



INSOMNIOAREN TRATAMENDU EZ- FARMAKOLOGIKOA

GRADU AMAIERAKO LANA
LITERARATURAREN ERREBISIO KRITIKOA

EGILEA: MAIDER MANZANOS QUINTANA

LEKUA: GASTEIZKO ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE-ESKOLA

IKASTURTEA: 2022-2023

ENTREGATZE DATA: 2023/04/24

HITZ KOPURUA: 6650

GRADU AMAIERAKO LANA

AURKIBIDEA

1	Sarrera	3
2	Marko teoriko eta justifikazioa	4
3	Helburuak	7
4	Metodologia	8
	4.1 Diseinu mota	8
	4.2 Bilaketa-estrategia	8
	4.3 Artikuluaren aukeraketa	9
	4.4 Artikuluaren analisisa	9
5	Emaitzak.....	11
	5.1 Insomnio klinikoaren maila.....	12
	5.2 Gaueko sintomatologia	16
	5.3 Eguneko sintomatologia.....	18
	5.4 Lo egiteko farmakoak.....	20
	5.5 Eragin orokorrak.....	20
6	Ondorioak eta limitazioak.....	23
7	Bibliografia.....	26

Eranskinak

1.	Eranskina. Loaren higie neurriak.....	29
2.	Eranskina. Terapia kognitibo konduktualaren saioren adibidea	30
3.	Eranskina. Kontzeptu-taula	31
4.	Eranskina. Bilaketa-taula.....	33
5.	Eranskina. Irakurketa kuantitatiboko azterketen irakurketa kritikoak	37
6.	Eranskina. Irakurketa kuantitatiboko ikerketen irakurketa kritiko garatua	39
7.	Eranskina. Fluxu-diagrama.....	42
8.	Eranskina. Emaitzetarako laburpen taulak	43
9.	Eranskina. Zuhaitz-kategoriala	58
10.	Eranskina. Insomnia Severity Index (ISI)	59
11.	Eranskina. Sleep Condition Indicator (SCI).....	60
12.	Eranskina. Siglen glosarioa	61

1 SARRERA

Marko kontzeptuala eta justifikazioa: insomnioa kalitatezko loa izateko, honen iraupen aproposa izateko, loa hasteko edo loa mantentzeko zailtasun iraunkorrari deritzo. Gizabanakoaren funtzionamenduaren narriadura esanguratsua eragiten du hainbat arlotan, esaterako, maila sozialean, akademikoan, hezkuntzan, lanean edo jokabidean.

Insomnioa loaren nahasmendu ohikoena da biztanleria orokorrean, eta psikiatriako kontsultetan arreta medikoa eskatzeko arrazoi ohikoenetako bat. Gainera, Covid egoeraren ondorioz kasuek gora egin dute. Loaren higiearen (LH) helburuak lo-ohitura hobeak bultzatzea eta bizimoduarekin zein ingurunearekin zerikusia duten eta loaren kalterako izan daitezkeen faktoreen kontzientzia, ezagutza eta kontrola areagotzea dira. Beste alde batetik terapia kognitibo-konduktualak (TKK), insomnioarekin lotutako faktore psikologiko eta kognitiboak eta ustez insomnioa betikotzea eragiten duten portaera-faktoreak tratatzen ditu.

Helburua: Lan honen helburua insomnioaren maneiurako eta honek eragiten dituen ondorioetarako loaren higiearen eta terapia kognitibo-konduktualaren eraginkortasuna frogatzea da.

Metodologia: Literaturaren berrikusketa kritikoa egiteko azken hamar urteetan ingelesez edo gaztelaniaz argitaratutako ausazko saiakera klinikoak erabili dira. Kontsultatutako datu baseak Medline, Cinahl, Cuiden, Lilacs, PsycInfo eta Cochrane izan dira. Gainera, ebidentzian oinarritutako erakundeetan bilaketa egin da, RNAO eta NICEen zehazki. Amaitzeko, eskuzko bilaketaren bidez *Vigilia-sueño* eta *Behaviour Research and Therapy* aldizkariak aztertu dira. Horrela, 15 ausazko saiakuntza kliniko lortu dira.

Emaitzak eta eztabaida: Insomnioaren larritasunean TKKren efektu handiak eta loaren higiearen efektu txikiak frogatu dira. Gaueko eta eguneko sintomatologian, orokorrean terapia kognitiboaren efektua loaren higiearena baino eraginkorragoa izan da. Lo egindako denbora totala, absentismoa eta harremanen gogobetetzea izan dira terapiak efekturik lortu ez dituzten aldagaiak. Hipnotikoen erabileran bi terapiak hobekuntzak lortu dituzte. Eragin orokorretan terapia kognitibo konduktualak emaitza hobeak eman ditu loaren higiearen bano.

Ondorioak: Terapia kognitibo konduktuala ohiko arretan integratzeak eta osasun-profesionalak arlo honetan hezitzeak insomnioa pairatzen duten pazienteei emandako arreta aberastuko luke. Aukera hau lo egiteko tratamendu farmakologikoaren ordezkari baliagarria dela eta epe luzera mantentzen diren onura ugari dituela frogatu da. Gainera, ez denez inolako albo efekturik erregistratu, pazienteen ongizatea babesteko tratamendu egokia da.

2 MARKO TEORIKO ETA JUSTIFIKAZIOA

Loaren nahasmenduen nazioarteko sailkapenaren arabera (ICSD-3), insomnia lo egiteko zirkunstantzia eta aukera egokiak egon arren kalitatezko loa izateko, honen iraupen aproposa izateko, loa hasteko edo loa mantentzeko zailtasun iraunkorrari deritzo. Horrekin batera ondoez edo gizabanakoaren funtzionamenduaren narriadura esanguratsua gertatzen da hainbat arlotan, esaterako maila sozialean, akademikoan, hezkuntzan, lanean edo jokabidean¹.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5 TR) ICSD-3rekin bat dator, diagnostikoa egiteko beste buru-nahasmenduak ere kontutan hartzen direla kenduta².

Insomnio motak iraupenaren edo sintomak agertzen diren momentuaren arabera sailka ditzakegu. Iraupenaren arabera, episodikoa (sintomak 1-3 hilabetez), iraunkorra (sintomak >3 hilabetez) eta errepikakorra (urtebetean sintomak behin edo bitan) ditugu. Bestetik, agertzen diren momentuaren arabera, hiru dira: *hasierakoa* loa hasteko zailtasuna dagoenean, *loari eustekoa* gauean zehar sarritan edo luzaroan esnatzean eta *berantiarra* goizean goiz esnatzean. Oro har, agerpenik ohikoena sintoma horien konbinazio bat da².

Gaur egun helduen % 30-40ak loarekin lotutako keaxaren bat aurkezten du. Insomnia loaren nahasmendu ohikoena da biztanleria orokorrean, eta psikiatriako kontsultetan arreta medikoa eskatzeko arrazoi ohikoenetako bat. Ramlee et al.-en³ arabera, pazienteek subjektiboki loaren kalitate txarra dutela diote, lo egindako denboraren arabera, esnatzean berrituta ez sentitzean eta egunean zehar duten aldartearen arabera^{3,4,5,6}.

Estatu Batuetan eta Europako bost herrialdetan egindako ikerketa baten arabera, Espainian biztanleko benzodiazepinen kontsumoa munduko altuenetakoa da. Horrez gain, Espainiako biztanleriari egindako beste azterlan batzuek erakutsi dute insomnia tratatzeko terapia ez-farmakologikoak noizbait jaso dituzten pazienteen ehunekoa oso txikia dela^{7, 8}.

Gaur egungo datuen arabera, Espainian insomnioaren prebalentzia bikoiztu baino gehiago egin da azken 20 urtean, ia % 47ra heldu arte. 2018 eta 2019 artean, Espainiako hamazortzi urtetik gorakoei egindako ikerketa baten arabera, insomnioaren sintomen prebalentzia %43,4koa da eta insomnio kronikoarena %13,7koa. Emakumeetan eta adinak gora egin ahala prebalentzia handitzen da. Gainera, Covid-19aren egoeratik kasuen prebalentziak gora egin du. Hain zuzen, pandemiaren lehen olatuan insomnioaren sintomen- eta insomnio-nahasmenduaren-tasak bikoiztu ziren, faktore estresagarriek loaren nahasmenduetan duten eragina dela eta^{9,10}.

Insomnioaren kausei dagokienez, faktore predisponenteak sexua, adina, osasun-egoera eta genetikoak dira. Bestetik, faktore prezipitatzailak gertaera estresagarriak edo osasun mentalean

gertatzen diren aldaketa garrantzitsuak dira. Hirugarrenik, faktore prezipitatzailerak lo ez egiteko beldurrarekin edo lotarako ohitura, sinesmen eta portaera ez-egokitzailerekin lotuta daude⁴.

Insomnioaren ondorioak ugariak dira, izan ere, frogatu da insomnioak bizi-kalitatea okertzen duela. Hasteko, nekea eragiten du egunean zehar eta alterazio kognitibo arinak eragiten ditu atentzioan, memorian eta funtzio exekutiboetan^{6,11}.

Lanaren inguruan, gaitasun laborala okertzen du eta absentismo laborala maiztasun handiagoz gertatzen da. Horrek kosteeekin eta zaintzailearen karga handitzearekin batera, ekonomiari eragiten dio^{6,12,13}.

Horretaz gain, depresioa eta antsietatea estuki lotuta daude insomnioarekin eta kexa somatiko ugari ere izan ohi dira, esaterako, gastrointestinalak, arnasketakoak, buruko-mina edo min ez-espezifikokoak. Gainera, gaixotasun kardiobaskularra izateko arrisku handiarekin lotzen da, hilkortasun-arriskua eraginez^{9, 12,14}.

Amaitzeko, paziente hauek osasun-zerbitzuetara maizago jotzen dute eta, ondorioz, osasun-sistemaren baliabideen gastua handitzea dakartzate^{13, 14}.

Insomnioa tratatzeko tratamendua farmakologikoa zein ez-farmakologikoa izan daiteke. Honek mailakatua izan behar du, osasunerako hezkuntzarekin eta neurri ez-farmakologikoekin hasita. Gainera, garrantzitsua da anamnesia egokia egitea, lehenik oinarrizko arazoa tratatu behar delako¹⁴.

Tratamendu farmakologikoa, neurri ez-farmakologikoei porrot egin dutenean eta onurak arriskuak baino nabarmen handiagoak direnean baino ez da erabili behar. Gainera, epe luzean eraginkortasuna ez dago argi ezarrita, eta albo-ondorio ugari ditu. Hala ere, benzodiazepinen preskripzioa altua da, azkarrena eta erosoena delako^{4,13,14}.

Tratamendu ez-farmakologikoei dagokienez, ez dute arriskurik eragiten osasunerako, eta epe luzera ondorio hobek eragiten dituzte. Lan honetan konkretuki loaren higiena (LH) eta terapia kognitibo-konduktuala (TKK) landuko dira. Izan ere, LH ohiko arretan insomnioaren tratamendu ez-farmakologikorako teknikarik erabiliena da. TKK, beste aldetik, azken urteetan asko zabaldutako terapia da. Terapia hauek batere agresiboak dira, baita erizaintza-lanetik gertuen daudenak^{4,13,14}.

LHri dagokionez, jokabideak bideratzeko eta loa errazteko jarraibideak dira. Helburuak lo-ohitura hobek bultzatzea eta loaren kalterako izan daitezkeen faktoreen kontzientzia, ezagutza eta kontrola areagotzea dira. LH desegokia insomnioaren kausa nagusi ohikoena izan ez arren, loa oztopa dezake, baita beste teknikak oztopatu ere^{4,13,14}. (1. *eranskina. Loaren higiena neurriak*).

Bestalde, TKK interbentzio multimodala da. Alde batetik, osagai terapeutikoa du, faktore psikologiko eta kognitiboei heltzeko eta, bestetik, insomnia betikotzea eragiten duten portaera-faktoreentzako osagai espezifikoagoa dago. Beraz, alde batetik, TKK-k ikasitako jokabideak aldatzera eta loak hartzeko beharrezkoa den erlaxazioa lortzea oztopatzen duten pentsamenduak murriztera daude zuzenduta. Bestetik, terapia kognitiboak bi dira: berregituraketa kognitiboa eta intentzio paradoxikoa. Berregituraketa kognitiboa loari eta honen arazoei sortzen duten antsietateari buruzko pentsamendu desegokiak ezabatzea bideratutako terapia da. Intentzio paradoxikoari dagokionez, lo ez egiteko beldurrari lotutako antsietatea gutxitzea du helburu. Horretarako, pazienteari gomendatzen zaio antsietatea duenean edo lo ez egiteko beldurra duenean lo ez geratzeko^{7,14,15,16}. (2. eranskina. *Terapia kognitibo konduktualaren saioen adibidea*)

Lehen mailako arretako erizaina da osasun-profesional egokiena arazo honi aurre egiteko, pazienteekin izaten den ohiko kontaktuagatik eta bere konpetentzia profesionalengatik¹⁴.

Hala ere, farmakoen preskripzioaren joera nagusiak erizainon esku-hartzeko ahalmena murrizten du arlo honetan. Hori dela eta, tratamendu ez-farmakologikoen eraginkortasuna ikertzeak eta emaitzak zabaltzeak erizaintzako profesionalen esku-hartzea bultzatuko luke, proposamen terapeutikoa hobetuz. Era honetan, gaixoen medikalizazioa zein osasun-baliabideen kontsumoa murriztuko da eta erizaintzako lanbidearen garapena sustatuko du^{4,14}.

Laburbilduz, insomnioaren prebalentzia handia da eta inpaktu negatibo ugari dauzka. Gainera, esan bezala, kasu gehienetan tratamendua hipnotikoak ematera mugatzen da. Horregatik, tratamendu ez-farmakologikoen eraginkortasuna frogatzea osasun-sistematik arreta hobea emateko beharrezkoa da. Era honetan, osasun-profesionalek esku-hartze ez-farmakologikoak aplikatu ditzakete¹⁴.

3 HELBURUAK

Lan honen helburua insomnioaren maneirako eta honek eragiten dituen ondorioetarako loaren higiearen eta terapia kognitibo-konduktualaren eraginkortasuna frogatzea da.

4 METODOLOGIA

4.1 DISEINU MOTA

Lanean proposatutako helburuari erantzuna emateko literaturaren berrikuspen bibliografiko kritikoa burutu da.

4.2 BILAKETA-ESTRATEGIA

Lehendabizi, lanaren helburua hitz gakoetan deskonposatu da: insomnioa, tratamendua, metodo ez-farmakologikoak, terapia kognitibo konduktuala eta loaren higieena. Ondoren, hitz horien sinonimoak bilatu dira lengoaia naturalean, ingelesez zein gaztelaniaz. Gero, hitz gakoak lengoaia kontrolatura itzuli dira datu-base bakoitzaren tesauro eta deskriptoreen arabera (3. *eranskina. Kontzeptu-taula*).

Erabilitako deskriptoreak hurrengoak izan dira: Insomnioa identifikatzeko “sleep initiation and maintenance disorders”, “Insomnia” edo “Insomnio”; tratamendua identifikatzeko “Management”, “Nursing Interventions”, “Psychosocial Intervention”, “tratamientos”, “terapias”; metodo ez-farmakologikoak identifikatzeko “Tratamientos no farmacológicos” Cuiden-en kasuan eta “NON-PHARMACOLOGICAL” Lilacs-en; terapia kognitibo-konduktuala identifikatzeko “Cognitive Behavioral Therapy” edo “Cognitive Therapy”; azkenik, loaren higieena identifikatzeko “Sleep Hygiene” edo “HIGIENE DEL SUENO” erabili dira. (3. *eranskina. Kontzeptu-taula*).

Ondoren, aipatutako hitz-gakoen konbinazioa burutu da bilaketa-ekuazioak sortzeko. Horretarako, bilaketa ekuazioan insomnioa, “AND” boleana erabiliz, tratamendu ez-farmakologikoak edo terapia kognitibo konduktuala edo loaren higieenarekin konbinatu da, azken hiruren artean “OR” boleana erabiliz. Horrela, ahalik eta bilaketa osatuena bilatu da artikulurik galdu gabe. Emaitzak gehiegi izan direnean, filtroak aplikatu dira emaitza kopurua murrizteko (argitaratze data, publikazio mota, adin taldeak, hizkuntza). Artikuluen bilaketa prozesua datu base hauek aztertuz egin da: Medline (Ovid), Cinahl, Cuiden, Lilacs, PsycInfo eta Cochrane. (4. *eranskina. Bilaketa-taula*).

Datu-baseetan egindako bilaketaz gain, ebidentzian oinarritutako erakundeak aztertu dira, zehazki, RNAO eta NICE.

Azkenik, eskuzko bilaketa burutu da *Vigilia-sueño* eta *Behaviour Research and Therapy* aldizkarietan. (4. *eranskina. Bilaketa-taula*).

Errebisio kritikoa burutzeko, hauek izan dira ezarritako barneratze irizpideak:

- GAIA: insomnioari aurre egiteko loaren higieenaren eta terapia kognitibo konduktualaren eraginkortasuna aztertu duten artikuluak.

- ARGITARATZE DATA: ahalik eta eguneratuen egoteko 2013-2023 urteen artean argitaratutako artikulak hartu dira kontuan.
- ARGITALPEN MOTA: ausazko saiakera klinikoak baino ez dira hautatu.
- HIZKUNTZA: ingelesez eta gaztelaniaz idatzitako artikulak baino ez dira aztertu.
- POPULAZIOA: 18 urtetik gorako emakume zein gizon osasuntsuak.
- GEOGRAFIA: mundu osoan egindako ikerketak barneratu dira ahalik eta informazio osatuena lortzeko.

Artikuluak baztertzeko erabili diren kanporatze irizpideak honakoak izan dira:

- Barneratze irizpideak ez betetzea.
- Testu osoa (Full text) eskuratzeko ezintasuna.
- Populazioari dagokionez, insomniaz gain beste gaixotasunak pairatzen zituzten pazienteak baztertu dira.
- Terapiak aplikazio digital zehatzen bidez eman dituzten interbentzioak.

4.3 ARTIKULUEN AUKERAKETA

Artikuluaren bilaketa gauzatzeko, barneratze eta kanporatze irizpideak jarraituz, filtroak erabili dira argitalpen datan (2013-2023), laginaren adinean (>18 urte), diseinu motan (ausazko saiakera kliniko) eta hizkuntzan (ingeleza edo gaztelania). Filtrorik gabeko bilaketa ekuazioak ere erabili dira, lortutako emaitzak maneigarriak izan direnean. Hortaz, Medline, Cinahl, PsycInfo eta Cochrane datu baseetan limiteak ezarri dira eta ez Cuiden eta Lilacs-en.

Artikuluaren aukeraketa fluxu-diagramaren ordenari jarraiki burutu da, hau da, 3 fasetan. Lehenengo fasean, datu baseen bitartez 1126 artikulua identifikatu dira, 70 eskuzko bilaketaren bitartez eta 6 artikulua ebidentzian oinarritutako erakundearen bitartez. Errepikatutako 63 artikulua, baztertu dira. Gainontzeko 1139 artikuluetatik, 662 helburuari ez erantzuteagatik baztertu dira (izenburu zein abstract-agatik) eta 396, barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik. Hortaz, bigarren fasera 81 artikulua heldu dira, non full text-ak irakurri ondoren aukeraketa egin den. Fase honetan 66 artikulua kanporatu dira guztira, helburuari ez erantzuteagatik, lagin murriztuegiengatik, neurtutako aldagaiak helburuarekin bat ez etortzeagatik, emaitzarik gabeko saiakerak izateagatik edo barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik. Hirugarren eta azkenengo fasean 15 artikuluen irakurketa kritikoa burutu da (5. eranskina. *Irakurketa kuantitatiboko azterketen irakurketa kritikoak*)(0. eranskina. *Irakurketa kuantitatiboko ikerketen irakurketa kritiko garatua*). Honekin guztiarekin behin-betiko 15 artikulua lortu dira. (7. eranskina. *Fluxu-diagrama*)

4.4 ARTIKULUEN ANALISIA

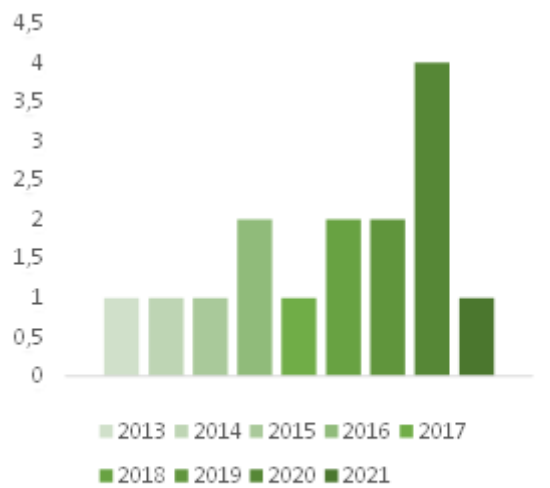
Hautatutako artikuluen analisia bi fasetan banatu da. Lehenengoan, artikulua bakoitzaren ideia orokorrak lortu eta laburpen tauletan islatu dira (8. eranskina. *Laburpen-taulak*). Bigarren fasean analisi zorrotzago bati jarraituz, artikulua bakoitzaren informazioa sakonago adierazi eta taldekatu

da. Edukiak bost kategoriatan sailkatu dira helburuari erantzuteko: insomnioaren larritasuna, gaueko sintomatologia, eguneko sintomatologia, lo egiteko farmakoen erabilera eta eragin orokorrak. (9. *eranskina. Zuhaitz-kategoria*). Lortutako datuekin ondorioak atera dira.

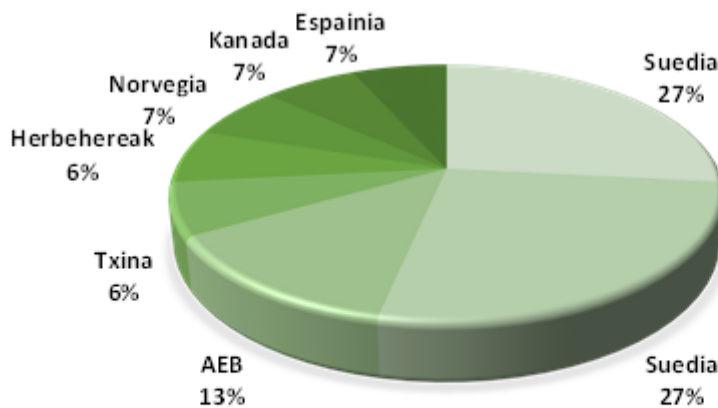
5 EMAITZAK

Ondoren azalduko diren emaitzak aurretik egindako bilaketa bibliografikoari esker aurkitutako hamabost ikerketen datuen bidez lortu dira. Bilaketa prozesuan eskuratutako hamabost artikulua ausazko saiakera klinikoak dira.

Bilaketa bibliografikoa 2023. urtean egin da, baina, artikuluen publikatze-datari dagokionez, 2013 eta 2021 urteen artekoak dira, azken urteetako artikulua bilatu nahi izan baitira. Hamabost artikulua ingelesez idatzita daude. Aipatzekoa da artikuluen gehiengoa azken bost urteetako dela, 2020 urtea nagusia izanda (1. Irudia: Argitalpen datak). Era berean, aukeratutako ikerketen herrialde aniztasuna antzeman daiteke (2. Irudia: Argitalpen herrialdeak).



1. Irudia: Argitalpen datak



2. irudia: Argitalpen herrialdeak

Helburuari erantzuteko asmoz, lortutako informazioa sailkatzeko bost ataletan banatu da. Era honetan, terapiak zuzenean insomnioaren mailan duten eragina eta honek arlo desberdinetan dituen eraginak adierazi dira. Hautatutako atalak insomnio klinikoaren maila, gaueko sintomatologia, eguneko sintomatologia, lo egiteko farmakoak eta eragin orokorrak izan dira. Gainera, bigarren atala sei azpi-arlotan banatu da (loa hasteko denbora, behin lotan egonda esna egondako denbora, esnatutakoaldiak, goizean goiz esnatzea, loaren iraupen totala, loaren kalitatea eta loaren efizientzia). Hirugarren atala ere lau azpi-arlotan adarkatu da (nekea, logura, lana eta harremanak eta funtzio kognitiboak). (9. eranskina. Zuhaitz-kategoria)

Ondoren azalduko diren emaitzak lortzeko interbentzioei, laginei, interbentzioen berezitasunei eta aldagaiak neurtzeko eskalei buruzko informazioa laburpen-tauletan zehazten da. (8. *eranskina. Laburpen taulak*).

5.1 INSOMNIO KLINIKOAREN MAILA

Gaiarekin duen funtsezko erlazioa dela eta, insomnio klinikoaren maila izan da artikuluetan gehien errepikatu den aldagaia, konkretuki hamabost artikuluetatik hamabik jorratu dute gai hau modu zuzenean.

Aldagai hau neurtzeko eskalarik erabiliena *Insomnia Severity Index (ISI)* izan da. (10. *Eranskina: Insomnia Severity Index (ISI)*). Aipatu beharreko da zenbait autorek eskalaren interpretazioa aldatu dutela ikerketaren laginaren arabera.

Van der Zweerde et al.-ek¹⁷ insomnio moderatua (batezbestekoa $ISI=18.9$, TKKan $19.12 (0.42)$ eta LHan $18.74 (0.47)$) zuten helduak TKK edo LH jasotzeko banatu zituzten. TKK erizainek eman zuten, testu formatuan zein bideoan, 5 saiotan. Saioak emateko, erizainei 1,5 orduko aurre-formakuntza eman zitzaion. LHan hezitzeko, familia medikuek insomnioaren jarraibide berrienen bertsio inprimatua jaso zuten, bi praktiken arteko antzeko ezagutza maila sustatzeko. ISlan TKKak hobekuntza handiagoa lortu zuen, oinarritik tratamendu ostera, TKKan $11,04$ eta LHan $16.99(p<0,001)$, zein 26. asteko kontrolera TKKan $12,73$ eta LHan $16,20 (p=0,002)$. Ikerketa honetan erreferentziatza hartu zen ISlan ≥ 8 puntuko jaitsiera hobekuntza bezala eta ISlan < 11 puntu izatea berreskuratuta bezala. Hori dela eta, esan genezake tratamendua amaitu ostean TKK taldeko %56ak hobekuntzak izan zituela eta %65ak insomnioa izateari utzi ziola. LH taldean %12 eta %5 izan ziren bitartean, hurrenez hurren. 26 asteko jarraipenean berdina gertatu zen eta TKK taldean hobekuntzak %46ak izan zituen eta erremisioa %43ak, LH taldean %11 eta %8 izan ziren bitartean, hurrenez hurren.

Ritterband et al.-ek¹⁸ 2016an egindako auskazo saiakera klinikoan, insomnio kronikoa zuten 303 heldu banatu ziren TKK edo loaren hezkuntzara. TKK online modalitatean eman zen 9 astetan zehar. Loaren hezkuntza liburuxka baten eta pazienteari zuzendutako online materialen bidez eman zen. Insomnioa izateari uzteko, autoreek ISlan 8 puntu edo gutxiagotan ezarri zuten muga. Irizpide horri jarraiki, tratamendua amaitzean, 6 hilabetetara eta urte batera egindako jarraipenetan TKK jaso zutenen %40,6ak, %49,1ak eta %56,6ak insomnioa izateari utzi zion, hurrenez hurren. Bestetik, loaren hezkuntza jaso zutenen %11,3ak, %24ak eta %27,3ak lortu zuen erremisioa. Hobekuntza klinikoki esanguratsuari dagokionez, ISlan ≥ 7 puntuko jaitsiera bezala definitu zen. Hortaz, TKKan %52,6, %59,7 eta %69,7ak hobekuntzak izan zuen eta LH taldean, %16,9, %35,7 eta %43ak hurrenez hurren. Urte baten ondorengo jarraipenean TKK-koek ISlan zuten batezbestekoa 8tik beherakoa zen, hau da, berreskuratuta bezala definitu zitezkeen. LH taldeko batezbestekoak ordea insomnioaren azpiatalasea adierazten zuen ($ISI=8-14$ bitartean).

1721 pazientek parte hartu zuten ikerketa egin zuten Vedaa et al.-ek¹⁹. 868k online TKK jaso zuten erabat automatizatutako 6 sesioen bidez. Sesioak interaktiboak eta 9 astetan osatzeko diseinatuak ziren. Bestetik, 853k loaren hezkuntza jaso zuten insomnioari buruzko informazio orokorraren eta LH barne hartzen zituen web orrialde bateko dokumentuen bidez. TKK taldekoek loaren hezkuntza taldekoek baino aldaketa handiagoa eta estatistikoki esanguratsua izan zuten ($p < 0,001$). Zehazki, TKK taldea ISlan 19,2 puntutik 10,4ra murriztu zen, baina loaren hezkuntza, 19,6tik 15,2ra baino ez. Berreskuratzeari dagokionez, ISlan 8 puntu baino gutxiago izatean ezarri zen. Beraz, TKK taldeko %38ak insomnioaren erremisio baldintzak bete zituen eta loaren hezkuntzan %8ak baino ez zuen lortu, taldeen arteko alde esanguratsua adieraziz ($p < 0,001$).

2015eko ausazko saiakuntza kliniko batek²⁰ insomnioa zuten pazienteentzat TKK erabili zuen, non online eta liburu baten bidez insomnioaren tratamendurako aurrez baliagarri bezala identifikatutako TKKren teknikak eskaini ziren(loaren murrizketa, estimuluen kontrola batez ere). Besteek, LH, erlaxazioa eta arreta osoa jaso zituzten, terapeutaren laguntzarik gabe. TKK taldeak efektu handiak izan zituen ISlan, $d=2,07$ tratamenduaren ostean, $d=1,71$ sei hilabete eta gero eta $d=1,95$ urte bat eta gero. Kontrol taldeak ere efektu handiak izan zituen $d=1,09$ tratamenduaren ostean, $d=1,22$ 6 hilabete eta gero eta $d=1,50$ urte bat eta gero. Bi taldeetan efektuak handiak izan arren, TKKan insomnioa izateari utzi ziotenak, hau da, ISlan 8 baino gutxiagoko puntuazioa zutenak %43 tratamendu ostean eta %37 6 hilabetetan izan ziren; kontrol taldeko %15 eta %21arekin alderatuz ($p=0,036$). Baina, 1 urtera TKKan %47 eta kontrolean %39, alde esanguratsurik gabe ($p=0,33$) izan ziren. Bestetik, hobekuntza klinikoki esanguratsuak izan zituztenak, hau da, 8 puntu edo gehiagoren murrizketa izan zutenak, TKK taldean %51, %45, %52 izan ziren hurrenez hurren jarraipen bakoitzean eta kontrol taldean, %24, %27 eta %41. Laburbilduz, TKK jaso zutenek hobekuntza esanguratsuki handiagoa izan zuten kontrol taldeak baino insomnioaren larritasunean tratamenduaren ostean eta 6 hilabeteko jarraipenean ($p < 0,05$). Hala ere, urteko jarraipenean ez zen taldeen arteko alde esanguratsurik ($p=0,26$) egon. Datu hau ez da TKKren efektuaren iraupen mugatuarekin nahastu behar, izan ere, kontrol taldearen hobekuntzaren ondorio izan zen.

Insomnio kronikoa zuten adinduetan egindako ikerketan²¹, TKK edo loaren hezkuntza jaso zuten. TKK langile ez-klinikoek eman zuten talde edo banakako formatuan. Loaren hezkuntza antzeko osasun-hezitzaile ez medikoak eman zuen, talde-formatuan eta gida bati jarraituz. Bi taldeetan ordubeteko bost saio izan ziren sei astetan zehar(bosgarren astean telefono bidezko kontrola egin zen). Jarraipen guztietan TKK taldeak loaren hezkuntza taldeak baino emaitza hobekak izan zituen ($p < 0,001/p < 0,001/p = 0,002$), ondoren azaltzen den bezala. Insomnioa izateari uztea ISI ≤ 8 puntu guztira izatean zehaztu zen. TKK taldeak insomnioa izateari utzi zion tratamenduaren ostean eta hobekuntza mantendu egin zen(puntuazioa 6,0/5,5/6,5 jarraipen bakoitzean hurrenez hurren). Kontrol taldean sei hilabeteko jarraipenean insomnioa izateari utzi zioten eta efektua mantendu egin zen (puntuazioak 8,9/7,8/7,7 jarraipen bakoitzean hurrenez hurren).

Kalmbach et al.-ek²² emakume postmenopausikoak LH, loaren murrizketa terapia eta TKK taldeetan banatu zituen eguneko funtzioa baloratzeko. TKK 6 saio presentzialekin osatu zen. Loaren murrizketa bi asteko interbentzio gisa eman zen. LH online moduan egin zen, pazienteek astean informazio orokorreko 6 mezu elektroniko jasoz. Ikertzaileek frogatu zuten insomnioaren sintomen (ISI) hobekuntzak nekearen ($r=0,32/r=0,40$) eta energiaren ($r=-0,32/r=-0,38$) hobekuntzarekin erlazio estua zuela. Izan ere, berreskuratuek, hau da, $ISI \leq 7$ zutenek, neke gutxiago zuten insomnioa izaten jarraitzen zutenek baino ($d=0,71$ tratamendu ostean eta $d=0,90$ sei hilabetetara). Autore hauen helburua eguneko funtzioak aztertzea zenez, ez zituzten ISlan talde bakoitzak izandako hobekuntzak zehaztu.

Wong et al.-ek²³ 210 heldu tailerren bidez gidatutako TKKra, autolaguntza bidez eskainitako TKKra edo tailerren bidez gidatutako LHra banatu zituzten. Hautatutako pazienteek insomnio moderatua zuten, %55,7ak ISlan 15-21 tarteko puntuazioak zuelarik. Tailerrez bidez egindako eskuhartzeak lau orduko bi saio berdinetan antolatu ziren. Bestetik, autolaguntzako TKK taldeko kideei web orri batean nabigatzeko eskatu zitzaizkien. Insomnioaren larritasuna hiru taldeetan esanguratsuki gutxitu zen oinarritzko egoeratik 8. astera ($p < 0,0001$). Baina 8. astetik 16.era, ez zen aldaketa esanguratsurik egon hiru taldeetako batean ere ez ($p > 0,05$). Zehazki, insomnioa izateari uzteko, autoreek ISlan 8 puntu baino gutxiagotan ezarri zuten muga. Irizpide horri jarraiki, hiru taldeek lortu zituzten erremisioak, zehazki TKK tailerren taldean %24,5ak, TKK autolaguntzan %12,5 eta loaren higinean %18,5ak. Hala ere, ez zen aldaketa esanguratsurik egon hiru taldeen artean ($p=0,28$). Insomnioaren hobekuntza klinikoan, ISlan ≥ 6 puntuko jaitziera bezala definituz, berdina gertatu zen eta ez zen aldaketa esanguratsurik ikusi taldeen artean, hirurek hobekuntzak izan baitzituzten; TKK tailerretan %46,9, TKK autolaguntzan %55,4 eta LHan %64,8 ($p=0,13$). 16 astetara erremisioa lortu zuten %32,7 TKK tailerretan, %23,2 TKK autolaguntzan eta %29,1 LHan ($p=0,56$); hobekuntzak %46,9, %59,6 eta %61,8 izan ziren taldeetan, hurrenez hurren.

ISlazio gain, autore batzuek pazienteek idatzitako loaren egunerokoei esker lortutako datuak erabili dituzte insomnioa izateari uztea definitzeko. Horretarako erabilitako datuak loa hasteko denbora (SOL) eta behin lotan egonda esna egondako denbora (WASO) izan dira. Bi aldagai hauetan 30 minutu edo gutxiagoko datuek insomnioaren erremisioa esan nahi dute.

Bothelius et al.-en²⁴ ikerketan insomnio kronikoa zuten pazienteek 2 eguneko aurre-formakuntza zuten erizainen eta gizarte-langileeen eskutik TKKren bost saio jaso zituzten (60-90 min), bi astean behin. Besteek ohiko tratamendua jaso zuten, farmakologikoa eta LH, alegia. ISlan TKKak esanguratsuki puntuazio txikiagoa lortu zuen LHak baino ($p < 0,001$) tratamenduaren ostean. Izan ere, $ISI < 11,5$ berreskuratuta bezala ezarrita, TKK taldeko 11 paziente (%34) eta bakar bat (%3) LHan insomnio klinikorik gabe etiketatu daitezke. SOL eta WASOren arabera, sei paziente (%19) TKK taldean eta bat (%3) LH taldean sendatu zirela esan genezake. ISI zein SOL/WASO

erremisioak gehituz, TKK taldeko 12 pertsonak eta LHko bi pertsonak insomnia izateari utzi ziotela esan dezakegu. SOL eta WASOren % 50eko murrizketa erreferentziatza izanda, TKK taldeko 2 pertsona "hobetuak baina berreskuratu gabeak" bezala etiketatu daitezke. ISlri dagokionez, hobekuntza moderatua pertsona batek izan zuen TKK taldean. LH taldeko inor ez zen klinikoki hobetu. Amaitzeko, hobekuntzak zein erremisioak kontutan izanda eta ISlren zein SOL/WASOren arabera kalkuluak eginda, TKK taldeko 15 pertsonek(%47) eragin klinikoki garrantzitsua izan zuten eta LH taldean, 2 pertsonek(% 6).

Sandlunda C et al.-ek²⁵ ISlan 18 puntuko batezbestekoa, hau da, insomnio moderatua, zuten 165 pertsona banatu zituen erizainek gidatutako TKK eta LHari buruzko hezkuntzara. TKK, aurretik 2 eguneko formakuntza jaso zuten erizainek eman zuten eta 10 astez emandako 2 orduko 7 saiotan oinarritu zen. Kontrol taldeak LHari buruzko hezkuntza orokorra jaso zuen. Tratamenduaren ostean ISlan hobekuntza handiak egon ziren TKK taldean (18,41tik 10,74ra) eta LHan txikiak izan ziren (17,01tik 16,55ra), taldeen arteko aldeak esanguratsuak zirelarik($p=0,001$). Zehazki, hobekuntza klinikoa 8 puntu edo gehiagoko murrizketan ezarri zen eta berreskurapena, puntuazioan 11 puntu edo gutxiago izatean. Hortaz, TKKan hobekuntzak %50ak izan ziren eta LHan %4,2ak. Berreskurapenari dagokionez, %62,2 izan zen TKKan eta %14 LHan. WASOren arabera, insomnia izateari utzi zioten TKKko %42,5ak eta %19,4ak LHkoen artean, alde estatistikoki esanguratsuekin($p=0,004$).

Drake et al.-ek²⁶ emakume postmenopausikoak LH, loaren murrizketa terapia eta TKK taldeetan banatu zituen gaueko sintomak baloratzeko. TKK 6 saio presentzialekin osatu zen. Loaren murrizketa terapia bi asteko interbentzio gisa eman zen. LH online moduan egin zen, pazienteek astean 6 mezu elektronikoki jaso zituzten. Oinarritik tratamendu ostera, murrizketa esanguratsuak egon ziren hiru taldeetan ISlan($p<0,05$). Hala ere, aldaketa handiak ikusi ziren TKK taldean($d=1,43$) eta aldaketa txikia LH taldean($d=0,37$). Sei hilabeteren ostean ere TKKak aldaketa esanguratsuki handiagoa izan zuen LHak baino, TKKan $d=1,62$ eta LHan $d=0,57$. Insomnia izateari uztea 7 puntu edo gutxiago bezala definituta, LH taldeak ez zuen lortu insomnia izateari uztea($ISI=14,5$ tratamenduaren ostean eta 13,2 sei hilabetetara) eta TKK taldeak, bai(tratamendu ostean $ISI=7,2$ eta 6 hilabetetara 6,9). SOL arabera LH taldeak insomnia izateari utzi zion eta WASOren arabera, 6 hilabetera arte ez zuen lortu. TKKri dagokionez, SOLren zein WASOren arabera insomnia izateari utzi zioten.

Gainontzeko bi artikuluek insomnia neurtzeko erabili duten tresna Sleep Condition Indicator(SCI) izan da. (11. eranskina: *Sleep Condition Indicator (SCI)*)

Luik AI et al.-ek²⁷ egindako ikerketan insomnio kronikoa zuten eta SCIan 16ko puntuazioa edo altuagoa zuten 1711 paziente bi taldeetan banatu zituzten. Online moduko TKK jasotzeko terapeuta birtualaren 6 sesio eta material gehigarria erabili zen. LHari buruzko hezkuntza online eta liburuxka baten bidez eman zen. TKK jaso zutenek emaitza hobekak lortu zituzten

insomnioaren erremisioan zein hobekuntzan (SCIn 6,5tik 16,29 eta 16,67 lortu zutelarik)($p < 0,05$). Gainera, jarraipenetan TKKren emaitzak mantendu ziren eta efektuak handiak izan ziren($d=1.54$).

Amaitzeko, Espie et al.-en²⁸ saiakera klinikoan, insomnio kronikoa zuten pazienteek LHaren hezkuntza edo TKK jaso zuten, aurretik zeukaten tratamendua mantentzen zuten bitartean. TKK era digitalean jaso zuten, 20 minutuko sei sesiotan eta 12 astez. Bestetik, LHan hezitzeko web-orri baten bidez materialak eskuratu zituzten. TKK jaso zutenek hobekuntza handiagoa izan zuten (Cohen $d=0.89$ / $d=1.51$ / $d=1.51$) jarraipenetan, hurrenez hurren(SCI= 13,0 -16,29 -16,89) eta LHarekin konparatuz (SCI=9,96 - 11,05 - 11,66) aldaketa esanguratsua egon zen($p < 0,01$).

Laburbilduz, ikerketa guztiek denboran mantentzen ziren TKKren efektu handiak eta LHaren efektu txikiak frogatu zituzten insomnioaren larritasunean. Gainera, erremisioan eta hobekuntzetan TKKak ere efektu hobeak aurkeztu zituen. Ikerketa baten izan ezik, non LHaren efektu handia ikusi zen insomnioaren hobekuntza klinikoan.

5.2 GAUEKO SINTOMATOLOGIA

Gaueko sintomatologia neurtzeko loaren egunerokoak erabili dira gehienbat. Horiei esker loa hasteko denborari(SOL), behin lotan egonda esna egondako denborari(WASO), esnatutakoaldi kopuruari(NWAK), goizean goiz esnatzeari, lo egindako denbora totalari(TST), loaren kalitateari(SQ), ohean egondako denborari(TIB), esna egondako denbora totala (TWT), loaren kalitate subjektiboari(PSQI), loaren efizientziari(SE) eta gaueko pentsamenduei buruzko informazioa jaso da.

Torrens I et al.-ek²⁹ insomnio kronikoa TKK edo ohiko tratamenduaren bidez tratatzearen eranginkortasuna frogatu zuten. TKK 2 familia medikuk eta 2 psikologok eman zuten. 20 minutuko 5 sesio indibidual eskaini ziren astean behin edo bi astean behin eta saio gehigarri bat benzodiazepinen abstinentziarako. Ohiko arreta medikuek eta erizainek eman zuten eta LHaren hezkuntza eman zuten batez ere(kasuen %95an). Gaueko sintomatologiari dagokionez, PSQI hobeia izan zen TKK jaso ondoren (TKKan %62,5 eta LHan %30), baina emaitzak ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan($p=0,107$). SOL (0-4 minutu artean TKKan %82,4 / LHan %45,5), TST (5 ordu baino gehiago TKKan %68,8 / LHan %11,1), eta NWAKentzat (1-9 aldiz artean, TKKan %88,2 / LHan %54,5) TKKak emaitza esanguratsuki hobeak erakutsi zituen ohiko tratamenduak baino ($p < 0,05$).

Espie CA et al.-en³⁰ beste ikerketa batean, gaueko pentsamenduak aztertu ziren. Horretarako, insomniadun pertsonak online TKKera, plazebo taldera (irudien bitartezko terapia) eta ohiko tratamendura (LH eta tratamendu farmakologikoa) banatu zituzten. TKK taldeak 6 sesio jaso zituen aste batean online programa baten bidez, plazebo taldeak programa bera erabili zuen baina osagai terapeutiko ezagunik gabe. Ohiko tratamenduko taldeak LH neurriak bete zituen baina laguntza gehigarririk gabe. Tratamenduaren ostean erlaxatzeko ezintasunean, entsegua

eta planifikazioan eta kontzientzia handiagoan TKKren eragina moderatua izan zen ($d=0,5$) eta LHan ez zen aldaketa esanguratsurik egon ($p>0,05$), taldeen artean aldaketa esanguratsua zegoelarik($p<0,05$). Kitzikapen mentala, lo egiten gehiegi saiatzea eta loa eta insomnioaren pentsamendua asko hobetu ziren TKKekin ($d=0,8$); LHak aldaketa txikia ($d=0,3$) eragin zuen, beraz, taldeen artean aldaketa esanguratsua egon zen($p<0,05$).

Van der Zweerde et al.-ek¹⁷ lortutako emaitzei erreparaturaz, SEan hobekuntza handiagoa izan zuen TKKak tratamendua amaitu ostean (TKK 77,64 / LH 71,59), ($p<0,001$), zein 26. asteko kontrolean (TKK 76,26 / LH 73,08)($p=0,020$). Tratamenduaren ostean TKKak emaitza hobekak eman zituen WASO (TKK 30,25 / LH 56,92)($p<0,001$), NWAK (TKK 0,85 / LH 1,23)($p<0,001$), TWAK(TKK 25,59 / LH 33,92)($p=0,018$) eta SQan (TKK 2,87 / LH 2,71)($p=0,025$), baina lauretan 26. asteko kontrolean emaitzak parekoak izan ziren bi taldeetan($p>0,05$). TSTan aldiz, tratamendua amaitu ostean ez zen aldaketa esanguratsurik ikusi taldeen artean (TKK 372,49 /LH 372,66)($p=0,122$), baina, jarraipenean TKKak emaitza hobekak izan zituen (TKK 382,02 / LH 369,97)($p=0,017$). SOLean bi taldeek antzeko emaitzak lortu zituzten jarraipen guztietan (TKK 31,41-36,17/ LH 39,67-42,51)($p>0,05$). SEan TKKak efektu handiagoak izan zituen tratamendu ostean (TKK 77,64/ LH 71,59)($p < 0,001$) eta jarraipenean (TKK 76,26 / LH 73,08)($p = 0,020$).

Bothelius K et al.-ek²⁴ frogatu zuten SOLean (TKK 59,6/ LH 71,5)($p=0,001$) eta WASOan (TKK 54,2 /LH 96,3)($p=0,027$) TKKak emaitza hobekak eman zituela tratamenduaren ostean. 18 hilabeteko jarraipenean bi taldeek izan zituzten aldaketa esanguratsuak bi aldagaietan($p<0,05$) baina TKKren eragina handiagoa izan zen SOLean (62,5)($p>0,05$). WASO TKKan gutxiago izan zen tratamenduaren ostean, baina, 18 hilabete eta gero biek izan zituzten aldaketa esanguratsuak(TKK $p=0,000$ / LH $p<0,001$). Ez zen aldaketa esanguratsurik ikusi tratamenduen artean NWAK, SE, TST ezta SQan($p>0,05$).

Sandlunda C et al.-ek²⁵ hobekuntzak frogatu zituzten SOL (TKK 39,45/ LH 56,98), TST (TKK 384, 21/ LH 360,81), SE (TKK %81,3 / LH %74,1), NWAK (TKK 1,69 / LH 2,10), SQ (TKK 3,26 / LH 3,01) eta WASOrako (TKK 55,54 / LH 76,85) TKK taldean. Guztietan, LHarekin konparaturaz, aldaketa estatistikoki esanguratsuak lortu ziren($p>0,05$). Vedaa O et al.-ek¹⁹ emaitza berdinak lortu zituzten SOL (TKK 31,1 / LH 46,4), SE (TKK %83,6 / LH %76,5)eta WASOan (TKK 24,7 / LH 35,1). Gainera, goizean goiz esnatzean (TKK 18,9 / LH 33,0) eta TIBean (TKK 7,5 / LH 8,1) ere aldaketa estatistikoki esanguratsuak lortu zituzten($p<0,001$). Hala ere, emaitza ezberdinak lortu ziren TSTan aurrekoarekin konparaturaz, autore hauek ez baitzuten aldaketa esanguratsurik lortu(TKK 6,3 / LH 6,2), ($p=0,154$).

Urte baten ondorengo jarraipena zuen ikerketa batek¹⁸, TKK zein LHarako efektu esanguratsuak frogatu zituen SOL eta WASOan($p< 0,001$). Hala ere epe motzera TKK taldean efektuak handiak ($d=0,8$) izan ziren eta, txikiak-ertainak ($d= 0,2-0,5$) loaren hezkuntzarako. Jarraipenean, bi taldeek lortu zituzten efektu handiak ($d=0,8$), baina eragina handiagoa izan zen TKKean. Gainera, TKKak

efektu esanguratsuki hobeak lortu zituen SE (TKK 85,59 / LH 77,17)($p < 0,001$), NWAK (TKK 1,31 / LH 1,66)($p = 0,02$) eta SQan (TKK 3,33 / LH 3,03)($p = 0,03$). Ez zen aldaketarik ikusi taldeen artean TSTan (TKK 6,26 / LH 6,13)($p = 0,76$) tratamenduaren ostean. Horrez gain, jarraipenean bi interbentzioen eragina ez zen estatistikoki esanguratsua izan TSTrako (TKK 6,46-6,60 / LH 6,41-6,53)($p > 0,05$).

Kaldo V et al.-en²⁰ aurkikuntzek ez zuten TSTan aldaketa esanguratsurik lortu jarraipenean zehar (TKK 6,61-6,78-6,58 / LH 6,50-6,87-6,73). SQren kasuan TKKak efektu hobeak lortu zituen tratamendu ostean (TKK 3,30 / LH 2,91)($p = 0,022$), baina, beste jarraipenetan ez zen aldaketa esanguratsurik lortu (TKK 3,12-3,16 / LH 2,84-3,13), ($p > 0,05$). SE (TKK 84,7-83,2-82,6 / LH 77,8-79,6-81,0) eta SOLrako (TKK 27,4-35,2-27,7 / LH 40,4-38,8-41,2) jarraipen guztietan TKKak emaitza hobeak lortu zituen, baina taldeen artean ez zen alde esanguratsurik egon ($p > 0,05$).

Alessi C et al.-ek²¹ frogatu zuten SOL (TKK 18,7 / LH 36,3), TWT (TKK 59,1 / LH 125,1), PSQI (TKK 5,5 / LH 7,7) eta SE-Dan (TKK %85,9 / LH %76,2) TKKak estatistikoki emaitza hobeak ematen zituela LHak baino ($p < 0,05$) eta efektuek urte batera arte irauten zutela. WASOren kasuan TKKak emaitza hobeak eman zituen tratamenduaren ostean, baina, sei hilabetetara ez zen aldaketarik ikusi taldeen artean($p = 0,21$) eta urte batetara ere ez($p = 0,81$)(TKK 24,7-30,3-34,5 / LH 44,7-42,8-38,9). Egunerokoen bidez neurtutako SEan, TKKak estatistikoki emaitza hobeak eman zituen arren, aktigrafia bidez neurtutako SEan ez zen tratamenduen arteko aldaketarik ikusi jarraipenaren puntu bakarrean ere ez (TKK 84,7-82,7-82,4 / LH 82,5-83,1-82,6)($p > 0,05$).

Laburbilduz, NWAKen TKKren efektuak handiak eta LHarenak ertainak izan dira gehienetan. Beste batzuek bien efektu moderatuak frogatu dituzte. TSTan ez da efekturik lortu, batean TKKren efektu txikia eta beste batean bi terapien efektu moderatua frogatu dela izan ezik. SEan TKKak efektu handiak eta LHak efektu txikiak lortu dituzte. Aktigrafia bidez neurtutako SEan, bien efektu moderatua ikusi da.

5.3 EGUNEKO SINTOMATOLOGIA

Insomnioak egunean zehar eragiten duen sintomatologia aztertu zen hainbat ikerketan. Zehazki nekea, logura, lanaren eta harremanen gaineko eragina eta akats kognitiboak analizatu dira.

Sandlunda C et al.-ek³¹ insomniadun pertsonen TKK edo LHari buruzko hezkuntza eman zieten. TKK taldeak lau edo zazpi pazientez osatuta zeuden eta bi orduko zazpi saiotan biltzen ziren 10 astetan zehar. Astearen sei saio eta lau aste geroago jarraipen-saio bat egin zen. Kontrol-taldeko pazienteei ohiko tratamendua eskaini zitzaien, hau da, tratamendu farmakologiko hipnotikoa eta LH hezkuntza. Eguneko sintomatologiari buruz, TKKak nekean eragin handiagoa zuela ondorioztatu zuten, LHarekin konparatuz aldaketa estatistikoki esanguratsuak lortuz (TKK 31,02 / LH 35,73)($p < 0,05$). Loguran TKKak efektu positiboak eman zituen, LHak aldaketa estatistikoki esanguratsurik lortu ez zuen bitartean (TKK 9,82 / LH 11,49)($p > 0,05$). Gehitu zuten loaren

zailtasunak eguneko funtzionamendu orokorrean zuen eragina nabarmen gehiago murriztu zela TKKekin LHarekin baino (psikologikoa TKK 44,09/ LH 40,79)(fisikoa TKK 45,46/ LH 47,48)($p < 0.001$). Hala ere, angustia psikologikoa (TKK 44,4/ LH 59,38) eta loaren inguruko kezka (TKK 38,67/ LH 49,75) nabarmen murriztu zen LHarekin($p < 0,001$), TKKak eragin handiagoa izan bazuen ere ($p < 0,05$).

Nekeari dagokionez, Luik AI et al.²⁷, Espie CA et al.²⁸ eta Vedaa O et al.-ek¹⁹ ere TKKak nekea gehiago hobetzen zuela ondorioztatu zuten, LHarekin konparatuz aldaketa estatistikoki esanguratsuak lortuz($p < 0,05$). Gainera, Kalmbach D et al.-ek²² gehitu zuten TKKak aldaketa moderatatu eta handiak($d=0,43/ d=0,81$) lortzen zituela, denboran mantentzen zirenak. Aldiz, LHan ez zen inolako aldaketa esanguratsurik lortu($p < 0,50$).

Hala ere, nekearen inguruan denek ez zituzten emaitza berak lortu. Van der Zweerde T et al.¹⁷ (TKK 33,76/ LH 35,45) eta Bothelius K et al.²⁴ kasu, zeinek ez zuten bi tratamenduen arteko aldaketa esanguratsurik ikusi($p > 0,05$). Dena den, aipatzekoa da bi tratamenduek hobekuntzak eman zituztela eta TKKekin joera hobea izan zela.

Logurari buruz aritzean, Luik AI et al.²⁷ eta Kalmbach D et al.-ek²² TKKak efektu positiboak ematen zituela ikertu zuten eta LHak ez zituen aldaketa estatistikoki esanguratsuak lortu($p > 0,05$). Espie CA et al.-ek²⁸ esandakoa babestu zuten, baina TKKak logurarako aldaketa txikiak($d=-0,12/-0,23/-0,32$) baino ez zituela ematen aurkitu zuten. Azkenik, Bothelius K et al.-ek²⁴ ez zuten tratamenduen arteko aldaketa esanguratsurik lortu tratamenduaren ostean, baina, jarraipenean, eragin esanguratsua egon zen TKKan($p=0,013$) eta ez LHan($p > 0,05$).

Laneko funtzionamenduarekin jarraituz, Luik AI et al.-ek²⁷ ez zuten hobekuntzarik lortu laneko eta harremanen-gogobetetzean($p < 0,05$) tratamendu bakarrean ere ez. Presenteismoari buruz, Espie CA et al.-ek²⁸ efektu txikiak eta moderatuak ikusi zituen TKKekin(Cohen $d=-0,10/ d=-0,41/ d=-0,42$). Aldiz, Kalmbach D et al.-ek²² bezala, laneko absentismoan bi tratamenduetako batean ere ez, ez zen arteko aldaketa esanguratsurik egon (TKK 2,74-2,18/ LH 0,94-1,34). Azken autore hauek ere frogatu zuten lan-denboraren narriadurari dagokionez, TKKak murrizketa moderatuak ematen zituela($d=0,56$), LHak aurretratamenduarekiko aldaketarik ez zuen bitartean($p=0,42$), (TKK 17,44-13,03/ LH 30,79-25,16).

Harremanen gogobetetzea Espie CA et al.-ek²⁸ baino ez zuen ikertu, ikerketa osoan zehar tratamenduen efektu esanguratsurik lortu gabe (TKK 24,45-24,36-24,72/ LH 24,98-25,23-25,45), ($p > 0,05$).

Akats kognitiboari buruz, Luik AI et al.²⁷ eta Espie CA et al.-ek²⁸ TKKekin aldaketa txikiak ($d=0,02$) erakutsi zituzten, LHarekin konparatuz estatistikoki esanguratsuak izan zirenak ($p < 0,05$).

Amaitzeko, Van der Zweerde T et al -ek¹⁷, orokorrean eguneko ondorioetan (TKK 16,04-16,18/ LH 18,55-18,26)($p=0,123$) eta eguneko funtzionamenduan ($p>0,05$) ez zuten aldaketarik ikusi tratamenduen artean, biek hobekuntza esanguratsuak izan zituzten eta.

Laburbilduz, nekerako LHarena baino efektu handiagoa frogatu da TKKrekin. Gehienek TKKren efektu handiak frogatu dituzte eta gutxi batzuek efektu moderatuak. LHan efektu txikiak aurkeztu dira, ikerketa batean salbu, non LHrako efektu handiak ikusi diren. Loguran ere TKKak efektuak lortu ditu, baina txikiak dira. LHak aldiz ez du hobekuntzarik erakutsi. Lanaren eta harremanen-gogobetetzean TKKak presenteismoan efektu txikiak eta lan-denboraren narriaduran efektu moderatuak erakutsi ditu. Ez da aldaketarik eman absentismoan ezta harremanen gogobetetzean TKKrekin. LHak ez du hobekuntzarik lortu arlo bakarren ere ez. Akats kognitiboetan TKKak eragin txikiak lortu ditu eta LHak ez du efekturik lortu.

5.4 LO EGITEKO FARMAKOAK

Ikerketa gehienek lo egiteko farmakoen erabilera jorratu zuten, loaren egunerokoen bidez neurtu zena. Van der Zweerde T et al.¹⁷(farmakorik ez erabiltzea TKK 33%/ LH 39%), Bothelius K et al.²⁴, Ritterband et al.¹⁸ eta Torrens I et al.-ek²⁹ (farmakorik ez erabiltzea TKK %58,8/ LH %36,4) TKKren efektu moderatuki handiagoa ikusi zuten LHarekin konparatuz hipnotikoak erabiltzeari uztean. Alabaina, ez zen estatistikoki esanguratsua izan, LHak ere hobekuntzak lortu baitzituen. Luik Al et al.-en²⁷ ikerketak frogatu zuen bi tratamenduek eragin positiboak izan zituztela, baina TKKren efektua esanguratsuki handiagoa izan zela (farmakoak erabiltzea TKK 1,08/ LH 1,52)($p<0,05$).

Kaldo V et al.-en²⁰ kasuan, TKKren efektu positibo esanguratsuki hobeak frogatu zituen tratamenduaren ostean eta efektuak mantendu egin ziren jarraipenetan. Hori jakinda ere, LHak efektuak hobetu zituen denborarekin eta 1 urteko jarraipenean ez zen tratamenduen arteko alde esanguratsurik egon (farmakoak erabiltzea TKK %10-%21-%27/ LH %38-%40-%37) .

Amaitzeko, Sandlunda C et al.-ek²⁵ TTKren efektu positiboak ikusi zituzten. Aldiz, LHak ez zuen inolako efekturik eragin (farmakoak erabiltzea TKK %44tik %23ra/ LH %33tik %37ra).

Laburbilduz, ikerketek bi tratamenduen efektua frogatu dute lo egiteko farmakoen erabilera murriztean, TKKren efektua handiagoa izan bada ere.

5.5 ERAGIN OROKORRAK

Insomnioak bizitzako beste alderdietan nola eragiten duen ikustatu zuten zenbait autorek. Konkretuki, bizi-kalitatean, osasun funtzional eta psikologikoan, estresean, antsietatean eta depresioan insomnioak duen eragina aztertu da.

Van der Zweerde T et al.¹⁷ (TKK 7,55-7.54/ LH 7,70-7,49) , Bothelius K et al.²⁴, Kaldo V et al.²⁰ (TKK 5,0-5,2-4,5/ LH 4,6-5,0-4,4) , Alessi C et al.²¹ (TKK 3,1-3,0-3,4 / LH 2,9-3,3-2,6) eta Torrens I et al.²⁹ (depresiorik ez TKK %82,4/ LH %81,8)(antsietaterik ez TKK %52,9 / LH %54,5) ados zeuden TKK zein LHak antsietate eta depresioan eragin txikia zeukatela baina ez zela estatistikoki esanguratsua esatean. Beste batzuek, TKKren efektu estatistikoki esanguratsua ($p < 0,05$) ikusi zituzten aldagai hauetarako, konkretuki, Luik AI et al.²⁷, Espie CA et al.²⁸ (depresioan TKK 6,22-6,13 / LH 8,16-7,94 + antsietatean TKK 4,68-4-70 / LH 6,10-6,05), Espie CA et al.³⁰ (depresioan TKK 3,38 / LHan 4,53)(antsietatean TKK 1,74 / LHan 2,98)(estresean TKK 5,04 / LHan 7,27), Sandlunda C et al.³¹ (TKK 9,11 / LH 10,72) eta Vedaa O et al.¹⁹ (TKK 10,2 / LH 11,5), baina efektua txikia izan zen. LHarekin efektu estatistikoki esanguratsua ikusi zituzten estresean Sandlunda C et al.-ek³¹ (TKK 9,82 / LH 11,49) eta antsietatean Espie CA et al.-ek³⁰ (TKK 1,74 / LHan 2,98), TKKrekin konparatuta estatistikoki aldaketa esanguratsua bazegoen ere TKKren alde. Hala ere, LHaren efektuak TKKrenak baino estatistikoki hobekak izan ziren soilik Wong et al.-en²³ ikerketan (TKK tailerrekin 12,9/ TKK autolaguntza 13,5 / LH 12,3).

Bizi kalitatea eta ongizateari dagokionez, Luik AI et al.-en²⁷ ikerketan TKK jaso zutenek efektu onuragarri moderatuak ($d=0,5$) lortu zuten osasun funtzionalerako, osasun psikologikorako eta bizitzako gogobetetzarako ($p < 0,001$) eta efektuak handiak ($d=0,8$) izan ziren loarekin erlazionatutako bizi-kalitaterako ($p < 0,05$). Espie CA et al.-ek²⁸ ere TKKrekin efektu positibo handiagoak frogatu zituzten bizi kalitatean eta eragina handia izan zen ($d=-0.69 / d=-1.38 / d=-1.46$) (TKK 43,78/ LH 63,33). Ongizate psikologiko (TKK 48,62/ LH 45,31) eta funtzionalaren (TKK 35,24/ LH 33,10) kasuan, TKKrekin eragina esanguratsua baina txikia izan zen. Sandlunda C et al.-ek³¹ aurretik esandakoarekin bat etorri ziren bizi kalitatean TKKak eragin handiagoa izan baitzuen (TKK 44,09/ LH 40,79). Hala ere, autore hauek osasun fisikoan ez zuten efekturik lortu tratamendu bakararekin ere ez (TKK 45,46/ LH 47,48).

Kalmbach D et al.-en²² lanean, ez zen eraginik izan tratamendu ostean osasun orokorrean, funtzionamendu fisikoan edo minean tratamendu bakarrean ere ez. 6 hilabetera, bi taldeek arazo fisikoek eragindako rol-muga gutxiago adierazi zituzten, TKKak hobekuntza moderatuak ($d=0,48$) eta LHak hobekuntza txikiak ($d=0,33$) emanaz. TKK izan zen ongizate emozionalean hobekuntzak eragin zituen bakarra ($d=0,53$) eta tratamenduaren ostean hobekuntza moderatua aurkezten jarraitu zuen ($d=0,42$). LHak hobekuntza txikia izan zuen funtzionamendu sozialean tratamendua amaitu ostean ($d=0,33$), baina ez zen 6 hilabetera mantendu.

Wong et al.-en²³ kasuan, bizi kalitatean biek hobekuntzak izan zituzten eta, hortaz, ez zuten alde esanguratsurik ikusi tratamenduen artean ($p > 0,05$). Hala ere, LHak efektu handiena eragin zuen terapia izan izen ($d=0,30$). Bothelius K et al.-ek²⁴ ere bi terapietan onurak ikusi zituen osasun fisikoan alde esanguratsurik gabe, baina TKKak tendentzia hobea izan zuen ($p=0,055$). Vedaa O et al.¹⁹ eta Alessi C et al.-en²¹ arabera, bi tratamenduek onurak eragin zituzten osasun funtzionalean, bien arteko alde esanguratsurik gabe ($p > 0,05$).

Laburbilduz, antsietate eta depresioan TKKren efektuak LHarenak baino handiagoak dira, txikiak diren arren kasu gehienetan. Ikerketa bakarrak frogatu du LHaren efektu handia. Bizi kalitatean TKKren hobekuntza handiak frogatu dira eta LHan txikiak izan dira orokorrean, hala ere, ikerketa batzuek ez dute tratamenduen arteko alderik ikusi.

6 ONDORIOAK ETA LIMITAZIOAK

Ikerketa gehienek baieztatu dute insomnioaren mailan, zein honen erremisioan eta hobekuntzan TKKak eragin oso positiboak eta denboran mantentzen direnak eskaintzen dituela. LHaren kasuan, efektuak ikusi diren arren, askoz ere murriztuagoak dira, gehienetan txikiak izanik.

Gainera, TKKren efektu handia frogatu da loa hasteko denborarako, esna egondako denborarako eta loaren kalitaterako. LHak ere efektuak erakutsi ditu aldagai hauetan, baina, efektua txikia edo moderatua baino ez da izan.

Gauen zehar esnatutako aldietan TKKren efektu positibo handiak azaldu dira, LHarenak ertainak izan diren bitartean. Hala eta guztiz ere, emaitza hau ez dago guztiz argi, bi terapien efektuak moderatuak ere izan direlako beste ikerketetan.

Lo egindako denbora totala izan da bi terapiak inolako efekturik aurkeztu ez duten aldagai bakarria. Kasuren batean izan ezik, non TKKren aldeko efektua ikusi den edo beste batean non bi terapien efektu moderatua adierazi den.

Loaren efizientzian bi terapiak efektuak lortu dituzte, TKKak efektu handiak eta LHak efektu txikiak lortu dituen arren. Esan beharra dago eragin subjektiboa oso aztertua dagoela. Aldiz, aktigrafia bidezko azterketa gehiago egitea komenigarria izango litzake, datuak objektiboagoak izateko. Izan ere, aldagai hau aktigrafia bidez neurtutako artikulu bakarrean, bi terapien antzeko efektu moderatua ikusi da.

Nekeari eta logurari dagokienez, emaitzak askotarikoak izan dira. Emaitzetan oinarrituz, insomnioaren mailarekin erlazio estua ageri da, TKKak emaitza moderatuak eta LHak txikiak lortuz. Hala ere, ikerketa batzuek ez dute hobekuntzarik frogatu atal honetan, ikerketa gehiagoren beharra agerian utziz.

Lanaren- eta harreman-gogobetetzea ikerketa gutxi joratu dutenez, ikerketa gehiagoren falta somatu da. Dena dela, honen inguruko azterketak orokorrean ez du hobera egite esanguratsurik frogatu prozedura bakarrean ere ez. Bakar batzuetan izan ezik, zeinetan TKKren efektu txikia ikusi den laneko absentismo eta presenteismorako. Ondorio honen zergatia parte-hartzaileen oinarrizko egoeran alderdi hauetan aurkeztutako arazo txikia izan daiteke.

Lo egiteko farmakoen erabileraren murrizketak bi terapiekin eman dira, TKKak eragin handiagoa frogatu duen arren. Halaber, kontuan hartu beharrekoa da zenbait ikerketek terapien eragina farmako hipnotikoen preskripzioarekin batera aztertu dutela eta, hortaz, emaitzak ez direla guztiz fidagarriak. Gainera, oinarrizko egoeran parte-hartzaileek lo egiteko farmakoekiko erresistentzia ez da homogenea izan. Gauzak horrela, ikerketa gehiagoren beharra dago.

Antsietate, depresio eta estreserako ez da terapien eraginkortasunik lortu, bakar batzuek TKKren eragin txikia eskaini duten arren. Esan beharra dago faktore hauek insomnioarekin batera agertu ohi direla eta, hortaz, terapien helburua ez dagoela zuzenki bideratuta hauek hobetzera.

Osasun funtzional eta psikologikoan, gehienetan eragin moderatua aurkeztu du TKKak eta txikia, LHak. Azkenik, loarekin erlazionatutako bizi-kalitatea TKKak efektu handiarekin hobetzen duela ikusi da, LHak aldaketa moderatu edo txikiak lortu dituen bitartean.

Laburbilduz, agerikoak dira TKKak eskaintzen dituen efektu positibo ugariak insomnioa izateari uzteko zein honek suposatzen dituen ondorio kaltegarri ugarientzako. LHak hobekuntzak frogatu dituen arren, kasu guztietan lorpenak mugatuagoak izan dira.

Lanak izandako limitazioak ere aipatu beharra dago. Mugapen handiena ikerketen heterogeneotasuna izan da. Terapieiei funtsean dagokienez, maiztasunean, emateko formatuan, eskaintako edukietan, profesionalen inplikazioan eta sesioen iraupenean aldakortasun handia egon da. Horrez gain, terapien emaitzek gaian zuten ezagutza maila desberdina izan da. Gainera, zenbait aldagai neurtzeko erabilitako eskalak ugariak izan dira eta guztiek ez dituzte aldagai berdinak aztertu. Gutxi balitz ikerketa batzuetan teknika desberdinak konbinatu dira. Horrek guztiak neurtutako tekniken benetako eraginkortasuna ebaluatzea oztopatu du.

Aipatzeko beste puntu bat TKKak azken urteetan izandako inpaktu handia izan da. Terapia horren eraginkortasuna frogatzeko aberastasun handia aurkitu den arren, askotan LHari buruzko emaitza garatuagoak lortzea zaila izan da. Izan ere, artikulua TKKren eragina frogatzean ardaztu dira askotan, LH kontrol talde ez aktiboaren bidez aztertuz. Horrez gain, LH "ohiko arreta" bezala definitu da zenbait kasutan, egindako interbentzioaren informazioa faltan zegoelarik.

Interbentzio motagatik zaila izan da ikertuen zein ikertzaileen itsutasuna mantentzea. Ikertzaileen kasuan, haiek izan direlako terapia desberdinetan hezkuntza eman dutenak eta, ikertuei buruz ari garenean, teknika identifikatzeko hauen inguruko informazio eskasa izatea nahikoa zelako.

Aipatu beharra dago, ondorio hauek ikerketa gehienek lortutako emaitzetan oinarritu direla. Hala ere, aldagai guztietan terapien alderik ikusi ez duten ikerketak daude. Datuen desberdintasun hau, interbentzioetan erabilitako homogeneotasun faltagatik eman dela ondorioztatu da. Hori dela eta, etorkizuneko ikerketei begira, interbentzio homogeneoagoak gauzatzeak emaitza zehatzagoak, konparagarriagoak eta fidagarriagoak emango litzuke. Era honetan profesionalok eman beharreko hezkuntza sendoagoa izango litzateke eta protokolo zehatza ezartzea erraztuko luke.

Egindako berrikuspenaren ondoren, TKK ohiko arretan integratzeak eta erizainak zein bestelako osasun-profesionalak arlo honetan hezitzeak insomnioa pairatzen duten pazienteei emandako

arreta aberastuko lukeela ondorioztatu dezakegu. Aukera hau lo egiteko tratamendu farmakologikoaren ordezeko baliagarria dela eta epe luzera mantentzen diren onura ugari dituela frogatu da. Gainera, ez denez inolako albo efekturik erregistratu, pazienteen ongizatea babesteko tratamendu egokia da.

7 BIBLIOGRAFIA

1. Sateia MJ. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision. Washington: American Psychiatric Association; 2022.
3. Ramlee F, Sanborn AN, Tang NKY. What Sways People's Judgment of Sleep Quality? A Quantitative Choice-Making Study With Good and Poor Sleepers. *Sleep*. 2017; 40(7).
4. Estrella MI, Torres MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*. 2015; 26(4): 123-126.
5. Torrens I, Argüelles-Vázquez R, Lorente-Montalvo P, Molero-Alfonso C, Esteva M. Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Aten Primaria*. 2019; 51(10): 617-625.
6. Martínez O, Montalván O, Betancourt Y. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Rev.Med.Electrón*. 2019; 41(2): 483-495.
7. Díez S, García B, Aladro M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2016; 4 (2): 30-43.
8. Martínez N, Anarte C, Masoliver A, Gargallo A, López I. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2017; 5 (1): 27-37.
9. De Entrambasaguas M, Romero O, Cordero JA, Álvarez A, Cañellas F, Pujol J et. al. The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiology*. 2023; 3.
10. Morin CM, Bjorvatn B, Chung F, Holzinger B, Partinen M, Penzel T et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. *Sleepmedicine*. 2021; 87: 38-45.
11. Medrano P, Ramos MJ . Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Rev Neurol*. 2016; 62 (4):170-178.
12. Contreras A. Insomnio: generalidades y alternativas terapéuticas de última generación. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2013; 24 (3): 433-441.
13. Medina JH, Fuentes SA, Gil IB, Adame L, Solís F, Sánchez LY et al. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014; 52(1): 108-119.
14. Baidés R, Noriega S, Inclán AM. Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. *Enf Global*. 2019; 18(2): 512-3.
15. Oviedo GF, Verhelst PR, Jordan V. Manejo no farmacológico del insomnio. *Univ Med*. 2016; 57(3):348-66.
16. Pujol J, Romero O, Pujol M. Abordaje del insomnio en el adulto. *FMC*. 2017. 24 (10): 555-563.
17. Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans J, Van Somerenf JW, Van Stratena A. Nurse-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in General

- Practice: Results from a Pragmatic Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom.* 2020; 89(3):174-184.
18. Ritterband LM, Thorndike FP, Ingersoll KS, Lord HR, Gonder L, Frederick C et al. Effect of a Web-Based Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Intervention With 1-Year Follow-up A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(1):68-75.
 19. Vedaa O, Kallestad H, Scott J; Smith O, Pallesen S, Morken G, et al. Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial. *Lancet Digit Health.* 2020;2(8):397-406.
 20. Kaldo V, Jernelov S, Blom K, Ljotsson B, Brodin M, Jorgensen M et al. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - A randomized trial. *Behav Res Ther.* 2015; 71:90-100.
 21. Alessi C, Martin JL, Fiorentino L, Fung CH, Dzierzewski JM, Rodriguez JC et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinician Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(9):1830-1838.
 22. Kalmbach D, Cheng P, Arnedt JT, Cuamatzi-Castelan A, Atkinson R, Fellman-Couture C et al. Improving Daytime Functioning, Work Performance, and Quality of Life in Postmenopausal Women With Insomnia: Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Sleep Restriction Therapy, and Sleep Hygiene Education. *J Clin Sleep Med.* 2019; 15(7):999-1010.
 23. Wong KY, Chung KF, Au CH. Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia as the Entry of the Stepped-Care Model in the Community: A Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med.* 2021;19(3):378-394.
 24. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JA. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *J Sleep Res.* 2013;22(6):688-96.
 25. Sandlunda C, Hettac J, Nilsson G, Ekstedtd M, Westmana J. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. *Int J Nurs Stud.* 2017; 72:30-41.
 26. Drake CL, Kalmbach DA, Arnedt JT, Cheng P, Tonnu CV, Cuamatzi-Castelan A et al. Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep.* 2019; 42(2):217.
 27. Luik AI, Marsden A, Emsley R, Henry AL, Stott R, Miller CB, et al. Long-term benefits of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: Follow-up report from a randomized clinical trial. *J Sleep Res.* 2020; 29(4).
 28. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN et al. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2019; 76(1):21-30.

29. Torrens I, Esteva M, Vicens C, Pizá-Portel MR, Vidal-Thomàs MC, Vidal-Ribas C et al. Assessing the feasibility and acceptability of a cluster-randomized study of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in a primary care setting. *BMC Fam Pract.* 2021; 22(1):77.
30. Espie CA, Kyle SD, Miller CB, Ong J, Hames P, Fleming L. Attribution, cognition and psychopathology in persistent insomnia disorder: outcome and mediation analysis from a randomized placebo-controlled trial of online cognitive behavioural therapy. *Sleep Med.* 2014;15(8):913-917.
31. Sandlunda C, Hettac J, Nilssona GH, Ekstedtd M, Westmana J. Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care. *Int J Nurs Stud.* 2018; 85:126-135.

1. Eranskina. Loaren higiena neurriak

Eranskinaren bibliografia: 5, 11

- Lo egin aurretiko eguneroko errutina izatea. Adibidez, hortzak eskuilatzea eta lasaitzeko ariketa egitea, mentalki zein fisikoki prestatzeko.
- Oheratzeko eta esnatzeko ordutegi finkoa mantentzea, jaieguna zein asteburua izan arren.
- Behin esnatuta, ohean behar adina denbora bakarrik egotea, denbora luzean egoteak lo arina eta zatikatua izateko aukera areagotzen baitu.
- Egunean zehar siestak ekiditea eta, egitekotan, gehienez 20-30 minutukoak izatea.
- Aire zabalean egotea eta eguzkia kontuz hartzea.
- Afari oparorik ez egitea, ezta gosez oheratzea.
- Afaldu eta bi ordura gutxienez oheratzea eta, zerbait hartzeko ohitura izatekotan, ez hartu azukre asko duten elikagaiak edo likido ugari.
- Arratsaldean kafeina, teina eta edari azukredunak saihestea.
- Tabakoa eta alkohola saihestea.
- Gernu-maiztasuna arazoa denean, arratsaldetik likidoen kontsumoa murriztea eta diuretikoak gauean ez hartzea.
- Loari eragin diezaiokeen farmakorik hartzen den baloratzea, lotaratzerakoan estimulatzailezik ez hartzeko eta egunean zehar loa eragiten duten botikak saihesteko (antihistaminikoak, benzodiazepinak, etab.).
- Ariketa fisikoa egunean gutxienez ordubetez, arratsaldean ahal dela, eta gehienez jota oheratu baino hiru ordu lehenago egitea.
- Jarduera biziak edo estresagarriak ohera joan aurretik saihestea.
- Lo egiteko gelak tenperatura egokia eta gutxienean argi eta zarata mailak mantentzea.
- Erlojuak logelatik kentzea antsietatea gutxitzeko. Horrela, esnatze bakoitzean ordua ez da ikusten eta gaua luzeagoa den sentazioa ekiditen du.
- Ohea lo egiteko bakarrik erabiltzea. Garunak logela eta ohea loarekin erlazionatu behar ditu. Leku horretan bestelako jarduerak egiten direnean, garunak mezu bikoitza jasotzen du eta nahastu egiten da.

2. Eranskina. Terapia kognitibo konduktualaren saioen adibidea

Eranskinaren bibliografia: 16, 23

1. SAIOA:

Informazio orokorra

- Insomnioaren eta TKKren aurkezpena
- Insomnioaren modelo psikosoziala
- Jokabide kognitibo eta konduktualen rola insomnioaren kronifikazioan
- Loaren fisiologia
- Loaren egunerokoen azalpena
- Bakoitzaren helburuen adierazpena

2. SAIOA

Interbentzio konduktualak

- Eguneko aktibitateen planifikazioa eta lo egin aurretiko denboraren planifikazioa eguneko gertaerak, emozioak, kezak eta hurrengo eguneko zereginak pentsatzeko. Honek lo egin bitarteko aktibitate kognitiboak murriztea du helburu.
- Erlaxazio eta arnasketa entrenamendua
- Estimuluen kontrola
- Loaren berregituraketa edo murrizketa

3. SAIOA

Interbentzio kognitiboak

- Berregituraketa kognitiboa. Loari buruzko pentsamendu eta jarrera desegokiak, esanahi arrazionalengatik aldatzeko eta aldaketa emozionalak azaltzeko, meditazioaren edo autokontzientzia praktiken bidez (mindfulness).
- Intenzio paradoxikoa. Lo egiteko antsietatea identifikatzea eta momentu horretan lo egiten ez saiatzen irakastea.

4. SAIOA

Laburpena eta psikohezkuntza

- TKKren birpasoa
- TKKren aplikazioan norberaren oztupoak identifikatzea
- Lo egiteko farmakoak erabiltzeari gradualki uzten azaltzea

Insomnioaren prebentzioa, berrerorketak saihesteko. Arretagunea aldatzeko eta antsietateak behera egiteko.

*Tratamenduaren iraupena bi hilabetekoa izan behar da gutxi gorabehera eta astero edo bi astero aplikatzen diren 4-8 saiotan banatzen da. Saio bakoitzaren denbora 30-60 minutukoa da.

3. Eranskina. Kontzeptu-taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala		Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Ingelesez	
Insomnioa	Insomnio	Insomnia, sleeplessness	Medline (MeSH): sleep initiation and maintenance disorders CINAHL (Descriptor de CINAHL): Insomnia PsycINFO (Thesaurus): Insomnia Cochrane Database (MeSH): Sleep Initiation and Maintenance Disorders CUIDEN: insomnio Embase: Insomnia Lilacs: INSOMNIO
Tratamendua	tratamiento, terapia, intervenciones, método	treatment, therapy, intervention, procedure, method, management	Medline (MeSH): Therapeutics, Psychosocial Intervention, methods CINAHL (Descriptor de CINAHL): Management, Nursing Interventions, Psychosocial Intervention PsycINFO (Thesaurus): Treatment, Intervention Cochrane Database (MeSH): Therapeutics, Methods CUIDEN: tratamientos, terapias Embase: therapy, psychosocial intervention, psychosocial care, procedures Lilacs: TRATAMIENTO, TERAPIA, MEDIDAS, INTERVENCIÓN, INTERVENCIONES, METODO
Método ez-farmakologikoak	Intervenciones no farmacológicas	non-pharmacological interventions	Medline (MeSH): - CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): - Cochrane Database (MeSH): - CUIDEN: Tratamientos no farmacológicos Embase: - Lilacs: NON-PHARMACOLOGICAL
Terapia kognitibo konduktuala	Terapia cognitivo conductual, tratamiento cognitivo-conductual, intervención cognitivo-conductual	cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral treatment, cognitive behavioral intervention	Medline (MeSH): Cognitive Behavioral Therapy CINAHL (Descriptor de CINAHL): Cognitive Therapy PsycINFO (Thesaurus): Cognitive Behavior Therapy Cochrane Database (MeSH): Cognitive Behavioral Therapy CUIDEN: - Embase: cognitive behavioral therapy Lilacs: -

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala		Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Ingelesez	
Loaren higieena	Higieena del sueño	sleep hygiene	Medline (MeSH): Sleep Hygiene CINAHL (Descriptor de CINAHL): Sleep Hygiene PsycINFO (Thesaurus): Cochrane Database (MeSH): Sleep Hygiene CUIDEN: - Embase: sleep hygiene Lilacs: HIGIENE DEL SUENO

4. Eranskina. Bilaketa-taula

DATU BASEAK

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
Medline (OVID)				
1	"Sleep Initiation and Maintenance Disorders" AND (Cognitive Behavioral Therapy OR Sleep Hygiene) Limiteak: (yr="2013 -Current" and randomized controlled trial)	340	-	Bilaketa filtroen bidez gehiago mugatzea erabaki da.
2	"Sleep Initiation and Maintenance Disorders" AND (Cognitive Behavioral Therapy OR Sleep Hygiene) Limiteak: (yr="2013 -Current" AND ("young adult (19 to 24 years)" OR "adult (19 to 44 years)" OR "young adult and adult (19-24 and 19-44)" OR "middle age (45 to 64 years)" OR "middle aged (45 plus years)" OR "all aged (65 and over)" OR "aged (80 and over)")) and (english OR spanish) AND randomized controlled trial)	250	6	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 9 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 149 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 19 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 67
CINAHL				
1	Insomnia AND (Sleep Hygiene OR Cognitive Therapy) Limiteak: Tipo de publicación: Randomized Controlled Trial; Grupos de edad: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years; Idioma: English, Spanish	96	4	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 1 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 41 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 8 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 42

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
2	Insomnia AND (Management OR Nursing Interventions OR Psychosocial Intervention OR Cognitive Therapy OR Sleep Hygiene) Limiteak: Fecha de publicación: 2013-2023; Tipo de publicación: Randomized Controlled Trial; Idioma: English, Spanish	109	0	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 13 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 60 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 7 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 29
CUIDEN				
1	("Insomnio") AND ("Tratamientos no farmacológicos")	0	-	-
2	("Insomnio") AND ("Tratamientos")	10	0	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 1 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 2 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 4 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 3
3	("Insomnio") AND ("Terapias")	17	0	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 4 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 7 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 3 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 3
LILACS				
1	"INSOMNIO" AND "TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL"	11	0	<ul style="list-style-type: none"> • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 3 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 3 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 5

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
2	"INSOMNIO" AND "HIGIENE DEL SUENO"	9	0	<ul style="list-style-type: none"> • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 7 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 1 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 1
COCHRANE				
1	Sleep Initiation and Maintenance Disorders AND (Sleep Hygiene OR Cognitive Behavioral Therapy) Limiteak: from 2013 to 2023, in Trials	455	4	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 33 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 256 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 28 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 134
PsycINFO				
1	(Insomnia OR Sleep Wake Disorders) AND ((Cognitive Behavior Therapy OR (Hygiene AND Sleep)) Filtroak: ausazko saiakera klinikoak, 18 urtetik gorakoak, ingelesez edo gaztelaniaz, 2013-2023	169	0	<ul style="list-style-type: none"> • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 84 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 12 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 73

EBIDENTZIAN OINARRITUTAKO ERAKUNDEAK

IBE	Bilaketa ekuazioa	Emaizak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
RNAO				
1	Insomnia AND (sleep hygiene or cognitive behavioral therapy)	0	0	-
2	Insomnia	1	0	Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 1
3	Sleep hygiene	1	0	Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 1
4	cognitive behavioral therapy	2	0	Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 2
NICE				
1	insomnia	2	0	Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 2

ESKUZKO BILAKETA

Aldizkaria	Bilaketa ekuazioa	Emaizak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
1. Vigilia-sueño	Insomnia	45	0	Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 45
2. Behaviour Research and Therapy	INSOMNIA AND "SLEEP HYGIENE" AND "COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY" Limiteak: 2013-2013	25	1	<ul style="list-style-type: none"> • Errepikaturik egoteagatik baztertutakoak: 2 • Izenburua gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 8 • Abstract-a gaiarekin bat ez etortzeagatik baztertutakoak: 9 • Barneratze eta kanporatze irizpideak ez betetzeagatik baztertutakoak: 5

5. Eranskina. Irakurketa kuantitatiboko azterketen irakurketa kritikoak

AZTERTUTAKO ARTIKULUAK:

1. Long-term benefits of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: Follow-up report from a randomized clinical trial
2. Nurse-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in General Practice: Results from a Pragmatic Randomized Clinical Trial
3. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial
4. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life A Randomized Clinical Trial
5. Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care
6. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment
7. Improving Daytime Functioning, Work Performance, and Quality of Life in Postmenopausal Women With Insomnia: Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Sleep Restriction Therapy, and Sleep Hygiene Education
8. Attribution, cognition and psychopathology in persistent insomnia disorder: outcome and mediation analysis from a randomized placebo-controlled trial of online cognitive behavioural therapy
9. Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial
10. Effect of a Web-Based Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Intervention With 1-Year Follow-up: A Randomized Clinical Trial
11. Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education
12. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - A randomized trial
13. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinician Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial
14. Assessing the feasibility and acceptability of a cluster-randomized study of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in a primary care setting

	Irizpideak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Helburuak hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai	Ez	Ez	Bai	Ez	Ez	Bai	Ez	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	HH	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	HH	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	HH	Bai	Bai	HH	Bai	Bai	Bai	HH
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	HH	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Ez	Ez	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai	Ez
Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada, esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	HH	Bai	HH	HH	Bai	Bai	HH	Bai	Ez
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada, ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	HH	Bai	Ez	Ez	Bai	Bai	Bai	Ez	HH	Ez	Bai	Ez	Bai	Ez
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai

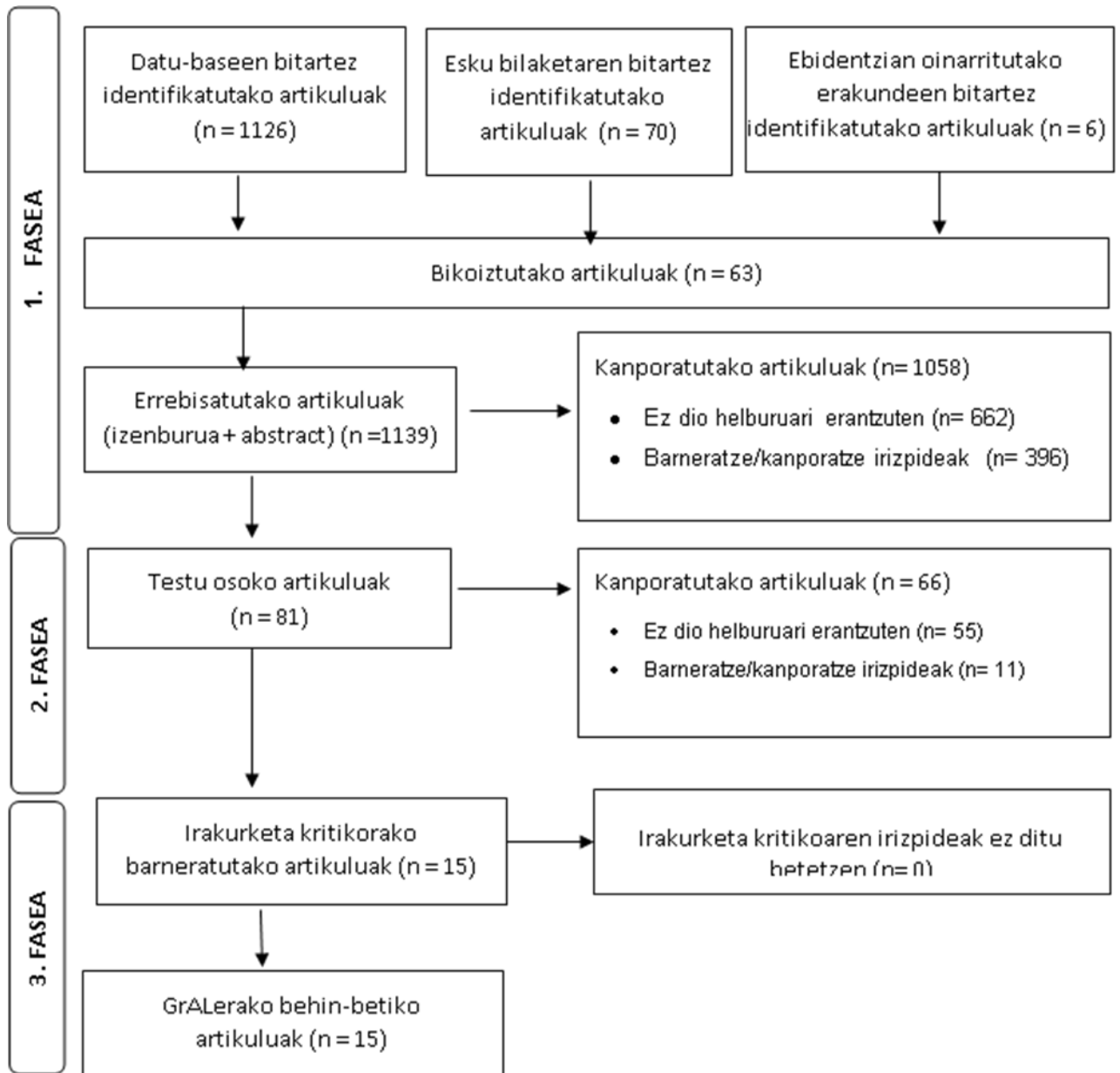
6. Eranskina. Irakurketa kuantitatiboko ikerketen irakurketa kritiko garatua

Artikulu: Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia as the Entry of the Stepped-Care Model in the Community: A Randomized Controlled Trial			
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai	Zergatik? Helburu nagusia sarreran ageri da “The study aims to compare a single-session cognitive behavioral therapy for insomnia (CBTI) workshop, self-help CBTI and sleep hygiene education (SHE) workshop among adults with insomnia in the community, in terms of insomnia severity, anxiety and depressive symptoms, the quality of life, treatment adherence and credibility.” Gainera, hipotesiak azaltzen dira “It was hypothesized that CBTI workshop would be the most effective, followed by self-help CBTI, and eventually SHE workshop”.
Diseinua	Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai	Zergatik? Eraginkortasuna aztertzeko ebidentzia maila altuenetarikoa duen diseinua ausazko entsegu kliniko kontrolatuak dira “A three-arm parallel, equal-sized, active treatment-controlled and assessor-blinded randomized controlled trial”.
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai	Zergatik? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko 1. Taulan TKK eta LHaren tailerren edukiak zehazten dira, “Table 1. Content of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBTI) and sleep hygiene education (SHE) workshops.” Gainera, gainbegiratu egin zen, “The principal investigator reviewed the first CBTI and SHE workshop sessions to ensure therapist adherence to the protocol”. Autolaguntzako TKK web-orri baten bidez egin zen, hortaz, sistematikoki ezarri ziren edukiak (taileren bidezko TKKren berdinak zirenak), “Self-help CBTI was administered via a webpage” eta “were asked to review all the content inside, which was the same as the CBTI workshop with four sections”.
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai	Zergatik? Parte-hartzaileen ezaugarriak adierazten eta azaltzen dira 2. taulan, “Table 2. Baseline characteristics of participants”. Barneratze- eta kanporatze- irizpideak ezarri dira.
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai	Zergatik? Laginketa kartelen eta mezu elektronikoko masiboen bidez egin zen, baita sare sozialen eta beste eztabaida-plataformen bidez. Estigma psikiatrikoa murrizteko saihestu egin ziren medikuntza-etiketak. Ondoren, barneratze- eta kanporatze-irizpideen bitartez hautatu zen lagina. Horrez gain, taldeetara ausaz banatzeko Excel erabili zen, “Eligible participants were randomly coded by Microsoft Excel and divided into three groups evenly. Block randomization was initiated by an independent administrator with block sizes equal to the multiples of 30 (30, 60 or 90, depending on the recruitment progress” eta “The independent administrator was unaware of the baseline features of the participants”.

	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai	Zergatik? Laginaren neurria 210 izan zen, hau da, 70 talde bakoitzeko. "Sample size" atalean honakoa zehazten da: "Required a minimum of 52 subjects in each group. Assuming an attrition rate of 25%, 210 participants were recruited in total (i.e. 70 in each group)."
Aldagaiaren neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai	Zergatik? Neurketak balidatutako eskalen bidez egin ziren: <ul style="list-style-type: none"> • Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI) • Antsietatea eta depresioa: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • Bizi-kalitatea: Short-Form six-dimension health survey (SF6D) • Sinesgarritasuna: 4-itemeko Likert eskala. Gainera, "Efficacy analysis was conducted using the linear mixed model to ascertain any time-and-group interactions. The model preserves the original sample size as it combines fixed and random effects and adjusts for missing data at the follow-ups" eta "Effect sizes were calculated as Cohen's d and the significance level was defined at $p < .05$."
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	HH	Zergatik? Homogeneotasuna ziurtatzeko probak egin ziren "For assessing the baseline characteristics, chi-square test and one-way analysis of variance (ANOVA) were conducted for categorical and continuous variables respectively." Oinarritzko aldagai guztiak homogeneoak ziren taldeen artean bat izan ezik, hala ere ez zuen emaitzetan eraginik izan, "Since the baseline ISI score was significantly higher in the self-help CBTI group than the CBTI workshop group ($p = .001$), the baseline ISI score was added as a covariate for subsequent efficacy analyses".
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai	Zergatik? "To preclude treatment expectancy, various parties were blinded at different levels. Participants received basic information regarding the three therapies only (e.g., treatment duration and format) without a comparison of their effects or disclosure of the study hypothesis. All evaluations were self-reported online and outcome assessors were not required. The data analyzer was also unaware of the group each participant belonged to" eta "Participants were not biased in their perceptions of the three interventions before treatment delivery."

Emaizak	Emaizak, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai	Zergatik? Emaizak helburuari erantzuten diote "All arms demonstrated a significant treatment effect on insomnia severity, anxiety and depressive symptoms and the quality of life. However, there was no difference between arms. Treatment adherence did not vary among the three groups, but treatment credibility of the self-help group dropped whereas that of the CBTI workshop group rose after interventions ($p = .037$)". Ez da hasierako hipotesia betetzen.
Azken balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Zergatik? Lanaren helburuari erantzuten diolako eta irakurketa kritikoa gainditu duelako.

7. Eranskina. Fluxu-diagrama



8. Eranskina. Emaizetarako laburpen taulak

Nurse-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in General Practice: Results from a Pragmatic Randomized Clinical Trial		
1	EGILEAK, URTEA	Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans J, Van Somerenf JW, Van Stratena A2020
	HELBURUA	Erizainek gidatutako TKK, insomnioaren ohiko zainketekin (LH eta tratamendu farmakologikoa) alderatuta ohiko praktika orokorrean eraginkorra den ebaluatzea.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza kontrolatu pragmatikoa.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio moderatua (IS= 18.9) zuten 134 heldu banatu ziren, 69 TKK taldera eta 65 LH taldera. TKK 5 saiotan egin zen. Saio bakoitzak fikziozko kasu bat eta bizitza errealeko adibide bat zituen (biak testu formatuan eta bideoan). Saio bakoitzaren ondoren, pazienteek etxeko lanak bete zituzten (loaren egunerokoa eta saio bakoitzeko espezifikokoak). Saiok eman zituzten erizainek 1,5 orduko aurre-formakuntza izan zuten. LHrako, familia medikuek insomnioaren jarraibide berrienen bertsio inprimatua jaso zuten, bi praktiken arteko antzeko ezagutza maila sustatzeko. Ebaluaketak egin ziren oinarrizko egoeran, tratamendua amaitu ostean (8. astea), 26. astean eta 26. astean bi taldeetan. TKK jaso zutenei jarraipena egin zitzaizen 52. astean ere.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI) Carney consensus diary bidez neurtua: Lo hasteko beharrezko denbora (SOL) Loaren efizientzia (SE) Esnatutako aldiak (NWAK) Lo geratu ondoren esna egondako denbora (WASO) Behin esnatuta ohean geratutako denbora (TWAK) Lo egondako denbora totala (TST) Lo kalitatea (SQ) Antsietatea eta depresioa: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Nekea: Fatigue Severity Scale (FSC) Eguneko funtzionamendua: Work and Social Adjustment Scale (WSAS) Lo egiteko farmakoen erabilera: galdera eginez
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: TKK an hobekuntza handiagoa tratamenduaren ostera ($p < 0,001$) eta 26. astera ($p = 0,002$). ISlan ≥ 8 puntuko jaitsiera (hobekuntza): TKK %56 / %46 // lo higienean %12 / %11). ISlan < 11 (berreskurapena): TKK an %65 / %43 // lo higienean %5 / %8. SOL: tratamendua amaitu ostean ($p = 0,099$) eta 26. astean ($p = 0,190$) taldeen artean. SE: TKK hobea taldeen artean tratamendu ostean ($p < 0,001$) eta 26. astean ($p = 0,020$). WASO: tratamendu ostean TKK hobea taldeen artean ($p < 0,001$), baina 26. astean $p = 0,435$. NWAK: tratamendu ostean TKK hobea taldeen artean ($p < 0,001$), baina 26. astean $p = 0,575$). TWAK: tratamendu ostean TKK hobea taldeen artean ($p = 0,018$), baina 26. astean $p = 0,121$. TST: tratamendu ostean taldeen artean $p = 0,122$, 26. astean TKK hobea taldeen artean ($p = 0,017$). SQ: tratamendu ostean TKK hobea taldeen artean ($p = 0,025$), baina 26. astean $p = 0,103$. Antsietatea: taldeen artean tratamendu ostean $p = 0,275$ eta 26. astean $p = 0,309$. Depresioa: tratamendu ostean TKK hobea taldeen artean $p = 0,024$, baina 26. astean $p = 0,154$. Tratamendua amaitu ostean nekea (0,641), eguneko ondorioak ($p = 0,123$) eta eguneko funtzionamendua ($p > 0,05$) taldeen artean. 26. astean bi taldeek hobekuntza esanguratsua ($p > 0,05$) baina taldeen artean $p > 0,05$. Hipnotikoak: tratamendua ostean $p = 0,96$ taldeen artean; 26. astean LH an bikoitzak erabili zituen hipnotikoak TKK an baino baina $p = 0,75$ taldeen artean. TKK 52. astean: efektuak mantendu, baina erantzun tasa txikia (%62).

Effect of a Web-Based Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Intervention With 1-Year Follow-up A Randomized Clinical Trial		
2	EGILEAK, URTEA	Ritterband LM, Thorndike FP, Ingersoll KS, Lord HR, Gonder L, Frederick C et al.2016
	HELBURUA	Web orri baten bidez emandako TKK ebaluatzea loaren inguruko hezkuntzarekin (LH) alderatuta, denbora tarte motzean (9 aste) eta luzean (urte 1).
	DISEINUA	Ausazko saiakera klinikoa.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio kronikoa zuten 303 heldu banatu ziren bi taldetara, 151 TKKra eta 152 loaren hezkuntzara.TKK online modalitatean eman zen 9 astetan zehar. Loaren hezkuntza modu aktiboan eman zen loaren hezkuntzako liburuxka batean edo pazienteari zuzendutako online materialetan dagoen informazioaren antzeko kalitate handiko informazioa eskainiz. Jarraipena egin zen oinarritzko egoeran, tratamendua amaitzean, 6 hilabetetara eta urte batera.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI), Loaren egunerokoen bidez neurtutakoak: loa hasteko denbora (SOL), lo geratu ondoren esna egondako denbora (WASO), lo egiteko farmakoen erabilera, loaren efizientzia (SE), esnatutako aldi kopurua, loaren kalitatea (SQ) eta lo egindako denbora totala (TST).
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	Lo egiteko farmakoen erabilera: tratamendu ostean TKK %38,3; loaren hezkuntza %42,5; 6 hilabete TKK %37,2; loaren hezkuntza %34,4; 1 urte TKK %33,1; loaren hezkuntza %33,9. Taldeen artean p=0,39 jarraipenetan zehar. 2 taldeetan hobekuntza esanguratsuak ISlan (p< 0,001), SOLEan (p < 0,001) eta WASOan (p < 0,001). 6 hilabetean ISlan TKK aldaketa handiak (tarte 0,79-1,90) / loaren hezkuntzan txikiak-ertainak (tarte 0,37-0,77). 1 urtean TKK ISlan (Cohen d=2,32), SOLEan (Cohen d= 0,95) eta WASOan (Cohen d=1,41). / loaren hezkuntza ISlan (Cohen d=1,53), SOLEan (Cohen d=0,64) eta WASOan (Cohen d=0,86). ISI ≥7 puntuko jaitsiera (hobekuntza): TKK %52,6 / %59,7ak / %69,7ak // loaren hezkuntzan %16,9 / %35,7 / %43 egindako jarraipenetan hurrenez hurren. ISlan <8 puntu (berreskuratzea): TKK %40,6 / %49,1 / %56,6 // Loaren hezkuntza %11,3 / %24 / %27,3 egindako jarraipenetan hurrenez hurren. → 1 urtean TKK batz bestekoa <8 / loaren hezkuntzan azpiatalasean (8-14 bitartean). SE (p<0,001), esnatutako aldi kopuruan (p=0,02) eta SQ (p=0,03) hobea TKK. TST: taldeen artean p=0,76 (6 hilabetean p>0,05 taldeen artean izan zen bakarra).

Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial		
3	EGILEAK, URTEA	Vedaa O, Kallestad H, Scott J; Smith O, Pallesen S, Morken G, et al. 2020
	HELBURUA	TKKren ondorioak ebaluatzea, pazienteentzako loaren hezkuntza online programa batekin alderatuta. Horretarako, insomnioaren sintometan subjektiboak, lo egiteko medikazioaren erabilera eta osasunaren eta ongizatearen funtsezko beste markatzaile batzuk, hala nola eguneko nekea, ondoez psikologikoa eta hautemandako osasun fisiko eta mentala ebaluatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza kontrolatua
	LAGINA / INTERBENTZIOA	1721 paziente ebaluatu ziren, 868 TKK taldean eta 853 loaren hezkuntza taldean. TKKren tratamendua online eta erabat automatizatutako 6 sesioen bidez eman zen. Sesioak interaktiboak eta 9 astetan osatzeko diseinatuak ziren. Loaren hezkuntzak insomniari buruzko informazio orokorra (prebalentzia, kausak, ondorioak, sintomak...) eta LH barne hartzen zituen web orrialde bateko dokumentuen bidez. Jarraipenak egin ziren tratamendua hasi aurretik eta 9. astera.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Loaren egunerokoen bidez neurtutakoak: Lo geratzeko denbora (SOL) Lo geratu ondorengo esna egondako denbora (WASO) Goizean goiz esnatzea Lo egondako denbora totala (TST) Ohean egondako denbora (TIB) Loaren efizientzia (SE) Loak hartzeko farmakoen erabilera Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI) Antsietate eta depresioa: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Nekea: Fatigue Questionnaire (CFQ) Osasun funtzional eta fisikoa: Short-Form Health Survey (SF-12)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: TKK taldean hobea, taldeen artean $p < 0,001$. TKK 19,2tik 10,4ra / loaren hezkuntza 19,6tik 15,2ra. ISlan <8 (berreskuratzea): TKK kan %38ak / loaren hezkuntzan %8ak; taldeen artean $p < 0,001$. SOL: TKK kan 55tik 31,1 ra / loaren hezkuntzan 55,7tik 46,4ra; taldeen artean $p < 0,001$. WASO: TTK kan 45,5tik 24,7ra / loaren hezkuntzan 44,6tik 35,1ra; taldeen artean $p < 0,001$; Goizean goiz esnatzea: TKK kan 41,6tik 18,9ra / loaren hezkuntzan 43,3tik 33ra; taldeen artean ($p < 0,001$); TIB: TKK kan 8,3tik 7,7ra / loaren hezkuntzan 8,2tik 8,1ra; taldeen artean $p < 0,001$. SE: TKK kan 71,9tik 83,6ra / loaren hezkuntzan 71,5tik 76,5ra; taldeen artean ($p < 0,001$); DASS TKK kan 13,2tik 10,2ra / loaren hezkuntzan 13,4tik 11,5ra; taldeen artean ($p < 0,001$). Farmakoen erabilera TKK kan 16 puntu jaitsi / loaren hezkuntzan 10 puntu jaitsi; taldeen artean $p < 0,001$. CFQ: TKK kan hobea, taldeen artean $p < 0,001$. TST: taldeen artean ($p = 0,154$). SF-12: taldeen artean $p = 0,378$.

Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - A randomized trial		
4	EGILEAK, URTEA	Kaldo V, Jernelov S, Blom K, Ljotsson B, Brodin M, Jorgensen M et al.2015
	HELBURUA	Internet bidez gidatutako insomniorako TKKa eta internet bidez emandako kontrol aktiboko tratamendu bat (LH + erlaxazioa + arreta osoa) konparatzea insomnioaren sintomak, lo-parametroak, epe luzerako egonkortasuna eta lo egiteko medikazioaren gaineko ondorioak ebaluatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza kliniko
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnioa zuten 148 pertsona ausaz banatu ziren TKKera edo kontrol taldera.TKK taldeak insomniorako aurrez baliagarri bezala identifikatutako teknikak jaso zituen (loaren murrizketa, estimuluen kontrola batez ere) eta tratamendua online eta liburu baten bidez eman zen. Kontrol taldeak LH, erlaxazioa eta arreta osoa jaso zituen eta ez zuten terapeutaren laguntzarik jaso.Ebaluazioa egin zen oinarriko egoeran, tratamenduaren ostean, 6 hilabete ondoren eta urtebete ondoren.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia severity index (ISI)Loaren egunerokoen bidez lo egiteko farmakoen erabilera, loaren efizientzia (SE), Loa hasteko denbora (SOL), lo egindako denbora totala (TST) eta loaren kalitate subjektiboa (SQ) kalkulatu ziren.Estresa: Perceived Stress Scale 4 item version (PSS-4)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: TKKan d= 2,07 / d=1,71 / d=1,95 egindako // kontrol taldean d=1,09 / d=1,22 6 / d=1,50 egindako jarraipenetan hurrenez hurren. Tratamendu ostean eta 6 hilabeteen taldeen artean p<0,05; 1 urtean taldeen artean p=0,26 (kontrol taldearen hobekuntzagatik, ez TKKren efektua gutxitzeagatik). ISI ≥8 jaitsi (hobekuntza): TKK taldean %51 / %45 / %52. Kontrol taldean %24/%27%/41. ISI <8 (berreskuratuak): TKKan %43 / %37 / %47. Kontrol taldean %15 /%21/%39. Ttu ostean + 6h (p=0,036). 1 urtera (p=0,33). Lo egiteko farmakoen erabilera: tratamendu ostean TKKan %10 /kontrol taldean %38; (p<0,001). 6 hilabeteen TKKan 21%/ kontrol taldean 40% (p= 0,017). 1 urtean TKKan 27% / kontrol taldean 37%; p=0,17. Hala ere, TKKan oinarriarekin alderatuz p = 0.004-0.044. TST eta PSS-4: p>0,05 taldeen artean jarraipen guztietan. SE: TKKa hobea, taldeen artean p<0,05. SOL: TKK 27,4/35,2/27,7 hurrenez hurren; kontrol taldean 40,4/38,8/41,2 hurrenez hurren, LH okerragoa jarraipen guztietan. SQ: TKK hobea tratamendu ostean (p=0,022 taldeen artean); beste jarraipenetan p>0,05 taldeen artean.

Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinician Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial	
5	<p>EGILEAK, URTEA Alessi C, Martin JL, Fiorentino L, Fung CH, Dzierzewski JM, Rodriguez JC et al.2016</p> <p>HELBURUA Horretarako ebaluatu ziren insomnioaren larritasuna (ISI) lo geratzeko denbora (SOL), esnatutako denbora lo geratu ondoren (WASO), esna egondako denbora totala (TWTD), loaren efizientzia (SE), loaren kalitatea (PSQI), loaren efizientzia objektiboa (eskumuturreko aktigrafia), sintoma depresiboak (PHQ-9) eta bizi kalitatea (SF-12v2).</p> <p>DISEINUA Ausazko saiakera klinikoa</p> <p>LAGINA / INTERBENTZIOA Insomnio kronikoa zuten 159 pertsona ausaz banatu ziren (60 urte baino gehiagoko adinduak) , 106 TKKera eta 53 loaren hezkuntzara.TKK konduktuala langile ez-klinikoez eman zuten talde formatuan edo banakako formatuan. Loaren hezkuntza antzeko osasun-hezitzaile ez mediko batek eman zuen, talde-formatuan eta gida bati jarraituz. Bi taldeetan ordubeteko bost saio izan ziren sei astetan zehar (bosgarren astean telefono bidezko kontrola egin zen).Ebaluazioak oinarritzko egoeran, tratamenduaren ostean, 6 hilabetetara eta urte batera egin ziren.</p> <p>NEURTUTAKO ALDAGAIK Loaren egunerokoaren bidez neurtuta: Loa hasteko denbora (SOL-D), behin loak hartuta esna egondako denbora (WASO-D), esna egondako denbora totala (TWT-D), loaren efizientzia eta (SE-D)Aktigrafia bidez neurtuta: loaren efizientzia (SE-A)Loaren kalitate subjektiboa: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI)Depresioa: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)Osasun orokorra: Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey version 2 (SF-12v2)</p> <p>IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK SOL: tratamenduaren ostean TKK 23,4 min gutxiago loaren hezkuntzakoek baino; taldeen artean p<0,001. 6 hilabetetan, TKK hobea; taldeen artean p=0,02. 12 hilabetetan TKK hobea; taldeen artean p<0,05. WASO: tratamenduaren ostean TKK 17,7 min gutxiago pasa zituzten esna loaren hezkuntzakoek baino; taldeen artean (p=0,01). 6 hilabetetara p=0,21. 1 urtera p=0,81. TWT: tratamenduaren ostean TKKkoek 68,4 min gutxiago loaren hezkuntzakoek baino; taldeen artean p<0,001. 6 hilabetetara p=0,004. 12 hilabetetara p=0,02. SE-D: tratamenduaren ostean TKK %10,5 gehiago hobetu loaren hezkuntzan baino; taldeen artean p=0,001. 6 hilabetetara p=0,005. 12 hilabetetara p=0,03. SE-A: jarraipen guztietan taldeen artean p>0,05. PSQI: tratamendu ostean TKK 3,4 puntu gehiago hobetu loaren hezkuntzak baino. 6 hilabetetara 2,4 puntu hobetu. 1 urtera 2,1 puntu hobetu (jarraipen guztientzako p<0,05). ISI: Jarraipen guztietan TKK taldea hobea, taldeen artean p<0,001 / p<0,001 / p=0,002. ISian ≤8 (berreskurapena): TKK tratamenduaren ostean eta hobekuntza mantendu zen (puntuazioa 6.0 / 5.5 / 6.5 jarraipen bakoitzean hurrenez hurren). Kontrol taldean puntuazioak 8,9 / 7,8 / 7,7. SF-12v2 eta PHQ-9: p>0,05 bi taldeetan jarraipen guztietan. TKK taldean edo TKK banan-banan artean p guztiak >0,12.</p>

Improving Daytime Functioning, Work Performance, and Quality of Life in Postmenopausal Women With Insomnia: Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Sleep Restriction Therapy, and Sleep Hygiene Education	
6	<p>EGILEAK, URTEA Kalmbach D, Cheng P, Arnedt JT, Cuamatzi-Castelan A, Atkinson R, Fellman-Couture C et al. 2019</p> <p>HELBURUA TKKk eta loaren murrizketaren terapiak eguneko funtzioa, lan-errendimendua eta bizi-kalitatea hobetzen dituzten zehaztea, menopausia osteko eta insomnia duten emakumeen LH taldeko kontrolarekin alderatuta.</p> <p>DISEINUA Ausazko saiakuntza klinikoa.</p> <p>LAGINA / INTERBENTZIOA 150 emakume postmenopausiko 3 tratamenduetara banatu ziren: LH (n = 50), loaren murrizketa terapia (n = 50), eta terapi akognitibo konduktuala (n = 50). TKK 6 saio presentzialekin osatu zen. Loaren murrizketa terapia bi asteko interbentzio gisa eman zen (gaur egun loaren murrizketa terapia TKK-ren osagai aktibo nagusietako bat bezala hartzen da eta honen zati izan ohi da). Loaren murrizketa terapiako datuak ez dira kontuan izango ez baitira lanaren helbururako baliagarriak. LH online moduan egin zen, pazienteek astean informazio orokorreko 6 mezu elektronikoko jaso zituzten. Ebaluaketak egin ziren oinarritzko egoeran, tratamendua amaitu eta 2 astera eta tratamendua hasi eta 6 hilabetera.</p> <p>NEURTUTAKO ALDAGAIK Insomnia: Insomnia Severity Index (ISI)Nekea: Fatigue Severity Scale (FSS)Logura: Epworth Sleepiness Scale (ESS) Laneko produktibitatea: Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)Bizi-kalitatea: Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36) Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI)</p> <p>IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK FSS: tratamendu ostean TKK eragin ertaina (d = 0,43) / LHan aldaketarik ez (p = 0,84). 6 hilabeteen TKK eragin handia (d = 0,81) / LHan aldaketarik ez (p = 0,50). ESS: tratamendu ostean TKK eragin txikia (d = 0,31) / LHan aldaketarik ez (p > 0,05). 6 hilabeteen taldeen artean p=0,18, baina TKK taldeak hobekuntza txikiak (d = 0,35). Loaren egunerokoen bidez neurtutako logurak emaitza berdinak eman zituen. Insomnioaren sintomak murriztearekin lotu zen tratamendua amaitzean (r = 0,33), eta 6 hilabetera (r=0,23). WPAI: <u>absentismoan</u> taldeen artean p>0,05 eta talde bakoitzean p>0,05. <u>Lan-denboraren narriaduran</u> TKK eragin moderatua (d = 0,56) / LHan taldea aldaketarik ez (p>0,05). Se hilabeteen TKK eragin moderatua-handia (d=0,7) / LHan aldaketarik ez (p>0,05). Energia: tratamendu ostean TKK d = 0,56 / LHan aldaketarik ez (p = 0,70). 6 hilabeteen TKK d = 0,90 / LHan aldaketarik ez (p = 0,21). ISI ≤ 7 (berreskurapena): FSSrekin erlazio estua (r = 0,32 / r = 0,40). >7 alderatuta (d = 0,71) / (d=0,90). BK: tratamendu ostean p>0,05 2 taldeetan. 6 hilabetera TKK (d=0.48) eta LHak (d=0,33). Ongizate emozionalean TKKak bakarrik hobekuntzak (d=0,42). Arazo emozionalei erresistentzia TKK (d=0,53). Lo higienezak d=0,33 futzionamendu sozialean, baina 6 hilabetera hobekuntzarik ez.</p>

Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia as the Entry of the Stepped-Care Model in the Community: A Randomized Controlled Trial		
7	EGILEAK, URTEA	Wong KY, Chung KF, Au CH2020
	HELBURUA	Insomnioa duten helduen tratamendurako tailerren bidezko TKK, autolaguntza bidezko TKK eta tailerren bidezko LH alderatzea insomnioaren larritasuna gehien murrizten duen esku-hartzea identifikatzeko. Bigarren mailako helburuak, antsietatea eta depresio-sintomak gehien gutxitzen dituen eta bizi-kalitatea hobetzen duen terapia identifikatzea eta kudeaketa bakoitzaren atxikimendua eta sinesgarritasuna ebaluatzea dira.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza kontrolatua: hiru besoko paraleloa.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio moderatua zuten 210 parte-hartzaile ausaz banatu ziren 70 kideko hiru taldeetako batera (TKK tailerren bidez, TKK autolaguntza bidez eta LH tailerren bidez). TKK eta LH tailerrak lau orduko bi saio berdinetan antolatu ziren talde bakoitzarentzat, gehienez ere 30 parte hartzaileentzat. Autolaguntzako TKK taldeko kideei web orri batean nabigatzeko eskatu zitzaion. Neurtutako aldagaiak insomnioaren larritasuna (ISI), antsietatea (HADS), sintoma depresiboak (HADS), bizi-kalitatea(SF-36), tratamenduari atxikimendua eta sinesgarritasuna izan ziren.Ebaluaketak egin ziren oinarritzko egoeran eta 8. eta 16. astera, esku-hartzeen epe labur eta ertaineko ondorioak aztertzeko.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia severity index (ISI)Antsietatea eta depresioa: Hospital anxiety and depression scale (HADS)Bizi-kalitatea: Short-form six-dimension health survey (SF6D)Tratamenduari atxikimendua: galdera baten bidez.Sinesgarritasuna: 4-itemeko Likert eskala
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: oinarritzko egoeratik 8. astera ($p < 0,0001$) 3 taldeetan; 8. astetik 16.era ($p > 0,05$) hiru taldeetan; LHak emaitza hoberenak ($<7,1 p$). ISlan < 10 puntu (berreskurapena): 8.astetik 16.era ($p>0,05$) 3 taldeen artean. ISlan ≥ 8 puntuko jaitiera (hobekuntza): ($p>0,05$) 3 taldeen artean. HADS eta SF6D $p>0,05$ hiru taldeen arteko konparaketan. HADS: 3 taldeetan oinarritzko egoeratik 8. astera ($p = 0,001$) eta aldaketa txikia; LHak emaitza hoberenak ($d= -0,28$). 8.astetik 16.era ($p=0,16$) 3 taldeetan. SF6D: oinarritzko egoeratik 8. astera ($p > 0,05$) 3 taldeetan; 8. astetik 16.era TKK hobea ($p = 0,029$) TKK tailerrarekin konparatuta. LHak efektu handiena ($d=0,30$) 16 astean, baina TKK autolaguntzarekin konparatuta ($p>0,05$). Atxikipena: Taldeen artean ($p > 0,70$). 8 astean %70,6ak atxikimendua zuten, 16 astean%59,1 era txikitu. Sinesgarritasuna: TKK tailerren bidez sinesgarritasun handiena.

Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial		
8	EGILEAK, URTEA	Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JA2013
	HELBURUA	Insomniorako TKKren bidezko tratamenduaren eraginkortasun klinikoa ikertzea ohiko tratamenduekin konparatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakera klinikoa, talde paralelo kontrolatukoa.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Ikerketak insomnio kronikoa zuten 66 pertsona ebaluatu zituen, 32 TKK taldean eta 34 ohiko tratamendu taldean. Tratamendua lehen mailako arretako erizainek eta gizarte-langileek eman zuten, arreta mailakatuaren ikuspegiarekin. TKK eman zuten profesionalak 2 eguneko aurreformakuntza izan zuten. TKK taldeak lehen mailako arretako profesionalen eskutik bost saio jaso zituen (60-90 min), lau eta sei parte hartzaileekin. Saiok bi astean behin egiten ziren. Kontrol taldeak ohiko tratamendua jaso zuen (farmakologikoa eta LH). Ebaluaketak egin ziren oinarritzko egoeran eta tratamenduaren ondorengo 18. hilabetera.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI) Loaren egunerokoaren bidez neurtuta: Lo geratzeko denbora (SOL) Lo geratu ondoren esna egondako denbora (WASO) Gauen zehar esnatutako aldiak (NWAK) Loaren efizientzia (SE) Lo egondako denbora totala (TST) Loaren kalitatea (SQ) Lo geratzeko farmakoen erabilera) Nekea: Fatigue Severity Scale (FSS) Osasun fisikoa eta mentala (SF-36) Antzietatea eta depresioa: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Logura: Epworth Sleepiness Scale (ESS)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: TKK hobia tratamenduaren ostean ($p < 0,001$) taldeen artean. SOL: TKK hobia tratamenduaren ostean ($p = 0,001$); 18 hilabeteen TKKan $p = 0,001$ / LHan $p = 0,009$, baina TKKren eragina handiagoa ($p > 0,05$). WASO: TKKa hobia tratamendu ostean ($p = 0,027$); 18 hilabeteen TKKan $p = 0,000$ / LHan $p < 0,001$. FSS tratamendu ostean tendentzia hobia TKKan, baina ($p = 0,055$). 18 hilabeteen TKKan $p = 0,008$ eta LHan ($p = 0,000$). Osasun fisikoan (SF-36) tendentzia hobia TKKan ($p = 0,054$), baina taldeen artean $p > 0,05$. ESS: tratamenduaren ostean $p > 0,05$ taldeen artean. 18 hilabeteen TKKan $p = 0,013$ / LHan $p > 0,05$. NWAK, SE, TST, SQ, HADS, osasun mentala (SF-36) eta hipnotikoen erabilera $p > 0,05$ tratamenduaren ostean bi taldeetan. ISI < 11,5 (berreskuratuak): TKKan 11 paziente (% 34) / LHan 1 (% 3). SOL eta WASO ≤ 30 min (berreskuratuak): TKKan 6 paziente (% 19) / LHan 1 (% 3). (ISI < 11,5) + (SOL eta WASO ≤ 30 min) (berreskuratuak): TKKan 12 paziente / LHan 2 paziente. SOL eta WASOren % 50eko murrizketa ("hobetuak baina berreskuratu gabeak"): TKKan 3 / LHan 0. Hobekuntzak + berreskuratuak (ISI < 11,5 + SOL + WASO): TKKan 15 paziente (% 47) / LHan 2 paziente (% 6).

Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment		
9	EGILEAK, URTEA	Sandlunda C, Hettac J, Nilssona G, Ekstedtd M, Westmana J2017
	HELBURUA	Erizainen bidez taldean emandako TKK programa baten efektibitatea frogatzea LHaren hezkuntzarekin alderatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakera klinikoa
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio moderatua (ISI=18) zuten 165 pertsona banatu ziren, 90k TKK jaso zuten (10 astez 2 orduko 7 saio). eta 75k LHari buruzko hezkuntza orokorra. Batzuek interbentzioa utzi ostean, 82 geratu ziren TKK jasotzen eta 71 LHaren hezkuntza jasotzen. Erizainek aurretik bi eguneko formakuntza jaso zuten. Jarraipenak egin ziren oinarritzko egoeran eta tratamenduaren ostean bi taldeetan. TKK taldean urte betera ere egin zuten ebaluaketa.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI)Loa (loaren egunerokoen bidez neurtuta):Lo geratzeko denbora (SOL)Gauen esnatutako aldiak (NWAK)Lo egondako denbora totala (TST):Lo kalitatea (SQ)Lo geratu ondoren esna egondako denbora (WASO):Loaren efizientzia (SE):Farmakoen erabilera: galdera batez bidez.
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	SOL: TKKan hobia (39,45 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (56,98); p<0,001. TST: TKKan hobia (384,21 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (360,81); p=0,008. SE% TKKan hobia (%81,3 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (%74,1); p<0,001. NWAK: TKKan hobia (1,69 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (2,10); p=0,002. SQ: TKKan hobia (3,26 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (3,01); p<0,001. WASO: TKKan hobia (55,54 batezbestekoa) LHarekin konparatuz (76,85); p<0,001. WASO ≤ 30 min (berreskuratzea): TKKan %42,5 / LHan %19,4; taldeen artean p= 0,004. ISlan ≥8 puntuko jaitziera (hobekuntza): TKKan %50ak / LHan 4,2%ak; taldeen artean p= 0,001. ISIAan <11 puntu (berreskurapena): TKKan %62,2ak / LHan %14; taldeen artean p= 0,001. TST: TKKan %42,5 / LHan %17,9; taldeen artean p= 0,001. Farmakoen erabilera: tratamendu ostean TKKan hobetu zen, LHan mantendu zen (p<0,05), 1 urtean eragina mantendu (p = 0.219).

Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education		
10	EGILEAK, URTEA	Drake CL, Kalmbach DA, Arnedt JT, Cheng P, Tonnu CV, Cuamatzi-Castelan A et al. 2019
	HELBURUA	TKK, loaren murrizketa terapia eta LHko hezkuntza konparatzea insomnioan zuten eragina ebaluatzeko.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza klinikoa
	LAGINA / INTERBENTZIOA	150 emakume postmenopausiko 3 tratamenduetara banatu ziren: LH (n = 50), loaren murrizketa terapia (n = 50), eta TKK (n = 50).TKK 6 saio presentzialekin osatu zen. Loaren murrizketa terapia bi asteko interbentzio gisa eman zen (gaur egun loaren murrizketa terapia TKK-ren osagai aktibo nagusietako bat bezala hartzen da eta honen zati izan ohi da). Loaren murrizketa terapiako datuak ez dira kontuan izango ez baitira lanaren helbururako baliagarriak.LH online moduan egin zen, pazienteez astean informazio orokorreko 6 mezu elektronikoko jaso zituzten.Ebaluazioak egin ziren oinarriko egoeran, tratamendua amaitu eta 2 astera eta tratamendua hasi eta 6 hilabetera.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Insomnia Severity Index (ISI),Loaren egunerokoen bidez neurtutakoak: lo geratzeko denbora(SOL), lo geratu ondoren esna egondako denbora (WASO), esnatutakoaldiak (NWAK), loaren kalitatea(SQ), lo egindako denbora totala (TST) eta loaren efizientzia(SE).
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	ISI: tratamenduaren ostean hiru taldeetan ($p < 0,05$), TKK d=1,43 / LH d=0,37. 6 hilabeteen TKK d=1,62 / LH d=0,57; taldeen artean $p < 0,05$. TST: tratamenduaren ostean $p < 0,05$ talde giztieta. 6 hilabeteen eragin moderatuak 2etan, TKK 48 minutu gehiago / LH 26 minutu gehiago. SQ: TKK d=0,91 / LH p=0,18. 6 hilabeteen TKK d=1,31 / LH p=0,14. SOL: tratamendu ostean TKK taldean d=0,95 / LH p=0,24. 6 hilabeteen TKK d=0,83 / LH d=0,52; taldeen artean $p > 0,05$. WASO: tratamendu ostean TKK d= 0,69 / LH d=0,43; taldeen artean $p > 0,05$. 6 hilabeteen TKK d=0,95 / LH d=0,60. SE%: tratamendu ostean TKK d=0,78 / LH d=0,36. 6 hilabeteen TKK 86% / LH 76%. NWAK: TKK d=0,69/d=0,67; LH d=0,43/d=0,53; taldeen artean $p > 0,05$. ISlan ≤ 7 (berreskurapena): TKK 7,2 / 6,9 // loaren hezkuntzan 14,5 / 13,2 egindako jarraipenetan hurrenez hurren. SOLean ≤ 30 min (berreskurapena): TKK 16 min / 18 min // LH 25 min /23 minutu egindako jarraipenetan hurrenez hurren. WASOan ≤ 30 min (berreskurapena): TKK 21 min / 28 min // LH 57 min /29 min.

Long-term benefits of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: Follow-up report from a randomized clinical trial		
11	EGILEAK, URTEA	Luik AI, Marsden A, Emsley R, Henry AL, Stott R, Miller CB, et al.2020
	HELBURUA	TKK eta LHaren eraginkortasuna frogatzea insomnioren larritasunean, osasunean, eguneko sintomatologian, lo egiteko sendagaien erabileran eta arreta medikoaren erabileran.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza klinikoaren jarraipen-txostena, TKK LHrako hezkuntzarekin konparatuz.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio kronikoa (SCI ≤16) zuten 1711 pertsonak parte hartu zuten. 858k LH jaso zuten eta 853k terapia kognitibo konduktual digitala. TKK online egin zen terapeuta birtual batek emandako 6 sesioen eta materialen bidez. LHari buruzko hezkuntza online eta liburuxka baten bidez eman zen. 25. astean LH jaso zuten taldekoei TKK jasotzea proposatu zitzaion. Ebaluaketak egin ziren oinarritzko egoeran, 8. astean, 24. astean, 36. astean eta 48. astean.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Sleep Condition Indicator (SCI)Osasun funtzionala: Global Health Scale (GHS)Ongizate psikologikoa: Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)Loarekin lotutako bizikalitate: Glasgow Sleep Impact Index (GSII)Eguneko sintomatologia:Depresioa: Patient Health Questionnaire (PHQ)Antsietatea: Generalized Anxiety Disorder (GAD)Logura: Epworth Sleepiness Scale (ESS)Nekea: Flinders Fatigue Scale (FSS)Akats kognitiboak: Cognitive Failures Questionnaire(CFQ)Laneko produktibitatea: Work Productivity and Activity Impairment questionnaire(WPAI)Laneko gogobetetzea (item 1)Harremanen gogobetetzea (Relationship Assessment Scale)(RAS)Bizitzako gogobetetzea (item 1) Farmakoen erabilera
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	TKK jaso zutenek oinarritzko egoerarekin konparatuz efektu onuragarri moderatuak lortu GHS eta WEMWBS an ($p < 0.001$); efektu handiak GSII an eta SCI an ($p < 0,05$). PHQ, GAD, FSS, ESS, CFQ eta bizitzako gogobetetzea hobetu ziren ($p < 0,05$). Laneko eta harremanen gogobetetzean ez zen hobekuntzarik lortu ($p < 0,05$). Farmakoen erabilera 2 bi taldeetan gutxitu, efektua handiagoa TKK taldean ($p < 0,05$). Mediku espezialistarenera edo medikuarenera egindako bisiten kopuruan $p > 0,05$ bi taldeetan (LHaren taldean espezialista bisitak gehiago gutxitu ziren, baina $p < 0,05$ taldeen artean). LHkoei TKK eskaini ondoren, TKK jaso zutenen parekoak izan ziren aldaketak.

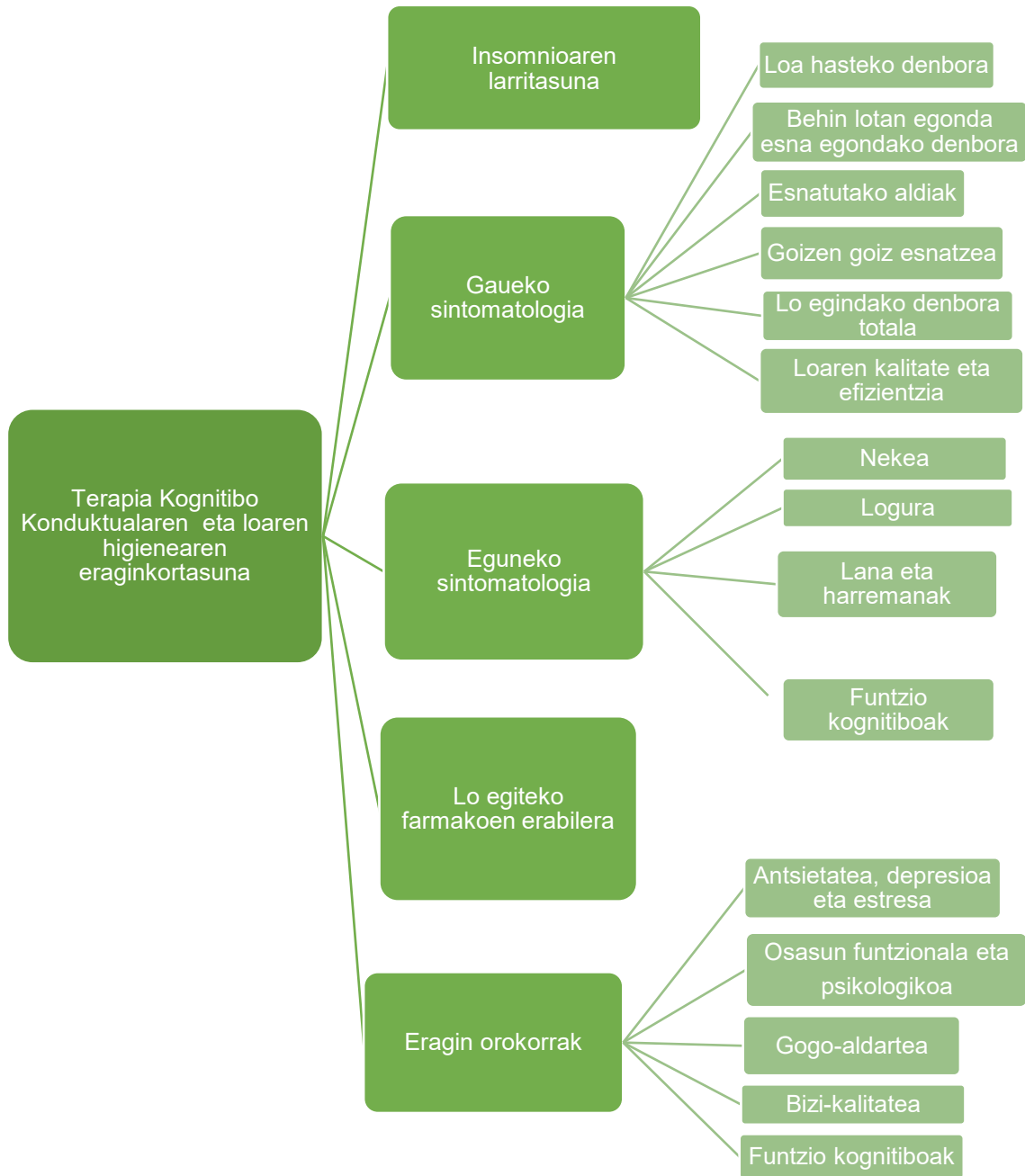
Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life A Randomized Clinical Trial		
12	EGILEAK, URTEA	Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN et al.2018
	HELBURUA	Insomnioak osasun funtzionalean, ongizate psikologikoan eta loarekin lotutako bizi-kalitatean duen eragina ikertzea eta insomnioaren sintomak TKKren edo loaren higinearen hezkuntzaren bitartez murriztea faktore bitartekaria den zehaztea.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza klinikoa, bi besokoa, itsu bakarrekoa, talde paralelokoa.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnioagatik kexak zituzten 1711 pertsonak parte hartu zuten. 858k LHaren hezkuntza jaso zuten eta 853k TKK, bi taldeek aurretik jasotzen zuten edozein tratamendu jasotzen jarraitu zuten.TKK era digitalean jaso zuten, 20 minutuko sei sesiotan eta 12 astez. LHan web-orri baten bidez materialak eskuratu zituzten.Ebaluaketak egin ziren oinarritzko egoeran, 4., 8. eta 24. asteetan.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Insomnioaren larritasuna: Sleep Condition Indicator (SCI)Osasun funtzionala: PROMIS-10Osasun psikologikoa: Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)Loarekin lotutako bizi kalitatea: Glasgow Sleep Impact Index (GSII)Gogo-aldarte; Patient Health Questionnaire (PHQ-9) + Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)Nekea: Flinders Fatigue Scale (FSS)Harremanen gogobetetzea: Relationship Assessment Scale (RAS)Funtzio kognitiboa: Cognitive Failures Questionnaire (CFQ)Laneko produktibitatea: Work Productivity and Activity Impairment questionnaire (WPAI)Laneko gogobetetzea: item 1Logura: Epworth Sleepiness Scale (ESS)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	SCI: TKK hobia (Cohen d= 0.89 / d= 1.51 / d= 1.51 jarraipenetan hurrenez hurren); taldeen artean p<0,01. PROMIS-10, WEMWBS, GSII: TKK hobia (p<0,05) taldeen artean. TKK taldean PROMIS-10ean eragin txikia (Cohen d= 0,16 / d= 0,31 /d= 0,31) // WEMWBS eragin txikia (Cohen d=0.13 / d=0.35 / d=0.38) // GSII eragin handia (Cohen d= -0.69 / d= -1.38 / d= -1.46). FSS: eragin ertainak eta handiak TKK (Cohen d=-0,37 / d= -0,71 / d= -0,75). TKK hobia taldeen artean (p<0,05). WPAI presenteeism: eragin txikiak eta moderatuak TKK (Cohen d= -0,10 / d= -0,41 / d= -0,42). WPAI absenteeism: eragin txikiak TKK 24. astean, taldeen artean p=0,3; 4 eta 8 asteetan p> 0,05. RAS: p>0,05 bi taldeetan jarraipe guztian. TKK eragin txikia: depresioan (PHQ-9) (Cohen d=-0,17 / d=-0,38 / d= -0,38), antsietatean (GAD-7) (Cohen d= -0,10 / d= -0,25 / d= - 0,24), ESSan (Cohen d= - 0,12 / -0,23 / -0,32) eta CFQan (Cohen d= -0,13 / -0,26 / -0,21). Guztietan, TKK hobia taldeen artean (p<0,001).

Assessing the feasibility and acceptability of a cluster-randomized study of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in a primary care setting		
13	EGILEAK, URTEA	Torrens I, Esteva M, Vicens C, Pizá-Portel MR, Vidal-Thomàs MC, Vidal-Ribas C et al.2021
	HELBURUA	Lehen mailako profesionalak gidatzeko diseinatutako TKK programa ohiko arretarekin konparatzea 3 hilabete geroago loaren kalitatea ebaluatzen. Medikuei eta erizainei eskainitako informazioa ebaluatzea eta euren erantzuna ebaluatzea.
	DISEINUA	Ausazko saiakera kliniko.
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnio kronikoa zuten 31 paziente banatu ziren 19 TKK taldera eta 13 ohiko tratamendura. Jarraipenean talde bakoitzeko 2 paziente ikerketa utzi zuten. TKK 2 familia medikuek eta 2 psikologok eman zuten. 20 minutuko 5 sesio individual eskaini ziren astean behin edo bi astean behin eta saio gehigarri bat benzodiazepinen abstinentziarako (beharrezkoa izanez gero). Ohiko arreta medikuek eta erizainek eman zuten eta LHaren hezkuntza eman zuten batez ere (%95). Ebaluaketa oinarritzko egoeran eta tratamendua egin eta 3 hilabetetara egin zen.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Loaren egunerokoaren bidez: lo egindako denbora totala (TST), loa hasteko denbora (SOL), behin lotan egonda esnatutako aldiak (NWAK), eguneko disfunzioa eta farmakoen erabilera.. Loaren kalitate subjektiboa (PSQI)Depresioa eta antsietatea: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	PSQI: TKK taldean oso ona 10 pertsonak / kontrol taldean 3k; taldeen artean $p=0,107$. SOL: TKK 14 pertsonak 0-4 min artean / kontrol taldean 5ek 0-4 min artean; taldeen artean ($p=0,041$). TST: 5 ordu baino gehiago TKKko 11ak / kontrol taldeko 1ek; taldeen artean ($p=0,006$). NWAK: TKKko %88,2a 1-9 aldiz esnatu / kontrol taldeko %54,54 1-9 aldiz esnatu; taldeen artean ($p=0,044$). Lo egiteko farmakoen erabilerarik ez: TKK taldeko 10ek / kontrol taldeko 4k; taldeen artean ($p=0,408$). Taldeen artean aldaketak eguneko disfunzioan ($p=0.249$), depresioan ($p=0.249$), antsietatean ($p=0.934$) eta hipnotikoak erabiltzen hastean ($p=0.117$).

Attribution, cognition and psychopathology in persistent insomnia disorder: outcome and mediation analysis from a randomized placebo-controlled trial of online cognitive behavioural therapy		
14	EGILEAK, URTEA	Espie CA, Kyle SD, Miller CB, Ong J, Hames P, Fleming L
	HELBURUA	TKKak loaren inguruko pentsamenduan nola eragiten duen ebaluatzea LHarekin konparatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakuntza klinikoa
	LAGINA / INTERBENTZIOA	Insomnia zuten 164 pertsona banatu ziren, 55 online TKKera, 55 plazebo taldera (irudien bitartezko terapia) eta 54 ohiko tratamendura (LH eta tratamendu farmakologikoa)TKK taldeak 6 sesio jaso zituen aste batean online programa baten bidez, plazebo taldeak programa bera erabili zuen baina osagai terapeutiko ezagunik gabe eta ohiko tratamenduko taldeak, LH neurriak bete zituen baina laguntza gehigarririk gabe.Ebaluazioa egin zen oinarriko egoeran eta 8. astean.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Loaren egunerokoen bidez neurtuak: Loaren efizientzia (SE)Insomnioarekin erlazionatutako aldagai kognitiboak eta emozionalak: Sleep Disturbance Questionnaire (SDQ)Gaueko pentsamenduak: Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI)Estresa, depresioa eta antsietatea: Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	Erlaxatzeko ezintasuna (SDQ): TKKan eragin moderatu-handia ($d=0,73$) / LHan aldaketarik ez ($d=-0,09$); $p = 0,016$ taldeen artean. Kitzikapen mentala (SDQ): TKKan eragin handia ($d=-0,86$) / LHan eragin txikia ($d=-0,32$); $p = 0,001$ taldeen artean. Lo egiten gehiegi saiatzean (SDQ), TKKan eragin handia ($d=-1,22$) / LHan eragin txikia ($d=-0,37$); $p < 0,001$ taldeen artean. Entsegua eta planifikazioan (GCTI): TKKan eragin ertaina ($d=-0,56$) / LHan aldaketarik ez ($d=-0,10$); $p = 0,015$ taldeen artean. Loa eta insomnioaren pentsamendua (GCTI): TKKan aldaketa oso handia ($d=-1,10$) / LHan eragin txikia ($d=-0,26$); $p < 0,001$ taldeen artean. Kontzientzia handiagoa (GCTI): TKKan eragin ertaina ($d=-0,59$) / LHan aldaketarik ez ($d=-0,03$); $p = 0,049$ taldeen artean. Depresioa (DASS): TKKan eragin ertaina ($d=-0,54$) / LHan eragin txikia ($d=-0,33$); $p < 0,001$ taldeen artean. Antsietatea (DASS): TKKan eragin ertaina ($d=-0,40$) / LHan aldaketarik ez ($d=-0,14$); taldeen artean $p < 0,001$. Estresa (DASS): TKKan eragin moderatua ($d= -0,68$) / LHan eragin txikia ($d=-0,25$); ($p < 0,001$) taldeen artean. SE : TKK hobea ($p<0,05$), efektu txikiak.

Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care		
15	EGILEAK, URTEA	Sandlunda C, Hettac J, Nilssona GH, Ekstedtd M, Westmana J2018
	HELBURUA	Erizainek zuzendutako talde-tratamenduko programa batek, insomniorako terapia kognitibo-konduktualean oinarrituta, eguneko sintomatologia hobetzen zuen insomnioa zuten lehen mailako arretako pazienteetan ikertzea, LHaren hezkuntzarekin konparatuz.
	DISEINUA	Ausazko saiakera klinikoa
	LAGINA / INTERBENTZIOA	165 pertsona banatu ziren, 90k TKK jaso zuten eta 75k LHari buruzko hezkuntza. Batzuek interbentzioa utzi ostean, 82 geratu ziren TKK jasotzen eta 71 LHaren hezkuntza jasotzen. TKKren taldea lau eta zazpi paziente artean osatzen zuten eta bi orduko zazpi saiotan biltzen zen 10 astetan zehar. Astean sei saio eta lau aste geroago jarraipen-saio bat egin zen. Kontrol-taldeko pazienteei ohiko tratamendua eskaini zitzaizen, hau da, tratamendu farmakologiko hipnotikoa eta LH hezkuntza. Jarraipenak oinarritzko egoeran, tratamendua amaitu ostean eta urte betera egin ziren.
	NEURTUTAKO ALDAGAIK	Nekea: Fatigue Severity Scale (FSS)Gogo-aldartea: estresa General Health Questionnaire (GHQ-12) / depresioa Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Self-assessment (MADRS-S)Loarekin lotutako bizi-kalitatea: Short Form Health Survey (SF-36)Eguneko funtzionamendu orokorra eta eguneko sintoma espezifikoak: Uppsala Sleep Inventory scale (USI) + Insomnia Severity Index (ISI).Insomnioarekin lotutako uste disfuntzionalak: Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS-16)
	IDEIA NAGUSIAK / EMAITZAK	FSS: TKK 37,2tik 31,0ra / LHan 35,9tik 35,8ra; taldeen artean $p < 0,05$. GHQ-12 eta MADRS-S: TKK hobeak, $p < 0,05$ taldeen artean (oinarrian TKKak MADRS-Sen lo higieenak baino puntuazioa altuagoa zuen, tratamendu ostean taldeak konparagarriak ($p = 0,133$)). GHQ-12 lo higieenak $p < 0,001$. BK (SF-36): TKK hobeak, ($p < 0,001$) taldeen artean. Osasun fisikoa (SF-36) ($p = 0,558$) taldeen artean. USI: hobeak TKKan, taldeen artean $p < 0,001$. TKKan loaren inguruko kezka ($p < 0,001$), eguneko logura ($p = 0,001$), nekea ($p = 0,005$) eta kontzentratzeko zailtasuna ($p = 0,026$). LHan loaren inguruko kezka $p = 0,025$. DBAS-16: TKK hobeak, taldeen artean ($p < 0,05$) lau gaietan. LHan gai 1 (kausen esleipenak eta insomnioaren ondorioen balioespenak) $p < 0,001$.

9. Eranskina. Zuhaitz-kategoriala



10. Eranskina. Insomnia Severity Index (ISI)

Insomnia Severity Index

The Insomnia Severity Index has seven questions. The seven answers are added up to get a total score. When you have your total score, look at the 'Guidelines for Scoring/Interpretation' below to see where your sleep difficulty fits.

For each question, please CIRCLE the number that best describes your answer.

Please rate the *CURRENT* (i.e. *LAST 2 WEEKS*) SEVERITY of your insomnia problem(s).

Insomnia Problem	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
1. Difficulty falling asleep	0	1	2	3	4
2. Difficulty staying asleep	0	1	2	3	4
3. Problems waking up too early	0	1	2	3	4

4. How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern?

Very Satisfied Satisfied Moderately Satisfied Dissatisfied Very Dissatisfied
0 1 2 3 4

5. How NOTICEABLE to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of your life?

Not at all
Noticeable A Little Somewhat Much Very Much Noticeable
0 1 2 3 4

6. How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem?

Not at all
Worried A Little Somewhat Much Very Much Worried
0 1 2 3 4

7. To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.) CURRENTLY?

Not at all
Interfering A Little Somewhat Much Very Much Interfering
0 1 2 3 4

Guidelines for Scoring/Interpretation:

Add the scores for all seven items (questions 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = _____ your total score

Total score categories:

0–7 = No clinically significant insomnia

8–14 = Subthreshold insomnia

15–21 = Clinical insomnia (moderate severity)

22–28 = Clinical insomnia (severe)

11. Eranskina. Sleep Condition Indicator (SCI)

Item	Score				
	4	3	2	1	0
Thinking about a typical night in the last month:					
1. How long does it take you to fall asleep?	0-15 min	16-30 min	31-45 min	46-60 min	≥ 61 min
2. If you then wake up during the night ... how long are you awake for in total? (add up all the awakenings)	0-15 min	16-30 min	31-45 min	46-60 min	≥ 61 min
3. How many nights a week do you have a problem with your sleep?	0-1	2	3	4	5-7
4. How would you rate your sleep quality?	Very good	Good	Average	Poor	Very poor
Thinking about the past month, to what extent has poor sleep:					
5. Affected your mood, energy, or relationships?	Not at all	A little	Somewhat	Much	Very much
6. Affected your concentration, productivity, or ability to stay awake	Not at all	A little	Somewhat	Much	Very much
7. Troubled you in general	Not at all	A little	Somewhat	Much	Very much
Finally:					
8. How long have you had a problem with your sleep?	I don't have a problem/< 1 month	1-2 months	3-6 months	7-12 months	> 1 year

Scoring instructions: Add the item scores to obtain the SCI total (minimum 0, maximum 32); a higher score means better sleep. Scores can be converted to 0-10 format (minimum 0, maximum 10) by dividing total by 3.2 to facilitate interpretation.; Item scores in grey area represent threshold criteria for DSM-5 Insomnia Disorder.

12. Eranskina. Siglen glosarioa

CFQ	Cognitive Failures Questionnaire
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scales
DBAS-16	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep
ESS	Epworth Sleepiness Scale
FSC	Fatigue Severity Scale
FSS	Flinders Fatigue Scale
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GCTI	Glasgow Content of Thoughts Inventory
GHQ-12	General Health Questionnaire
GHS	Global Health Scale
GSII	Sleep Impact Index
HADS	Hospital anxiety and depression scale
ISI	Insomnia Severity Index
LH	Loaren higieena
MADRS-S	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Self-assessment
NWAK	Esnatutako aldiak
PHQ	Patient Health Questionnaire
PROMIS-10	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
PSS-4	Perceived Stress Scale 4 item version
RAS	Relationship Assessment Scale
SCI	Sleep Condition Indicator
SDQ	Sleep Disturbance Questionnaire
SE	Loaren efizientzia
SE	Loaren efizientzia
SE-A	Aktigrafia bidez neurtutako loaren efizientzia
SF-12	Short-Form Health Survey
SF-12v2	Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey version 2
SF-36	36-Item Short Form Survey
SF6D	Short-form six-dimension health survey
SOL	Loa hasteko beharrezko denbora
SQ	Loaren kalitatea
TIB	Ohean egondako denbora
TKK	Terapia kognitibo konduktuala
TST	Lo egondako denbora totala
TWAK	Behin esnatuta ohean geratutako denbora
USI	Uppsala Sleep Inventory scale

WASO	Lo geratu ondoren esna egondako denbora
WEMWBS	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale
WPAI	Work Productivity and Activity Impairment questionnaire
WSAS	Work and Social Adjustment Scale