- iii. διπολικές διαταραχές
- iv. κατάθλιψη
- v. διαταραχή μετατραυματικού άγχους
- vi. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- vii. σύνδρομο υπνικής άπνοιας-υπόπνοιας αποφρακτικού τύπου
- viii. υπερθυρεοειδισμός
- ix. υποπαραθυρεοειδισμός
- x. κατάχρηση οπιοειδών
- xi. κατάχρηση διεγερτικών (π.χ. αμφεταμίνες).

Εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να συμβάλουν στην διερεύνηση των διαταραχών ύπνου περιλαμβάνουν τις παρακάτω:

- i. γενική αίματος
- ii. αέρια αρτηριακού αίματος
- iii. ορμόνες θυρεοειδούς
- iv. τοξικολογικός έλεγχος.

Η οξυμετρία κατά τη διάρκεια του ύπνου, ώστε να διαγνωσθούν πιθανές κλινικώς σημαντικές πτώσεις του κορεσμού οξυγόνου, συμβάλλει στη διαγνωστική της υπνικής άπνοιας ή άλλων μορφών διαταραχών ύπνου σχετιζόμενων με την αναπνοή. Αν και δε συνιστώνται απεικονιστικές εξετάσεις ως έλεγχος πρώτης γραμμής στη διερεύνηση των διαταραχών ύπνου, μπορεί να κριθούν απαραίτητες για τη διάγνωση πιθανών οργανικών παθήσεων.

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και πολυπνογράφημα

Αντικειμενικές μετρήσεις του ύπνου μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη βοήθεια του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και του πολυπνογραφήματος. Με τις μελέτες αυτές μπορεί να γίνει διάκριση του ύπνου και της εγρήγορσης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στο εργαστήριο ύπνου. Το πολυπνογράφημα, με συνεχή καταγραφή (monitoring), αποτελεί το πρότυπο για τις μετρήσεις ύπνου. Λαμβάνεται ταυτόχρονα ηλεκτρομυογράφημα κάτω γνάθου, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτροοφθαλμογράφημα, μετράται η ροή αέρα από την μύτη και το στόμα, γίνεται οξυμετρία και ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενώ καταγράφονται οι κινήσεις του θώρακα και της κοιλίας. Το πολυπνογράφημα συνεχούς καταγραφής βοηθά τον ιατρό να διακρίνει τον ύπνο τύπου REM από εκείνον NREM, και να καθορίσει κάποιες αιτίες της διαταραχής του ύπνου. Ασθενείς με χρόνιες οργανικές παθήσεις, όπως η ινομυαλγία και οι αγχώδεις διαταραχές, συνήθως εμφανίζουν χαρακτηριστική εγκεφαλική δραστηριότητα α-κυμάτων που παρατηρείται κατά τα βαθύτερα στάδια του ύπνου. Αυτή η δραστηριότητα είναι εμφανής στο ΗΕΓ κατά το πολυπνογράφημα. Οι ασθενείς με αϋπνία πολλές φορές έχουν σε κάποιο βαθμό λανθασμένη αντίληψη για την κατάσταση ύπνου, καθώς πιστεύουν ότι κοιμούνται λιγότερο απ' όσο στην πραγματικότητα. Αυτό αποδεικνύεται συσχετίζοντας τα ευρήματα του ΗΕΓ από το πολυπνογράφημα με τις υποκειμενικές καταγραφές του ασθενούς σχετικά με την έναρξη και την διάρκεια του ύπνου (Aldrich 1991, Mazza et al., 2014).

Αντιμετώπιση

Γενικά

Συνοπτικά, η αντιμετώπιση του ασθενούς συνίσταται αρχικά στη διερεύνησή του για άλλες πιθανές διαταραχές ύπνου, για παρενέργειες φαρμάκων, για οργανικές και ψυχιατρικές παθήσεις και για χρήση τοξικών ουσιών. Ακολουθεί η εκπαίδευσή του στην καλή υγιεινή του ύπνου και αν κριθεί αναγκαίο, του χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Η εξειδικευμένη ιατρική συμβουλή μπορεί να βοηθήσει στη ανεύρεση οργανικών και ψυχιατρικών αιτιών της διαταραχής του ύπνου. Η ομάδα αντιμετώπισης των διαταραχών του ύπνου θα πρέπει, στην ιδανική περίπτωση, να αποτελείται από ψυχίατρο, νευρολόγο, πνευμονολόγο, ειδικό της ιατρικής του ύπνου και διαιτολόγο. Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις οργανικών παθήσεων κατά τις οποίες μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική συμβουλή, όπως σε παθήσεις υπερτροφικής σταφυλής ή υπερμεγεθών αμυγδαλών ή σκολίωσης ρινικού διαφράγματος και σε

κάποιες περιπτώσεις υπνικής άπνοιας (Kneisl et al., 2004, Schwartz and Goradia 2013).

Υγιεινή του ύπνου

Η εκπαίδευση των ασθενών στην καλή υγιεινή του ύπνου είναι το ήμισυ της θεραπείας. Οι παρακάτω συμβουλές θα ήταν χρήσιμες σε πολλούς ασθενείς:

- i. Χρήση κρεβατιού μόνο για ύπνο και ερωτική πράξη (όχι παρακολούθηση τηλεόρασης ή ανάγνωση βιβλίου)
- ii. Αποφυγή κατανάλωσης καφεΐνης, ιδιαίτερα αργά μέσα στην ημέρα και δραστηριοτήτων που ερεθίζουν ή αναστατώνουν αργά μέσα στην ημέρα και υιοθέτηση τεχνικών χαλάρωσης πριν από τον ύπνο
- iii. Σωματική άσκηση καθημερινά
- iv. Τήρηση κανονικού και επαναλαμβανόμενου προγράμματος κατάκλισης και εγρήγορσης
- v. Αποφυγή άμεσης οπτικής επαφής με ρολόι ενώ βρίσκονται στο κρεβάτι, αποφυγή επίμονης προσπάθειας για ύπνο στο κρεβάτι και αντιθέτως, αποφυγή έγερσης παραμονής για λίγη ώρα εκτός κρεβατιού.

Άλλες παρεμβάσεις

Η υπνική άπνοια μπορεί να ανακουφιστεί με απώλεια βάρους, τη χρήση συσκευών συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP) και κάποιες φορές με τη χειρουργική θεραπεία (π.χ. σταφυλο-υπερωιο-φαρυγγοπλαστική). Στους ασθενείς με υπνοβασία απαιτείται προσοχή για την αποφυγή τυχόν τραυματισμού. Η φωτοθεραπεία είναι χρήσιμη σε περιπτώσεις διαταραχής του κιρκαδιανού ρυθμού. Οι ασθενείς εκτίθενται σε φυσικό ή τεχνητό φως, το οποίο μπορεί να τους βοηθήσει να ομαλοποιήσουν το ωράριο του ύπνου.

Η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική βραχυχρόνια θεραπεία της αϋπνίας, όπως και τα υπναγωγά φάρμακα, όμως σε λίγους ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης ύφεση με μόνο το ένα είδος θεραπείας. Μελέτη 160 ενηλίκων με εμμένουσα αϋπνία έδειξε ότι η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με ζολπιδέμη (υπναγωγό φάρμακο), είχε πολύ καλά αποτελέσματα στο χρόνο μεταξύ κατάκλισης και έναρξης του ύπνου, στον συνολικό χρόνο αφύπνισης μετά την έλευση του ύπνου και στην επάρκεια του ύπνου. Η

συνδυασμένη θεραπεία είχε καλύτερα αποτελέσματα από την μονοθεραπεία. Μακροπρόθεσμα, βελτίωση υπήρχε όταν γινόταν πρώτα η διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας και ακολουθούσε η διακοπή της ψυχοθεραπείας λίγους μήνες αργότερα (Kneisl et al., 2004, Berk 2009, Ramar & Olson 2013).

Φαρμακευτική θεραπεία

Πολλά σκευάσματα χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της αϋπνίας. Προτιμάται η φαρμακευτική θεραπεία βραχείας διάρκειας για την αποκατάσταση ενός φυσιολογικού προγράμματος ύπνου. Γενικά, τα υπναγωγά φάρμακα συνταγογραφούνται για δύο εβδομάδες συνεχούς χρήσης ή λιγότερο. Στη χρόνια αϋπνία μπορεί να απαιτηθεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και είναι απαραίτητη η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς, ώστε να διασφαλίζεται η σωστή χρήση του φαρμακευτικού σκευάσματος και να προλαμβάνονται οι πιθανές παρενέργειές του. Τα βαρβιτουρικά σπανίως χρησιμοποιούνται πλέον, λόγω της ανασφάλειας που προκαλεί ο μικρός θεραπευτικός τους δείκτης (Schwartz & Goradia 2013).

Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι η πιο διαδεδομένη κατηγορία που έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της αϋπνίας αλλά και του άγχους, κυρίως λόγω της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς τους. Η διαφορά των φαρμακευτικών σκευασμάτων αφορά κυρίως στην ισχύ τους, την κατασταλτική τους συμπεριφορά και το χρόνο ημίσειας ζωής τους. Καταστέλλουν τον ύπνο REM μειώνοντας τα στάδια 3 και 4 του ύπνου και παράλληλα αυξάνοντας το στάδιο 2 (ΕΣ).

Υπναγωγά

Η ζολπιδέμη και η ζαλεπλόνη χρησιμοποιούνται για την θεραπεία και της οξείας αλλά και της χρόνιας αϋπνίας. Δεν διαταράσσουν την όλη αρχιτεκτονική του ύπνου, σε αντίθεση με τις βενζοδιαζεπίνες. Επίσης, δεν προκαλούν μυοχάλαση, έχουν σύντομο χρόνο απορρόφησης και γρήγορη έναρξη δράσης (20-30min), μειώνοντας το χρόνο έλευσης του ύπνου και αυξάνοντας τη διάρκειά του.

Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων ισταμίνης τύπου 1 (H1) χρησιμοποιούνται συχνά ως πρώτης γραμμής φαρμακευτική θεραπεία, έχουν βοηθήσει αρκετούς ασθενείς έχοντας παράλληλα μικρό κόστος. Το μειονέκτημά τους είναι η μακρά περίοδος

δράσης τους, η οποία μπορεί να επεκταθεί και την επόμενη μέρα, με μη προβλέψιμες συνέπειες.

Αντικαταθλιπτικά

Χρησιμοποιούνται συχνά ως υπναγωγά, παρόλο που δεν έχουν αναγνωρισθεί επισήμως για το σκοπό αυτό. Η τριαζοδόνη έχει ως κύρια ανεπιθύμητη ενέργειά της την καταστολή (Wichniak et al., 2004).

Δίαιτα και άσκηση

Δεν απαιτείται ιδιαίτερη διατροφή στην θεραπεία της αϋπνίας, αλλά η αποφυγή μεγάλων γευμάτων και των καρυκευμάτων θα πρέπει να γίνεται 3 ώρες πριν από τον ύπνο. Θα πρέπει, επίσης, να αποφεύγεται το αλκοόλ, η καφεΐνη και το κάπνισμα. Η κατανάλωση οινοπνεύματος δημιουργεί την ψευδαίσθηση ενός καλού ύπνου, αλλά στην πραγματικότητα διαταράσσει την αρχιτεκτονική του. Η καφεΐνη και η νικοτίνη είναι διεγερτικά και θα πρέπει να αποφεύγονται στο δεύτερο μισό της ημέρας. Οι τροφές που περιέχουν τρυπτοφάνη μπορούν να βοηθήσουν στην έλευση του ύπνου (κλασικό παράδειγμα είναι το ζεστό γάλα).

Η σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της ημέρας βελτιώνει τον ύπνο, αλλά η ίδια άσκηση 3 ώρες πριν τον προγραμματισμένο ύπνο μπορεί να προκαλέσει αϋπνία αρχικής φάσης ύπνου. Οι διεγερτικές δραστηριότητες θα πρέπει να αποφεύγονται 3 ώρες πριν την κατάκλιση. Παραδείγματα είναι το διάβασμα ενός συναρπαστικού βιβλίου πριν τον ύπνο ή η παρακολούθηση τρομακτικού έργου ή τηλεόρασης ή μια αντιπαράθεση (National Heart, Lung, and Blood Institute 2014a).

Παρακολούθηση

Η νοσηλεία ασθενών με διαταραχές ύπνου σπανίως απαιτείται και αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις που συνυπάρχει κάποια οργανική ή ψυχιατρική πάθηση ή χρήση τοξικών ουσιών. Οι πολλαπλές παθολογικές αιτίες των διαταραχών του ύπνου δυσκολεύουν την διαγνωστική τους και απαιτούν συχνή παρακολούθηση και την συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων έως ότου εντοπισθούν και τεθεί η τελική διάγνωση. Τακτική ιατρική παρακολούθηση απαιτείται πάντα μετά τις θεραπευτικές συστάσεις, ιδιαίτερα όταν η φαρμακευτική αγωγή θεωρηθεί απαραίτητη.

2.6 Κλίμακες υπνηλίας/ αϋπνίας και συναφή ερωτηματολόγια

Η μέτρηση της επίδρασης της στέρησης ύπνου με τη χρήση επαναλαμβανόμενων δοκιμασιών επιτρέπει τον υπολογισμό της πτώσης του επιπέδου λειτουργικότητας του εξεταζόμενου. Η στέρηση ύπνου προκαλεί έλλειμμα προσοχής και ελάττωση των αντανακλαστικών. Υπάρχουν πολλές κλινικοεργαστηριακές δοκιμασίες με κυριότερες την εξομοίωση οδήγησης, καθώς η υπνηλία έχει συνδεθεί με τροχαία ατυχήματα (National Heart, Lung, and Blood Institute 2014b). Έχουν κατασκευαστεί ερωτηματολόγια –εργαλεία αντικειμενικής εκτίμησης της υπνηλίας και της αϋπνίας. Μια αντικειμενική εκτίμηση της αϋπνίας παρέχει τη δυνατότητα καλύτερης αντιμετώπισής της. Επιτρέπει να διαπιστωθεί αν οι ασθενείς που παραπονιούνται για αϋπνία κοιμούνται πράγματι λιγότερο και εάν πράγματι η ποιότητα του ύπνου τους είναι χαμηλή.

Οι κλίμακες αξιολόγησης της υπνηλίας που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι η κλίμακα Stanford (Stanford Sleepiness Scale SSS) και η κλίμακα Epworth (Epworth Sleepiness Scale ESS). Η κλίμακα Stanford εκτιμά την αίσθηση της εγρήγορσης με διακύμανση από το 1 (σε πλήρη εγρήγορση) έως το 7 (σχεδόν αποκοιμισμένος). Δίνει την δυνατότητα να εκτιμηθεί η οξεία στέρηση ύπνου μετά από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Ένας περιορισμός είναι η ανυπαρξία τιμών αναφοράς στην παγκόσμια βιβλιογραφία (Hoddes et al., 1972, Johns 1991).

Η κλίμακα Epworth είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της υποκειμενικής αίσθησης υπνηλίας καθώς βαθμολογεί σε μία κλίμακα από 0 έως 3 την πιθανότητα να αποκοιμηθεί ο εξεταζόμενος σε οκτώ καταστάσεις της καθημερινότητας. Μέγιστη δυνατή τιμή το 24 και ελάχιστη το 0. Το ερωτηματολόγιο υπνηλίας του Epworth μπορεί να ανιχνεύσει και κάποια άλλη διαταραχή ύπνου όπως η υπνική άπνοια. Περίπου το 20% των ασθενών με υπνική άπνοια εμφανίζεται με ένα ιστορικό αϋπνίας κατά την νύκτα, υπερβολική υπνηλία και βαθμολογία εκτός φυσιολογικών ορίων στην κλίμακα υπνηλίας του Epworth (Pahwa et al., 2012).

Μια άλλη κλίμακα, πρόσφατα κατασκευασμένη και ελληνική στην πατρίδα της, αξιολογεί την αϋπνία. Πρόκειται για την κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale), η οποία χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη και αναπτύσσεται εκτενέστερα στην ενότητα «Υλικό και μέθοδος» (Soldatos et al., 2000).

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck ή κάποια άλλη κλινική δοκιμασία μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση της κατάθλιψης ως αιτιολογικού παράγοντα της αϋπνίας (Beck 1998).

Ημερολόγιο ύπνου

Ένα υποκειμενικό μέτρο του ύπνου είναι η τήρηση ενός ημερολογίου ύπνου για δύο εβδομάδες, το οποίο μπορεί να βοηθήσει στο καθορισμό της έκτασης της διαταραχής του ύπνου. Οι ασθενείς θα πρέπει να καταγράφουν τη συνολική διάρκεια του ύπνου κάθε νύκτα, τον αριθμό των νυκτερινών αφυπνίσεων και το βαθμό του αισθήματος ανάπαυσης που τους παρείχε ο ύπνος. Επιπρόσθετα και αντικειμενικότερα στοιχεία μπορούν να παρασχεθούν από το σύντροφο σε αντίστοιχο ημερολόγιο και για το ίδιο χρονικό διάστημα (Wilson et al., 1998).

2.7 Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους εργαζομένους

Σήμερα γίνεται λόγος για το σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου, του οποίου οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν μειωμένη εγρήγορση την επόμενη ημέρα (1½ ώρα απώλεια ύπνου οδηγεί σε 32% μείωση εγρήγορσης), διαταραχές μνήμης, ικανότητας σκέψης, συνειρμών, διαχείρισης πληροφορίας, διπλάσιο κίνδυνο για επαγγελματικό ατύχημα και μειωμένη δραστηριότητα ανοσοποιητικού συστήματος. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου (υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία), στεφανιαίας νόσου, ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, προβλήματα στη σχέση με σύντροφο και επιρρέπεια στα τροχαία ατυχήματα.

Σύμφωνα με την αμερικανική έρευνα των Kessler et al. (2012), οι συνέπειες της αϋπνίας δεν είναι ατομική μόνο υπόθεση, αλλά αφορούν σε ολόκληρη την κοινωνία. Οι οικονομικές επιπτώσεις στις επιχειρήσεις από την αϋπνία υπολογίζονται περίπου στα 31 δισεκατομμύρια δολάρια, εξαιτίας ατυχημάτων ή λαθών που συμβαίνουν εν ώρα εργασίας. Οι ερευνητές ανέλυσαν τα δεδομένα 4.991 εργαζομένων και ασφαλισμένων ενηλίκων. Συμπεράναν ότι ένα ποσοστό 20% των ενηλίκων έπασχε από αϋπνία τουλάχιστον για ένα χρόνο στη ζωή τους. Η αϋπνία ευθυνόταν για το 7% των ατυχημάτων ή λαθών στην εργασία. Συνολικά, 274.000 ατυχήματα ή λάθη εκτιμήθηκε ότι συμβαίνουν κάθε χρόνο στον χώρο εργασίας που προέρχεται από την αϋπνία, ζημία που αποτιμήθηκε στο προαναφερθέν ποσό. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι στις αναπτυγμένες χώρες

υποφέρουν από προβλήματα ύπνου. Στις ΗΠΑ σχεδόν 1/3 των εργαζομένων δεν κοιμάται παρά 6 ώρες κάθε βράδυ και πάνω από το 40% των κατοίκων της χώρας υποφέρουν κάποια στιγμή από αϋπνία.

Στις ΗΠΑ, όπου υπάρχουν τα περισσότερα στατιστικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι περίπου 22 εκατομμύρια άτομα εργάζονται σε βάρδιες. Από αυτά 3,8 εκατομμύρια εργάζονται σταθερά σε νυκτερινή βάρδια, ενώ σε 3,3 εκατομμύρια η νυκτερινή βάρδια αποτελεί σταθερό μέρος ενός κυκλικού ωραρίου. Οι συντηρητικότερες έρευνες εκτιμούν ότι περίπου το 1/3 των εργαζομένων σε βάρδιες εμφανίζει συμπτώματα σχετικά με τον ύπνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε εργαζόμενους σε πρωινό ωράριο είναι κάτω του 20% (Drake et al., 2004).

Η αποδιοργάνωση του κερκάρδιου ρυθμού μπορεί να διαταράξει και την ψυχοκοινωνική συνοχή του εργαζομένου και να του προκαλέσει κατάθλιψη. Μελέτες σε νοσηλευτές έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις βάρδιες, την κατάθλιψη και το άγχος. Άλλα συμπτώματα που αποδίδονται στο δίπολο βάρδιες-κατάθλιψη είναι ο διαταραγμένος ύπνος και όρεξη, ο λήθαργος, η μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης και η νευρωτική συμπεριφορά (Asaoka et al., 2013).

2.8 Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας

Ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των νυκτερινών βαρδιών, το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ημερών ανάπαυσης, οι σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, η ασάφεια των ρόλων και οι συγκρούσεις σχετίζονται με υψηλότερη βαθμολογία συναισθηματικής εξουθένωσης. Το 25% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα ευάλωτο σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σύστημα τριών βαρδιών ανέφεραν πιο πολλά συμπτώματα άγχους συγκριτικά με συναδέλφους τους που απασχολούνταν σε δύο βάρδιες (Kandolin 1993). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εναλλασσόμενο ωράριο εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής καταπόνησης συγκριτικά με συναδέλφους τους που απασχολούνται σε μόνιμο ωράριο. Ιαπωνική μελέτη σε νοσηλεύτριες σχετικά με τις επιπτώσεις της εργασίας με βάρδιες στην ψυχική τους διάθεση έδειξε συσχέτιση του συστήματος τριών βαρδιών με κόπωση και συναισθηματική σύγχυση. Η αλλαγή της ψυχικής διάθεσης οφειλόταν στην αλλαγή των ωρών ύπνου (Fukukawa et al., 2003).

Οι επαγγελματίες υγείας υποφέρουν από τις διαταραχές ύπνου λόγω της εργασίας σε βάρδιες, σε συνδυασμό με την έντονη ψυχική και σωματική καταπόνηση που υφίστανται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους (Heim et al., 1992, Rodríguez-Muñoz et al., 2008, Vela-Bueno et al., 2008). Έχει διαπιστωθεί ότι οι νυκτερινές βάρδιες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τις διαταραχές του ύπνου (Rivard et al., 1989). Το κυκλικό ωράριο και η νυκτερινή βάρδια έχουν ενοχοποιηθεί για τον ανεπαρκή ύπνο των επαγγελματιών υγείας. Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ή μόνιμα βραδινό ωράριο παραπονούνται συχνά για προβλήματα ύπνου, όπως είναι η δυσκολία στην έλευση και τη συνέχιση του ύπνου, καθώς και η μειωμένη διάρκεια του ύπνου (Lee 1992). Στη μελέτη των Kunert et al. (2007) βρέθηκε ότι υπνηλία, κόπωση και χειρότερη ποιότητα ύπνου αναφέρεται από νοσηλευτές που εργάζονται σε νυκτερινή βάρδια, σε σχέση με εκείνους που εργάζονται μόνο πρωί. Το 70% των νοσηλευτών στις ΜΕΘ εμφανίζει διαταραχή ύπνου, όπως καταγράφεται στην κλίμακα Epworth, σε σύγκριση με το 20% των νοσηλευτών των άλλων κλινικών. Η συχνότερη διαταραχή αφορά στην έλευση του ύπνου (Su an i et al., 2008). Οι αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας, η ελαττωμένη συνολική διάρκεια του ύπνου και η υπνηλία κατά τη διάρκεια της επόμενης ημέρας είναι, επίσης, συχνές διαταραχές. Οι οικογενειακές υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας εντείνουν το πρόβλημα της επάρκειας του ύπνου (Heim 1992, Lee 1992).

Τα επαγγελματικά σφάλματα και ατυχήματα, στα οποία εμπλέκονται ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν άμεσες επιπτώσεις στην ασφάλεια, αλλά και την πρόγνωση των ασθενών. Μειωμένη απόδοση και σφάλματα εμφανίζονται συχνότερα κατά την εργασία τις νυκτερινές ώρες. Μελέτη στην Σουηδία έδειξε ότι η παιδική θνησιμότητα και κυρίως στα πρόωρα βρέφη ήταν υψηλότερη η γέννα γινόταν κατά τη διάρκεια της νυκτερινής βάρδιας σε σχέση με την πρωινή. Μεταξύ 1990 και 1995, διαπιστώθηκε 30% αύξηση στην νεογνική θνησιμότητα (σχετικός κίνδυνος 1,3) και 70% αύξηση στη νεογνική θνησιμότητα από ασφυξία (σχ. κίνδυνος 1,7) κατά τη νυκτερινή βάρδια σε σχέση με την πρωινή βάρδια. Αυτή η διαφορά στην παιδική θνησιμότητα αποτελεί δείκτη και αυτής καθαυτής της δυνατότητας επιβίωσης των παιδιών και όχι μόνο της απόδοσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη νυκτερινή βάρδια (Suzuki et al., 2005, Luo et al., 2001).

Οι νοσηλευτές και οι ιατροί, λόγω της έλλειψης ύπνου, πιθανόν να παραβλέπουν συμπτώματα του ασθενή, υποβαθμίζοντας τη σημασία τους, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην επιδείνωση της κατάστασής του. Επίσης,

λάθη στις ιατρικές οδηγίες είναι συχνά, ενώ η δυνατότητα νοσηλευτών να τα εντοπίζουν (το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται το 85% των περιπτώσεων εσφαλμένης συνταγογράφησης φαρμάκων) περιορίζεται σημαντικά (Rogers 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο χειρουργικός τομέας ενός νοσοκομείου αποτελεί έναν από τα πλέον αγχογόνα εργασιακά περιβάλλοντα με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, το κυκλικό ωράριο που ακολουθείται στα περισσότερα νοσοκομεία σε συνδυασμό με την ένταση της εργασίας συντελούν στην ανάπτυξη διαταραχών του ύπνου και ψυχικών διαταραχών.

Οι επιπτώσεις επεκτείνονται και στο οικογενειακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας και σε πολλές περιπτώσεις διαταράσσουν τη συνοχή της οικογένειας. Αντίστροφα, το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ανάχωμα στην ψυχική καταπόνηση του εργαζόμενου. Στην παρούσα αρνητική οικονομική συγκυρία, η διερεύνηση των καταστάσεων που επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναζήτηση στρατηγικών χαμηλού κόστους για την αντιμετώπιση της ψυχικής καταπόνησης των εργαζομένων και την αύξηση της αποδοτικότητάς τους. Τέτοια παραδείγματα είναι η τροποποίηση του ωραρίου, η σωστή επιλογή των υπευθύνων του τομέα και άλλες.

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να προσδιοριστεί η συχνότητα των διαταραχών του ύπνου σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στον χειρουργικό τομέα.

3.2 Διαδικασία έρευνας και πληθυσμός της μελέτης

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και

την ταυτότητα του (φύλο και ηλικία). Το δεύτερο αφορούσε στις διαταραχές του ύπνου και περιελάμβανε την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών και κάποιες συμπληρωματικές ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα του ύπνου, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Όλες οι κλίμακες έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά και έχουν σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (Λιάκος & Γιαννίτση 1984, Αναγνωστοπούλου 2002, Soldatos et al., 2000). Η κλίμακα μέτρησης της αϋπνίας πραγματοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο Soldatos et al. (2000). Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κρίθηκε ως κατάλληλη διότι είχε δυνατότητα εφαρμογής στη νοσηλευτική. Η διακύμανση της κλίμακας ποικίλει από μεταβλητή σε μεταβλητή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 4 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 0 ("Πολύ γρήγορη", "Κανένα πρόβλημα", "Στον επιθυμητό χρόνο", "Επαρκής", "Ικανοποιητική", "Πλήρης", "Καμιά") έως το 3 ("Πολύ καθυστερημένη", "Έντονο πρόβλημα", "Πολύ νωρίτερα", "Πολύ ανεπαρκής", "Κακή", "Πολύ μειωμένη ή απύσα", "Έντονη").

Η κλίμακα AIS έχει σταθμιστεί σε ένα δείγμα 299 ατόμων. Η διαγνωστική της αξιοπιστία και εγκυρότητα ελέγχθηκε με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της, με αυτά που βρέθηκαν με τη χρήση του ICD-10 για τη διάγνωση της αϋπνίας. Η κλίμακα AIS απέδωσε υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα (93% και 85%, αντιστοίχως), ενώ παράλληλα είχε υψηλή εσωτερική εγκυρότητα με δείκτη Cronbach's ίσο με 0,9, μέσο συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των λημμάτων της ίσο με 0,7 και συντελεστή εγκυρότητας των απαντήσεων μετά από μια εβδομάδα επανεξέταση ίσο με 0,9. Συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 6 δηλώνει ανεπαρκή ύπνο (Soldatos et al., 2000).

Πληθυσμός της έρευνας: Εργαζόμενοι ιατροί και νοσηλευτές στον χειρουργικό τομέα των 2 νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό και Γενικό Νοσοκομείο της Λάρισας) (δείγμα ευκολίας). Στην έρευνα συμμετείχαν 200 επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλευτές. Τα ερωτηματολόγια περιέχονταν σε κλειστό φάκελο, διανεμήθηκαν από τις ερευνήτριες και η συμπλήρωσή τους ήταν ανώνυμη. Επεστράφησαν 161 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, ποσοστό ανταπόκρισης 80,5%. Ωστόσο, αν και δεν απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις, ήταν σε ποσοστό 90% συμπληρωμένα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2013 και ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκε δείγμα 161 ιατρών και νοσηλευτών, εργαζομένων στο χειρουργικό τομέα.

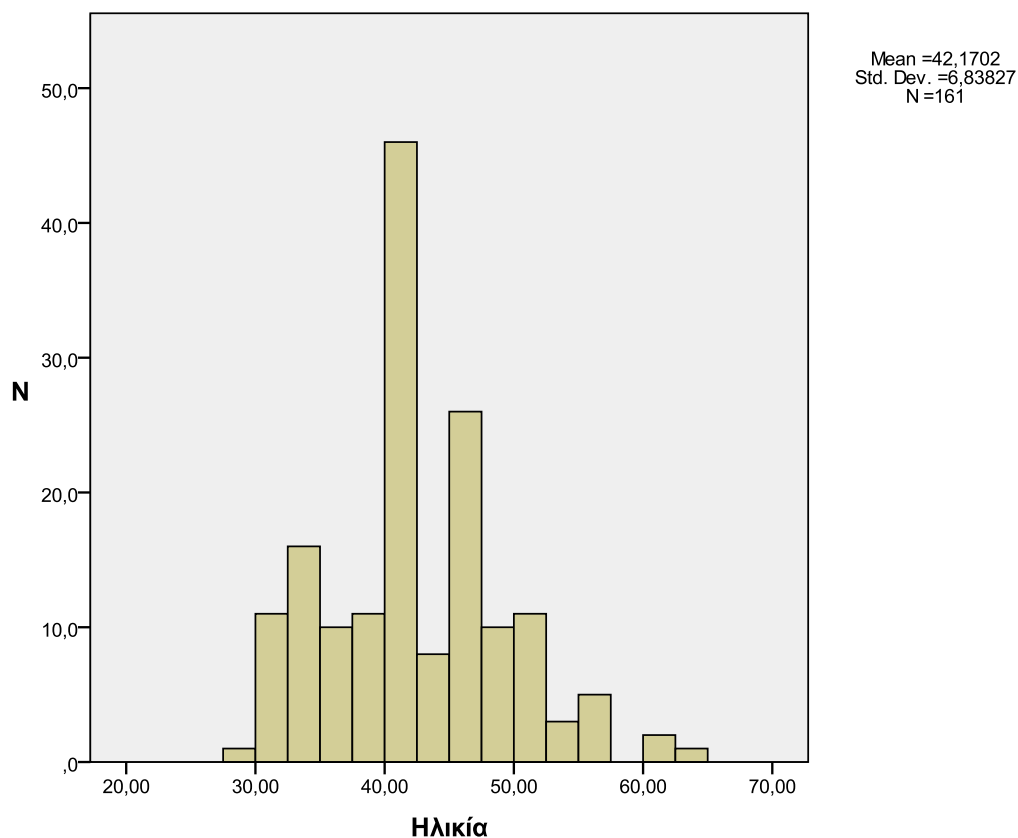
Η πλειονότητα του δείγματος ήταν άνδρες (52,5%), έγγαμοι (71,9%) και με παιδιά (70,7%) (πίνακας 5).

Πίνακας 5.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	84	52,5
Γυναίκα	76	47,5
Σύνολο	160	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	115	71,9
Άγαμος	37	23,1
Διαζευγμένος/ Χήρος/σε διάσταση	8	5,0
Σύνολο	160	100,0
Παιδιά		
Ναι	111	70,7
Όχι	46	29,3
Σύνολο	157	100,0

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $42,17 \pm 6,83$ έτη (Γράφημα 2)



Γράφημα 2. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος

Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 11,39 έτη για το μικρότερο και 13,92 έτη για το μεγαλύτερο (πίνακας 6).

Πίνακας 6.

Ηλικιακή κατανομή των παιδιών των συμμετεχόντων

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Ηλικία μεγαλύτερου παιδιού	108	0,17	33,00	13,92	8,46
Ηλικία μικρότερου παιδιού	86	0,25	44,00	11,39	8,39

Πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης ήταν 38,3% και 27,95 αντίστοιχα, ενώ οι ιατροί αποτελούσαν το 57,3%, εκ των οποίων ειδικευόμενοι αποτελούσαν το 30% . Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ακολουθούσε κυκλικό ωράριο (54,4%) (πίνακας 7).

Πίνακας 7.

Εργασιακά χαρακτηριστικά

	N	%
Εκπαίδευση		
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	59	38,3
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	43	27,9
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	28	18,2
PhD	24	15,5
Σύνολο	154	100,0
Θέση		
Μέλος ΔΕΠ	13	8,4
Διευθυντής	12	7,7
Επιμελητής Α΄	12	7,7
Επιμελητής Β΄	17	11,0
Ειδικευόμενος	35	22,6
Προϊσταμένη	8	5,2
Κλινικός Νοσηλευτής	58	37,5
Σύνολο	155	100,0
Τμήμα		
Χειρουργεία – αναισθησιολογικό	67	42,4
Κλινικές- μονάδες περίθαλψης	91	57,6
Σύνολο	158	100,0
Ωράριο εργασίας		
Πρωινό	30	37,5
Κυκλικό	44	54,4
Άλλο	6	7,5
Σύνολο	80	100,0

Η μέση τιμή ετών προϋπηρεσίας συνολικά στο λειτούργημα ήταν $14,84 \pm 8,79$ έτη ,ενώ στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν $6,94 \pm 6,88$ έτη, με μέσο όρο εφημεριών τις $6,11 \pm 2,82$ το μήνα. Το 61,5% των επαγγελματιών υγείας είχε περισσότερα από 10 χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας (πίνακας 8). Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας υπηρετούσε 10 ή λιγότερα χρόνια (62,7%) στο συγκεκριμένο τμήμα, ενώ 11,2% υπηρετούσε από 21-30 χρόνια. (πίνακας 9).

Πίνακας 8.

Έτη συνολικής προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

Έτη προϋπηρεσίας συνολικά	N	%
≤10	62	38,5
11-20	48	29,8
21-30	42	26,1
>30	9	5,6
Σύνολο	161	100,0

Πίνακας 9.

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα	N	%
≤10	101	62,7
11-20	42	26,1
21-30	18	11,2
Σύνολο	161	100,0

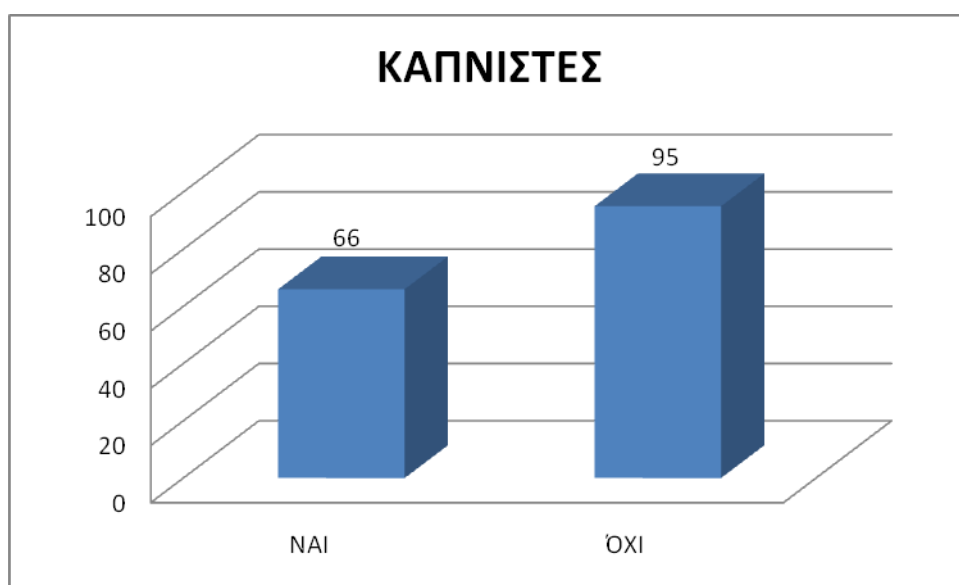
Το 50% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος εφημερεύει έξι ή περισσότερες ημέρες το μήνα. Ποσοστό 3,1% δεν εφημερεύει καθόλου ενώ 9,4% κάνει 10 ή περισσότερες εφημερίες το μήνα. Περίπου το ένα τρίτο των ατόμων του δείγματος δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή (πίνακας 10).

Πίνακας 10.

Κατανομή του αριθμού των εφημεριών στο σύνολο του δείγματος

Αριθμός εφημεριών	N	%
0	5	3,1
1	6	3,7
2	9	5,6
3	1	0,6
4	6	3,7
5	6	3,7
6	18	11,2
7	31	19,3
8	12	7,5
9	4	2,5
10	12	7,5
11	3	1,9
Ελλείπουσες τιμές	48	29,8
Σύνολο	161	100,0

Στο σύνολο του δείγματος, καπνιστές δήλωσαν 66 άτομα, ποσοστό - $(66/161)$ - 41% (Γράφημα 3).



Γράφημα 3. Συχνότητα καπνίσματος

Η μέση κατανάλωση τσιγάρων ήταν $17,16 \pm 11,17$ ημερησίως. Οι ελλείπουσες τιμές (96 άτομα δεν απάντησαν) αντιστοιχούν σχεδόν απόλυτα στον αριθμό των μη καπνιστών, αφού στην ερώτηση « καπνίζετε;», 95 άτομα απάντησαν αρνητικά. Το 21,1% του δείγματος (που αντιστοιχεί στο 52,3% των καπνιστών – 33/65) καπνίζει ένα τουλάχιστον πακέτο την ημέρα (πίνακας 11).

Πίνακας 11.

Κατανομή του αριθμού των τσιγάρων στο σύνολο του δείγματος

Αριθμός τσιγάρων	N	%
2	3	1,8
3	2	1,2
4	1	0,6
5	6	3,7
6	1	0,6
7	1	0,6
8	1	0,6
10	10	6,2
15	6	3,7
20	22	13,7
25	1	0,6
30	6	3,7
35	1	0,6
40	3	1,9
60	1	0,6
Ελλείπουσες τιμές	96	59,6
Σύνολο	161	100,0

Η μέση κατανάλωση οινοπνευματωδών την εβδομάδα ήταν 2-2,5 ποτήρια, ενώ η κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων ανερχόταν σε 2-2,5 φλιτζάνια την ημέρα. Το 82% των ατόμων του δείγματος καταναλώνει περισσότερα από 2 ποτήρια/φλυτζάνια καφεϊνούχων ποτών την ημέρα (πίνακας 12).

Πίνακας 12.

Κατανομή των ποτηριών /φλυτζανιών καφεϊνούχων ποτών που καταναλώνονται ημερησίως από τα άτομα του δείγματος

Αριθμός ποτηριών/φλυτζανιών	N	%
0	3	1,9
1	26	16,1
2	64	39,8
3	38	23,6
4	15	9,3
5	2	1,2
6	4	2,5
Ελλείπουσες τιμές	9	5,6
Σύνολο	161	100,0

Το 63,4% καταναλώνει τρία ή περισσότερα ποτήρια μύρα την εβδομάδα , ενώ ποσοστό 4,9% καταναλώνει επτά ή περισσότερα (πίνακας 13).

Πίνακας 13.

Κατανομή των ποτηριών μύρας που καταναλώνονται εβδομαδιαίως από τα άτομα του δείγματος

Αριθμός ποτηριών μύρας	N	%
0	10	6,2
1	30	18,6
2	19	11,8
3	6	3,7
4	3	1,9
5	4	2,5
6	4	2,5
7	1	0,6
8	2	1,2
10	5	3,1
Ελλείπουσες τιμές	77	47,8
Σύνολο	161	100,0

Το 13,1 % καταναλώνει τρία ή περισσότερα ποτήρια κρασί την εβδομάδα , ενώ ποσοστό 3,1 % καταναλώνει επτά ή περισσότερα (πίνακας 14).

Πίνακας 14.

Κατανομή των ποτηριών κρασιού που καταναλώνονται εβδομαδιαίως από τα άτομα του δείγματος

Αριθμός ποτηριών κρασιού	N	%
0	7	4,3
1	30	18,6
2	25	15,5
3	8	5,0
4	5	3,1
6	3	1,9
7	2	1,2
10	3	1,9
Ελλείπουσες τιμές	78	48,4
Σύνολο	161	100,0

Το 12,3% καταναλώνει τρία ή περισσότερα ποτήρια «σκληρών» αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα, ενώ ποσοστό 1,8% καταναλώνει επτά ή περισσότερα (πίνακας 15).

Πίνακας 15.

Κατανομή των ποτηριών ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ που καταναλώνονται εβδομαδιαίως από τα άτομα του δείγματος

Αριθμός ποτηριών λοιπών αλκοολούχων ποτών	N	%
0	11	6,8
1	15	9,3
2	6	3,7
3	5	3,1
4	2	1,2
5	7	4,3
6	3	1,9
7	1	0,6
10	2	1,2
Ελλείπουσες τιμές	109	67,7
Σύνολο	161	100,0

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα του ύπνου και τις επιπτώσεις της αϋπνίας. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων δεν αντιμετώπιζε ουσιαστικά προβλήματα, αλλά σε ένα ποσοστό 5-20% ανιχνεύονται σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την αϋπνία. Βρέθηκε ότι λίγοι (5%) από τους συμμετέχοντες είχαν δυσκολία να παραμείνουν ξύπνιοι κατά την οδήγηση ή σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Επίσης, βρέθηκε ότι με την ίδια περίπου συχνότητα λάμβαναν υπναγωγά σε συχνότητα μεγαλύτερη της μιας φορές την

εβδομάδα. Σημειώνεται ότι ποσοστό 26% δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση και με δεδομένο ότι υπήρχε αρνητική επιλογή, το ποσοστό χρήσης ενδέχεται να είναι σημαντικά μεγαλύτερο. Παράλληλα, αρκετά ή πολύ κακό ύπνο επικαλείται το 12% των συμμετεχόντων (πίνακες 16-20).

Πίνακας 16.

Συνολική αξιολόγηση ύπνου τον τελευταίο μήνα

	N	%
Τον τελευταίο μήνα πως θα βαθμολογούσατε τον ύπνο σας συνολικά;		
Πολύ καλό	28	17,5
Αρκετά καλό	72	45,0
Ούτε το ένα, ούτε το άλλο	40	25,0
Αρκετά κακό	16	10,0
Πολύ κακό	3	1,9
Δεν ξέρω	1	0,6
Σύνολο	160	100,0

Πίνακας 17.

Λήψη υπναγωγών φαρμάκων

	N	%
Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά έχετε πάρει φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς) για να μπορέσετε να κοιμηθείτε;		
Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα	123	76,4
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	5	3,1
Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	2	1,2
Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα	2	1,2
Δεν θυμάμαι	3	1,9
Ελλείπουσες τιμές	26	16,2
Σύνολο	161	100,0

Σημειώνεται ότι από τα 26 άτομα που δεν απάντησαν στην ερώτηση, τα 10 έκαναν κυκλικό ωράριο, ένα άτομο δήλωσε άλλο και 6 άτομα πρωινό (τα δεδομένα αυτά δεν παρουσιάζονται σε πίνακα).

Πίνακας 18.

Προβλήματα εγρήγορσης στην οδήγηση

	N	%
Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος στην οδήγηση;		
Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα	125	88,7
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	7	5,0
Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	3	2,1
Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα	1	0,7
Δεν θυμάμαι	5	3,5
Σύνολο	141	100,0

Πίνακας 19.

Προβλήματα εγρήγορσης σε κοινωνικές εκδηλώσεις

	N	%
Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος σε κοινωνικές εκδηλώσεις;		
Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα	115	77,7
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	22	14,9
Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	6	4,1
Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα	1	0,7
Δεν θυμάμαι	4	2,7
Σύνολο	148	100,0

Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα AIS ήταν $5,38 \pm 4,34$. Αναλυτικά κατά ερώτηση οι βαθμολογίες παρουσιάζονται στον πίνακα 21.. Σε καμιά περίπτωση η μέση τιμή δεν υπερέβη το 2 σε τετράβαθμη κλίμακα Likert (0-3) (πίνακας 21).

Πίνακας 20.

Προβλήματα εγρήγορης στην καθημερινότητα

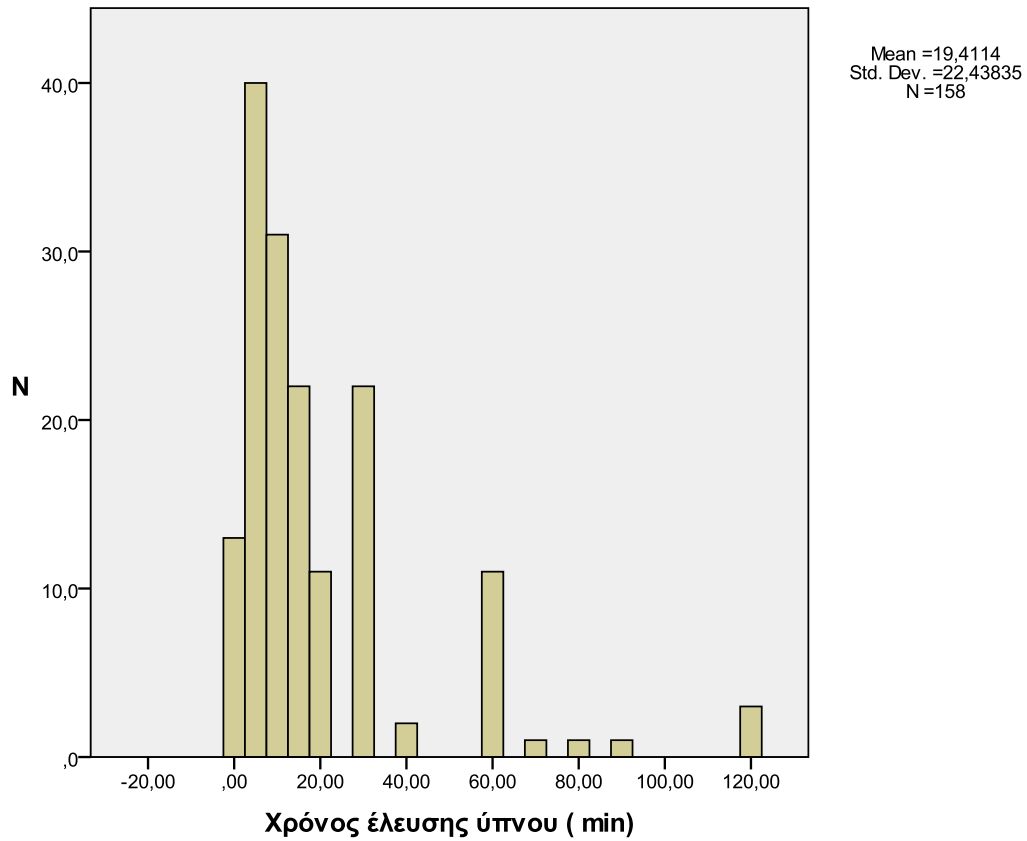
	N	%
Τον τελευταίο μήνα πόσο δύσκολο ήταν για εσάς να κάνετε τις δουλειές της καθημερινότητας;		
Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα	65	41,7
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	50	32,1
Μία ή δύο φορές την εβδομάδα	31	19,9
Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα	8	5,1
Δεν θυμάμαι	2	1,3
Σύνολο	156	100,0

Πίνακας 21.

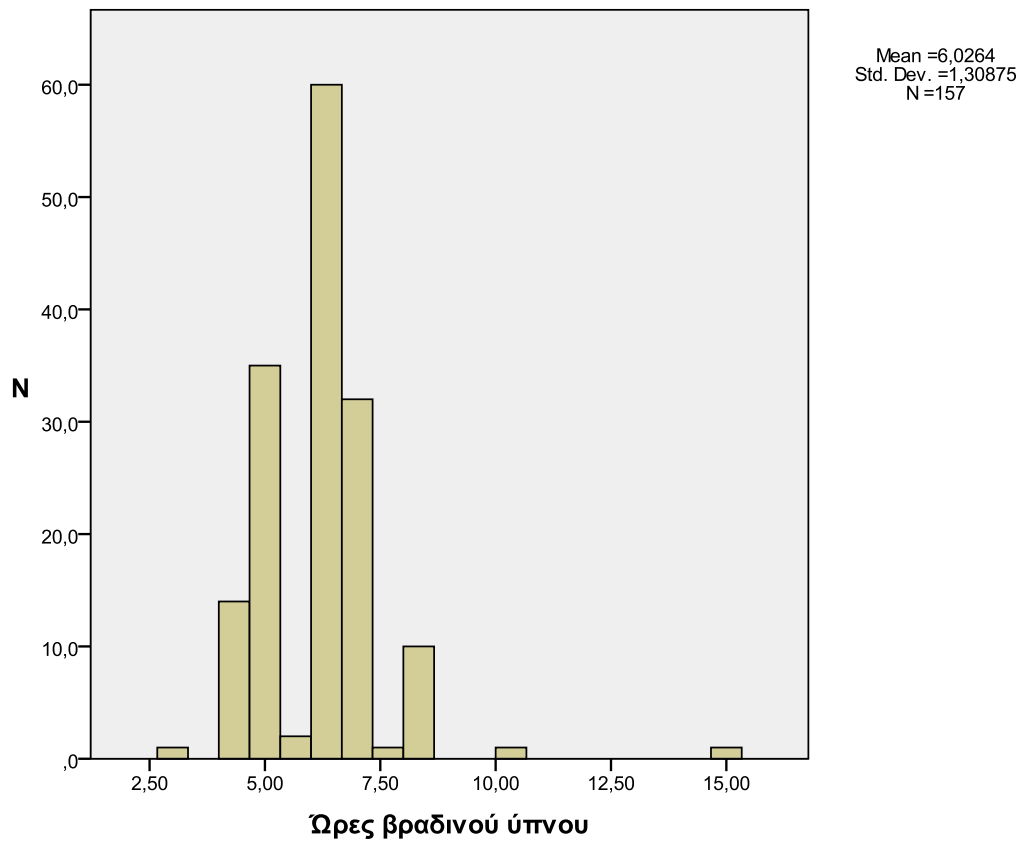
Βαθμολογία στην κλίμακα AIS

	MT	TA
Επέλευση ύπνου	0,63	0,80
Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας	0,71	0,82
Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο	0,44	0,66
Συνολική διάρκεια ύπνου	1,06	0,80
Ποιότητα ύπνου	0,66	0,74
Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα	0,73	0,70
Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα	0,47	0,57
Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα	0,69	0,68
Συνολική βαθμολογία	5,38	4,34

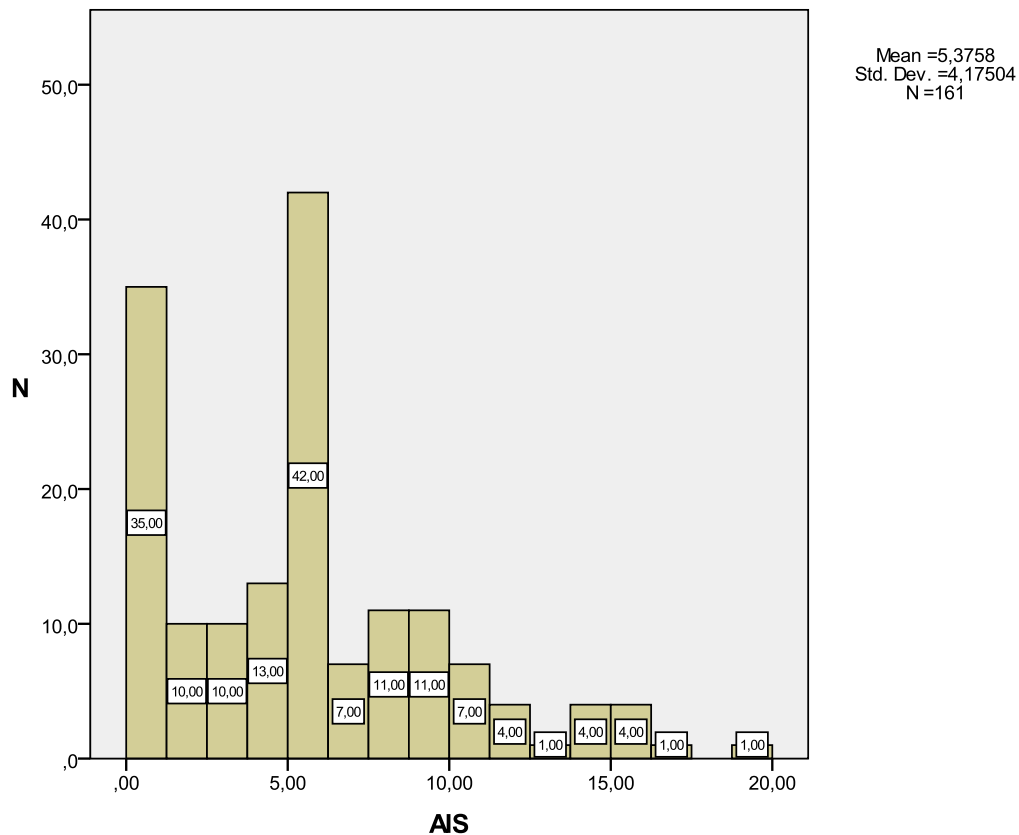
Η μέση τιμή του χρόνου επέλευσης του ύπνου ήταν $19,41 \pm 22,42$ λεπτά , ενώ η μέση τιμή διάρκειας του βραδινού ύπνου ήταν $6,02 \pm 1,30$ λεπτά. Όπως φαίνεται στο γράφημα 4, κάποιοι επαγγελματίες υγείας αποκοιμούνται μετά από 120 λεπτά αναμονής.



Γράφημα 4. Χρόνος έλευσης ύπνου



Γράφημα 5. Ωρες βραδινού ύπνου



Γράφημα 6. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα AIS.

Στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη βαθμολογία στην κλίμακα αϋπνίας Αθηνών παρουσιάστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών: $t(159)=-2,250$, $p=0,026$, με μέση τιμή $4,67\pm 3,97$ για τους άνδρες και $6,21\pm 4,27$ για τις γυναίκες (γράφημα 7). Σημειώνεται ότι οι γυναίκες είχαν μέση τιμή μεγαλύτερη του 6, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική διαταραχή του ύπνου. Οι σημαντικές διαφορές αφορούσαν περισσότερο σε ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου.

Ποιότητα ύπνου : $t(159)=-1,715$, $p=0,08$, με μέση τιμή $0,56\pm 0,72$ για τους άνδρες έναντι $0,89\pm 0,73$ για τις γυναίκες.

Νυκτερινές αφυπνίσεις : $t(159)=-2,808$, $p=0,006$, με μέση τιμή $0,54\pm 0,74$ για τους άνδρες έναντι $0,90\pm 0,87$ για τις γυναίκες.

Επέλευση ύπνου : $t(159)=-2,586$, $p=0,011$, με μέση τιμή $0,48\pm 0,70$ για τους άνδρες έναντι $0,81\pm 0,88$ για τις γυναίκες.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε επίσης όταν ο αριθμός εφημεριών διχοτομήθηκε στην τιμή 8, που αντιστοιχεί στην 75^η θέση της κατανομής του αριθμού των εφημεριών: όσοι έκαναν περισσότερες από 8 εφημερίες το μήνα είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα AIS και μάλιστα πάνω από το cut-off της τιμής 6, σε σχέση με όσους έκαναν λιγότερες : $t(159)=-2,122$, $p=0,036$, με μέση τιμή $6,88\pm 4,73$ έναντι $4,66\pm 3,91$ των υπολοίπων. Σημειώνεται ότι και σε αυτήν την περίπτωση δεν υπήρξε διαφορά στις ώρες του βραδινού ύπνου: $t(159)=0,479$, $p=0,633$, με μέση τιμή ωρών $5,94\pm 1,45$ έναντι $6,11\pm 0,91$ των υπολοίπων (γράφημα 8).

Στην περίπτωση που ο αριθμός των εφημεριών διχοτομούνταν στη διάμεση τιμή του (7), η διαφορά δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντική: $t(159)=-1,090$, $p=0,278$, με μέση τιμή στην κλίμακα AIS $5,73\pm 4,55$ έναντι $4,76\pm 3,84$ των υπολοίπων, αν και η μέση τιμή όσων έκαναν περισσότερες από 7 εφημερίες το μήνα πλησίαζε το όριο της τιμής 6, με μια μονάδα περίπου διαφορά από τους υπόλοιπους. Οι αιτιάσεις αφορούσαν κυρίως στην ποιότητα του ύπνου. Ποιότητα ύπνου : $t(159)=-2,208$, $p=0,029$, με μέση τιμή $0,51\pm 0,66$ για αριθμό εφημεριών ≤ 8 έναντι $0,89\pm 0,73$ για αριθμό εφημεριών >8 (γράφημα 9).

Επίσης όταν συγκρίθηκαν οι επαγγελματίες υγείας που είχαν ≤ 2 παιδιά με εκείνους που είχαν >2 παιδιά και πάλι η βαθμολογία στην κλίμακα AIS ήταν μεγαλύτερη του 6, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική : ≤ 2 παιδιά: $4,88 \pm 3,95$, >2 παιδιά: $6,53\pm 4,06$: $t(98)=-1,483$, $p=0,141$

Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα AIS αναφορικά με τα υπόλοιπα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος :

Ηλικία : ≤ 42 ετών $5,64\pm 4,43$, >42 ετών $5,20\pm 4,26$: $t(159)=0,596$, $p=0,552$

Οικογενειακή κατάσταση : $F(2,146)=1,691$, $p=0,188$

Ύπαρξη παιδιών : ΝΑΙ : $5,11\pm 3,96$, ΟΧΙ: $5,93\pm 3,07$: $t(159)=0,596$, $p=0,552$

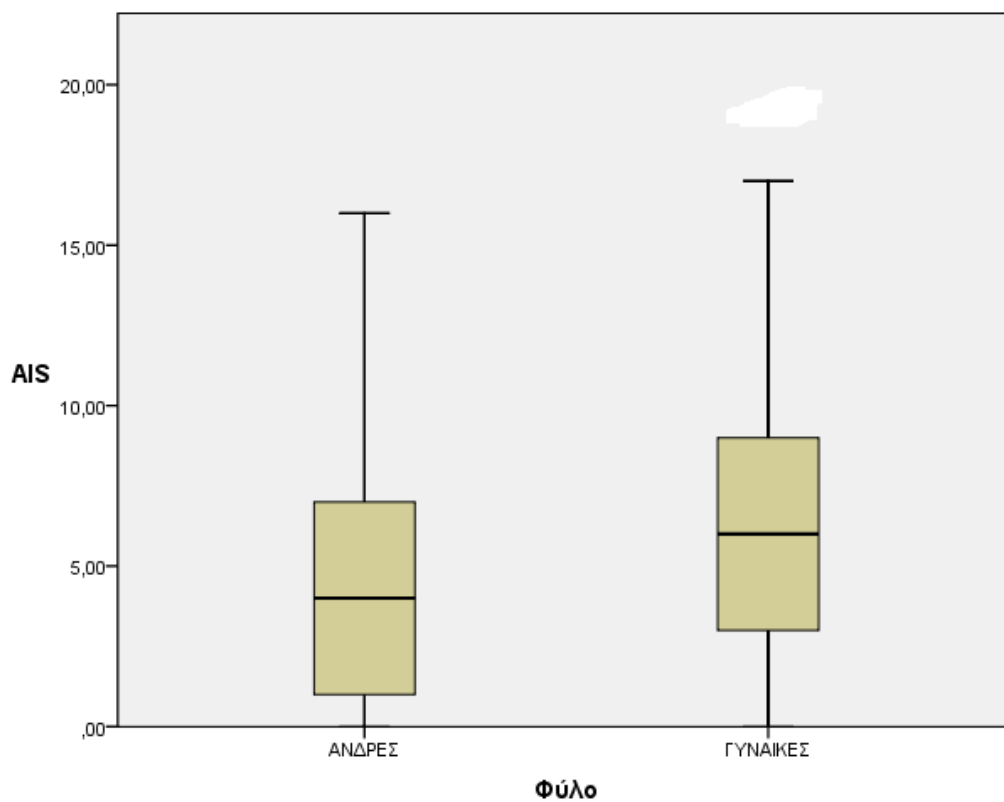
Εκπαίδευση : $F(2,143)=0,410$, $p=0,665$

Τμήμα εργασίας : $t(159)=0,212$, $p=0,833$ με χειρουργικό-
αναισθησιολογικό: $5,37\pm 4,31$ και κλινικές / μονάδες περίθαλψης : $5,73\pm 4,55$

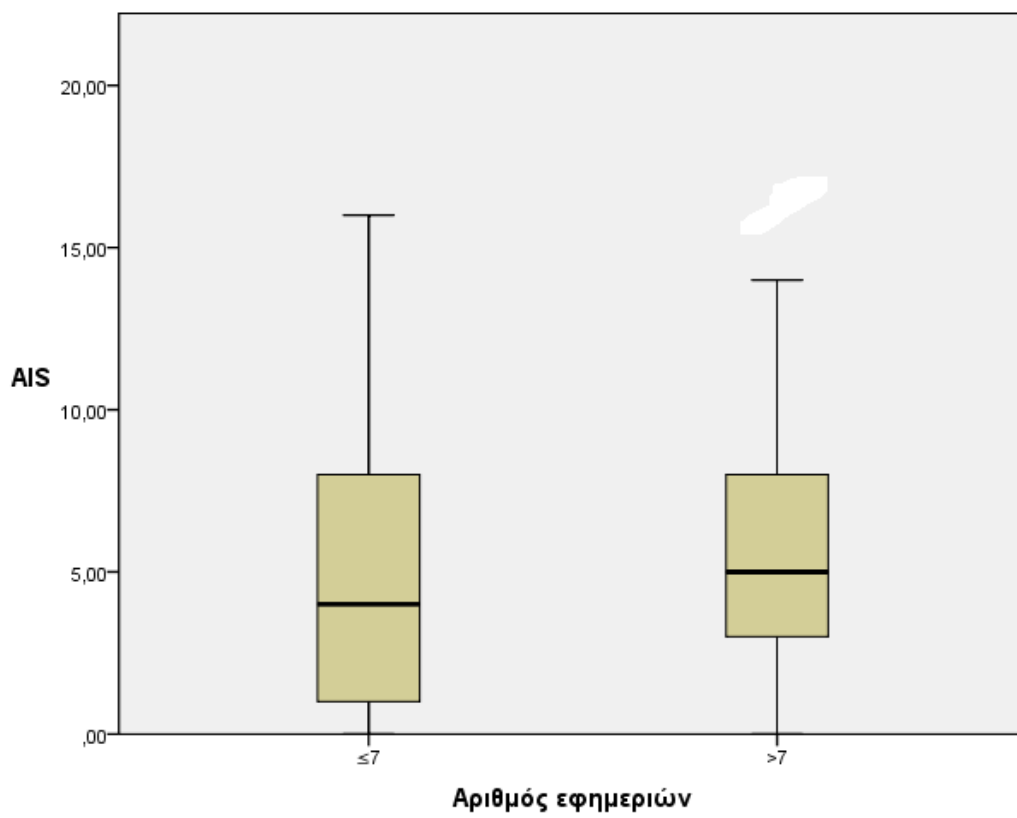
Θέση: $F(7,137)=1,014$, $p=0,424$

Ωράριο εργασίας : $F(2,69)=0,299$, $p=0,743$

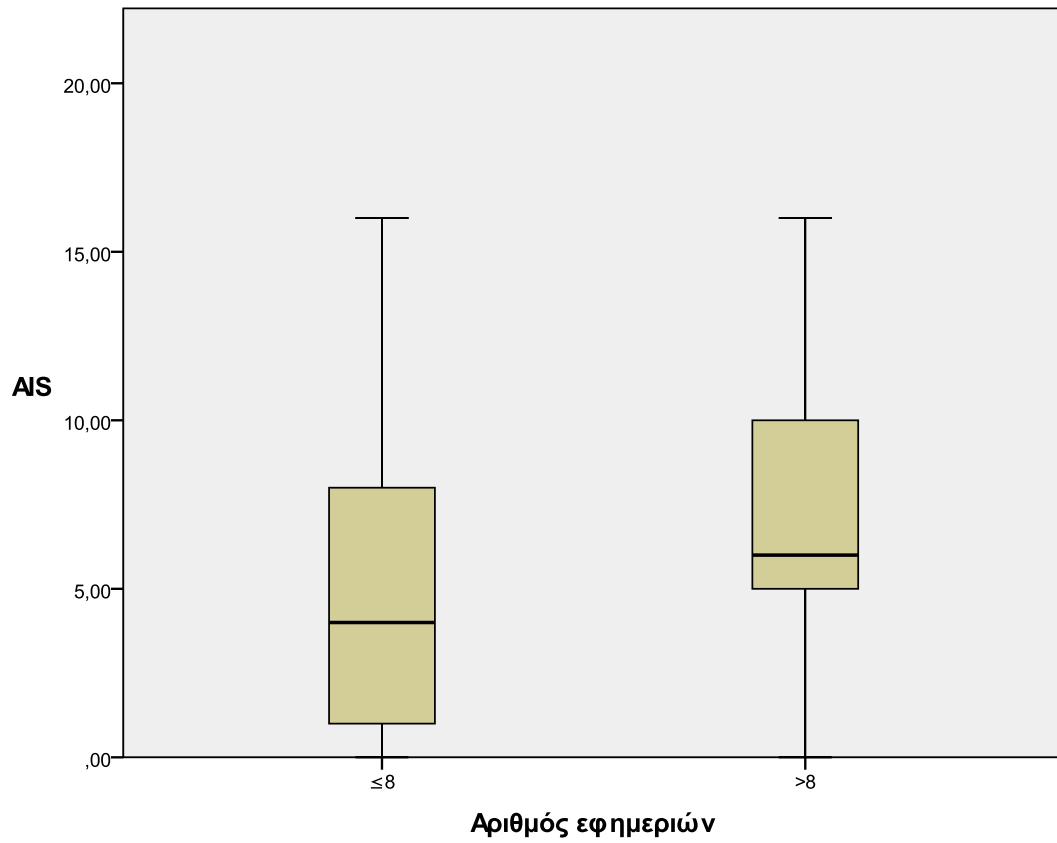
Έτη προϋπηρεσίας : ≤ 13 έτη $5,65\pm 4,38$ > 13 ετών $4,94\pm 4,95$: $t(145)=1,006$, $p=0,316$



Γράφημα 7. Φύλο και βαθμολογία στην κλίμακα AIS



Γράφημα 8. Αριθμός εφημεριών και βαθμολογία στην κλίμακα AIS (οριακή τιμή 8 εφημεριών)



Γράφημα 9. Αριθμός εφημεριών και βαθμολογία στην κλίμακα AIS (οριακή τιμή 7 εφημεριών)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

5.Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσα μελέτης τονίζουν την υψηλή συχνότητα της αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε εκείνους που εφημερεύουν συχνά και στις γυναίκες. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει εκείνα προγενέστερων ερευνών που αναδεικνύουν την αϋπνία ως μείζον πρόβλημα τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες και ιδιαίτερα στις γυναίκες.(Kneisl et al., 2004, Roth 2007, Schlarb et al.,2012).

Υψηλή επίπτωση αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας

Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε υψηλή συχνότητα της αϋπνίας στους επαγγελματίες υγείας. Πράγματι, έχει βρεθεί ότι η αϋπνία εμφανίζει υψηλή επίπτωση σε συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών, μεταξύ των οποίων περίοπτη θέση κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας. Στη μελέτη των Kaneita & Ohida (2011) που αφορούσε σε 3846 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων βρέθηκε ότι η μέση διάρκεια ύπνου ήταν 6,5 περίπου ώρες για το π άνδρες και 6 ώρες για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός του υποκειμενικού αισθήματος της έλλειψης ανάπαυσης λόγω στέρησης ύπνου ήταν 30,4% μεταξύ των ανδρών και 36,6% μεταξύ των γυναικών. Η επίπτωση της αϋπνίας ήταν 21% και 18% αντίστοιχα, ενώ η επίπτωση της υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας ήταν 3,5%. Η συχνότητα των ιατρικών ατυχημάτων ανερχόταν σε 19%. Σε ολόκληρο τον κόσμο η αϋπνία αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα τους νοσηλευτές και τους ειδικευόμενους ιατρούς. Η αϋπνία και η κόπωση που τη συνοδεύει και η συνοδός κόπωση έχουν ολέθριες συνέπειες στις επαγγελματικές επιδόσεις των νοσηλευτών,

απειλώντας την ψυχική τους ισορροπία (Papadimitriou 2005, Mellman 2006, Lee et al.,1992). Η αϋπνία είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα των επαγγελματιών υγείας με διάφορες επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους, την ασφάλειά τους, καθώς και στην επαγγελματική τους απόδοση (Γκριζιώτη και συν., 2010).

Συχνότητα εφημεριών και αϋπνία

Στην παρούσα μελέτη προτείνεται ως οριακή τιμή αυτή των 7-8 εφημεριών το μήνα, για την ελλαδική τουλάχιστον πραγματικότητα, καθώς πάνω από αυτήν την τιμή τα προβλήματα ύπνου μεγεθύνονται σημαντικά. Φαίνεται ότι υπάρχει ένα κρίσιμο όριο εφημεριών που συσχετίζεται με σοβαρές διαταραχές ύπνου στο συγκεκριμένο δείγμα μελέτης, μια σχέση που μοιάζει να είναι περισσότερο «ποιοτική», παρά «ποσοτική», καθώς δεν παρατηρούνται διαφορές στις ώρες του βραδινού ύπνου μεταξύ των δύο υποομάδων. Πράγματι η συχνότητα των νυκτερινών βάρδιών και το είδος του ακολουθούμενου ωραρίου επιβαρύνουν την ποιότητα του ύπνου. Έχει βρεθεί ότι οι νυκτερινές βάρδιες συμβαδίζουν με αυξημένη αϋπνία και κόπωση, επιδείνωση της υγείας των επαγγελματιών υγείας καθώς και μείωση της απόδοσής τους. Οι πολλές ώρες εργασίας, ο μεγάλος αριθμός εφημεριών, η αϋπνία και η έλλειψη ανάπαυσης συνδυάζονται με την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης επαγγελματικών και μη ατυχημάτων. Στη μελέτη των Kunert et al. (2007) βρέθηκε ότι υπνηλία, κόπωση και χειρότερη ποιότητα ύπνου αναφέρεται από νοσηλευτές που εργάζονται σε νυκτερινή βάρδια, σε σχέση με εκείνους που εργάζονται μόνο πρωί. Το 70% των νοσηλευτών στις ΜΕΘ εμφανίζει διαταραχή ύπνου, όπως καταγράφεται στην κλίμακα Epworth, σε σύγκριση με το 20% των νοσηλευτών των άλλων κλινικών. Η συχνότερη διαταραχή αφορά στην έλευση του ύπνου (Surani et al., 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο που περιλαμβάνει δυο βάρδιες παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα αϋπνίας (43%), μεγαλύτερη δυσκολία στην έναρξη του ύπνου (37,6%) καθώς και κακή ποιότητα ύπνου (24,9%) σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονται σε βάρδιες

(Lee et al., 1992, Takahashi et al., 2008). Οι νοσηλευτές και οι ιατροί, λόγω της έλλειψης ύπνου, πιθανόν να παραβλέπουν συμπτώματα του ασθενή, υποβαθμίζοντας τη σημασία τους, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην επιδείνωση της κατάστασής του. Επίσης, λάθη στις ιατρικές οδηγίες είναι συχνά, ενώ η δυνατότητα νοσηλευτών να τα εντοπίζουν περιορίζεται σημαντικά (Rogers 2002).

Αϋπνία και γυναικείο φύλο

Σχετικά με την υψηλή επίπτωση της αϋπνίας στις γυναίκες, έχει βρεθεί ότι πράγματι η αϋπνία εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες και συχνά συνοδεύει ορμονικές μεταβολές, όπως συμβαίνει κατά την εμμηνόπαυση και την όψιμη-ωχρινοποιητική φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Μια επιπρόσθετη ερμηνεία είναι ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα μείζονος κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών, καταστάσεις που επίσης σχετίζονται με την αϋπνία (Krystal 2003). Οι γυναίκες που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο αναφέρουν συνήθως και πιο έντονα φαινόμενα αϋπνίας σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους. Σύμφωνα με τους Lee et al. (1992), το ένα τρίτο των νοσηλευτριών αναφέρει διαταραχές ύπνου. Οι διαταραχές ύπνου αφορούσαν κυρίως σε διακοπές στον ύπνο, τη δυσκολία αφύπνισης και προβλήματα εγρήγορσης. Από άλλη έρευνα που έγινε επίσης σε επαγγελματίες υγείας προέκυψε ότι το πρόβλημα της αϋπνίας αφορά κυρίως το γυναικείο πληθυσμό σε ποσοστό 23%, υπερδιπλάσιο εκείνου των αντρών (9,6%) (Lee et al., 1992, Rodríguez-Muñoz 2008). Η ύπαρξη παιδιών αναδεικνύεται ως επιπρόσθετος παράγοντας που πιθανά επιδεινώνει τα προβλήματα του ύπνου (Lee et al., 1992).

Από τη στιγμή που η αϋπνία είναι επίσης φαινόμενο του άγχους και της κατάθλιψης παραμένει το ερώτημα αν η συννοσηρότητα με τις ψυχιατρικές διαταραχές εξηγεί πλήρως τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ή αν το φύλο επηρεάζει τον ύπνο, ανεξάρτητα από τις ψυχικές διαταραχές, αν και πιστεύεται ότι το ίδιο φύλο μικρή μόνο επίδραση ασκεί

στον ύπνο. Η πρωτογενής αϋπνία μπορεί, τουλάχιστον σε μέρος των περιπτώσεων να συνιστά έναν υποκλινικό τύπο αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης, συνήθειες όπως το κάπνισμα συνιστούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για πρόκληση αϋπνίας (Krystal 2003, Soares 2005). Οι διαταραχές του ύπνου και ο τρόπος που αυτές γίνονται αντιληπτές από το άτομο συνδυάζονται με έντονη πολλές φορές ψυχολογική δυσφορία. Προς την κατεύθυνση αυτή συνηγορεί και η ελάττωση των βραδέων κυμάτων του ύπνου (Yetkin 2010), ενώ δυσκολία στην έλευση του ύπνου και πρόωπη αφύπνιση έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς μείζονες συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές (Papadimitriou & Linkowski 2005, Mellman 2006, Lee et al., 1992).

Περιορισμοί

Στους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας, προερχόταν από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και μία μόνο ΥΠΕ και δεν περιελάμβανε εργαζομένους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, χωρίς να συνοδεύονται από αντικειμενικές (καταγραφικές) μετρήσεις του ύπνου, οπότε ελέγχεται η αξιοπιστία των απαντήσεων, ενώ γενίκευση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

5.1 Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν τη σημαντική συχνότητα της αϋπνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και δείχνουν το πόσο αναγκαία είναι η λήψη μέτρων, προκειμένου να προληφθούν οι συνέπειες της αϋπνίας. Σε αυτό το πλαίσιο συστήνεται η κατάρτιση του προγράμματος εφημεριών να σέβεται την κυκλική εναλλαγή κατά τη φορά των δεικτών του ρολογιού, ενώ οι βάρδιες προτείνεται να είναι του τύπου πρωί – απόγευμα – νύκτα, με διαστήματα ημερήσιας ανάπαυσης πριν από την έναρξη νέου κύκλου, έτσι ώστε να προκαλείται η μικρότερη δυνατή διαταραχή των κιρκάδιων ρυθμών και να μπορεί να επανασυγχρονιστεί το βιολογικό ρολόι.

Όσον αφορά τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας θα πρέπει να μεριμνήσει στο μέτρο του δυνατού να αναπαύεται πριν από τη νυκτερινή εργασία και να βελτιώνει τις συνθήκες του ύπνου του, εντός και εκτός νοσοκομείου, αν υπάρχει βεβαίως η δυνατότητα αυτή. Κύριο μέλημά του στον ελεύθερο χρόνο θα πρέπει να είναι η αναζήτηση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων που προάγουν την ευεξία του. Παράλληλα, επιβάλλεται η εξασφάλιση επαρκούς και ξεκούραστου ύπνου. Τέλος, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας, θα πρέπει να μεριμνούν ώστε να εξασφαλίζουν ένα ορθολογικό πρόγραμμα εφημεριών με σεβασμό στην προσωπικότητα και την υγεία του επαγγελματία υγείας, μεριμνώντας παράλληλα για την επαρκή στελέχωση των μονάδων υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aldrich, M.S., & Jahnke, B. (1991). Diagnostic value of video-EEG polysomnography. *Neurology*, 41(7), 1060-1066.
- Asaoka, S., Aritake, S., Komada, Y., Ozaki, A., Odagiri, Y., Inoue, S., Shimomitsu, T., & Inoue, Y. (2013). Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. *Chronobiol Int*, 30(4), 628-636.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. J. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation. *Clin Psych Review*, 8, 77-100.
- Brook, D.W., Rubenstone, E., Zhang, C., & Brook, J.S. (2012). Trajectories of cigarette smoking in adulthood predict insomnia among women in late mid-life. *Sleep Med*, 13(9), 1130-1137. Dang-Vu TT, Schabus M, Desseilles M, Sterpenich V, Bonjean M, Maquet P. Functional neuroimaging insights into the physiology of human sleep. *Sleep*. 2010;33(12):1589-603.
- Dikeos, D.G., & Soldatos, C.R. (2005). The condition of insomnia: etiopathogenetic considerations and their impact on treatment practices. *Int Rev Psychiatry*, 17(4), 255-62.
- Dinges, D.F., Pack, F., Williams, K. et al. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep*, 20, 267-277.
- Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J.K., & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27, 1453-1462.
- Fukukawa, Y., Nakashima, C., Tsuboi, S., Saito, I., Kosugi, S., Shimokata, H. (2003). Effects of shift work schedule on mood changes among female nurses. *Shinrigaku Kenkyu*, 74(4), 354-361.
- Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. In Special Issue on Women and Management, Guest Editors: Esther R. Greenglass and Judi Marshall, *Applied Psychology: An International Review*, 42, 323-340. Greenglass, E.R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32, 562-572.

- Grossi, G., Perski, A., Evengård, B., Blomkvist, V.A., & Orth-Gomér, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*, 55, 309-316.
- Guyton, A. (1992). *Ιατρική Φυσιολογία*, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1992
- Harma, M., Tenkanen, L., Sjoblom, T., et al. (1998). Combined effects of shift work and lifestyle on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scand J Work Environ Health*, 24, 300-307.
- Heim, E. (1992). Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 207-226.
- Hoddes, E., Dement, W., Zarcone, V. (1972). The development and use of the Stanford Sleepiness Scale (SSS), *Psychophysiology*, 9, 150.
- <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/inso/diagnosis.html>. (Προσβάσιμο 19.1.2014).
- Hsieh, M.L., Li, Y.M., Chang, E.T., Lai, H.L., Wang, W.H., & Wang, S.C. (2011). Sleep disorder in Taiwanese nurses: a random sample survey. *Nurs Health Sci*, 13(4), 468-474.
- In brief: Your guide to healthy sleep. National Heart, Lung, and Blood Institute. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/healthysleepfs.pdf>. (Accessed Jan. 19, 2014).
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom K. (2011). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *Int J Behav Med*, 17, 306-313.
- Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- Johnson, E.O., Roth, T., & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res*, 40(8), 700-708.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36(1-3), 141-147.

- Kaneita, Y., & Ohida, T. (2011). Association of current work and sleep situations with excessive daytime sleepiness and medical incidents among Japanese physicians. *J Clin Sleep Med*, 7(5), 512-522.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Coulouvrat, C., Fitzgerald, T., Hajak, G., Roth, T., Shahly, V., Shillington, A.C., Stephenson, J.J., & Walsh, J.K. (2012). Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America Insomnia Survey. *Sleep*, 35(6), 825-834.
- Kneisl, C., Wilson, H., Trigoboff, E. (2004). Contemporary Psychiatric -Mental Health Nursing, Pearson ed, New Jersey,
- Kristoff, A.L. (1996). Person-Organization Fit: An Integrative Review of its Conceptualizations, Measurement and Implications. *Personnel*, 49, 1-49.
- Krystal, A.D. (2003). Insomnia in women. *Clin Cornerstone*, (3), 41-50.
- Kunert, K., King, M.L., & Kolkhorst, F.W. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 45, 30-37.
- Κυριακούδη Μ.
http://mdedidaktiki.biol.uoa.gr/mde6/Kyriakoudi_Margarita/ergasies/Ypnos_kai_Ygeia.pdf. (Προσβάσιμο 19.1.14)
- Lee, K.A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep*, 15, 493-498.
- Leinum, C.J., Dopp, J.M., & Morgan, B.J. (2009). Sleep-disordered breathing and obesity: pathophysiology, complications, and treatment. *Nutr Clin Pract*, 24(6), 675-687.
- Maquet, P. (2010). Understanding non rapid eye movement sleep through neuroimaging. *World J Biol Psychiatry*. 2010 ;11 Suppl 1:9-15.
- Malmberg, B., Kecklund, G., Karlson, B., Persson, R., Flisberg, P., Ørbaek, P. (2010). Sleep and recovery in physicians on night call: a longitudinal field study. *BMC Health Serv Res*, 10, 239.
- Marquie, J.C., & Foret, J. Sleep, age, and shiftwork experience. *J Sleep Res*, 8, 297-304.
- Maslach, C. (2001). Job Burnout, Annual Review of Psychology, at <http://www.findarticles.com/>.

- Mazza, M., Losurdo, A., Testani, E., Marano, G., Di Nicola, M., Dittoni, S., Gnoni, V., Di Blasi, C., Giannantoni, N.M., Lapenta, L., Brunetti, V., Bria, P., Janiri, L., Mazza, S., & Della Marca, G. (2014). Polysomnographic findings in a cohort of chronic insomnia patients with benzodiazepine abuse. *J Clin Sleep Med*, 10(1), 35-42.
- Mellman, T.A. (2006). Sleep and anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 29, 1047-1058.
- Miyamoto, H., Nakamaru-Ogiso, E., Hamada, K., & Hensch, T.K. (2012). Serotonergic integration of circadian clock and ultradian sleep-wake cycles. *J Neurosci*, 32(42), 14794-14803.
- Morin, C.M., Vallieres, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Merette, C., Bastien, C., & Baillargeon, L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(19), 2005-2015.
- Morselli, L.L., Guyon, A., & Spiegel, K. (2012). Sleep and metabolic function. *Pflugers Arch*, 463(1), 139-160.
- Muecke, S. (2005). Effects of rotating night shifts: literature review. *Adv Nurs*, 50, 433-439.
- Pahwa, P., Karunanayake, C.P., Hagel, L., Gjevre, J.A., Rennie, D., Lawson, J., & Dosman, J.A. (2012). Prevalence of High Epworth Sleepiness Scale scores in a rural population. *Can Respir J*, 19(2), e10-14.
- Papadimitriou, G.N., & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *Int Rev Psychiatry*, 17, 229-236.
- Pevet, P., & Challet, E. (2011). Melatonin: both master clock output and internal time-giver in the circadian clocks network. *J Physiol Paris*, 105(4-6), 170-182.
- Pigeon, W., & Perlis, M.L. (2007). Insomnia and depression: Birds of a Feather? *Int J Sleep Disord*, 1, 82-91.
- Pinel, J. (2007). *Biopsychology*, 6th ed. Allyn & Bacon, USA.
- Rivard-Infante, C., Dumont, M., & Montplaisir, J. (1989). Sleep disorder symptoms among nurses and nursing aides. *Int Arch Occup Environ Health*, 61, 353-358.
- Rodríguez-Muñoz, A., Moreno-Jiménez, B., Fernández-Mendoza, J.J., Olavarrieta-Bernardino, S., de la Cruz-Troca, J.J., & Vela-Bueno, A. (2008). Insomnia and quality

- of sleep among primary care physicians: a gender perspective. *Rev Neurol*, 47, 119-123.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*, 3, 7-10.
- Roskies, E., Louis-Guerin C., & Fournier, C. (1993). Coping with job insecurity: How does personality make a difference? *Journal of Organizational Behavior*, 14, 617-630.
- Saleh, P., & Shapiro, C.M. (2008). Disturbed sleep and burnout: implications for long-term health. *J Psychosom Res*, 65, 1-3.
- Siegel, J.M. (2005). Functional implications of sleep development. *PLoS Biol*, 3(5), e178.
- Schwartz, T.L., & Goradia, V. (2013). Managing insomnia: an overview of insomnia and pharmacologic treatment strategies in use and on the horizon. *Drugs Context*, 2013, 212257.
- Soares, C.N. (2005). Insomnia in women: an overlooked epidemic? *Arch Womens Ment Health*, 8(4), 205-213.
- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G., & Paparrigopoulos, T.J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*, 48, 555-560.
- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G., & Paparrigopoulos, T.J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Research*, 55, 263-267.
- Surani, S., Subramanian, S., Babbar, H., Murphy, J., & Aguillar, R. (2008). Sleepiness in critical care nurses: results of a pilot study. *J Hosp Med*, 3, 200-205.
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., & Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs*, 52(4), 445-453.
- Thorpy, M. (2010). Managing the patient with shift-work disorder. *J Fam Practice*, 59(1), 2010.
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J.J., Bixler, E.O., & Vgontzas, A.N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res*, 64, 435-442.

- Voderholzer, U., Al-Shajlawi, A., Weske, G., Feige, B., & Riemann, D. (2003). Are there gender differences in objective and subjective sleep measures? A study of insomniacs and healthy controls. *Depress Anxiety*, 17(3), 162-172.
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., & Jernajczyk, W. (2012). Sleep and antidepressant treatment. *Curr Pharm Des*, 18(36), 5802-5817.
- Wilson, K.G., Watson, S.T., & Currie, S.R. (1998). Daily diary and ambulatory activity monitoring of sleep in patients with insomnia associated with chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 75(1), 75-84.
- Zohar, D. (1995). The justice perspective of job stress. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 487-495.

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητέ/ή συνάδελφε,

Η μελέτη αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αυτού το οποίο αφορά: α) στην καταγραφή των διαταραχών ύπνου στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χειρουργικό τομέα του Γενικού και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας καθώς και β) στις όποιες αγχώδεις εκδηλώσεις που μπορεί να εμφανιστούν. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις οδηγίες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η επεξεργασία των στοιχείων που θα συλλεχθούν, θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα αφορούν στη λήψη μέτρων διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους σε προσωπικό και διοικητικό επίπεδο.

Σας παρακαλούμε αφού διαβάσετε με προσοχή κάθε μέρος του ερωτηματολογίου, απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα X στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο, σύμφωνα με τη διαβάθμιση της κλίμακας του κάθε μέρους, όπως θα δείτε παρακάτω (π.χ. 1= καθόλου.....ως 4= πάρα πολύ). Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και προτάσεις που αφορούν την εργασία σας. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στις συνήθειες του ύπνου σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Στο τρίτο μέρος περιέχεται η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών. Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου και το πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε αγχώδεις εκδηλώσεις κατά την παρούσα περίοδο, αλλά και γενικά στη ζωή σας.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μη σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση και απαντήστε

αυθόρμητα . Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Θα ήταν μεγάλη ευκολία για μας αν επιστρέψετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σε κλειστό φάκελο μέσα σε μια βδομάδα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Χωρίς τη βοήθεια τη δική σας και των άλλων συναδέλφων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης για τα ελληνικά δεδομένα σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκλαμβάνεται ως συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

Για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τις συντονίστριες της μελέτης στα τηλέφωνα:

Φρειδερίκη Μπόγκα 6986543226

Σιαφάκα Παρασκευή 6944690604

Ευχαριστούμε πολύ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

A. Παρακαλώ απαντήστε βάζοντας ένα X ή $\sqrt{\quad}$ σε ό,τι σας αντιπροσωπεύει:

1. **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα.....

2. **Ηλικία (συμπληρώστε).....**

3. **Οικογενειακή Κατάσταση:** α.Έγγαμος β.Άγαμος
γ. Διαζευγμένος/ Χήρος/σε διάσταση.....

- 3.1. **Έχετε παιδιά:** α.Ναι..... β.Όχι

- 3.2. **Αριθμός παιδιών:**..... (συμπληρώστε)

- 3.3. **Πόσο χρονών είναι το μεγαλύτερο..... και το μικρότερο.....**

4. **Εκπαίδευση:**
α. ΠΕ.....
β.ΤΕ.....
γ. Msc
δ. PhD.....

5. **Θέση:**
1.Μέλος ΔΕΠ..... 2.Διευθυντής..... 3. Επιμ. Α΄
4. Επιμ. Β΄ 5. Ειδικευόμενος
6.Προϊσταμένη..... 7. Υπ. Βάρδιας
8.Κλινικός Νοσηλεύτης

6. **Τμήμα :** α. χειρουργεία-αναισθησιολογικό.....
β.κλινικές – μονάδες περίθαλψης.....

7. **Έτη υπηρεσίας συνολικά στο επάγγελμα.....στο συγκεκριμένο τμήμα (συμπληρώστε)**

8. **Ωράριο εργασίας (για νοσηλευτές):**
- α. Πρωινό
 - β.Κυκλικό
 - γ.Άλλο

9. **Πόσες εφημερίες κάνετε:.....(συμπληρώστε)**

10. **Καπνίζετε;** Ναι Όχι

10.1. **Αν ναι πόσα τσιγάρα ημερησίως (συμπληρώστε).....**

11. **Πόσα φλιτζάνια/ ποτήρια καφέ , τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα καταναλώνετε σ' ένα συνηθισμένο 24ωρο (συμπληρώστε).....**

12. **Πόσα ποτήρια καταναλώνετε την εβδομάδα:**

Μπίρα.....

Κρασί

Κονιάκ, ουίσκι, ούζο κλπ

B. Οι ακόλουθες ερωτήσεις έχουν σχέση με τις συνήθειες του ύπνου σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα μόνο. Οι απαντήσεις σας θα πρέπει να ανταποκρίνονται με όσο γίνεται μεγαλύτερη ακρίβεια στην πλειοψηφία των ημερών του τελευταίου μήνα.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Τον περασμένο μήνα τι ώρα πηγαίνατε συνήθως για ύπνο το βράδυ;
ΣΥΝΗΘΗΣ ΩΡΑ ΥΠΝΟΥ.....
2. Τον περασμένο μήνα, πόσα λεπτά περνούσαν μέχρι να αποκοιμηθείτε;
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΠΤΩΝ.....
3. Τον περασμένο μήνα, τι ώρα σηκωνόσασταν συνήθως το πρωί;
ΣΥΝΗΘΗΣ ΠΡΩΙΝΗ ΩΡΑ ΕΓΕΡΣΗΣ.....

4. Τον περασμένο μήνα, πόσες ώρες **πραγματικού ύπνου** είχατε το βράδυ; (προσοχή σημειώστε τις ώρες που κοιμόσασταν όχι τις ώρες στο κρεβάτι)
ΩΡΕΣ ΥΠΝΟΥ ΤΟ ΒΡΑΔΥ.....
5. Τον τελευταίο μήνα πως θα βαθμολογούσατε τον ύπνο σας συνολικά;
 α) Πολύ καλό.....
 β) Αρκετά καλό.....
 γ) Ούτε το ένα ούτε το άλλο
 δ) Αρκετά κακό.....
 ε) Πολύ κακό.....
 στ) Δεν ξέρω.....
6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε πάρει φάρμακα (με συνταγή ή χωρίς) για να μπορέσετε να κοιμηθείτε;
 α) Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα.....
 β) Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα.....
 γ) Μία ή δύο φορές την εβδομάδα.....
 δ) Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα.....
 ε) Δεν θυμάμαι.....
7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος στην οδήγηση
 α) Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα.....
 β) Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα.....
 γ) Μία ή δύο φορές την εβδομάδα.....
 δ) Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα.....
 ε) Δεν θυμάμαι.....
8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είχατε πρόβλημα να παραμείνετε ξύπνιος σε κοινωνικές εκδηλώσεις;
 α) Δεν ισχύει για τον περασμένο μήνα.....
 β) Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα.....
 γ) Μία ή δύο φορές την εβδομάδα.....
 δ) Πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα.....
 ε) Δεν θυμάμαι.....
9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο δύσκολο ήταν για σας να κάνετε τις δουλειές τις καθημερινότητας ;
 α) Κανένα πρόβλημα.....
 β) Ελάχιστο πρόβλημα.....
 γ) Μέτριο πρόβλημα.....
 δ) Μεγάλο πρόβλημα.....
 ε) Δεν ξέρω / δε θυμάμαι.....

Γ. Κλίμακα αϋπνίας Αθηνών

Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσον όρο τον τελευταίο μήνα, παρουσιάστηκαν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: (η αξιολόγηση αναφέρεται στο νυκτερινό ύπνο και βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμησή σας). Παρακαλώ απαντήστε βάζοντας ένα X ή √ σε ό,τι σας αντιπροσωπεύει:

1. Επέλευση ύπνου

Πολύ	Ελαφρώς	Καθυστερημένη	Πολύ καθυστερημένη
Γρήγορη.....	Καθυστερημένη	.....	ή δεν κοιμήθηκα
.	.....		καθόλου.....

2. Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας

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

3. Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο

Στον επιθυμητό	Λίγο	Αρκετά	Πολύ νωρίτερα ή δεν
Χρόνο.....	Νωρίτερα.....	Νωρίτερα.....	κοιμήθηκα
..	....	...	καθόλου.....
		

4. Συνολική διάρκεια ύπνου

Επαρκής.....	Μάλλον	Ανεπαρκής.....	Πολύ ανεπαρκής ή δεν
..	Επαρκής.....	.....	κοιμήθηκα
	.....		καθόλου.....

5. Ποιότητα ύπνου

Ικανοποιητική...	Μέτρια..... ...	Μη Ικανοποιητική...	Κακή.....
---------------------------	--------------------	---------------------------------	-----------

6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης.....	Ελαφρώς	Αρκετά	Πολύ μειωμένη ή
...	Μειωμένη.....	Μειωμένη.....	Απούσα.....

7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης.....	Ελαφρώς	Αρκετά	Πολύ μειωμένη ή
	Μειωμένη.....	Μειωμένη.....	Απούσα.....

8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα

Καμία.....	Ελαφρά.....	Μέτρια.....	Έντονη.....
	

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Δ : Κυκλώστε έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ε : Κυκλώστε έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4

24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4