

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΨΠΝΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Παναγιώτα Αρωνιάδα¹, Μαρία Ζάκκα¹, Ανδριάννα Μαγγίτα¹, Ευτυχία Χαμόδρακα, Λεωνίδας Πουλημένος², Γεώργιος Βασιλόπουλος, ¹Αγγελική Στάμου¹

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική», Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
2. Καρδιολόγος Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα, Ελλάδα

DOI: 10.5281/zenodo.17335464

Cite as: Aroniada, P., Zakka, M., Maggita, A., Chamodra, E., Poulimenos, L., Vasilopoulos, G., & Stamou, A. (2024). Factors Associated With Insomnia In Hospitalized Patients With Cardiovascular Diseases. In *Perioperative Nursing Journal (Gorna)* (V. 13, Issue 2, pp. 172–182). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17335464>

Περίληψη

Εισαγωγή: Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο αντίκτυπος της αϋπνίας στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών αποτελεί ολοένα και περισσότερο αντικείμενο έρευνας. Είναι πλέον συναίνεση ότι, οι διαταραχές του ύπνου επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, τη διάθεση και τη γνωστική λειτουργία και συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για σωματικές ασθένειες ή επιδεινώνουν την πρόγνωση νοσημάτων που έχουν ήδη εκδηλωθεί. **Σκοπός** της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αϋπνίας και των συσχετιζόμενων παραγόντων σε νοσηλευόμενους ασθενείς με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. **Υλικό και μέθοδος:** Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 140 νοσηλευόμενοι ασθενείς με νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος σε δημόσιο νοσοκομείο του νομού Αττικής, κατά τη χρονική περίοδο 2024-2025. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Το εργαλείο μέτρησης ήταν η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale, AIS) στην οποία συμπεριλήφθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών. **Αποτελέσματα:** Από τους 140 συμμετέχοντες, το 60,7% ήταν άνδρες, το 66,4% ηλικίας άνω των 70 ετών, το 69,6% συνταξιούχοι και το 91,4% έπασχε επιπλέον από άλλο νόσημα. Όσον αφορά στην αϋπνία των ασθενών, τουλάχιστον το 50% είχε βαθμολογία AIS μικρότερη από 6 (διάμεσος). Επιπλέον το 25% των ασθενών είχε βαθμολογία < 4 και το υπόλοιπο 25% είχε βαθμολογία > 10 (IQR). Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος των τιμών (0-24) της κλίμακας υποδηλώνουν μέτρια επίπεδα αϋπνίας. Η αϋπνία των ασθενών βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το επάγγελμα ($p=0,003$), το νόσημα του καρδιαγγειακού συστήματος, ($p=0,003$), τα έτη από τη διάγνωση του νοσήματος ($p=0,030$) και την ύπαρξη συν-νοσηρότητας ($p=0,013$). **Συμπεράσματα:** Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συσχετίζονται με την αϋπνία των νοσηλευόμενων ασθενών με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος.

Λέξεις κλειδιά: Αϋπνία, καρδιαγγειακές παθήσεις, νοσηλεία

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Παναγιώτα Αρωνιάδα, e-mail: acn23001@uniwa.gr

RESEARCH ARTICLE

FACTORS ASSOCIATED WITH INSOMNIA IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Panagiota Aroniada¹, Maria Zakka¹, Andriana Maggita¹, Eftychia Chamodraka², Leonidas Poulimenos², Georgios Vasilopoulos¹, Angeliki Stamou¹

¹ Postgraduate Program "Applied Clinical Nursing", Department of Nursing, University of West Attica, Athens, Greece

² Cardiologist, Asklepieion General Hospital, Voula, Athens, Greece

Introduction: In recent decades, the impact of insomnia on patients' physical and mental health has increasingly become a subject of research. It is now a consensus that sleep disorders negatively affect quality of life, mood and cognitive function and are associated with an increased risk of physical diseases or worsen the prognosis of diseases that have already manifested. The aim of the study was to explore insomnia and associated factors in hospitalized patients with cardiovascular diseases. **Material and method:** In the present cross-sectional study, were enrolled 140 hospitalized patients with cardiovascular system in a public hospital in Attica prefecture, during the period 2024-2025. Participants were selected using the convenience sampling method. The measurement tool was "Athens Insomnia Scale (AIS)", which included patients' characteristics. **Results:** Of the 140 participants, 60.7% were male, 66.4% were over 70 years old, 69.6% were retired and 91.4% had a comorbidity. Regarding insomnia, at least 50% had AIS score less than 6 (median). In addition, 25% of patients had AIS score < 4 and the remaining 25% had AIS score > 10 (IQR). These values in relation to the possible range of values (0-24) of AIS scale indicate moderate levels of insomnia. Insomnia in patients was found to be statistically significantly related to occupation ($p=0.003$), disease of cardiovascular system ($p=0.003$), the years since diagnosis of the disease ($p=0.030$) and the existence of co-morbidity ($p=0.013$). **Conclusions:** Demographic and clinical characteristics are associated with insomnia in hospitalized patients with cardiovascular diseases.

Keywords: Insomnia, cardiovascular diseases, hospitalization

Corresponding author: Panagiota Aroniada, e-mail: acn23001@uniwa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αϋπνία ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη της δυσκολίας αναφορικά με την έναρξη, την διάρκεια, την σταθεροποίηση ή την ποιότητα του ύπνου με αποτέλεσμα κάποιας μορφής επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της ημέρας.¹⁻³

Η αϋπνία είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή ύπνου στις Ηνωμένες Πολιτείες, με ποσοστά επιπολασμού από 15% έως 24%.² Στον Καναδά παρατηρήθηκε αύξηση της αϋπνίας στους ενήλικες από 13.4% το 2002 σε 23.8% το 2015.³ Στην Ευρώπη, το 33-37% του πληθυσμού αναφέρει συμπτώματα αϋπνίας.^{4,5} Στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στον γενικό πληθυσμό της Θράκης σε δείγμα 771 συμμετεχόντων ηλικίας 24 έως 89 ετών βρέθηκε ότι, οι 141 συμμετέχοντες (18.3%) είχαν αϋπνία.⁶

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα υγείας παρά τις εξελίξεις στην ιατρική περίθαλψη και τη διάγνωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονται για περισσότερους από 17.3 εκατομμύρια θανάτους σε ετήσια βάση, παγκοσμίως.⁷ Άτομα με συμπτώματα αϋπνίας έχουν 41-55% υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, στεφανιαίας νόσου και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν θνησιμότητα που σχετίζεται με καρδιαγγειακά αίτια.^{8,9} Ειδικότερα, η σύντομη διάρκεια ύπνου που ορίζεται ως λιγότερο από έξι ώρες ύπνου τη νύχτα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιομεταβολικές παθήσεις και συμπεριφορές υγείας που προδιαθέτουν σε αυτές.⁸

Παρότι, η παθογένεια της αϋπνίας και της καρδιαγγειακής νόσου δεν είναι πλήρως κατανοητή, πολλοί υποκείμενοι μηχανισμοί επεξηγούν αυτήν την σχέση, όπως η δυσρύθμιση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης, η μη φυσιολογική ρύθμιση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, η αυξημένη δραστηριότητα του

συμπαθητικού νευρικού συστήματος και η υψηλή αθηρογένεση.¹ Η αϋπνία σχετίζεται με μειωμένο μεταβολισμό της γλυκόζης, που διαμεσολαβεί στην πορεία προς την καρδιαγγειακή νόσο.³ Πολλές από τις παθοφυσιολογικές οδούς που αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου επηρεάζονται από την αϋπνία και τη σύντομη διάρκεια ύπνου. Οι δύο οντότητες συνυπάρχουν ή/και έχουν αθροιστικές επιδράσεις στην υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος.^{1,2}

Οι διαταραχές ύπνου προτείνονται ως ο δέκατος τροποποιησιμος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου.⁸ Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία εξέτασε στοιχεία που συνδέουν τις διαταραχές ύπνου και την καρδιαγγειακή νόσο και δημοσίευσε μια δήλωση αιτώντας από τους Οργανισμούς Υγείας να αναπτύξουν συστάσεις για τον ύπνο ενώ παράλληλα τόνισε την ανάγκη για περαιτέρω ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την αντιμετώπιση της αϋπνίας.^{1,2,8}

Η αξιολόγηση των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος έχει οφέλη στη διαχείριση της νόσου. Εξίσου σημαντική είναι η κατανόηση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως η αϋπνία.^{1,2,10}

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αϋπνίας και των συσχετιζόμενων παραγόντων σε νοσηλευόμενους ασθενείς με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος.

2.Υλικό και μέθοδος

1.1. Δείγμα της μελέτης

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη, συμμετείχαν 140 νοσηλευόμενοι ασθενείς με νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος σε δημόσιο νοσοκομείο του νομού Αττικής, κατά τη χρονική περίοδο 2024-2025. Οι συμμετέχοντες

επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας.

1.2. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Τα κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν τα εξής : α) ηλικία άνω των 18 ετών και β) ικανότητα γραφής, ανάγνωσης και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν ασθενείς: α) με ιστορικό ψυχικής νόσου β) με γνωστικές διαταραχές και προβλήματα όρασης ή ακοής και γ) που ελάμβαναν υπναγωγά φάρμακα.

1.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης για την συμπλήρωση του εργαλείου μέτρησης. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκεσε περίπου 20 λεπτά, κυρίως κατά τις απογευματινές ώρες, όταν οι συμμετέχοντες δεν είχαν εξετάσεις, όπως αιμοληψίες, κ.ά.

1.4. Εργαλεία μέτρησης

Το εργαλείο μέτρησης ήταν η «Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale, AIS)», στην οποία συμπεριελήφθησαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

1.4.1. Χαρακτηριστικά ασθενών

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δημιουργήθηκε εργαλείο για την καταγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών. Συγκεκριμένα, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά διερευνήθηκαν: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και η διαβίωση με άλλα μέλη. Αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών διερευνήθηκαν τα εξής: ο τύπος του νοσήματος, τα έτη του νοσήματος και εάν έπασχαν από άλλο νόσημα.

1.4.2. Αξιολόγηση της αϋπνίας

Για την αξιολόγηση της αϋπνίας των ασθενών χρησιμοποιήθηκε «Η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS)». Η μέτρηση πραγματοποιείται με εκτίμηση οκτώ παραγόντων, που αφορούν τον νυχτερινό ύπνο και τη διάθεση εντός της ημέρας. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 0-3 και ο ύπνος

αξιολογείται από την αθροιστική βαθμολογία όλων των παραγόντων. Υψηλότερες τιμές βαθμολογίας δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αϋπνίας σε εύρος τιμών που κυμαίνεται από 0 έως 24. Βαθμολογία AIS ≥ 6 χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της αϋπνίας. Η κλίμακα έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και συγκεκριμένα ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.90 και ο συντελεστής αξιοπιστίας δοκιμής-επανελέγχου σχεδόν 0.90.¹¹

1.5. Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου του νομού Αττικής και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου. Οι ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη αφού παρείχαν την γραπτή συγκατάθεση τους και είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας. Οι ασθενείς συμμετείχαν εθελοντικά και ανώνυμα. Τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και η πολιτική των προσωπικών δεδομένων.

1.6. Στατιστική Ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Τα κριτήρια Kruskal-Wallis, Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας AIS και των χαρακτηριστικών των ασθενών. Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών (ανεξάρτητοι παράγοντες) στη βαθμολογία της κλίμακας AIS (εξαρτημένη μεταβλητή). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με β συντελεστές και 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 28 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή Δείγματος

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει την περιγραφή του δείγματος των ασθενών με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Οι άνδρες αποτέλεσαν το 60,7% των ασθενών και το 66,4% των συμμετεχόντων ήταν άνω των 70 ετών. Το 57,9% ήταν έγγαμοι, το 25,7% είχε πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 58,6% δευτεροβάθμια και το 15,7% τριτοβάθμια. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (69,6%) ήταν συνταξιούχοι. Το 30,0% του δείγματος ζούσε μόνο του, το 26,4% με τα παιδιά του

και το 39,3% με τον/την σύζυγο. Όσον αφορά στο καρδιακό νόσημα, το 27,1% είχε καρδιακή ανεπάρκεια, το 17,9% είχε υποστεί έμφραγμα, το 24,3% είχε κολπική μαρμαρυγή και το 30,7% στηθάγχη. Το 35% των ασθενών μόλις είχε διαγνωσθεί με το καρδιακό νόσημα, το 15,0% είχε το νόσημα για χρόνο μικρότερο από 1 έτος, το 20,7% είχε το νόσημα 2-5 έτη και το 16,4% περισσότερο από 15 έτη. Σχεδόν όλο το δείγμα 91,4% έπασχε από άλλο νόσημα.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα χαρακτηριστικά (n=140)

	n(%)
Φύλο	
Άνδρας	85(60,7%)
Γυναίκα	55(39,3%)
Ηλικία (έτη)	
≤60	24(17,1%)
61-70	23(16,4%)
71-80	56(40,0%)
>80	37(26,4%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος	81(57,9%)
Άγαμος	14(10,0%)
Διαζευγμένος	8(5,7%)
Εν χηρεία	37(26,4%)
Μορφωτικό Επίπεδο	
Δημοτικό	36(25,7%)
Γυμνάσιο-Λύκειο	82(58,6%)
ΤΕΙ-ΑΕΙ	22(15,7%)
Επάγγελμα	
Δημ. Υπάλληλος	3(2,1%)
Ιδιωτ. Υπάλληλος	17(12,1%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	10(7,1%)
Οικιακά	13(9,3%)
Συνταξιούχος	97(69,6%)
Ζείτε με	
Μόνος	42(30,0%)
Γονείς	4(2,9%)
Παιδιά	37(26,4%)
Σύζυγος	55(39,3%)
Άλλο	2(1,4%)
Νόσημα	
Καρδιακή ανεπάρκεια	38(27,1%)
Έμφραγμα	25(17,9%)
Κολπική μαρμαρυγή	34(24,3%)

	n(%)
Στηθάγχη	43(30,7%)
Έτη από την εκδήλωση του νοσήματος	
Διάγνωση	49(35,0%)
≤1 χρόνο	21(15,0%)
2-5 έτη	29(20,7%)
6-10 έτη	12(8,6%)
10-15 έτη	6(4,3%)
>15 έτη	23(16,4%)
Πάσχετε από άλλο νόσημα;	
Ναι	128(91,4%)
Όχι	12(8,6%)

Μέτρηση αϋπνίας

Όσον αφορά στην αϋπνία των ασθενών, παρατηρείται ότι τουλάχιστον το 50% είχε βαθμολογία AIS μικρότερη από 6 (διάμεσος). Επιπλέον το 25% των ασθενών είχε βαθμολογία μικρότερη από 4 και το υπόλοιπο 25% μεγαλύτερη από 10. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος των τιμών υποδηλώνουν μέτρια επίπεδα αϋπνίας των ασθενών.

Πίνακας 2: Περιγραφή της βαθμολογίας της κλίμακας AIS (n=140)

	Εύρος τιμών	Διάμεσος (IQR)
Αϋπνία (AIS)	0-24	6(4-10)

IQR: Ενδοτεταρτημοριακό εύρος

Παράγοντες που συσχετίζονται με την αϋπνία των ασθενών

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των χαρακτηριστικών των ασθενών με την βαθμολογία της

κλίμακας AIS και το ποσοστό της αϋπνίας. Η αϋπνία βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επάγγελμα ($p=0,003$) και το νόσημα ($p=0,003$). Πιο αναλυτικά, οι άνεργοι ασθενείς είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αϋπνία και αντίστοιχα μεγαλύτερη βαθμολογία αϋπνίας (64,3% και διάμεσος 9) σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι (40,0% και διάμεσος 5) ή συνταξιούχοι (53,1% και διάμεσος 6). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αϋπνία και αντίστοιχα μεγαλύτερη βαθμολογία αϋπνίας (65,8% και διάμεσος 9) σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν στηθάγχη (41,9% και διάμεσος 5) και τους ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα (44,0% και διάμεσος 5) ή είχαν κολπική μαρμαρυγή (52,9% και διάμεσος 7). Επιπλέον, μεγαλύτερη βαθμολογία αϋπνίας είχαν οι ασθενείς με 2-5 έτη από την διάγνωση του νοσήματος (διάμεσος 9) και εκείνοι με >15 έτη (διάμεσος 8) ($p=0.030$) καθώς και αυτοί που έπασχαν από άλλο νόσημα (διάμεσος 6, $p=0,013$).

Πίνακας 3: Παράγοντες που συσχετίζονται με την αϋπνία των ασθενών

	Βαθμολογία Αϋπνίας			Βαθμολογία Αϋπνίας ≥6	
	MT (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value	n (%)	p-value
Φύλο			0.112		0.225
Άντρας	7.7(5.6)	5(4-9)		40(47.1%)	
Γυναίκα	8.9(5.9)	7(5-12)		32(58.2%)	
Ηλικία (έτη)			0.259		0.070
≤60	7.1(5.3)	5(4-7)		11(45.8%)	

	Βαθμολογία Αϋπνίας			Βαθμολογία Αϋπνίας ≥6	
	MT (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value	n (%)	p-value
61-70	8.4(4.8)	7(4-12)		14(60.9%)	
71-80	7.5(5.4)	5(4-9)		24(42.9%)	
>80	9.8(6.9)	9(4-12)		23(62.2%)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.093		0.197
Έγγαμος	7.1(4.8)	5(4-9)		37(45.7%)	
Άγαμος/ Διαζευγμένος	9.6(6.8)	6(4-17)		13(59.1%)	
Εν χηρεία	9.5(6.6)	7(5-12)		22(59.5%)	
Μορφωτικό Επίπεδο			0.944		0.674
Δημοτικό	7.6(4.3)	5.5(4-10.5)		18(50.0%)	
Γυμνάσιο-Λύκειο	8.4(6.4)	6(4-10)		44(53.7%)	
ΤΕΙ-ΑΕΙ	8.1(5.6)	5(4-9)		10(45.5%)	
Επάγγελμα			0.106		0.003
Άνεργος/ Οικιακά	9.4(5.1)	9(5-12)		9(64.3%)	
Εργαζόμενος	6.6(4.8)	5(4-7)		12(40.0%)	
Συνταξιούχος	8.5(6.1)	6(4-10)		51(53.1%)	
Ζείτε με			0.609		0.993
Μόνος	9.1(7.1)	6(5-10)		23(54.8%)	
Παιδιά	7.6(4.1)	7(4-10)		21(56.8%)	
Σύζυγος	7.7(5.5)	5(4-9)		25(45.5%)	
Νόσημα			0.004		0.003
Καρδιακή ανεπάρκεια	11.7(7.8)	9(5-17)		25(65.8%)	
Έμφραγμα	6.7(4.6)	5(4-8)		11(44.0%)	
Κολπική μαρμαρυγή	7.6(4.5)	7(4-10)		18(52.9%)	
Στηθάγχη	6.4(3.4)	5(4-7)		18(41.9%)	
Έτη από την εκδήλωση του νοσήματος			0.030		0.132
Διάγνωση	6.6(4.2)	5(4-7)		20(40.8%)	
≤1 χρόνο	8.0(6.1)	5(4-12)		8(38.1%)	
2-5 έτη	10.1(6.7)	9(6-10)		23(79.3%)	
6-15 έτη	7.1(3.2)	6(4-9)		9(50.0%)	
>15 έτη	10.1(7.6)	8(4-17)		12(52.2%)	
Πάσχετε από άλλο νόσημα;			0.013		0.150
Ναι	8.5(5.9)	6(4-10)		70(54.7%)	
Όχι	4.9(2.0)	4(4-5)		2(16.7%)	

MT: μέση τιμή, TA: Τυπική απόκλιση, IQR: Ενδοτεταρτημοριακό εύρος

συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την αϋπνία των ασθενών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Επίδραση των παραγόντων στην αϋπνία

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να

Βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι ασθενείς είχαν 0,1 μονάδες υψηλότερη αϋπνία σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν άνεργοι ($\beta=0,1$ 95%ΔΕ:[0,01-0,9], $p=0,039$).

Πίνακας 4: Εκτίμηση της επίδρασης των παραγόντων στην αϋπνία των ασθενών

	Βαθμολογία Αϋπνίας	
	β συντ (95% ΔΕ)	p-value
Επάγγελμα		
Άνεργος/ Οικιακά	Κατ.Αναφ.	
Εργαζόμενος	0,1(0,0-0,9)	0,039
Συνταξιούχος	1,0(0,2-4,8)	0,991
Νόσημα		
Καρδιακή ανεπάρκεια	Κατ.Αναφ.	
Έμφραγμα	0,5(0,1-2,1)	0,315
Κολπική μαρμαρυγή	2,7(0,7-10,7)	0,166
Στηθάγχη	1,0(0,2-4,1)	0,954
Έτη από την εκδήλωση του νοσήματος		
Διάγνωση	Κατ.Αναφ.	
≤1 χρόνο	0,4(0,0-2,7)	0,329
2-5 έτη	1,9(0,5-7,5)	0,356
6-15 έτη	1,3(0,3-5,6)	0,766
>15 έτη	2,4(0,6-10,2)	0,224
Πάσχετε από άλλο νόσημα; (Όχι vs Ναι)	5,0(0,6-41,9)	0,141

β συντ: β συντελεστές παλινδρόμησης, ΔΕ: διάστημα εμπιστοσύνης, Κατ. Αναφ.: Κατηγορία αναφοράς

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια επίπεδα αϋπνίας. Σε σύγκριση με τον ύπνο στο σπίτι, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς έχουν μικρότερη διάρκεια ύπνου περισσότερο από μία ώρα, ξυπνούν κατά μέσο όρο 44 λεπτά νωρίτερα και έχουν περισσότερες νυχτερινές αφυπνίσεις, λόγω πολλών παραγόντων, όπως θόρυβος, φωτεινότητα και διακοπές από το προσωπικό.¹² Κάποιες φορές, ο συνολικός αριθμός ωρών ύπνου σε 24 ώρες μπορεί να είναι φυσιολογικός, ωστόσο το 50% του ύπνου συμβαίνει κατά την ημέρα σε σύντομες περιόδους.¹³ Όσοι πάσχουν από χρόνια αϋπνία μπορεί να εμφανίσουν έξαρση των συμπτωμάτων κατά τη νοσηλεία τους.¹² Η αϋπνία που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο υποχωρεί μετά την έξοδο με το 90% των

ασθενών να αναφέρουν βελτίωση εντός δύο εβδομάδων μετά το εξιτήριο.¹³ Ωστόσο, οι Willinger και συν.,¹⁴ έδειξαν ότι, ο ύπνος που επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, δεν βελτιώθηκε τρεις μήνες μετά την νοσηλεία. Η διαταραχή του ύπνου που ξεκινά με τη νοσηλεία μπορεί να επιμείνει και να αποτρέψει τη λειτουργική ή την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μετά την έξοδο. Η οξεία αϋπνία δεν απαιτεί ειδική θεραπεία, ενώ η χρόνια απαιτεί κλινική προσοχή ανεξάρτητα από τις υποκείμενες αιτίες.⁸ Η αϋπνία που εκδηλώνεται στο νοσοκομείο συνδέεται με χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τη νοσοκομειακή περίθαλψη.¹³

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αϋπνία σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν στηθάγχη, κολπική μαρμαρυγή και τους ασθενείς που είχαν

υποστεί έμφραγμα . Στους νοσηλευόμενους ασθενείς με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος έχουν παρατηρηθεί ποσοστά μέτριας έως σοβαρής αϋπνίας σε ποσοστό έως 37%, τα οποία παραμένουν 4-6 εβδομάδες μετά το καρδιακό επεισόδιο. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα ποσοστά μειωμένης ποιότητας ύπνου μπορεί να ανέλθουν έως 71.7%. Η αϋπνία έχει συσχετιστεί με επιδείνωση της κλινικής έκβασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου και με κίνδυνο υποτροπής καρδιαγγειακού επεισοδίου.¹⁵⁻¹⁷ Η διαταραχή του ύπνου είναι διαδεδομένη τον πρώτο χρόνο μετά από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.^{14,18,19} Έχειδειχθεί ότι, οι β-αναστολείς, παρότι αποτελούν θεμελιώδη φαρμακευτική επιλογή στη θεραπεία ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ψυχιατρικών ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος.⁸ Στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, σημαντικοί παράγοντες που πυροδοτούν την αϋπνία είναι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Τα διουρητικά μπορούν να συζητηθούν ως φάρμακα που αυξάνουν την πιθανότητα αϋπνίας μέσω νυκτουρίας. Τα αίτια της νυκτουρίας περιλαμβάνουν ανακατανομή υγρών που σχετίζεται με οιδηματώδεις καταστάσεις (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσο), την ηλικία (υπερτροφία προστάτη), την ανεπάρκεια βαζοπρεσίνης και την απορρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.⁸ Έως σήμερα, το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην αποφρακτική άπνοια ύπνου σε ασθενείς με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος λόγω της συσχέτισης μεταξύ της διαταραχής της αναπνοής κατά τον ύπνο και της καρδιαγγειακής νοσηρότητας.¹⁵ Η παροχή φροντίδας ανάλογα με τους ατομικούς στόχους και η ενίσχυση της εκπαίδευσης των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της καρδιακής ανεπάρκειας. Επισημαίνεται η σπουδαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης του κλινικού συνδρόμου της καρδιακής ανεπάρκειας.

Επίσης, τα ευρήματα έδειξαν ότι, οι άνεργοι ασθενείς είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αϋπνία σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι. Πιθανώς, το εύρημα συνδέεται με την ψυχική υγεία και κυρίως το άγχος. Οι Huang και συν.,²⁰ αναφέρουν ότι, η χαμηλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση αποτελούν παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης προβλημάτων από την ψυχική σφαίρα. Ομοίως, οι Gullich και συν.,²¹ υποστηρίζουν ότι, η ανεργία σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη νοσηλεία, ενώ οι Yang και συν.,²² αναφέρουν ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να διατηρήσουν την εργασιακή τους απασχόληση με αποτέλεσμα να βιώνουν οικονομική αστάθεια που επιδεινώνεται από το υψηλό κόστος υγειονομικής περίθαλψης.³

Παρότι, η αϋπνία και οι διαταραχές ύπνου είναι μια πρόκληση για τη δημόσια υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες, εντούτοις παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στον επιπολασμό τους. Οι ανισότητες αποδίδονται στους πληθυσμούς και στο χρόνο εκπόνησης της κάθε μελέτης, στους ορισμούς της αϋπνίας και στις μεθοδολογίες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή της. Η απουσία ενός «χρυσού προτύπου» για την εκτίμηση του ύπνου μπορεί να απεικονιστεί στον επιπολασμό της αϋπνίας που κυμαίνεται από 5% έως και 50%. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι, ο τρόπος ζωής στη σύγχρονη κοινωνία έχει περιορίσει τον διαθέσιμο χρόνο για επαρκή ύπνο τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα. Προσφάτως, η πανδημία COVID-19 αναδείχθηκε ως ένας νέος παράγοντας για την υγεία του ύπνου.⁶

Οι παρεμβάσεις που βελτιώνουν την αϋπνία περιλαμβάνουν την ενημέρωση των νοσηλευόμενων ασθενών σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων, τον χρόνο λήψης των ζωτικών ελέγχων ή λιγότερο συχνούς ελέγχους ζωτικών σημείων στους σταθερούς ασθενείς και τη συμπτωματική διαχείριση της νόσου, όπως πόνος, ναυτία, έμετος, κ.λπ..¹³ Η πληροφόρηση επιτρέπει σε κάθε ασθενή να σχηματίσει πλήρη εικόνα της καταστάσεως της υγείας του και γενικότερα να

εμβαθύνει στην κατανόηση της νόσου. Η ακριβής πληροφόρηση έχει οφέλη για τους ασθενείς, την οικογένεια και το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε χώρας και αυξάνει τον βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα.^{23,24}

Δεδομένης της σπουδαιότητας του ύπνου για την συνολική υγεία, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον προσδιορισμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική και δεν υπήρχαν στοιχεία για την ανάδειξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ των υπό αξιολόγηση διαστάσεων. Επίσης, η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας δεν ήταν αντιπροσωπευτική όλων των νοσηλευόμενων ασθενών με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος στην Ελλάδα, περιορίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ένας επιπλέον περιορισμός ήταν ότι, μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο του νομού Αττικής. Το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό, παρόλα αυτά αναδείχθηκαν συσχετίσεις.

Βιβλιογραφία

1. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on physical and mental health. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(12):418.
2. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest.* 2017;152(2):435-444.
3. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care.* 2020;26(4 Suppl):S76-S84.
4. Gibson MJ, Lawlor DA, Millard LAC. Identifying the potential causal role of insomnia symptoms on 11,409 health-related outcomes: a phenome-wide Mendelian randomization analysis in UK Biobank. *BMC Med.* 2023;21(1):128.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες συσχετίζονται με την αϋπνία νοσηλευόμενων ασθενών με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Τα ευρήματα που συσχετίζονται με την αϋπνία αναμένεται να δια φωτίσουν τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη βελτίωση του ύπνου των νοσηλευόμενων ασθενών. Ωστόσο, λίγες παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία της αϋπνίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς, εν μέρει λόγω της έλλειψης έρευνας για την κατανόηση των συσχετιζόμενων παραγόντων σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό. Αυτό το κενό γνώσης καθιστά δύσκολη την ανάπτυξη και υλοποίηση παρεμβάσεων που στοχεύουν στον πληθυσμό νοσηλευόμενων ασθενών.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση της αϋπνίας των ασθενών μέσω της παρακολούθησης, της ακρόασης και της ιεράρχησης των αναγκών τους.

5. Torsvik S, Bjorvatn B, Eliassen KE, Forthun I. Prevalence of insomnia and hypnotic use in Norwegian patients visiting their general practitioner. *Fam Pract.* 2023;40(2):352-359.
6. Kyrtopoulos M, Tsiptsios D, Karapepera V, Karatzetzu S, Tsiakiri A, Manolis A, Leontidou E, Sousanidou A, Tsamakakis K, Kaltsatou A, Trypsiani I, Nena E, Serdari A, Steiropoulos P, Tripsianis G. A Questionnaire-Based Cross-Sectional Study of Insomnia among Middle-Aged Adults from Greece's Northeastern Fringe, Thrace. *Maedica (Bucur).* 2023;18(3):404-412.
7. Alexandri A, Georgiadi E, Mattheou P, Polikandrioti M. Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2017;2:e90-e99.

8. Stapel B, Alvarenga ME, Kahl KG. Pharmacological and psychological approaches to insomnia treatment in cardiac patients: a narrative literature review. *Front Psychiatry*. 2025;16:1490585.
9. Mahmood A, Ray M, Dobalian A, Ward KD, Ahn S. Insomnia symptoms and incident heart failure: a population-based cohort study. *Eur Heart J*. 2021;42(40):4169-4176.
10. Polikandrioti M, Goudevenos I, Michalis L, Nikolaou V, Dilanas Ch, Olympios Ch, Votteas V, Elisaf M. Validation and reliability analysis of the questionnaire "Needs of hospitalized patients with coronary artery disease". *Health science Journal*. 2011;5(2):137-148.
11. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48(6): 555-560.
12. Salahub C, Wu PE, Burry LD, Soong C, Sheehan KA, MacMillan TE, Lapointe-Shaw L. Melatonin for Insomnia in Medical Inpatients: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2022;12(1):256.
13. Ho A, Raja B, Waldhorn R, Baez V, Mohammed I. New onset of insomnia in hospitalized patients in general medical wards: incidence, causes, and resolution rate. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2017;7(5):309-313.
14. Willinger CM, Waddell KJ, Arora V, Patel MS, Ryan Greyson S. Patient-reported sleep and physical function during and after hospitalization. *Sleep Health*. 2024;10(2):249-254.
15. Frøjd LA, Munkhaugen J, Moum T, Sverre E, Nordhus IH, Papageorgiou C, Dammen T. Insomnia in patients with coronary heart disease: prevalence and correlates. *J Clin Sleep Med*. 2021;17(5):931-938.
16. Jackson CL, Redline S, Emmons KM. Sleep as a potential fundamental contributor to disparities in cardiovascular health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:417-440.
17. Da Costa D, Allman AA, Libman E, Desormeau P, Lowensteyn I, Grover S. Prevalence and Determinants of Insomnia After a Myocardial Infarction. *Psychosomatics*. 2017;58(2):132-140.
18. Sedighi J, Luedde M, Gaensbacher-Kunzendorf J, Hippe HJ, Bauer P, Assmus B, Sossalla S, Kostev K. Association between sleep disorders and subsequent heart failure. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2025;57:101618.
19. von Känel R, Meister-Langraf RE, Zuccarella-Hackl C, Schiebler SLF, Znoj H, Pazhenkottil AP, Schmid JP, Barth J, Schnyder U, Princip M. Sleep disturbance after acute coronary syndrome: A longitudinal study over 12 months. *PLoS One*. 2022;17(6):e0269545.
20. Huang M, Liu Y, Wang J, Mo L, Wang Y, Chen L, Dong Z, Guo W, He N, Chen R, Luo S, Yu J, Zhang L. High rates of depression anxiety and suicidal ideation among inpatients in general hospital in China. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019;23(2):99-105.
21. Gullich I, Ramos AB, Zan TR, Scherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):644-657.
22. Yang MS, Abdallah MB, Bashir Z, Khalife W. Heart Failure Beyond the Diagnosis: A Narrative Review of Patients' Perspectives on Daily Life and Challenges. *J Clin Med*. 2024;13(23):7278.
23. Polikandrioti M, Babatsikou F. Information to coronary disease patients. *Health Science Journal*. 2013;7(1):3-10.
24. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patients' needs. *Peri-operative Nursing*. 2013;2(2):73-83. (In Greek . .