

Küsimus

Kas kasutada **unepäevikut** või **mitte kõigil unetuse kahtlusega patsientidel** ?

SIHTRÜHM:	Kõik unetuse kahtlusega patsiendid	TAUST:	Unepäevikut soovitatakse kasutada esmavalikuna unehäirete diagnoosimisel ja diferentseerimisel. Unepäeviku abil on võimalik hinnata patsiendi uneharjumusi ja asjaolusid, mis võivad patsiendi und mõjutada, diferentseerida erinevaid unehäireid, kindlaks määrata ravi eesmärgid ning hinnata ravi efektiivsust.
SEKKUMINE:	unepäevikut		
VÕRDLUS:	mitte		
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	<p>Diagnostilise testi tundlikkus</p> <p>Aeg diagnoosimiseni</p> <p>Diagnostilise testi positiivne ennustatav väärtus</p> <p>Diagnostilise testi spetsiifilisus</p> <p>Diagnostilise testi negatiivne ennustatav väärtus</p>		Unepäeviku täitmine on prospektiivne, seetõttu on vähem meenutamist tingitud ebatäpsusi võrreldes küsimustikega. Soovitatavalt tuleks päevikut täita vähemalt 2 nädalat, sest päeviku täitmine nõuab veidi harjumisaega.
OLUKORD:	Arstid, hambaarstid, õed, ämmaemandad, psühholoogid, unehäiretega patsientidega tegelevad spetsialistid		Kasutusel on erinevaid unepäevikuid ja need ei ole reeglina standardiseeritud. 2005 aastal on grupi unehäirete spetsialistide poolt välja töötatud konsensuslik unepäevik (Consensus Sleep Diary). Lisaks ekspertidele on päevikut hinnanud nii diagnoositud unetuse kui ka ilma unehäireta inimestest moodustatud fookusgrupid. Päevik koosneb kolmest osast: põhiosa, laiendatud päevik hommikuks ja laiendatud päevik õhtuks (vt lisa).
PERSPEKTIIV:			

Hinnang

	OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
PROBLEEM	<p>Kas probleem on prioriteetne?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ei ○ pigem ei ● pigem jah ○ jah ○ varieerub ○ ei oska öelda 	<p>Otsingu tulemusena ei leidunud ühtegi süstemaatilist ülevaadet. Leidus 25 artiklit, millest sobivaks osutus 4. Ravijuhendeid leidus 2. Unepäevikut tervikuna ei ole võimalik hinnata tulemusnäitajate suhtes vaid kõiki hinnatavaid parameetreid eraldi.</p> <p>Unepäevikut soovitatakse kasutada 2 ravijuhendis:</p> <p>2008 aastal AASM (1) poolt välja antud ravijuhendis soovitatakse kasutada unepäevikut vähemalt 2 nädalat, enne ja pärast ravi alustamist. Lisaks tavapärastele parameetritele võiks unepäevik sisaldada ka patsiendi hinnangut une kvaliteedi, päevase unisuse, ravimite, kohvi ja alkoholi tarvitamise kohta. Soovitus on konsensuslik, põhineb kahel uuringul.</p> <p>2009 Hispaanias (2) koostatud ravijuhendis soovitatakse kasutada lisaks muudele meetoditele unehäirete diferentseerimiseks ja ravi efektiivsuse hindamiseks. Minimaalselt 2 nädalat, ravi efektiivsuse hindamiseks peaks päevikut täitma vähemalt 2 kuud (tõenduse tase D).</p> <p>Üksikuuringud:</p>	<p>Antud kliinilise küsimuse otsingu ajaline piirang oli 10 aastat, sest 5 aastase ajalise piirangu kasutamisel ei leidunud ühtegi ravijuhendit.</p> <p>McCall jt uuringus mõõdetud</p>

1. **Natale jt (2015)**(3) uuringu eesmärgiks oli välja töötada CSD hinnatavate parameetrite piirväärtused, et eristada unetusega patsiente normaalse unega patsientidest. Retrospektiivne uuring, 831 patsienti (295 unetusega ja 536 normaalse unega patsienti).

Tabel 1. Unepäeviku küsimused ja nende põhjal mõõdetavad parameetrid

TABLE 1. Items of the Sleep Diary Used in the Present Study With Relative Response Format (at the Top) and Considered Sleep Parameters With Relative Scoring Method (at the Bottom)

Sleep Diary Item	Response Format
Item 1: What time did you get into bed?	Hours and minutes
Item 2: What time did you try to go to sleep?	Hours and minutes
Item 3: How long did it take you to fall asleep?	In minutes
Item 4: How many times did you wake up, not counting your final awakening?	Number
Item 5: In total how long did these awakenings last?	In minutes
Item 6: What time was your final awakening?	Hours and minutes
Item 7: What time did you get out of bed for the day?	Hours and minutes
Item 8: How would you rate the restorative quality of your sleep?	Likert scale ranging from 0 (no restorative) to 5 (very restorative)
Item 9: Comments (if applicable)	(for example: I had a heavy dinner)
Item 10: In total how long did you sleep?	In hours and minutes
Sleep Diary Parameters	Scoring
TIB	(Item 7 – Item 2) + 24
SOL	Item 3
NWAK	Item 4
WASO	Item 5
TWAK	Item 7 – Item 6
TSTr	Item 10
TSTc	TIB – (SOL + WASO + TWAK)
SEr	(TSTr/TIB) * 100
SEc	(TSTc/TIB) * 100
SEa	(TSTc/(TSTc + WASO)) * 100
Restorative quality of sleep	Item 8

TIB = time in bed; SOL = sleep onset latency; NWAK = number of awakenings; WASO = wake after sleep onset; TWAK = terminal awakening; TSTr = total sleep time referred; TSTc = total sleep time calculated; SEr = sleep efficiency referred; SEc = sleep efficiency calculated; SEa = sleep efficiency awake.

Loading...

piirväärtused erinevad märgatavalt teistes uuringutes mõõdetud piirväärtustest

Loading...

Tulemused:

TABLE 2. Sleep Measures for the Insomnia and Control Groups

	Control Group (<i>n</i> = 536)	Insomnia Group <i>n</i> = 295)	<i>F</i>	<i>p</i>	Cohen <i>d</i>
TIB	460.71 (45.71)	476.98 (75.61)	31.10	<.00001	0.26
SOL	10.54 (8.59)	28.85 (26.29)	195.01	<.00001	0.94
NWAK	.85 (0.82)	1.90 (1.37)	157.99	<.00001	0.93
WASO	7.41 (9.81)	48.35 (52.80)	234.53	<.00001	1.08
TWAK	12.85 (13.76)	49.09 (51.95)	197.11	<.00001	0.95
TSTc	429.95 (45.67)	350.42 (103.92)	166.03	<.00001	0.99
TSTr	436.40 (44.32)	368.62 (72.77)	199.42	<.00001	1.12
SEc	93.35 (4.19)	73.50 (17.57)	508.69	<.00001	1.55
SEr	94.88 (5.12)	78.04 (14.59)	445.98	<.00001	1.54
SEa	98.27 (2.23)	87.21 (15.06)	212.49)	<.00001	1.03
Restorative quality of sleep	3.33 (0.74)	2.74 (0.91)	123.53	<.00001	0.71

Data are reported as means and standard deviations. Statistics and Cohen *d* values are also shown. TIB = time in bed (in minutes); SOL = sleep onset latency (in minutes); NWAK = number of awakenings; WASO = wake after sleep onset (in minutes); TWAK = the time (in minutes) between sleep end and get up time; TSTc = total sleep time calculated (in minutes); TSTr = total sleep time referred (in minutes); SE = sleep efficiency in percentage (SEc based on TSTc; SEr based on TSTr; SEa considering TWAK); restorative quality of sleep = subjective evaluation about restorative quality of sleep, Likert scale ranging from 0 (no restorative) to 5 (very restorative).

TABLE 3. Accuracy of Diary-Based Sleep Items as Related to Insomnia Status

	Cutoff Value	Area Under the ROC Curve	Sensitivity	Specificity	Positive Predictive Value	Negative Predictive Value
TIB	500	0.57	0.31	0.83	0.54	0.65
SOL	16	0.76	0.62	0.84	0.72	0.77
NWAK	1.2	0.76	0.66	0.74	0.62	0.77
WASO	20	0.81	0.61	0.92	0.82	0.79
TWAK	15	0.83	0.81	0.72	0.65	0.86
SEc	87.5%	0.92	0.80	0.90	0.83	0.88
SEr	87%	0.88	0.71	0.92	0.86	0.83
SEa	95%	0.84	0.63	0.92	0.84	0.80
TSTc	390	0.81	0.70	0.83	0.72	0.81
TSTr	390	0.80	0.63	0.86	0.75	0.78
Restorative quality of sleep	3.1	0.70	0.65	0.67	0.56	0.75

ROC = receiver operating characteristic; TIB = time in bed (in minutes); SOL = sleep onset latency (in minutes); NWAK = number of awakenings; WASO = wake after sleep onset (in minutes); TWAK = the time (in minutes) between sleep end and get up time; TSTc = total sleep time calculated (in minutes); TSTr = total sleep time referred (in minutes); SE = sleep efficiency in percentage (SEc based on TSTc; SEr based on TSTr; SEa considering TWAK); restorative quality of sleep = subjective evaluation about restorative quality of sleep, Likert scale ranging from 0 (no restorative) to 5 (very restorative).

For each sleep parameter, the following values are reported: the cutoff value, the value of the area under the ROC curve, the sensitivity, the specificity, the positive predictive value, and the negative predictive value.

Järeldused: uuringu tulemused kinnitavad varasemate uuringute tulemusi ja seetõttu võib antud piirväärtusi kasutada kliinilises töös. Uurijad soovivad kasutada pigem kalkuleeritud parameetreid, sest need on täpsemad kui patsiendi hinnang: TSTc vs TSTr; SEc vs SEr. SEc on tundlikum eristamiseks kahte gruppi, lisaks kalkuleeritakse seda sama moodi kui aktigraafia puhul, mis teeb kahe meetodi võrdlemise lihtsamaks.

2. Levenson jt (2013)(4) uuringu eesmärgiks oli hinnata, milline une parameeter aitab kõige paremini diferentsida unetusega patsiente normaalse unega patsientidest vanemas eas (> 60a) kasutades unepäevikut ja aktigraafiat ning võrrelda neid meetodeid omavahel. 119 uuritavat (79 unetusega vs 40 kontrollgrupis).

Table 2—Area under the curve, cutoff values, and sensitivity and specificity characteristics for sleep diary and actigraphy

	Area Under the Curve (95% CI)	Cutoff Value	Sensitivity	Specificity
Sleep Diary				
SOL	0.84 (0.77-0.92)	17.7	0.76	0.88
WASO	0.93 (0.88-0.98)	20.7	0.88	0.90
SE Awake	0.97 (0.94-0.999)	92.1	0.97	0.90
SE OOB	0.94 (0.89-0.99)	83.77	0.84	0.93
TST	0.87 (0.80-0.93)	388.1	0.77	0.88
Actigraphy				
SOL	0.60 (0.49-0.72)	11.0	0.63	0.63
WASO	0.58 (0.47-0.69)	52.9	0.49	0.71
SE Awake	0.60 (0.49-0.71)	83.5	0.59	0.63
TST	0.61 (0.51-0.72)	372.3	0.46	0.82

SOL, sleep onset latency (min); WASO, wake time after sleep onset (min); SE Awake, sleep efficiency based on lights out to the final awakening; SE OOB, sleep efficiency based on time in bed to time out of bed; TST, total sleep time (min).

Kui jäeti välja ravimeid (bensodiasepiine ja/või antihistamiinikume) kasutavad uuritavad ja uuritavad apnoe-hüpopnoe indeksiga < 15, olid tulemused sarnased.

Järeldused: unepäevikul on suurem sensitiivsus ja spetsiifilisus võrreldes aktigraafiaga (AUC 0,84-0,97 vs 0,58-0,61) eristamaks unetusega patsiente normaalse unega patsientidest. Unepäevikut soovitatakse kindlasti kasutada kliinilises praktikas. Madala hinna tõttu aitab vähendada ravikulusid. Diferentsiaaldiagnostikaks olid parimad järgmised unepäeviku parameetrid: SOL= 17.7 minutit; WASO = 20.7 min; SE ärkvel=92.1%; SE OOB= 83.8%; TST= 388.1 min.

3. McCall jt (2012) (5)uuringu eesmärgiks oli võrrelda aktigraafiat polüsomnograafia ja unepäevikuga unetuse diagnoosimisel depressiooni ja unetusega patsientidel. *Post hoc* analüüs, 54 unetuse ja depressiooniga patsienti.

Tulemused: polüsomnograafia ja aktigraafia tulemustel olulisi erinevusi ei olnud kuid olid olulised erinevused polüsomnograafia ja unepäeviku (tabel 3) ning aktigraafia ja unepäeviku (tabel 4) tulemuste vahel.

Table 3

PSG vs. Sleep Diaries

Variables	Means (Minutes) ± Std Deviation		Mean Difference ± Std Error (Two-Tailed) (Minutes)	Pairwise Correlation
	PSG	Diary		
SLO	28.4 ± 36.9	64.3 ± 59.4	35.8 ± 7.4(p<0.001)	0.44 (p<0.001)
LPS	35.2 ± 37.6	64.3 ± 58.3	29.1 ± 7.4(p<0.001)	0.45 (p<0.001)
WASO	61.1 ± 51.8	85.4 ± 84.0	24.3 ± 10.8(p<0.05)	0.40 (p<0.005)
TST	387.5 ± 64.5	333.1 ± 105.1	54.5 ± 14.1(p<0.001)	0.33 (p<0.05)

Table 4

Actigraphy vs. Sleep Diaries

Variables	Means (Minutes) ± Std Deviation		Mean Difference ± Std Error (Two-Tailed) (Minutes)	Pairwise Correlation
	ACT	Diary		
SLO	24.2 ± 28.0	64.3 ± 59.4	340.0 ± 8.3(p<0.001)	0.22 (NS)
WASO	61.2 ± 40.2	85.4 ± 84.0	24.2 ± 9.3(p<0.05)	0.59(p<0.001)
TST	400.4 ± 41.9	333.1 ± 105.1	67.3 ± 13.1(p<0.001)	0.40(p<0.005)

Järeldused: võrreldes aktigraafiat ja unepäevikut polüsomnograafiaga on aktigraafia mõõtmistulemused täpsemad ja võrreldavad polüsomnograafiaga. Aktigraafia on kasutatav meetod depressiooniga patsientidel unehäirete diagnoosimiseks. Unepäeviku kasutatavuse kohta uurijad järeldusi teinud ei ole.

SOOVITUD MÕJU	<p>Kui suured on eeldatavad soovitud toimed?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ tühine ○ Väike ● keskmiselt ○ Suur <ul style="list-style-type: none"> ○ varieerub ○ ei oska öelda 		
SOOVIMATU MÕJU	<p>Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Suur ○ keskmiselt ○ Väike ● tühine <ul style="list-style-type: none"> ○ varieerub ○ ei oska öelda 		
TÕENDATUSE KINDLUS	<p>Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ üldse mitte ● vähesel määral ○ keskmiselt ○ väga <ul style="list-style-type: none"> ○ Kaasatud uuringud puuduvad 		
VÄÄRTUSHINNANG D	<p>Kui ebakindel või varieeruv on see, kuivõrd inimesed peamisi tulemusnäitajaid väärtustavad?</p>	<p>Carney jt (2012)- ülevaateartikkel konsensusliku unepäeviku väljatöötamise protsessist.</p> <p>25 eksperti koostasid erinevate unepäevikute põhjal tööversiooni mida hindas omakorda laiem spetsialistide ring. Pärast muudatuste sisseviimist moodustati fookusgrupid, et hinnata küsimustiku arusaadavust, sõnastust, ülesehitust, kasutatavust ja asjakohasust patsientide seisukohast. Fookusgruppidesse kuulusid unetusega, uneaegse hingamishäirega ja ilma unehäireta inimesed. Fookusgrupi kommentaare arvestades koostati lõplik konsensuslik unepäevik, millel on 3 versiooni:</p> <p>Põhiversioon- koosneb 9 põhilisest küsimusest</p>	<p>Ülevaateartikkel , madal tõenduse tase</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oluline ebakindlus või varieeruvus ○ Võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus ● Oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub ○ Oluline ebakindlus või varieeruvus puudub 	<p>Hommikune versioon- lisaks täpsustavad küsimused ärkamise ja päevase unisuse kohta, ravimite, alkoholi, kohvi tarvitamise kohta. Täidetakse hommikul</p> <p>Õhtune versioon- koosneb samadest küsimustest mis hommikune versioon aga täidetakse nii õhtul kui ka hommikul: andmed päevaste uinakute, ravimite jm tarbimise kohta lisatakse õhtul, küsimustele öise une kohta vastatakse hommikul.</p>	
MÕJUDE TASAKAAL	<p>Kas soovitud ja soovimatu mõju vahekord soosib sekkumist või võrdlust(tegevus)t ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Soosib võrdlust ○ Pigem soosib võrdlust ○ Ei soosi sekkumist ega võrdlust ○ Pigem soosib sekkumist ○ Soosib sekkumist ○ varieerub ○ ei oska öelda 		
VASTUVÕETAVUS	<p>Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ei ○ pigem ei ● pigem jah ○ jah ○ varieerub ○ ei oska öelda 		

TEOSTATAVUS	Kas sekkumine on teostatav? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ei ○ pigem ei ○ pigem jah ● jah ○ varieerub ○ ei oska öelda 		
--------------------	---	--	--

Otsuste kokkuvõte

	OTSUS							JÄRELDUSED
PROBLEEM	Ei	pigem ei	pigem jah	jah		varieerub	ei oska öelda	
SOOVITUD MÕJU	tühine	Väike	keskmiselt	Suur		varieerub	ei oska öelda	
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmiselt	Väike	tühine		varieerub	ei oska öelda	
TÕENDATUSE KINDLUS	üldse mitte	vähesel määral	keskmiselt	väga			Kaasatud uuringud puuduvad	
VÄÄRTUSHINNANGUD	Oluline ebakindlus või varieeruvus	Võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	Oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	Oluline ebakindlus või varieeruvus puudub				
MÕJUDE TASAKAAL	Soosib võrdlust	Pigem soosib võrdlust	Ei soosi sekkumist ega võrdlust	Pigem soosib sekkumist	Soosib sekkumist	varieerub	ei oska öelda	
VASTUVÕETAVUS	Ei	pigem ei	pigem jah	jah		varieerub	ei oska öelda	
TEOSTATAVUS	Ei	pigem ei	pigem jah	jah		varieerub	ei oska öelda	

Järeldused

Kas kasutada unepäevikut või mitte kõigil unetuse kahtlusega patsientidel ?

SOOVITUSE LIIK	Eelistada alternatiivi <input type="radio"/>	Soovitame sekkumist mitte kasutada või kasutada alternatiivi <input type="radio"/>	Kasutada kas sekkumist või alternatiivi <input type="radio"/>	Pigem eelistada sekkumist <input type="radio"/>	Eelistada sekkumist <input checked="" type="radio"/>
SOOVITUS	Kõigil unetuse kahtlusega patsientidel kasutada unepäevikut kahe nädala jooksul unetuse diagnoosimisel				
PÕHJENDUS	<p>Unepäeviku abil on võimalik hinnata patsiendi uneharjumusi ja asjaolusid, mis võivad patsiendi und mõjutada, diferentseerida erinevaid unehäireid, kindlaks määrata ravi eesmäärke ning hinnata ravi efektiivsust.</p> <p>Unepäeviku täitmine on prospektiivne, seetõttu on vähem meenutamisest tingitud ebatäpsusi võrreldes küsimustikega.</p> <p>Meetod on odav, rakendamine ei nõua lisakulutusi.</p> <p>Meetod on ohutu, soovimatuid mõjusid patsiendile ei ole</p>				
KAALUTLUSED ALAMRÜHMAD OSAS	Tõendusmaterjali unepäeviku kasutatavuse kohta erinevatel patsiendigruppidel üldiselt ei ole. Üks uuring vanemaealistel patsientidel (Levenson) hindab unepäevikut sobivaks sellele patsiendigrupile. Depressiooniga patsientide puhul jääb unepäeviku kasutatavus lahtiseks (McCall)				
RAKENDUSKAALUTLUSED					
JÄLGIMINE JA HINDAMINE					
EDASISTE/TÄPSUSTAVATE UURINGUTE VAJADUS	Konsensuliku unepäeviku tõlkimine ja valideerimine?				

Viidete kokkuvõte

1. S, Schutte-Rodin, L, Broch, D, Buysse, C, Dorsey, M., Sateia. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults.. J Clin Sleep Med; 2008.
2. Guideline development Group for the Management of Patients with insomnia in Primary Care; Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with insomnia in Primary Care. National Health System Quality Plan, Ministry of Health and Social Policy; Health technology assessment unit. Iain entralgo agency. Community of Madrid; 2009.
3. Vincenzo Natale, MD,PhD,Damien Léger,MD,PhD,Virginie Bayon,MD,Alex Erbacchi,MSc,Lorenzo Tonetti,MSc,PhD,Marco Fabbri,MSc,PhD,and Monica Martoni,MSc.. The Consensus Sleep Diary: Quantitative Criteria for Primary Insomnia Diagnosis. PsychosomaticMedicine; 2015.
4. JC, Levenson, WM, Troxel, A, Begley, M, Hall, A, Germain, TH, Monk, DJ., Buysse. A quantitative approach to distinguishing older adults with insomnia from good sleeper controls.. J Clin Sleep Med; 2013.
5. McCall., Catherine. Comparison of Actigraphy with Polysomnography and Sleep Logs in Depressed Insomniacs.. J Sleep Res.; 2012 February.