



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ποιοτική μελέτη διερεύνησης των λόγων επίσπευσης ή
καθυστέρησης προσέλευσης στην Κλινική Μελέτης Ύπνου»**

Σίστου Αλεξάνδρα

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζαρογιάννης Σωτήριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας, Τμήμα
Ιατρικής ΠΘ, Επιβλέπων Καθηγητής

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής
ΠΘ

Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΠΘ

Λάρισα, 2024

OSA: Facilitators and Barriers for attendance at the Sleep Clinic

(Qualitative study)

Περιεχόμενα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	4
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
1.1.1 Ο ΥΠΝΟΣ	10
1.1.2 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	10
1.1.3 ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ.....	12
1.1.4 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ.....	12
1.1.5 Ο ΥΠΝΟΣ ΣΤΑ ΑΚΡΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΝ	13
1.1.6 ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	14
1.2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	14
1.2.2 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	15
1.2.3 ΑΨΠΝΙΑ	15
1.2.4 ΥΠΕΡΥΠΝΙΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	15
1.2.5 ΚΙΡΚΑΔΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΥΠΝΟΥ-ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ	16
1.2.6 ΠΑΡΑΨΠΝΙΕΣ	16
1.2.7 ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	16
2.1.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΥ).....	17
2.1.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	18
2.1.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	19
2.2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	19
2.3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	20
2.4.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	21
2.5.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	22
2.6.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	23
2.6.2 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.....	24
2.6.3 ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	24
2.6.4 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	25
3.1.1 ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	25

3.1.2 ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ	25
3.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
4.1.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	28
4.2.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	28
4.2.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	28
4.2.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	28
4.2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	29
4.2.5 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	30
4.2.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	33
4.2.7 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	33
4.3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
4.3.2 ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΠΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ	35
4.3.3 ΛΟΓΟΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ	41
4.4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	57

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Διαταραχές Ύπνου.....	15
Πίνακας 2 Βαρύτητα Συνδρόμου	19
Πίνακας 3 Κατηγορίες και κωδικοί Λόγων Επίσπευσης.....	31
Πίνακας 4 Κατηγορίες και κωδικοί Λόγων Καθυστέρησης.....	32

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1 Ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα των σταδίων ύπνου.....	11
Εικόνα 2 Κιρκάδιος Ρυθμός	12
Εικόνα 3 Παραδείγματα κιρκάδιων ρυθμών σε νέους ενήλικες και ηλικιωμένους	14
Εικόνα 4 Παράδειγμα αποφρακτικού τύπου άπνοιας	17
Εικόνα 5 Παράδειγμα κεντρικού τύπου άπνοιας	18
Εικόνα 6 Ανατομικοί παράγοντες απόφραξης αεραγωγού	19
Εικόνα 7 Συνέπειες απνοιών	20
Εικόνα 8 Χρήση CPAP	24
Εικόνα 9 Πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου.....	26

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στο Εργαστήριο Διαταραχών της Αναπνοής κατά τον ύπνο της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, τον Καθηγητή Πνευμονολογίας κ. Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη για τις ευκαιρίες που μου δίνει να γνωρίσω και να ασχοληθώ με τον τομέα της έρευνας, την Καθηγήτρια Φυσιολογίας κα. Χρυσή Χατζόγλου για την άψογη συνεργασία μας, και ιδιαίτερα τον επιβλέπων Καθηγητή μου κ. Σωτήριο Ζαρογιάννη που με εμπιστεύτηκε, με ενθάρρυνε και με στήριξε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να αναφερθώ στον κ. Κυριάκο Κιουρτίδη και να τον ευχαριστήσω για την ουσιαστική καθοδήγησή του στην εκπόνηση αυτής της ποιοτικής μελέτης.

Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω τη γραμματέα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κα Τζερεμέ Κωνσταντίνα, η οργανωτικότητα της διευκόλυνε ουσιαστικά τις προσπάθειες μου.

Παράλληλα, θέλω να ευχαριστήσω τα μέλη της Πνευμονολογικής Κλινικής και ιδιαίτερα τους συναδέλφους του Εργαστηρίου Διαταραχών της Αναπνοής κατά τον Ύπνο, για την άριστη συνεργασία μας.

Ευχαριστώ από καρδιάς τον σύντροφο μου Λευτέρη όχι μόνο για τη στήριξη του αλλά για την υπομονή και κατανόηση που έδειξε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας έρευνας.

Ευχαριστώ ειλικρινά την φίλη και συνεργάτη Παρασκευή Κύργου για την υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές που μου παρείχε.

Ακόμα, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη για την ευγενική διάθεση του χρόνου τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον πατέρα μου Νίκο και την μητέρα μου Ελένη για την αμέριστη στήριξη τους.

Σίστου Αλεξάνδρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο απνοιών κατά τον ύπνο (ΣΑΥ) είναι μια διαδεδομένη πάθηση με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή. Ωστόσο, πολλά άτομα καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν έντονα συμπτώματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εντοπίσει τους λόγους επίσπευσης ή καθυστέρησης προσέλευσης στην Κλινική Μελέτης Ύπνου. Πραγματοποιήθηκαν 27 ημιδομημένες συνεντεύξεις σε εξεταζόμενους που επισκέπτονταν πρώτη φορά το εργαστήριο ύπνου. Μέσω της ποιοτικής ανάλυσης αναδείχθηκαν οι ιδέες, οι στάσεις και οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την μελέτη ύπνου.

Κύριο κίνητρο αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ήταν η καθημερινή εκδήλωση συμπτωμάτων όπως η έντονη κόπωση, το ροχαλητό και η διακοπή της αναπνοής κατά τον ύπνο. Οι συμμετέχοντες τόνισαν τον κεντρικό ρόλο που έπαιζαν τα μέλη της οικογένειας πιέζοντας τους να επισκεφτούν έναν ειδικό ύπνου και παρέχοντας τους απόλυτη στήριξη. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς προσήλθαν ύστερα από παρότρυνση ενός γιατρού, κυρίως πνευμονολόγου. Άλλοι παράγοντες που επηρέασαν θετικά την απόφαση των συμμετεχόντων ήταν η ανησυχία για τις επιπτώσεις της νόσου, η επιθυμία θεραπείας των συμπτωμάτων και η καλή γνώση της διαδικασίας της εξέτασης. Βασικές πηγές ενημέρωσης αποτέλεσαν οι γνωστοί με προσωπικές εμπειρίες και το διαδίκτυο.

Ανάμεσα στα εμπόδια προσέλευσης που εντοπίστηκαν ήταν η ανεπαρκής γνώση τόσο των εξεταζόμενων όσο και των οικείων τους. Πολλοί συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη δεν σκέφτηκαν αμέσως ότι η κατάστασή τους χρήζει ιατρικής παρέμβασης. Έτειναν να αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε συννοσηρότητες και σε καθημερινές συνήθειες. Παράλληλα, κάποιοι παρουσίαζαν περιστασιακά συμπτώματα τα οποία υποτιμούσαν. Η αδιαφορία για την εξέταση φάνηκε να οφείλεται στην άγνοια της διαδικασίας. Τέλος, η ιδέα του ύπνου σε ένα άγνωστο περιβάλλον συνέβαλε αρνητικά στην απόφαση των συμμετεχόντων.

Συμπερασματικά, οι λόγοι καθυστέρησης προσέλευσης στο εργαστήριο ύπνου είναι τροποποιήσιμοι και χρήζουν παρέμβασης. Η ενημέρωση του κοινού για το ΣΑΥ και τη μελέτη ύπνου θα συμβάλουν στην αύξηση των διαγνώσεων του συνδρόμου.

Λέξεις κλειδιά: άπνοια ύπνου, πολυπνογραφία, προσκόλληση, ποιοτική ανάλυση

ABSTRACT

Obstructive Sleep Apnea (OSA) is a widespread condition with serious implications for the patient's health. However, many people delay seeking medical attention even when experiencing intense symptoms. The purpose of this study is to identify the reasons for hastening or delaying attendance at the Sleep Study Clinic. 27 semi-structured interviews were conducted with subjects visiting the sleep laboratory for the first time. Through qualitative analysis, participants' ideas, attitudes, and knowledge about the sleep study emerged.

The main motivation for seeking medical help was the daily occurrence of symptoms such as severe weariness, snoring and sleep apnea. Participants highlighted the central role that family members contribute to pushing them to visit a sleep specialist and providing them with absolute support. In other cases, patients came at the urging of a doctor, mainly a pulmonologist. Other factors that positively influenced the participants' decision were concern about the effects of the disease, the desire to treat the symptoms and a good knowledge of the examination process. The main sources of information were people with personal experiences and the internet.

Among the barriers to adherence identified was insufficient knowledge of both subjects and their relatives. Many participants in this study did not immediately think that their condition needed medical intervention. They tended to attribute their symptoms to comorbidities and daily habits. At the same time, some presented occasional symptoms which they underestimated. Indifference to the examination appeared to be due to ignorance of the procedure. Finally, the idea of sleeping in an unfamiliar environment negatively contributed to the participants' decision.

In conclusion, the reasons for delay in attending the sleep laboratory are modifiable and need intervention. Public awareness of OSA and the sleep study will help increase diagnoses of the syndrome.

Keywords: sleep apnea, polysomnography, adherence, qualitative analysis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ύπνος είναι μία διαδικασία αναγκαία για τις βασικές λειτουργίες του ανθρώπου. Οι διαταραχές του ύπνου χωρίζονται σε αναπνευστικές και μη. Το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΥ) είναι μια πάθηση κατά την οποία παρεμποδίζεται η ομαλή ροή του αέρα λόγω απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών. Αυτές οι επαναλαμβανόμενες και προσωρινές καταρρεύσεις των αεραγωγών έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία περιόδων άπνοιας ή/και υπόπνοιας. Οι κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως το έντονο ροχαλητό, αλλά και κατά τη διάρκεια της ημέρας (έντονη υπνηλία, ανεξήγητη κόπωση, πονοκέφαλοι, γνωστική δυσλειτουργία) επηρεάζοντας έτσι την καθημερινή ζωή των ασθενών.(1) Εκτός από τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις που προκαλούνται από τον κατακερματισμό του ύπνου, η εγκατάσταση ΣΑΥ αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, κολπική μαρμαρυγή και εργατικά ατυχήματα λόγω υπνηλίας.(2) Το ΣΑΥ είναι μια συχνή και θεραπεύσιμη ασθένεια. Η χρήση μηχανήματος συνεχούς θετικής πίεσης στους αεραγωγούς (CPAP) έχει γίνει ο βασικός άξονας θεραπείας του. Η επιμελής τήρηση της θεραπείας μπορεί να εξαλείψει τις άπνοιες, να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής μειώνοντας τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα.(1) Σε αρκετές χώρες έχουν αναφερθεί προκλήσεις στην δυνατότητα έγκαιρης πρόσβασης σε ειδικούς στον ύπνο. Οι καθυστερήσεις στην διάγνωση και αντιμετώπιση του ΣΑΥ οδήγησαν στην αναζήτηση εναλλακτικών μοντέλων παροχής φροντίδας, όπως τη διαχείριση του σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά, οι επαγγελματίες υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας βαθμολόγησαν τις γνώσεις τους σχετικά με τις διαταραχές ύπνου ως ελλιπείς. Από τη μεριά τους οι ασθενείς είχαν ελάχιστη ενημέρωση σχετικά με τη πάθηση τους με αποτέλεσμα να τη διαχωρίζουν από τις υπόλοιπες συννοσηρότητες τους.(3) Με την πάροδο του χρόνου η ευαισθητοποίηση σχετικά με το ΣΑΥ έχει αυξηθεί. Παρ' όλα αυτά, σε μία μελέτη μέσω συνεντεύξεων σε ασθενείς με ΣΑΥ παρατήρησαν άτομα με αρνητική στάση απέναντι στο σύνδρομο και τη θεραπεία του πριν καν την ξεκινήσουν. Η στάση αυτή οφειλόταν είτε σε άγνοια, είτε σε αισθήματα αβεβαιότητας, ή ακόμα και σε αισθήματα ανεπαρκούς υποστήριξης από το υγειονομικό προσωπικό. Σε αντίθεση, υπήρχαν ασθενείς που ανυπομονούσαν να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα του συνδρόμου καθώς φοβόντουσαν τυχόν επιδείνωση της υγείας τους.(1) Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν ότι οι στάσεις των ασθενών με ΣΑΥ διαφέρουν ως προς το σύνδρομο. Αυτό επιβεβαιώνεται καθώς αρκετοί καταφεύγουν από μόνοι τους σε εργαστήρια ύπνου, άλλοι έπειτα από παρότρυνση των συντρόφων τους και κάποιοι από παραπομπή άλλων ειδικών όπως καρδιολόγος, γενικός ιατρός ή ακόμα και ψυχολόγος.(2) Παρά τον υψηλό επιπολασμό και τις συνέπειες της άπνοιας, ορισμένοι ασθενείς δεν ακολουθούν τη συμβουλή του γιατρού τους να υποβληθούν σε πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου. Υπάρχει ένα κενό στη βιβλιογραφία που επικεντρώνεται στους παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή στη μη διεξαγωγή της συνιστώμενης εξέτασης. Κάποιοι

παράγοντες όπως το κόστος, η περιορισμένη πρόσβαση σε εργαστήρια ύπνου, η ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη και το άγνωστο περιβάλλον έχουν αναγνωριστεί ως εμφανή εμπόδια στη διεξαγωγή της μελέτης ύπνου.(4) Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο να κατανοήσουμε τις προοπτικές και τις στάσεις των ασθενών προς την συγκεκριμένη εξέταση. Αυτό θα συμβάλει στο σχεδιασμό συστηματικών παρεμβάσεων με σκοπό να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες των ασθενών και να αυξηθεί το ποσοστό των επισκέψεων στις εξειδικευμένες κλινικές ύπνου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1.1 Ο ΥΠΝΟΣ

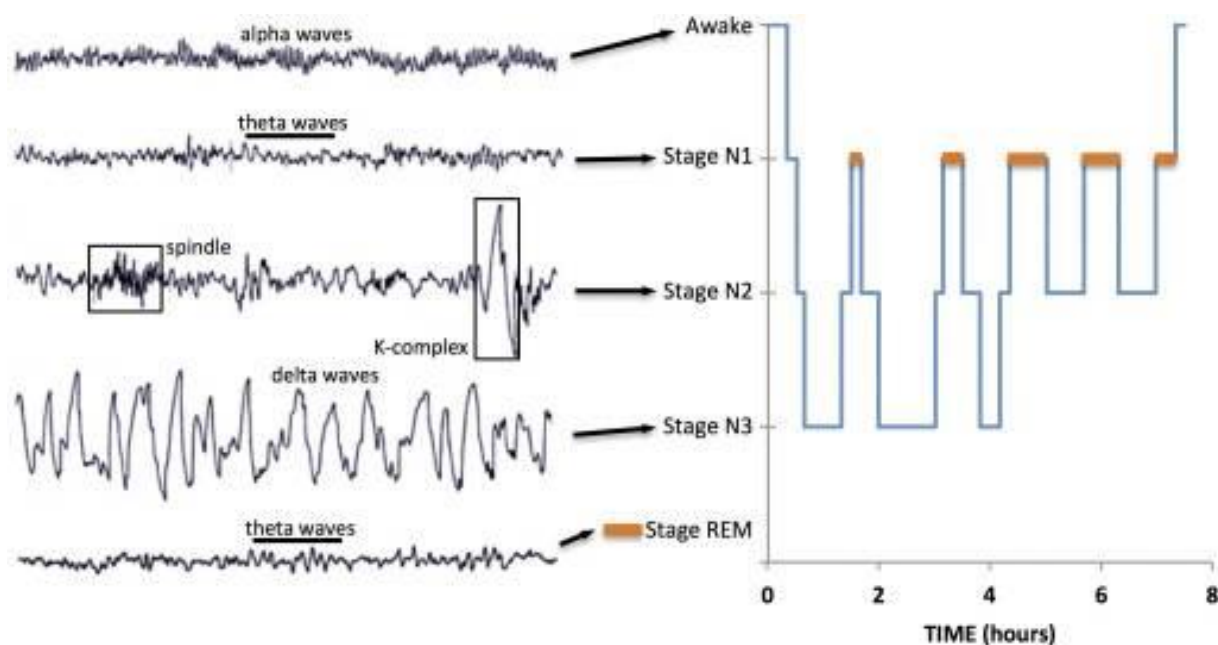
Στον άνθρωπο, όπως και σε άλλα είδη, υπάρχουν δύο διακριτές καταστάσεις, η εγρήγορση και ο ύπνος. Η εγρήγορση είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο είναι ξύπνιο και ανταποκρίνεται σε εξωτερικά ερεθίσματα. Η κυκλική επανάληψη των καταστάσεων ύπνου και εγρήγορσης είναι απαραίτητη για τις ζωτικές λειτουργίες όλων των πρωτευόντων, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων. Καθώς το ενδιαφέρον για την διαδικασία του ύπνου όλο και αυξάνεται, οι κλινικοί γιατροί δεν τον αντιμετωπίζουν πλέον ως μια παθητική κατάσταση, δηλαδή ως την απουσία εγρήγορσης. Ο ύπνος είναι μια ενεργή νευροσυμπεριφορική κατάσταση που διατηρείται μέσω μιας εξαιρετικά οργανωμένης αλληλεπίδρασης των νευρώνων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ανάλογα με το αν ένα άτομο είναι σε εγρήγορση ή κοιμάται αλλάζει και η ηλεκτροεγκεφαλογραφική του δραστηριότητα. Ο ύπνος είναι μια περιοδική κατάσταση ηρεμίας, που χαρακτηρίζεται από προσωρινή μεταβολή της συνείδησης, μειωμένη κίνηση, σε ξαπλωτή στάση, με τα μάτια κλειστά και μειωμένη ανταπόκριση στο εξωτερικό περιβάλλον. Η ανταπόκριση στα οπτικά, ακουστικά και οσφρητικά ερεθίσματα δεν απουσιάζει εντελώς. Ο κοιμώμενος συνεχίζει να επεξεργάζεται ορισμένες πληροφορίες κατά τη διάρκεια του ύπνου και κάποια ερεθίσματα είναι πιθανό να προκαλέσουν διέγερση. Η διαδικασία του ύπνου είναι σημαντική για να διατηρήσουν οι άνθρωποι την εγρήγορση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι περισσότεροι νεαροί ενήλικες κατά μέσο όρο κοιμούνται 7 έως 8 ώρες τη νύχτα. Ο εκούσιος περιορισμός του ύπνου οδηγεί σε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας υποδηλώνει ότι οι ανάγκες για ύπνου ενός ατόμου δεν έχουν τηρηθεί.(5)

1.1.2 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η διάκριση των σταδίων του ύπνου βασίζεται σε πληροφορίες που λαμβάνουμε από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ). Ο ύπνος είναι μία ανομοιογενής διαδικασία. Αποτελείται από δύο διαφορετικές καταστάσεις, την ταχεία κίνηση των οφθαλμών (Rapid Eye Movement-REM) και τον ύπνο χωρίς ταχεία κίνηση οφθαλμών (Non Rapid Eye Movement-NREM). Ο ύπνος NREM μπορεί να υποδιαιρεθεί περαιτέρω σε 3 στάδια τα οποία βαθμολογούνται με βάση τις κυματομορφές της ηλεκτροεγκεφαλικής δραστηριότητας.(5,6)

Η υπνηλία κατά την εγρήγορση χαρακτηρίζεται από ρυθμό άλφα, δηλαδή εύρος κορυφών 8-13Hz όταν τα μάτια είναι κλειστά. Η υπνηλία σχετίζεται επίσης με αργές κινήσεις των ματιών που μπορεί να επιμείνουν στον ελαφρύ ύπνο. Το ελαφρύτερο στάδιο του ύπνου NREM (N1) χαρακτηρίζεται από απώλεια ρυθμού άλφα και παρουσία κυμάτων θήτα με συχνότητα 4-7 Hz. Οι αργές και ασύγχρονες κινήσεις των ματιών εξαφανίζονται σε λίγα λεπτά. Η μυϊκή δραστηριότητα αρχίζει και μειώνεται όσο πλησιάζει ο ύπνος. Το στάδιο 1 θεωρείται ως ένας «ρηχός» ύπνος, κατά τον οποίο ένα άτομο μπορεί

να εύκολα να διεγερθεί. Με τη μετάβαση στο στάδιο 2 (N2) εμφανίζονται οι υπνικοί άτρακτοι με ρυθμό 11-16Hz και τα συμπλέγματα K. Αυτό το στάδιο αποτελεί τον βασικό ύπνο καθώς καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού χρόνου ύπνου. Πλέον ο κοιμώμενος χρειάζεται ένα εντονότερο ερέθισμα για να τον διεγείρει. Ο βαθύς ύπνος NREM (N3) σχετίζεται με μεγάλα (≥ 75 μV) και αργά (0,5–3 Hz) κύματα γνωστά ως κύματα δέλτα. Σε αυτό το στάδιο το άτομο δύσκολα αφυπνίζεται. Δεν ανιχνεύονται κινήσεις των ματιών στο ΗΕΓ κατά τα στάδια 2 και 3 του ύπνου NREM. Κατά τη διάρκεια του ύπνου NREM, υπάρχει επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας, μείωση της αρτηριακής πίεσης, μείωση της θερμοκρασίας του σώματος και ομαλοποίηση της αναπνοής. Ο μυϊκός τόνος μειώνεται και στη συνέχεια εξελίσσεται σε πλήρη ή σχεδόν πλήρη ατονία με τη μετάβαση στον ύπνο REM. Ο ύπνος REM χαρακτηρίζεται από κύματα άλφα, μυϊκή ατονία και γρήγορες οφθαλμικές κινήσεις. Κατά τον REM ύπνο αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση και η αναπνοή γίνεται ασταθής.(5–7)



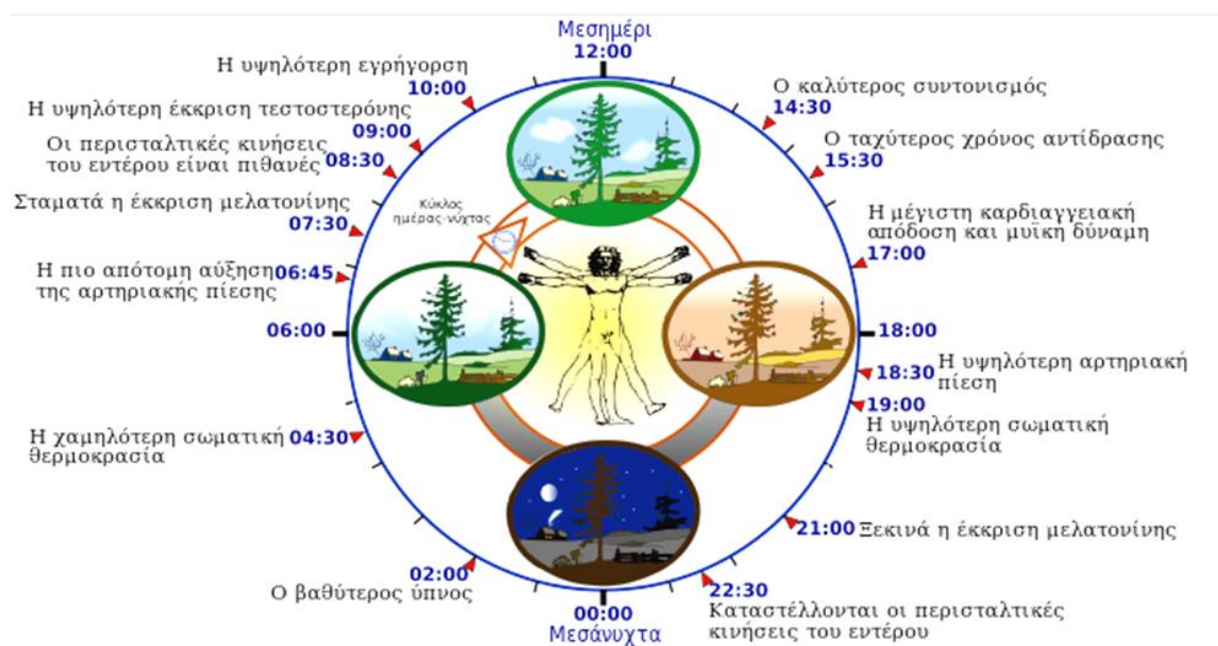
Εικόνα 1 Ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα των σταδίων ύπνου

Κατά τη διάρκεια μιας κανονικής νύχτας, η διαδικασία του ύπνου είναι κυκλική. Ο ύπνος συνήθως ξεκινά με ένα «ρηχό» στάδιο 1, ακολουθεί μια ταχεία κάθοδος στον βαθύ ύπνο N3, εντός της πρώτης ώρας, και μετά εμφανίζεται το πρώτο σύντομο επεισόδιο ύπνου REM. Συνεχίζει η εναλλαγή μεταξύ NREM και REM ύπνου, ο κάθε κύκλος διαρκεί 90-120 λεπτά. Αυτοί οι κύκλοι επαναλαμβάνονται 3 έως 7 φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ενώ οι κύκλοι του ύπνου είναι περίπου σταθερής διάρκειας, η αναλογία των σταδίων σε κάθε κύκλο αλλάζει. Το N1 του ύπνου NREM διαρκεί μόλις λίγα λεπτά, χρησιμεύει ως μετάβαση από την εγρήγορση στον ύπνο και αργότερα κατά τη διάρκεια του ύπνου ως μετάβαση μεταξύ των κύκλων REM-NREM. Τυπικά, το στάδιο 1 αποτελεί το 2% έως 5% του

συνολικού χρόνου ύπνου. Ο ύπνος στο N2 αποτελεί το 45% έως 55% του συνολικού χρόνου ύπνου. Το N3 του ύπνου NREM κυριαρχεί κατά το πρώτο τρίτο της νύχτας. Η πρώτη περίοδος REM είναι σύντομη. Στη συνέχεια τα επεισόδια ύπνου REM γίνονται μεγαλύτερα και οι μεγαλύτερες περίοδοι REM εντοπίζονται στο τελευταίο τρίτο της νύχτας. Ο ύπνος NREM αντιπροσωπεύει το 75% έως 80% και ο ύπνος REM αντιπροσωπεύει το 20% έως 25% του συνολικού χρόνου ύπνου. Αυτά τα ποσοστά ποικίλλουν συνήθως ανάλογα με την ηλικία. Τυχόν αποκλίσεις μπορεί να υποδηλώνουν παρουσία διαταραχής ύπνου.(5)

1.1.3 ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς πολλές βιολογικές λειτουργίες παρουσιάζουν έντονη διακύμανση κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται κιρκάδιος ρυθμός. Ο κιρκάδιος ρυθμός ρυθμίζει κάποιες απαραίτητες βιολογικές λειτουργίες όπως αυτή του ύπνου-εγρήγορσης, της θερμοκρασίας του σώματος, της έκκρισης διάφορων ορμονών, της αρτηριακής πίεσης κ.α. Αυτό το «βιολογικό ρολόι» που ρυθμίζει αυτούς τους ρυθμούς είναι δυναμικό καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και επηρεάζεται άμεσα από διάφορους εξωγενείς παράγοντες όπως από τον κύκλο φωτός και σκότους στη Γη. Οι κιρκάδιοι ρυθμοί παίζουν ζωτικό ρόλο στην υγεία και οι παρατεταμένες διαταραχές του ρολογιού συνδέονται με αρνητικές συνέπειες για την υγεία.(7)



Εικόνα 2 Κιρκάδιος Ρυθμός

1.1.4 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ

Τα επίπεδα των περισσότερων ορμονών στο πλάσμα εμφανίζουν επίσης σημαντικούς ρυθμούς 24 ωρών, υποδεικνύοντας τη σημασία τόσο του κιρκάδιου ρολογιού όσο και των ειδικών επιδράσεων του

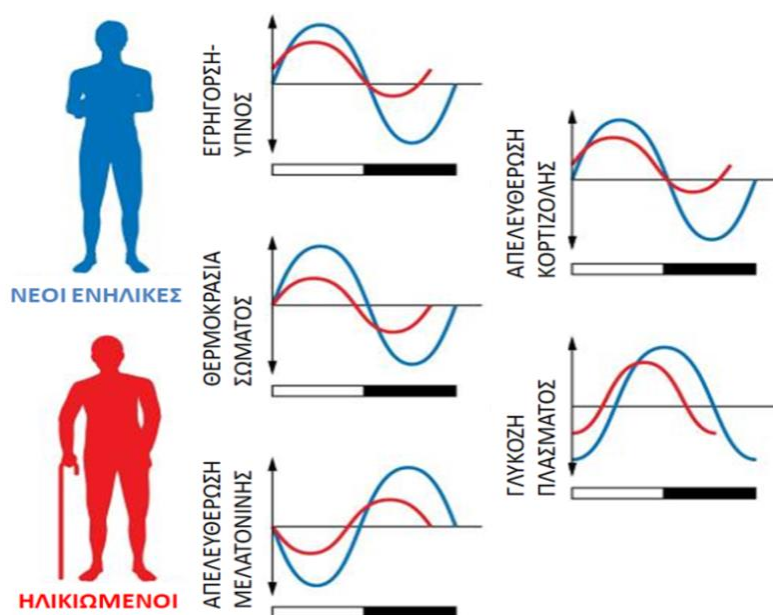
ύπνου στην απελευθέρωση και στον μεταβολισμό τους. Μερικές ορμόνες επηρεάζονται έντονα από τον ύπνο, όπως η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH) και η προλακτίνη. και κάποιες επηρεάζονται από συγκεκριμένα στάδια ύπνου, όπως η αυξητική ορμόνη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει και η παραγωγή της μελατονίνης η οποία επηρεάζει αρκετά τον ύπνο. Η απελευθέρωση της μελατονίνης ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος και σηματοδοτεί την έναρξη του ύπνου. Η ολική έκκριση μελατονίνης μειώνεται με την ηλικία, ξεκινώντας ήδη από την τρίτη δεκαετία της ζωής. Υπό κανονικές συνθήκες, τα επίπεδα προλακτίνης είναι χαμηλά κατά τη διάρκεια της ημέρας και υψηλά κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η αυξητική ορμόνη εμφανίζει επίσης έναν ισχυρό ρυθμό που εξαρτάται από τον ύπνο, με την έκκριση να συνδέεται ειδικά με το N3 του ύπνου. Σε αντίθεση με την αυξητική ορμόνη, η οποία κορυφώνεται νωρίς κατά την περίοδο του ύπνου, η κορτιζόλη βρίσκεται στο ναδίρ της νωρίς κατά τη διάρκεια μιας νυχτερινής περιόδου ύπνου και κορυφώνεται προς το τέλος του ύπνου ή τις πρώτες πρωινές ώρες. Αυτό το πρότυπο κορτιζόλης μπορεί επίσης να συμβάλει σε αυξημένα επίπεδα γλυκόζης αργά στην περίοδο του ύπνου, καθώς η κορτιζόλη μπορεί να αναστείλει την απελευθέρωση ινσουλίνης. Η TSH εμφανίζει χαμηλές τιμές κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ το βράδυ οι τιμές παρουσιάζουν αύξηση, με την κορύφωση τους στην έναρξη του ύπνου. Ο ύπνος, και ιδιαίτερα ο ύπνος του σταδίου N3, φαίνεται να ασκεί ανασταλτική επίδραση στην έκκριση TSH.(6,7)

1.1.5 Ο ΥΠΝΟΣ ΣΤΑ ΑΚΡΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΝ

Η ηλικία είναι πιθανώς ο ισχυρότερος παράγοντας που επηρεάζει τη συνέχεια του ύπνου και την κατανομή των σταδίων ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το πρότυπο ύπνου των βρεφών διαφέρει δραματικά από αυτό των ενηλίκων. Κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους, τα βρέφη κοιμούνται το διπλάσιο από τους ενήλικες και εισέρχονται στον ύπνο REM αμέσως. Κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής, ο ύπνος REM αποτελεί το 50% του συνολικού χρόνου ύπνου, το ποσοστό αυτό μειώνεται σταδιακά στο 20%-25% μέχρι την ηλικία των 3 ετών και παραμένει σε αυτό το επίπεδο μέχρι τα βαθιά γεράματα. Ο ύπνος αργών κυμάτων δεν υπάρχει κατά τη γέννηση, αλλά αναπτύσσεται από την ηλικία των 2 έως 6 μηνών. Ο ύπνος βραδέων κυμάτων μειώνεται σταθερά, καθώς αυξάνεται η ηλικία.(5)

Σε αντίθεση με τις κοινώς διαδεδομένες πεποιθήσεις ότι η ανάγκη για ύπνο μειώνεται με την ηλικία, στην πραγματικότητα αυτό που αλλάζει στους ηλικιωμένους είναι η ικανότητα τους να διατηρήσουν τον ύπνο. Η φυσιολογική γήρανση σχετίζεται με σημαντικές αλλαγές στον ύπνο και στους κινητικούς ρυθμούς. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν λιγότερο συνολικό χρόνο ύπνου, χαμηλότερη ποιότητα ύπνου, αυξημένο λανθάνοντα ύπνο, αυξημένη νυχτερινή αφύπνιση και υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας με έντονη ανάγκη για μεσημεριανό ύπνο. Επίσης, περνούν λιγότερο χρόνο σε βαθύ ύπνο N3 και σε ύπνο REM σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες. Όλες αυτές οι αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου συμβάλουν στην μειωμένη γνωστική απόδοση. Η γήρανση φέρνει μαζί της μυριάδες

αλλαγές στον εγκέφαλο που μπορεί επίσης να επηρεάσουν τη γνωστική απόδοση, επομένως είναι δύσκολο να απομονωθούν οι συγκεκριμένες επιπτώσεις του ύπνου και οι κιρκαδιανές αλλαγές.(7,8)



Εικόνα 3 Παραδείγματα κιρκάδιων ρυθμών σε νέους ενήλικες και ηλικιωμένους

1.1.6 ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η υγεία του ύπνου δεν έχει οριστεί πλήρως. Οι ακόλουθες πέντε διαστάσεις του ύπνου φαίνονται οι πιο σχετικές με τους ορισμούς και τις μετρήσεις της υγείας του ύπνου:

- Διάρκεια ύπνου: Η συνολική ποσότητα ύπνου που επιτυγχάνεται ανά 24 ώρες
- Συνέχεια ή αποτελεσματικότητα ύπνου: Η ευκολία του ύπνου και της επιστροφής στον ύπνο
- Χρονοδιάγραμμα: Η τοποθέτηση του ύπνου εντός του 24ώρου
- Εγρήγορση/υπνηλία: Η ικανότητα διατήρησης της εγρήγορσης
- Ικανοποίηση/Ποιότητα: Η υποκειμενική αξιολόγηση του «καλού» ή του «κακού» ύπνου(9)

1.2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Οι διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι συχνές και ποικίλες. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Διαταραχών Ύπνου της Αμερικανικής Ακαδημίας Ιατρικής του Ύπνου χωρίζονται σε 6 κύριες κατηγορίες, τις αναπνευστικές διαταραχές, την αϋπνία, τις υπερυπνίες, τις κιρκάδιες διαταραχές, τις παραϋπνίες και τις κινητικές διαταραχές.(10)

Πίνακας 1 Διαταραχές Ύπνου

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΑΨΠΝΙΑ
ΥΠΕΡΥΠΝΙΕΣ
ΚΙΡΚΑΔΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΠΑΡΑΨΠΝΙΕΣ
ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.2.2 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αναπνευστικές διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο χωρίζονται σε 4 ενότητες. Η 1^η είναι το σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών κατά τον ύπνο σε ενήλικες και παιδιά. Η 2^η ενότητα περιλαμβάνει τα σύνδρομα κεντρικών απνοιών κατά τον ύπνο με ή χωρίς αναπνοή Cheyne-Stokes, τις κεντρικές άπνοιες οφειλόμενες σε υψηλό υψόμετρο ή σε φάρμακα και τις πρωτοπαθείς κεντρικές άπνοιες. Η 3^η ενότητα είναι οι διαταραχές υποαερισμού κατά τον ύπνο, όπως το σύνδρομο παχυσαρκίας υποαερισμού. Τέλος, η 4^η ενότητα είναι η νυχτερινή υποξυγοναιμία.(10)

1.2.3 ΑΨΠΝΙΑ

Η αϋπνία είναι η πιο συχνή διαταραχή στους ηλικιωμένους. Ως αϋπνία ορίζεται η δυσκολία έλευσης ύπνου ή η δυσκολία διατήρησης του και οδηγεί σε δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτή η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία εάν τα συμπτώματα εμφανίζονται για λιγότερο από 3 μήνες και χρόνια εάν τα συμπτώματα εμφανίζονται 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για 3 μήνες ή περισσότερο. Η αϋπνία συχνά επισπεύδεται από έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα της ζωής (π.χ. οξύς πόνος, τραυματικό συμβάν). Η θεραπευτική προσέγγιση εστιάζει στην τήρηση υγιεινής του ύπνου και στην υιοθέτηση συνηθειών που συμβάλλουν στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών ούτως ώστε το άτομο να μπορεί να κοιμηθεί.(10,11)

1.2.4 ΥΠΕΡΥΠΝΙΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολική ημέρα υπνηλία που δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλη διαταραχή ύπνου, συγκεκριμένα σε αυτές που προκύπτουν σε διαταραγμένο ύπνο (π.χ. αναπνευστικές διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο) ή ανωμαλίες του κιρκάδιου ρυθμού. Η αυξημένη ανάγκη για ύπνο, ακόμα και μετά από επαρκή χρόνο ύπνου, μπορεί να εκδηλωθεί με ακούσια και ξαφνικά επεισόδια ύπνου κατά την εγρήγορση. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ναρκοληψίες, οι υπερυπνίες, το σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου και το σύνδρομο Kleine-Levin. Η καταπληξία είναι το μόνο συγκεκριμένο σύμπτωμα της ναρκοληψίας. Ορίζεται ως ξαφνικά και

παροδικά επεισόδια αμφοτερόπλευρης απώλειας μυϊκού τόνου σύντομης διάρκειας (λιγότερο από δύο λεπτά), που προκαλούνται από έντονα συναισθήματα (πχ γέλιο) με διατηρημένη συνείδηση.(10,12)

1.2.5 ΚΙΡΚΑΔΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΥΠΝΟΥ-ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ

Οι κιρκάδιες διαταραχές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης μπορούν χονδρικά να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: η μία προκαλείται από αλλοιώσεις στο ενδογενές σύστημα κιρκάδιου ρυθμού που προκύπτουν από χρόνιες αλλαγές στη ρύθμιση του βιολογικού ρολογιού (πχ διαταραχή μετάθεσης ωραρίων), ενώ η άλλη προκαλείται από αναντιστοιχία μεταξύ του χρόνου ύπνου-αφύπνισης και του κιρκάδιου ρυθμού λόγω αλλαγών στο εξωτερικό περιβάλλον (πχ διαταραχή λόγω βαρδιών και jet lag). Αν και ορισμένες διαταραχές, όπως το jet lag, μπορεί να είναι αυτοπεριοριζόμενα, άλλα όταν δεν αντιμετωπίζονται, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσμενείς ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες. Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά όλων των διαταραχών του κιρκάδιου ρυθμού είναι η αδυναμία να αποκοιμηθούν, να παραμείνουν κοιμισμένοι και/ή να ξυπνήσουν μια επιθυμητή ώρα.(10,13,14)

1.2.6 ΠΑΡΑΥΠΝΙΕΣ

Οι παραϋπνίες χαρακτηρίζονται από δυσάρεστες ή ανεπιθύμητες εμπειρίες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου, κατά την είσοδο στον ύπνο αλλά και κατά τη διάρκεια της έγερσης από τον ύπνο. Χωρίζονται σε 3 κατηγορίες, τις παραϋπνίες κατά τον NREM ύπνο, τις παραϋπνίες κατά τον REM ύπνο και αυτές που δεν εκδηλώνουν προτίμηση σε συγκεκριμένο στάδιο ύπνου. Στις παραϋπνίες του ύπνου NREM ανήκουν η υπονοβασία, οι συγχυτικές αφυπνίσεις και ο νυχτερινός τρόμος. Η μεμονωμένη υπνική παράλυση, η διαταραχή της συμπεριφοράς και οι εφιάλτες συμβαίνουν κατά τον REM ύπνο. Οι υπόλοιπες παραϋπνίες όπως είναι η υπονοφαγία και η νυχτερινή ενούρηση ανήκουν στην Τρίτη κατηγορία.(10)

1.2.7 ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κινητική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι έξω από την επίγνωση του ασθενούς, παρόμοια με επιληπτικές κρίσεις. Αρχικά ταξινομήθηκαν ως παραϋπνίες, αλλά θεωρούνται πλέον ξεχωριστή κατηγορία διαταραχών ύπνου. Οι κινητικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές και ακούσιες κινήσεις κατά τον ύπνο, με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό του.(15,16) Ταξινομούνται σύμφωνα με την Τρίτη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Διαταραχών Ύπνου σε 10 κατηγορίες.(10)

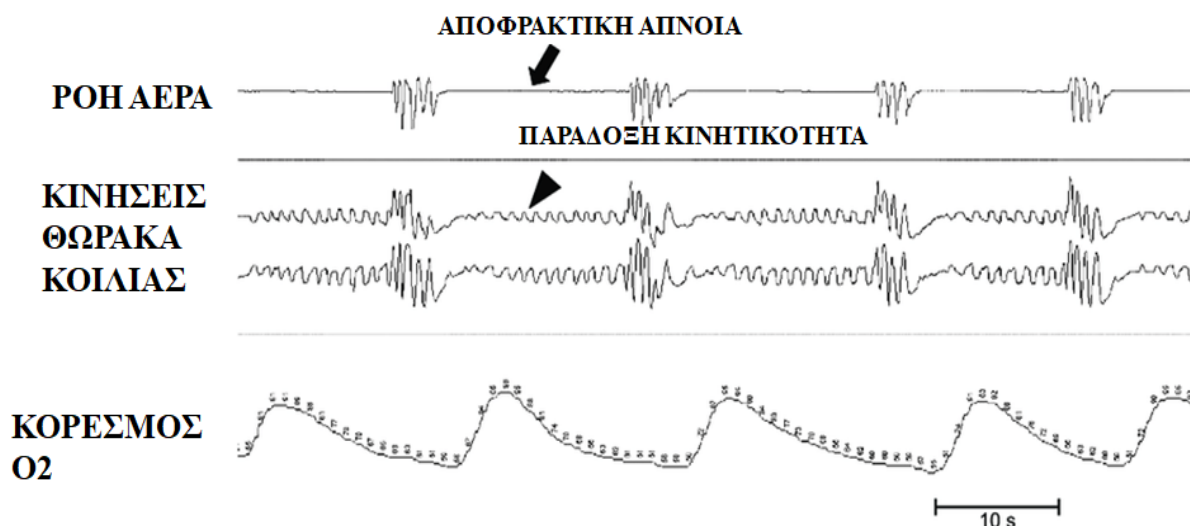
1. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών
2. Περιοδικές κινήσεις των κάτω άκρων
3. Κράμπες των κάτω άκρων
4. Βρουξισμός
5. Διαταραχή ρυθμικών κινήσεων

6. Καλοήθεις μυοκλονίες του νηπίου
7. Κινητική διαταραχή στον ύπνο, οφειλόμενη σε ιατρικό πρόβλημα
8. Κινητική διαταραχή στον ύπνο, οφειλόμενη σε φάρμακο ή ουσίες
9. Κινητική διαταραχή στον ύπνο αδιευκρίνιστης προέλευσης
10. Ιδιοπαθή συμπτώματα και φυσιολογικές παραλλαγές

2.1.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΥ)

Η διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο (SDB) ανήκει σε ένα φάσμα αναπνευστικών διαταραχών που σχετίζονται με τον ύπνο, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των διαταραχών που χαρακτηρίζονται κυρίως από αποφρακτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή επαναλαμβανόμενη στένωση και κλείσιμο του ανώτερου αεραγωγού κατά τη διάρκεια του ύπνου, ή από ανωμαλίες στη νευρομυϊκή παροχή χωρίς εμφανή κατάρρευση αεραγωγού. Η υπνική άπνοια είναι μια ευρέως διαδεδομένη αναπνευστική διαταραχή, στη διάρκεια της οποίας, η δραστηριότητα των αναπνευστικών μυών μειώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα τη διαλείπουσα διακοπή της αναπνοής από τη μύτη και το στόμα.(17)

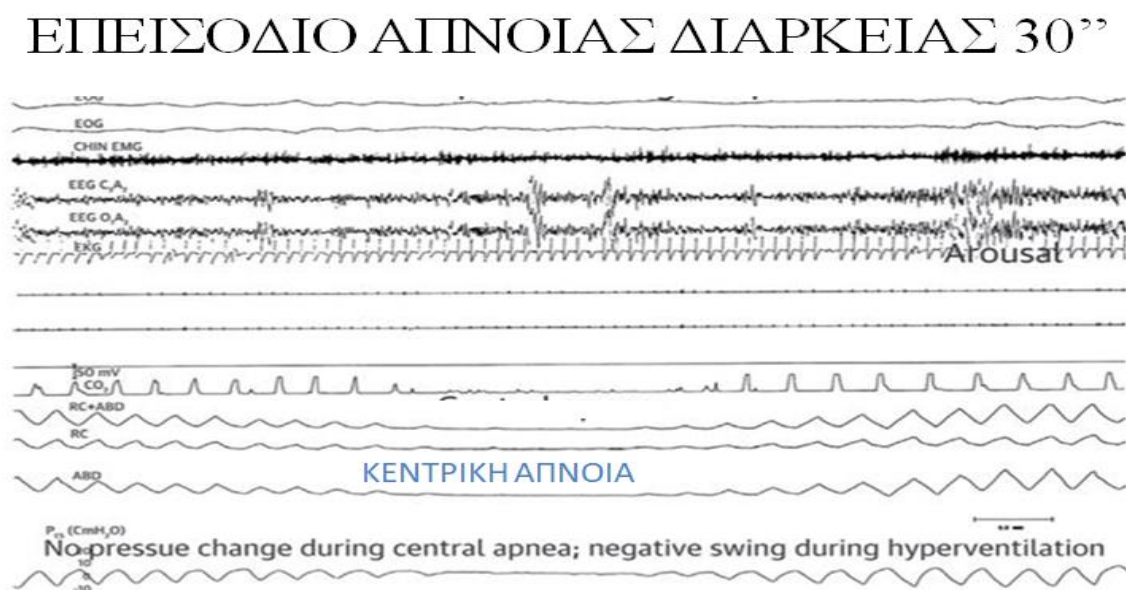
Υπάρχουν τρία κυρίως είδη άπνοιών οι αποφρακτικές, οι μικτές και οι κεντρικές. Ο συχνότερος τύπος άπνοιας είναι η αποφρακτική άπνοια και συμβαίνει όταν υπάρχει πλήρης κατάρρευση του αεραγωγού.(18) Η αποφρακτική άπνοια συνοδεύεται από αναπνευστική προσπάθεια καθ' όλη τη διάρκεια, δηλαδή οι αναπνευστικοί μύς (θώρακας, κοιλιά) λειτουργούν κανονικά και μάλιστα σε αντίθετη φάση λόγω της απόφραξης, αυτή η διαδικασία ονομάζεται παράδοξη κινητικότητα.



Εικόνα 4 Παράδειγμα αποφρακτικού τύπου άπνοιας

Η υπόπνοια ορίζεται όταν υπάρχει μείωση της ροής του αέρα κατά 30% ή περισσότερο σε σύγκριση με το βασικό επίπεδο αναπνοής και η διάρκεια αυτής της μείωσης να είναι τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα και να συνοδεύεται από πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης $\geq 4\%$.(19)

Επίσης η άπνοια μπορεί να έχει κεντρική προέλευση. Κεντρικού τύπου άπνοια ορίζεται η άπνοια κατά τη διάρκεια της οποίας απουσιάζει η θωρακοκοιλιακή προσπάθεια και θεωρείται νευρολογική διαταραχή.



Εικόνα 5 Παράδειγμα κεντρικού τύπου άπνοιας

Τέλος, μικτού τύπου ορίζεται η άπνοια η οποία αρχίζει ως κεντρική και καταλήγει ως αποφρακτική, δηλαδή κατά την έναρξη απουσιάζει η αναπνευστική προσπάθεια η οποία στη συνέχεια αυξάνεται. Κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι δυνατόν να συνυπάρχουν όλων των ειδών άπνοιες στο ίδιο άτομο, περιπλέκοντας τη διάγνωση και τη θεραπεία.(20)

2.1.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Οι αναπνευστικές διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορούν να επαληθευτούν αντικειμενικά με πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου κατά την οποία υπολογίζεται ο δείκτης απνοιών-υποπνοιών ΑΗΙ (ApneaHypopneaIndex). Ο δείκτης ΑΗΙ προκύπτει από τον αριθμό απνοιών-υποπνοιών που συμβαίνουν ανά ώρα ύπνου και με βάση αυτόν ταξινομείται η βαρύτητα του συνδρόμου. Όταν $AHI < 5/hr$ είναι φυσιολογικό, όταν $5/hr < AHI < 15/hr$ υπάρχει ΣΑΥ ήπιου βαθμού, όταν $15/hr < AHI < 30/hr$ μέτριου βαθμού ενώ όταν $AHI > 30/hr$ υπάρχει ΣΑΥ σοβαρής μορφής. (21) Η επιβάρυνση της νόσου στο σύνδρομο ήπιας μορφής είναι αμφιλεγόμενη και βασίζεται σε σχετικές κλινικές εκδηλώσεις (όπως η υπερβολική ημερήσια υπνηλία και η γνωστική δυσλειτουργία).(18)

Πίνακας 2 Βαρύτητα Συνδρόμου

ΤΙΜΕΣ ΑΗΙ	
AHI<5/hr	Φυσιολογικό
AHI 5-15/hr	Ήπιας Μορφής
AHI 15-30/hr	Μέτριας Μορφής
AHI>30/hr	Σοβαρής Μορφής

2.1.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Ο επιπολασμός του ΣΑΥ στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 9% έως 38%. Το σύνδρομο είναι πιο κοινό στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες και τα περιστατικά αυξάνονται με την αύξηση της ηλικίας. Ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος σε παχύσαρκους άνδρες και γυναίκες. Ο αναφερόμενος επιπολασμός έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου και αυτό πιθανόν οφείλεται στα αυξανόμενα ποσοστά παχυσαρκίας.(17) Σε μελέτη που έγινε σε δείγμα πληθυσμού της Θεσσαλίας φάνηκε ότι το 26,77% του πληθυσμού διατρέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΣΑΥ. Παρά τον υψηλό επιπολασμό του συνδρόμου, η νόσος σε πολλές περιπτώσεις παραμένει αδιάγνωστη.(22)

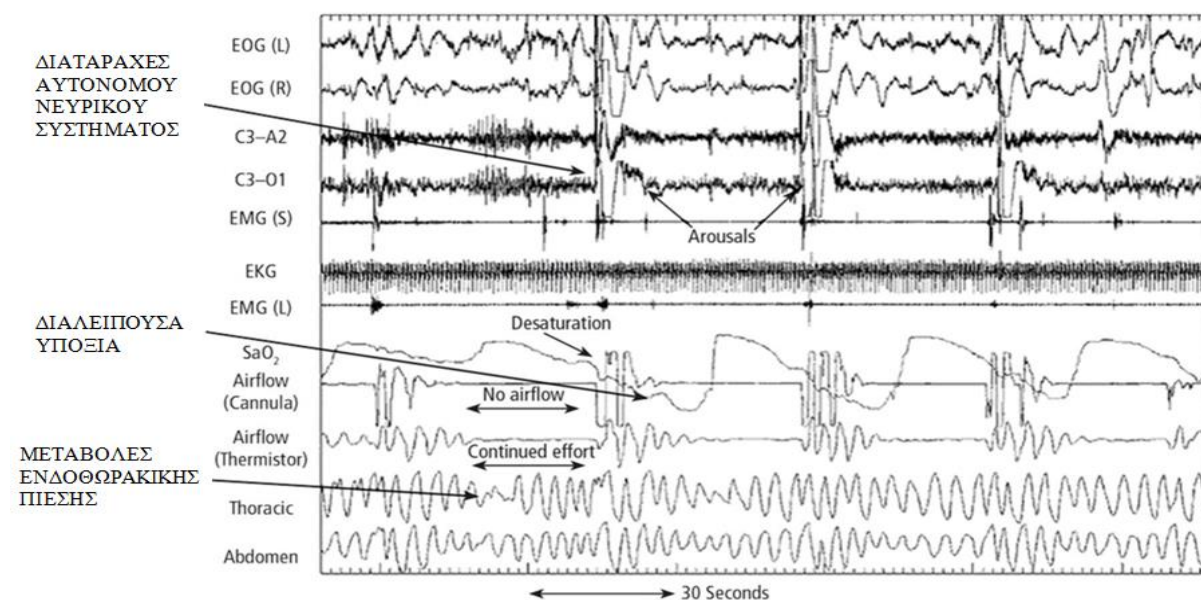
2.2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι παθολογικοί μηχανισμοί της αποφρακτικής και κεντρικής άπνοιας είναι παρόμοιοι και σχετίζονται με τη διαλείπουσα υποξαιμία και την ενεργοποίηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ωστόσο, τα αποφρακτικά συμβάντα συνδέονται με μεγάλες διακυμάνσεις της ενδοθωρακικής πίεσης λόγω της αναπνευστικής προσπάθειας έναντι ενός κλειστού αεραγωγού, σε αντίθεση με την κεντρική άπνοια όπου ο αεραγωγός παραμένει ανοιχτός.(23) Ο φαρυγγικός αεραγωγός είναι μια σύνθετη δομή της οποίας η λειτουργία περιλαμβάνει την αναπνοή, την ομιλία και την κατάποση, κατ' επέκταση η αναπνευστική οδός είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτώμενη από τη μυϊκή δραστηριότητα του φάρυγγα. Κατά τη διάρκεια του ύπνου ο μυϊκός τόνος των μυών του ανώτερου αναπνευστικού μειώνεται με αποτέλεσμα την απόφραξη του αεραγωγού.



Εικόνα 6 Ανατομικοί παράγοντες απόφραξης αεραγωγού

Κατά τη διάρκεια αυτών των αποφρακτικών επεισοδίων παρατηρούνται περίοδοι διαλείπουσας υποξαιμίας και υπερκαπνίας. Στη συνέχεια, ο ασθενής καταβάλλει αγωνιώδεις προσπάθειες να αναπνεύσει έναντι αποφραγμένων αεραγωγών. Η αύξηση της αναπνευστικής προσπάθειας οδηγεί στην ενεργοποίηση του κεντρικού νευρικού συστήματος και εν τέλει σε μικροαφύπνιση (arousal). Αυτή η σύντομη αφύπνιση επαναφέρει την βατότητα των αεραγωγών αυξάνοντας και πάλι τον μυϊκό τόνο. Τελικά ο αέρας εισέρχεται βίαια επαναφέροντας τα επίπεδα του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο και διοξείδιο. Ο ύπνος συνεχίζεται και τα επεισόδια αυτά επαναλαμβάνονται περιοδικά, χωρίς να γίνονται πάντα αντιληπτά. Έτσι ο ασθενής χάνει αρκετούς αναπνευστικούς κύκλους κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ο ύπνος κατακερματίζεται σοβαρά καθώς τα επεισόδια αυτά μπορούν να επαναληφθούν εκατοντάδες φορές σε ένα βράδυ. Τα επεισόδια άπνοιας είναι πιο συχνά κατά τον REM ύπνο όπου οι μυς είναι πιο υποτονικοί σε σχέση με τα υπόλοιπα στάδια.(18)



Εικόνα 7 Συνέπειες απνοιών

2.3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η στένωση και η απόφραξη του φάρυγγα κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένεση. Οι στενότεροι στοματοφαρυγγικοί αεραγωγοί αυξάνουν τον κίνδυνο ροχαλητού και ΣΑΥ. Τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά που προάγουν τη στένωση του φάρυγγα περιλαμβάνουν τη μεγάλη περίμετρος του αυχένα (>43 cm για τους άνδρες και >40 cm για τις γυναίκες), την μικρογναθία, οπισθογναθία, ρινική στένωση, μακρογλωσσία και υπερτροφία αδενοειδών και αμυγδαλών.(18)

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου στους ενήλικες είναι η παχυσαρκία, δηλαδή Δείκτης Μάζας Σώματος >30, διότι στα περισσότερα παχύσαρκα άτομα υπάρχει συσσώρευση λίπους γύρω από τους ανώτερους αεραγωγούς και μείωση του όγκου των πνευμόνων. Στους ασθενείς με ΣΑΥ παρατηρείται κυρίως η κεντρικού τύπου παχυσαρκία.(24,25)

Αυξημένος επιπολασμός με την ηλικία λόγω της μείωσης της δυσκαμψίας των αεραγωγών και της αύξησης της καρδιακής/μεταβολικής/νευρολογικής συννοσηρότητας. Το σύνδρομο παρατηρείται συχνότερα στο άρρεν φύλλο, διαφορά που οφείλεται στο ότι οι άνδρες έχουν μακρύτερο φάρυγγα και περισσότερη εναπόθεση λίπους στους ανώτερους αεραγωγούς. Το σύνδρομο είναι περισσότερο διαδεδομένο στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, εκτός εάν χρησιμοποιείται θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.(23,25)

Όσον αφορά την κληρονομικότητα εξηγείται εν μέρει από τα υπόλοιπα κληρονομικά χαρακτηριστικά όπως είναι η παχυσαρκία, τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά και οι συννοσηρότητες. Η κατανάλωση κατασταλτικών του αναπνευστικού όπως οινόπνευματώδη, ισχυρά αναλγητικά, ηρεμιστικά και υπναγωγά επηρεάζουν μεμονωμένα τον ύπνο δηλαδή παρατηρείται απνοϊκή δραστηριότητα χωρίς να υπάρχει ΣΑΥ.

2.4.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Τα συμπτώματα του ΣΑΥ εμφανίζονται την νύχτα αλλά κυρίως κατά την διάρκεια της ημέρας και οι ασθενείς ποικίλουν ως προς τον αριθμό και τον συνδυασμό των συμπτωμάτων που αναφέρουν. Ο στενός ανώτερος αεραγωγός προκαλεί έντονο και περιοδικό ροχαλητό κατά τον ύπνο, συχνά για χρόνια πριν εμφανιστεί το σύνδρομο και αποτελεί το πιο κοινό σύμπτωμα.(18) Κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να παρατηρούνται περίοδοι άπνοιας ή εργώδους αναπνοή ακόμα και αφύπνισεις λόγω δύσπνοιας.(21) Παρουσία συμπτωμάτων όπως ξηρότητα λαιμού και νυχτουρία συχνά οφείλονται στο σύνδρομο.

Ο κατακερματισμός του ύπνου που προκύπτει από συχνές νυχτερινές αφυπνίσεις προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, οι πιο συχνές εκδηλώσεις είναι η έντονη υπνηλία και αίσθημα εξάντλησης παρά τις αρκετές ώρες ύπνου, η πρωινή κεφαλαλγία και η ευερεθιστότητα τα οποία είναι αποτελέσματα του μη αναζωογονητικού ύπνου.(17,21) Πολλοί ασθενείς αναφέρουν μόνο ανεξήγητη κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας με ή χωρίς άλλα σχετικά συμπτώματα.(18) Επίσης κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι πιθανό να παρατηρηθεί κυκλοθυμία, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής και γνωστική εξασθένηση. Με βάση τα παραπάνω, δεν αποτελεί έκπληξη η διαπίστωση ότι οι ασθενείς με ΣΑΥ έχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν ένα τροχαίο ατύχημα από ότι είναι στον γενικό πληθυσμό.(26)

Παρά τα έντονα και διαρκή συμπτώματα που προκαλεί το σύνδρομο, πολλοί είναι εκείνοι που τα συνδυάζουν με μια κουραστική ζωή ή με την διαδικασία της γήρανσης και τα αγνοούν. Ωστόσο, κάποιοι ακόμη και όταν σκεφτούν ότι υπάρχει ιατρικό πρόβλημα εξακολουθούν να απέχουν από την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.(27)

2.5.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Δεδομένου ότι πολλοί ασθενείς με σύνδρομο απνοιών κατά των ύπνο αγνοούν τα συμπτώματα τους, πολλές φορές και για χρόνια, οι επιπτώσεις του συνδρόμου είναι πολλές και σύνθετες. Ακόμη και αν η αποφρακτική και η κεντρική υπνική άπνοια διαφέρουν στην παθοφυσιολογία, έχουν πολλές κοινές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών οι οποίες σχετίζονται με τη διαλείπουσα υποξαιμία και την ενεργοποίηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εντός των διαφορετικών φαινοτύπων ΣΑΥ, τα άτομα αυτά διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και θνησιμότητας.(23) Πιο συγκεκριμένα ο φυσιολογικός κύκλος ύπνου-εγρήγορσης χαρακτηρίζεται από ημερήσιες διακυμάνσεις στην αρτηριακή πίεση, στον καρδιακό ρυθμό και στα καρδιακά συμβάντα. Η άπνοια ύπνου διαταράσσει αυτή τη φυσιολογική αλληλεπίδραση ύπνου-καρδιάς, επηρεάζοντας το καρδιαγγειακό σύστημα.(28)

Το ΣΑΥ αυξάνει τις ενδοθωρακικές πιέσεις και τα επίπεδα CO₂. Αυτές οι αυξήσεις μεταβάλλουν την ηλεκτροφυσιολογία της καρδιάς και αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής αρρυθμίας. Η κοιλική μαρμαρυγή είναι η πιο κοινή παρατεταμένη καρδιακή αρρυθμία. Η υπνική άπνοια και η κοιλική μαρμαρυγή μοιράζονται αρκετούς παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, το άρρεν φύλλο και το γήρας.(28)

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια πιθανή επιπλοκή της υπνικής άπνοιας λόγω της διαλείπουσας υποξίας που χαρακτηρίζουν τα επεισόδια απνοιών. Ωστόσο, πολλοί υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη, καθώς το εγκεφαλικό μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υπνική άπνοια στην περίοδο μετά το εγκεφαλικό.(28)

Η διαλείπουσα υποξία που παρατηρείται στο ΣΑΥ, με επαναλαμβανόμενους σύντομους κύκλους αποκορεσμού που ακολουθούνται από ταχεία επανοξυγόνωση ενισχύουν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, έτσι αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα και οι περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η αρτηριακή πίεση παραμένει υψηλή κατά τη διάρκεια του ύπνου και με την πάροδο του χρόνου συμβάλει στο πρόβλημα της ανθεκτικής στα φάρμακα αρτηριακής υπέρτασης. Η οξεία υποξία κατά τη διάρκεια επεισοδίων αυξάνει τις πιέσεις της πνευμονικής αρτηρίας παροδικά λόγω της υποξικής αγγειοσυστολής. Σε ποιο βαθμό αυτές οι

παροδικές αυξήσεις στην πνευμονική αγγειακή αντίσταση μεταφέρονται σε παρατεταμένη αγγειοσυστολή παραμένει ασαφές.(23,29)

Το ΣΑΥ μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει άλλες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο διαβήτης τύπου 2, η αντίσταση στην ινσουλίνη και η ανοχή στη γλυκόζη είναι συχνά σε άτομα με σύνδρομο απνοιών και αυτή η συσχέτιση είναι εν μέρει ανεξάρτητη από τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΣΑΥ συχνά παρουσιάζουν δυσλειτουργία του μεταβολισμού της γλυκόζης λόγω του ελλιπούς ύπνου σε σύγκριση με τον πλήρη ύπνο. Ο βαθύς ύπνος σταδίου3 συνδέεται σταθερά με την πτώση των επιπέδων της TSH, ενώ οι αφυπνίσεις σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων της. Αυτό συμβάλει στην παθογένεση του διαβήτη, καθώς το επίπεδο TSH έχει συσχετιστεί αρνητικά με διάφορες μετρήσεις ευαισθησίας στην ινσουλίνη.(6,29–31)

Ο κατακερματισμός του ύπνου σε ασθενείς με ΣΑΥ, οι σύντομες αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου και η απώλεια του ύπνου βραδέων κυμάτων έχουν ως αποτέλεσμα την χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών χαρακτηρίζεται από προβλήματα συμπεριφοράς, έντονη κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, έκπτωση των νοητικών διεργασιών, απώλεια μνήμης και μεταβολές της προσωπικότητας. Συχνότερα τροχαία ατυχήματα λόγω έντονης υπνηλίας και κατ' επέκταση πιο δαπανηρή χρήση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.(29,32) Η έντονη κόπωση των ασθενών έχει και κοινωνικές συνέπειες στις ζωές τους καθώς δυσκολεύονται ή ακόμα και αδυνατούν να ακολουθήσουν καθημερινές δραστηριότητες αργά το βράδυ.(1)

Τέλος, οι διακυμάνσεις της ενδοθωρακικής πίεσης κατά τη διάρκεια της αποφρακτικής άπνοιας συμβάλλουν σε αλλαγές στην κοιλιακή επαναπόλωση. Σε συνδυασμό με την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος αντιπροσωπεύει μηχανισμούς για αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου κατά τη διάρκεια του ύπνου.(23)

2.6.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

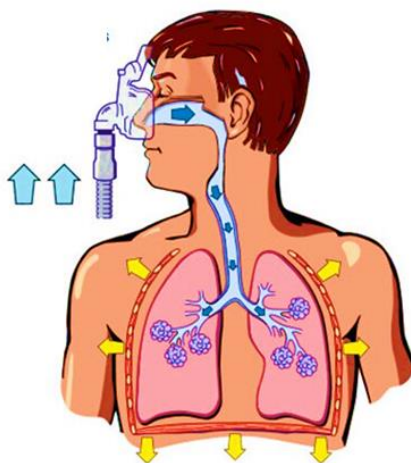
Το ΣΑΥ έχει στη φαρέτρα του αρκετές θεραπείες οι οποίες στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας της ζωής εν γένει. Οι θεραπείες συμβάλουν στη μείωση του καρδιομεταβολικού κινδύνου, στην ομαλοποίηση του ΑΗΙ και κατ'επέκταση των νυχτερινών αποκορεσμών. Ο κάθε ασθενής χρίζει συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων. Κατ' επέκταση η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει να επικεντρώνεται σε αυτούς τους εξατομικευμένους σκοπούς.(33)

2.6.2 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Κύριο μέλημα των ασθενών με ΣΑΥ οφείλει να είναι η βελτιστοποίηση της ποιότητας ύπνου, αυτό επιτυγχάνεται ως ένα βαθμό υιοθετώντας διαφορετικές συνήθειες. Συνιστάται σε όλους η αποφυγή κατασταλτικών του αναπνευστικού πριν από τον ύπνο. Η θεραπεία θέσης απευθύνεται σε ασθενείς όπου παρατηρούνται τα αποφρακτικά επεισόδια αποκλειστικά ή κυρίως σε μία θέση ύπνου, πιο συχνά στην ύπτια θέση, και αφού επιβεβαιωθεί ότι τα επεισόδια μειώνονται στην πλάγια θέση. Μια θεραπεία που εστιάζει στον κυριότερο παράγοντα κινδύνου του συνδρόμου είναι η απώλεια βάρους. Αυτή η θεραπεία απευθύνεται σε παχύσαρκους ασθενείς με ήπιο βαθμό συνδρόμου απνοιών.(23,24,29,33)

2.6.3 ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Τη θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελεί η χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού και συγκεκριμένα η συνεχής θετική πίεση των αεραγωγών (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP). Το CPAPδιανέμει στον ασθενή αέρα υπό πίεση μέσω στεγανά εφαρμοζόμενης μάσκας, ώστε να κρατάει ανοιχτό τον αεραγωγό. Η χρήση CPAP έχει αποδειχθεί ότι μειώνει αρκετές από τις ανεπιθύμητες εκβάσεις που σχετίζονται με το ΣΑΥ. Μειώνει το AHI και τον δείκτη αποκορεσμού (ODI), εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα ύπνου. Μελέτες έχουν δείξει ότι το CPAP μειώνει την αρτηριακή πίεση και το ποσοστό υποτροπής της κολπικής μαρμαρυγής και κατά συνέπεια τον κίνδυνο ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ωστόσο, παρά την υψηλή αποτελεσματικότητα του στην εξάλειψη των αποφρακτικών επεισοδίων, η αποτελεσματικότητά του μειώνεται από τη μειωμένη χρήση της θεραπείας κατά τον ύπνο και την ανεπαρκή συμμόρφωση. Συνιστάται η τήρηση άνω των 4 ωρών ανά νύχτα, λόγω της θετικής της επίδρασης τόσο στα συμπτώματα όσο και στην ποιότητα ζωής. Η επιτυχία αυτής της θεραπείας βασίζεται στην τήρηση της. Η οποία συχνά δεν είναι η βέλτιστη, λόγω μη ανεκτικότητας από τους ασθενείς.(23,24,28,29,33)



Εικόνα 8 Χρήση CPAP

2.6.4 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι συσκευές προαγωγής της κάτω γνάθου λειτουργούν ανυψώνοντας την κάτω γνάθο προς τα εμπρός και σταθεροποιούν τον αεραγωγό, αποκλείοντας την απόφραξη του. Αυτή η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ήπιο ή μέτριο σύνδρομο. Τέλος, ένας αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων έχει χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του ΣΑΥ, στοχεύοντας σε μια σειρά ανατομικών αναδομήσεων του ανώτερου αναπνευστικού, όπως της μύτης, της μαλακής υπερώας, της γλώσσας, των αμυγδαλών και της θέσης της γνάθου.(23,29,33)

3.1.1 ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η προσέγγιση ενός ασθενή με διαταραχές κατά τον ύπνο πρέπει να είναι διεπιστημονική. Χρησιμοποιείται μια σειρά διαδικασιών, όταν υπάρχει υποψία διαταραχής ύπνου, για την αξιολόγηση του ασθενή. Το πλήρες ιστορικό θεωρείται μείζονος σημασίας για τον υπολογισμό προδιαθεσικών παραγόντων και την καταγραφή όλων των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον ύπνο. Ευρήματα από την κλινική εξέταση όπως η περίμετρος του αυχένα, ο υψηλός ΔΜΣ και τυχόν ρινικές ανωμαλίες θα μπορούσαν να υποδηλώνουν παρουσία ΣΑΥ.(25) Ένα ημερολόγιο ύπνου όπου ο εξεταζόμενος θα καταγράφει όλες τις συνήθειες του ύπνου του, συμπεριλαμβανομένου του συνολικού χρόνου ύπνου, τις ακριβείς ώρες ύπνου και αφύπνισης καθώς και τυχόν δυσκολίες έλευσης ύπνου, θα παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την υγιεινή του ύπνου και πιθανές διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.(20,23)

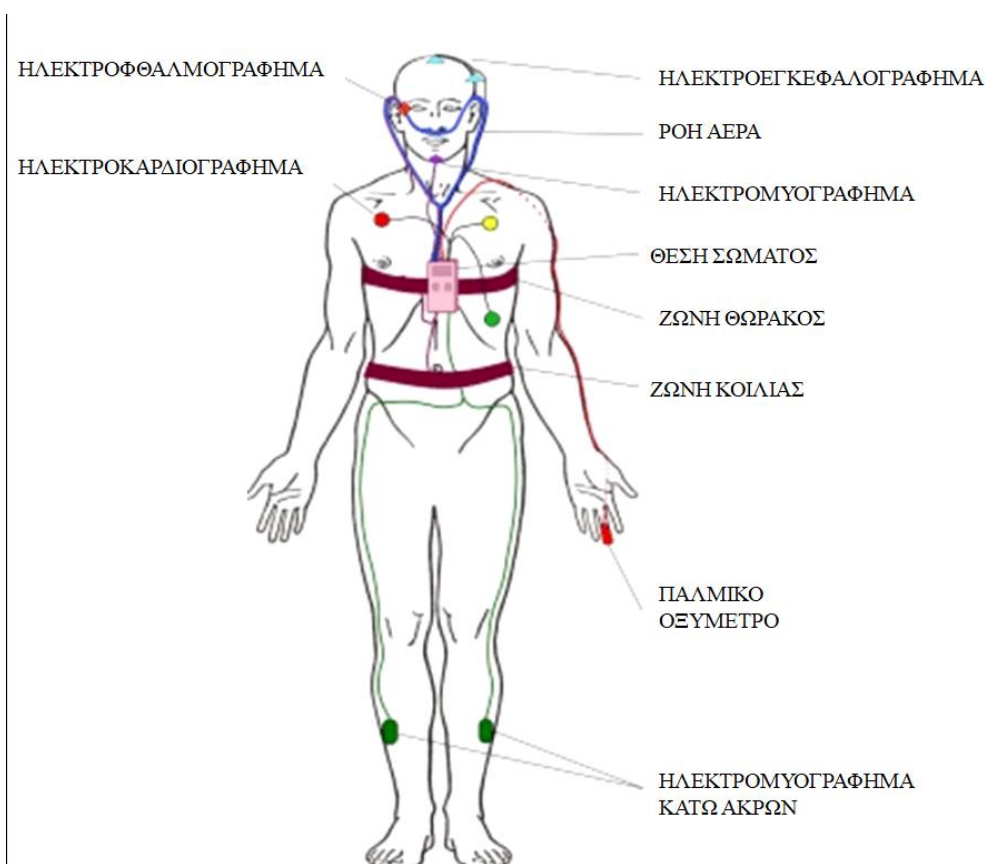
Τα ερωτηματολόγια είναι πρόσθετα ιατρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη για τη διευκόλυνση της ταυτοποίησης των συμπτωμάτων. Ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο είναι η κλίμακα Epworth η οποία αξιολογεί την υποκειμενική υπνηλία. Ο ασθενής βαθμολογεί την πιθανότητα να αποκοιμηθεί σε 8 διαφορετικές καταστάσεις και όσο μεγαλύτερη η ημερήσια υπνηλία τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ύπαρξης ΣΑΥ. Εκτός από την κλίμακα υπνηλίας Epworth, το ερωτηματολόγιο STOP-BANG βοηθάει στον προσδιορισμό του εάν ένας ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε περαιτέρω έλεγχο για ΣΑΥ. Παρόμοιο είναι και το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου το οποίο ταξινομήσει τον ασθενή ως υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΣΑΥ.(20,23,25)

3.1.2 ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ

Η πολυπνογραφία (polysomnography-PSG) έχει αποδειχθεί το κατάλληλο εργαλείο για την κατανόηση του ύπνου και των διαταραχών του. Η πολυπνογραφία είναι μια μη επεμβατική διαδικασία. Χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό πολλών τύπων διαταραχών ύπνου, συμπεριλαμβανομένης της ναρκοληψίας, των ανήσυχων κινήσεων των ποδιών, της συμπεριφοράς REM, των παραϋπνίων και της υπνικής άπνοιας. Αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες ιατρικές εξετάσεις σε όγκο συλλεγόμενων πληροφοριών που δίνονται για τον ασθενή, μελετώντας την δραστηριότητα

πολλών συστημάτων για αρκετές ώρες με τη χρήση ειδικών αισθητήρων και ηλεκτροδίων. Κατά τη διάρκεια του ύπνου καταγράφονται ποικίλες παράμετροι όπως: ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και ηλεκτροφθαλμογράφημα για να καταγραφούν τα πρότυπα του ύπνου και να γίνει η σταδιοποίηση του ύπνου, ηλεκτρομυογράφημα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, παλμικό οξύμετρο, ροόμετρο για την καταγραφή της ροής του αέρα, καταγραφή κινήσεων θώρακα και κοιλίας και θέση σώματος.(20,25)

Υπάρχουν 4 Τύποι μελέτης ύπνου. Ο Τύπος I όπου αποτελεί την πλήρη πολυπνογραφία παρακολουθούμενη στο εργαστήριο ύπνου. Ο Τύπος II καταγράφει ότι και η Τύπου I αλλά δεν περιλαμβάνει τη βιντεοσκόπηση. Συνιστάται σε ενήλικες ασθενείς χωρίς επιπλοκές, που παρουσιάζουν συμπτώματα που υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο μέτριου έως σοβαρού ΣΑΥ. Στον Τύπο III καταγράφονται η αναπνευστική ροή και προσπάθεια, ο κορεσμός και ο καρδιακός ρυθμός. Σε αυτόν τον Τύπο δεν καταγράφεται ο ύπνος. Τέλος η Τύπου IV καταγράφει μόνο την οξυμετρία, έτσι οι διαγνωστικές δυνατότητες είναι περιορισμένες γιατί δεν δίνει καμία πληροφορία για τον τύπο του αναπνευστικού συμβάντος.(20,23)



Εικόνα 9 Πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου

3.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αρκετές χώρες, ακόμη και στις ανεπτυγμένες, αναφέρονται συνήθως μεγάλοι χρόνοι αναμονής για επισκέψεις σε ειδικούς ύπνου ή για την πρόσβαση σε κλινικές ύπνου. Αυτή η αναμονή συμβάλλει σε σημαντικές καθυστερήσεις στη διάγνωση και την έναρξη της θεραπείας για το ΣΑΥ, ιδιαίτερα για ασθενείς που ζουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες τοποθεσίες. Η διαχείριση του ΣΑΥ από δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την πρόσβαση σε διαγνωστικά κέντρα και να μειώσει τους χρόνους αναμονής. Έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τους ασθενείς με ΣΑΥ. Ωστόσο, μελέτη έδειξε ότι πολλοί γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης βαθμολογούν τις γνώσεις τους για τις διαταραχές ύπνου ως «κακές» και δεν έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να τις διαχειριστούν. Επιπλέον, οι χρονικοί περιορισμοί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να εμποδίσουν την αποτελεσματική διαχείριση του ΣΑΥ. Η ευαισθητοποίηση σχετικά με το σύνδρομο αυξήθηκε με την πάροδο του χρόνου. Εξακολουθούν βέβαια να υπάρχουν εμπόδια στη βέλτιστη διαχείριση του ΣΑΥ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.(32)

Οι γενικοί ιατροί, όπως συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση και διαχείριση πολλών χρόνιων ασθενειών, εξίσου οφείλουν να συμμετέχουν στην έγκαιρη αξιολόγηση και διαχείριση του ΣΑΥ. Σε μελέτη που έγινε σε Αυστραλιανούς γενικούς ιατρούς, υπήρξε συμφωνία ότι η αρχική αξιολόγηση ξεκίνησε από τους ίδιους. Πολλοί ήταν εκείνοι που θεώρησαν ότι ο ρόλος τους στο ΣΑΥ είναι η αξιολόγηση των ατόμων με υποψία του συνδρόμου και η παραπομπή για μελέτη ύπνου. Μετά τη λήψη της διάγνωσης, οι περισσότεροι γενικοί ιατροί θεώρησαν ότι έχουν την ευθύνη να παρέχουν φροντίδα για συνυπάρχουσες παθήσεις όπως η παχυσαρκία και οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη χρήση του CPAP. Το ενδιαφέρον να επεκτείνουν το εύρος της πρακτικής τους στη θεραπεία με CPAP ήταν περιορισμένο. Μόνο οι γενικοί ιατροί που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές έδειξαν ενδιαφέρον για το λόγο ότι η πρόσβαση σε εξειδικευμένο εργαστήριο ύπνου είναι δύσκολη.(34)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και η διερεύνηση των λόγων που καθορίζουν την επίσπευση ή καθυστέρηση της προσέλευσης των ασθενών που παραπέμπονται σε κλινική μελέτης ύπνου. Η συγκεκριμένη εργασία δίνει τον λόγο στους ασθενείς να προβάλουν τους ενδοιασμούς τους σχετικά με τις ιατρικές πρακτικές που τους παρέχονται. Προκειμένου να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που αυξάνουν το ποσοστό τήρησης των συμβουλών των γιατρών, είναι απαραίτητο να διερευνηθούν οι διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ εκείνων των ασθενών που ακολουθούν τις συμβουλές του θεράποντα και εκείνων που δεν τις τηρούν. Κατανοώντας λοιπόν τους λόγους παραμέλησης μιας σημαντικής εξέτασης, όπως είναι η πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου, θα αναδειχθούν οι παράγοντες οι οποίοι επιδέχονται τροποποίησης με σκοπό την εξάλειψη τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η επιστημονική κοινότητα θα είναι σε θέση να αξιοποιήσει τα αποτελέσματα της μελέτης, με σκοπό την ανάπτυξη στρατηγικών ενημέρωσης της κοινότητας για το ρόλο της κλινικής μελέτης ύπνου.

4.2.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.2.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, μεταξύ των ατόμων που προσήλθαν στην Κλινική Μελέτης Ύπνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Βασικά κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη αποτέλεσαν η ηλικία άνω των 18 ετών και η έγγραφη συγκατάθεση συμμετοχής. Έλαβαν μέρος συνολικά 27 άτομα, με μέσο όρο ηλικίας του δείγματος τα 47 έτη και ηλικιακό εύρος ανάμεσα σε 27 με 80 έτη. Οι 19 ήταν άντρες και οι υπόλοιπες 8 γυναίκες. Το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν εξ ολοκλήρου σε θέση να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις, αλλά και να κρίνουν εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη.

4.2.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το είδος του ερευνητικού ερωτήματος κατεύθυνε την επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων στην παρούσα μελέτη. Γι' αυτό τον λόγο επιλέχθηκε η διαδικασία της συνέντευξης. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην διερεύνηση των βιωμάτων των συμμετεχόντων και της ερμηνείας τους, ενώ παράλληλα δίνεται η ευκαιρία να προσεγγιστούν οι ιδιαίτερες απόψεις και αντιλήψεις τους. Ως μέθοδος, η συνέντευξη δεν είναι κατευθυντική, ακριβώς επειδή το κυριότερο στοιχείο της έρευνας είναι η ελεύθερη έκφραση των εμπειριών, μια μέθοδος με αυστηρή δομή θα κρίνονταν ακατάλληλη. Ως εκ τούτου, επιλέχθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη, βασιζόμενη σε συνδυασμό ερωτήσεων με

σκοπό την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου, αλλά και την εξασφάλιση της θεματικής κατεύθυνσης της συζήτησης ερευνητή-συμμετέχοντα.

Ο οδηγός της συνέντευξης δημιουργήθηκε κατόπιν ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Αναδείχθηκαν τέσσερις άξονες για την συνέντευξη: α) παρούσα κατάσταση υγείας, β) επαφή με τη μελέτη ύπνου, γ) ενημέρωση για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου και δ) τα υποστηρικτικά δίκτυα των ατόμων που κατέφευγαν στην κλινική ύπνου. Η συνέντευξη περιλάμβανε 9 βασικές ερωτήσεις και μια κατηγορία δημογραφικών στοιχείων (Φύλο, Ηλικία, Τόπο κατοικίας, Επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, Επίπεδο εκπαίδευσης, Συνήθεια καπνίσματος, BMI, Συννοσηρότητες). Ως παραδείγματα ερωτήσεων αναφέρονται: «Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας που σας έφερε σήμερα εδώ;», «Πως ήρθατε σε επαφή με τη μελέτη ύπνου;», «Σε πόσο χρονικό διάστημα κλείσατε το ραντεβού σας;», «Πως πιστεύετε ότι η μελέτη ύπνου θα διαφέρει από ένα βράδυ στο σπίτι σας;», «Υπάρχει υποστηρικτικό πλαίσιο στη σημερινή επίσκεψη;». (βλ. παράρτημα) Οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτές και με λογική ακολουθία, πολλές από αυτές συνοδεύτηκαν από επιπρόσθετα ερωτήματα που κρίθηκαν χρήσιμα από τον ερευνητή, ενώ αρκετά ήταν τα σημεία που τον ρόλο του καθοδηγητή έπαιρνε η ροή της συζήτησης.

4.2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Η συμμετοχή στην ερευνητική διαδικασία ήταν εθελοντική και κατόπιν ενημέρωσης. Εκτός ορισμένων δημογραφικών στοιχείων, η παρουσία των συμμετεχόντων υπήρξε απολύτως ανώνυμη και όλες οι προσωπικές πληροφορίες διατηρήθηκαν με εχεμύθεια. Η πρώτη προσέγγιση και ενημέρωση τους διενεργήθηκε από την νοσηλεύτρια του εργαστηρίου ύπνου, η οποία είναι η κύρια ερευνήτρια και στη συνέχεια υλοποίησε τη συνέντευξη. Η διαδικασία των συνεντεύξεων είχε ως γνώμονα τον σεβασμό στην επιθυμία των συμμετεχόντων να απαντήσουν μόνο στις ερωτήσεις που επιθυμούσαν, με την δυνατότητα να αποχωρίσουν οποιαδήποτε στιγμή. Ύστερα από την ενδελεχή ενημέρωση των συμμετεχόντων για τη μελέτη, τους δόθηκε ο απαραίτητος χρόνος ώστε να μελετήσουν το έντυπο ενημέρωσης συγκατάθεσης, το οποίο στη συνέχεια υπογράφηκε σε δύο αντίγραφα, ένα για τον συμμετέχοντα και ένα για το αρχείο της ερευνητικής ομάδας. Στο έντυπο γίνονται φανερά τα στοιχεία της ερευνητικής ομάδας και το θέμα της ποιοτικής έρευνας. Σε κάθε συμμετέχοντα επισημάνθηκε η εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών τους, διαβεβαιώνοντας την τήρηση ανωνυμίας για τα προσωπικά τους στοιχεία. Να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες είχαν την δυνατότητα να αποσύρουν την συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην μελέτη μόνο για το διάστημα που μπορούσαν να ταυτοποιηθούν οι απαντήσεις τους, δηλαδή μέχρι τη στιγμή της απομαγνητοφώνησης. Με το πέρας της απομαγνητοφώνησης και την διαγραφή των ηχητικών αρχείων, η απόσυρσή της συμμετοχής από τη μελέτη δεν ήταν εφικτή. Για λόγους ανωνυμίας στο έντυπο συμπληρώθηκε ως κωδικός συμμετέχοντα τα αρχικά γράμματα του ονοματεπώνυμου και η υπογραφή τους ως συγκατάθεση για

συμμετοχή. Έγινε σαφές ότι οι συνεντεύξεις θα μαγνητοφωνηθούν, ενώ τα ηχητικά αρχεία θα διαγραφούν έπειτα από την απομαγνητοφώνησή, ώστε να ακολουθήσει η ποιοτική κωδικοποίηση των συνεντεύξεων. Μόνο υπ' αυτές τις συνθήκες ακολουθήθηκε η διαδικασία της συνέντευξης. Πρόσβαση στο μαγνητοφωνημένο υλικό είχε αποκλειστικά η ερευνήτρια και οι επόπτες καθηγητές. Ο χρόνος των συνεντεύξεων διήρκεσε κατά μέσο όρο 4:46 λεπτά, η μεγαλύτερη σε διάρκεια συνέντευξη διήρκεσε 12:38 ενώ η μικρότερη 2:25 λεπτά και αυτές έλαβαν μέρος από τον μήνα Οκτώβριο του 2022 έως τον Οκτώβριο του 2023.

4.2.5 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Όλες οι συνεντεύξεις της παρούσας μελέτης αναλύθηκαν με την χρήση της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης (Interpretative Phenomenological Analysis - IPA). Στόχος της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης είναι η λεπτομερής διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες κατανοούν τον προσωπικό και κοινωνικό τους κόσμο. Ταυτόχρονα, το κύριο εργαλείο μιας μελέτης IPA αποτελούν οι έννοιες που συνδέονται με συγκεκριμένες εμπειρίες, γεγονότα και καταστάσεις για τους συμμετέχοντες. Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης κάθε περίπτωση επεξεργάζεται μεμονωμένα και στη συνέχεια γίνεται η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η μέθοδος της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης εστιάζει στη μελέτη των φαινομένων από την σκοπιά των ερωτηθέντων, είναι περιγραφική, αφήνοντας το κάθε άτομο να περιγράψει ελεύθερα το βίωμα του. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι όσοι έκλεισαν ραντεβού στην κλινική ύπνου για διεξαγωγή μελέτης ύπνου σε διάστημα ενός μηνός μετά την παραπομπή τους αποτελούσαν την ομάδα ασθενών που θεωρείται πως ανταποκρίθηκαν εγκαίρως.

Αρχικά έγινε η κατά λέξη απομαγνητοφώνηση της κάθε συνέντευξης, ακολούθησε η ανάγνωση των συνεντεύξεων για να παραχθούν ενδεικτικά σχόλια-κωδικοί. Ο κάθε κωδικός συνοψίζει την ερμηνεία που δίνει ο ερευνητής σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι της συνέντευξης, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μορφή καθοδήγησης από την ερευνητική ομάδα. Στο τέλος, συγκεντρώθηκαν 804 κωδικοί από όλες τις συνεντεύξεις, οι οποίοι ομαδοποιήθηκαν σε 389 κωδικούς και σταδιακά οδήγησαν σε 76 πιο γενικές κατηγορίες, ανάλογα με το νόημα, τις ομοιότητες και τις διαφορές τους. Η ομαδοποίηση των τελευταίων οδήγησε σε 12 ανώτερες θεματικές ενότητες, οι οποίες συνόψιζαν το νόημα των υποκατηγοριών και των αρχικών κωδικών τους. Οι 12 ανώτερες θεματικές ενότητες διχοτομήθηκαν εννοιολογικά σε λόγους επίσπευσης και λόγους καθυστέρησης για τη βέλτιστη κατανόηση του ποιοτικού υλικού. Η τελική κατανομή των κωδικών στις ανώτερες θεματικές ενότητες δεν επηρεάστηκαν από τις κατηγορίες που δημιουργήθηκαν αρχικά από τους ερευνητές για την δημιουργία του οδηγού ερωτήσεων. Σχηματίστηκαν επίσης δύο πίνακες με τις θεματικές κατηγορίες και τις κατηγοριοποιήσεις που προέκυψαν από τους αρχικούς κωδικούς.

Πίνακας 3 Κατηγορίες και κωδικοί Λόγων Επίσπευσης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ
Συμπτωματολογία	1. Εκδήλωση συμπτωματολογίας επί καθημερινής βάσης 2. Δυσχέρεια στην αναπνοή κατά τον ύπνο 3. Αίσθημα πνιγμονής κατά τον ύπνο 4. Συριγμός κατά τον ύπνο 5. Τρίξιμο δοντιών κατά τον ύπνο 6. Κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας 7. Πόνος στο στήθος 8. Έντονη ημερήσια υπνηλία 9. Ίλιγγος 10. Άπνοια 11. Ροχαλητό 12. Συχνές αφυπνίσεις 13. Μη ποιοτικός ύπνος 14. Εφίδρωση κατά τον ύπνο 15. Κεφαλαλγία κατά την έγερση 16. Βήχας κατά τον ύπνο 17. Δυσκολία αφύπνισης 18. Γνωστική και σωματική εξασθένηση 19. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση κατά τον ύπνο 20. Άπνοιες κατά τη διάρκεια χειρουργείου 21. Αύξηση κιλών 22. Κληρονομικές καταβολές
Παρότρυνση ασθενούς για μελέτη ύπνου	1. Καρδιολόγος 2. Ωτορινολαρυγγολόγος 3. Πνευμονολόγος 4. Παθολόγος 5. Οικείοι 6. Αυτενέργεια
Ανησυχία για επιπτώσεις ασθένειας	1. Φόβος για τα αποτελέσματα της εξέτασης 2. Φόβος για επιπτώσεις της νόσου 3. Φόβος για αιφνίδιο θάνατο κατά τον ύπνο 4. Φόβος για τροχαίο ατύχημα
Εμπλοκή ασθενούς με τη μελέτη ύπνου	1. Απουσία άγχους για τη διαδικασία 2. Ησυχία εργαστηρίου 3. Αίσθημα αναγκαιότητας για την εξέταση 4. Εμπιστοσύνη στον θεράποντα γιατρό 5. Επιθυμία καλύτερου ύπνου 6. Επιθυμία θεραπείας
Γνώση της διαδικασίας της μελέτης ύπνου	1. Εμπλουτισμένη γνώση διαδικασίας 2. Ενημέρωση από φίλο 3. Ενημέρωση από γιατρό 4. Ενημέρωση από διαδίκτυο
Συμμετοχή κοινωνικού κύκλου	1. Στήριξη οικείων 2. Αντίληψη απνοιών από οικείους 3. Επιρροή στην ζωή των οικείων 4. Ανησυχία οικείων για την υγεία του ασθενούς

Πίνακας 4 Κατηγορίες και κωδικοί Λόγων Καθυστερήσης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ
Απόδοση συμπτωματολογίας σε συννοσηρότητες	1. Απόδοση συμπτωματολογίας στην αρτηριακή υπέρταση 2. Απόδοση συμπτωματολογίας σε ανατομικές ανωμαλίες του κρανίου 3. Απόδοση συμπτωματολογίας σε ταχυκαρδίες 4. Απόδοση συμπτωματολογίας στην παχυσαρκία 5. Απόδοση συμπτωματολογίας σε προηγούμενο εγκεφαλικό 6. Απόδοση συμπτωματολογίας στις ορμόνες της εγκυμοσύνης 7. Απόδοση συμπτωματολογίας στην θέση ύπνου 8. Απόδοση συμπτωματολογίας στην κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας 9. Απόδοση συμπτωματολογίας στην υπερβολική κατανάλωση φαγητού τις βραδινές ώρες 10. Απόδοση συμπτωματολογίας στο έντονο άγχος
Απουσία συμπτωματολογίας	1. Συνήθεια συμπτωμάτων 2. Υποτίμηση συμπτωμάτων 3. Μη κατανόηση συμπτωμάτων 4. Περιστασιακά συμπτώματα
Μη έγκαιρη προσέλευση στην κλινική ύπνου	1. Αδιαφορία για τη μελέτη ύπνου 2. Υποτίμηση της εξέτασης 3. Άλλες υποχρεώσεις 4. Μη λειτουργική επικοινωνία με το νοσοκομείο
Απουσία γνώσης διαδικασίας μελέτης ύπνου	1. Άγνοια διαδικασίας 2. Ελλιπής ενημέρωση από γιατρό 3. Απουσία ενημέρωσης από γιατρό 4. Ελλιπής ενημέρωση από γνωστούς 5. Ημιμάθεια διαδικασίας
Άγχος για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου	1. Αλλαγή περιβάλλοντος ύπνου 2. Νοσοκομειακό περιβάλλον 3. Δυσκολία άνεσης λόγω καλωδίων 4. Δυσκολία αλλαγής θέσης λόγω καλωδίων
Απουσία στήριξης κοινωνικού κύκλου	1. Άγνοια οικείων 2. Ουδέτερη στάση οικείων 3. Αρνητική στάση φίλων

4.2.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS (IBM SPSS, έκδοση 25). Για να προσδιοριστεί εάν μία συνεχής μεταβλητή έχει κανονική ή όχι κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov-Smirnov τεστ. Οι μεταβλητές ήταν συνεχείς με μη κανονική κατανομή και αναλύθηκαν με Wilcoxon τεστ. Ως ελάχιστη τιμή στατιστικής σημαντικότητας p-value ορίστηκε το 0,05.

4.2.7 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Καθώς στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης υπάρχουν δεδομένα που ορίζονται ως ευαίσθητα, εξασφαλίστηκε η προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των φυσικών προσώπων. Τηρήθηκε η νομοθεσία που ισχύει στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 4624/2019 (Τεύχος Α' 137/29.08.2019), η οποία ορίζει ότι η χρήση αυτών των δεδομένων επιτρέπεται για σκοπούς επιστημονικής έρευνας. Περισσότερες πληροφορίες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας βρίσκονται στην ακόλουθη ιστοσελίδα http://learning.uth.gr/prosopika_dedomena/.

Σε δημοσιευμένες ποιοτικές μελέτες διεθνώς κρίνεται απαραίτητο να αναφέρονται, αυτούσια και ανώνυμα, λόγια των συμμετεχόντων από τις συνεντεύξεις προς υπεράσπιση των επιμέρους θεματικών που προκύπτουν. Αυτές οι φράσεις και οι προτάσεις καταγράφονται και μεταφέρονται αυτούσια και ανώνυμα στα αποτελέσματα, χωρίς να υπάρχει καμία αναφορά στην προσωπική ταυτότητα των ασθενών.

Στο σημείο αυτό, να σημειωθεί πως η διενέργεια της παρούσας μελέτης έχει λάβει έγκριση από την επιτροπή δεοντολογίας του ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Λάρισα, 8 Ιουλίου 2022-Αριθμός πρωτοκόλλου: 273), καθώς και της επιστημονικής επιτροπής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (30/06/2022-Αριθμός πρωτοκόλλου: 27183).

4.3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ύστερα από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν 12 ανώτερες θεματικές ενότητες οι οποίες ταξινομήθηκαν οι 6 σε λόγους επίσπευσης και οι άλλες 6 σε λόγους καθυστέρησης προσέλευσης σε κλινική ύπνου. Οι ενότητες των λόγων επίσπευσης ήταν α) Συμπτωματολογία, β) Παρότρυνση ασθενούς για μελέτη ύπνου γ) Ανησυχία για επιπτώσεις ασθένειας δ) Εμπλοκή ασθενούς με τη μελέτη ύπνου ε) Γνώση της διαδικασίας της μελέτης ύπνου στ) Συμμετοχή κοινωνικού κύκλου. Οι ενότητες των λόγων καθυστέρησης ήταν α) Απόδοση συμπτωματολογίας σε συννοσηρότητες β) Απουσία συμπτωματολογίας γ) Μη έγκαιρη προσέλευση στην κλινική ύπνου δ) Απουσία γνώσης διαδικασίας μελέτης ύπνου ε) Άγχος για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου στ) Απουσία στήριξης κοινωνικού

κύκλου. Οι ερευνητές θεώρησαν το διάστημα του ενός μηνός άμεσο στο να κλείσουν οι εξεταζόμενοι ραντεβού στην κλινική ύπνου. Στην ερώτηση «Σε πόσο χρονικό διάστημα κλείσατε το ραντεβού σας;» οι 17 συμμετέχοντες απάντησαν άμεσα. Οι υπόλοιποι 10 χρειάστηκαν περισσότερο χρόνο για να πάρουν την απόφαση, με δύο από αυτούς να ισχυρίζονται ότι το σκεφτόντουσαν περίπου 5 χρόνια. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνο καθυστέρησης και τον δείκτη AHI ($p>0,05$).

4.3.2 ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΠΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ

Συμπτωματολογία

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων, τόσο κατά τη διάρκεια του ύπνου, όσο και κατά τη διάρκεια της ημέρας, αποτέλεσε το έναυσμα της ανησυχίας στο σύνολο των συμμετεχόντων. Κάποιες από τις εκδηλώσεις του ΣΑΥ κατά τη διάρκεια του ύπνου που αναφέρθηκαν ήταν το αίσθημα πνιγμονής κατά τον ύπνο, το οποίο οδηγούσε σε αφύπνιση (*«σηκώθηκα και δεν μπορούσα να πάρω ανάσα σαν να πνιγόμουν»*). Η δυσχέρεια στην αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου προκάλεσε ιδιαίτερη ανησυχία (*«νιώθω κάποιες φορές, όχι πάντα, μία δυσφορία και δυσκολία στην αναπνοή το βράδυ που κοιμάμαι... το τελευταίο διάστημα που το αισθάνθηκα και ξυπνούσα δηλαδή, με ανησύχησε περισσότερο οπότε πήρα την απόφαση»*). Αυτή η δυσχέρεια σε πολλές περιπτώσεις επίσης προκαλούσε συχνές αφυπνίσεις (*«ξυπνάω πάρα πολλές φορές το βράδυ, δεν μπορώ να αναπνεύσω καλά»*). Ο πόνος στο στήθος κατά τη διάρκεια της νύχτας συνέβαλε εξίσου στην αναζήτηση βοήθειας (*«ο λόγος που ήρθα είναι ότι είχα κάποιο πρόβλημα, στο στήθος μπροστά έναν πόνο, οπότε έκανα κάποιες εξετάσεις και η γιατρός που πήγα μου είπε ότι πρέπει να κάνω και μια μελέτη ύπνου»*). Ο έντονος βήχας, πέρα από έγερση, ανάγκαζε τους ασθενείς να σηκωθούν από το κρεβάτι για να ανακουφιστούν (*«ο βήχας μου ο οποίος με αναγκάζει να σηκώνομαι και να κάθομαι καθιστή στο κρεβάτι»*). Σε αρκετές περιπτώσεις οι συμμετέχοντες αδυνατούσαν να αναγνωρίσουν τον λόγο των αφυπνίσεων, παρόλα αυτά ανέφεραν ότι ήταν συχνές (*«πάντως είναι αλήθεια ο ύπνος δεν είναι νορμάλ, είναι διακοπόμενος»*). Το ροχαλητό αποτέλεσε το πιο άμεσο σύμπτωμα, ενώ για κάποιους το καίριο λόγο προσέλευσης τους (*«ροχαλίζω πολύ το βράδυ και παρατήρησε η γυναίκα μου ότι σταματάει η αναπνοή μου»*). Για κάποιους ακόμα και το ροχαλητό προκαλούσε έγερση (*«είχα όταν κοιμόμουν ένα σαν ροχαλητό έτσι και ξυπνούσα κατευθείαν, το ένοιωθα αυτό»*). Ορισμένοι παρατήρησαν έντονη εφίδρωση κατά την έγερση (*«ιδρώνω πολύ το πρωί όταν ξυπνάω και αισθάνομαι κουρασμένος όλη μέρα»*). Άλλα συμπτώματα κατά τον ύπνο που αναφέρθηκαν ήταν η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο συριγμός και το τρίξιμο των δοντιών.

Βέβαια, όπως περιγράφουν, τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι εξίσου έντονα. Ένα χαρακτηριστικό ήταν η έντονη κόπωση από την ώρα της αφύπνισης που τους συνόδευε καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας (*«γενικά νοιώθω κουρασμένος, δεν νοιώθω ξεκούραστος, σηκώνομαι δηλαδή με κόπωση για το υπόλοιπο της ημέρας»*), παρά τον επαρκή ύπνο (*«κοιμάμαι και δεν ξεκουράζομαι»*). Αυτή η ανεξήγητη κόπωση είχε ως αποτέλεσμα την έντονη και μη διαχειρίσιμη ημερήσια υπνηλία (*«εξάντληση, εξαντλείται ο οργανισμός, δηλαδή θέλω να κοιμηθώ εκείνη την ώρα»*). Επίσης ο ίλιγγος αποτέλεσε σύμπτωμα και λόγο επίσκεψης σε κάποιον γιατρό για αναζήτηση του αιτίου πρόκλησης, ο οποίος με τη σειρά του παρότρυνε για μελέτη ύπνου (*«ζαλιζόμουν εκεί που καθόμουν για φαγητό, άρχιζα να ζαλίζομαι, πήγα σε μια πνευμονολόγο...»*). Η δυσκολία αφύπνισης και τα συμπτώματα κατά την έγερση όπως η κεφαλαλγία προκάλεσαν εξίσου ανησυχία (*«ροχαλίζω καθημερινά και αισθάνομαι*

το πρωί όταν σηκώνομαι κουρασμένη, κάποιες φορές πονοκεφάλους και έντονη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας»). Όπως αναφέρθηκε η δυσκολία αφύπνισης σε ορισμένες περιπτώσεις συνοδευόταν από γνωστική και σωματική εξασθένιση («σηκώνομαι κάθε πρωί πολύ βαριά, πολύ υποτονική, για καμιά ώρα περίπου δεν μπορώ να λειτουργήσω ούτε εγκεφαλικά ούτε σωματικά και όλη την ημέρα είμαι υποτονική»). Τα παραπάνω συμπτώματα συνέβαλαν στο να χαρακτηρίσουν οι ασθενείς τον ύπνο τους ως μη ποιοτικό («νοιώθω ότι δεν ξεκουράζομαι στον ύπνο»). Παράλληλα άλλοι πάσχοντες δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν το πρόβλημα τους («έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου, δεν κοιμάμαι καλά»).

Όσον αφορά τα συμπτώματα, ελάχιστοι ήταν εκείνοι που δεν είχαν αντιληφθεί κάποιο. Αυτοί λοιπόν επισκέφτηκαν το εργαστήριο επειδή οι οικείοι τους αντιλήφθηκαν παρουσία απνοιών κατά τη διάρκεια του ύπνου. Οι ίδιοι ισχυριστήκαν ότι δεν τους επηρεάζουν ούτε στον ύπνο ούτε στην έγερση («δεν έχω κάποιο πρόβλημα απλά στον ύπνο η γυναίκα μου παρατήρησε ότι κάνω άπνοιες»). Από τους 27 συμμετέχοντες μόνο οι 12 είχαν εντοπίσει την πηγή του προβλήματός τους. Αυτοί όταν ρωτήθηκαν γιατί βρίσκονται στο εργαστήριο ύπνου κατονόμασαν το πρόβλημα τους ως «άπνοιες» («ο λόγος που ήρθα εδώ είναι γιατί κατά τη διάρκεια του ύπνου παρουσιάζω άπνοιες»). Αρκετοί ήταν εκείνοι που περιέγραψαν και αναπαρέστησαν τη διαδικασία της άπνοιας («δηλαδή ελάχιστα δευτερόλεπτα συλλαμβάνω τον ήχο μου, του ροχαλητού, και εκεί βλέπω ότι είναι σαν κάτι να μου κόβει τη ζωή, νομίζω ότι αυτό είναι ένα είδος άπνοιας»).

Μια ασθενής ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου, η αναισθησιολόγος την ενημέρωσε ότι κάνει άπνοιες και αυτός ήταν ο λόγος που έκλεισε ραντεβού στην κλινική ύπνου («επίσης με θορύβησε πάρα πολύ το γεγονός και με φόβισε ότι όταν έκανα μέθη για κάποιο χειρουργείο έκαναν 20 λεπτά να με ξυπνήσουν και μου είπαν ότι έκανα άπνοιες και κατά τη διάρκεια της ύπνωσης και φοβήθηκαν και εκείνοι, οπότε αυτό ενίσχυσε ακόμα περισσότερο να ρθώ να κάνω τον έλεγχο αυτό, τη μελέτη ύπνου»).

Επιπροσθέτως, αρκετοί ήταν εκείνοι που ενώ είχαν εντοπίσει το πρόβλημα καθυστερούσαν να αναζητήσουν βοήθεια. Ο λόγος που πήραν εν τέλει την απόφαση ήταν η επιδείνωση των συμπτωμάτων τους («κάποια στιγμή έφτασε στο απροχώρητο αυτό που περνούσα και έτσι αποφάσισα να έρθω»). Χαρακτηριστικά κάποιοι ανέφεραν ότι τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν λόγω αύξησης του σωματικού τους βάρους («πήρα παραπάνω κιλά, έπαιξε ρόλο στο να χειροτερεύσει τώρα η κατάσταση και να το κάνω τώρα»). Το ενδεχόμενο της κληρονομικότητας του συνδρόμου συνέβαλε επίσης θετικά στην προσέλευση των ασθενών στην κλινική ύπνου («επειδή το είχε και ο πατέρας μου σαν ιστορικό και μου έχουνε προτείνει κιόλας να έρθω»).

Συνήθως οι συμμετέχοντες ανέφεραν συνδυασμό συμπτωμάτων που τους προβλημάτιζε («γιατί από το ροχαλητό δεν κοιμάμαι καλά και αυτό έχει ως συνέπεια να μη μου πηγαίνει καλά η μέρα, να έχω

πονοκέφαλο και διάφορα άλλα... μπορεί να έχω και ζαλάδες, κούραση, τέτοια»). Σε κάθε περίπτωση, το σύνολο των ερωτηθέντων τους καθοδηγούσε η όξυνση των συμπτωμάτων λόγω απνοιών, (*«ένοιωθα ότι δεν αντέχω άλλο»*). Τέλος, η συχνότητα εκδήλωσης και η ένταση των συμπτωμάτων συνέβαλαν εξίσου στην απόφαση τους να επισκεφτούν έγκαιρα το εργαστήριο ύπνου (*«είναι σχεδόν καθημερινό, μερικές φορές πολύ έντονο»*).

Παρότρυνση ασθενούς για μελέτη ύπνου

Αρκετοί ήταν εκείνοι που επισκέφτηκαν το εργαστήριο ύπνου ύστερα από παραπομπή κάποιου γιατρού. Σε γενικές γραμμές οι ειδικότητες που παρέπεμψαν κάποιον για μελέτη ύπνου, ήταν ειδικότητες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το σύνδρομο απνοιών. Συγκεκριμένα κάποιοι επισκέφτηκαν οι ίδιοι πνευμονολόγο όταν αντιλήφθηκαν παρουσία απνοιών (*«επειδή κάνω αρκετές άπνοιες και μεγάλες κατά την γυναίκα μου στον ύπνο, θεώρησα καλά να επισκεφτώ έναν πνευμονολόγο, ο οποίος με συνέστησε να έρθω να κάνω μία μελέτη ύπνου»*). Παραπομπή για μελέτη ύπνου έκαναν και ωτορινολαρυγγολόγοι οι οποίοι διέγνωσαν παράγοντες κινδύνου του ΣΑΥ (*«πήγα στον ωτορινολαρυγγολόγο ο οποίος με βρήκε κάποια υπερτροφία στο βάθος της γλώσσας και στενό φάρυγγα και μου έκλεισε ραντεβού για να έρθω στο Πανεπιστημιακό να κάνω μία Μελέτη ύπνου»*). Παράλληλα, παρέπεμψαν και ενημέρωσαν καρδιολόγοι (*«την γνώριζα από παλιά, είχα μιλήσει με έναν καρδιολόγο και το είχα στο πίσω μέρος του μυαλού μου, μου το είχε αναφέρει, έτσι έμαθα για τη μελέτη ύπνου»*). Ένας ασθενής εξέφρασε τα προβλήματα και τα συμπτώματά του με τον παθολόγο, ο οποίος του πρότεινε να κάνει μελέτη ύπνου (*«δεν θυμάμαι, παθολόγος είναι κάποια, και μου το επαλήθευσε η γυναίκα μου, είναι κάποια κενά που κάνω στον ύπνο, δηλαδή σαν να κόβεται η ανάσα και μετά ένα έντονο σαν ροχαλητό ας το πούμε»*).

Κάποιοι μοιράστηκαν τις ανησυχίες τους σχετικά με τα συμπτώματά τους με γνωστούς τους, οι οποίοι τους συμβούλεψαν να επισκεφτούν μια κλινική μελέτης ύπνου (*«μιλώντας με φίλους με παρέα, ένας φίλος μου μου λέει πήγα εγώ έκανα αυτό και αυτό (μελέτη ύπνου) λοιπόν ας το κάνω λέω»*). Καθ'ότι οι άπνοιες συχνά γίνονται αντιληπτές από τους γύρω μας, σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς προσήλθαν ύστερα από πίεση των συντρόφων τους λόγω ενόχλησης (*«λόγω των διαμαρτυριών της γυναίκας μου αποφάσισα να κάνουμε και αυτή τη μελέτη ύπνου»*). Ενώ άλλοι ύστερα από παρότρυνση των οικείων λόγω ανησυχίας για την υγεία τους (*«με την ώθηση της γυναίκας μου έτσι τελικά πήρα τηλέφωνο για να κλείσω ραντεβού»*). Λίγοι ήταν εκείνοι που άκουσαν τυχαία για τις διαταραχές του ύπνου και αποφάσισαν από μόνοι τους να κλείσουν ραντεβού στο εργαστήριο ύπνου (*«πήρα τηλέφωνο στο νοσοκομείο και ρώτησα τι πρέπει να κάνω και μου είπαν ότι πρέπει να κλείσω ραντεβού στο συγκεκριμένο τμήμα»*). Γενικά η ανάγκη αναζήτησης της προέλευσης του προβλήματός τους, οδήγησε τους ασθενείς να μοιραστούν τις ανησυχίες τους είτε με κάποιον γιατρό είτε με κάποιον οικείο τους (*«πρέπει να το δούμε αν είναι όντως από αυτό ή είναι κάτι άλλο, να το επιβεβαιώσουμε»*).

Ανησυχία για επιπτώσεις ασθένειας

Σε γενικές γραμμές κυριάρχησε το αίσθημα του φόβου («απλά θέλω να μάθω εάν θα κάνω άπνοιες ή όχι, γιατί αν θα κάνω τότε νομίζω θα πρέπει να αγχωθώ»). Οι ασθενείς τόνισαν ότι τους αγχώνει η ιδέα του να κάνουν άπνοιες, καθώς είναι άγνωστη διαδικασία για τους ίδιους («με τρόμαξε ότι σταματάει η αναπνοή μου, δεν νομίζω να είναι φυσιολογικό να σταματάει η αναπνοή σου το βράδυ χωρίς να το καταλαβαίνω»). Ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι φοβούνται γενικά τα αποτελέσματα της μελέτης ύπνου, σκεφτόμενοι ότι μπορεί να νοσούν από κάτι («λόγω φόβου του αποτελέσματος, τώρα άπνοια για ποιο λόγο γίνεται; Τι θα μου πει η γιατρός; Τι αποτέλεσμα θα βγάλω; Είναι λίγο περίεργο»).

Ακόμη, όσοι γνώριζαν σχετικά με το ΣΑΥ και τις επιπτώσεις του, ανησυχούσαν ιδιαίτερα για αυτές («μου λέει ότι μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στην καρδιά, και επειδή είχα κάνει κάτι ταχυκαρδίες, το συνδύασα και λέω μήπως πρέπει να πάω να το δω, να δούμε τι, γιατί λέει μπορεί να προκαλέσει μέχρι και θάνατο την ώρα που κοιμάσαι»). Σχετικά με τις επιπτώσεις κάποιοι έγιναν συγκεκριμένοι αναφέροντας ότι ήρθαν στην κλινική ύπνου λόγω φόβου για αιφνίδιο θάνατο («αν κάνω άπνοιες το βράδυ μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρά προβλήματα, μπορεί να πάθουμε αιφνίδιο θάνατο, με τρόμαξε»). Σε αυτό το πλαίσιο, ένας συμμετέχοντας κατέληξε στο εργαστήριο ύπνου λόγω παραλίγο τροχαίου ατυχήματος που οφειλόταν σε έντονη υπνηλία κατά την οδήγηση. Κατά συνέπεια, τόνισε ότι ο λόγος που έκλεισε ραντεβού για μελέτη ύπνου άμεσα ήταν ο φόβος επανάληψης του περιστατικού («το καλοκαίρι παραλίγο να έχω ατύχημα με το αυτοκίνητο λόγω υπνηλίας... φοβάμαι, πάλι από ατύχημα να μην... ήμουν τυχερός»).

Εμπλοκή ασθενούς με τη μελέτη ύπνου

Όσον αφορά τη διαδικασία της μελέτης ύπνου, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν τους αγχώνει και είναι ήρεμοι («δεν έχω κάποια ανησυχία, ούτε κάτι που να μου δημιουργεί κάτι σε ένταση ή οτιδήποτε ή κάποια νευρικότητα, είμαι χαλαρός»). Σε αυτό ίσως συμβάλει και το περιβάλλον, καθώς ορισμένοι θεώρησαν πλεονέκτημα ότι αφού είναι εργαστήριο ύπνου, θα έχει εξασφαλιστεί η ησυχία του χώρου («διαφέρει γιατί εδώ πέρα θα 'μαι μόνος μου, δεν θα έχω εξωτερικούς παράγοντες να με ενοχλούν, θα 'μαι ουσιαστικά ήσυχος εδώ πέρα»). Σε γενικές γραμμές αντιμετωπίζουν την εξέταση ως μια αναγκαία διαδικασία για την προαγωγή της υγείας τους («γιατί ήταν ένα επείγον θέμα, δεν υπήρχε λόγος να περιμένουμε κάτι δηλαδή, δε θα υπήρχε βελτίωση από μόνο του, του προβλήματος»). Προς αυτή την κατεύθυνση οδήγησαν οι θεράποντες ιατροί. Ορισμένοι ασθενείς τόνισαν την απόλυτη εμπιστοσύνη τους στον γιατρό που τους παρέπεμψε («αυτό μου το είπε η ωτορινολαρυγγολόγος, η οποία είναι εξαιρετική επιστήμων, την πιστεύω, την ακολουθώ πιστά»).

Σε κάθε περίπτωση η επιθυμία θεραπείας των συμπτωμάτων τους αποτέλεσε βασικό κίνητρο για να επισπεύσουν την διαδικασία («νομίζω ότι θα ανακουφιστώ από τα αποτελέσματα γιατί θα κάνω αυτό που πρέπει να γίνει ώστε να διορθώσω το πρόβλημα, δεν θεωρώ ότι είναι κάτι το οποίο είναι ούτε επίπονο, ούτε χρονοβόρο, ούτε τόσο τρομερό, τόσο δύσκολο αλλά νομίζω ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω ώστε να δώσω λύση στο πρόβλημά μου, όσο μεγάλο ή μικρό είναι αυτό»). Ενώ άλλοι εστίασαν στην επιθυμία να καλυτερέψουν την ποιότητα του ύπνου τους. («μου είπε ότι αν έχω θέμα, θα λυθεί εδώ πέρα, θα κοιμάμαι πιο ξεκούραστα, θα είμαι σε πιο καλή κατάσταση πλέον»). Σε κάθε περίπτωση, εστίαζαν στη λύση του προβλήματος τους, πολλές φορές αδιαφορώντας για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου («δεν με νοιάζει που θα κοιμηθώ, πώς θα κοιμηθώ, με ενδιαφέρει ότι αυτό που θα κάνω στο σπίτι μου δηλαδή που θα κοιμόμουν, να κοιμηθώ εδώ και να γνωρίζετε εσείς τι έχω, αν πράγματι έχω πρόβλημα»).

Γνώση της διαδικασίας της μελέτης ύπνου

Εξετάζοντας τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου, έγινε αντιληπτό ότι η εμπλουτισμένη γνώση συνεισέφερε θετικά στο να κλείσουν άμεσα ραντεβού στο εργαστήριο ύπνου («γνωρίζω από τον πατέρα μου που έχει κάνει μελέτη ύπνου και είχε το μηχάνημα το CPAP, πόσο βοηθάει, οπότε δεν είχα δεύτερη σκέψη στο να αποφασίσω να κάνω το επόμενο βήμα να κάνω μια μελέτη ύπνου»). Συγκεκριμένα κύρια πηγή ενημέρωσης αποτέλεσε το διαδίκτυο («από μόνη μου έψαξα και Google για να δω ποιες τεχνικές μπορούν να ακολουθηθούν ή ποιοι τρόποι ή που πρέπει να απευθυνθώ για να λύσω το πρόβλημά μου και είδα και αυτό σαν μία από τις εναλλακτικές που δινόντουσαν και λέω θα κάνω αυτό για να δω μήπως συμβαίνει κάτι άλλο πίσω από το πρόβλημα που έχω»).

Αρκετοί ήταν εκείνοι που είχαν κάποιον συγγενή ή φίλο με προσωπική εμπειρία ο οποίος και τους ενημέρωσε («το έμαθα πρώτη φορά από έναν φίλο μου, ε και μετά το έψαξα λίγο στο ίντερνετ»). Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι οι συμμετέχοντες που βασίστηκαν στο βίωμα κάποιου οικείου γνώριζαν αρκετά καλά τη διαδικασία της εξέτασης («ότι κλείνεις ένα ραντεβού, έρχεσαι ένα βράδυ μένεις στο νοσοκομείο, σε ένα συγκεκριμένο θάλαμο και υπάρχουν κάποιοι αισθητήρες και κάποια καλώδια τα οποία σου μετράνε διάφορα πράγματα, το οξυγόνο, τους παλμούς της καρδιάς ίσως και κάποια άλλα πράγματα και βγαίνει μία ολοκληρωμένη μελέτη, ένα συμπέρασμα, τι ακριβώς είναι αυτό που δεν σου δίνει τον σωστό ύπνο και τι πρέπει να διορθώσεις ύστερα από αυτό»). Ενώ όσοι ενημερώθηκαν από τον γιατρό που τους παρέπεμψε, είχαν γνώσεις για την διαδικασία αλλά και για το σύνδρομο απνοιών κατά τον ύπνο («ε μου εξήγησε λίγο πάνω κάτω πως γίνεται, ότι θα πας θα κοιμηθείς ένα βράδυ, θα σου μετρήσουν ότι κόβεται η αναπνοή ενδιάμεσα το βράδυ την ώρα που κοιμάσαι και εσύ δε το καταλαβαίνεις, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα και να ανεβαίνει η πίεση λέει και γι αυτό ιδρώνεις λέει, και γενικότερα είναι μεγάλο πρόβλημα, είναι σαν να σταματάει η αναπνοή σου λέει

για 10-20 δευτερόλεπτα μπορεί και 30 μερικές φορές»). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε ένας ωτορινολαρυγγολόγος ο οποίος ενημέρωσε τους ασθενείς του μέσω ενός εντύπου, για τους λόγους που πρέπει να κάνουν μελέτη ύπνου (*«κάποιος μπορεί να κάνει κρίσεις άπνοιας, μπορεί να έχει κάποιο ανατομικό πρόβλημα εδώ στη μύτη, στο διάφραγμα, αμυγδαλές υπερτροφικές, να έχει στενό λαιμό, να έχει κάποια άλλα προβλήματα που μπορεί να έχει σχέση με τον εγκέφαλο, να μην δίνει εντολή ο εγκέφαλος για να αναπνεύσει ο άνθρωπος σωστά, αυτά θυμάμαι τώρα»*).

Συμμετοχή κοινωνικού κύκλου

Ο κοινωνικός κύκλος έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην απόφαση των εξεταζόμενων να επισκεφτούν μια κλινική ύπνου. Η ουσιαστική στήριξη των οικείων φάνηκε από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων αλλά και από την συνοδεία τους σε όλη τη διαδικασία της μελέτης ύπνου (*«ναι αφού ήρθα με τη σύζυγο, με ακολουθεί»*). Αυτή η στήριξη οφειλόταν κυρίως στο ότι οι άπνοιες είναι αντιληπτές από τους οικείους με αποτέλεσμα το σύνδρομο να απασχολεί ιδιαίτερα και τους συντρόφους των ασθενών (*«είμαι εδώ γιατί έχω άπνοια ύπνου, μου το έχουν πει συγγενικά μου πρόσωπα, ότι εκεί που ροχαλίζω, νεκρώνω»*). Σε αρκετές περιπτώσεις η παρατήρηση της διακοπής της αναπνοής από τους συντρόφους προκάλεσε έντονη ανησυχία στους ίδιους και αποτέλεσε το έναυσμα για να επισκεφτούν έναν γιατρό (*«απλά παρατήρησε ότι δεν ανέπνεα, δεν ξέρω για πόσα δευτερόλεπτα, με κοιτούσε και δεν ανέπνεα, και τρόμαξε και φώναξε πάρα πολύ...»*). Άλλωστε όπως αναφέρουν, πολλές φορές οι διαταραχές ύπνου επηρεάζουν και τους συντρόφους των ασθενών κυρίως λόγω του έντονου ροχαλητού (*«κάποιο πρόβλημα δεν είχα, απλώς οι άλλοι μου έλεγαν ότι δημιουργώ πρόβλημα που δεν μπορούν να κοιμηθούν»*). Κατά συνέπεια οι σύντροφοι αλλάζουν δωμάτιο κατά τη διάρκεια του ύπνου για να εξασφαλίσουν τον δικό τους ύπνο (*«ροχαλίζω πάρα πολύ έντονα, σε σημείο που είμαι πάρα πολύ ενοχλητική για το σύζυγό μου και μου είπε ότι αν δεν κάνω κάτι θα αλλάξουμε δωμάτιο, που ήδη έχουμε αλλάξει, και θα με χωρίσει»*).

4.3.3 ΛΟΓΟΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ

Απόδοση συμπτωματολογίας σε συννοσηρότητες

Σύμφωνα με τους ασθενείς κύριος λόγος καθυστέρησης προσέλευσης στην κλινική ύπνου ήταν ότι δεν αντιλαμβάνονταν τις διαταραχές ύπνου ως ένα ξεχωριστό πρόβλημα υγείας. Αντιθέτως πολλοί απέδιδαν τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον ύπνο σε άλλες συννοσηρότητες. Συγκεκριμένα, ορισμένοι ασθενείς ενώ γνώριζαν ότι το ΣΑΥ είναι επίπτωση ανατομικών ανωμαλιών του κρανίου, θεωρούσαν ότι δεν δέχονται παρέμβασης και δεν αναζήτησαν θεραπεία μέχρι να τους ενημερώσει κάποιος («υπάρχει και ένα διάφραγμα, μια σύμφυση και αυτό δυσκολεύει με αποτέλεσμα να τροφοδοτεί την άπνοια, το γεγονός ότι δεν είναι ανοιχτή η μία ροή, έτσι δεν είναι;»). Κατ' επέκταση, αναζητούσαν βοήθεια για άλλα προβλήματα υγείας, χωρίς να τα συνδέουν με την ποιότητα του ύπνου. Συσχέτιζαν τις επιπτώσεις του ΣΑΥ με άλλες χρόνιες ασθένειες όπως η αρτηριακή υπέρταση («ανέβαζα πίεση και μετά το σπινθηρογράφημα με ρώτησαν για ποιο λόγο, τους είπα δεν μπορώ να πάρω καλά αναπνοή, οπότε μπορεί και αυτό να μου ανεβάζει την πίεση εκείνη την ώρα»). Παράλληλα, κάποιοι αγνοούσαν τα συμπτώματα κατά τον ύπνο, μέχρι να επηρεάσουν την συνολική τους υγεία, όπως το να κάνουν επεισόδιο με ταχυκαρδίες («από μικρό παιδί είχα αυτό το πρόβλημα, το να κρατάω την αναπνοή το βράδυ, κάθε φορά που κοιμάμαι... και επειδή είχα κάνει κάτι ταχυκαρδίες, πήγα νοσοκομείο, το συνδύασα και λέω μήπως πρέπει να πάω να το δω»). Επιπρόσθετα, ορισμένοι ασθενείς επισκέφτηκαν την κλινική ύπνου στα πλαίσια διερεύνησης εγκεφαλικού επεισοδίου («πήγα για τον ίλιγγο, επειδή προϋπήρχε ο ίλιγος, διαπιστώθηκε ότι είναι αισχημικά δύο, με αποτέλεσμα να μου συστήσει να κάνω καρωτίδες, να κάνω μελέτη ύπνου, να δούμε τα δύο αυτά τινά που προδιαθέτουν σ' αυτές τις καταστάσεις»).

Ιδιαίτερος λόγος έγινε για την παχυσαρκία. Αρκετοί ήταν εκείνοι που θεώρησαν τα συμπτώματα του ΣΑΥ αποτέλεσμα της παχυσαρκίας λόγω άγνοιας («κουραζόμουν λίγο παραπάνω τώρα τελευταία, γιατί πήρα απότομα κιλά, για 1 χρόνο πήρα 10 κιλά»). Όσοι την αναγνώρισαν ως παράγοντα κινδύνου του ΣΑΥ, πίστευαν ότι η μόνη θεραπεία είναι η απώλεια βάρους («καθυστέρησα γιατί ενδιάμεσα είχα χάσει κιλά, όταν έκανα δίαιτα το 2021, και είχα χάσει 28 κιλά και επειδή εκεί άρχισαν και ψιλοέκοβαν τα ροχαλητά και οι άπνοιες και για αυτό το λόγο δεν ήρθα»). Έχοντας αυτό κατά νου, δεν αντιμετώπισαν το ΣΑΥ ως ξεχωριστό νόσημα. Μόνο μια συμμετέχουσα παρατήρησε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχε βελτιωθεί ο ύπνος της. Αυτή η συσχέτιση την καθυστέρησε από το να κλείσει το ραντεβού της («επειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που απέκτησα μετά την κόρη μου, όλο αυτό σαν φαινόμενο είχε εξαφανιστεί εντελώς και επανήλθε με το που γέννησα, το ανέφερα και στη γυναικολόγο μου, μήπως έπαιζαν ρόλο και οι ορμόνες μου σε αυτό, ούτε εκείνη μπόρεσε να μου δώσει κάποια απάντηση»).

Ακόμη, όπως περιγράφουν οι συνεντευξιαζόμενοι, οι καθημερινές συνήθειες και ο τρόπος ζωής παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ποιότητα του ύπνου τους. Συγκεκριμένα, ισχυρίστηκαν ότι το έντονο άγχος κατά τη διάρκεια της ημέρας επηρεάζει αρνητικά τον ύπνο (*«καλά ναι γενικότερα είμαι σε μια φάση έτσι με αρκετό στρες για διάφορους λόγους και σίγουρα με επιβαρύνει και στον ύπνο αυτό»*). Άλλοι δικαιολόγησαν την έντονη υπνηλία με την κόπωση (*«δεν ξέρω εάν συσχετίζεται με την κόπωση αλλά έχει τύχει και να με πάρει απότομα ο ύπνος, αλλά δεν μπορώ να το συσχετίσω μπορεί να ναι και από κούραση»*). Επίσης, κάποιοι προσπαθούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους με σκοπό να καλυτερέψουν τον ύπνο τους χωρίς να αναζητήσουν βοήθεια, για παράδειγμα αποφεύγουν να καταναλώνουν φαγητό τις βραδινές ώρες ισχυριζόμενοι ότι τότε κοιμούνται καλύτερα (*«ναι εξαρτάται από το τι θα φάω πιο μπροστά, γιατί αυτό επιβαρύνει τα πράγματα, συνήθως δεν τρώω το βράδυ ή τρώω ελαφρά, εκεί λοιπόν βγαίνει ανάλογα η κούραση και το φαγητό ταυτόχρονα σε συνδυασμό»*). Σε αυτό το πλαίσιο, άλλοι προσέχουν την στάση τους σώματος τους όταν κοιμούνται, θεωρούν προτιμότερο να κοιμούνται στα πλάγια (*«νιώθω κάποιες φορές, όχι πάντα, μία έτσι δυσφορία και δυσκολία σαν να δυσκολεύομαι στην αναπνοή στο βράδυ που κοιμάμαι, ειδικά όταν κοιμάμαι ανάσκελα, γι αυτό γυρνάω είτε απ τη μια είτε απ την άλλη μεριά»*). Σε κάθε περίπτωση έβρισκαν προσωρινές λύσεις για να καλυτερέψουν τον ύπνο τους, αντί να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Αυτή η συσχέτιση του ύπνου με άλλες καταστάσεις, τους αποσπούσε από το κύριο πρόβλημα και καθυστέρουσε την προσέλευση των ασθενών στην κλινική ύπνου.

Απουσία συμπτωματολογίας

Εξετάζοντας τα συμπτώματα που οδήγησαν τους ασθενείς στο εργαστήριο ύπνου, φάνηκε ότι δεν τα αντιμετωπίζουν όλοι με τον ίδιο τρόπο. Σε γενικές γραμμές πολλοί αναγνώρισαν κάτι ως μη φυσιολογικό παρόλα αυτά αρκετοί ήταν εκείνοι που υποτίμησαν τα συμπτώματα τους παρά τη χρονιότητα της εμφάνισής τους (*«από τότε που άρχισα να σκέφτομαι για να κάνω το τεστ, μπορεί να είναι και 4 χρόνια, που έκανα τη σκέψη και άντε να δούμε, άντε καλά δεν έχω συμπτώματα, άντε έτσι, δεν ανησυχούσα και πολύ»*). Αποτέλεσμα αυτής της συνθήκης ήταν η συνήθεια των συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα η ημερήσια υπνηλία (*«η αλήθεια είναι ο ύπνος μου δεν είναι νορμάλ είναι διακοπτόμενος και είναι λίγος, η αλήθεια είναι το έχω συνηθίσει κοιμάμαι λίγες ώρες και καταλαβαίνω ότι κάποιες φορές δεν είναι ποιοτικός»*). Ακόμη, η άγνοια των συμπτωμάτων του συνδρόμου, οδήγησε στη μη συσχέτιση και κατ' επέκταση στην καθυστέρηση προσέλευσης (*«είμαι υποτονική όλη την ημέρα και δεν ξέρω εάν αυτό οφείλεται σε αυτό, αν είναι να μην οφείλεται εντάξει θα το αφήσω έτσι δε με πειράζει, αλλά εάν οφείλεται και να μπορώ να κάνω κάτι που να με βοηθάει γιατί να μην το κάνω»*).

Σε κάθε περίπτωση υπήρχε η τάση να δικαιολογούν τα συμπτώματα (*«εντάξει δεν το είχα δώσει σημασία, είπα μήπως επειδή κοιμάμαι πλάγια και μπρούμυτα και αυτά, δεν μπόρεσα να καταλάβω τι ήταν αυτό, δεν το είχα δώσει σημασία»*). Δεδομένου ότι οι άπνοιες δεν γίνονται πάντα αντιληπτές από

τους ίδιους, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι κάποιοι δεν είχαν αντιληφθεί τις εκδηλώσεις του συνδρόμου μέχρι κάποιος να τις τους επισημάνει (*«αν δεν μου το είχα πει δε θα το ήξερα, δεν θα με ενοχλούσε»*). Σε πολλούς τα συμπτώματα ήταν περιστασιακά και ήπια, αυτός ήταν ο λόγος που τα παραμέλησαν, πολλές φορές και για χρόνια (*«ναι ίσως επειδή δεν ήταν πολύ έντονα, δηλαδή σας είπα το μήνα το ένοιωθα τέσσερις φορές πέντε φορές, κάπως έτσι, οπότε το ξεχνούσα κατά κάποιο τρόπο, αλλά μέσα μου σκεφτόμουν ότι έπρεπε να το κάνω, μην το αμελώ μην το αμελώ, α με τα χρόνια, ε κάποια στιγμή»*).

Μη έγκαιρη προσέλευση στην κλινική ύπνου

Ο συνδυασμός των αντιλήψεων που προαναφέρθηκαν, οδήγησαν τους συμμετέχοντες στην παραμέληση της διεξαγωγής της μελέτης ύπνου. Η μη κατανόηση και η υποτίμηση των συμπτωμάτων συνέβαλαν στην γενική υποτίμηση της εξέτασης (*«αμέλεια, δεν χρειάστηκα, το αμέλησα, δεν το θεώρησα σοβαρό, δεν ξέρω δεν το έβαλα προτεραιότητα πως το λένε»*). Όπως κατέθεσαν οι ασθενείς πολλές φορές αδιαφορούσαν και αμελούσαν συνειδητά τη μελέτη ύπνου. Αυτή η αμέλεια οφειλόταν κυρίως στο ότι δεν το αντιμετώπιζαν ως ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας (*«δεν υπάρχει γιατί, το αμέλησα ή θεώρησα κατά κάποιο τρόπο ότι δεν είναι τόσο επείγον, τόσο άμεσο να λυθεί»*).

Παράλληλα ορισμένοι έδωσαν βαρύτητα σε άλλα προβλήματα υγείας (*«αντικειμενικά επειδή έχω πολλά προβλήματα υγείας, και ψάχνομαι να δω αν μπορώ να κάνω κάτι να βελτιώσω λίγο την ποιότητα ζωής μου, δηλαδή όταν βγαίνουν τόσα άλλα προβλήματα πήγε πίσω αυτό»*). Άλλοι παραμέλησαν την μελέτη ύπνου για επαγγελματικούς λόγους (*«γιατί είχα κάποιες υποχρεώσεις και ήμουν εκτός Ελλάδος, δε μπορούσα να είμαι εδώ»*). Επίσης άλλοι έβαλαν σε προτεραιότητα ακόμα και τις προσωπικές τους υποχρεώσεις (*«ήθελα καιρό πριν απλά με τη δουλειά και με το παιδί, ο χρόνος είναι πάρα πολύ περιορισμένος»*).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί και η δυσκολία κάποιων να επικοινωνήσουν με τη γραμματεία του νοσοκομείου για να κλείσουν το ραντεβού τους. Ειδικότερα, όπως αναφέρουν, η καθυστέρηση οφειλόταν είτε στη μη λειτουργική επικοινωνία, είτε στην δυσκολία έγκαιρου διαθέσιμου ραντεβού (*«γιατί έπαιρνα τηλέφωνο και δεν μπορούσα να επικοινωνήσω, δεν ξέρω αν είχε θέμα το τηλέφωνο»*).

Απουσία γνώσης διαδικασίας μελέτης ύπνου

Επικεντρώνοντας στις γνώσεις των ασθενών σχετικά με τη διαδικασία της μελέτης ύπνου και την πηγή ενημέρωσης τους, φάνηκε να υπάρχουν μεγάλα κενά. Υπήρξαν ασθενείς που κατέθεσαν παντελή άγνοια της διαδικασίας μέχρι τη στιγμή που επισκέφτηκαν το εργαστήριο ύπνου (*«δεν γνωρίζω τίποτα, τώρα ενημερώθηκα από το γιατρό»*). Άλλοι η μόνη πληροφορία που είχαν ήταν ότι θα

κοιμηθούν ένα βράδυ στο νοσοκομείο (*«το μόνο που ξέρω ότι πρέπει να έρθω να μείνω ένα βράδυ, το τι θα γίνει εδώ και τι θα κάνουμε, δε γνωρίζω»*). Ενώ κάποιοι είχαν βασικές γνώσεις, για παράδειγμα ότι θα κοιμηθούν με καλώδια (*«ναι μου είπαν θα μου βάλουν διάφορα καλώδια για να δουν τι γίνεται»*). Η ελλιπής ενημέρωση οδήγησε πολλές φορές σε λανθασμένη αντίληψη της διαδικασίας. Ένας συμμετέχοντας είχε την αντίληψη ότι για να κάνει μελέτη ύπνου, θα του δοθεί ηρεμιστικό για να κοιμηθεί (*«κάπου θα με υπνωτίσουν, θα ξυπνήσω και θα μου πουν τι έγινε»*).

Όσον αφορά την πηγή ενημέρωσης τους, φάνηκε ότι κύριο ρόλο έπαιξαν οι γιατροί και οι οικείοι οι οποίοι παρέπεμψαν σε μελέτη ύπνου. Όπως αναφέρουν οι συμμετέχοντες κάποιοι θεράποντες γιατροί δεν τους έδωσαν αρκετές πληροφορίες για να εξοικειωθούν με τη διαδικασία (*«δεν μου είπε λεπτομέρειες για το πώς γίνεται, απλά μου είπε ότι εάν υπάρξουν κάποια ευρήματα, θα μπορούμε να αντιμετωπίσουμε κάποια κατάσταση»*). Μάλιστα, υπήρξαν γιατροί που απλά παρέπεμψαν τους ασθενείς στο εργαστήριο ύπνου χωρίς να τους ενημερώσουν τι θα ακολουθήσει (*«ο γιατρός απλά με παρέπεμψε σε σας δεν μου είπε κάτι πιο ειδικό»*). Βέβαια αυτό ίσως το έκαναν σκεφτόμενοι ότι θα αποφύγουν τυχόν περαιτέρω άγχος (*«ο γιατρός γενικά φοβάται να μου πει πολλά για να μην αγχώνομαι, μου είπε θα βγουν τα αποτελέσματα και θα το δούμε, θα τα πούμε»*).

Άγχος για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου

Όπως περιγράφουν η μελέτη ύπνου αποτελεί μια άγνωστη διαδικασία για τους εξεταζόμενους, γεγονός που συνεπάγεται με άγχος για την εξέταση (*«εντάξει είναι πρωτόγνωρο, δεν το 'χουμε ξανακάνει, σίγουρα υπάρχει μια ανησυχία τι θα αντιμετωπίσω, δηλαδή μου είπαν ότι θα μου βάλουν ξέρω εγώ στο κεφάλι, στο σώμα, εντάξει δεν ξέρω κατά πόσο θα ναι λειτουργικό»*). Περαιτέρω προβληματισμοί αφορούσαν την άνεση των εξεταζόμενων κατά τη διάρκεια της μελέτης ύπνου. Συγκεκριμένα, τους ασθενείς τους απασχολούσε ιδιαίτερα η αλλαγή περιβάλλοντος, καθώς είναι συνηθισμένοι να κοιμούνται στον δικό τους χώρο (*«δεν κοιμάμαι εύκολα σε άλλα περιβάλλοντα οπότε ναι ο χώρος ναι θα μου δημιουργήσει ένα στρες»*). Βασικό εμπόδιο που ανέφεραν ήταν το διαφορετικό κρεβάτι (*«ε δε θα είμαι στο κρεβάτι μου κυρίως, αυτό είναι το σημαντικότερο και δεν ξέρω αν θα μπορέσω να κοιμηθώ και καλά και αν θα κοιμηθώ και όλες τις ώρες, εγώ δεν μπορώ άμα αλλάξω κρεβάτι τελειώσε»*). Για πολλούς ήταν αγχωτικό ακόμα και το ότι δεν θα κοιμηθούν με το δικό τους προσωπικό μαξιλάρι (*«το ξένο περιβάλλον πρώτον, δεν είναι το κρεβάτι σου, δεν είναι το μαξιλάρι σου, τα οικία πράγματα τα δικά σου που δεν τα έχεις είναι αγχωτικό από μόνο του»*). Για ορισμένους συμμετέχοντες ακόμα και η σκέψη ότι βρίσκονται μέσα σε ένα νοσοκομείο τους προκαλούσε στρες (*«ε διαφέρει λίγο, γιατί στο νοσοκομείο και καλά να είσαι, κάπως νιώθεις, υπάρχει ένα μεγαλύτερο άγχος»*).

Σχετικά με τα καλώδια του μηχανήματος, οι ασθενείς δήλωσαν πιθανή δυσκολία άνεσης («σίγουρα θα είναι μία διαφορετική εμπειρία γιατί στο σπίτι σου έχεις όλες τις ανέσεις, κοιμάσαι όπως θέλεις, ενώ εδώ θα είσαι με τους αισθητήρες, με τα καλώδια και θα πρέπει να ακολουθήσω τις οδηγίες που θα μου δοθούν»). Συγκεκριμένα, ορισμένοι εξέφρασαν τους προβληματισμούς τους για το εάν θα μπορούν να αλλάξουν θέση κατά τον ύπνο ή εάν θα μπορούν να σηκωθούν από το κρεβάτι («ο ύπνος ο δικός μου είναι λίγο σε θέση μπρούμυτα, με καλώδια δεν ξέρω πως θα γίνουν όλα αυτά»). Συνεπώς η πιθανή δυσκολία έλευσης ύπνου απασχόλησε αρκετά τους ασθενείς («το μόνο που λίγο με προβληματίζει αν θα με πάρει ο ύπνος εύκολα, με όλα αυτά τα συστήματα, την αρματωσιά που θα μου βάλουνε, αν μπορέσει να με πάρει ο ύπνος ή αν θα με πιάσει καμιά ανησυχία ας πούμε, αυτό λίγο, κατά τα άλλα δεν έχω κάποιο θέμα»).

Απουσία στήριξης κοινωνικού κύκλου.

Ο κοινωνικός κύκλος έπαιξε ρόλο εξίσου στην επίσπευση όσο και στην καθυστέρηση προσέλευσης στην κλινική ύπνου. Τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η άγνοια των οικείων για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου και για το ΣΑΥ συνέβαλε αρνητικά στην απόφαση να κάνουν την εξέταση («ανέφερα ότι θα έρθω στο νοσοκομείο έτσι κι έτσι, έχω ραντεβού για μελέτη ύπνου κούνησαν το κεφάλι δεν κατάλαβαν»). Από την άλλη, ορισμένοι ανησύχησαν και γι αυτό θέλησαν να μάθουν κάποια σχετικά πράγματα («το μόνο που με ρώτησαν αν είναι επώδυνο, κι εάν εγώ το θέλω και αν το κρίνουν απαραίτητο οι γιατροί να το κάνω, αυτό δεν είχαν κάτι άλλο να μου πουν»). Επικεντρώνοντας στις αντιδράσεις των οικείων στο άκουσμα της μελέτης ύπνου, οι συμμετέχοντες έδωσαν έμφαση στην ουδέτερη αντίδραση τους («δεν έχουν γνώση της μελέτης ύπνου, δεν έχουν κάποια γνώση και μου είπαν ότι θέλεις κάνε»). Η μη παρότρυνση των οικείων ίσως καθυστέρησε τους ασθενείς να κλείσουν το ραντεβού τους. Μάλιστα, ένας συνεντευξιαζόμενος κατέθεσε ότι οι φίλοι του τον χλεύασαν στο άκουσμα ότι θα επισκεφτεί κλινική ύπνου («οι φίλοι μου με κορόιδεψαν λιγάκι, ότι που πας τώρα και τι κάνεις σίγα τώρα, να μη μπω σε αυτή τη διαδικασία είναι too much είναι πολύ λεπτομέρεια, ότι τρώγεται με τα ρούχα σου»).

4.4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη ύπνου είναι η εξέταση κατά την οποία διαγιγνώσκονται όλες οι διαταραχές ύπνου. Το ΣΑΥ αποτελεί την πιο κοινή διαταραχή, η οποία επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ασθενών. Παρά τα έντονα συμπτώματα του συνδρόμου, τα περισσότερα άτομα με ΣΑΥ παραμένουν αδιάγνωστα. Σε μελέτη που έλαβαν μέρος 224 άνθρωποι με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ, φάνηκε ότι μόνο το 18,3% τήρησαν την σύσταση για μελέτη ύπνου.(35) Σε παρόμοια μελέτη με 283 συμμετέχοντες το ποσοστό αυξήθηκε στο 31%.(4) Έτσι, αν και το ΣΑΥ είναι η πιο συχνά διαγνωσθείσα διαταραχή ύπνου, εξακολουθεί να θεωρείται υποδιαγνωσμένο. Επιπλέον, όσοι αναζητούν ιατρική φροντίδα συνήθως το κάνουν μετά από παρατεταμένη περίοδο συμπτωμάτων, τα οποία συνεχώς και επιδεινώνονται. Σύμφωνα με μελέτες, η καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας για το ΣΑΥ είναι σημαντικό πρόβλημα που θέτει σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς. Το μη διαγνωσμένο ΣΑΥ, με ή χωρίς συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένη νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, των καρδιαγγειακών παθήσεων, του εγκεφαλικού επεισοδίου και του διαβήτη.(1) Η βιβλιογραφία σχετικά με τους λόγους που τα άτομα καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για τα συμπτώματά τους, καθώς και γιατί τελικά αποφασίζουν να το κάνουν, είναι περιορισμένη. Η κατανόηση των λόγων αυτών αποτελεί τον στόχο της παρούσας εργασίας. Προηγούμενες ποιοτικές μελέτες που διεξήχθησαν για το ΣΑΥ, αφορούσαν κυρίως τις εμπειρίες των ασθενών και των συντρόφων τους με τη θεραπεία καθώς και την συμμόρφωση σε αυτή. Η παρούσα μελέτη διερευνά τους λόγους επίσπευσης και καθυστέρησης αναζήτησης φροντίδας για το ΣΑΥ.

Βάσει των δεδομένων της παρούσας έρευνας, οι λόγοι επίσπευσης και καθυστέρησης προσέλευσης στην κλινική ύπνου είναι πολλοί και σύνθετοι. Ένα γεγονός μπορεί να επηρεάσει κάποιους ασθενείς θετικά στο να πάρουν την απόφαση και σε άλλους αρνητικά. Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, η έντονη εκδήλωση και βαρύτητα των συμπτωμάτων του συνδρόμου έπαιξε καθοριστικό ρόλο στο να επισκεφτεί κάποιος το εργαστήριο ύπνου. Ωστόσο, η συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας των ασθενών μπορεί να είναι περίπλοκη, με την παρατήρηση των συμπτωμάτων να μην οδηγεί απαραίτητα στην απόφαση αναζήτησης φροντίδας. Κάποιοι έτειναν να δικαιολογούν και να υποτιμούν τα συμπτώματά τους με βάση το ιατρικό ιστορικό τους και τις καθημερινές τους συνήθειες. Ένας ακόμη λόγος έγκαιρης προσέλευσης ήταν η παρότρυνση γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων που αναγνώρισαν επιπτώσεις του ΣΑΥ. Σημαντικό ρόλο στην απόφαση των ασθενών είχε ο κοινωνικός κύκλος. Σε πολλές περιπτώσεις οι οικείοι ήταν οι πρώτοι που αντιλήφθηκαν τις εκδηλώσεις του συνδρόμου όπως το ροχαλητό και οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου και πίεσαν τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Σε αντίθεση, υπήρξαν συμμετέχοντες που ανέφεραν ουδέτερη στάση των οικείων λόγω άγνοιας των συμπτωμάτων. Το κύριο συναίσθημα των συνεντευξιζόμενων που τους ώθησε να επισκεφτούν το εργαστήριο ύπνου ήταν ο φόβος για τις επιπτώσεις του ΣΑΥ. Στον

αντίποδα, το άγχος για την διαδικασία της μελέτης ύπνου λόγω της αλλαγής περιβάλλοντος και του εξοπλισμού, συνέβαλε στο να καθυστερήσουν να κλείσουν ραντεβού στην κλινική ύπνου. Η επαρκής ενημέρωση και γνώση για τη μελέτη ύπνου και το ΣΑΥ βοήθησε στο να αποφευχθεί το άγχος και να αντιληφθούν την αναγκαιότητα της εξέτασης. Ορισμένοι συμμετέχοντες που είχαν ελλιπής γνώση της εξέτασης, έτειναν να την υποτιμούν και να αδιαφορούν.

Καθώς τα συμπτώματα του ΣΑΥ εκδηλώνονται τόσο κατά τη διάρκεια της νύχτας όσο και κατά τη διάρκεια της ημέρας, αποτέλεσαν τον βασικό λόγο προσέλευσης στην κλινική ύπνου. Αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες πληθώρα συμπτωμάτων όπως η δυσχέρεια στην αναπνοή και οι συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο μη ποιοτικός ύπνος, η έντονη ημερήσια υπνηλία και κόπωση. Τα πιο κοινά συμπτώματα ήταν οι άπνοιες και το έντονο ροχαλητό, με τους ασθενείς να επιθυμούν να τα βελτιώσουν. Οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν ότι τα συμπτώματα ήταν καθημερινά και επισκέφτηκαν την κλινική ύπνου για να ανακουφιστούν από αυτά. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν απόλυτα με την βιβλιογραφία.(1,2) Στη μελέτη των Cai και συνεργατών, αναφέρθηκαν 4 βασικοί στόχοι για την αναζήτηση θεραπείας για την υπνική άπνοια. Ο πρώτος είναι η βελτίωση της ημερήσιας υπνηλίας και κόπωσης, ο δεύτερος εστιάζει στη βελτίωση του ροχαλητού ώστε να μην ενοχλούνται οι γύρω, ο τρίτος στόχος είναι να μειώσουν τους κινδύνους για την υγεία και ο τέταρτος να βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου.(36) Άλλα συμπτώματα που αναφέρθηκαν στη δική μας μελέτη ήταν το αίσθημα πνιγμονής και ο συριγμός κατά τον ύπνο, το τρίξιμο των δοντιών, ο πόνος στο στήθος, η εφίδρωση κατά τον ύπνο, ο βήχας κατά τον ύπνο και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η δυσκολία αφύπνισης, η κεφαλαλγία κατά την έγερση, ο ίλιγγος, η γνωστική και σωματική εξασθένιση οδήγησαν επίσης τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Σε πολλές μελέτες, όπως και στην δικιά μας, οι ασθενείς τονίζουν πως υπέφεραν από τέτοια συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν επισκεφτούν μια κλινική ύπνου.(1-3) Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι αυτό που τους οδήγησε στο να κλείσουν εν τέλει ένα ραντεβού ήταν η επιδείνωση των παραπάνω συμπτωμάτων.

Τα συμπτώματα συνήθως πυροδοτούν την αναζήτηση της προέλευσης του προβλήματος και η παραπομπή για διαγνωστικό έλεγχο για ΣΑΥ εξαρτάται από την επιτυχή αναγνώριση των συμπτωμάτων τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους κλινικούς γιατρούς. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης παραπέμφθηκαν από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, κυρίως πνευμονολόγους και ωτορινολαρυγγολόγους. Επίσης, υπήρξαν καρδιολόγοι και παθολόγοι που αναγνώρισαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΣΑΥ και πρότειναν να επισκεφτούν έναν ειδικό ύπνου. Λίγοι ήταν εκείνοι που αναζητήσαν βοήθεια από μόνοι τους όταν αντιλήφθηκαν κακή ποιότητα ύπνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι οικείοι παρότρυναν τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια ύστερα από παρατήρηση απνοιών κατά τον ύπνο ή έντονου ροχαλητού. Μια ποιοτική μελέτη που

πραγματοποιήθηκε σε 20 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΣΑΥ και τους συντρόφους τους, κατέληξε στο ότι κύριοι διευκολυντές στη διάγνωση ήταν οι σύντροφοι που ώθησαν τους ασθενείς να αναζητήσουν βοήθεια και στη συνέχεια οι γιατροί που εντόπισαν τον κίνδυνο. Σύμφωνα με αυτή την μελέτη για να διαγνωστεί ένα άτομο με ΣΑΥ πρέπει αρχικά να παρατηρήσει τα συμπτώματα, να αναζητήσει βοήθεια, να μεταφέρει τα συμπτώματα σε κάποιον γιατρό ο οποίος θα τα αναγνωρίσει και θα τον παραπέμψει σε μια κλινική ύπνου. Σε αυτή τη διαδικασία ο σύντροφος μπορεί να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τον ασθενή για να ξεκινήσει την αναζήτηση φροντίδας, καθώς οι σύντροφοι είναι οι πρώτοι που παρατηρούν τυχόν διαταραχές ύπνου.(3)

Σε μια πρόσφατη ποιοτική έρευνα παρατήρησαν ότι η γνώση του κινδύνου ασθένειας ήταν ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη επιρροή στην απόφαση των ασθενών.(4) Για τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης δεν ήταν ασυνήθιστο να φοβούνται κατά τη λήψη της διάγνωσης του ΣΑΥ σκεφτόμενοι τις επιπτώσεις του, ακόμη και πως θα μπορούσε να αποβεί θανατηφόρο από εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Η ομάδα των Waldman μελέτησαν την υπνηλία που σχετίζεται με το ΣΑΥ, το 17% ανέφεραν ότι αποκοιμήθηκαν κατά την οδήγηση ενώ ένας αναζήτησε ιατρική βοήθεια ύστερα από τροχαίο ατύχημα λόγω έντονης υπνηλίας.(26) Ο φόβος για τροχαίο ατύχημα επισημάνθηκε και στην δική μας έρευνα.

Μέσα από τα βιώματα των συνεντευξιζόμενων έγινε εμφανής η απουσία άγχους για την διαδικασία της μελέτης ύπνου η οποία έδρασε θετικά στο να επισκεφτούν την κλινική ύπνου. Ένας συμμετέχοντας υπέθεσε ότι η ησυχία του εργαστηρίου θα βοηθήσει στο να κοιμηθεί ήρεμα κατά την εξέταση. Παράλληλα, η επιθυμία καλύτερου ύπνου και θεραπείας των συμπτωμάτων δημιουργούσαν το αίσθημα αναγκαιότητας για την εξέταση. Η απόλυτη εμπιστοσύνη στον θεράποντα γιατρό που τους παρέπεμψε αποτέλεσε για 2 ασθενείς τον λόγο προσέλευσης. Σε μια μελέτη που διερευνήθηκαν οι λόγοι τήρησης ή μη της θεραπείας CPAP. Οι λόγοι τήρησης περιελάμβαναν την επιθυμία να αποφευχθούν τα συμπτώματα, τη γνώση για τις επιπτώσεις του συνδρόμου, την ενόχληση των άλλων κατά τον ύπνο και την εμπιστοσύνη στο υγειονομικό προσωπικό.(1) Οι προαναφερθέντες λόγοι ταυτίζονται με τους λόγους που αναζήτησαν βοήθεια οι συμμετέχοντες της δικής μας έρευνας.

Όσον αφορά τη γνώση του κοινού σχετικά με τη διαδικασία της μελέτης ύπνου και το ΣΑΥ, σε μία ποιοτική μελέτη που έγινε σε 43 Αφροαμερικανούς, οι συμμετέχοντες ήταν γενικά εξοικειωμένοι με το ΣΑΥ και πολλοί είτε είχαν διαγνωστεί είτε γνώριζαν κάποιον που είχε. Συγκεκριμένα 6 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν ένα μέλος της οικογένειας με ΣΑΥ και πολλοί περιέγραψαν με ακρίβεια το σύνδρομο ως μια διαταραχή της αναπνοής κατά τον ύπνο.(37) Μέσα από τις δικές μας παρατηρήσεις αναδείχθηκε επίσης η καλή γνώση του συνδρόμου αλλά μόνο οι 10 συνεντευξιζόμενοι είχαν γνώσεις σχετικά με τη διαδικασία της μελέτης ύπνου και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται. Οι πηγές ενημέρωσης ήταν οι γιατροί που παρέπεμψαν, γνωστοί με προσωπική εμπειρία και το

διαδίκτυο. Φάνηκε ότι όσοι βασίστηκαν σε εμπειρίες συγγενών και φίλων γνώριζαν αρκετά καλά τη διαδικασία της μελέτης ενώ όσοι ενημερώθηκαν από τον γιατρό τους είχαν καλή γνώση του συνδρόμου και των επιπτώσεων στην υγεία τους. Επίσης 8 συμμετέχοντες αναζήτησαν πληροφορίες στο διαδίκτυο και ήταν εξίσου πολύ καλά ενημερωμένοι. Σύμφωνα με τη μελέτη του Rodgers το διαδίκτυο έχει καθοριστικό ρόλο στην ζωή των ασθενών με ΣΑΥ. Οι συμμετέχοντες που στράφηκαν στο διαδίκτυο για πληροφορίες και υποστήριξη ανέφεραν ότι βρήκαν μια υποστηρικτική κοινότητα και ήταν χρήσιμο να αλληλεπιδράσουν με άλλους που κατανοούσαν την κατάστασή τους και που μπορούσαν να παρέχουν, από τη δική τους εμπειρία, αυτό που οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ως χρήσιμες προτάσεις για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της θεραπείας.(38)

Το ΣΑΥ επηρεάζει τόσο τους ασθενείς όσο και τους συντρόφους τους καθώς το ροχαλητό είναι έντονο και η διακοπή της αναπνοής προκαλεί άγχος και ανησυχία στους συντρόφους. Αυτό αποδείχθηκε μέσω των συνεντεύξεων στην παρούσα μελέτη καθώς η παρατήρηση απνοιών από οικείους αποτέλεσε για τους περισσότερους συμμετέχοντες το έναυσμα να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Η στήριξη των οικείων ήταν αμέριστη, για την πλειοψηφία των ασθενών, καθ' όλη τη διάρκεια της διάγνωσης. Βιβλιογραφικά έχει αναδειχθεί ότι ο ύπνος είναι μια δυαδική εμπειρία. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο Ye και η ομάδα του μελέτησαν τις εμπειρίες των ζευγαριών όταν ο ένας λαμβάνει θεραπεία με Cpap. Μέσω 20 συνεντεύξεων με ασθενείς με ΣΑΥ και τους συντρόφους τους, κατέληξαν στον θετικό ρόλο που έπαιξε ο σύντροφος στην υποβοήθηση της διάγνωσης και θεραπείας. Τα ζευγάρια συμφώνησαν πως εάν δεν ήταν οι σύντροφοι τους, δεν θα γνώριζαν ότι είχαν πρόβλημα με τον ύπνο. Από τη μεριά τους οι σύντροφοι εξέφρασαν πως τα κίνητρα στα οποία βασιζόταν η ενθάρρυνση τους για αναζήτηση θεραπείας ήταν η διακοπή του ύπνου τους λόγω έντονου ροχαλητού και η ανησυχία για την υγεία του ασθενούς.(39)

Βασικός λόγος καθυστέρησης προσέλευσης στην κλινική ύπνου αποτέλεσε το γεγονός ότι οι ασθενείς έτειναν να αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε άλλες συννοσηρότητες ή καταστάσεις και να μην τα συσχετίζουν με την ποιότητα ύπνου. Πολλοί ασθενείς που προσήλθαν στην κλινική ύπνου παραπέμπονταν συνήθως από έναν γιατρό τον οποίο επισκέπτονταν για άλλους λόγους, για παράδειγμα έναν καρδιολόγο που εξέταζε τον ασθενή για τις υποκείμενες αιτίες ενός εγκεφαλικού επεισοδίου ή έναν παθολόγο που έκανε έναν έλεγχο ρουτίνας. 10 ασθενείς θεώρησαν πως το έντονο ροχαλητό οφείλετε μόνο σε ανατομικές ανωμαλίες και ίσως δεν επιδέχεται βελτίωσης. Άλλοι έτειναν να δικαιολογούν την κακή ποιότητα ύπνου με την κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, το έντονο άγχος, τη θέση ύπνου και το υπερβολικό φαγητό τις βραδινές ώρες. Αυτοί οι συμμετέχοντες προσπαθούσαν να αλλάξουν τις καθημερινές τους συνήθειες για να διορθώσουν τον ύπνο τους και δεν αναζητούσαν ιατρική φροντίδα πολλές των περιπτώσεων και για χρόνια. Όσον αφορά την παχυσαρκία, ένας ασθενής τόνισε ότι ο λόγος που παρέλειψε να επισκεφτεί την κλινική ύπνου για 5

χρόνια, παρά τα έντονα συμπτώματα, ήταν ότι στο διάστημα αυτό είχε χάσει κάποια κιλά. Αξίζει να σημειωθεί η μελέτη των Shaw και συνεργατών, όπου διερεύνησαν τα εμπόδια που καθυστερούν την διάγνωση και τη θεραπεία του ΣΑΥ. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη, όταν ρωτήθηκαν για το πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η υπνική άπνοια, οι περιγραφές επικεντρώθηκαν στην τροποποίηση των διατροφικών συνθηκών ή των δραστηριοτήτων κατά την ώρα του ύπνου.(40) Σύμφωνα με τον Rodgers, υπάρχουν και επαγγελματίες υγείας που θεωρούν τα συμπτώματα του ΣΑΥ μέρος άλλων προβλημάτων υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η δήλωση μιας 63χρονης γυναίκας στην έρευνα του, η οποία πέρασε 17 χρόνια παλεύοντας με την κούραση και αναζητώντας θεραπεία, ενώ οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης της συνταγογραφούσαν φάρμακα για συννοσηρότητες όπως αρτηριακή υπέρταση, κατάθλιψη, άγχος και δυσκολία στον ύπνο. Τα παράπονα της για τον ύπνο θεωρούνταν πάντα ότι ήταν μέρος αυτών των άλλων προβλημάτων παρά η κύρια αιτία και όλα αυτά τα άλλα ιατρικά προβλήματα επιλύθηκαν όταν τελικά έλαβε θεραπεία για το ΣΑΥ.(38)

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το βασικό εμπόδιο στη διάγνωση του ΣΑΥ είναι η έλλειψη προσοχής των ασθενών προς τα συμπτώματα.(3) Συγκεκριμένα στη μελέτη του Rodgers, το 44% του δείγματος δεν ανέφερε ποτέ την κόπωση ή την υπερβολική υπνηλία στους γιατρούς τους, καθώς δεν γνώριζαν ότι αυτό που βίωναν μπορεί να σχετίζεται με μια ιατρική κατάσταση ή ότι μπορεί να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.(38) Η έρευνα μας συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Έγινε εμφανές μέσω των συνεντεύξεων πως η άγνοια συχνά συνέβαλε στην καθυστέρηση της προσέλευσης στο εργαστήριο ύπνου. Για κάποιους συμμετέχοντες τα συμπτώματα δεν ήταν καθημερινά και άλλοι δεν τα αντιλαμβάνονταν μέχρι να τα επισημάνει κάποιος οικείος, για παράδειγμα το έντονο ροχαλητό. Υπήρξαν 2 ασθενείς που ανέφεραν την ύπαρξη μακροχρόνιων συμπτωμάτων αλλά δεν αναζήτησαν βοήθεια καθώς συνήθισαν να ζουν με αυτά.

Όπως περιγράφεται στη βιβλιογραφία, η ανεπαρκής γνώση, είχε ως αποτέλεσμα, ορισμένοι ασθενείς να υποτιμούν τις συνέπειες της νόσου και να απέχουν από τη λήψη της μελέτης ύπνου για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένου του υψηλού φόρτου εργασίας και των καθημερινών προσωπικών υποχρεώσεων.(4) Αναφορικά με τη μελέτη μας, η αδιαφορία για την εξέταση και η υποτίμηση της, είχαν ως αποτέλεσμα την μη έγκαιρη προσέλευση στο εργαστήριο ύπνου. Υπό αυτές τις συνθήκες οι συμμετέχοντες έδιναν προτεραιότητα στις προσωπικές τους υποχρεώσεις και καθυστέρουσαν συνειδητά την λήψη διάγνωσης των συμπτωμάτων τους. Σε μία πρόσφατη μελέτη έγινε λόγος για τον ανεπαρκή συντονισμό των υπηρεσιών υγείας.(3) Αυτό που αναδείχθηκε από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ήταν η μη λειτουργική επικοινωνία με το νοσοκομείο.

Η μελέτη του Shaw και συνεργατών, ανέδειξε τον ρόλο των εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με την αποφρακτική άπνοια ύπνου. Η αποφρακτική άπνοια ύπνου θεωρήθηκε από τους ασθενείς ως ένας τύπος αϋπνίας, ένα φαινόμενο που σχετίζεται με την ηλικία και ότι προκαλείται από ορισμένες

δραστηριότητες πριν τον ύπνο.(40) Μέσα από τις δικές μας παρατηρήσεις φάνηκε ότι οι εσφαλμένες αντιλήψεις αφορούν και τη διαδικασία της μελέτης ύπνου. Αρκετοί ήταν εκείνοι που η μόνη πληροφορία που είχαν ήταν πως θα κοιμηθούν ένα βράδυ στο νοσοκομείο. Παράλληλα, αναφέρθηκε η αντίληψη ότι θα λάβουν φαρμακευτική αγωγή για την έλευση του ύπνου. Αυτές οι ιδέες προέκυπταν από την ελλιπή ενημέρωση των γιατρών που τους παρέπεμταν.

Το κύριο εμπόδιο που προέκυψε στην αξιολόγηση του ΣΑΥ ήταν η μη εξοικείωση με το περιβάλλον της μελέτης ύπνου. Αυτό που περιέγραψε το 51% των συμμετεχόντων ήταν ανησυχία για τη διαδικασία της μελέτης ύπνου λόγω αλλαγής περιβάλλοντος κατά τον ύπνο. Οι ασθενείς πίστευαν επίσης ότι η λήψη της εξέτασης σε ένα άγνωστο μέρος, όπως είναι το νοσοκομείο, θα τους εμπόδιζε να κοιμηθούν επαρκώς. Όσοι γνώριζαν για την ύπαρξη καλωδίων θεώρησαν πως θα δυσκολευτούν να κοιμηθούν. Ομοίως, σχετική βιβλιογραφία ανέδειξε, πως το περιβάλλον και ο εξοπλισμός είναι το κύριο εμπόδιο για τη λήψη της μελέτης ύπνου.(40) Σε προηγούμενη μελέτη έχει επισημανθεί από τους ασθενείς ως εμπόδιο ακόμα και η ιδέα πως παρακολουθούνται ενώ κοιμούνται χωρίς να υποβληθούν σε καμία κλινική παρέμβαση.(4)

Όπως αναφέρουν πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, η ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη έχει αναγνωριστεί ως εμπόδιο στη λήψη της μελέτης ύπνου.(1,4) Αυτό που έγινε σαφές μέσω των συνεντεύξεων ήταν ότι η άγνοια των οικείων για τις διαταραχές ύπνου και τη διάγνωση τους, προκάλεσε την ουδετεροποίησή τους. Η απουσία στήριξης του κοινωνικού κύκλου στη διαδικασία της μελέτης ύπνου αποτέλεσε λόγο καθυστέρησης προσέλευσης στη κλινική ύπνου.

Βιβλιογραφικά έχει αναδειχθεί ότι ο χρόνος καθυστέρησης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας από την έναρξη των συμπτωμάτων είναι μέχρι και 10 έτη.(26,39) Η παρούσα έρευνα μελέτησε τον χρόνο καθυστέρησης προσέλευσης στην κλινική ύπνου από τη στιγμή της παραπομπής. Οι 10 από τους 27 συμμετέχοντες έκαναν πάνω από 1 μήνα να πάρουν την απόφαση να κλείσουν ραντεβού στην κλινική ύπνου, ο μέγιστος χρόνος καθυστέρησης ήταν τα 5 έτη.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη συστηματικών παρεμβάσεων για τη διευκόλυνση της διάγνωσης του ΣΑΥ. Θεωρούμε ότι η ευαισθητοποίηση του κοινού παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με το ΣΑΥ και τις επιπτώσεις του θα εξαλείψει τις σχετικές τους ανησυχίες. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των εμποδίων στη διάγνωση του ΣΑΥ, όπως η έλλειψη προσοχής των ασθενών στα συμπτώματα. Καθώς η πλειοψηφία των ενηλίκων κοιμάται με κάποιον σύντροφο, οι ενημερωμένοι σύντροφοι μπορούν να συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του ύπνου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του ΣΑΥ σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι ασθενείς με υπέρταση, μπορεί να αυξήσει σημαντικά τα περιστατικά διάγνωσης. Τέλος, για να αποφεύγεται το άγχος για την διαδικασία της εξέτασης, μπορούν να

χρησιμοποιούνται φορητές συσκευές όταν ενδείκνυνται. Έτσι οι εξεταζόμενοι θα κοιμούνται στο χώρο τους και στο χρονοδιάγραμμά τους.

Αυτή η μελέτη μπορεί να περιορίζεται λόγω της φύσης της ως ποιοτική. Χρησιμοποιήσαμε ημιδομημένες συνεντεύξεις για την συλλογή των δεδομένων προκειμένου να εντοπιστούν οι λόγοι επίσπευσης ή καθυστέρησης προσέλευσης στην κλινική ύπνου. Οι περιγραφές των συμμετεχόντων βασίστηκαν στα προσωπικά τους βιώματα και αντιλήψεις. Από τη μεριά του ερευνητή, υπάρχει ο κίνδυνος να ερμηνεύσει τα λεγόμενα των ερωτηθέντων σύμφωνα με τις προσωπικές του πεποιθήσεις και τις δικές του προσχηματισμένες ιδέες για το συγκεκριμένο θέμα. Ωστόσο, για τους σκοπούς αυτής της μελέτης το δείγμα των 27 συμμετεχόντων θεωρείται επαρκές. Αυτή είναι μια καλή αρχή για να κατανοήσουμε τους διευκολυντές και τα εμπόδια στη διάγνωση του ΣΑΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Broström A, Nilsen P, Johansson P, Ulander M, Strömberg A, Svanborg E, et al. Putative facilitators and barriers for adherence to CPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea syndrome: A qualitative content analysis. *Sleep Med.* 2010 Feb;11(2):126–30.
2. Khan NNS, Olomu AB, Bottu S, Roller MR, Smith RC. Semistructured motivational interviews of patients and caregivers to improve CPAP adherence: A qualitative analysis. *J Clin Sleep Med.* 2019 Dec 15;15(12):1721–30.
3. Ye L, Li W, Willis DG. Facilitators and barriers to getting obstructive sleep apnea diagnosed: perspectives from patients and their partners. *J Clin Sleep Med.* 2022 Mar 1;18(3):835–41.
4. Aalaei S, Amini M, Taghipour A, Afsharisaleh L, Rezaeitalab F, Asadpour H, et al. Adherence to prescribed overnight sleep study in patients suspected of sleep apnea: problem size and influential factors. *Sleep Breath.* 2021 Sep 1;25(3):1359–68.
5. Markov D, Goldman M. Normal Sleep and Circadian Rhythms: Neurobiologic Mechanisms Underlying Sleep and Wakefulness. Vol. 29, *Psychiatric Clinics of North America*. 2006. p. 841–53.
6. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes Spectr.* 2016 Feb 1;29(1):5–9.
7. Hood S, Amir S. The aging clock: Circadian rhythms and later life. Vol. 127, *Journal of Clinical Investigation*. American Society for Clinical Investigation; 2017. p. 437–46.
8. Mattis J, Sehgal A. Circadian Rhythms, Sleep, and Disorders of Aging Aging of central and peripheral circadian systems Introduction to the circadian system. Vol. 27, *Trends Endocrinol Metab.* 2016.
9. Buysse DJ. Sleep health: can we define It? does it matter? Vol. 37, *Sleep*. 2014. p. 9–17.
10. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. *Chest [Internet]*. 2014;146(5):1387–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0970>
11. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care [Internet]*. 2020 Mar;26(4 Suppl):S76–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32282177>
12. Overeem S, Black Iii JL, Lammers GJ. Narcolepsy: immunological aspects.

13. Sun SY, Chen GH. Treatment of Circadian Rhythm Sleep–Wake Disorders. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2021;20(6):1022–34.
14. Kim JH, Elkhadem AR, Duffy JF. Circadian Rhythm Sleep–Wake Disorders in Older Adults. *Sleep Med Clin.* 2022;17(2):241–52.
15. Gossard TR, Trotti LM, Videnovic A, St Louis EK. Restless Legs Syndrome: Contemporary Diagnosis and Treatment. Vol. 18, *Neurotherapeutics*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 140–55.
16. Freedom T. Sleep-Related Movement Disorders. *Disease-a-Month.* 2011 Aug;57(8):438–47.
17. Senaratna C V., Perret JL, Lodge CJ, Lowe AJ, Campbell BE, Matheson MC, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2017 Aug 1;34:70–81.
18. Slowik Jennifer M., Sankari Abdulghani, Collen Jacob F. Obstructive Sleep Apnea. *StatPearls*, editor. 2023; 2023.
19. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events Summary of Updates in Version 2.1. 2014.
20. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: An American academy of sleep medicine clinical practice guideline. Vol. 13, *Journal of Clinical Sleep Medicine*. American Academy of Sleep Medicine; 2017. p. 479–504.
21. Gullvåg M, Gjeilo KH, Fållun N, Norekvål TM, Mo R, Broström A. Sleepless nights and sleepy days: a qualitative study exploring the experiences of patients with chronic heart failure and newly verified sleep-disordered breathing. *Scand J Caring Sci.* 2019 Sep 1;33(3):750–9.
22. Kassas P, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulis KI, Zarogiannis SG. Cross Sectional Study of the Community Self-Reported Risk of Obstructive Sleep Apnoea (OSA) and Awareness in Thessaly, Greece. *Clocks & Sleep.* 2022 Feb 10;4(1):16–22.
23. Cowie MR, Linz D, Redline S, Somers VK, Simonds AK. Sleep Disordered Breathing and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. Vol. 78, *Journal of the American College of Cardiology*. Elsevier Inc.; 2021. p. 608–24.
24. Javaheri S, Barbe F, Campos-Rodriguez F, Dempsey JA, Khayat R, Javaheri S, et al. Sleep

- Apnea: Types, Mechanisms, and Clinical Cardiovascular Consequences. Vol. 69, Journal of the American College of Cardiology. Elsevier USA; 2017. p. 841–58.
25. Rundo JV. Obstructive sleep apnea basics. *Cleve Clin J Med*. 2019 Sep 1;86:2–9.
 26. Waldman LT, Parthasarathy S, Villa KF, Bron M, Bujanover S, Brod M. Understanding the burden of illness of excessive daytime sleepiness associated with obstructive sleep apnea: A qualitative study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 May 7;18(1).
 27. Zarhin D. Delaying and seeking care for obstructive sleep apnea: The role of gender, family, and morality. *Heal (United Kingdom)*. 2018 Jan 1;22(1):36–53.
 28. Mehra R. Sleep apnea and the heart. *Cleve Clin J Med*. 2019 Sep 1;86:10–8.
 29. Akashiba T, Inoue Y, Uchimura N, Ohi M, Kasai T, Kawana F, et al. Sleep Apnea Syndrome (SAS) Clinical Practice Guidelines 2020. *Sleep Biol Rhythms*. 2022 Jan 1;20(1):5–37.
 30. Cedernaes J, Lampola L, Axelsson EK, Liethof L, Hassanzadeh S, Yeganeh A, et al. A single night of partial sleep loss impairs fasting insulin sensitivity but does not affect cephalic phase insulin release in young men. *J Sleep Res*. 2016 Feb 1;25(1):5–10.
 31. Ryan S. Adipose tissue inflammation by intermittent hypoxia: mechanistic link between obstructive sleep apnoea and metabolic dysfunction. Vol. 595, *Journal of Physiology*. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 2423–30.
 32. Pendharkar SR, Blades K, Kelly JE, Tsai WH, Lien DC, Clement F, et al. Perspectives on primary care management of obstructive sleep apnea: A qualitative study of patients and health care providers. *J Clin Sleep Med*. 2021;17(1):89–98.
 33. Mohammadi A, Sutherland K, Cistulli PA. Sleep disordered breathing: management update. *Intern Med J*. 2017 Nov 1;47(11):1241–7.
 34. Grivell N, Haycock J, Redman A, Vakulin A, Zwar N, Stocks N, et al. Assessment, referral and management of obstructive sleep apnea by Australian general practitioners: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 1;21(1).
 35. Saglam-Aydinatay B, Uysal S, Taner T. Facilitators and barriers to referral compliance among dental patients with increased risk of obstructive sleep apnea. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2018;76(2):86–91. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1386797>
 36. Cai Y, Tripuraneni P, Gulati A, Stephens EM, Nguyen DK, Durr ML, et al. Patient-Defined

Goals for Obstructive Sleep Apnea Treatment. *Otolaryngol - Head Neck Surg* (United States). 2022 Oct 1;167(4):791–8.

37. Baron KG, Gilyard SG, Williams JL, Lindich D, Korálník L, Lynch EB. Sleep-related attitudes, beliefs, and practices among an urban-dwelling African American community: a qualitative study. *Sleep Heal*. 2019 Aug 1;5(4):418–25.
38. Rodgers B. Breaking Through Limbo: Experiences of Adults Living With Obstructive Sleep Apnea. *Behav Sleep Med*. 2014;12(3):183–97.
39. Ye L, Antonelli MT, Willis DG, Kayser K, Malhotra A, Patel SR. Couples' experiences with continuous positive airway pressure treatment: a dyadic perspective. *Sleep Heal*. 2017 Oct 1;3(5):362–7.
40. Shaw R, McKenzie S, Taylor T, Olafiranye O, Boutin-Foster C, Ogedegbe G, et al. Beliefs and Attitudes Toward Obstructive Sleep Apnea Evaluation and Treatment Among Blacks. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2012 Nov;104(11–12):510–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0027968415302170>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σχέδιο Συνέντευξης

Άξονας I: Παρούσα κατάσταση υγείας

Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας που σας έφερε σήμερα εδώ; Έχετε συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινότητα σας;

Άξονας II: Επαφή με τη μελέτη ύπνου

Πως ήρθατε σε επαφή με τη Μελέτη Ύπνου;

Σας πρότεινε κάποιος; Εάν ναι ποιος;

Ποιος σας ενημέρωσε; Τι πληροφορίες σας έδωσε;

Σε πόσο χρονικό διάστημα κλείσατε το ραντεβού σας; Γιατί χρειαστήκατε αυτό το χρονικό διάστημα; Ποιοι παράγοντες σας βοήθησαν να έρθετε; Ποιοι σας δυσκόλεψαν;

Τι αισθήματα σας δημιουργεί η διαδικασία της Μελέτης Ύπνου;

Άξονας III: Ενημέρωση για τη μελέτη ύπνου

Πως πιστεύετε ότι η Μελέτη Ύπνου θα διαφέρει από ένα βράδυ στο σπίτι σας; Από πού προέρχονται αυτές οι απόψεις; Από πού ενημερωθήκατε για τη διαδικασία;

Άξονας IV: Υποστηρικτικά δίκτυα στη μελέτη ύπνου

Υπάρχει υποστηρικτικό πλαίσιο στη σημερινή επίσκεψη; Εάν ναι ποιο; Συνέβαλε στο να έρθετε σήμερα εδώ; Με ποιον τρόπο; Εάν όχι γιατί;

Συνέβαλε το υποστηρικτικό σας πλαίσιο στην σημερινή επίσκεψη;/Ποιο είναι το κοντινό πρόσωπο που το μοιραστήκατε; Γιατί ναι; Γιατί όχι; Με ποιο τρόπο; Ποιο είναι το υποστηρικτικό σας πλαίσιο;

Δημογραφικά Στοιχεία (Φύλο, Ηλικία, Τόπος κατοικίας, Επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, Επίπεδο εκπαίδευσης, Συνήθεια καπνίσματος, BMI, Συννοσηρότητες).