



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Νοσηλευτικές Διεργασίες στο ρόλο των ονείρων των  
ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**Παναγιώτα- Ιωάννα Ζάγκα**

**A.M. 17396**

**Μαίρη Γκούβα**

**Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Σεπτέμβριος 2020**

## **Ευχαριστίες**

*Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Μαίρη Γκούβα η οποία με μύησε στο θέμα αυτό και μου έδωσε την ευκαιρία να εξετάσω την σημασία της νοσηλευτικής υποστήριξης στους ασθενείς σε μια τόσο περίπλοκη πτυχή όπως τα όνειρα.*

## **Περιεχόμενα**

**Περίληψη** ..... 5

**Abstract**..... 7

**Εισαγωγή**..... 8

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **Ο ΥΠΝΟΣ**

1.1 Ορισμός του ύπνου. .... 10

1.2 Η σημασία της ποιότητας του ύπνου ..... 12

1.3 Ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου. .... 13

1.4 Προβλήματα εξαιτίας της στέρησης του ύπνου. .... 14

1.5 Τα στάδια του ύπνου ..... 14

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

#### **ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ**

2.1 Ορισμός των ονείρων ..... 17

2.2 Ιστορική αναδρομή στα όνειρα ..... 19

2.3 Η θεωρία του Freud ..... 20

2.4 Ο εγκέφαλος κατά την διάρκεια των ονείρων ..... 23

2.5 Οι εφιάλτες. .... 24

2.6 Όνειρα στο τέλος της ζωής ..... 24

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**

3.1 Η Νοσηλευτική φροντίδα για τον ύπνο. .... 26

3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την διάρκεια του ύπνου στο νοσοκομείο ..... 27

3.3 Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την προαγωγή του ύπνου και τα όνειρα ..... 28

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στους ασθενείς με εφιάλτες ..... 29

3.5 Ο Ρόλος του νοσηλευτή στην ανάλυση των ονείρων ..... 32

3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα όνειρα και τα οράματα στο τέλος της ζωής . . . . .	33
3.7 Ο Ρόλος του νοσηλευτή στην χαλάρωση των ασθενών . . . . .	35

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

4.1 Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός . . . . .	37
4.2 Ορισμός της ποιοτικής έρευνας . . . . .	38
4.3 Μελέτη Περίπτωσης . . . . .	38
Συμπεράσματα . . . . .	41
Βιβλιογραφία. . . . .	42

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα όνειρα αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την πορεία των ασθενών. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να επιδιώκουν να συζητούν για αυτά με τους ασθενείς τους προκειμένου να αποκωδικοποιήσουν την ψυχολογική τους κατάσταση.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ονείρων των ασθενών ως ένας τρόπος διαχείρισης της νόσου. Σκοπός είναι να περιγραφεί ο ρόλος που έχουν οι νοσηλευτές όσον αφορά τις διεργασίες που είναι απαραίτητες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «όνειρα» (dreams), «νοσηλευτικές παρεμβάσεις» (nursing interventions), «αξιολόγηση των ονείρων» (patients' assessment), «εφιάλτες» (nightmares), «ψυχολογική υποστήριξη» (psychological support).

**Αποτελέσματα:** οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρές νόσους και έουν αβέβαιο μέλλον τείνουν να έχουν όνειρα τα οποία είναι αρνητικά φορτισμένα. Επίσης, αυτοί οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους συνήθως έχουν εφιάλτες αλλά και όνειρα στα οποία πρωταγωνιστούν αγαπημένα τους πρόσωπα τα οποία έχουν πεθάνει. Τα όνειρα, επηρεάζονται από την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Με τη σειρά τους τα όνειρα έχουν σοβαρή επίδραση στην ευεξία και την πορεία του ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να παρέχουν στους ασθενείς τους την κατάλληλη φροντίδα έτσι ώστε να έχουν έναν ποιοτικό ύπνο και όνειρα τα οποία θα επιδράσουν θετικά στην πορεία τους. Για να γίνει αυτό απαραίτητο είναι οι νοσηλευτές να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς τους και να στοχεύουν στην επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Σε περιπτώσεις όπου οι

ασθενείς έχουν εφιάλτες, είναι απαραίτητο να δοθεί η κατάλληλη προσοχή και φυσικά η κατάλληλη νοσηλευτική εκπαίδευση.

**Λέξεις ευρετηρίου:** όνειρα, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αξιολόγηση των ονείρων, εφιάλτες, ψυχολογική υποστήριξη

## **Abstract**

**Introduction:** Dreams are an important factor in the progress of patients. Nurses need to seek to discuss these with their patients in order to decode their psychological state.

**Purpose:** The purpose of this prospective study is to explore patients' dreams as a way of managing the disease. The purpose is to describe the role that nurses play in the processes that are needed.

**Material and Method:** Greek and international bibliography was reviewed in PubMed and Google Scholar online databases and TEI library. Epirus. The study material consisted of selected books and articles published mainly in the last decade, and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. There was a restriction on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used. Words used in the search were "dreams", "nursing interventions", "patients' evaluation", nightmares, psychological support. ).

**Results:** Patients with serious illnesses and an uncertain future tend to have dreams that are negatively charged. Also, those patients who are in the final stages of their lives usually have nightmares but also dreams in which loved ones who have died have starred. Dreams are affected by the patient's psychological state. In turn, dreams have a serious impact on the well-being and well-being of the patient.

**Conclusions:** Nurses need to provide their patients with appropriate care in order to have a quality sleep and dreams that will have a positive impact on their progress. To do this, it is essential that nurses provide psychological support to their patients and aim to achieve a better quality of life. In cases where patients have nightmares, it is necessary to pay proper attention and of course appropriate nursing education.

**Key words:** dreams, nursing interventions, dream assessment, nightmares, psychological support

## Εισαγωγή

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι δεν μπορούμε να επιβιώσουμε χωρίς τον ύπνο. Ο ύπνος είναι ζωτικής σημασίας συνήθεια για κάθε έμβιο ον, και κυρίως για τον άνθρωπο, καθώς βοηθά στην λειτουργικότητά του και στην εκτέλεση των καθημερινών εργασιών του. Ο ύπνος έχει μια σειρά από πλεονεκτήματα τα οποία σχετίζονται με την γενικότερη ποιότητα ζωής και την υγεία του.

Σημαντικό μέρος του ύπνου είναι και τα όνειρα. Τα όνειρα, αποδεδειγμένα έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα και είναι απαραίτητα για την ανθρώπινη υγεία. Η καθολικότητα των ονείρων μεταξύ των ανθρώπων είναι αδιαμφισβήτητη, αλλά η αντίληψή μας για το τι ονειρεύεται, τι σημαίνει να ονειρευόμαστε και γιατί ονειρευόμαστε έχει αλλάξει πάρα πολύ τα τελευταία χρόνια. Εξετάζοντας κανείς τα όνειρα, αντιλαμβάνεται ότι σχετίζονται με την γενικότερη ψυχολογική του κατάσταση. Μάλιστα, αλληλεπιδρούν με αυτή άμεσα καθώς ένα όνειρο μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ημέρα του ατόμου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστούν οι νοσηλευτικές διεργασίες στον ρόλο των ονείρων των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η εργασία αποτελείται από 4 επιμέρους κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται βασικά στοιχεία σχετικά με τον ύπνο και την σημασία που έχει η ποιότητα του ύπνου στην υγεία των ανθρώπων και φυσικά των ασθενών. Έμφαση δίνεται επίσης στα προβλήματα που προκαλούνται εξαιτίας της έλλειψης ύπνου. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται σημαντικές πληροφορίες για τα όνειρα. Αφού δοθούν οι σχετικοί ορισμοί και παρουσιαστεί η ιστορική αναδρομή, δίνονται πληροφορίες για την θεωρία του Freud για τα όνειρα. Στο επόμενο κεφάλαιο, το τρίτο, παρουσιάζονται οι νοσηλευτικές διεργασίες σχετικά με τα όνειρα των ασθενών, προκειμένου να αναδειχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή. Τέλος, στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της εργασίας, το οποίο είναι ουσιαστικά μια μελέτη περίπτωσης. Σε αυτή την μελέτη περίπτωσης παρουσιάζεται η περίπτωση της Κ. μιας νοσηλεύτριας που εργάζεται στο ογκολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και καθημερινά έρχεται σε επαφή με πάρα πολλούς ασθενείς. Μέσα από συζήτηση που πραγματοποιήθηκε με την Κ. παρουσιάζονται οι εμπειρίες



της σχετικά με τις νοσηλευτικές διεργασίες που έχει κατά καιρούς πραγματοποιήσει σε ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν και είτε αντιμετώπιζαν προβλήματα με τον ύπνο τους, είτε συζητούσαν μαζί της τα όνειρά τους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Ο ΥΠΝΟΣ

### 1.1 Ορισμός του ύπνου

Ο ύπνος αποτελεί μια αναγκαία διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός χάνει την συνείδηση του περιβάλλοντος, αλλά ταυτόχρονα είναι ενεργός. Είναι απαραίτητο για την ρύθμιση της ομοιόστασης να λαμβάνει χώρα ανά τακτά χρονικά διαστήματα και σε καθημερινή βάση. Κατά τον ύπνο απενεργοποιούνται οι νευρώνες που κρατούν τον οργανισμό άγρυπνο, και ενεργοποιούνται αυτοί που τον δημιουργούν. Αποτελεί μια ελεγχόμενη διαδικασία από το εξωτερικό περιβάλλον, και είναι αναγκαίος για την επιβίωση του ατόμου και την ξεκούραση του οργανισμού (Kamdar et al., 2012).

Η σημασία του ύπνου είναι ορατή συνήθως στις γνωστικές λειτουργίες, στην μάθηση, την ενίσχυση της ευεξίας και την ρύθμιση για σωστή ομοιόσταση. Δηλαδή, τα παραπάνω χρειάζονται τον ύπνο προκειμένου να αποδώσει ο οργανισμός στο μέγιστο. Όμως, οι ειδικοί δεν είναι σίγουροι για την επιρροή που ασκεί ο ύπνος στις γνωστικές λειτουργίες και την μάθηση. Υποθέτουν όμως, ότι η ύπαρξη των βραδέων κυμάτων για την εκμάθηση καθορισμένων δεδομένων, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την μεταβλημένη προς το θετικό επίδοση για τα δεδομένα που λαμβάνει. Επίσης, ο ύπνος απαιτεί μια σειρά από προϋποθέσεις προκειμένου να πραγματοποιηθεί με τον σωστό τρόπο. Αρχικά, η ποιότητα αυτού συνδέεται άμεσα με την λειτουργία του μεταβολισμού, της καρδιάς και των ενδοκρινών αδένων. Έχει παρατηρηθεί ότι η κακή ποιότητα ύπνου μπορεί να αποτελέσει έναν ακόμα παράγοντα για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας, διότι πραγματοποιούνται διαταραχές στην γρελίνη και την λεπτίνη με αποτέλεσμα την μείωση του κορεσμού των τροφίμων και την ταυτόχρονη αύξηση της όρεξης.

Θα μπορούσαμε να πούμε με σιγουριά πλέον, ότι η απουσία ύπνου συμβάλλει θετικά στην δημιουργία των παραπάνω, διότι ο οργανισμός και οι ορμόνες του, χάνουν

τις ιδιότητές τους. Ένας άλλος παράγοντας που απορρυθμίζει τις ορμόνες είναι οι διαταραχές που παρατηρούνται στον μεταβολισμό της γλυκόζης. Ακόμα, έχει εντοπιστεί μια σειρά από πληροφορίες που συνδέονται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό με τις διαταραχές που προκαλεί η απώλεια ύπνου. Η βασικότερη από αυτές ονομάζεται αποφρακτική άπνοια του ύπνου. Σε αυτή τη διαταραχή, ο ασθενής εμφανίζει αιφνιδιαστικές δυσκολίες στην καρδιά, οι οποίες δεν μπορούν να θεραπευτούν με την χορήγηση φαρμάκων, ενώ το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί περισσότερες από 5 ώρες σε καθημερινή συχνότητα. Ταυτόχρονα, αυτό το επεισόδιο διαρκεί σχεδόν 10 ώρες και είναι πιθανό ο οργανισμός να εξασθενήσει εντελώς μετά από ένα χρονικό σημείο (Figueroa-Ramos et al., 2009).

Παράλληλα, το ανοσολογικό σύστημα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου. Το γεγονός αυτό μπορούμε να το βιώσουμε όταν έχουμε πυρετό, βαρύ βήχα ή γενικότερα όταν είμαστε άρρωστοι. Εκείνες τις μέρες ο οργανισμός μας αισθάνεται εξουθενωμένος και χρειάζεται τον ύπνο, λόγω των τοξινών που περιλαμβάνονται στο εσωτερικό των τοιχωμάτων των κυττάρων των μικροβίων που έχουν εισβάλει στον οργανισμό μας. Για την ακρίβεια, μέσα σε αυτά υπάρχουν κάποια κύτταρα λίπους και πολυσακχαριτών τα οποία ωθούν τον οργανισμό στο να αισθάνεται αδύναμος και εν τέλει να κοιμάται. Παράλληλα, σε αυτή την διάρκεια, η συγκέντρωση του παράγοντα νέκρωσης και της ιντερλευκίνης υπάρχει σε αυξημένα επίπεδα στο αίμα, και αυτή είναι μια αιτία για την δημιουργία της κόπωσης και του συχνού ύπνου. Όμως, έχει διαπιστωθεί ότι ο ύπνος κατά το χρονικό διάστημα που δρα ένας ιογενής παράγοντας στον ανθρώπινο οργανισμό, βοηθά σε μεγάλο βαθμό στην ανάρρωση. Επιπλέον, έπειτα από έρευνα που εφαρμόστηκε στα ζώα, προέκυψε ότι οι διαταραχές ύπνου επιφέρουν τον θάνατο με την αιτιολογία της σηψαιμίας και ότι η απουσία ύπνου συνδέεται με τα χαμηλά επίπεδα αντίδρασης του ανοσιακού συστήματος κατά την διάρκεια που πραγματοποιείται ένα εμβόλιο (Alon, 2018).

## 1.2 Η σημασία της ποιότητας του ύπνου

Ο ύπνος είναι μια τόσο φυσική εμπειρία που οι περισσότεροι τον θεωρούν δεδομένο. Ο ύπνος συχνά περιγράφεται με όρους ηρεμίας του εγκεφάλου. Πάραυτα, πρόκειται για μια σύνθετη και δυναμική κατάσταση που είναι ζωτικής σημασίας για τη ζωή. Όπως ορίζεται από τους Carskadon και Dement (2009), ο ύπνος είναι μια αναστρέψιμη συμπεριφορική κατάσταση της αντιληπτικής απεμπλοκής από το περιβάλλον. Πρόκειται ουσιαστικά για έναν πολύπλοκο συνδυασμό μιας ψυχολογικής συμπεριφορικής διαδικασίας. Ο ύπνος συνήθως συνοδεύεται από μια συγκεκριμένη στάση του σώματος, από ηρεμία συμπεριφοράς και κλειστά μάτια. Κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο καρδιακός ρυθμός, η αρτηριακή πίεση και η αναπνοή μειώνονται και η θερμοκρασία του σώματος είναι χαμηλότερη από ό, τι κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Επιπλέον, ο ενεργειακός μεταβολισμός επηρεάζεται και ρυθμίζεται και η έκκριση ορμονών, όπως η αυξητική ορμόνη, η οποία αυξάνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια του ύπνου (Krystal & Edinger, 2008).

Η έννοια «ποιότητα ύπνου», είναι ένας κλινικός όρος και θεωρείται περίπλοκη επειδή είναι δύσκολο να μετρηθεί αντικειμενικά. Οι Buysse et al. (2012) δηλώνουν ότι η ποιότητα του ύπνου περιλαμβάνει περιοχές, όπως η διάρκεια του ύπνου και ο αριθμός των αφυπνίσεων, και ότι ο όρος περιλαμβάνει τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές πτυχές. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η υποκειμενική ποιότητα ύπνου δεν μπορεί πάντα να συγκριθεί με αντικειμενικές μετρήσεις του ύπνου (Loredo et al., 2010).

Ο Buysse (2014) από την πλευρά του υποστηρίζει ότι η υγεία του ύπνου είναι επίσης συνδεδεμένη με την ποιότητά του. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι η υγεία του ύπνου είναι ένα πολυδιάστατο πρότυπο ύπνου-εγρήγορσης, προσαρμοσμένο στις ατομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές απαιτήσεις, που προάγει τη σωματική και ψυχική ευεξία. Η καλή υγεία ύπνου χαρακτηρίζεται από υποκειμενική ικανοποίηση, κατάλληλο χρόνο, επαρκή διάρκεια, υψηλή απόδοση και συνεχή εγρήγορση κατά τις ώρες αφύπνισης». Το Εθνικό Ίδρυμα ύπνου υποστηρίζει ότι η ιδανική διάρκεια ύπνου είναι επτά έως οκτώ ωρών για τους ενήλικες ηλικίας 26-64 ετών για τη βελτίωση της υγείας του ύπνου (Buysse, 2014).

### 1.3 Ποιοτικά χαρακτηριστικά του ύπνου

Η διαδικασία του ύπνου αποτελεί μια κατάσταση που διαρκεί για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα (8-10 ώρες την ημέρα) και εξαρτάται από τους κινκάρδιους και τους μηχανισμούς της ομοιόστασης. Αυτοί οι μηχανισμοί ρυθμίζουν τις ώρες που θα ξεκουράζεται μέσω του ύπνου ένας οργανισμός σε μία ημέρα. Η ομοιόσταση αποτελεί την συνεργασία των διαφορετικών φυσιολογικών διαδικασιών που επιτελούνται στον οργανισμό, όπως ο ύπνος και η επαγρύπνηση. Έχει ως βασικό στόχο να παραμένει σταθερή και να μην επηρεάζεται από αυτές τις λειτουργίες. Όμως αυτές οι λειτουργίες είναι αντίστοιχες με τον τρόπο που λειτουργεί η δίψα. Πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη για ύπνο σχετίζεται με τον χρόνο εγρήγορσης που έχει πραγματοποιηθεί.

Η υπνηλία είναι μια κατάσταση που προκύπτει από την μεγάλη περίοδο αυπνίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κινκάρδιο σύστημα είναι συνδεδεμένο με κάποιους ιστούς και κάποια όργανα τα οποία ελέγχονται από έναν βηματοδότη για 24 ώρες. Αυτός ο βηματοδότης ελέγχεται κατά βάση από τον υπερχιασματικό πυρήνα που βρίσκεται στον υποθάλαμο και σκοπεύει στην σταθερή διατήρηση και την ρύθμιση του κύκλου ύπνου και εγρήγορσης, ο οποίος συχνά εξαρτάται και ρυθμίζεται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα το σκοτάδι και το φως. Για την ακρίβεια, ο κύκλος του ύπνου και της εγρήγορσης δεν αλλοιώνεται όταν υπάρχει αναλογία σε φως και σκοτάδι.

Σε αυτή την ρύθμιση του οργανισμού, η μελανίνη παίζει σημαντικό ρόλο, διότι ωθεί τον οργανισμό να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες, και η παραγωγή της την νύχτα αυξάνεται κατακόρυφα, λόγω της απουσίας του φωτός. Ο ύπνος ταξινομείται σε 2 βασικές κατηγορίες. Η πρώτη ονομάζεται NREM και είναι σχετική με τον ύπνο κατά την διάρκεια του οποίου δεν παρατηρούνται κινήσεις στα μάτια, ενώ η κατηγορία REM σχετίζεται με το ακριβώς αντίθετο (Stickgold & Walker, 2007).

## 1.4 Προβλήματα εξαιτίας της στέρησης του ύπνου

Η στέρηση ύπνου, καθώς και οι διαταραχές του ύπνου, εντοπίζονται συνήθως σε υγιή άτομα αλλά και σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή του ύπνου. Η στέρηση ύπνου ορίζεται ως οξεία ή / και χρόνια έλλειψη ύπνου. Η στέρηση ύπνου μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα που σχετίζονται συχνά με ανεπαρκείς ώρες ύπνου. Ο μειωμένος ύπνος και η μειωμένη ποιότητα ύπνου επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία όπως είναι λογικό, προκαλώντας εμπόδια στην καθημερινότητα

Η στέρηση ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ικανότητα απομνημόνευσης και δυσκολίες στη διατήρηση της συγκέντρωσης. Η εξασθενημένη λειτουργία μπορεί να συμβεί μετά από συνεχή αϋπνία αλλά και μετά από μικρότερη μείωση του χρόνου ύπνου. Επίσης, η λογική συλλογιστική των ανθρώπων, η ικανότητα διατήρησης νέων πληροφοριών και η λήψη αποφάσεων επηρεάζεται από την έλλειψη ύπνου. Επιπλέον, τόσο η βραχυπρόθεσμη όσο και η μακροχρόνια στέρηση ύπνου οδηγούν σε μειωμένη εγρήγορση, παρατεταμένο χρόνο αντίδρασης και μειωμένο επίπεδο προσοχής

Οι φλεγμονώδεις διεργασίες σχετίζονται με απώλεια ύπνου και στέρηση ύπνου. Τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης αυξάνουν τις φλεγμονώδεις διεργασίες, τόσο στην ολική όσο και στη μερική στέρηση ύπνου. Η στέρηση ύπνου, μετά από μόλις 36 ώρες, σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Τόσο η χρόνια όσο και η οξεία απώλεια ύπνου παρεμποδίζουν τις ανοσολογικές διαδικασίες και μια βραχύτερη διάρκεια του ύπνου σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στην ανάπτυξη κρυολογήματος (Alhola & Polo-Kantola, 2007).

## 1.5 Τα στάδια του ύπνου

Η έρευνα για τη φυσιολογία του ανθρώπινου ύπνου που διεξάγεται γενικά σε εργαστήριο ύπνου με τη χρήση ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (EEG), ηλεκτροοφθαλμογραφίας (EOG) και ηλεκτρομυογραφίας (EMG) έχει δώσει την ευκαιρία στους επιστήμονες να διακρίνουν τα διάφορα στάδια του ύπνου. Αυτό επιτυγχάνεται

μέσα από την μέτρηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας, τις κινήσεις των ματιών και τη μυϊκή δραστηριότητα που δίνουν την ευκαιρία στους επιστήμονες να διακρίνουν τις καταστάσεις εγρήγορσης κατά τον ύπνο (Breitbart και συν., 2002).

Κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο ανθρώπινος εγκέφαλος περνάει από τέσσερα στάδια που χαρακτηρίζονται από διαφορετικά κύματα εγκεφαλικής δραστηριότητας καθώς και από τον γρήγορο ύπνο των ματιών (REM), με κυκλικό τρόπο (Rechtschaffen & Kales, 1968). Τα στάδια 1-4 του ύπνου μπορεί επίσης να αναφέρονται ως ύπνος μη ταχείας κίνησης στα μάτια (NREM). Ο ύπνος πρώτου σταδίου, ο οποίος διαρκεί περίπου δέκα λεπτά, χαρακτηρίζεται από τη δραστηριότητα του θήτα και σηματοδοτεί τη μετάβαση μεταξύ ύπνου και εγρήγορσης. Επόμενο στάδιο είναι το 2<sup>ο</sup> όπου ο ύπνος είναι ακανόνιστος και μπορεί να διασπάται ελαφρώς από ξαφνικές κυματομορφές (Horikawa και συν., 2014).

Μετά από περίπου 15 λεπτά, επέρχεται το στάδιο 3 του ύπνου και ακολουθείται από το στάδιο 4, το οποίο είναι και το βαθύτερο στάδιο του ύπνου. Κατά τα στάδια 3 και 4, ο ύπνος μπορεί να χαρακτηριστεί ως ύπνος αργού κύματος λόγω της παρουσίας δραστηριότητας δέλτα. Η διάκριση μεταξύ αυτών των σταδίων δεν είναι ξεκάθαρη, καθώς και οι δύο συνίστανται σε δεκτά κύματα υψηλού πλάτους. Πάραυτα, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο ύπνος στο στάδιο 4 έχει υψηλότερο ποσοστό τέτοιων κυμάτων (περισσότερο από 50%) από το στάδιο 3 ύπνου (20-50%) (Cartwright, 2000).

Το 2007, αυτά τα στάδια συνδυάστηκαν από την Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής Κλινικής (Sleep Medicine) για να σχηματίσουν ένα μόνο στάδιο λόγω της έλλειψης διάκρισης. Έτσι, υποστηρίζεται ότι μετά από 90 λεπτά από την έναρξη του ύπνου, εμφανίζεται ξαφνική αλλαγή κατά την οποία τα βλέφαρα αρχίζουν να κινούνται μπρος-πίσω. Η στιγμή αυτή αποτυπώνεται στο EMG ως μια βαθιά απώλεια μυϊκού τόνου (Hobson, 2009). Αυτό αναφέρεται ως ύπνος ταχείας κίνησης των ματιών (REM) και περιλαμβάνει μια μικρή ποσότητα κυμάτων Θήτα μαζί με την δραστηριότητα Βήτα, η οποία παρατηρείται συνήθως κατά την αφύπνιση ή τον ύπνο του σταδίου 1. Ο ύπνος REM διαρκεί περίπου 20-30 λεπτά. Κάθε κύκλος διαρκεί περίπου 90 λεπτά. Επομένως ένας ύπνος μήκους 8 ωρών θα περιέχει τέσσερις ή πέντε περιόδους REM-ύπνου, οι οποίες είναι όλο και πιο παρατεταμένες για κάθε κύκλο. Το μεγαλύτερο μέρος του ύπνου με αργό κύμα εμφανίζεται στο πρώτο μισό της νύχτας και οι επακόλουθες

περίοδοι NREM-ύπνου αποτελούνται όλο και περισσότερο από τον ύπνο της φάσης 2  
(Carlson, 2004)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ

#### 2.1 Ορισμός των ονείρων

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις σχετικά με τα όνειρα και την επίδρασή τους αλλά και γενικότερα την υπόστασή τους. Οι Edwards και συν. (2013) αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι τα όνειρα έχουν άμεση σχέση με τα ανθρώπινα βιώματα και την μνήμη του κάθε ατόμου. Φυσικά όλα αυτά προέρχονται από την ζωή και τα ερεθίσματα που έχει καθένας από εμάς. Ένα όνειρο είναι μια από τις πιο μοναδικές καταστάσεις συνείδησης, που καταλήγουν σε πολλές λειτουργίες όπως η ρύθμιση της διάθεσης, η προσαρμογή και η ενσωμάτωση νέων πληροφοριών με το διαθέσιμο σύστημα μνήμης. Το όνειρο ορίζεται ως ένα είδος ψυχικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα όνειρα εμφανίζονται συνήθως κατά τη φάση ταχείας κίνησης των ματιών (REM) οπότε ο ρυθμός ανάκλησης του ονείρου μετά τη φάση REM είναι 80% (Diekelmann & Born, 2010).

Σύμφωνα με την ιδέα του Hartman, τα όνειρα αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα της ζωής ενός ατόμου. Μάλιστα, είναι πιο πιθανό τα έντονα συναισθήματα που στιγματίζουν το άτομο να αντανakλώνται στο όνειρο. Οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις και συναισθήματα κατά τη διάρκεια της ζωής, ειδικά όταν γνωρίζουν μια νόσο (Mazzarino-Willett, 2010)

Με βάση τις πρόσφατες αναφορές, η αξιολόγηση του ονείρου και των μηχανισμών και λειτουργιών του μπορεί να βοηθήσει στην αντίληψη των γνωστικών, συναισθημάτων και σύνθετων συμπεριφορών του ανθρώπου (Limosani και συν., 2011). Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του περιεχομένου του ονείρου και της γνώσης και της συμπεριφοράς σε αφυπνισμένο χρόνο, ένα όνειρο μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην εξήγηση των ψυχοπαθολογιών πολλών ψυχιατρικών διαταραχών και της αιτιολογίας των νευρολογικών διαταραχών (D'Agostino και συν., 2012) ‘

Μάλιστα, η χρονική διάρκεια και το περιεχόμενό του μπορεί να είναι ένα αντανακλαστικό της αναπτυξιακής διαδικασίας μιας ψυχολογικής παθολογίας ψυχιατρικών διαταραχών ή άλλων χρόνιων ασθενειών. Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η κατάθλιψη αλλά και οι διαταραχές άγχους όπως η διαταραχή του μετατραυματικού στρες και η αλεξυθυμία. Σε κάθε τέτοια περίπτωση, χαρακτηριστικό είναι ότι το περιεχόμενο ενός ονείρου είναι συνήθως αρνητικό μεταξύ. Μάλιστα, τα αρνητικά όνειρα που επαναλαμβάνονται διαρκώς, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αυτοκτονικές τάσεις (Palagini & Rosenlicht, 2011).

Οι Aserinsky και Kleitman (1953) ανέφεραν για πρώτη φορά τον ύπνο REM και από τότε πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει φυσιολογικές καταγραφές για να προσδιορίσουν τα στάδια του ύπνου. Χαρακτηριστικό είναι ότι η συγκεκριμένη μεθοδολογία επιτρέπει την περιγραφή των διαφορετικών τύπων καταστάσεων του ονείρου. Τα όνειρα συμβαίνουν σε όλα τα στάδια του ύπνου, αλλά τα όνειρα από καταστάσεις REM και εκτός REM μπορούν να διακριθούν. Τα όνειρα REM συνήθως έχουν τα υψηλότερα ποσοστά πλήρους ανάκλησης και επεκτείνονται με μια πολύ αφηγηματική δομή. Τα τυπικά όνειρα έχουν μια αφηγηματική δομή και αποτελούνται από ιστορίες που κυμαίνονται από ρεαλιστική έως πλήρη φαντασία. Κατά τη διάρκεια των ονείρων, η παράλληλη γνωστική επεξεργασία και η μεταγνώριση μειώνονται και η παρούσα στιγμή γίνεται η πιο έντονη. Κατά τη διάρκεια των ονείρων υπάρχει επίσης μια εικονική αίσθηση της πραγματικότητας και η κυριαρχία της συμμετοχής του εγώ. Αυτά τα δύο χαρακτηριστικά είναι τα μόνα συνεχή χαρακτηριστικά που ονειρεύεστε με τα άλλα χαρακτηριστικά να είναι λίγο πολύ συνειδητά γεγονότα.

Το μοντέλο ενεργοποίησης-σύνθεσης των Hobson & McCarley (1977) υποδηλώνει ότι το εγκεφαλικό στέλεχος περιέχει μια πηγή ονείρων που ενεργοποιεί περιοδικά υποφλοιώδεις και φλοιώδεις δομές κατά τη διάρκεια του ύπνου σταδίου REM. Η νευρική ενεργοποίηση που ξεκινά από το εγκεφαλικό σύστημα είναι πιο εμφανής στον οπτικό φλοιό, στον κινητικό φλοιό, στα βασικά γάγγλια και σε διάφορες δομές του άκρου του συστήματος, ιδιαίτερα στην αμυγδαλή. Το μοτίβο ενεργοποίησης κατά τη διάρκεια του REM φαίνεται ότι αντιστοιχεί στενά στο περιεχόμενο των ονείρων και ταιριάζει με τη νευρική δραστηριότητα των ίδιων συμπεριφορών κατά τη διάρκεια της συνείδησης.

Μελέτες τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων, οι οποίες είναι γνωστές στην βιβλιογραφία και με τον όρο PET, έχουν επίσης δείξει σημαντικές απενεργοποιήσεις μιας μεγάλης περιοχής των ραχιαίων προμετωπιαίων λοβών. Το μοτίβο απενεργοποίησης υποδηλώνει ότι ο ύπνος REM χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση γενικής εγκεφαλικής ενεργοποίησης με έναν αποκλεισμό του εκτελεστικού συστήματος. Τα όνειρα στερούνται προκαταρκτικών εξαρτώμενων γνώσεων και ο αυτο-προβληματισμός απουσιάζει, ο χρόνος παραμορφώνεται με το παρελθόν και το μέλλον που ανταλλάσσονται ελεύθερα και ο εκούσιος έλεγχος εξασθενεί σε μεγάλο βαθμό. Η αφηρημένη σκέψη, η ενεργητική λήψη αποφάσεων και η συνεπής λογική μειώνονται και δεν υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία εστιασμένης προσοχής. Επίσης, η ικανότητα σημασιολογικής και επεισοδιακής ανάκτησης συγκεκριμένων αναμνήσεων, η οποία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις ραχιαίες περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού, είναι επίσης πολύ μειωμένη. Επιπλέον, η έκταση στην οποία ένα όνειρο είναι παράξενο σχετίζεται με την έκταση της προμετωπικής υπολειτουργίας. Είναι προφανές ότι η κύρια διαφορά μεταξύ των γνωστικών ονείρων και της αφύπνισης συνείδησης οφείλεται στην απενεργοποίηση των ραχιαίων πλευρών του προμετωπιαίου φλοιού. Το διαυγές όνειρο μπορεί να είναι χρήσιμο για τη μελέτη της συνείδησης. Κατά τη διάρκεια των διαυγών ονείρων, ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι τα γεγονότα που συμβαίνουν αποτελούν μέρος ενός ονείρου (Hobson & McCarley, 1977).

## **2.2 Ιστορική αναδρομή στα όνειρα**

Τα όνειρα και γενικότερα η διαδικασία του ονείρου, αποτελούν ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει εδώ και πολλά χρόνια την ανθρωπότητα. Ξεκινώντας από τους αρχαίους πολιτισμούς, σημαντική είναι η αναφορά στην άποψη του Αριστοτέλη, ο οποίος ανέφερε το 350 π.Χ ότι είναι σημαντικό να εξεταστεί ο λόγος που οι άνθρωποι ονειρεύονται. Επισήμανε επίσης πως σημαντική ήταν η διερεύνηση του γεγονότος ότι δεν θυμούνται ακριβώς τα όνειρά τους και ότι πολλές φορές δυσκολεύονται να τα περιγράψουν επαρκώς. Έκτοτε, έχουν παρέλθει αμέτρητα χρόνια και σχεδόν 23 αιώνες.

Η εξέλιξη της ψυχολογίας έδωσε ένα πιο οργανωμένο πλαίσιο γύρω από τα όνειρα, μέσα από την ανάπτυξη μιας πληθώρας θεωριών (Flaskerud, 2018).

Στον χώρο της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής, το ενδιαφέρον για το θέμα προκάλεσε για πρώτη φορά ο Sigmund Freud, το 1900, ο οποίος πρότεινε την άποψη ότι τα όνειρα ενεργούν ως «φύλακες του ύπνου» παρέχοντας ένα προστατευτικό ρόλο. Τα όνειρα επιτρέπουν την έκφραση των καταπιεσμένων ασυνείδητων επιθυμιών χωρίς να διαταραχθεί ο ύπνος μας. Οι επακόλουθες θεωρίες σχετικά με τη λειτουργία του ονείρου αντανακλούν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών προοπτικών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοδυναμικών θεωριών, των εξελικτικών μοντέλων, αλλά και των μοντέλα νευρογνωστικών μοντέλων (Dement & Vaughan, 1999)

Για να προκαλέσουν όνειρα, οι Αρχαίοι Έλληνες υιοθέτησαν μια μέθοδο που ονομάζεται «ύπνος του ναού», η οποία επηρεάστηκε από τους Αιγυπτίους και τους Μεσοποταμιούς. Ο Ασκληπιός, διέθετε την τέχνη της θεραπείας. Προς τιμήν του Ασκληπιού, οι αρχαίοι Έλληνες έχτισαν θεραπευτικούς ναούς και ιερά, που ονομάζονταν Ασκληπιεία. Εάν ένας ασθενής χρειαζόταν μια θεραπεία, θα πήγαινε εκεί και θα έκανε θυσίες με την ελπίδα να έχει ένα πραγματικό όνειρο που αποστέλλεται από αυτόν τον θεό (Stumbrys και συν., 2012).

### **1.3 Η θεωρία του Freud**

Έχει υπάρξει μια σειρά από έρευνες, από τις οποίες έχει προκύψει ότι το ασυνείδητο σχετίζεται με κάποιες από τις θεωρίες του Φρόιντ, και περισσότερο αυτή που σχετίζεται με τα όνειρα. Για την ακρίβεια, θεωρεί ότι όλες οι ανθρώπινες σκέψεις περνούν απευθείας στο ασυνείδητο σαν επιθυμίες ή σαν παρορμήσεις. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι δεύτερες απεγκλωβίζονται από το υποσυνείδητο μετά από αρκετό καιρό και εντοπίζονται με άλλες μορφές, οι οποίες συνήθως είναι τα όνειρα. Ο Φρόιντ είχε ασχοληθεί από μικρή ηλικία με την ανάλυση και την οπτική των ονείρων, και αυτό ήταν αποτέλεσμα επειδή ο ίδιος έβλεπε πολύ συχνά κατά την διάρκεια του ύπνου του.

Δεν τα ανέλυε μόνο, αλλά έκανε προσπάθειες και για να τα καταγράψει, ή ακόμα να μιλά για αυτά στην γυναίκα του. Μάλιστα, έχει σημειωθεί ότι έγραφε για τα όνειρα που έβλεπε με την γυναίκα του στα γράμματα που της έστελνε, ενώ στο τετράδιο που απομνημόνευε αυτά, βρέθηκε ότι αναφερόταν αρκετές φορές σε αυτήν και σε σκέψεις που δεν είχε υλοποιήσει, όμως κατάφερε μόλις μεγάλωσε. Ένα γεγονός που τον στιγμάτισε αρκετά, ήταν ο θάνατος του πατέρα του, όπου την νύχτα της κηδείας του είδε ένα όνειρο που είναι σύνηθες σε άτομα που έχουν χάσει ένα άτομο από το στενό τους κύκλο. Για την ακρίβεια, σε αυτό είδε πως διάβαζε μια πινακίδα μέσα σε έναν χώρο αναμονής, στην οποία αναφερόταν η φράση «παρακαλώ να κλείνετε τα μάτια». Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι ο Φρόντ δεν έφτασε εγκαίρως στον χώρο όπου πραγματοποιήθηκε η κηδεία εκείνη την ημέρα, και με αυτό το όνειρο αποδείχθηκε ότι είχε ενοχές και τύψεις για αυτό το γεγονός.

Το μεγάλο κίνητρο για να ασχοληθεί ο Φρόντ με τα όνειρα, το άντλησε από δύο συγκεκριμένα στοιχεία που παρατηρούσε στους ασθενείς του, σαν γιατρός και επιστήμονας σε αρκετά περιστατικά. Το πρώτο στοιχείο ήταν σχετικό με τους συνειρμούς που αυτοί εκδήλωναν σε ένα όνειρο, και όταν μιλούσαν για αυτό, δημιουργούνταν καινούριοι. Το επόμενο στοιχείο σχετιζόταν με τους ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές και συχνές ψευδαισθήσεις, και τα αποτελέσματα της ολοκλήρωσης μιας επιθυμίας αυτών ήταν εμφανώς ορατά. Αυτά τα 2 στοιχεία εξετάζονταν για καιρό από τον Φρόντ, μέχρι που κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα όνειρα αποτελούν τις εκπληρωμένες μας επιθυμίες. Δηλαδή, το άτομο νιώθει στο όνειρο όπως έχει σκεφτεί ότι θα αισθανόταν εάν η επιθυμία του πραγματοποιούνταν υπό ιδανικές συνθήκες για αυτό.

Αυτές οι ιδανικές συνθήκες που παρουσιάζονται στο όνειρο αποτελούν την πιθανή κριτική από τους γύρω που σκέφτεται κατά βάθος το άτομο. Όταν βλέπουμε όνειρα κατά την διάρκεια του ύπνου σημαίνει ότι εκπληρώνονται κάποιες ψυχικές επιθυμίες που έχουν μεγάλη συναισθηματική αξία. Υπάρχουν κάποιες ονομασίες για να περιγράψουμε τους τύπους των ονείρων και είναι η πρόδηλη, η δυσδιάκριτη και η συγκαλυμμένη. Η πρώτη εμφανίζεται κυρίως κατά την παιδική ηλικία. Έπειτα, ο Φρόντ επεδίωξε να ξεχωρίσει τα όνειρα σε έκδηλα και λανθάνον. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα όνειρα που ο άνθρωπος έχει την δυνατότητα να θυμηθεί και να διηγηθεί, αφού τα έχει δει στο όνειρό του, ενώ στην δεύτερη ανήκουν τα όνειρα που

όταν ξυπνάμε δεν είμαστε σε θέση να περιγράψουμε με ακρίβεια, όμως περιλαμβάνει παλιές καταστάσεις που έχουμε βιώσει.

Τα θέματα των ονείρων συνήθως πηγάζουν από τις σκέψεις που πραγματοποιούνται πρώτα στο υποσυνείδητο και έπειτα επεξεργάζονται και στο συνειδητό μέρος. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιληφθούμε το γεγονός ότι το ασυνείδητο μπορεί να προκαλέσει την πλοκή του ονείρου. Επίσης, ο Φρόιντ είχε την πεποίθηση ότι τα όνειρα αποτυπώνουν τις εντυπώσεις που έχουμε σαν κατάλοιπα από την παιδική μας ηλικία, όμως δεν είναι εφικτό να θυμηθούμε όταν δεν κοιμόμαστε. Θεωρούσε επίσης, ότι η πηγή του ονείρου είναι η παιδική ηλικία, κατά την οποία το άτομο έχει αρκετές σκέψεις στις ευσυνείδητες αλλά και στις ασυνείδητες σκέψεις. Αυτές οι σκέψεις δημιουργούνται ξανά στα όνειρα και βιώνονται εκεί με τις ιδανικές συνθήκες.

Παράλληλα, έπειτα από αρκετές συνομιλίες και αναλύσεις ονείρων με τους ασθενείς του, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι την στιγμή που ανέλυαν τα όνειρα δεν επιθυμούσαν να πιστέψουν την πιθανή ιδέα που υποστήριζε την δημιουργία του ονείρου. Είχε παρατηρήσει ότι αυτή η κατάσταση συνέβαινε και στον ίδιο. Από τα παραπάνω, δημιούργησε την πεποίθηση ότι αυτή η στάση, της μη αποδοχής, προωθεί το έκδηλο περιεχόμενο των ονείρων, το οποίο δεν δύναται να εμφανιστεί.

Άρα, το όνειρο προκύπτει και δέχεται επιρροή από 2 παράγοντες του ψυχικού τομέα. Η πρώτη είναι η επιθυμία που εξωτερικεύεται από τις σκέψεις μέσω του ονείρου, και η δεύτερη είναι η πιθανή λογοκρισία και ο σχολιασμός που θα λάμβανε το άτομο από τους γύρω του, και για αυτό αναγκάζεται να το αλλάξει. Δηλαδή ο Φρόιντ, πίστευε ότι το έκδηλο μέρος των ονείρων αποτελεί την εκπλήρωση κάποιων επιθυμιών, οι οποίες έχουν αφήσει κατάλοιπα στο νου επειδή υπάρχουν κάποιοι ηθικοί φραγμοί. Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά από αυτά τα κατάλοιπα περιέχουν σεξουαλικές επιθυμίες.

## 2.4 Ο εγκέφαλος κατά την διάρκεια των ονείρων

Αρκετές μελέτες σχετικά με τα όνειρα διερεύνησαν κατά καιρούς το εάν οι αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου είναι ενεργές κατά τη διάρκεια των ονείρων συγκεκριμένων ενεργειών με τον ίδιο τρόπο όπως και στην κατάσταση αφύπνισης. Οι Etevenon και Guillou (1986) ανέλυσαν τις ηχογραφήσεις EEG των ονείρων με έντονα αρνητικά αποτελέσματα και βρήκαν υψηλότερη δραστηριότητα EEG για τις περιοχές του κεντρικού και του ινιακού φλοιού. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι αυτή η υψηλότερη δραστηριότητα προκλήθηκε από τις έντονες εικόνες (ινιακή περιοχή, πρωτεύων οπτικός φλοιός) και τις κινήσεις στο όνειρο (κεντρική περιοχή, κινητικός φλοιός). Με άλλα λόγια, όσο πιο αρνητικό είναι το όνειρο που βλέπει ένας άνθρωπος, και όσο περισσότερες είναι οι πράξεις που κάνει σε αυτό και οι κινήσεις του, τόσο πιο έντονη είναι η κινητικότητα στον κεντρικό φλοιό.

Μια μελέτη των Hong et al. (1996) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ομιλίας και ακρόασης στο όνειρο και των παραμέτρων EEG. Το πλεονέκτημα της ανάλυσης αυτών των δραστηριοτήτων είναι ο σχετικά καλός εντοπισμός των αντίστοιχων περιοχών του εγκεφάλου (η περιοχή του Broca για ομιλία και η περιοχή του Wernicke για ακρόαση). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι όσο χαμηλότερη είναι η ισχύς άλφα στις αριστερές πλευρές εκείνων των περιοχών που αντιστοιχούν στις περιοχές Broca και Wernicke, τόσο πιο εκφραστική ή δεκτική γλώσσα υπήρχε στο όνειρο.

Συνοψίζοντας, η σχέση μεταξύ του περιεχομένου των ονείρων και της εγκεφαλικής δραστηριότητας είναι αποδεδειγμένη. Ωστόσο, δεν είναι σαφές πόσο άμεση είναι αυτή η σχέση, δηλαδή αν όλες οι δραστηριότητες κατά την διάρκεια του ονείρου σχετίζονται άμεσα με συγκεκριμένη εγκεφαλική ενεργοποίηση. (Wehrle et al. 2007).

## 2.5 Οι εφιάλτες

Οι εφιάλτες ορίζονται ως τα ενοχλητικά όνειρα τα οποία οδηγούν το άτομο σε αφύπνιση ακριβώς επειδή είναι έντονα και πολλές φορές μοιάζουν ζωντανά. Το περιεχόμενό τους σχετίζεται συνήθως με απειλές και φόβο για την ζωή, την ασφάλεια ή την αυτοεκτίμηση ως άτομα. Τα άτομα που έχουν συχνά εφιάλτες αναφέρουν μειωμένη ποιότητα ύπνου. Ας αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι τα άτομα αυτά έχουν κατά μέσο όρο 10-16 εφιάλτες το μήνα και δυσκολεύονται με τον αυτοέλεγχο. Η κατάσταση αυτή τους οδηγεί σε ακραίες συμπεριφορές πολλές φορές. Πολλοί από αυτούς φοβούνται ότι αν κοιμηθούν θα βιώσουν ξανά κάτι παρόμοιο. Επιπλέον, οι εφιάλτες επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία και ευεξία, αυξάνουν το άγχος και εντείνουν την αρνητική διάθεση (Koskenvuo και συν., 2010).

Σύμφωνα με τους Szelenberger et al. (2005), οι ασθενείς που έχουν την τάση να ξυπνούν στην διάρκεια της νύχτας και να περπατούν στους διαδρόμους, συνήθως έχουν δει κάποιον εφιάλτη κατά την διάρκεια του ύπνου τους. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι αυτές οι δύο μεταβλητές θεωρούνται εκδηλώσεις του ίδιου νοσολογικού συνεχούς, ενώ δεν είναι λίγοι και εκείνοι οι ερευνητές οι οποίοι πιστεύουν ότι σημειώνεται μια ξαφνική διέγερση από ύπνο μη ταχείας κίνησης των ματιών (NREM) η οποία και είναι η αιτία αυτών των διαταραχών (Szelenberger et al., 2005).

## 2.6 Όνειρα στο τέλος της ζωής

Τα όνειρα κοντά στο θάνατο περιλαμβάνουν συχνά τα ακόλουθα στοιχεία

- (1) συναισθήματα πλήρους γαλήνης και ευεξίας.
- (2) διαχωρισμός της συνείδησης από το σώμα (από τις εμπειρίες του σώματος)



(3) ταξίδια σε μια σκοτεινή σήραγγα.

(4) ένα πολύ έντονο φως που συνδέεται συχνά με έντονα συναισθήματα άνευ όρων αγάπης. Και

(5) εικόνες του ουρανού που μερικές φορές σχετίζονται με θρησκευτικές εικόνες ή μορφές, ή όντα φωτός εμφανίζονται και αρχίζουν να επιστρέφουν στο σώμα.

Μερικές ακόμα συχνά αναφερόμενες εμπειρίες είναι το άκουσμα κάποιας όμορφης μουσικής με επιβράδυνση του χρόνου και επιτάχυνση της σκέψης σε συνδυασμό με μια πλήρη ανασκόπηση των εμπειριών της ζωής. Επίσης, οι αναφορές αυτών των τύπων εμπειριών εμφανίζονται σε περίπου 10-50% όλων των καταστάσεων κοντά στο θάνατο ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα των ατόμων. Η κατάσταση στην οποία συμβαίνουν εμπειρίες κοντά στο θάνατο φαίνεται να έχει μικρή ή καθόλου επίδραση στην εμφάνιση και τα χαρακτηριστικά των εμπειριών κοντά στο θάνατο. Αυτό υποδηλώνει ότι ό, τι συμβαίνει μπορεί να περιλαμβάνει συγκεκριμένες νευροφυσιολογικές διαδικασίες στον εγκέφαλο.

Τα στοιχεία για τις καταστάσεις συνείδησης που συμβαίνουν αυθόρμητα υποστηρίζουν την άποψη ότι προκαλούνται από αλλαγές στη φλοιώδη δραστηριότητα και τα επίπεδα διέγερσης. Οι μεταβαλλόμενες καταστάσεις της συνείδησης που βιώνουν οι ασθενείς παρουσιάζονται ως ονειρικές καταστάσεις, ψευδαισθήσεις και / ή παραισθήσεις. Μάλιστα, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ποιοτικά διαφορετικές από τις φυσιολογικές αντιλήψεις, την εγρήγορση και την επαγρύπνηση. Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των καταστάσεων συνείδησης είναι παροδικές και εξαφανίζονται γρήγορα όταν το κεντρικό σύστημα διέγερσης επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας είτε μέσω εκούσιου ελέγχου, είτε μετά την ανάνηψη (κοντά στο θάνατο). (Arman et al., 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

#### 3.1 Η Νοσηλευτική φροντίδα για τον ύπνο

Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στις βασικές ανάγκες ανεξάρτητα από την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Henderson (1991) η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στα βασικά συστατικά της υγείας ενός ατόμου. Για να επιτευχθεί υγεία, τα άτομα μπορεί να χρειάζονται υποστήριξη μέσω νοσηλευτικής περίθαλψης. Ο Henderson καθορίζει δεκατέσσερα συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας τα οποία χωρίζονται σε 3 ευρύτερες κατηγορίες οι οποίες μάλιστα συνδέονται άμεσα μεταξύ τους. Οι κατηγορίες είναι οι εξής :

1. Δράσεις που χρειάζονται όλοι οι ενήλικες ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης
2. Φροντίδα που δεν σχετίζεται με συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας ή διάγνωση και,
3. Η φροντίδα δεν κατευθύνεται σε συγκεκριμένο στόχο υγείας (Englebright et al., 2014).

Δεδομένου ότι η θεωρία των αναγκών του Henderson (1991) δεν περιορίζει τη νοσηλευτική στη φροντίδα σε σχέση με ασθένειες, και καθώς όλα τα άτομα έχουν βασικές βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες, το σώμα και το μυαλό πρέπει να θεωρηθούν από μια ολιστική προοπτική. Οι 14 συνιστώσες στη θεωρία των νοσηλευτικών αναγκών βασίζονται σε μια ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση κοινωνιολογικών, φυσιολογικών, ψυχολογικών και πνευματικών τομέων. Επιπλέον, τα συστατικά καλύπτουν ζητήματα όπως, το περιβάλλον, το άτομο, η νοσηλευτική και η υγεία, με το νούμερο πέντε που περιγράφει την ανάγκη ανάπαυσης και ύπνου. Οι βασικές ανάγκες είναι μέρος της υγείας και ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι να υποστηρίξει το άτομο για να επιτύχει την υγεία. Η νοσηλευτική φροντίδα έχει υποστηρικτικό και βοηθητικό

ρόλο όταν ένα άτομο δεν έχει τη δύναμη ή τη γνώση για να επιτύχει τα 14 συστατικά των βασικών αναγκών.

### **3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την διάρκεια του ύπνου στο νοσοκομείο**

Ο ύπνος στο νοσοκομείο συνιστά μια από τις συχνότερες πηγές άγχους για πολλούς ασθενείς. Ταυτόχρονα, όπως είναι λογικό, ο μειωμένος ύπνος κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει αντίκτυπο στις εμπειρίες των ασθενών. Οι ασθενείς αναφέρουν σημαντική μείωση της διάρκειας ύπνου σχετικά με τον νυχτερινό ύπνο κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τον ύπνο στο σπίτι (Englebriht et al., 2014).

Τόσο η διάρκεια του ύπνου όσο και η εμπειρία και η ποιότητα του ύπνου είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με την συνήθεια ύπνου στο σπίτι. Η συνολική μέση διάρκεια ύπνου κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι 83 λεπτά μικρότερη σε σύγκριση με τον ύπνο στο σπίτι και ο μέσος νυχτερινός χρόνος ύπνου περιγράφεται ως 5,3-5,5 ώρες στο νοσοκομείο σε σύγκριση με το μέσο όρο 7 ωρών στο σπίτι. Οι ασθενείς ξυπνούν 44 λεπτά νωρίτερα από τον συνηθισμένο χρόνο αφύπνισης στο σπίτι και χρειάζονται περισσότερα μικρά διαστήματα ύπνου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, σε σύγκριση με τον ύπνο στο σπίτι. Επιπλέον, αρκετοί ασθενείς αναφέρουν αλλαγές στον τρόπο ύπνου τους μετά τη νοσηλεία (Yilmaz et al., 2012).

Κατά τη σύγκριση των εμπειριών των ασθενών σχετικά με την ποιότητα του ύπνου και τους παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης οι απόψεις δίστανται. Οι νοσηλευτές τείνουν να υποτιμούν τα προβλήματα ύπνου των ασθενών σε σύγκριση με τις εμπειρίες των ασθενών. Επιπλέον, όσον αφορά τους παράγοντες που πιστεύεται ότι επηρεάζουν τον ύπνο των ασθενών, αρκετοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι κύριοι παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο είναι ο πόνος, το άγχος και τα άβολα κρεβάτια. Οι ασθενείς με

την σειρά τους υποστηρίζουν ότι οι συχνότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα και την διάρκεια του ύπνου τους είναι ο πόνος, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην διάρκεια της νύχτας με στόχο την περίθαλψη, ο θόρυβος και η μοναξιά (Dobing et al., 2016).

Διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τη διάρκεια του ύπνου των ασθενών, την ποιότητα του ύπνου και την εμπειρία ύπνου κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τους Ding et al. (2017). Οι κατηγορίες που διακρίνονται είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι σωματικοί και οι παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογία. Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε αυτούς εντάσσονται η άνεση στο κρεβάτι καθώς και στο δωμάτιο και η νοσηλευτική / ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επιπλέον, οι ήχοι και τα φώτα περιγράφονται ως παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο. Οι σωματικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις επιπτώσεις στον ύπνο είναι ο πόνος κατά κύριο λόγο, ενώ στους ψυχολογικούς παράγοντες εντάσσονται το άγχος, οι έντονες ανησυχίες και τα συναισθήματα ανασφάλειας (Ding et al., 2017).

### **3.3 Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την προαγωγή του ύπνου και τα όνειρα**

Μελέτες δείχνουν ότι ο ύπνος συνιστά ένα ζήτημα σχετικά με το οποίο παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόλο που αρκετοί νοσηλευτές γνωρίζουν την ανάγκη των ασθενών για ξεκούραση και την προαγωγή του ποιοτικού ύπνου, λίγοι είναι αυτοί που ξέρουν τον τρόπο προαγωγής ενός ήσυχου περιβάλλοντος. Μάλιστα σύμφωνα με την έρευνα των Hopper et al. (2015), οι νοσηλευτές που έχουν πάνω από 5 χρόνια εργασιακής εμπειρίας γνωρίζουν πολύ καλύτερα και την σημασία που έχει ο ύπνος στην ποιότητα ζωής των ασθενών τους και στην βελτίωσή τους, και φυσικά γνωρίζουν της μεθόδους χαλάρωσης

και προαγωγής του ύπνου. Επιπλέον, οι νοσηλευτές οι οποίοι ήθελαν να προάγουν την καλύτερη ποιότητα ύπνου στους ασθενείς, προγραμματίζουν τις παρεμβάσεις τους και βάσει των επιδόσεων των ασθενών τους προχωρούσαν στις ανάλογες αλλαγές. Επαναπρογραμματίζοντας τις παρεμβάσεις για τους ασθενείς, οι νοσηλευτές φρόντιζαν την ώρα που έπρεπε να πάρουν τα φάρμακά τους έτσι ώστε να κοιμούνται μεγαλύτερες περιόδους κατά τη διάρκεια της νύχτας και να ξεκουράζονται περισσότερο (Hopper et al., 2015).

Οι νοσηλευτές πολλές φορές δεν γνωρίζουν τον τρόπο που πρέπει να ξυπνήσουν κατά την διάρκεια της νύχτας τους ασθενείς. Καταλήγουν να τους ξυπνάνε απότομα, προκαλώντας τους ιδιαίτερο άγχος, το οποίο επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία τους και πολλές φορές μάλιστα τους προκαλεί ανησυχία στην διάρκεια του ύπνου τους. Επίσης, δεν είναι λίγες οι φορές που βλέπουν σχετικά όνειρα (Radtke et al., 2014).

Με την σειρά τους οι Huang et al. (2018) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές δεν δίνουν προτεραιότητα στον ύπνο των ασθενών. Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν ούτε κατανοούν την φυσιολογία του ύπνου και την ανάγκη του ασθενούς για ποιοτικό ύπνο. Επίσης, πολλοί από αυτούς αγνοούν την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον παρατεταμένο ύπνο και τα όνειρα. Ανεξάρτητα από το εάν ο ύπνος επηρεάζεται ή όχι λόγω ελλείψεων ή διακοπών, η διαταραχή του ύπνου αποτελεί κίνδυνο για αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία. Αυτό σημαίνει πως απαιτείται εκπαίδευση και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Huang et al., 2018).

### **3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στους ασθενείς με εφιάλτες**

Οι εφιάλτες και τα άσχημα όνειρα είναι κοινά σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές. Ανεξάρτητα από τις ψυχικές διαταραχές, οι εφιάλτες συχνά συνδέονται με προβλήματα ύπνου, όπως η αδυναμία για βραδινό ύπνο, η κακή ποιότητα ύπνου αλλά

και η έντονη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι Paul και συν. (2015) υποστηρίζουν στην έρευνά τους αυτή ότι οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από υποστήριξη και νοσηλευτική διαχείριση έτσι ώστε να νιώσουν μεγαλύτερη ασφάλεια μέσα από την αποτελεσματική θεραπεία.

Με τη σειρά τους, οι Shen και συν. (2016) υποστηρίζουν ότι οι εφιάλτες σχετίζονται με τον διαταραγμένο ύπνο, την χαμηλή ευεξία και επηρεάζουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μάλιστα, δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες εκείνοι που υποστηρίζουν ότι οι εφιάλτες είναι μια πολύ συνηθισμένη συννοσηρότητα σε όλες σχεδόν τις ψυχιατρικές καταστάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση των ασθενών με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας όπου πάνω από το 50% των ονείρων τους είναι εφιάλτες. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τους ασθενείς με μετατραυματικό στρες. Το άγχος ή ο φόβος αναφέρονται συχνά ως τα κυρίαρχα συναισθήματα των εφιάλτων, αλλά πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι μπορεί να εμπλέκονται και άλλα, λιγότερο έντονα συναισθήματα όπως η απογοήτευση ή η ενοχή. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να παρέχουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς αυτούς έτσι ώστε να τους βοηθήσουν να βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου τους.

Οι Wang και συν. (2019) προσπάθησαν να αναλύσουν την σχέση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου και την αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς με κατάθλιψη. Οι ερευνητές μέσα από τις πληροφορίες που ανέλυσαν, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαταραχές ύπνου σχετίζονταν στενά με την αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς με κατάθλιψη οι οποίοι είχαν πολλούς εφιάλτες οι οποίοι επηρέαζαν την ποιότητα ζωής τους.

Οι Claesson Lingehall και συν. (2015) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς τρίτης ηλικίας που έχουν διαγνωστεί με κάποια καρδιαγγειακή νόσο και έχουν υποβληθεί σε κάποια καρδιοχειρουργική επέμβαση έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν έντονους και συχνούς εφιάλτες μετά την επέμβαση. Στην έρευνά τους στην Σουηδία, οι ερευνητές βρήκαν ότι οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν έντονο άγχος, φόβο, ανασφάλεια και γενικότερα είναι ιδιαίτερα ευπαθείς και αδύναμοι ψυχολογικά. Ειδικά όταν δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση απ το νοσηλευτικό προσωπικό και νιώθουν έντονη ανασφάλεια, αυξάνονται οι πιθανότητες να αντιμετωπίσουν ψευδαισθήσεις και

εφιάλτες κατά την διάρκεια της νοσηλείας που εν τέλει θα τους οδηγήσει σε παραλήρημα. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές μπορούν είτε να επιτύχουν την πρόληψη μιας τέτοιας κατάστασης, είτε να την διαχειριστούν άμεσα, αξιοποιώντας τις γνώσεις τους αλλά και αποκωδικοποιώντας τις ανάγκες των ασθενών προκειμένου να τους ενημερώσουν και να τους εκπαιδεύσουν.

Ο Ellington (2018) υποστηρίζει ότι τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες στον ύπνο εξαιτίας ενός άσχημου ονείρου. Οι γονείς πρέπει να αναφέρουν στον νοσηλευτή την δυσκολία των παιδιών τους να κοιμηθεί καθώς τα διαρκή άσχημα όνειρα μπορεί να οφείλονται σε κάποια άσχημη εμπειρία και το παιδί να χρειάζεται άμεση ψυχολογική υποστήριξη.

Τα προβλήματα ύπνου εξαιτίας των συχνών εφιαλτών είναι επίσης συχνά στους ασθενείς με σχιζοφρένια. Η επίδραση των εφιαλτών είναι τόσο ισχυρή, που μπορούν να κλονίσουν την λειτουργικότητά τους αλλά και την ευημερία τους. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά τις διεργασίες που θα βοηθήσουν τους ασθενείς αυτούς να βελτιώσουν τον ύπνο τους, εκτός από την χορήγηση υπνωτικών, ηρεμιστικών αλλά και αντιψυχωτικών στα πλαίσια της φαρμακευτικής αγωγής, οι νοσηλευτές μπορούν να αξιοποιήσουν αποτελεσματικά και μη φαρμακολογικές θεραπείες. Τέτοιου είδους θεραπείες απαιτούν την σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, η οποία θα βοηθήσει τους πρώτους να βελτιώσουν την προοπτική τους προς τον ύπνο, αλλά και να υιοθετήσουν σταδιακά στην καθημερινή τους ρουτίνα παρεμβάσεις οι οποίες τους προσφέρουν καλύτερο ύπνο. Η σταδιακή εκπαίδευση που βασίζεται σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις, μπορεί να επιδράσει θετικά στην αλλαγή συμπεριφοράς των ασθενών και συνεπώς στην ποιότητα του ύπνου τους (Faulkner & Bee, 2017).

### 3.5 Ο Ρόλος του νοσηλευτή στην ανάλυση των ονείρων

Η αξιολόγηση ενός ονείρου και των μηχανισμών και λειτουργιών του μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν τις γνωστικές λειτουργίες, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των ασθενών. Στην μελέτη τους αυτή οι Komasi και συν. (2018), με δείγμα 167 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση καρδιας στο Ιράν τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το συναισθηματικό περιεχόμενο των ονείρων των ασθενών περιελάμβανε συναισθήματα ευτυχίας (49,1%), δυσφορίας (43,1%), θλίψης (13,8%), φόβου (13,2%) και θυμού (3%). Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, και ιδιαίτερα το άγχος, σχετίζονται με την αύξηση των ονείρων που ήταν αρνητικά φορτισμένα σε συναισθηματικό επίπεδο. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάλυση των ονείρων και στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης ώστε να μειωθούν τα όνειρα με αρνητικά συναισθήματα που επηρέαζαν την πορεία του ασθενούς στην ανάκαμψη.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται συχνά αντιμετωπίζουν μια περίεργη κατάσταση στον αυτοπροσδιορισμό τους καθώς πολλοί χάνουν την αντίληψη του νοήματος, ενώ πολλοί έχουν αισθητά όνειρα. Σκοπός αυτής της μελέτης των Wright και συν. (2017), ήταν να εξετάσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα που έχει η ανάλυση των ονείρων των ασθενών από τους νοσηλευτές τους. Στην έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών οι οποίες επικεντρώνονταν στην ερμηνεία των ονείρων των ασθενών προκειμένου να βελτιωθεί η ευημερία των ασθενών και η ποιότητα ζωής τους. Οι συμμετέχοντες συνήθως ερμήνευαν τα όνειρά τους ως σημάδι ότι έπρεπε να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης τους και να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες της νόσου. Όσο περισσότερο εστίαζαν στα όνειρα του ασθενούς οι νοσηλευτές, τόσο περισσότερο τους βοηθούσαν να νιώσουν καλύτερα και να αποκτήσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι Scarpelli και συν. (2019) υποστηρίζουν ότι ύπνος μεταβάλλεται σημαντικά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και επηρεάζει σημαντικά την γνωστική λειτουργία αλλά και την ψυχική δραστηριότητα. Τα όνειρα μπορούν να θεωρηθούν ως έκφραση της ωρίμανσης του εγκεφάλου και της γνωσιακής ανάπτυξης, που δείχνει τις σχέσεις με τη μνήμη και τις οπτικο-χωρικές ικανότητες. Λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο του ονείρου



στη συναισθηματική επεξεργασία και ρύθμιση, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η ψυχική δραστηριότητα ύπνου θα μπορούσε να έχει ευεργετικό ρόλο όταν τα αγχωτικά γεγονότα συμβαίνουν σε διαφορετικές ηλικιακές φάσεις της ζωής. Η έρευνά τους έδειξε ότι οι εφιάλτες και τα κακά όνειρα μπορούν να αντιπροσωπεύουν μια προσπάθεια αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων συμβάντων καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Μια πληθυσμιακή ομάδα ασθενών που βιώνει έντονα το άγχος και την πίεση εξαιτίας των αλληπάλληλων μεταβολών της νόσου είναι οι ασθενείς με καρκίνο. Οι ασθενείς αυτοί, ειδικά αυτοί που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, εξαιτίας της πίεσης που υφίστανται τόσο σωματικά όσο και πνευματικά παρουσιάζουν πολύ πιο έντονους εφιάλτες και χαμηλότερη ευεξία κατά την επόμενη ημέρα. Η κατάσταση αυτή έχει αρνητική επίδραση στην πορεία της νόσου. Ωστόσο, όταν οι ασθενείς λαμβάνουν σε ικανοποιητικά επίπεδα παρηγορητική φροντίδα από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν καλύτερη ποιότητα ύπνου και συνεπώς χαμηλότερη σωματική και πνευματική επιβάρυνση (Davies και συν., 2017).

### **3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα όνειρα και τα οράματα στο τέλος της ζωής**

Οι Keir και συν. (2014) υποστηρίζουν ότι τα όνειρα και τα οράματα στο τέλος του κύκλου ζωής αποτελούν συχνό φαινόμενο σε όλους τους πολιτισμούς. Ο αντίκτυπος των εμπειριών πριν από το θάνατο στους ανθρώπους αυτούς αλλά και στους αγαπημένους τους μπορεί να έχει βαθιά σημασία. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας ανέφεραν ότι έζησαν τουλάχιστον ένα όνειρο / όραμα, ενώ η πλειοψηφία δήλωσε ότι τα όνειρα ήταν τόσο έντονα που νόμιζαν ότι είναι ζωντανά (Claesson Lingehall και συν., 2015).

Τα πιο συνηθισμένα όνειρα περιελάμβαναν νεκρούς φίλους και συγγενείς αλλά και ζωντανούς φίλους και συγγενείς. Μάλιστα, στα όνειρα όπου πρωταγωνιστικό ρόλο είχαν νεκροί φίλοι και συγγενείς, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα βίωσαν σαν μια πάρα πολύ έντονη εμπειρία. Οι ερευνητές ολοκληρώνουν την θέση τους αυτή,

τονίζοντας ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογούν τα όνειρα αυτά, καθώς αποτελούν ένδειξη πως ο θάνατος του ασθενούς πλησιάζει. Φυσικά, για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, τις ανάλογες δεξιότητες, και να έχουν αφιερώσει τον κατάλληλο χρόνο για να έρθουν κοντά με τους ασθενείς τους (Claesson Lingehall και συν., 2015).

Οι Grant και συν. (2014) υποστηρίζουν ότι τα όνειρα και τα οράματα στο τέλος της ζωής αποτελούν ένα ζήτημα που απασχολεί πολλούς πολιτισμούς. Τονίζουν μάλιστα ότι επηρεάζουν και τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους αλλά και τους συγγενείς τους καθώς αναλόγως του πολιτισμικού υποβάθρου ασκούν σημαντική επιρροή. Στην έρευνά τους κατέγραψαν τις εμπειρίες των ασθενών σε καθημερινή βάση. Οι 66 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα θυμούνταν τουλάχιστον τα μισά από τα όνειρα που είδαν και σχεδόν όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν την εμπειρία τους αυτή ως μια πραγματική κατάσταση. Μάλιστα, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα όνειρα περιελάμβαναν νεκρούς φίλους και συγγενείς, μαζί με ζωντανούς. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους όνειρα κατά το τέλος του κύκλου ζωής μπορεί να είναι μια βαθιά πηγή δυνητικού νοήματος και άνεσης στο θάνατο.

Τα όνειρα κατά το τέλος της ζωής έχουν ιδιαίτερο νόημα για τους ασθενείς και μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική τους κατάσταση. Πολλοί μάλιστα μπορούν να αναπτύξουν μετατραυματικό άγχος και να επηρεάσουν την κατάστασή τους σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Οι Levy και συν. (2019) σε σχετική τους έρευνα ανέφεραν ότι πολλοί ασθενείς που επηρεάζονται αρνητικά από τα όνειρα κατά το τέλος της ζωής τους, μπορεί να παρουσιάσουν ακράτεια, αλλά και ιδιαίτερα αυξημένο άγχος. Η έρευνα έδειξε επίσης ότι ο βαθμός στον οποίο επηρεάζονταν οι ασθενείς αυτοί εξαρτιόταν από παράγοντες όπως η προσωπική δύναμη και η πνευματική υπόσταση.

### 3.7 Ο Ρόλος του νοσηλευτή στην χαλάρωση των ασθενών

Υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιφέρουν την χαλάρωση και την βελτίωση της συνείδησης στους ασθενείς. Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η βιοανάδραση και οι πρακτικές διαλογισμού είναι συνήθως κοινές τεχνικές για την επίτευξη της χαλάρωσης στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές πρέπει να προάγουν την πνευματικότητα των ασθενών, δίνοντάς τους την ευκαιρία να περάσουν στιγμές με τον εαυτό τους και να μην ενοχλούνται από το παραμικρό. Τα μοντέλα γνωσιακής συμπεριφοράς χαλάρωσης υποδηλώνουν ότι οι ακόλουθοι τρεις παράγοντες είναι συνηθισμένοι σε όλες τις μορφές χαλάρωσης:

- (1) η εστίαση, δηλαδή η ικανότητα να διατηρείται η συγκέντρωση και να επιστρέφεται η προσοχή σε απλά ερεθίσματα (ακουστικά ή οπτικά) για μεγάλο χρονικό διάστημα
- (2) η παθητικότητα, δηλαδή η ικανότητα να απέχουν από στόχους που κατευθύνονται και να υπεραναλύουν τις καταστάσεις
- (3) δεκτικότητα, δηλαδή η ικανότητα ανεκτικότητας και αποδοχής ασυνήθιστων ή παράδοξων εμπειριών (Scarpelli και συν., 2019)

Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι περισσότερες τεχνικές χαλάρωσης προκαλούν μια γενική «απόκριση χαλάρωσης» που αποτελείται από φυσιολογικές αλλαγές που επιτυγχάνονται κυρίως από μειωμένη δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτή η κατάσταση εκδηλώνεται μέσα από την επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, την αργή και ρηχή αναπνοή, την περιφερική αγγειοδιαστολή, την μειωμένη κατανάλωση οξυγόνου και την μείωση σε αυθόρμητες αποκρίσεις (Grant και συν., 2014).

Η βαθιά χαλάρωση οδηγεί σε αλλαγές στη δραστηριότητα του EEG που υποδηλώνει μειωμένη διέγερση του εγκεφαλικού φλοιού. Οι τεχνικές χαλάρωσης που εστιάζουν κυρίως στη μείωση της δραστηριότητας του οφθαλμοκινητήρα, δηλαδή δεν

περιλαμβάνουν ζωντανές εικόνες από εμφανείς κινήσεις, αυξάνουν τη δραστηριότητα EEG άλφα.

Σύμφωνα με τους Jacobs et al. (1996) παρατηρείται δέσμευση διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της χαλάρωσης που βασίζεται σε υπνωτικά συγκριτικά με την πρόταση αρνητικού συναισθήματος, όπως το άγχος. Οι διαφορές στην παράλληλη δραστηριότητα του εγκεφάλου στις δύο καταστάσεις, δηλαδή στο άγχος και στην χαλάρωση, αντικατοπτρίζονται συμμετρικά στα δύο ημισφαίρια. Έτσι λοιπόν, οι νοσηλευτές πρέπει να αντιλαμβάνονται αρχικά την σημασία που έχει η χαλάρωση των ασθενών τους και να τους βοηθούν να χαλαρώσουν στην διάρκεια την ημέρας και κυρίως τις βραδινές, έτσι ώστε να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ύπνου και να αποφεύγονται οι επιπλοκές που μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην πορεία της νόσου του (Grant και συν., 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

#### 4.1 Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί ο ρόλος των νοσηλευτών στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με επίκεντρο τα όνειρά τους. Το περιβάλλον του νοσοκομείου, σε συνδυασμό με την γενικότερη κατάσταση που προκαλεί η εκάστοτε νόσος μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στους ασθενείς. Δεδομένου ότι η ψυχολογική επιβάρυνση συνδέεται με τα όνειρα και αντανακλά στην καθημερινότητα, οι νοσηλευτές έχουν καίριο ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών. Ένα άσχημο όνειρο, ένας εφιάλτης δηλαδή, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία του ασθενούς και την βελτίωσή του και συνεπώς να επιδεινώσει την κατάστασή του. Από την άλλη, ένα όνειρο ή ακόμα και ένα όραμα σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, δεν πρέπει να περνά απαρατήρητο από τον νοσηλευτή. Δεδομένου μάλιστα ότι τα όνειρα επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου και ότι οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο στην εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος και φυσικά την ψυχική ηρεμία και ισορροπία των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, για να επιτευχθεί καθένας από τους στόχους που τίθενται είναι απαραίτητο να έχει εγκαθιδρυθεί μια θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή.

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η ενότητα εξετάζεται η περίπτωση της Κ. μιας νοσηλεύτριας η οποία εργάζεται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων στο τμήμα της Ογκολογικής. Η Κ. εργάζεται στο τμήμα αυτό τα τελευταία 23 χρόνια και οι ασθενείς που έχει συναντήσει είχαν ο καθένας την δική του ιστορία. Η Κ. μετά από μια συζήτηση που πραγματοποιήθηκε η Κ. έκανε λόγο για την σημασία που έχει η σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Στην προκειμένη περίπτωση παρουσιάζονται οι εμπειρίες της από περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι παρουσίαζαν δυσκολίες στον ύπνο, εφιάλτες, αλλά και από ασθενείς οι οποίοι μοιράζονταν μαζί της τα όνειρά τους κατά την διάρκεια της νοσηλεία τους.

## 4.2 Ορισμός της ποιοτικής έρευνας

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η πτυχιακή εργασία, επιλέγεται η ποιοτική μέθοδος. Η μέθοδος αυτή επιλέγεται καθώς μπορεί να καλύψει την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν στην παραπάνω ενότητα. Η μελέτη περίπτωσης, η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας είναι μια από τις πιο οργανωμένες μεθόδους που δίνει τη ευκαιρία στους ερευνητές να παρατηρήσουν άμεσα το ερευνώμενο υποκείμενο. Σε γενικές γραμμές η μελέτη περίπτωσης συνιστά μια από τις πιο εύχρηστες μεθόδους που μπορούν να αξιοποιηθούν στην κοινωνική έρευνα και κυρίως στον κλάδο της υγείας όπως σε αυτή την περίπτωση. Η μέθοδος αυτή επιτυγχάνεται μέσα από διαφορετικά στάδια τα οποία ακολουθούν μια συγκεκριμένη σειρά. Πρώτα απ' όλα πραγματοποιείται η διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος. Το ερευνητικό ερώτημα προέρχεται από μια προσωπική αναζήτηση του ερευνητή και συνήθως επηρεάζεται από βιωματικές εμπειρίες (Yin, 2010).

## 4.3 Μελέτη Περίπτωσης

Από τα συχνότερα συναισθήματα που βιώνουν οι ασθενείς στον Ογκολογικό τομέα που νοσηλεύονται, αλλά και γενικότερα στο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι το άγχος και ο φόβος απέναντι στο άγνωστο. Ειδικά στις περιπτώσεις που οι ασθενείς πάσχουν από κάποια μη αναστρέψιμη νόσο το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα κατακλύζουν και την οικογένεια. Η κατάσταση αυτή επιδρά στην ψυχοσύνθεση των ασθενών και φυσικά στον ύπνο τους επηρεάζοντας την ποιότητα του ύπνου τους και σίγουρα τα όνειρά τους. Η ανησυχία των ασθενών αντικατοπτρίζεται στα όνειρά τους και μπορεί να τους προκαλέσει ακόμα πιο αρνητικά συναισθήματα. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, οι ασθενείς πρέπει να μοιράζονται τα όνειρά τους και τις σκέψεις τους με τους νοσηλευτές, οι οποίοι πρέπει να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να ακούν προσεκτικά τους ασθενείς τους, να αφογκράζονται την κατάστασή τους και τις ανάγκες τους και να τους

παρέχουν σε επόμενο στάδιο την κατάλληλη υποστήριξη.

Η Κ. τονίζει την σημασία που έχει η σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενούς. Κάθε φορά που παρατηρούσε ότι οι παρεμβάσεις που εκτελούσε με τους ασθενείς δεν ήταν εποικοδομητικές και δεν τους βοηθούσαν όσο έπρεπε η Κ. έθετε διαφορετικούς στόχους. Επαναπρογραμματίζοντας τις δραστηριότητες των ασθενών έτσι ώστε να ξεκουράζονται περισσότερο, η Κ. φρόντιζε να παίρνουν τα φάρμακά τους σε διαφορετική συχνότητα έτσι ώστε να ξεκουράζονται περισσότερο κατά την διάρκεια της νύχτας. Όπως υποστηρίζουν και οι Horper et al. (2015), οι νοσηλεύτες που έχουν εμπειρία άνω των 5 ετών, όπως η Κ. στην περίπτωση αυτή, διαθέτουν περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να προάγουν την καλύτερη ποιότητα ύπνου των ασθενών. Ο επαναπρογραμματισμός αυτός όχι μόνο βοηθούσε στην καλύτερη ξεκούραση των ασθενών κατά την διάρκεια της νύχτας, αλλά επίσης και στην γενικότερη ψυχολογία τους. Κατ'επέκταση, όπως μαρτυρά η Κ., οι ασθενείς είχαν λιγότερους εφιάλτες και φυσικά καλύτερη ποιότητα ύπνου στην διάρκεια της νύχτας. Εκτός αυτού, ήταν πιο ξεκούραστοι την επόμενη ημέρα και ανταποκρίνονταν καλύτερα στην θεραπεία τους. Μάλιστα, έχοντας εγκαθιδρύσει μια θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς, οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη άνεση με την Κ. και μπορούσαν να της μιλήσουν ευκολότερα για τα όνειρά τους.

Η Κ. έκανε επίσης λόγο για την περίπτωση που οι ασθενείς βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Μετά από τόσα χρόνια εμπειρίας, η νοσηλεύτρια μπορούσε να αναγνωρίσει τότε οι ασθενείς βρίσκονταν στο τέλος της ζωής τους, απλά και μόνο εφόσον της ανέφεραν ότι έβλεπαν συγκεκριμένα όνειρα και οράματα. Κοινό χαρακτηριστικό σε κάθε περίπτωση ήταν η αγαλίαση που ένιωθαν. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι ασθενείς στο τέλος της ζωής τους είχαν έντονα όνειρα, στα οποία είχαν ενεργό ρόλο. Μάλιστα οι περισσότεροι μπορούσαν να θυμηθούν με κάθε λεπτομέρεια τι είχαν δει την προηγούμενη νύχτα, ακόμα και σε περιπτώσεις που ήταν ασθενείς με άνοια. Τα πιο συχνά όνειρα σχετίζονταν νεκρούς φίλους και συγγενείς αλλά και ζωντανούς φίλους και συγγενείς. Μάλιστα, στα όνειρα όπου πρωταγωνιστικό ρόλο είχαν νεκροί φίλοι και συγγενείς, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα βίωσαν σαν μια πάρα πολύ έντονη εμπειρία. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται και από τους Grant και συν. (2014) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα όνειρα και τα οράματα στο τέλος της ζωής είναι αρκετά έντονα. Μάλιστα, οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνά τους,

μπορούσαν να θυμηθούν τουλάχιστον τα μισά από τα όνειρα που είδαν και σχεδόν όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν την εμπειρία τους αυτή ως μια πραγματική κατάσταση. Μάλιστα, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα όνειρα περιελάμβαναν νεκρούς φίλους και συγγενείς, μαζί με ζωντανούς. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους όνειρα κατά το τέλος του κύκλου ζωής μπορεί να είναι μια βαθιά πηγή δυνητικού νοήματος και άνεσης στο θάνατο.

Όσον αφορά την ανάλυση των ονείρων, η Κ. γνώριζε και από την βασική της εκπαίδευση στην νοσηλευτική αλλά και από το μεταπτυχιακό της στην ψυχική υγεία, την σημασία που έχει η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους ασθενείς. Δεδομένου ότι έρχεται σε επαφή με ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν μια πάρα πολύ σοβαρή νόσο όπως ο καρκίνος, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης κατέχει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της κατάστασής τους. Μιλώντας με τους ασθενείς της, κάθε φορά που της εκμυστηρεύονταν ότι το όνειρό τους περιείχε έντονα συναισθήματα, η Κ. μπορούσε να αντιληφθεί πως ήταν ιδιαίτερα αγχωμένοι και χρειάζονταν χαλάρωση ώστε να αποτραπούν τα αρνητικά φορτισμένα συναισθήματά τους. Γνωρίζοντας μάλιστα πως η αρνητική ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάκαμψη των ασθενών και την πορεία τους, η Κ. προσπαθούσε να αφιερώνει όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο με καθέναν από τους ασθενείς ώστε να τους χαλαρώσει και να τους βοηθήσει στην ανάλυση των ονείρων. Απώτερος στόχος σε κάθε περίπτωση ήταν η παροχή θεραπευτικής υποστήριξης προκειμένου να βελτιωθεί η ευημερία των ασθενών και η ποιότητα ζωής τους. Όσο περισσότερο υποστήριζε τους ασθενείς της, τόσο πιο πολύ τους βοηθούσε να δουν την θετική πλευρά της κατάστασης και να εστιάσουν στην ανάκαμψή τους.



## Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, καθίσταται σαφές ότι τα όνειρα αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής κάθε ατόμου. Η εμφάνισή τους αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών, ενώ επίσης ενδιαφέρον υπάρχει και γύρω από την ερμηνεία τους. Στην περίπτωση των ασθενών, τα όνειρα αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την αποκωδικοποίηση της πνευματικής και ψυχολογικής τους κατάσταση. Τα όνειρα είναι συχνά τόσο στους ασθενείς με ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες και η διπολική διαταραχή, αλλά και σε ασθενείς οι οποίοι είναι ψυχικά υγιείς αλλά βιώνουν άγχος και πίεση μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Στην περίπτωση των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ζωής, τα όνειρα έχουν επίσης επίδραση στην πορεία τους. Όπως και να χει, οι νοσηλευτές μέσα από την κατάλληλη υποστήριξη και συμβουλευτική καθοδήγηση μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ύπνου, βοηθώντας τους με αυτό τον τρόπο να βελτιωθούν αλλά και να έχουν μια πιο σταθερή πορεία της νόσου.

## Βιβλιογραφία

1. **Alhola, P., & Polo-Kantola, P.**, 2007. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3(5), 553–567.
2. **Alon, A.**, 2018. Review of sleep medicine. *Elsevier Introduction to sleep medicine*.
3. **Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterstrom, P., Rehnsfeldt, A.**, 2015. The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing science quarterly*. 28(4):288-96.
4. **Aserinsky, E. & Kleitman, N.**, 1953. Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, 118:273–274.
5. **Blagrove, M., Hale, S., Lockheart, J., Carr, M., Jones, A., Valli, K.**, 2019. Testing the Empathy Theory of Dreaming: The Relationships Between Dream Sharing and Trait and State Empathy. *Frontiers in psychology*, 10 (8): 1351.
6. **Braun, A.R., Balkin, T.J., Wesensten, N.J., Gwadry, F., Carson, R.E., Varga, M., Baldwin, P., Belenky, G., Herscovitch, P.**, 1998. Dissociation patterns of activity in visual cortices and their projections during human rapid eye movement sleep. *Science* 279, 91–95.
7. **Breitbart, W. et al.**, 2002. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/ caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43 (3): 183-194.
8. **Buysse, D. J.**, 2014. Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1) :9–17.
9. **Carlson, N. R.**, 2004. *Physiology of Behavior (8th ed.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
10. **Cartwright, R.**, 2000. How and why the brain makes dreams: A report card on current research on dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6): 914-916.
11. **Claesson Lingehall, H., Smulter, N., Olofsson, B. et al.**, 2015. Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. *BMC Nurs*, 14 (17): 1-10.

12. **D'Agostino, A., Limosani, I., Scarone, S.,** 2012. The dreaming brain/mind: a role in understanding complex mental disorders?. *Frontiers in psychiatry*, 3 (3).
13. **Davies, A.N., Patel, S.D., Gregory, A., et al.,** 2017. Observational study of sleep disturbances in advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7:435-440.
14. **Dement, W., Vaughan, C.,** 1999. *A short and personal history of sleep research*. In: The promise of sleep. A Dell Trade Paperback, New York, pp. 27–50.
15. **Diekelmann, S., Born J.,** 2010. The memory function of sleep. *Nat. Rev. Neurosci*, 11: 114–126.
16. **Ding, Q., Redeker, N.S., Pisani, M.A., Yaggi, H.K., Knauert, M.P.,** 2-17. Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 26 (4):278-86.
17. **Dobing, S., Frolova, N., McAlister, F., Ringrose, J.,** 2016. Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PloS one*. 11(6):e0156735.
18. **Englebright, J., Aldrich, K., Taylor, C.R.,** 2014. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 46(1):50-7.
19. **Ellington, E.,** 2018. It's Not a Nightmare: Understanding Sleep Terrors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 56(8):11-14.
20. **Erlacher, D., Schredl, M., LaBerge, S.,** 2003. Motor area activation during dreamed hand clenching: a pilot study on EEG alpha band. *Sleep Hypn*, 5:182–187.
21. **Etevenon, P. & Guillou, S.,** 1986. EEG cartography of a night of sleep and dreams. A longitudinal study with provoked awakenings. *Neuropsychobiology*, 16:146–151.
22. **Faulkner, S., Bee, P.,** 2017. Experiences, perspectives and priorities of people with schizophrenia spectrum disorders regarding sleep disturbance and its treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17 (158): 1-17.
23. **Figueroa-Ramos, M.I., Arroyo-Novoa, C.M., Lee, K.A., Padilla, G., Puntillo,**

- K.A.**, 2009. Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Med*, 35(5):781–795.
24. **Flaskerud, J.**, 2018. Dreaming. *Issues in Mental Health Nursing*, 39 (5): 450-453.
  25. **Goldstein, A.N., Walker, M.P.**,2014. The role of sleep in emotional brain function. *Ann Rev Clin Psychol*, 10 (7): 679–708.
  26. **Grant, P.,Wright, S., Depner, R., Luczkiewicz, D.**, 2014. The significance of end-of-life dreams and visions. *Nurs Times*, 110(28):22-4.
  27. **Haupt, M., Sheldon, S.H., Loghmanee, D.**, 2013. Just a scary dream? A brief review of sleep terrors, nightmares, and rapid eye movement sleep behavior disorder. *Pediatr Ann*, 42(10):211-216.
  28. **Hobson, J.A. & McCarley, R.**, 1977. The brain as a dream-state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *Am J Psychiatry*, 134:1335–1348.
  29. **Hopper, K., Fried, T.R., Pisani, M.A.**, 2015. Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. *Heart & lung : the journal of critical care*, 44(2):95-9
  30. **Huang, C.Y., Liao, H.Y., Chang, E.T., Lai, H.L.**, 2018. Factors associated with the teaching of sleep hygiene to patients in nursing students. *Nurse education in practice*. 28:150-5.
  31. **Hobson J. A.**, 2009. REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nat. Rev. Neurosci.* 10 (7): 803–813
  32. **Holzinger, B., LaBerge, S. & Levitan, L.**, 2006. Psychophysiological correlates of lucid dreaming. *Dreaming*, 16:88–95.
  33. **Hong, C., Jin, Y., Potkin, S.G. et al.**, 1996. Language in dreaming and regional EEG alpha power. *Sleep*, 19:232–235.
  34. **Horikawa, T., Tamaki, M., Miyawaki, Y., Kamitani, Y.**, 2014. Neural decoding of visual imagery during sleep. *Science*, 340:639–642.
  35. **Kamdar, B.B., Needham, D.M., Collop, N.A.**, 2012. Sleep deprivation in critical illness its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*, 27(2):97–111.

36. **Kerr, C.W., Donnelly, J.P., Wright, S.T., et al.**, 2014. End-of-life dreams and visions: a longitudinal study of hospice patients' experiences. *J Palliat Med*, 17(3):296-303.
37. **Komasi, S., Soroush, A., Khazaie, H., Zakiei, A., & Saeidi, M.**, 2018. Dreams content and emotional load in cardiac rehabilitation patients and their relation to anxiety and depression. *Annals of cardiac anaesthesia*, 21(4) :388–392.
38. **Koskenvuo, K., Hublin, C., Partinen, M., Paunio, T., Koskenvuo, M.**, 2010. Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: a population-based study of 26,000 Finns. *Sleep Med*, 11:17–22.
39. **Krystal, A.D., Edinger, J.D.**, 2008. Measuring sleep quality. *Sleep Med*. 9(Suppl 1):S10–S17.
40. **Levy, K., Grant, P. C., Depner, R.M., Byrwa ,D.J., Luczkiewicz, D. L., Kerr, C.W.**,2019.End-of-Life Dreams and Visions and Posttraumatic Growth: A Comparison Study. *J Palliat Med*.
41. **Limosani I., D'Agostino A., Manzone M. L., Scarone S.**, 2011. Bizarreness in dream reports and waking fantasies of psychotic schizophrenic and manic patients: empirical evidences and theoretical consequences. *Psychiatry Res*, 189 (8): 195–199.
42. **Loredo, J.S., Soler, X., Bardwell, W., Ancoli-Israel, S., Dimsdale, J.E., Palinkas, L.A.**, 2010. Sleep health in U.S. Hispanic population. *Sleep*, 33:962–7.
43. **Mazzarino-Willett, A.**, 2010. Deathbed phenomena: its role in peaceful death and terminal restlessness. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27 (2): 127-133.
44. **Murri, L., Arena, R., Siciliano, G., Mazzotta, R., Muratorio, A.**, 1984. Dream recall in patients with focal cerebral lesions. *Arch Neurol*, 41:183–185.
45. **Nosek, C. L., Kerr, C. W., Woodworth, J.**, et al., 2015. End-of-Life Dreams and Visions: A Qualitative Perspective From Hospice Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Nursinf*, 32(3): 269–274
46. **Palagini, L., Rosenlicht, N.**, 2011. Sleep, dreaming, and mental health: A review of historical and neurobiological perspectives. *Sleep Med Rev*, 9 (15):179–86

47. **Paul, F., Schredl, M., Alpers, G.,** 2015. Nightmares affect the experience of sleep quality but not sleep architecture: an ambulatory polysomnographic study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(3): 1-9.
48. **Radtke, K., Obermann, K., Teymer, L.,** 2014. Nursing knowledge of physiological and psychological outcomes related to patient sleep deprivation in the acute care setting. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(3):178-84.
49. **Rechtschaffen, A., Kales, A.,** 1968. *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring Systems for Sleep Stages of Human Subjects*. Los Angeles, CA: UCLA Brain Information Service/Brain Research Institute.
50. **Shen, C., Wang, J., Ma, G., et al.,** 2016. Waking-hour cerebral activations in nightmare disorder: a resting-state functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 70:573–81.
51. **Scarpelli, S., Bartolacci, C., D'Atri, A., Gorgoni, M., & De Gennaro, L.,** 2019. Mental Sleep Activity and Disturbing Dreams in the Lifespan. *International journal of environmental research and public health*, 16(19): 3658.
52. **Stickgold, R. & Walker, M.P.,** 2007. Sleep-dependent memory consolidation and reconsolidation. *Sleep Med*, 8(4):331–343
53. **Stumbrys, T., Erlacher, D., Schädlich, M., Schredl, M.,** 2012. Induction of lucid dreams: a systematic review of evidence. *Conscious Cogn*, 21:1456–1475.
54. **Szelenberger, W., Niemcewicz, S., Dabrowska, A.J.,** 2005. Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates. *Int Rev Psychiatry*. 17(4):263-270.
55. **Wang, X., Cheng, S. & Xu, H.,** 2019. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. *BMC Psychiatry*, 19 (303): 1-13.
56. **Wehrle, R., Kaufmann, C., Wetter, T.C. et al.,** 2007. Functional microstates within human REM sleep: first evidence from fMRI of a thalamocortical network specific for phasic REM periods. *Eur J Neurosci*, 25:863–871.
57. **Wolpert, E.A.,** 1960. Studies in psychophysiology of dreams: II. An electromyographic study of dreaming. *Arch Gen Psychiatry* 2:231–241

58. **Wright, S.T., Grant, P. C., Depner, R. M., Donnelly, J.P., Kerr, C.W.,** 2017. Meaning-centered dream work with hospice patients: A pilot study. *Palliat Support Care*, 13(5):1193-211.
59. **Yilmaz, M., Sayin, Y., Gurler, H.,** 2012. Sleep quality of hospitalized patients in surgical units. *Nursing forum*, 47(3):183-92.