



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»



**Φοιτήτριες: ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΚΑΖΑΛΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ-ΜΑΡΙΑ**

Εισηγητής: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Οκτώβριος, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: η συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας έχει σαν σκοπό τη μελέτη, καταγραφή και ανάλυση των διαταραχών ύπνου στην παιδική ηλικία, κατά πόσο επηρεάζονται τα παιδιά από αυτή και πως συμβάλλει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης.

Υλικό και μέθοδος: για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, ελληνική βιβλιογραφία μέσω των ψηφιακών μέσων αναζήτησης των διεθνών ακαδημαϊκών αποθετηρίων και έγκυρες διαδικτυακές πηγές.

Συμπεράσματα: οι διαταραχές του ύπνου στην παιδική ηλικία μελετώνται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια καθώς φαίνεται να επηρεάζουν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών όλων των ηλικιών. Ο νοσηλευτής οφείλει να έχει ενεργό ρόλο στη φροντίδα των παιδιών. Η αναγνώριση και η ορθή παρέμβαση στις διαταραχές ύπνου αποτελεί τον κύριο στόχο του.

SUMMARY

Purpose: The writing of this dissertation is aimed at the study, recording and analysis of sleep disorders in childhood, the extent to which children are affected by it and how the nurse contributes to the specific situation.

Material and method: the study was used by articles from the international scientific community, Greek bibliography through digital search tools of international academic repositories and authoritative online resources.

Conclusions: Sleep disturbances in childhood are being studied in recent years as they seem to affect a fairly high percentage of children of all ages. The nurse should have an active role in child care. Recognition and proper intervention in sleep disorders is its main objective.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΥΠΝΟΣ.....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	8
1.3 ΥΠΝΟΣ REM	9
1.4 ΥΠΝΟΣ NREM (NON-RAPID EYE MOVEMENT, ΧΩΡΙΣ ΤΑΧΕΙΕΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ)	10
1.5 ΡΥΘΜΙΣΗ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ.....	11
1.6 ΤΥΠΟΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	12
1.6.1 ΤΥΠΟΣ JET LAG	12
1.6.2 ΤΥΠΟΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ.....	13
1.7 ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	17
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ.....	17
2.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	17
2.2 ΦΥΛΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	17
2.3 ΟΝΤΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	18
2.4 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	18
2.5 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	19
2.6 ΣΤΕΡΗΣΗ ΥΠΝΟΥ	19
2.7 ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΠΝΟΥ	22
2.8 Ο ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟΣ ΥΠΝΟΣ	22
2.9 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ	23
2.10 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ	24
2.11 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	25
2.12 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	28
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	28
3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ	28
3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	29
3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ ..	30
3.4 ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ	31
3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	33
3.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΡΗΓΟΡΣΗ	34
3.7 ΡΟΧΑΛΗΤΟ	34
3.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ	35
3.8.1 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ	35
3.8.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ	36
3.8.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	37
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	37
4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	37
4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ	38
4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	41
4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	42
4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	44
4.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	47
ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	47
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	47
5.2 ΑΙΤΙΑ	47
5.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	49
5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	51
5.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	54
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	54
6.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	54
6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	56
6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	59

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	59
7.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄	59
7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου και οι διαταραχές του ύπνου (Sleep Disorders Within) στα παιδιά, είναι ένας γενικός όρος για να περιγράψει τη δυσκολία στην αναπνοή που συναντούν τα παιδιά κατά τη διάρκεια του ύπνου .

Η διαταραχή μπορεί να κυμαίνεται από ήπιο έως έντονο ροχαλητό, και σε ορισμένες περιπτώσεις να δημιουργούνται άπνοιες.

Άπνοια ονομάζεται η κατάσταση στην οποία συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια μερικής ή ολικής απόφραξης των αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου (διακοπή της αναπνοής).

Όταν η αναπνοή ενός παιδιού διαταράσσεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, το σώμα του το αντιλαμβάνεται ως «πνιγμό». Ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνεται αρχικά και μετά μπορεί να αυξηθεί σημαντικά, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται, και ο κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα μειώνεται με επακόλουθη μείωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου.

Περίπου το 10% των παιδιών ροχαλίζουν τακτικά και περίπου 2-4 % του παιδικού πληθυσμού έχει αποφρακτική υπνική άπνοια. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ακόμα και το ήπιο ροχαλητό μπορεί να προκαλέσει πολλά από τα προβλήματα που προκαλούν οι άπνοιες στα παιδιά.

Τα παιδιά με διαταραχές ύπνου μπορεί να είναι κυκλοθυμικά, απρόσεκτα, και υπερκινητικά τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Πολλά από τα παιδιά έχουν κακή απόδοση στο σχολείο. Οι αλλαγές στη διάθεση και η ανάρμοστη συμπεριφορά είναι συχνό φαινόμενο σε ορισμένα παιδιά. Η διαταραχή της αναπνοής κατά τον ύπνο ενοχοποιείται επίσης για έλλειμμα προσοχής σε ορισμένα παιδιά.

Η πιο συχνή αιτία στα παιδιά είναι οι διογκωμένες αμυγδαλές και οι διογκωμένες αδενοειδείς εκβλαστήσεις (τα υπερτροφικά – μεγάλα κρεατάκια) . Τα υπέρβαρα παιδιά επίσης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, λόγω της εναπόθεσης λίπους γύρω από το λαιμό τους. Τα παιδιά με μικρή κάτω γνάθο ή οπισθογναθία, μεγάλη γλώσσα ή νευρολογικά προβλήματα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΠΝΟΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο ύπνος, η κατάσταση κατά την οποία γίνεται αποκατάσταση των λειτουργιών του οργανισμού, χαρακτηρίζεται από περιόδους μειωμένου επιπέδου συνείδησης, μειωμένων κινήσεων των σκελετικών μυών και επιβράδυνση του μεταβολισμού. Οι ενήλικες έχουν μια ανάγκη για σταθερή περίοδο ύπνου περίπου 7-9 ωρών, κυρίως κατά τη διάρκεια της νύκτας. Οι υποτροπιάζουσες διαταραχές του νυκτερινού ύπνου μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορα σωματικά προβλήματα και προβλήματα ψυχικής υγείας. Μελέτες δείχνουν ότι ο ύπνος επιτελεί μια λειτουργία αποκατάστασης για τον εγκέφαλο και το σώμα, βελτιώνοντας την αίσθηση ενεργητικότητας και "ευεξίας" και επιπλέον, παίζει σημαντικό ρόλο στις εγκεφαλικές μεταβολές που συντελούν στις διεργασίες της μάθησης και της σταθεροποίησης της μνήμης (Renata, 2008).

Ο ύπνος σχετίζεται με χαρακτηριστικές μεταβολές στην δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως αυτές μετρώνται με την πολύ-υπνογραφία (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ΗΕΓ, ηλεκτρομυογράφημα, ΗΜΓ, ηλεκτροοφθαλμογράφημα, ΗΟΓ). Με βάση τις μετρήσεις αυτές, ο ύπνος έχει διαιρεθεί σε δύο διακριτές φάσεις που είναι γνωστές σαν φάση ύπνου Ταχείας Κίνησης των Οφθαλμών (REM), και σαν φάση ύπνου χωρίς ταχεία κίνηση των οφθαλμών (NREM) (Thun et al., 2015).

1.2 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η μετάβαση από την κατάσταση που είμαστε ξύπνιοι έως τον ύπνο είναι μια φυσική και κυκλική διεργασία, κατά την οποία αλλάζει η έκκριση ορμονών μαζί με το μεταβολισμό, τις καρδιαγγειακές λειτουργίες, τις αναπνευστικές και τις θερμορυθμιστικές (η θερμοκρασία του σώματος). Ο ύπνος χωρίζεται σε στάδια, τα οποία μπορεί να ποικίλουν στη διάρκεια της νύκτας (Πολυζόπουλος, 2009).

Στάδια του ύπνου

1) Υπνηλία

Το πρώτο στάδιο διαρκεί μόνο λίγα λεπτά. Είναι το στάδιο όπου αρχίζετε να

κοιμόσαστε και κάθε θόρυβος, ακόμα κι ένας ήσυχος, μπορεί να σας ξυπνήσει. Το σώμα αρχίζει να χαλαρώνει και μπορεί να αρχίζουν να παρουσιάζονται μικρές κινήσεις των ματιών.

2) Ο ελαφρύς ύπνος

Αυτό είναι το πιο παράξενο στάδιο γιατί κάποιος μπορεί να μιλήσει και να ανταποκριθεί σε εσάς, αλλά την επομένη μέρα δεν θα θυμάται τι συνέβη. Το σώμα συνεχίζει να χαλαρώνει (Edinger et al., 2004).

3&4) Ο αργός ή βαθύς ύπνος

Στα στάδια 3 και 4 έχουμε τον αργό ή βαθύ ύπνο, όπου ο μυϊκός τόνος μειώνεται, ο ρυθμός αναπνοής χαμηλώνει, ρυθμίζεται η αρτηριακή πίεση και οι παλμοί της καρδιάς επιβραδύνονται. Οι γαστρεντερικές κινήσεις αυξάνονται. Κατά το στάδιο αυτό του ύπνου, η έκκριση των αυξητικών ορμονών αυξάνεται ελαφρά (ειδικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας) καθώς επίσης και η έκκριση των γοναδοτροπινών ορμονών (FSH και LH). Αυτές οι ορμόνες είναι υπεύθυνες για την ωορρηξία και τη δημιουργία του σπέρματος αντιστοίχως (Βουτσινά, 2005).

1.3 ΎΠΝΟΣ REM

Ο ύπνος REM (Rapid Eye Movement) γνωστός και ως ύπνος γρήγορων κινήσεων των ματιών είναι το πέμπτο στάδιο του ύπνου και χαρακτηρίζεται από γρήγορες κινήσεις των ματιών, από εγκεφαλικά κύματα που δείχνουν ενεργοποιημένα και μοιάζουν με πολύ ελαφρύ ύπνο ή με την εγρήγορση, αλλά και από βαθιά χαλάρωση των μυών, παρόμοια με αυτή στο βαθύ ύπνο. Ο ύπνος REM χωρίζεται σε δυο κατηγορίες: τονικός και αφασικός. Ο ύπνος REM χαρακτηρίζεται από έλλειψη νορεπινεφρίνης στον εγκεφαλικό φλοιό, στην οποία οφείλονται και τα χαρακτηριστικά των ονείρων (Σπαντιδέας, 2008).

Ο ύπνος REM στους ενήλικες συνήθως καταλαμβάνει το 20% με 25% του συνολικού ύπνου και διαρκεί για 90-120 λεπτά. Κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού ύπνου, συνήθως βιώνουμε 4 με 5 περιόδους ύπνου REM, όσο προχωρά η νύκτα τόσο αυξάνεται και η περίοδος των σταδίων REM και μειώνεται ο βαθύς ύπνος. Κατά τις πρωινές ώρες, το περισσότερο μέρος του ύπνου αποτελείται από τον ελαφρύ ύπνο και

από περιόδους REM. Η σχετική διάρκεια του ύπνου REM διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Σε ένα νεογέννητο ο ύπνος REM καταλαμβάνει το 80% του συνολικού ύπνου. Κατά την περίοδο REM, η δραστηριότητα των νευρώνων του εγκεφάλου είναι παρόμοια με εκείνη που υπάρχει τις ώρες που είμαστε ξύπνιοι, για αυτό τον λόγο ο ύπνος REM αποκαλείται και *παράδοξος ύπνος*. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχουν κυρίαρχα εγκεφαλικά κύματα κατά την διάρκεια ύπνου REM (Βουτσινά, 2005)

Ο οργανισμός έχει απόλυτη ανάγκη τον ύπνο τύπου REM. Εάν για διάφορους λόγους οργανισμός στερηθεί του ύπνου τύπου REM, τότε την επόμενη φορά που αποκοιμηθεί θα πάει πιο γρήγορα στο στάδιο REM, μειώνοντας τη διάρκεια των υπόλοιπων σταδίων.

Ο ύπνος REM είναι φυσιολογικά διαφορετικός από τις άλλες περιόδους ύπνου οι οποίες συνολικά αποκαλούνται μη REM ύπνος. Οι άνθρωποι που ξυπνούν από ύπνο REM μπορούν να θυμηθούν πολλά όνειρα, ενώ όσοι ξυπνούν από ύπνο μη REM θυμούνται ελάχιστα ή και καθόλου όνειρα (Rea et al., 2008)

1.4 ΎΠΝΟΣ NREM (NON-RAPID EYE MOVEMENT, ΧΩΡΙΣ ΤΑΧΕΙΕΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ)

Στάδιο 1: Μετάβαση

Ο εγκέφαλος παρασύρεται σε ύπνο. Οι εικόνες τρεμοπαίζουν στο μυαλό και το σώμα μερικές φορές τραντάζεται, δίνοντας την αίσθηση ότι γλιστράμε ή πέφτουμε. Η μυϊκή δραστηριότητα επιβραδύνεται, η δραστηριότητα του εγκεφάλου μειώνεται και τα μάτια κουνιούνται ελάχιστα (Rea et al., 2008)

Στάδιο 2: Ελαφρύς ύπνος

Τα μάτια σταματούν να κινούνται και η θερμοκρασία του σώματος πέφτει. Ο καρδιακός ρυθμός και η αναπνοή σταθεροποιούνται. Η δραστηριότητα του εγκεφάλου επιβραδύνεται, παρουσιάζοντας τακτικά ηλεκτρικά κύματα που ονομάζονται σύνθετα κύματα - K, τα οποία ρυθμίζουν τους εξωτερικούς θορύβους. Επίσης συνοδεύονται από εκρήξεις εγκεφαλικής δραστηριότητας που εμφανίζονται στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα με τη μορφή ατράκτων, οι οποίες παίζουν ρόλο στη

μάθηση και την ενσωμάτωση νέων αναμνήσεων. Το 2013, οι ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της California, στο Riverside έδειξαν ότι η χορήγηση φαρμάκων για την αύξηση του αριθμού των ατράκτων του ύπνου βελτίωσε δραματικά τη μνήμη (Romyn et al., 2015).

Στάδιο 3: Βαθύς ύπνος

Ο εγκέφαλος παράγει αργά ηλεκτρικά σήματα ταλάντωσης, οι μύες χαλαρώνουν, η πίεση του αίματος πέφτει, και η αναπνοή επιβραδύνεται. Το ξύπνημα κατά το στάδιο αυτό συχνά οδηγεί σε μέθη. Ο βαθύς ύπνος είναι η πιο αναζωογόνα φάση για το σώμα και επίσης μπορεί να είναι σημαντική για τη διατήρηση των αναμνήσεων. Πέρυσι, ψυχολόγοι από το Πανεπιστήμιο της California διαπίστωσαν ότι οι δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο καθώς αυτός γερνά συνδέονται με μείωση τόσο στο βαθύ ύπνο όσο και στη διατήρηση της μνήμης (Rea et al., 2008).

1.5 ΡΥΘΜΙΣΗ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Ο ύπνος είναι μια συγχρονισμένη νευροχημική διαδικασία, όπου εμπλέκονται τόσο τα εγκεφαλικά κέντρα προαγωγής του ύπνου όσο και τα κέντρα εγρήγορσης. Από μελέτες σε πειραματόζωα, είναι γνωστό ότι η κατάσταση εγρήγορσης προάγεται από τους νευρώνες του εγκεφαλικού στελέχους και του υποθαλάμου. Το καθένα από αυτά τα δίκτυα εγρήγορσης είναι ικανό να αυξήσει την κατάσταση επαγρύπνισης, αλλά για την πλήρη εγρήγορση και την ενεργοποίηση του φλοιού είναι απαραίτητη η συντονισμένη δραστηριότητα όλων αυτών των οδών. Κατά τη διάρκεια του ύπνου βραδέων κυμάτων (SWS) τα συστήματα εγρήγορσης αναστέλλονται εν μέρει από τους GABA-εργικούς νευρώνες οι οποίοι συν κατανέμονται με πολλούς νευρώνες των συστημάτων εγρήγορσης και από τους υποθαλαμικούς νευρώνες που παράγουν γαλανίνη. Ουσίες όπως το γάμμααμινοβουτυρικό οξύ (GABA) η νοραδρεναλίνη, η ακετυλοχολίνη, η ισταμίνη και η σεροτονίνη εμπλέκονται όλες στη ρύθμιση της εγρήγορσης και της λειτουργίας του ύπνου. (Romyn et al., 2015)

Η σημερινή άποψη σχετικά με τη φυσιολογική ρύθμιση του ύπνου είναι ότι τα στοιχεία που ρυθμίζουν τον ύπνο είναι δύο:

1) μία ομοιοστατική ανάγκη για ύπνο, η οποία εκδηλώνεται με αυξημένη τάση για

ύπνο μετά από στέρηση του ύπνου και με μειωμένη κατά τη διάρκεια του ύπνου και

2) ένας κirkάδιος (24-ωρος) βηματοδότης που προσδιορίζει τις ώρες έναρξης και λήξης του ύπνου αλλάζοντας την ανάγκη για ύπνο που θα προκαλέσει τον ύπνο (Kölling, 2016).

Τόσο ο κirkάδιος βηματοδότης όσο και ομοιοστάτης του ύπνου συντελούν στην σταθεροποίηση του ύπνου. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των διαδικασιών αυτών αποτελεί τη βάση για μια ιδιαίτερα τυποποιημένη περίοδο ύπνου τη νύκτα και μία παγιωμένη περίοδο εγρήγορσης την ημέρα (Kölling et al., 2015).

Ο αποσυγχρονισμός του κirkάδιου ρυθμού από τον περιβαλλοντικό κύκλο μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές του ύπνου, που ορίζονται σαν διαταραχές του κirkάδιου ρυθμού του ύπνου. Μεταξύ αυτών, είναι οι χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με ένα ενδογενές ρολόι το οποίο είναι βραδύτερο ή ταχύτερο από το φυσιολογικό [σύνδρομο καθυστερημένης (DSPS) ή προχωρημένης (ASPS) φάσης ύπνου, ή άτακτος κύκλος ύπνου – αφύπνιση], περιοδικές παθήσεις εξαιτίας των διαταραχών στην αντίληψη του φωτός (δηλ. σύνδρομο διαταραχής του 24ωρου κύκλου ύπνου – εγρήγορσης και διαταραχές του ύπνου σε τυφλά άτομα) και παροδικές καταστάσεις εξαιτίας κοινωνικών συνθηκών (σύνδρομο αλλαγής χρονικής ζώνης-jet lag και διαταραχή ύπνου εξαιτίας της βάρδιας στον επαγγελματικό χώρο).

1.6 ΤΥΠΟΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Το άτομο δεν μπορεί να μετακινήσει την ώρα που κοιμάται και ξυπνά σε νωρίτερο χρόνο, οπότε κοιμάται και ξυπνά αργά σε σχέση με τις κοινωνικές απαιτήσεις που υπάρχουν (Μοσχονά, 2006).

1.6.1 ΤΥΠΟΣ JET LAG

Το jet lag οφείλεται στον αποσυγχρονισμό μεταξύ διαφόρων ρυθμών του οργανισμού και των περιβαλλοντικών ρυθμών. Ο ρυθμός που επηρεάζεται περισσότερο είναι ο κύκλος του ύπνου και της δραστηριότητας, με τις σχετιζόμενες με αυτόν αλλαγές στις φυσικές και πνευματικές λειτουργίες. Ο κύκλος του ύπνου και της δραστηριότητας

για τους περισσότερους ανθρώπους είναι συγχρονισμένος με το ρυθμό μέρας και νύχτας στο γεωγραφικό σημείο που ζουν και εργάζονται. Τα συμπτώματα του συνδρόμου αυτού είναι τάσεις υπνηλίας, κούραση, δυσκολία συγκέντρωσης και εκνευρισμό κατά την διάρκεια της ημέρας. Τα άτομα παρόλο την κούραση τους καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας δεν μπορούν να κοιμηθούν και ύπνος τους είναι ανήσυχος. Το σύνδρομο αυτό υποχωρεί σε 2 – 7 ημέρες, ανάλογα με την απόσταση του ταξιδιού από ανατολή σε δύση και την ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία. Πολλοί πιστεύουν ότι μπορεί να αποφύγουν τα συμπτώματα, αλλάζοντας το ωράριο φαγητού και ύπνου πριν το ταξίδι. Άλλοι επίσης πιστεύουν ότι η εμφάνιση του συνδρόμου έχει άμεση σχέση με την έλλειψη ύπνου, επομένως η λύση είναι ο ίδιος ο ύπνος. Ειδική θεραπεία δεν απαιτείται (Σουφλερή, 2003).

1.6.2 ΤΥΠΟΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ

Αυτή η διαταραχή οφείλεται σε άτομα που εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες ή σε συχνές αλλαγές βάρδιās. Οι βάρδιες διαταράσσουν το βιολογικό ρυθμό των εργαζομένων. Το κυλιόμενο ωράριο εργασίας δημιουργεί βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία. Στις επιπτώσεις περιλαμβάνονται διαταραχές στον ύπνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, γαστρεντερικές διαταραχές και επιδείνωση χρόνιων παθήσεων (Τρανός, 2005). Νέοι και έφηβοι αντέχουν στο κυλιόμενο ωράριο εμφανίζοντας λιγότερα συμπτώματα σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους (Τρανός, 2005). Αφορά το 10% των εργαζομένων σε βάρδιες που περιλαμβάνουν οπωσδήποτε νύχτα. Τα εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας είναι μια σημαντική περιοχή που δεν έχει μελετηθεί αρκετά, αφού ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού εργάζεται με εναλλασσόμενο ωράριο. Η ευαισθησία των ατόμων στις αλλαγές προγραμμάτων ποικίλει ευρέως και ένας σεβαστός αριθμός ατόμων απλώς δεν προσαρμόζεται στο εναλλασσόμενο ωράριο. Αυτά τα άτομα δεν θα πρέπει να απασχολούνται σε τέτοιο ωράριο. Στην περίπτωση αυτή, θεραπευτικά, τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα διότι δεν είναι πάντα εύκολο να αλλάξει ο ασθενής εργασία. Έτσι χορηγείται φαρμακευτική αγωγή που επάγει την εγρήγορση 30-60 λεπτά πριν την εργασία, η οποία συνδυάζεται ενδεχομένως με αντιμετώπιση της αϋπνίας που παρατηρείται όταν το άτομο επιθυμεί να κοιμηθεί την ημέρα (Purnell et al, 2002).

1.7 ΎΠΝΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Ο ύπνος καταλαμβάνει σημαντικό μέρος της ζωής των ανθρώπων. Οι αιτίες που γέννησαν την ανάγκη για ύπνο και ο τρόπος που ο ύπνος ενσωματώθηκε στον βιολογικό κύκλο αποτελούν ένα από τα μεγάλα μυστήρια της εξέλιξης. Στην ελληνική μυθολογία, η Νύχτα γέννησε τον Ύπνο, ο οποίος ήταν πατέρας του Μορφέα, θεού των ονείρων. Ο ύπνος και τα όνειρα θεωρούνταν μορφή επικοινωνίας με τους θεούς. Για την επιστήμη όμως, η ερμηνεία του φαινομένου του ύπνου παραμένει ακόμα ασαφής, παρά το γεγονός ότι πολλές από τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί συμπίπτουν ως προς την ύπαρξη ενδογενών χρονοβιολογικών ρυθμών (Katz et al., 2002).

Έχει διαπιστωθεί από πρόσφατες μελέτες ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου υπάρχει μεγαλύτερη παραγωγή πρωτεϊνών, νευροδιαβαστών, καθώς και ορισμένων ορμονών. Επιπλέον, η διαίρεση και ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων όλων των ιστών είναι ταχύτεροι (Πολυζόπουλος, 2009).

Σε ό,τι αφορά τη σημασία του ύπνου, δεν υπάρχει πλέον καμιά αμφιβολία ότι ο σωστός ύπνος είναι απαραίτητη προϋπόθεση της καλής υγείας. Η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, αλλά και η προστασία από ορισμένα νοσήματα και από ατυχήματα, εξαρτάται από την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου (Vouloagka et al., 2016).

Κάθε ηλικία έχει και διαφορετικές ανάγκες σε ύπνο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Διεθνές Ινστιτούτο Ύπνου:

- από 0-3 μηνών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 14 και 17 ώρες τη μέρα
- από 4-11 μηνών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 12 με 15 ώρες
- από 1-2 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 11 με 14 ώρες
- από 3-5 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 10 με 13 ώρες
- από 6-12 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 9 με 11 ώρες
- από 13-17 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 8 με 10 ώρες

- από 18-25 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 7 με 9 ώρες
- από 26-64 χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 7 με 9 ώρες
- από 65 + χρονών οι ανάγκες σε ύπνο είναι μεταξύ 7 με 8 ώρες (Πολυζόπουλος, 2009).

Ο νυχτερινός ύπνος δεν πρέπει να είναι λιγότερος από 6 ώρες και περισσότερος από 9 ώρες. Όσο για την ποιότητα του ύπνου, που είναι συνάρτηση του χρόνου επέλευσης και της αναπauστικής του επίδρασης, αυτή εξαρτάται από την έλλειψη θορύβων, την κατάλληλη θερμοκρασία, τα ελαφρά γεύματα, τη φυσική άσκηση. Επίσης, ρυθμιστικά στην ομαλή λειτουργία του ύπνου δρουν η άνεση και η σταθερότητα του χώρου κατάκλισης, καθώς και η τήρηση τακτικού ωραρίου (Mah et al., 2011).

Οι διαταραχές του ύπνου διακρίνονται σε δυσυπνίες και παραϋπνίες. Οι δυσυπνίες σχετίζονται με τη διάρκεια, την ποιότητα και τη χρονική επέλευση του ύπνου. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι αϋπνίες, οι υπερυπνίες (υπερυπνία, υπνική άπνοια, ναρκοληψία) και η διαταραχή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης (Σπαντιδέας, 2008).

Στις αϋπνίες περιλαμβάνονται οι διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την έλευση και τη διατήρηση του ύπνου. Συνήθως πρόκειται είτε για δυσκολίες στην έλευση του ύπνου, είτε για ξύπνημα κατά τη διάρκεια του ύπνου, είτε για πρόωμο πρωινό ξύπνημα. Οι αϋπνίες είναι σπάνιες κατά την παιδική ηλικία, ενώ αυξάνουν συνεχώς με την πάροδο των ετών, προκαλώντας προβλήματα στην πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων. Έρευνες στον γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών αναφέρουν ποσοστά αϋπνίας 10%-40%. Σε διεθνή έρευνα του ΠΟΥ διαπιστώθηκε ότι το 27% του ενήλικου πληθυσμού έπασχε από αϋπνίες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί σε 36%. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι αϋπνίες, όπως και γενικότερα οι δυσυπνίες, είναι περισσότερες στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες (Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου, 2009).

Οι αιτίες της αϋπνίας είναι πολλές. Οι κυριότερες από αυτές σχετίζονται με υποβαθμισμένες συνθήκες ύπνου, με χρόνια νοσήματα (κυρίως καρδιοαναπνευστικά και νευρολογικά), με πόνους, με αναπηρίες, καθώς και με ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η σχιζοφρένεια. Οι αϋπνίες, που αποτελούν και ένα από τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης, εκδηλώνονται με καθυστέρηση επέλευσης του ύπνου, με συχνές διακοπές, και με πρόωμη αφύπνιση.

Συμπεριφερολογικοί παράγοντες, δυσρυθμίες του 24ωρου κιρκάδιου κύκλου και πρωτογενείς διαταραχές ύπνου μπορούν επίσης να προκαλέσουν αϋπνίες (Φλωρού, Βαγιάκης, 2009).

Οι επιπτώσεις της αϋπνίας αφορούν προβλήματα που προκαλούνται από την επακόλουθη κούραση, καθώς και ψυχικές διαταραχές. Άτομα με χρόνια αϋπνία αναφέρουν δύομισι φορές περισσότερα τροχαία ατυχήματα, καθώς και δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων, ή δυσκολίες συγκέντρωσης και εξασθένηση της μνήμης. Σε ό,τι αφορά τη ψυχική υγεία, εκτός από τη μείωση της ευεξίας, παρουσιάζονται ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος, αλκοολισμός, κ.ά.) σε ποσοστό 51% περίπου. Επίσης, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συχνότερες απουσίες από την εργασία τους και μεγαλύτερη κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών (Φλωρού, Βαγιάκης, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

2.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Αντίθετα από τις αρχικές προσδοκίες, τα αποτελέσματα από τα πειράματα στέρησης του ύπνου δεν συνέβαλαν στη διευκρίνιση της λειτουργικής σημασίας του ύπνου. Οι σημαντικότερες πληροφορίες προήλθαν από νευροφυσιολογικές, φυλογενετικές, ηθολογικές και οντογενετικές - αναπτυξιακές παρατηρήσεις. Σχηματικά, οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον ύπνο απορούν να ενταχθούν σε μια από τις τέσσερις παρακάτω κατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο αναφέρονται: τις φυλογενετικές-εξελικτικές, τις μεταβολικές, τις οντογενετικές-αναπτυξιακές και τις πληροφορικές (Πολυζόπουλος, 2013).

2.2 ΦΥΛΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Σύμφωνα με τις φυλογενετικές θεωρίες ο ύπνος αποτελεί μια εξελικτικά χρήσιμη συμπεριφορά των οργανισμών που ευοδώνει την προσαρμογή τους στο περιβάλλον και έχει διατηρηθεί ως συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των μηχανισμών της φυσικής επιλογής. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες ο ύπνος χρησιμεύει για την καταστολή της δραστηριότητας σε περιόδους της ημέρας που οι πιθανότητες για επιτυχή και ασφαλή δράση είναι περιορισμένες. Για τα ημερόβια ζώα, των οποίων η όραση είναι ανεπαρκής κατά τη νύχτα, η ανεύρεση τροφής και το ζευγάρωμα γίνονται προβληματικά με συνθήκες χαμηλού φωτισμού. Εξάλλου, αυτού του είδους η δραστηριότητα στα ομοιόθερμα ζώα απαιτεί μεγάλη ενεργειακή σπατάλη όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι χαμηλή. Ο ύπνος επίσης εξυπηρετεί τη συνεύρεση των ατόμων, την ανάπτυξη των οικογενειακών δεσμών και παγιώνει συμπεριφορές που σχετίζονται με την ανατροφή των απογόνων. Δυστυχώς δεν έχουν γίνει συστηματικές ηθολογικές μελέτες που να τεκμηριώνουν τις απόψεις αυτές (Πολυζόπουλος, 2013).

2.3 ΟΝΤΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι οντογενετικές αναπτυξιακές θεωρίες ξεκινούν από την παρατήρηση της πολύ υψηλής αναλογίας παράδοξου ύπνου κατά το τελευταίο τρίμηνο της ενδομήτριας ζωής και τους πρώτους μήνες της εξωμήτριας. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, πιστεύεται ότι η λειτουργία του REM ύπνου είναι να υποβοηθεί στην ωρίμανση του Κ.Ν.Σ. Αυτό επιτυγχάνεται με ενεργοποίηση προϋπαρχόντων εγγεγραμμένων προγραμμάτων συμπεριφορών κάτω από ιδανικές συνθήκες απομόνωσης από αισθητηριακά ερεθίσματα και αποκλεισμού του κινητικού σκέλους της συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό ο παράδοξος ύπνος μπορεί να εξασφαλίσει στον αναπτυσσόμενο οργανισμό την ενεργοποίηση νευρωνικών συστημάτων που είναι υπεύθυνα για στοιχειώδεις συμπεριφορές, προτού χρειαστεί αυτές να δοκιμαστούν στην πράξη. Στον αναπτυσσόμενο οργανισμό ο παράδοξος ύπνος θα μπορούσε να εξασφαλίσει την καλή λειτουργία κρίσιμων για την επιβίωση νευρωνικών κυκλωμάτων που επαναδραστηριοποιούνται κατά τη φάση της εγρήγορσης. Στον ώριμο οργανισμό, ο REM ύπνος πιθανόν να εμπλέκεται στην παγίωση της μνήμης και να συμμετέχει στη διατήρηση της εγκεφαλικής ομοιόστασης (Πολυζόπουλος, 2013).

2.4 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι υποστηρικτές των μεταβολικών θεωριών πρεσβεύουν ότι ο βασικός ρόλος του ύπνου είναι η αποκατάσταση των ενεργειακών απωλειών του οργανισμού, δηλαδή η διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου. Έτσι πιστεύεται ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου γίνεται αναπλήρωση σε ενεργειακά πλούσιες φωσφορικές ενώσεις, αυξάνει η πρωτεϊνοσύνθεση, επιταχύνεται η μιτωτική διαίρεση, αυξάνεται η σύνθεση νευροδιαβιβαστών και ευοδώνεται η επούλωση των ιστών. Έχει βρεθεί ότι ο ύπνος βραδέων κυμάτων ανακτάται πρώτος μετά από υπνική αποστέρηση και παρατηρείται αύξηση του μετά από σωματική άσκηση (Πολυζόπουλος, 2013).

Ο ύπνος REM αντίθετα αποτελεί ένα στάδιο κατά το οποίο σπαταλιέται μεγάλο ποσό ενέργειας, γεγονός που δεν ενισχύει τις θέσεις των παραπάνω θεωριών. Εν τούτοις, η παύση της πυροδότησης των αμινεργικών νευρώνων κατά τον REM ύπνο, η περιοδική διακοπή της εκφόρτισης των νευρώνων και η μείωση του τόνου του

συμπαθητικού συστήματος περιφερικά, μπορεί να θεωρηθεί ότι υποβοηθάει στην επαναπλήρωση των «αποθηκών» σε νευροδιαβιβαστές ή συνθετικά ένζυμα που θα χρησιμοποιηθούν αργότερα κατά την εγρήγορση (Πολυζόπουλος, 2013).

2.5 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι πληροφορικές θεωρίες σαν κύριο άξονα τους έχουν την ιδέα της επεξεργασίας πληροφοριών κατά τη διάρκεια του REM ύπνου, στάδιο κατά το οποίο παρατηρείται έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα (αυξημένη αιματική ροή και αυξημένη κατανάλωση γλυκόζης στον εγκέφαλο). Οι υποστηρικτές τους υποθέτουν πως κατά τον παράδοξο ύπνο γίνεται ταξινόμηση, ανάλυση, αποθήκευση ή εκκαθάριση πληροφοριών που συλλέχθηκαν κατά την εγρήγορση. Οι θεωρίες αυτές βασίζονται σε πειραματικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση του χρόνου του REM ύπνου σε ζώα μετά από συμπεριφερική εκμάθηση και σε πειράματα εκλεκτικής αποστέρησης του σταδίου REM που δείχνουν ελλιπή ενσωμάτωση νεοαποκτηθεισών πληροφοριών ή συναισθηματικά φορτισμένου υλικού. Τονίζεται δηλαδή η σημασία του σταδίου αυτού για την ομαλή μαθησιακή και μνημονική λειτουργία του οργανισμού (Πολυζόπουλος, 2013).

Στα πλαίσια αυτά κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές υποθέσεις όπως ότι η πρόσφατα αποκτηθείσα μνήμη μεταφέρεται από περιοχές βραχυχρόνιας σε άλλες μακροχρόνιας αποθήκευσης, δημιουργώντας έτσι περιθώρια για εκ νέου αποθήκευση στις περιοχές που εκκενώθηκαν. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η υπεραποθήκευση στη μνήμη. Δηλαδή «ονειρευόμαστε για να ξεχνάμε» (Πολυζόπουλος, 2013).

Από το πλήθος των θεωριών που εκθέσαμε παραπάνω, χωρίς να τις εξαντλήσουμε, γίνεται αυτονόητο ότι παραμένει άγνωστη η λειτουργία του ύπνου και πιθανά η ικανοποιητικότερη απάντηση είναι ότι ο άνθρωπος κοιμάται για να αναστρέψει τα αποτελέσματα της συνεχούς εγρήγορσης (Πολυζόπουλος, 2013).

2.6 ΣΤΕΡΗΣΗ ΥΠΝΟΥ

Στην κοινωνία μας που συνεχώς απαιτεί όλο και περισσότερο χρόνο από τον καθένα μας, δημιουργώντας καθημερινά νέες ανάγκες και απαιτήσεις η χρόνια στέρηση ύπνου είναι κοινό φαινόμενο. Είναι αποδεδειγμένο ότι σε σύγκριση με 40 χρόνια πριν, οι πολίτες ανεπτυγμένων χωρών κοιμούνται μια ώρα λιγότερο κάθε νύχτα.

Παρόλο που μέχρι πρόσφατα θεωρούσαμε ότι η χρόνια στέρηση ύπνου δεν μας προκαλεί κάποιες συνέπειες, οι επιστήμονες έρχονται να μας προειδοποιήσουν βασιζόμενοι σε νέες έρευνες (Wilson, 2008).

Μια πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι, αντίθετα με την κοινή θεώρηση, το σώμα μας δεν μπορεί να αναπληρώσει την χρόνια στέρηση ύπνου. Σύμφωνα με τους ερευνητές η συσσωρευμένη έλλειψη ύπνου προκαλεί κάτι περισσότερο από ένα αίσθημα κούρασης και λίγα τεντωμένα νεύρα. Η χρόνια στέρηση ύπνου δύο με τριών ωρών κάθε νύχτα μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες τόσο στις σωματικές μας λειτουργίες όσο και στις διανοητικές μας, όπως φυσικά και στην ποιότητα ζωής μας (Wilson, 2008).

Η λίστα των ύπουλων επιδράσεων που έχει η χρόνια στέρηση ύπνου στην ζωή μας μεγαλώνει συνεχώς καθώς οι επιστήμονες εμβαθύνουν στις έρευνές τους (Wilson, 2008):

Η στέρηση ύπνου μειώνει την μνήμη και την ικανότητα σκέψης μας. Για να καταφέρουμε να μετατρέψουμε κινητικές διαδικασίες σε αυτόματες (μέρος των δεξιοτήτων μας), για παράδειγμα όταν μαθαίνουμε ένα μουσικό όργανο ή ένα άθλημα, είναι απαραίτητο να έχουμε επαρκή ύπνο. Ακόμα ο επαρκής ύπνος είναι απαραίτητος και για την ανάπτυξη ικανοτήτων προσανατολισμού. Κατά την ανάπτυξη των ικανοτήτων προσανατολισμού μας, στο τμήμα των υποκάμπων του εγκεφάλου μας δημιουργούνται νέα κύτταρα, τα κύτταρα αυτά όμως χρειάζονται επαρκή ύπνο για να μπορέσουν να επιβιώσουν.

Η έλλειψη ύπνου επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά ως προς την λήψη αποφάσεων. Χαρακτηριστική είναι η επισήμανση ότι ο επικλινής πυρήνας (nucleus accumbens nAcc), μια περιοχή του εγκεφάλου μας που ασχολείται με την προσδοκία ανταμοιβής, ενεργοποιείται περισσότερο κατά την διάρκεια παιγνίων τζόγου όταν ο παίχτης παίρνει ριψοκίνδυνες αποφάσεις σε κατάσταση έλλειψης ύπνου, κάτι που σημαίνει ότι ο παίχτης έχει αυξημένες προσδοκίες ότι θα κερδίσει ακόμα και αν οι πιθανότητες είναι εναντίον του. Ακόμη άτομα σε κατάσταση στέρησης ύπνου χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ανταποκριθούν σε ηθικά διλήμματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι η έλλειψη ύπνου στο να παρθούν οι σωστές αποφάσεις (Schwartz et al., 2000).

Η στέρηση ύπνου αυξάνει την χημική δραστηριότητα σε ένα μέρος του εγκεφάλου που συνδέεται στενά με την κατάθλιψη, την έμμομη ανησυχία και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Χωρίς επαρκή ύπνο τα συναισθηματικά κέντρα του εγκεφάλου μας είναι υπερευαίσθητα σε αρνητικές εμπειρίες, οδηγώντας μας σε συναισθηματικά παράλογη συμπεριφορά λόγω μειωμένης λειτουργικότητας του προμετωπιαίου λοβού, μια περιοχή του εγκεφάλου που ελέγχει την ένταση των συναισθημάτων.

Η στέρηση ύπνου αυξάνει τις πιθανότητες να αυξηθεί το σωματικό μας βάρος. Η αιτία μπορεί να κρύβεται στο ότι η μερική έλλειψη ύπνου επηρεάζει την περιοδικότητα της έκκρισης ορμονών που ευθύνονται για τον έλεγχο της πείνας, αυξάνοντας έτσι το επιθυμία για φαγητό και την προτίμηση προς τροφές πλούσιες σε θερμίδες και υδατάνθρακες. Μια μελέτη συμπέρανε ότι άτομα που δεν κοιμόντουσαν αρκετά είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παχυσαρκία ακόμη και αν καταλάωναν λιγότερες θερμίδες από άτομα που κοιμόντουσαν κανονικά.

Η στέρηση ύπνου βλάπτει μακροπρόθεσμα την υγεία μας προκαλώντας βλάβη των ενδοκρινολογικών λειτουργιών του οργανισμού, του μεταβολισμού και της ικανότητας καταπολέμησης φλεγμονών. Κατ' επέκταση η χρόνια στέρηση ύπνου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρουσίασης σοβαρών χρόνιων παθήσεων όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτης Β' τύπου και καρδιαγγειακές παθήσεις.

Σύμφωνα με τους ειδικούς πρέπει να κοιμόμαστε 7 με 8 ώρες κάθε βράδυ, στην πραγματικότητα όμως κοιμόμαστε αρκετά λιγότερο. Ο απογευματινός ύπνος μπορεί να αποτελεί την απάντηση του προβλήματος. Τα οφέλη του πιθανώς θα είναι η γενικότερη βελτίωση της υγείας μας, όπως επίσης και του αισθήματος ευφορίας μας. Το σώμα ακολουθεί έναν κύκλο 24 ωρών κατά τον οποίο καταλαγιάζει μια φορά το απόγευμα και μια φορά την νύχτα. Έρευνες αποδεικνύουν ότι ένας υπνάκος μετά από ένα μεγάλο γεύμα είναι κάτι το φυσιολογικό καθώς οι νευρώνες που μας κρατούν έτοιμους για δράση δεν λειτουργούν μετά την κατανάλωση τροφής. Επιπλέον ένας υπνάκος κατά την διάρκεια της ημέρας μπορεί να αυξήσει την ικανότητά μας για μάθηση και να καλυτερεύσει την μνήμη μας, ακόμη μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες καρδιαγγειακών παθήσεων (Prapa et al., 2012).

2.7 ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΠΝΟΥ

Οι ανάγκες για ύπνο διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Μερικά άτομα ξεκουράζονται με λιγότερο από 4 ώρες νυκτερινού ύπνου ενώ άλλα άτομα απαιτούν περισσότερο από 10 ώρες ύπνου για να αισθανθούν αναπαυμένοι. Πάντως για τους ενήλικες θα μπορούσαμε να πούμε ότι κατά μέσο όρο θεωρούνται απαραίτητες 7-8 ώρες ύπνου το βράδυ (Σπαντιδέας, 2008).

Τα παιδιά και οι υπερήλικες έχουν διαφορετικές ημερήσιες ανάγκες για ύπνο. Τα παιδιά συνήθως απαιτούν τουλάχιστον 14 ώρες ύπνου ημερησίως και οι ανάγκες αυτές διατηρούνται μέχρι την ηλικία των 12 ετών. Μετά την ηλικία αυτή τα παιδιά αποκτούν τις ανάγκες των ενηλίκων (Σπαντιδέας, 2008).

Στους ενήλικες όσο τα χρόνια περνούν ο ύπνος τείνει να είναι διακεκομμένος ενώ οι υπερήλικες αρχίζουν με την πάροδο των χρόνων να ξυπνούν όλο και νωρίτερα το πρωί (Σπαντιδέας, 2008).

2.8 Ο ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟΣ ΥΠΝΟΣ

Ο απογευματινός ύπνος είναι για πολλούς ανθρώπους τόσο απόλαυση όσο και ανάγκη. Έστω και 30 λεπτά καθημερινά μπορεί να έχουν ευεργετική επίδραση στον οργανισμό μας, φτάνει να γίνεται σε μόνιμη βάση. Ο απογευματινός ύπνος δεν έχει αρνητικές επιδράσεις στη διάρκεια και ποιότητα του νυκτερινού, ενώ βελτιώνει τη συνολική απόδοση της μνήμης, διότι απαλλάσσει τον εγκέφαλο από την υπερβολική φόρτωση πληροφοριών. Η βιολογική ανάγκη για τον απογευματινό ύπνο, όταν ικανοποιείται, έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στους νέους όσο και στους ηλικιωμένους. Σε νέους ενήλικες, αυξάνει και βελτιώνει την πνευματική ετοιμότητα και εγρήγορση, ενώ στους ηλικιωμένους μπορεί να αναπληρώνει το έλλειμμα ύπνου που παρατηρείται τη νύκτα και κατ' επέκταση βοηθάει στη διατήρηση της καλής τους υγείας (Σπαντιδέας, 2008).

2.9 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ

Σύμφωνα με μελέτη του 2010, που δημοσιεύτηκε στο *Biological Psychiatry*, διαπίστωσε ότι η χρόνια αϋπνία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια του όγκου του εγκεφάλου. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την μαγνητική τομογραφία για να εξετάσουν τους εγκεφάλους 37 ηλικιωμένων ανθρώπων με ή χωρίς χρόνια αϋπνία (Altena et al., 2010).

Τα άτομα που έπασχαν από χρόνια αϋπνία, είχαν μικρότερες ποσότητες φαιάς ουσίας σε τρεις περιοχές του εγκεφάλου – και όσο πιο σοβαρή ήταν η αϋπνία – τόσο μεγαλύτερη ήταν η απώλεια του όγκου του εγκεφάλου (στον αριστερό μετωπιαίο φλοιό και στο πρόσθιο και οπίσθιο σφηνοειδές λοβό). (<http://psychografimata.com/8081/o-ipnos-prostatis-ton-gnostikon-litourgion/>)

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που βασίζεται στη μορφολογία του εγκεφάλου και παρουσιάζει διαρθρωτικούς συσχετισμούς του εγκεφάλου με την αϋπνία και τη σχέση τους με τη σοβαρότητα της αϋπνίας. Η δυσλειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που έχουν πληγεί σχετικά με τη λήψη αποφάσεων και την επεξεργασία των κινήτρων, θα μπορούσε να καθοδηγήσει καλύτερα την μελλοντική έρευνα στην τόσο δυσνόητη συνθήκη της αϋπνίας. (<http://psychografimata.com/8081/o-ipnos-prostatis-ton-gnostikon-litourgion/>)

Σύμφωνα με άλλη πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ουάσιγκτον στο Σαιντ Λούις η κακή ποιότητα του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση πλακών του εγκεφάλου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη νόσο του Alzheimer αργότερα στη ζωή μας (Huang et al., 2012).

Η έρευνα έδειξε ότι όσοι ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, ήταν πιο πιθανό να έχουν συσσωρεύσεις αμυλοειδών πλακών από εκείνους με λιγότερες διαταραχές του ύπνου.

Οι πλάκες αμυλοειδούς είναι μια από τις ανωμαλίες του εγκεφάλου που καθορίζουν τη νόσο του Alzheimer. Οι πλάκες αμυλοειδούς αποτελούν μια κολλώδη συγκέντρωση που συσσωρεύεται έξω από τα νευρικά κύτταρα και εμποδίζει τη σωστή λειτουργία τους, προκαλώντας το θάνατο των κυττάρων. Ο θάνατος των

κυττάρων του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει εκφυλιστική ασθένεια του εγκεφάλου, που συνήθως εκδηλώνεται από νωρίς με τα ακόλουθα συμπτώματα: φτωχή κρίση, αλλαγές διάθεσης, απώλεια μνήμης, προβλήματα λόγου, δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή και διαταραχές του ύπνου (Huang et al., 2012).

Οι ερευνητές εξέτασαν τις συνήθειες ύπνου 100 ατόμων ηλικίας 45 έως 80 ετών, τα οποία δεν έπασχαν από άνοια, με την χρήση ημερολογίου ύπνου και ερωτηματολογίων και με την τοποθέτηση μιας συσκευής κατά τη διάρκεια του ύπνου για δύο εβδομάδες. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν οικογενειακό ιστορικό της νόσου Alzheimer. Ο μέσος όρος ύπνου για τους συμμετέχοντες στη μελέτη, ήταν οκτώ ώρες και ο μέσος όρος χρόνου του πραγματικού ύπνου (λόγω περιόδους εγρήγορσης κατά τη διάρκεια της νύχτας) ήταν 6,5 ώρες κάθε βράδυ (Huang et al., 2012).

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι εκείνοι που κοιμούνται πιο «αποτελεσματικά» – δηλαδή, οι άνθρωποι που ξόδεψαν περισσότερο από το 85% του χρόνου στο κρεβάτι τους σε κατάσταση πραγματικού ύπνου – ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν τις πλάκες αμυλοειδούς σε σχέση με εκείνους που δεν κοιμούνται «αποτελεσματικά» – δηλαδή τα άτομα που ξόδεψαν κάτω από το 85% του χρόνου σε κατάσταση πραγματικού ύπνου. Σαν συμπέρασμα, εκείνοι που κοιμούνται λιγότερο αποτελεσματικά, ήταν πιο πιθανό να έχουν πρόωμη ένδειξη για τη νόσο Alzheimer (Huang et al., 2012).

Προηγούμενες μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι ο ύπνος έχει και άλλες ευεργετικές επιπτώσεις στον εγκέφαλο. Το 2005, ερευνητές από το Beth Israel Deaconess Medical Center, διαπίστωσαν ότι ένας καλός ύπνος συνδέεται με την βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων. Η έρευνα δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Neuroscience. Και μόλις τον περασμένο χρόνο (2011), ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Στάνφορντ δημοσίευσαν μια μελέτη στο περιοδικό Proceedings of the National Academy of Sciences, που έδειξε ότι ο ύπνος με συνεχείς διακοπές συνδέεται με μια μειωμένη ικανότητα εκμάθησης νέων πραγμάτων. (<http://psychografimata.com/8081/o-ipnos-prostatis-ton-gnostikon-litourgion/>)

2.10 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

Ο ύπνος είναι απαραίτητος για τη συνολική σωματική υγεία και συναισθηματική

ευεξία. Η έλλειψη ύπνου μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές που κυμαίνονται από μικρές ενοχλήσεις σε σοβαρές debilitations.

Πολλοί άνθρωποι με έκθεση αϋπνία κόπωση και την αδυναμία να συγκεντρωθεί όλη την ημέρα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο. Τα άτομα με αϋπνία έχουν επίσης υψηλότερο ποσοστό των απουσιών από την εργασία (Swinbourne et al., 2015).

2.11 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η έλλειψη ύπνου ή / και διαταραχές του ύπνου μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο ύπνο είναι πολύ σημαντικός για το ανοσοποιητικό σύστημα επειδή είναι η μόνη φορά που το σώμα δεν είναι κάτω από συναισθηματικό στρες, και είναι η μόνη φορά που το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος έχει την απρόσκοπτη δυνατότητα της αυτο-επισκευής. Η έλλειψη ύπνου προκαλεί ψυχικές ασθένειες και μια φλεγμονώδη ανοσολογική απόκριση. Η ψυχοθεραπευτής του Miami Beach, Roberta Shapiro, γράφει ότι ο ύπνος χωρίς καμία διακοπή είναι υψίστης σημασίας για τη συνολική σωματική και ψυχική ευεξία.

Η έλλειψη ύπνου καταβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα ανοίγοντας διάπλατα την πόρτα για ανεπιθύμητους «επισκέπτες», όπως τα κρυώματα, οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού κι άλλες ασθένειες. Πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Psychosomatic Medicine έδειξε ότι ακόμα και οι ήπιες διαταραχές του ύπνου προκαλούν σημαντική πτώση στον αριθμό των κυττάρων, που έχουν καθήκον να πολεμούν τους εισβολείς (Πολυζόπουλος, 2009).

2.12 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ

Η ποσότητα του ύπνου που είναι απαραίτητη διαφέρει από άτομο σε άτομο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, η κληρονομικότητα, οι καθημερινές δραστηριότητες (τρόπος ζωής, άσκηση κ.ά.) Η ποσότητα του ύπνου που χρειάζεται το κάθε άτομο εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, κυρίως από την ηλικία. Εκτός, όμως, απ' αυτήν, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το πόσες ώρες ύπνο χρειάζεται ο καθένας όπως είναι για παράδειγμα:

Εγκυμοσύνη. Οι αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσουν την ανάγκη για ύπνο. (Vaughn, 2005)

Γήρανση. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας χρειάζονται περίπου την ίδια ποσότητα ύπνου με τους νεότερους ενήλικες. Ωστόσο, μεγαλώνοντας μπορεί να διαπιστώσετε πως οι συνήθειες του ύπνου σας έχουν αλλάξει. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν την τάση να κοιμούνται πιο ελαφρά και για μικρότερα χρονικά διαστήματα απ' ό,τι οι νεότεροι ενήλικες. Αυτό θα μπορούσε να δημιουργήσει μια ανάγκη να περνούν περισσότερο χρόνο στο κρεβάτι για να κοιμηθούν αρκετά ή μια τάση να έχουν ανάγκη ενός μίνι ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Προηγούμενη στέρηση ύπνου. Αν είστε στερηθεί τον ύπνο για κάποιους λόγους (π.χ. δουλειά σε βραδινή βάρδια) στο παρελθόν, τότε χρειάζεται να αυξήσετε την ποσότητα του ύπνου σας.

Ποιότητα του ύπνου. Εάν ο ύπνος σας διακόπτεται συχνά ή κοιμάστε διακεκομμένα, τότε δεν έχετε ποιότητα ύπνου. Η ποιότητα του ύπνου σας είναι εξίσου σημαντική με την ποσότητα του ύπνου (Vaughn, 2005).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην προσπάθειά του να ευαισθητοποιήσει τόσο το κοινό όσο και τους επαγγελματίες υγείας για τη σημασία του επαρκούς σε ποσότητα και ποιότητα ύπνου έχει θεσπίσει την 21η Μαρτίου ως Παγκόσμια Ημέρα Ύπνου (Chennaoui et al., 2015).

Το Εθνικό Ίδρυμα Ύπνου (NSF) των ΗΠΑ αποφάσισε να απαντήσει στο ερώτημα «Πόσο ύπνο χρειαζόμαστε» άπαξ δια παντός. Έτσι, ανέθεσε σε ομάδα 18 ειδικών στον ύπνο, την ανατομία, την φυσιολογία, την παιδιατρική, τη νευρολογία, την γεροντολογία και τη γυναικολογία να διερευνήσουν το θέμα (Chennaoui et al., 2015).

Η ομάδα αυτή χρειάστηκε δύο χρόνια για να δημιουργήσει τις πιο ενημερωμένες οδηγίες που έχουν εκδοθεί ποτέ για την διάρκεια του ύπνου, καθώς έπρεπε να αναλύσει συνδυαστικά 312 κλινικές μελέτες που διεξήχθησαν την τελευταία δεκαετία (2004-2014) και αφορούσαν τον ύπνο και τις επιδράσεις του στην υγεία.

Σύμφωνα λοιπόν με τις συστάσεις αυτές, που δημοσιεύονται στην επιθεώρηση «Sleep Health», οι ανάγκες σε ύπνο ανά ηλικία διαμορφώνονται ως εξής:

Νεογέννητα (έως 3 μηνών): Χρειάζονται 14 έως 17 ώρες ύπνο την ημέρα

Βρέφη (4-11 μηνών): Χρειάζονται 12 έως 15 ώρες ύπνο την ημέρα

Νήπια (1-2 ετών): Χρειάζονται 11 έως 14 ώρες ύπνο την ημέρα

Παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών): Χρειάζονται 10 έως 13 ώρες ύπνο την ημέρα

Παιδιά σχολικής ηλικίας (6-13 ετών): Χρειάζονται 9 έως 11 ώρες ύπνο την ημέρα

Έφηβοι (14-17 ετών): Χρειάζονται 8 έως 10 ώρες ύπνο την ημέρα

Νεαροί ενήλικες (18-25 ετών): Χρειάζονται 7 έως 9 ώρες ύπνο την ημέρα

Ενήλικες (26-64 ετών): Χρειάζονται 7 έως 9 ώρες ύπνο την ημέρα

Ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών): Χρειάζονται 7 έως 8 ώρες ύπνο την ημέρα
(Vouloagka et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Οι διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο αναγνωρίζονται ως ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, του οποίου η συχνότητα συνεχώς αυξάνεται λόγω αφενός της ολοένα αυξανόμενης επίπτωσης της παχυσαρκίας και αφετέρου της πιο συχνής αναζήτησης του προβλήματος (Kato et al, 2009).

Παράλληλα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες από το 1900 έως σήμερα συνεχώς, με εξαίρεση το 1918 όπου υπήρξε επιδημία της γρίπης. Το 1/3 των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα προκύπτει πρώιμα. Διάφορες στρατηγικές πρόληψης έχουν βοηθήσει στον περιορισμό του κινδύνου, παρ' όλα αυτά παραμένουν σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και η κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών που τα προκαλούν θεωρείται υψίστης σημασίας. Η αναγνώριση της συσχέτισης μεταξύ των διαταραχών της αναπνοής στον ύπνο και των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι μία νέα προσέγγιση του προβλήματος, που έχει χαρακτηριστεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία (Kato et al, 2009).

Η αποφρακτική άπνοια στον ύπνο (Obstructing Sleep Apnoea - OSA) είναι η πιο συχνή από τις διαταραχές της αναπνοής. Αποτελεί σοβαρό πρόβλημα ιδίως για τις χώρες της Ευρώπης, της Β. Αμερικής και της Ασίας, λόγω της υψηλής της επίπτωσης. Εκτιμάται ότι το 6% των ενηλίκων πάσχει από αποφρακτική άπνοια, με το 75% αυτών να παραμένει αδιάγνωστο. Επιδημιολογικά δεδομένα σε πληθυσμό της Β. Αμερικής δείχνουν ότι το 20% περίπου του ενήλικου πληθυσμού πάσχει τουλάχιστον από ήπιο σύνδρομο, με δείκτη απνοιών υποπνοιών (Apnea Hypopnea Index: AHI) >5 επεισόδια/ώρα, ενώ το 7% περίπου των ενηλίκων πάσχει από μέτριο έως σοβαρό σύνδρομο (AHI >15 επεισόδια/ώρα). Το σύνδρομο παρουσιάζει μεγαλύτερη επίπτωση στον ανδρικό πληθυσμό (Kato et al, 2009).

Οι ασθενείς με άπνοιες παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενους κύκλους επεισοδίων ύπνου, απόφραξης αεραγωγού, αφύπνισης και ανάκτησης του αερισμού. Η κυκλική αυτή επαναλαμβανόμενη διαδικασία οδηγεί σε κυκλική υποξυγοναιμία ποικίλης διάρκειας και βαρύτητας, σε μεγαλύτερη αναπνευστική προσπάθεια έναντι ενός αποφραγμένου αεραγωγού και σε αύξηση της αρνητικής ενδοθωρακικής πίεσης. Τα

επαναλαμβανόμενα αυτά επεισόδια οδηγούν σε ενεργοποίηση του συμπαθητικού σε βάρος του παρασυμπαθητικού και σε μείωση του συνολικού χρόνου του ύπνου (Kato et al, 2009).

3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές μελέτες για τη διερεύνηση των παθοφυσιολογικών παραμέτρων που οδηγούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο. Παρόλα αυτά οι γνώσεις μας παραμένουν αποσπασματικές και αρκετά σημεία είναι σκοτεινά.

Ωστόσο 3 βασικά σημεία είναι ξεκάθαρα (Kato et al, 2009):

- Η περιοχή της απόφραξης του ανώτερου αναπνευστικού βρίσκεται στο φάρυγγα, όργανο με πολλαπλές λειτουργίες.
- Το μέγεθος του φάρυγγικού αυλού εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ της ενδοφάρυγγικής πίεσης και των εξωτερικών δυνάμεων που ασκούνται από τους μύες του φάρυγγα.
- Υπάρχουν συνήθως ανατομικές δυσμορφίες του φάρυγγα και των γειτονικών ανατομικών μορίων σε ασθενείς με ΣΑΥ. Οι δομικές μεταβολές των ανώτερων αεραγωγών προδιαθέτουν τα άτομα να παρουσιάζουν ροχαλητό και/ή αποφρακτικές άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου. Παραδείγματα με εστιακές ανωμαλίες των ανώτερων αεραγωγών είναι η οπισθογναθία, η μικρογναθία, η υπερτροφία των αμυγδαλών, η μακρογλωσσία και η στένωση του ρινικού αεραγωγού.

Η λειτουργία του φάρυγγα κατά την εγρήγορση οφείλεται στη συνεχή νευρομυϊκή λειτουργία η οποία καθοδηγείται από το ΚΝΣ. Κατά τη διάρκεια του ύπνου η εποπτεία αυτή του ΚΝΣ στους μύες του φάρυγγα είναι μερικώς διαταραγμένη, ενώ παρατηρείται και διαταραχή του συγχρονισμού μεταξύ των διαστολέων μυών του φάρυγγα και των εισπνευστικών μυών. Όταν η διαταραχή αυτή συμβαίνει σε συνδυασμό με ανατομικές ανωμαλίες, παχυσαρκία ή συνυπάρχοντα νοσήματα, τότε μπορεί να παρουσιαστεί έντονη στένωση του φάρυγγα κατά τη διάρκεια του ύπνου οπότε εμφανίζεται άπνοια ή υπόπνοια (Woodson et al, 1996).

Οι μεταβολές αυτές στο σχήμα και στο μέγεθος των ανώτερων αεραγωγών παρατηρούνται μεταξύ εγρήγορσης και ύπνου καθώς και μεταξύ των διαφορετικών σταδίων του ύπνου. Ο αυλός των ανώτερων αεροφόρων οδών στενεύει κατά τον ύπνο

σε σχέση με την εγρήγορση, όπως επίσης στενεύει κατά τα στάδια 3 και 4 σε σχέση με τα 1 και 2 του NREM ύπνου, όπως και κατά τη διάρκεια του REM ύπνου. Όταν οι μειώσεις αυτές του αυλού κατά τον ύπνο είναι μικρές, τότε και η μείωση του συνολικού αερισμού είναι μικρή. Ωστόσο σε ορισμένα άτομα υπάρχει μεγάλη αύξηση των αντιστάσεων των ανώτερων αεραγωγών λόγω του ύπνου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες μπορεί να αναπτυχθεί μια πλήρης απόφραξη των ανώτερων αεραγωγών προκαλώντας έτσι ροχαλητό ή πλήρης απόφραξη οδηγώντας σε αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (Φλωρού & Βαγιάκης 2009).

3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια ταξινόμησης των διαταραχών του ύπνου σύμφωνα με το περιοδικό Sleep το οποίο δημοσιεύθηκε το 1999 με τίτλο Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders. Η ταξινόμηση αυτή αποτέλεσε τη βάση των μετέπειτα βελτιώσεων και αναθεωρήσεων που έγιναν με τη συνεργασία των μεγαλύτερων εταιριών ύπνου. Η τελευταία ταξινόμηση η οποία δημοσιεύτηκε το 2005 με τίτλο International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Η ταξινόμηση αυτή είχε ως σκοπό την δημιουργία μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των ασχολούμενων με τις διαταραχές του ύπνου ώστε να είναι επιτυχής η επικοινωνία μεταξύ τους προς όφελος της κλινικής και ερευνητικής πράξης.

Με βάση την παραπάνω ταξινόμηση, στην παθολογία της αναπνοής κατά τον ύπνο, περιλαμβάνονται τέσσερις βασικές ομάδες διαταραχών (Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου, 2009):

- Σύνδρομο κεντρικών απνοιών
 - 1.α. Πρωτοπαθής κεντρική άπνοια
 - 1.β. Αναπνοή Cheyne –Stokes
 - 1.γ. Περιοδική αναπνοή λόγω μεγάλου υψομέτρου
 - 1.δ.Κεντρικές άπνοιες χωρίς αναπνοή Cheyne – Stokes οφειλόμενες σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις
 - 1.ε. Κεντρικές άπνοιες οφειλόμενες σε φάρμακα
 - 1.στ. Πρωτοπαθής άπνοια ύπνου των νεογνών

- Σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών

2.α. Αποφρακτική άπνοια ενηλίκων

2.β. Αποφρακτική άπνοια παιδιών

3. Σύνδρομο Υποαερισμού / Υποξυγοναιμίας που συνδέεται με τον ύπνο

3.α. Συγγενής κεντρικός υποαερισμός.

3.β. Κυψελιδικός υποαερισμός διατηρουμένης της βατότητας των αεραγωγών, ιδιοπαθή.

3.γ. Υποαερισμός / υποξυγοναιμία σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, νοσήματα πνευμονικού παρεγχύματος, κατώτερων αεραγωγών, πνευμονικής κυκλοφορίας, νευρομυϊκά νοσήματα, νοσήματα θωρακικού κλωβού, παχυσαρκία.

· Άλλες διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο – αδιευκρίνιστες / μη ειδικές
Πρόκειται για διαταραχές χωρίς ιδιαίτερα βασικά χαρακτηριστικά ώστε να ταξινομηθούν σε μια από τις τρεις ομάδες. (Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου, 2009)

3.4 ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Στρεσογόννες καταστάσεις, όπως μία εξέταση, δυσκολίες στις σχέσεις συχνά προκαλούν διαταραχές ύπνου. Ένας άλλος παράγοντας είναι η σύνδεση του υπονοδιωμάτιου, του κρεβατιού και της ρουτίνας που ακολουθεί κάποιος πριν πάει για ύπνο, λόγω ύπαρξης ενός στρεσογόννου παράγοντα (όπως η εξέταση). Ακόμα και αν φύγει ο στρεσογόννος παράγοντας οι δυσκολίες στον ύπνο παραμένουν, καθώς έχει γίνει ήδη η σύνδεση. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Ακόμα και οι σκέψεις οι οποίες δεν αφορούν τον ύπνο, όπως μελλοντικά σχέδια ‘brainstorming’, ή η αναπόληση των γεγονότων της ημέρας που πέρασε είναι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αϋπνίας (Παπαδάτου, 1995).

ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΠΝΟΥ: Ο όρος αυτός αναφέρεται στις καθημερινές δραστηριότητες και συνθήκες που δεν βοηθούν τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου στον ύπνο. Παραδείγματα αποτελούν οι μικρής διάρκειας ύπνοι κατά τη διάρκεια της

ημέρας, οι υπερβολικές ώρες στο κρεβάτι, ακανόνιστο ωράριο ύπνου, παθητικότητα, χρήση ουσιών δεν βοηθούν τον ύπνο, όπως καφεΐνη, σωματική άσκηση πριν τον ύπνο, ένα κακό περιβάλλον ύπνου (π.χ. κακό κρεβάτι, άβολο μαξιλάρι, κακές συνθήκες φωτισμού, κλπ) (Πολυζόπουλος, 2013).

ΗΛΙΚΙΑ: Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στη διάρκεια του ύπνου όπως και στη διαμόρφωση της εσωτερικής του αρχιτεκτονικής. Με την πάροδο της ηλικίας ο μέσος χρόνος ύπνου μειώνεται από τις 16-18 ώρες που κοιμάται το νεογέννητο, στις 8 ώρες ύπνου ενός παιδιού 12 ετών, στις 7,5 ώρες ενός ατόμου 25-45 ετών και στις 6,5 ώρες των ηλικιωμένων ατόμων. Ταυτόχρονα, με την ηλικία, αυξάνεται ο λανθάνων χρόνος επέλευσης του ύπνου και ο χρόνος εγρήγορσης μετά την έναρξη του ύπνου (περισσότερες αφυπνίσεις και αδυναμία να ξανακοιμηθούν). Επίσης ο ύπνος βραδέων κυμάτων που καταλαμβάνει αρχικά το 15-20% του συνολικού χρόνου του ύπνου στην ηλικία των 20 χρόνων, μειώνεται δραστικά με την πάροδο της ηλικίας, (ώστε οι ηλικιωμένοι έχουν ελάχιστα ποσά (ή καθόλου) σταδίων 3 και 4. Σημαντικές είναι και οι μεταβολές στον REM ύπνο (Πολυζόπουλος, 2013).

Το ποσοστό του μειώνεται από 50%) που είναι στα νεογέννητα σε 20% κατά την εφηβεία για να παραμείνει μετέπειτα σχετικά αμετάβλητο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός της έναρξης του υπνικού κύκλου με περίοδο REM στα νεογέννητα, σε αντίθεση με ό, τι συμβαίνει στη μετέπειτα ζωή. Δεν είναι ξεκάθαρο ακόμη εάν η γήρανση σχετίζεται με την παρουσίαση διαταραχών ύπνου ή εάν η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου είναι φυσιολογική μέσα στα πλαίσια της τρίτης ηλικίας (Πολυζόπουλος, 2013).

ΘΕΩΡΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ασθενείς με χρόνια αϋπνία τυπικότερα δεν αποδέχονται τον ρόλο, ούτε καν την παρουσία, ψυχολογικών προβλημάτων και επικεντρώνουν την προσοχή τους στην διαταραχή του ύπνου την οποία και θεωρούν ως και το μοναδικό τους πρόβλημα. Συνήθως, η προσεκτική εκτίμηση αποκαλύπτει το ψυχοπαθολογικό προφίλ. Το προφίλ αυτό υποδεικνύει την αξιοσημείωτη τάση των ασθενών με χρόνια αϋπνία να εσωτερικεύουν τα αρνητικά κυρίως συναισθήματα τους. Η τάση αυτή οδηγεί σε κατάσταση υπερεγρήγορσης και συνακόλουθης δυσκολίας στον ύπνο (Πολυζόπουλος, 2013).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ: Διάφορα ψυχοτραυματικά γεγονότα παίζουν εκλυτικό ρόλο για την εμφάνιση της αϋπνίας αφού έχει βρεθεί ότι τέτοια γεγονότα είναι πολυπληθέστερα και εντονότερα κατά το έτος της έναρξης της αϋπνίας σε σχέση με τα προηγούμενα έτη της ζωής των ασθενών με χρόνια αϋπνία όπως και με τα αντίστοιχα έτη της ζωής των ατόμων που δεν εμφανίζουν διαταραχές ύπνου. Εξάλλου, μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμμετέχουν στην μετάπτωση της αϋπνίας στην χρόνια μορφή της. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να έχουν σχέση με: α) την ίδια την φύση της αϋπνίας (φόβος αποτυχίας στη προσπάθεια υπερνίκησης της αδυναμίας επέλευσης του ύπνου), β) με τον πάσχοντα από αϋπνία (προηγούμενες εμπειρίες που καθιστούν το άτομο ευεπίφορο στην μονιμότερη αποδοχή «του ρόλου του ασθενούς»), γ) με την οικογένεια και με το εργασιακό ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (παροχή διαφόρων διευκολύνσεων στο ασθενή εξαιτίας της κατάστασης του), δ) με το γιατρό (ανεπαρκής εκτίμηση της συνολικής συμπτωματολογίας του ασθενούς και κατηγοριοποίηση στα υποχονδριακά ή ακόμη και στα υποκρινόμενα άτομα) (Παπαδάτου, 1995).

ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Πολλά σωματικά νοσήματα, ιδίως αυτά που προκαλούν πόνο, δυσφορία, άγχος ή κατάθλιψη, συχνά συνοδεύονται από αϋπνία. Η λήψη ψυχοδιεγερτικών ή άλλων φαρμάκων και ουσιών, όπως και η απότομη διακοπή ορισμένων κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μπορεί επίσης να προκαλέσει αϋπνία. Όμως για την εμφάνιση και την διατήρηση της αϋπνίας συνηθέστερος αιτιολογικός παράγων είναι η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, αγχώδους, καταθλιπτικού, σωματοποιητικού και ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου. Η ψυχοπαθολογία αυτή είναι συμβατή με την προσωπικότητα των πασχόντων με την οποία συνήθως συνυφάινεται (Πολυζόπουλος, 2013).

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η παχυσαρκία αποτελεί τον βασικότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση συνδρόμου άπνοιας υπόπνοιας. Επίσης με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείτε

αύξηση των περιστατικών με το παραπάνω σύνδρομο. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι ανατομία του προσωπικού κρανίου, η χρήση κατασταλτικών ουσιών, η εγκυμοσύνη, η γονιδιακή προδιάθεση, ο υποθυρεοειδισμός, η εμμηνόπαυση, και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (Punjabi et al, 2008).

3.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΡΗΓΟΡΣΗ

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης είναι ξηροστομία, πονοκέφαλος, και η ζάλη. Ο ασθενής έχει την αίσθηση πως ο ύπνος δεν είναι επαρκής και δεν έχει ξεκουραστεί με αποτέλεσμα τις πρωινές ώρες να αισθάνεται υπνηλία.

Αρχικά εμφανίζεται σε ελαφριά μορφή όμως με την πάροδο του χρόνου παρατηρούνται δραματικές αλλαγές οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου αυτού. Υπάρχουν πιθανότητες να κοιμηθεί κατά την διάρκεια της οδήγησης προκαλώντας ατυχήματα. Σε προχωρημένες περιπτώσεις εμφανίζεται μείωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης και της προσοχής. Λόγω της εμφάνισης των παραπάνω συμπτωμάτων μπορεί να δημιουργηθούν ψυχολογικά προβλήματα συνήθως του τύπου της ευερεθιστότητας, της καταθλιπτικής αντίδρασης και του άγχους.

Οι άνδρες συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα ανικανότητας. Συνήθως ο ασθενής είναι άτομο αυξημένου σωματικού βάρους, με αυξημένη εναπόθεση λιπώδους ιστού στον τράχηλο, είναι συχνά υπέρτασικός και σπάνια παρουσιάζει πολυερυθραιμία και οιδήματα κάτω άκρων (Malow, 2005).

3.7 ΡΟΧΑΛΗΤΟ

Το ροχαλητό είναι σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα που βασανίζει περίπου το 40% - 60% των ενηλίκων οι οποίοι ροχαλίζουν είτε μόνιμα είτε περιστασιακά. Ο συνδυασμός ροχαλητού και παύσεων της αναπνοής κατά τον ύπνο εμφανίζεται στο 2,5% του πληθυσμού. Το ροχαλητό προκαλείται από κραδασμό των μαλακών μορίων

του φάρυγγα κατά την δίοδο του αέρα και κυρίως της σταφυλής, της υπερώας και των αμυγδαλών. Κατά την διάρκεια της ημέρας δεν ροχαλίζουν γιατί ο μυϊκός τόνος κρατάει τις παραπάνω δομές σε σταθερή κατάσταση ενώ κατά τον ύπνο η χαλάρωση του φάρυγγα είναι υπεύθυνη κυρίως της σταφυλής. Τα κυριότερα ανατομικά εμπόδια που μπορούν να προκαλέσουν στένωση της ανώτερης αναπνευστικής οδού και κατά συνέπεια το ροχαλητό είναι η σκολίωση του διαφράγματος και η υπερτροφικές κόγχες στη μύτη, αδενοειδής εκβλαστήσεις (κρεατάκια) στο ρινοφάρυγγα, οι υπερτροφικές αμυγδαλές, η υπερτροφική ή μακριά σταφυλή και οι στενές καμάρες στη μαλθακή υπερώα (Ohayon et al, 1997). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η διαφορετική κατανομή λίπους και επομένως η συχνότερη εμφάνιση στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Επίσης, οι ηλικιωμένοι ροχαλίζουν συχνότερα διότι ο μυϊκός τόνος των μυών του φάρυγγα, της σταφυλής, της υπερώας μειώνεται με την ηλικία, με συνέπεια την σύμπτωση των τοιχωμάτων της αναπνευστικής οδού. Επιπλέον τα παχύσαρκα άτομα με κοντό λαιμό είναι πιο επιρρεπή στο ροχαλητό. Τέλος έχει παρατηρηθεί η κατανάλωση αλκοόλ, καφέδων και τσιγάρων ημερησίως επηρεάζει την εμφάνιση ροχαλητού. Τα κυριότερα συμπτώματα του ροχαλητού είναι ο ανήσυχος ύπνος, πρωινοί πονοκέφαλοι, το υπερβολικό αίσθημα κόπωσης το πρωί, η ασυνήθιστη υπνηλία κατά την διάρκεια, διαταραχές της συγκέντρωσης και της προσοχής, η πτώση της απόδοσης και οι συχνές αλλαγές του συναισθήματος. (Ohayon et al, 1997).

3.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ

Οι χρόνιες διαταραχές του ύπνου έχουν επιπτώσεις όχι μόνο στον ύπνο αλλά και σε πολύ περισσότερες πλευρές της ζωής. Οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται με αρνητικές επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής και την κατάσταση υγείας κατά την διάρκεια της ημέρας. Οι διαταραχές ύπνου μπορούν να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη μνήμη, στη μάθηση, το καρδιαγγειακό, το νευρικό σύστημα, την μειωμένη παραγωγικότητα, στην κοινωνικοί μας συμπεριφορά και γενικότερα στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής (Edinger et al, 2004)

3.8.1 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ

Μετά από έρευνες αποδείχθηκε ότι ο ανεπαρκής ύπνος έχει σοβαρές επιπτώσεις στην σωματική υγεία με αποτέλεσμα εμφάνιση ασθενειών όπως σακχαρώδης διαβήτης,

υπέρταση, καρδιοπάθειες, οστεοπόρωση, διάφορες φλεγμονές και πολλές μορφές καρκίνου, ιδιαίτερα καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Αυτά τα προβλήματα υγείας προκύπτουν επειδή το σώμα παράγει περισσότερες ορμόνες που σχετίζονται με το άγχος, οι οποίες δημιουργούν υπέρταση, η οποία με τη σειρά της αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες καρδιακών επεισοδίων. Ο ανεπαρκής ύπνος ανεβάζει τα επίπεδα της ιντερλευκίνης 6 στο αίμα και το αποτέλεσμα της αύξησης αυτής είναι η δημιουργία πυρετού, κούρασης και απώλεια της όρεξης. Οι άνθρωποι που πάσχουν από αϋπνία παράγουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, η οποία έχει άμεση σχέση με προβλήματα υγείας όπως καρδιοπάθειες, οστεοπόρωση, σπλαχνικής παχυσαρκίας κλπ. Επιπλέον η σχέση μεταξύ επιληπτικών κρίσεων και ύπνου είναι σύνθετη. Σχεδόν σε κάθε μορφή επιληψίας είτε βελτιώνεται είτε χειροτερεύει, σε συγκεκριμένες στιγμές κατά τη διάρκεια του ύπνου (Katz & McHorney, 2002).

3.8.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ

Ο ύπνος και η ψυχική διάθεση χαρακτηρίζονται από μια αμφίδρομη σχέση. Όσο ο πρώτος επηρεάζει την ψυχική διάθεση άλλο τόσο και αυτή επηρεάζει τον ύπνο. Η έλλειψη αρκετού ή καλού ύπνου επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία με αποτέλεσμα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, άγχος, αλκοολισμός κλπ. (Βουτσινά, 2005).

3.8.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ

Οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται με αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική συμπεριφορά οι οποίες σχετίζονται με την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, της μειωμένης παραγωγικότητας, της υπερβολικής χρήσης υγειονομικών πόρων κλπ. Επιπλέον αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις άμεσες λόγω ιατρικού κόστους, φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις, διεξαγωγή εξετάσεων και διερευνήσεων και ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή νοσηλεία. Έμμεσες λόγω απουσιών από την εργασία καθώς και την γενικότερη αποδοτικότητα του ατόμου καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας (Daley et al, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία έχουν λιγότερο μελετηθεί απ' ό,τι εκείνες των ενηλίκων. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής και ταξινόμησης. Οι δυσκολίες στην μελέτη των προβλημάτων ύπνου στην παιδική ηλικία προέρχονται από το γεγονός ότι οι γονείς και συχνά οι ειδικοί, τις θεωρούν μεταβατικές που αργά ή γρήγορα θα ξεπεραστούν. Το ίδιο το παιδί δεν παραπονείται και δεν ζητάει βοήθεια και θα πρέπει να περιμένουμε την εφηβεία για να εκφραστούν τα υποκειμενικά ενοχλήματα.

Έχει αποδειχθεί ότι ορισμένες από τις διαταραχές είναι πράγματι μεταβατικά φαινόμενα, αντιδραστικά προς το περιβάλλον ή συνδεδεμένα με συναισθηματικές ή αναπτυξιακές φάσεις του παιδιού. Η πρόγνωση σ' αυτή την περίπτωση είναι καλή και συνήθως αρκεί η τροποποίηση ορισμένων περιβαλλοντικών συνθηκών για να μειωθούν οι επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

Άλλες διαταραχές όμως είναι σοβαρότερες γιατί μειώνουν σημαντικά την λειτουργικότητα του παιδιού και τείνουν να εγκατασταθούν και να το συνοδεύσουν μέχρι την ενήλικη ζωή.

Πρέπει να τονισθεί η σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης στην διάγνωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ύπνου στα παιδιά. Παιδιάτροι, πνευμονολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι, οδοντίατροι, παιδονευρολόγοι, παιδοψυχίατροι, μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους ή σε συνεργασία ή να παραπέμψουν σε ειδικευμένα κέντρα το παιδί με προβλήματα ύπνου.

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη συχνότητά τους στον παιδιατρικό πληθυσμό με αποτελέσματα που ποικίλουν ανάλογα με το σχεδιασμό της μελέτης. Έτσι για παράδειγμα μελέτη 1991 παιδιών προσχολικής ηλικίας (6 μηνών με 5 ετών) στον Καναδά που ασχολήθηκε με τις δυσϋπνίες έδειξε πως το 1/4 - 1/3 των παιδιών είχαν δυσκολία να πάνε για ύπνο ή να κοιμηθούν συνεχόμενα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Σε μια άλλη προοπτική μελέτη 359 παιδιών ηλικίας 0- 36 μηνών, η συχνότητα διαταραχών του ύπνου ήταν 10%.

Τέλος, πολύ συχνές στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι και οι παραυπνίες (όπως η υπνολαλία, οι εφιάλτες, ο νυχτερινός τρόμος για τις οποίες θα μιλήσουμε και

παρακάτω) αφού 88% θα παρουσιάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο το χρόνο! Η συχνότητα όλων αυτών των διαταραχών μειώνεται σταδιακά κατά την πρώτη δεκαετία της ζωής. Στα παιδιά με νευροαναπτυξιακά και μαθησιακά προβλήματα και διαταραχές συμπεριφοράς η επίπτωση διαταραχών του ύπνου είναι πολλαπλάσια από ότι στο γενικό πληθυσμό.

4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ

Παραϋπνίες

Οι Παραϋπνίες αναφέρονται σε προβλήματα της αφύπνισης αλλά και σε προβλήματα μετάβασης μεταξύ των σταδίων του ύπνου. Φαίνεται να συνδέονται πολλές φορές με ανωριμότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και συνήθως ξεπερνιούνται σταδιακά με την ηλικία.

- **Νυχτερινός τρόμος:** Παρουσιάζεται στο 3% των παιδιών, συνήθως 2 ώρες μετά που αποκοιμούνται, καθώς το παιδί ξυπνά ουρλιάζοντας, ιδρωμένο, αναπνέει γρήγορα και στριφογυρίζει μέσα στο κρεβάτι του. Οι γονείς, αν και προσπαθούν, δεν μπορούν να το ηρεμήσουν. Το επεισόδιο κρατά περίπου μισή ώρα και μετά το παιδί ξανακοιμάται, χωρίς να θυμάται την επόμενη μέρα τί είχε γίνει ή γιατί φοβήθηκε.
- **Υπνοβασία:** Δεν θεωρείται συνήθως παθολογική αλλά χρήζει προσοχής καθώς πολλά παιδιά τραυματίζονται σε αντικείμενα πάνω στα οποία σκουντουφλάνε ή σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να βγουν ακόμα και έξω από το σπίτι. Οι γονείς πολλές φορές ρωτάνε «πρέπει γιατρέ να το ξυπνήσουμε, ή θα πάθει ψυχολογικό αν το ξυπνήσουμε απότομα;». Μπορεί να ξαφνιαστεί πράγματι καθώς δεν αντιλαμβάνεται πού είναι όπως επίσης γιατί μπορεί να ξυπνήσει κάπως απότομα. Μπορεί να κλαίει αρχικά και να χρειάζεται κάποιο χρόνο να συνέλθει. Δεν αποτελεί όμως γενικά πρόβλημα και μπορεί ο γονέας με προσοχή να πάρει στα χέρια το παιδί και να το βάλει στο κρεβάτι του. Είναι συχνότερο στις ηλικίες 4-8 ετών και μπορεί και εδώ να χρησιμοποιηθεί η τεχνική προγραμματισμένης αφύπνισης ή ακόμα και συστήματα ειδοποίησης ότι το παιδί έχει σηκωθεί από το κρεβάτι. Και εδώ είναι σημαντικό να ρυθμιστούν οι αρνητικοί παράγοντες του ύπνου του παιδιού.

- **Εφιάλτες:** Σχεδόν τα μισά παιδιά έχουν εφιάλτες κάποια στιγμή και κυρίως στις ηλικίες 3 με 5 ετών. Συμβαίνει κατά τον ύπνο REM. Τα παιδιά δεν ξαναπάνε εύκολα για ύπνο και αναζητούν τους γονείς τους. Παρόλα αυτά δεν χρειάζονται κάποια θεραπεία και σιγά-σιγά, βελτιώνονται μόνοι τους. Πάντα χρειάζεται να υπάρχει έλεγχος για κάποιο τραύμα, κάποιο επεισόδιο που μπορεί να τους προκάλεσε άγχος στην καθημερινότητά τους αλλά μεταξύ άλλων, και φαρμακευτική αγωγή την οποία πιθανόν να ακολουθούν και να αυξάνει τον ύπνο REM.
- **Νυχτερινή Ενούρηση:** Η νυχτερινή ενούρηση συνήθως οφείλεται σε διαταραχή του Ύπνου, καθώς τα παιδιά κοιμούνται πολύ βαθειά για να μπορούν να αντιληφθούν ότι έχουν πληρότητα κύστης, δηλαδή ότι πρέπει να κατουρήσουν. Σταδιακά και όσο η κατάσταση γίνεται πιο χρόνια, τόσο πιο δύσκολα διακόπτεται η συνήθεια αυτή, η οποία απαιτεί υπομονή και προσοχή από παιδί και γονείς. Δεν οφείλεται πολλές φορές μόνο σε διαταραχή ύπνου αλλά και άλλους παράγοντες, οργανικούς ή ψυχολογικούς και δεν πρέπει να την αφήνουμε να περνάει απαρατήρητη και χωρίς εξετάσεις.

Αϋπνίες

Οι Αϋπνίες αναφέρονται σε προβλήματα έναρξης και διατήρησης ύπνου ή υπερβολικής υπνηλίας. Περιλαμβάνουν προβλήματα έναρξης του ύπνου, δηλαδή δεν κοιμούνται εύκολα, αλλά και προβλήματα διατήρησης του ύπνου με αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι συνήθειες ύπνου αρχίζουν από τον καιρό που είναι βρέφος ένα παιδί και ξυπνάει την νύχτα για να φάει, γεγονός που ομαλοποιείται μετά τους 6 μήνες, οπότε και οι δύστυχοι γονείς επιτέλους μπορούν να σταματήσουν να ξυπνάνε τη νύχτα.

Τα παιδιά ξυπνάνε τη νύχτα σε ποσοστό περίπου 50% και εναπόκειται στους γονείς να βάλουν όρια και να ρυθμίσουν το παιδί. Η αφύπνιση ξεκινάει περίπου στους 9 μήνες, καθώς εγκαθίσταται και το άγχος αποχωρισμού ταυτόχρονα. Οι γονείς πρέπει να είναι έτοιμοι για αυτή την περίοδο και την αντίδραση του παιδιού και να μην ανησυχούν.

Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται η Διαταραχή Συσχέτισης-Έναρξης Ύπνου. Αναφέρεται σε παιδιά που δεν έχουν αναπτύξει τις ευχάριστες τεχνικές για να πέφτουν στο κρεβάτι όπως με ένα παραμυθάκι ή ένα τραγουδάκι ή μια αγκαλίτσα, όταν αυτά ξυπνάνε τη νύχτα πχ από εφιάλτες, τότε δυσκολεύονται να ξαναπέσουν για

ύπνο ενώ υπό κανονικές συνθήκες ξυπνάνε αλλά ξανακοιμούνται σχεδόν αμέσως και δεν θυμούνται τίποτα την άλλη μέρα.

Τα παιδιά όσο ξυπνάνε και δυσκολεύονται να κοιμηθούν, προσπαθούν να μην πάνε για ύπνο ή να κάνουν τους γονείς τους να παραμείνουν μαζί τους, όπως επίσης και να κοιμηθούν στο ίδιο κρεβάτι μαζί τους. Τονίζουμε ότι επιθυμούμε μεν να καθησυχάσουμε το παιδί, αλλά όχι να παρατείνουμε υπερβολικά αυτό το διάστημα.

Άρα το να αποκτήσουν συγκεκριμένες τεχνικές και «τελετουργίες» για να πάνε για ύπνο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό, για να μπορούν να ξανακοιμούνται στις δύσκολες στιγμές που ξυπνάνε μέσα στις νύχτα.

Διαταραχές αναπνοής ύπνου

Ένα από τα πιο συχνά παθολογικά αίτια όμως διαταραχής ύπνου είναι το άσθμα και οι νυχτερινές κρίσεις του μεταξύ άλλων. Αν η κατάσταση είναι αρύθμιστη, τότε τα παιδιά μπορεί να υποφέρουν κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Οι διαταραχές της αναπνοής είναι και οι πιο συχνά παρατηρούμενες και πρέπει να λαμβάνεται ένα προσεκτικό ιστορικό του παιδιού και των γονέων. Υπερτροφικές αμυγδαλές, το σχήμα της στοματικής κοιλότητας και η γενικότερη «αρχιτεκτονική» του στοματοφάρυγγα.

- **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια:** Η αποφρακτική υπνική άπνοια συχνά δεν διαγιγνώσκεται. Μπορεί να υπάρχει Αποφρακτική Υπνική Άπνοια, με διακοπή της ροής του αέρα για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα ενώ μπορεί να υπάρχουν αναπνευστικές κινήσεις ή προσπάθεια αναπνοής ενώ σε Κεντρικού τύπου άπνοια, μπορεί να μην υπάρχουν αναπνευστικές κινήσεις ή προσπάθεια. Οι Υπνικές Άπνοιες προκαλούν συχνές και αγωνιώδεις αφυπνίσεις που διαταράσσουν την ομαλότητα του ύπνου. Παρατηρείται στο 1-2% των παιδιών προσχολικής ηλικίας και κυρίως μεταξύ 2-6 ετών οπότε και συσχετίζεται έντονα με υπερτροφικές αμυγδαλές, για τις οποίες θα πρέπει να επισκεφθούμε ΩΡΛ για εκτίμηση και για αποκλεισμό άλλων οργανικών προβλημάτων όπως πχ γναθοπροσωπικές ανωμαλίες, μυϊκού τόνο κλπ. Η Αποφρακτική Υπνική Άπνοια συσχετίζεται πολλές φορές με ΔΕΠ-Υ και άλλα συμπεριφορικά προβλήματα αλλά και μαθησιακές δυσκολίες.

- **Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών και Διαταραχής Περιοδικής Κίνησης Άκρων:** Κάποτε οι διαταραχές ύπνου μπορεί να υποκρύβουν και πιο σοβαρά θέματα όπως επιληπτική δραστηριότητα γι αυτό και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι χρήσιμο και απαραίτητο ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Άλλα σοβαρά θέματα μπορεί να είναι μεταβολικά νοσήματα ή άλλα πιο σπάνια νοσήματα όπως η ναρκοληψία. Επίσης ψυχιατρικά θέματα όπως και η κατάθλιψη, σύμφωνα και με την ηλικία αντίστοιχα του ασθενούς, θα πρέπει να μπαίνουν στην διαφοροδιάγνωση κατά περίπτωση. Επίσης σε περιπτώσεις όπως Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών όπως στον Αυτισμό, παρατηρούνται συχνά διαταραχές ύπνου, όπως αναφέραμε και πιο πριν, καθώς δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τους περιβαλλοντικούς ρυθμιστές του ύπνου. (<http://www.pediatriki.yolasite.com>)

4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι διαταραχές ύπνου στη βρεφική ηλικία είναι συνήθως καλής πρόγνωσης. Δεν πρέπει εντούτοις να παραγνωρίζονται, κυρίως για τον εκνευρισμό και τα προβλήματα που δημιουργούν στην οικογένεια. Οι ανάγκες του νεογέννητου σε ύπνο είναι 17 ώρες την ημέρα. Τις πρώτες εβδομάδες οι φάσεις ύπνου – εγρήγορσης έχουν διάρκεια 3 – 4 ωρών και κατά συνέπεια είναι φυσιολογικό το μωρό να ξυπνά στη διάρκεια της νύχτας μέχρι το δεύτερο μήνα. Γύρω στον τέταρτο μήνα αρχίζει να οργανώνεται μια εναλλαγή ημερησίου και νυχτερινού ύπνου που επαφίεται στις συνθήκες ζωής να σταθεροποιηθεί. Στην ηλικία του ενός έτους, το παιδί έχει ανάγκη από 15 ώρες ύπνο και κοιμάται δύο φορές μέσα στην ημέρα. (<http://www.pediatriki.yolasite.com>)

Από μελέτη 200 φυσιολογικών παιδιών διαπιστώθηκε ότι την πρώτη περίοδο 4 ωρών μη διακοπτόμενου ύπνου την αποκτούν 70% σε ηλικία 3 μηνών, 15% σε ηλικία 6 μηνών και 10% σε ηλικία ενός έτους. Δεν υπάρχει διαφορά φύλου σε σχέση με την ηλικία ομαλοποίησης του ύπνου αλλά τα αγόρια ξυπνούν συχνότερα από τα κορίτσια. Ο αριθμός των νυχτερινών ξυπνημάτων δεν έχει σχέση με την διάρκεια του ημερησίου ύπνου, αν και η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου μπορεί να είναι μειωμένη αν το βρέφος κοιμάται πολλές ώρες την ημέρα.

Γενικά είναι παραδεκτό ότι προσπάθειες ομαλοποίησης του ύπνου πρέπει να γίνουν ανάμεσα στον 4ο – 6ο μήνα της ζωής γιατί μετά γίνεται δυσκολότερο.

Η καταγραφή με βίντεο στο σπίτι και σε εργαστήρια ύπνου έδειξε ότι όλα τα βρέφη ξυπνάνε κατά τη διάρκεια της νύχτας, αλλά τα περισσότερα ξανακοιμούνται χωρίς να ενοχλήσουν τους γονείς τους.

Οι πραγματικές αϋπνίες κάνουν την εμφάνισή τους πολύ πρώιμα, ήδη από τις πρώτες μέρες της ζωής. Οι περίοδοι ύπνου είναι πολύ σύντομες και διακόπτονται από κλάματα που δύσκολα σταματούν, μια κατάσταση που πολύ γρήγορα αλλάζει τη ζωή της οικογένειας. Οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να διακόψουν τον δικό τους ύπνο και να αφιερώσουν πολύ χρόνο προσπαθώντας να κάνουν το παιδί να ξανακοιμηθεί. Το επόμενο πρωί τους βρίσκει κουρασμένους, εκνευρισμένους, με κακή απόδοση στην εργασία τους και με υπερβολικό άγχος. (<http://www.pediatriki.yolasite.com>)

Η αϋπνία του βρέφους μπορεί να οφείλεται σε ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες ή οργανικά αίτια π.χ. βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα παρουσιάζουν συχνότερα διαταραχές ύπνου. Άλλοτε όμως αντανακλά τη δυσκολία της σχέσης με τη μητέρα. Αϋπνίες παρατηρούνται σε περιόδους επιστροφής της μητέρας στην εργασία ή σε κάποιο άλλο αποχωρισμό. Μπορεί επίσης να προέρχονται από υπερφόρτωση ερεθισμάτων που εμποδίζουν το βρέφος να χαλαρώσει και να κοιμηθεί.

Από τον δεύτερο χρόνο, η σημασία της αϋπνίας αλλάζει καθώς παρεμβαίνει το άγχος του αποχωρισμού: το «να πάει να κοιμηθεί» σημαίνει για το παιδί να μείνει μόνο του, να αποχωριστεί τη μητέρα του και να μείνει στο σκοτάδι με μόνη συντροφιά τις φαντασιώσεις του. Έτσι, για να αφηθεί στον ύπνο έχει ανάγκη να περιτριγυρίζεται από αγαπημένα αντικείμενα (κουκλάκια, ζωάκια), να βυζαίνει το δάχτυλό του, να επαναλαμβάνει τις ίδιες κινήσεις και τελετουργίες που το απαλλάσσουν από το άγχος. (<http://www.pediatriki.yolasite.com>)

4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι αϋπνίες της προσχολικής ηλικίας παρουσιάζονται σαν συνέχεια των διαταραχών ύπνου της βρεφικής ζωής. Το νήπιο ξυπνάει στη μέση της νύχτας, δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί και συνήθως καταφεύγει στο κρεβάτι των γονιών του. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα μισά από τα νήπια 3 ετών που ξυπνούσαν τη νύχτα είχαν τα ίδια προβλήματα από τη γέννησή τους. Αναπτυξιακά, το ξύπνημα τη νύχτα προηγείται

της δυσκολίας του νηπίου να αποκοιμηθεί, που επίσης προηγείται της δυσκολίας του να πάει μόνο του στο κρεβάτι.

Οι γονείς που ανέφεραν προβλήματα ύπνου των παιδιών τους προσχολικής ηλικίας αντιμετώπιζαν και οι ίδιοι δυσκολίες από τότε που έγιναν γονείς. Παρουσίαζαν νυχτερινά ξυπνήματα, πρώιμες εγέρσεις και δεν ήταν ξεκούραστοι την επόμενη μέρα. Νυχτερινοί τρόμοι παρατηρούνται σε 3% παιδιών ηλικίας 18 μηνών έως 6 ετών. Το παιδί χωρίς να ξυπνήσει ανασηκώνεται στο κάθισμά του και κοιτάζει έντρομο χωρίς πραγματικά να βλέπει. Παρουσιάζει ταχύπνοια, ταχυκαρδία, ιδρώτα και φωνές πανικού. Έχει δυσκολία να ξυπνήσει και αν καταφέρουμε να το ξυπνήσουμε κλαίει απαρηγόρητα, είναι σε σύγχυση και έχει δυσκολίες προσανατολισμού. Το επόμενο πρωί υπάρχει πλήρης αμνησία του επεισοδίου. Οι νυχτερινοί τρόμοι στα παιδιά δεν συνδέονται με την ύπαρξη αξιολογής ψυχοπαθολογίας. Συνήθως βελτιώνονται και εξαφανίζονται με την ηλικία. (<http://www.pediatriki.yolasite.com>)

Οι εφιάλτες παρουσιάζονται αρκετά συχνά 10-50% σε παιδιά ηλικίας 3 – 6 ετών. Το παιδί ξυπνάει φοβισμένο από τον ύπνο και διηγείται ένα άσχημο όνειρο. Όταν διηγείται τον εφιάλτη είναι τελείως ξύπνιο και καλά προσανατολισμένο. Το επόμενο πρωί επίσης μπορεί να διηγηθεί το άσχημο όνειρο που είδε. Οι εφιάλτες συνδυάζονται με αγχώδη όνειρα και stress. Οι τραυματικές εμπειρίες επίσης αυξάνουν τη συχνότητα και την ένταση των εφιαλτών. Ο υψηλός πυρετός μπορεί να προκαλέσει εφιάλτες. Οι εφιάλτες εύκολα διαφοροποιούνται από τους νυχτερινούς τρόμους. Το παιδί μπορεί να διηγηθεί τον εφιάλτη και δεν έχει αμνησία του γεγονότος το επόμενο πρωί. Στους νυχτερινούς τρόμους το παιδί παραμένει κοιμισμένο, δεν υπάρχει αναπαράσταση του περιεχομένου και το γεγονός καλύπτεται από αμνησία. (<http://www.paidiatriki.gr>)

Στη προσχολική ηλικία μπορεί να ξεκινήσει και η υπνοβασία. Στο επεισόδιο υπνοβασίας το παιδί κάθεται ή περπατάει από 5 sec έως 30 min. Όταν περπατάει το κάνει χωρίς σκοπό, έχει κακό συντονισμό των κινήσεων και δεν έχει προσανατολισμό. Κινδυνεύει να χτυπήσει αν συναντήσει εμπόδια και είναι δύσκολο να ξυπνήσει. Το επόμενο πρωί έχει αμνησία του επεισοδίου. Τα επεισόδια υπνοβασίας είναι δύσκολο να προβλεφθούν. Συμβαίνουν παροδικά και σχετίζονται με υπερβολική κούραση και stress.

Επεισόδια υπνοβασίας επέρχονται 60 – 120 min μετά την έλευση του ύπνου,. 15% των παιδιών 4 – 12 ετών παρουσιάζουν 1 επεισόδιο υπνοβασίας την εβδομάδα και

6% 1 – 4 επεισόδια την εβδομάδα. Η συχνότητα ελαττώνεται κατά πολύ στην εφηβεία

Για να προφυλάξουμε το παιδί το δωμάτιο πρέπει να είναι αρκετά ασφαλές και χωρίς αντικείμενα που να μπορούν να το τραυματίσουν. Τα παράθυρα του σπιτιού πρέπει να είναι κλειστά και οι πόρτες κλειδωμένες. Η απότομη διακοπή των υπνοβατικών επεισοδίων πρέπει να αποφεύγονται γιατί προκαλεί αύξηση της συγχυτικής κατάστασης που βρίσκεται το παιδί.

Στο πέρασμα από τον ύπνο στην εγρήγορση συχνά παρατηρούνται παραμιλητό, μυϊκές κράμπες, τινάγματα, ρυθμικές κινήσεις του σώματος ή του κεφαλιού που αποτελούν παραλλαγές της φυσιολογικής συμπεριφοράς και όχι ενδείξεις ψυχοπαθολογίας. (<http://www.paidiatriki.gr>)

4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η δυσκολία να πάνε για ύπνο αποτελεί το συχνότερο συναντώμενο πρόβλημα (27%) παιδιών ηλικίας 5 – 12 ετών. Ακολουθούν η καθυστέρηση έλευσης του ύπνου (11,3%) και έγερση κατά τη διάρκεια της νύχτας (6,5%). Προβλήματα πρωινής έγερσης και παράπονα κούρασης παρουσιάζουν 17% των παιδιών. Μεταξύ των παιδιών που είχαν προβλήματα καθυστέρησης έλευσης ύπνου 80% παρουσίαζαν και αντίσταση να πάνε στο κρεβάτι. Ενώ τα προβλήματα έλευσης ύπνου συνδέονται με φόβους, η αντίσταση να πάει το παιδί στο κρεβάτι συνδέεται με ακανόνιστο ωράριο ύπνου, την μη ύπαρξη συγκεκριμένων κανόνων και την δυνατότητα του παιδιού να κοιμάται αλλού εκτός από το κρεβάτι του. Αυτά τα παιδιά ξυπνούν αργότερα το πρωί και παραπονιούνται ότι είναι κουρασμένα. Αποδεικνύεται η σημασία των ορίων και των κανόνων για την υγιεινή του ύπνου σ' αυτή την ηλικία.

Στη σχολική ηλικία έχει την έναρξή του το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου. Η άπνοια του ύπνου ορίζεται σαν διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου που υπερβαίνει τα 10 sec. Κατά μέσο όρο οι άπνοιες διαρκούν 30 – 40 sec ως 3 min. Η συχνότερα παρατηρούμενη άπνοια είναι λόγω εμποδίου της αναπνοής και οφείλεται σε διογκωμένες αμυγδαλές ή αδενοειδείς εκβλαστήσεις και σπανιότερα σε υπερβολική παχυσαρκία ή υποθυρεοειδισμό. Κάθε άπνοια συνοδεύεται από ένα σύντομο ξύπνημα με σκοπό να επανεγκατασταθεί ικανοποιητικός αερισμός και οξυγόνωση. Αυτά τα μικρο-ξύπνηματα μπορεί να συμβούν μέχρι 200 – 300 φορές σε μια νύχτα. Ο ύπνος με αυτό τον τρόπο γίνεται ανήσυχος και ανεπαρκής. Την

επόμενη ημέρα το παιδί παραπονείται για κούραση και παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση προσοχής. Η κακή σχολική επίδοση και τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να συνδέονται με το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου. (<http://www.paidiatriki.gr>)

Ο τριγμός των δοντιών οφείλεται σε στερεοτυπικές κινήσεις της γνάθου που προκαλούν σφίξιμο και τρίζιμο των δοντιών. Συμβαίνει σε 50% των φυσιολογικών βρεφών την περίοδο της οδοντοφυΐας. Βραχυχρόνια επεισόδια μπορούν επίσης να παρουσιαστούν στα νήπια. Θεωρείται παθολογικό όταν εμφανίζεται μετά τα δέκα έτη. Έντονοι και δυσάρεστοι ήχοι τη νύχτα προκαλούν πρόβλημα στην οικογένεια. Συχνά δημιουργούνται οδοντιατρικά προβλήματα και οι οδοντίατροι είναι οι πρώτοι που καλούνται να παρέμβουν. Οι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την μη σωστή εμφύτευση των δοντιών, νευρολογικές διαταραχές, ψυχολογικό stress και συναισθηματική ένταση.

Οι συνήθειες αϋπνίας της σχολικής ηλικίας αντιμετωπίζονται με συμβουλευτική γονέων με σκοπό τη βελτίωση της υγιεινής του ύπνου. Το τακτικό πρόγραμμα ωραρίων ύπνου – έγερσης, ο περιορισμός του παιδιού να κοιμάται μόνο στο κρεβάτι του, η προσοχή στις αλλαγές του περιβάλλοντος (μείωση των θορύβων, σταθερή θερμοκρασία), η αποφυγή διεγερτικών ουσιών (σοκολάτα, κόκα-κόλα), βοηθούν στην αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου.

Στο σύνδρομο άπνοιας του ύπνου λόγω εμποδίου της αναπνοής η θεραπεία είναι χειρουργική. Η επέμβαση συνίσταται στην αφαίρεση των αδenoειδών εκβλαστήσεων ή των αμυγδαλών ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις προτείνονται άλλες επεμβάσεις κυρίως πλαστικής χειρουργικής. (<http://www.paidiatriki.gr>)

4.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Από νευροφυσιολογική άποψη η οργάνωση του ύπνου στην εφηβεία ολοκληρώνεται και ταυτίζεται με εκείνη του ενήλικα. Η συνολική διάρκεια του ύπνου ελαττώνεται για να φθάσει το 8ωρο στην ηλικία των 16 ετών.

Ενώ οι διαταραχές ύπνου, όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες, είναι συχνές στην εφηβεία, σπάνια οι έφηβοι ζητάνε βοήθεια γι' αυτές.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι μισοί περίπου μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν προβλήματα ύπνου, τα οποία είναι πιο σοβαρά για τα κορίτσια απ' ότι για τα αγόρια. Όσον αφορά τη σχολική επιτυχία και τη σχέση της με

τα προβλήματα ύπνου το αποτέλεσμα μιας μεγάλης μελέτης με δείγμα 3.000 μαθητών έδειξε ότι οι χειρότεροι μαθητές κοιμούνται λιγότερο απ' ό τι οι καλύτεροι.

Σ' αυτή την περίοδο της ζωής, οι ανάγκες ύπνου έρχονται σε αντίθεση με τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις και την αυξημένη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να διακόπτεται η κανονικότητα ύπνου – εγρήγορσης και να ελαττώνεται ο συνολικός χρόνος ύπνου. (<http://www.paidiatriki.gr>)

Ο τρόπος ζωής των εφήβων τους προσανατολίζει σε ξενύχτια είτε λόγω διαβάσματος είτε λόγω διασκέδασης, έτσι ώστε να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην επέλευση του ύπνου και καθυστέρηση του πρωινού ξυπνήματος. Παρατηρούνται επίσης αϋπνίες δευτερογενείς στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αλκοόλ ή καπνού, συχνών σ' αυτή την ηλικία.

Σημαντική για την θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου στην εφηβεία είναι η πρόληψη και η καλή υγιεινή του ύπνου. Η ψυχοσυναισθηματική ισορροπία του εφήβου και η ισορροπία των διαπροσωπικών σχέσεων είναι στοιχεία απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία του ύπνου. (<http://www.paidiatriki.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο (sleep-disordered breathing, SDB) αφορά μια ομάδα καταστάσεων που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η SDB έχει αναγνωριστεί ως μια κλινική οντότητα, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά οδηγεί σε υψηλά ποσοστά νοσηρότητας. Η SDB περιλαμβάνει μια σειρά διαβαθμίσεων της νόσου αρχίζοντας από το πρωτοπαθές ή απλό ροχαλητό, ως το Σύνδρομο Αυξημένης Αντίστασης Ανώτερου Αναπνευστικού (UARS) και την πλέον σοβαρή εκδήλωση της νόσου στα παιδιά, το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Απνοιας (ΣΑΥΑ, Obstructive sleep apnea syndrome, OSAS). (Καπρανά et al., 2009)

Το ΣΑΥΑ χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μερικής ή ολικής απόφραξης του ανώτερου αναπνευστικού κατά τη διάρκεια του ύπνου που οδηγούν σε διαταραχή του φυσιολογικού αερισμού. Η επίπτωση του ΣΑΥΑ στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, φαίνεται να κυμαίνεται σε ποσοστό 1-4%, αν και υπάρχουν και εργασίες που ανεβάζουν το ποσοστό μέχρι και το 13%, παρότι η προσέγγιση της νόσου ποικίλει μεταξύ των διαφόρων μελετών. Υπάρχουν επίσης δεδομένα που παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση της νόσου σε παχύσαρκα παιδιά, ειδικά στις ηλικίες από 2 έως 8 ετών, περίοδος που συμπίπτει με τη μέγιστη υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων. (Καπρανά et al., 2009)

5.2 ΑΙΤΙΑ

Ο πιο κοινός αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης του ΣΑΥΑ στην παιδική ηλικία είναι η υπερτροφία των παρίσθμιων αμυγδαλών και των αδενοειδών εκβλαστήσεων, ωστόσο όμως, στην κατάσταση αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί στο σύνολό της η παθοφυσιολογία που αναπτύσσεται στα παιδιά που πάσχουν από το σύνδρομο. Πράγματι, τα στοιχεία που έχουν προκύψει κάνουν λόγο για συνδυασμό ανατομικών αλλά και νευρομυικών παραλλαγών του ανώτερου αναπνευστικού, αν και αρκετές μελέτες αναφέρουν πως τα παιδιά που εκδήλωναν το σύνδρομο είχαν μεγαλύτερες σε μέγεθος παρίσθμιες αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις σε σύγκριση με τα αντίστοιχης ηλικίας παιδιά που δεν εκδήλωναν ΣΑΥΑ. Δεν έχει αποδειχτεί άμεση

συσχέτιση υπερτροφίας λεμφοεπιθηλιακού ιστού στον ρινοφάρυγγα και το στοματοφάρυγγα και του βαθμού εκδήλωσης SDB4 . Υπάρχουν επίσης ασθενείς που παρότι έχουν υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή και αδενοτομή παρουσιάζουν μια ανθεκτική εκδήλωση του συνδρόμου, η οποία φαίνεται ότι σχετίζεται με διαταραχές απόκρισης του αναπνευστικού κέντρου (Σύνδρομο Κεντρικής Υπνικής Άπνοιας). Οι αντιστάσεις στην ανώτερη αναπνευστική οδό αυξάνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου ακόμη και στα άτομα που δεν πάσχουν από SDB, λόγω μείωσης του μυϊκού τόνου των μυών του φάρυγγα. Όταν οι αντιστάσεις είναι αυξημένες στην ανώτερη αναπνευστική οδό λόγω υπερτροφίας των παρίσθμιων αμυγδαλών και των αδενοειδών εκβλαστήσεων ή λόγω νευρομυϊκών διαταραχών, αναπτύσσονται αποφρακτικά φαινόμενα και σε χαμηλότερα επίπεδα. (Dayyat et al., 2007)

Το ΣΑΥΑ είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού ανατομικών και νευρομυϊκών παραγόντων. Ο φαρυγγικός αεραγωγός σε αντίθεση με τη μύτη, το λάρυγγα και την τραχεία δεν υποστηρίζεται από οστά ή χόνδρους αλλά σχηματίζεται κυρίως από μαλακούς ιστούς. Κατά την εισπνοή η σύσπαση του διαφράγματος δημιουργεί αρνητική (αναρροφητική) πίεση στο φαρυγγικό αεραγωγό. Η αρνητική αυτή πίεση γίνεται ακόμη αρνητικότερη όταν συνυπάρχει αυξημένη αντίσταση του ανώτερου αεραγωγού (υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων, υπερτροφία αμυγδαλών, ρινίτιδα). Εξαιτίας της αναρροφητικής πίεσης τα τοιχώματα του φάρυγγα τείνουν να συμπέσουν. Στη δράση αυτή αντιτίθενται μια σειρά από μύες (γενειογλωσσικός, γενειοϋοειδής, στερνοϋοειδής, στερνοθυρεοειδής, θυρεοειδής), ο τόνος των οποίων εξασφαλίζει τη βατότητα του αεραγωγού. Όταν όμως στη διάρκεια του ύπνου (και ειδικά στη φάση REM) ο τόνος των μυών που διατηρούν τον φαρυγγικό αεραγωγό ανοικτό ελαττωθεί, η αρνητική εισπνευστική πίεση μπορεί να οδηγήσει σε μερική ή πλήρη απόφραξη με αποτέλεσμα να ελαττώνεται (αποφρακτική υπόπνοια) ή να διακόπτεται πλήρως η ροή του αέρα (αποφρακτική άπνοια). (Verhulst et al., 2007)

Η εκδήλωση του ΣΑΥΑ μπορεί να συνοδεύει ένα πλήθος νοσημάτων και συνδρόμων. Ωστόσο από το 1976, το ΣΑΥΑ της παιδικής ηλικίας ορίστηκε ως διαφορετική κλινική οντότητα σε σχέση με το σύνδρομο που αναπτύσσουν οι ενήλικες λόγω διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων, κλινικών χαρακτηριστικών και μεθόδων αντιμετώπισης. (Καπρανά et al., 2009)

5.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το πιο κοινό σύμπτωμα του ΣΑΥΑ της παιδικής ηλικίας είναι το ροχαλητό, χωρίς να σημαίνει ότι όσα παιδιά ροχαλίζουν πάσχουν από το σύνδρομο. Τα συμπτώματα που εκδηλώνουν τα παιδιά που πάσχουν από το σύνδρομο περιλαμβάνουν δυνατό ροχαλητό, αναπνευστική δυσχέρεια, απνοϊκές παύσεις, νυκτερινές εφιδρώσεις, ξηροστομία, ανώμαλη θέση ύπνου, ενούρηση, υπνοβασία και βρουξισμό, στοματική αναπνοή, θολωτή υπερώα, τερηδονισμό οδόντων, δυσκολία στην αφύπνιση, διαταραχές θυμικού, μειωμένη προσοχή, διαταραχές μάθησης, ρινική απόφραξη και καταρροή, συχνές λοιμώξεις ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, διαταραχές κατάποσης, ανορεξία, βαρηκοΐα. (Verhulst et al., 2007)

Στις περισσότερες περιπτώσεις η απλή κλινική εξέταση δεν οδηγεί απευθείας στη διάγνωση του συνδρόμου. Τα παιδιά συνήθως έχουν υπερτροφικές αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις, αλλά δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση του μεγέθους της υπερτροφίας με την ανάπτυξη ΣΑΥΑ. Σε αντίθεση με τους ενήλικες τα παιδιά δεν παρουσιάζουν ως βασικό σύμπτωμα υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά γνωσιακές και συμπεριφορικές διαταραχές, όπως μειωμένη προσοχή και υπερκινητικότητα. Το ποσοστό των παιδιών που ροχαλίζουν και παρουσιάζουν τέτοιου τύπου διαταραχές φτάνει σύμφωνα με μελέτες ακόμη και το 30%.

Η εκδήλωση διαταραχών προσοχής και η υπερκινητικότητα σε παιδιά με ΣΑΥΑ οφείλεται στην ανάπτυξη συμπεριφορικών διαταραχών ως αποτέλεσμα των πολλαπλών νυκτερινών αφυπνίσεων και των ανοξικών επεισοδίων, που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας, με άμεση συνέπεια στη μνήμη, τον έλεγχο της κινητικότητας και τον αυτοέλεγχο της παρόρμησης και κατ' επέκταση στην ομαλή συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες. Ωστόσο, οι μαθησιακές διαταραχές μπορούν να αντιστραφούν με την αντιμετώπιση του συνδρόμου. Η υπέρταση έχει αναγνωριστεί ως μία από τις βασικές επιπλοκές του ΣΑΥΑ στους ενήλικες. (Apostolidou et al., 2008)

Οι ενήλικες που εκδηλώνουν το σύνδρομο με δείκτη απνοιών-υποπνοιών μεγαλύτερο του 15 έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν υπέρταση. Ωστόσο, όσον αφορά στο σύνδρομο της παιδικής ηλικίας τα αποτελέσματα σχετικά με την υπέρταση είναι διφορούμενα, αναγνωρίζεται όμως μια σημαντική αύξηση της επίπτωσης του παιδικού σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ο οποίος αποτελεί την πιο συχνή ενδοκρινολογική διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Η ανάπτυξη αντοχής στην

ινσουλίνη αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την πρόγνωση της νόσου και τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές. Το μεταβολικό σύνδρομο, που αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων και περιλαμβάνει αντοχή στην ινσουλίνη, διαταραχές στο μεταβολισμό των λιπιδίων και παχυσαρκία έχει συσχετιστεί άμεσα με την εκδήλωση του ΣΑΥΑ, στην παιδική ηλικία. (Dayyat et al., 2007)

Με τη χρήση των κριτηρίων για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου στους ενήλικες φαίνεται ότι η επίπτωση του σε ηλικίες μεταξύ 12-19 ετών φτάνει στο 4,2% στις Η.Π.Α., καθώς και ότι το 50% των παχύσαρκων εφήβων εκδηλώνουν μεταβολικό σύνδρομο. Στην παθογένεια της μειωμένης ανάπτυξης των παιδιών με ΣΑΥΑ, φαίνεται ότι εμπλέκονται μηχανισμοί όπως η αυξημένη κατανάλωση ενέργειας στη διαδικασία ανάπαυσης, καθώς και δευτερεύοντες παράγοντες όπως η δυσκαταποσία λόγω υπερτροφίας των παρίσθμιων αμυγδαλών και ανώμαλη παραγωγή και έκκριση αυξητικής ορμόνης. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με ΣΑΥΑ παρουσιάζουν μειωμένη όρεξη, δυσκαταποσία και ναυτία σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα φυσιολογικά άτομα. (Verhulst et al., 2007)

Συστηματική αρτηριακή υπέρταση έχει περιγραφεί στα παιδιά με ΣΑΥΑ η οποία διατηρείται και κατά την εγρήγορση. Παιδιά με πρωτοπαθές ροχαλητό που παραπέμπονται για διερεύνηση στο εργαστήριο ύπνου έχουν ως ομάδα αρτηριακή πίεση υψηλότερη σε σχέση με φυσιολογικά παιδιά, το ιστορικό ροχαλητού όμως δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υψηλή αρτηριακή πίεση στο γενικό πληθυσμό παιδιών. Αρκετές αναφορές περιπτώσεων στη βιβλιογραφία περιγράφουν παιδιά με σοβαρό ΣΑΥΑ τα οποία εμφάνισαν δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (πνευμονική καρδιά) πιθανόν εξαιτίας των νυκτερινών επεισοδίων υποξαιμίας και της σύσπασης του πνευμονικού αγγειακού δικτύου που αυτά προκαλούν. Μελέτες που χρησιμοποίησαν ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία και υπερηχοκαρδιογραφία ανίχνευσαν ελάττωση του όγκου παλμού της δεξιάς κοιλίας αλλά και αύξηση της μάζας της αριστερής κοιλίας. Νέα δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η αποφρακτική διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο στα παιδιά συσχετίζεται με μεταβολές που είναι δυνατόν να τα προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενηλικίωση. (Apostolidou et al., 2008)

Η αποφρακτική άπνοια-υπόπνοια κατά την παιδική ηλικία έχει συσχετισθεί με χρόνια φλεγμονή, μεταβολικές διαταραχές, μεταβολές του τοιχώματος των αγγείων αλλά και του μυοκαρδίου. Ενώ στο παρελθόν είχε δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη δεξιάς

κοιλιακής υπερτροφίας, τώρα γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη μάζα του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας και στο δείκτη απνοιών-υποπνοιών. (Dayyat et al., 2007)

5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση του ΣΑΥΑ της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται αρχικά με τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση, στη συνέχεια μπορεί να ακολουθήσει ακόμη και βιντεοσκόπηση του παιδιού κατά τη διάρκεια του ύπνου από τους γονείς και ολοκληρώνεται με την Πολυπαραγοντική Πολυκαταγραφική Μελέτη Ύπνου (Polysomnography, PSG). Η μελέτη αυτή αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση του συνδρόμου και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έχει καθοριστεί πλέον από την Αμερικανική Ακαδημία Ύπνου. Ωστόσο, το ατομικό ιστορικό και η κλινική εξέταση μπορεί να είναι αρκετή για τα παιδιά που εμφανώς εκδηλώνουν το σύνδρομο, αλλά όχι για τα παιδιά που είναι ψευδώς αρνητικά κατά την αρχική κλινική αξιολόγηση. Τα κριτήρια για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της PSG στα παιδιά έχουν βασιστεί στα δεδομένα των ενηλίκων και στην πραγματικότητα δεν έχουν οριστεί επισήμως για τον παιδιατρικό πληθυσμό. (Dayyat et al., 2007)

Γενικά θεωρείται ότι ένας δείκτης απνοιών-υποπνοιών μεγαλύτερος του ένα ($AHI > 1$) είναι παθολογικός και συνιστά ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση. Η ύπαρξη ροχαλητού θεωρείται ένδειξη αποφρακτικής διαταραχής της αναπνοής στον ύπνο. $AHI 5$ σε μέτριο έως σοβαρό σύνδρομο. Το τελευταίο σε υποομάδες παιδιών συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα διαταραχών από το κυκλοφορικό.

5.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών όταν σχετίζεται με υποτροπιάζοντα επεισόδια λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού, ωστόσο τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν προσωρινή βελτίωση και σε καμιά περίπτωση δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί η χειρουργική αντιμετώπιση ειδικά στους ασθενείς με υπερτροφία παρίσθμιων αμυγδαλών και αδενοειδών εκβλαστήσεων. (Apostolidou et al., 2008)

Μια νεότερη φαρμακευτική προσέγγιση είναι η χορήγηση ρινικών στεροειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα 4-6 εβδομάδες, όπου φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΣΑΥΑ

που δεν έχουν σημαντική ρινική απόφραξη, μεγάλη συχνότητα απνοιών στη διάρκεια του ύπνου και υπεραντιδραστικότητα του αναπνευστικού παρουσιάζουν μια σχετική βελτίωση στη μείωση του κορεσμού του οξυγόνου. Η χορήγηση ρινικών στεροειδών καθώς και αντιλευκοτριενικών φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική όταν ακολουθεί μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση στην καταπολέμηση εμμένουσας συνδρόμου όταν δηλαδή τα συμπτώματα και οι ανωμαλίες από τη μελέτη ύπνου επιμένουν. (Verhulst et al., 2007)

Η αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΣΑΥΑ εξαρτάται από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που έχει, το βαθμό και το είδος της απόφραξης, καθώς και τη συνύπαρξη νευρολογικών ή άλλων ανωμαλιών. Η αδενοτομή και η αμυγδαλεκτομή στον ίδιο χρόνο θεωρείται ότι αποτελούν τη θεραπεία εκλογής και μάλιστα είναι περισσότερο αποτελεσματική σε σχέση με την αδενοτομή ή την αμυγδαλεκτομή μεμονωμένα. Ωστόσο, φαίνεται ότι το ποσοστό που θεραπεύεται από το σύνδρομο μετά τη χειρουργική παρέμβαση κυμαίνεται από 25%-80%, ανάλογα με τα κριτήρια επιλογής των ασθενών ανά μελέτη, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς παρουσιάζουν μόνο βελτίωση των συμπτωμάτων. (Apostolidou et al., 2008)

Τα παιδιά εκείνα που φαίνεται να αναπτύσσουν ανθεκτική μορφή του συνδρόμου είναι αυτά που πάσχουν εξ' αρχής από σοβαρού βαθμού σύνδρομο, τα παχύσαρκα και τέλος τα άτομα με ιστορικό ΣΑΥΑ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Η παχυσαρκία αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα ακόμη και για τα παιδιά που υποβάλλονται σε αδενοτομή και αμυγδαλεκτομή και γι' αυτό ο έλεγχος του βάρους ακόμη και μετά το χειρουργείο θεωρείται καθοριστικός. Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις όπως η διαφραγματοπλαστική, σταφυλο-υπερώιο-φαρυγγοπλαστική και άλλες γναθοπροσωπικές επεμβάσεις σπάνια επιστρατεύονται για την αντιμετώπιση του ΣΑΥΑ της παιδικής ηλικίας και αυτό σε εξαιρετικές περιπτώσεις (συγγενείς διαμαρτίες). (Καπρανά et al., 2009)

Η συσκευή χορήγησης αέρα συνεχούς θετικής πίεσης (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) αποτρέπει τη σύμπτωση των τοιχωμάτων του φάρυγγα στη διάρκεια της εισπνοής προωθώντας με συνεχή θετική πίεση τον εισπνεόμενο αέρα προς τους πνεύμονες, υπερνικώντας τα αποφρακτικά φαινόμενα που εμφανίζονται στην ανώτερη αναπνευστική οδό των ατόμων με ΣΑΥΑ. Η εφαρμογή συσκευής CPAP πρέπει να δοκιμάζεται στο παιδί υπό παρατήρηση με πολυπαραγοντική μελέτη ύπνου ώστε να διαπιστώνεται άμεσα ότι είναι αποτελεσματική η χρήση της και ότι συμβάλλει στον περιορισμό των συμπτωμάτων. Επιπλέον, απαιτείται ιδιαίτερη

προσοχή στην επιλογή της προσωπίδας ώστε να εφαρμόζει κατάλληλα στο πρόσωπο του παιδιού καθώς αυτό αναπτύσσεται. (Verhulst et al., 2007)

Η εφαρμογή της CPAP συνιστάται όταν η αμυγδαλεκτομή-αδενοτομή αντενδείκνυται ή όταν δεν οδηγεί στην επίλυση των συμπτωμάτων, ειδικά σε παιδιά με σοβαρού βαθμού σύνδρομο και με επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες πριν από το χειρουργείο, όπως η παχυσαρκία και ιδιαίτερα οι κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και τα νευρομυικά νοσήματα. (Καπρανά et al., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

6.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στη γενική νοσηλευτική ένας πολύ σημαντικός κλάδος είναι η παιδιατρική νοσηλευτική ο οποίος θα πρέπει είναι σε θέση να φροντίσει όσο γίνεται καλύτερα το παιδί. Ο διαχωρισμός του αποτελείται από πολλές κατηγορίες οι οποίες είναι ο παθολογικός, ο χειρουργικός, ο ογκολογικός, ο ψυχιατρικός, ο ορθοπεδικός, ο ενδοκρινολογικός, ο οφθαλμολογικός και η εντατική. Σε κάθε έναν από αυτούς ο ρόλος και οι ευθύνες του νοσηλευτή είναι διαφορετικές. Αυτό συνεπάγεται ότι όποιος έχει αποφασίσει να με τον παιδιατρικό τομέα θα πρέπει να είναι σε θέση με όσα όπλα διαθέτει ώστε να επιτύχει το στόχο του. Τα όπλα τα οποία θα πρέπει να διαθέτει αφορούν την καλή συνεργασία, την αγάπη προς το παιδί και τη βαθιά συνειδητοποίηση ότι το παιδί αποτελεί μια πολύ τρυφερή και ευαίσθητη οντότητα με δική του προσωπικότητα, δικές του βασικές ανάγκες, δικούς του μηχανισμούς άμυνας.

Τα παιδιά που εισέρχονται στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι βρεφικής ηλικίας έως και εφηβικής και ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινάει από το πρώτο τμήμα του παιδιατρικού νοσοκομείου, που είναι τα εξωτερικά ιατρεία. Το παιδί και οι γονείς με την εισαγωγή στο νοσοκομείο κυριεύονται από τα συναισθήματα του φόβου και το πρώτο πράγμα που επιθυμούν είναι να λυθεί το πρόβλημα τους, να πάρουν το παιδί τους και να φύγουν. Για το παιδί ο χώρος του νοσοκομείου καθώς είναι άγνωστος του δημιουργεί φόβο πράγμα που σημαίνει ότι έχει τάσεις φυγής καθώς δεν μπορεί να παίξει και δεν έχει ελευθερία κινήσεων. Τα συναισθήματα του είναι η ανασφάλεια, η νευρικότητα και το άγχος. Τις περισσότερες φορές τα συγκεκριμένα συναισθήματα συνοδεύονται και από προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι το κλάμα, η γκρίνια, η άρνηση να φάει, η αυτοεγκατάλειψη, η νωθρότητα, η επιθετικότητα και οι διαταραχές ύπνου. Σε όλη αυτή τη διαδικασία έχει πολύ σημαντικό ρόλο ο νοσηλευτής. Θα πρέπει να συνεργάζεται όσο γίνεται καλύτερα με το παιδί και την οικογένεια και να εκτιμήσει τις ανάγκες τους καθώς επίσης είναι πολύ βασικό να σχεδιάζει παρεμβάσεις, ώστε το τελικό πλάνο φροντίδας να είναι αυτό που πραγματικά ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού .

Συγκριτικά με τους ενήλικες οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή στα περιστατικά των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν διαφορές. Η παιδική ηλικία έχει κάποιες ιδιαιτερότητες. Ο βασικότερος στόχος του νοσηλευτή είναι η αποφυγή του αποχωρισμού και πιο συγκεκριμένα αφορά τα παιδιά που βρίσκονται σε ηλικία μέχρι πέντε χρονών. Τα μέλη της οικογένειας εκλαμβάνονται ως συμμετέχοντες στη φροντίδα του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Είναι βασικό ο νοσηλευτής να αντιληφθεί και να κατανοήσει τις συμπεριφορές του παιδιού που αφορούν τον αποχωρισμό. Είναι απόλυτα φυσιολογικό το παιδί να διαμαρτυρηθεί, να απελπιστεί και να κλάψει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να στηρίζει απόλυτα με την παρουσία του το παιδί ακόμα και αν δε δέχεται τους ξένους. Θα πρέπει να διατηρούν την επαφή του παιδιού με τους γονείς, με τη συχνή αναφορά σε αυτούς, ενθαρρύνοντας το παιδί να τους θυμάται και τονίζοντας τη σημασία των επισκέψεών τους και των τηλεφωνημάτων τους. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας τα κινητά τηλέφωνα διατηρείται ακόμα καλύτερα η επαφή του παιδιού με το οικογενειακό τους περιβάλλον και διευκολύνεται η προσαρμογή τους.

Ακόμα πιο δύσκολο ή ίσως και το ίδιο είναι το συναίσθημα του αποχωρισμού και για τους γονείς, ιδιαίτερα όταν δεν κατανοούν τις συμπεριφορές που προέρχονται από το άγχος του αποχωρισμού. Το λάθος που κάνουν οι γονείς είναι ότι στην αρχή για να αποφευχθούν διαμαρτυρίες φεύγουν κρυφά ή λένε ψέματα στο παιδί ότι δε θα φύγουν και το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην καταλαβαίνει ότι η απουσία αυτή των γονιών του σημαίνει και τη βέβαιη επιστροφή τους, αλλά το αντίθετο. Το συναίσθημα αυτό των γονέων που περιστοιχίζεται από έντονο στρες μειώνεται μπορεί να μειωθεί όταν αντιληφθούν ότι οι συμπεριφορές του αποχωρισμού είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί τους κλαίει για ώρες μετά τον αποχωρισμό, ενώ στην πραγματικότητα τα παιδιά μπορεί να κλαίει μόνο για μερικά λεπτά και μετά ηρεμούν (Κανακούδη - Τσακαλίδου, Κατζός, 2007).

Η δυνατότητα να υπάρξει πλήρης έλεγχος έχει πολύ θετικές συνέπειες προάγει την ελευθερία κινήσεως, διατηρεί τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού, ενθαρρύνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και επιφέρει την κατανόηση, που συνοδεύεται με την παράλληλη πρόληψη ή τον περιορισμό του φόβου του σωματικού τραυματισμού. Επιπλέον έχει μεγάλη σημασία ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί απλή και κατανοητή γλώσσα. Η σαφής γνώση της ιατρικής ορολογίας και του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί στις καθημερινές του εργασίες, η περιγραφή της διαδικασίας για

παράδειγμα μιας εξέτασης με απλούς κατανοητούς όρους απαλείφει και μετριάζει τους φόβους του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Ο βασικότερος στόχος που αφορά τη φροντίδα του νοσηλευτή είναι η διάθεση κατάλληλων αναπτυξιακών δεξιοτήτων. Θα πρέπει να παρέχονται οι ευκαιρίες συμμετοχής σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, κάτι το οποίο βοηθά στην να ομαλοποιηθεί το περιβάλλον του παιδιού και να μειωθούν οι παρεμβολές στην ανάπτυξη του. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός όσον αφορά στην αναγνώριση των παιδιών που κινδυνεύουν ακόμα, όπως επίσης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αναπτυξιακών παρεμβάσεων.

Επιπλέον, στον συγκεκριμένο τομέα είναι βασικό να παρέχονται και να προσφέρονται οι ευκαιρίες για παιχνίδι και δραστηριότητες έκφρασης. Ο νοσηλευτής καλό θα ήταν να χρησιμοποιήσει τις ζωγραφιές των παιδιών καθώς επίσης και άλλα μέσα δημιουργικής έκφρασης, με βασικό στόχο να ξεκινήσει μια συζήτηση σχετικά με τις σκέψεις, τους φόβους και την κατανόηση των γεγονότων μεγιστοποιώντας τα πιθανά οφέλη της νοσηλείας, ενισχύοντας τη σχέση τους με τους γονείς και παρέχοντας ευκαιρίες εκπαίδευσης (Μελισσά-Χαλικοπούλου 2003)

6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η παιδιατρική νοσηλευτική ή η νοσηλευτική υγείας των παιδιών είναι η νοσηλευτική φροντίδα που ειδικεύεται στα βρέφη, στα παιδιά και τους έφηβους. Ένας νοσηλευτής, ο οποίος ειδικεύεται και εργάζεται πάνω στο τομέα αυτό ονομάζεται παιδιατρικός νοσηλευτής. Ο κύριος στόχος του είναι να προστατεύει να προωθεί τα δικαιώματα, την υγεία και την ασφάλεια των παιδιών, να παρέχει ειδικές υπηρεσίες φροντίδας και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους στο νοσοκομείο και όχι μόνο. Για να αναγνωρίσει τις ανάγκες των παιδιών στα διάφορα στάδια ανάπτυξης, καθώς και τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες, χρειάζεται να έχει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για να ικανοποιήσει αυτές τις απαιτήσεις και να προστατεύσει την περαιτέρω ανάπτυξη. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές συμμετέχουν καθ' όλη την διάρκεια ανάπτυξης και εξέλιξης της οικογένειας και του παιδιού. Οι λειτουργίες και τα καθήκοντα τους ποικίλουν, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, την εμπειρία και το ενδιαφέρον πάνω στο γνωστικό αντικείμενο και τους επαγγελματικούς στόχους. Στην προκειμένη

περίπτωση, όπως οι παιδιατρικοί ασθενείς με τους γονείς τους έχουν τα δικά τους μοναδικά περιβάλλοντα, έτσι και ο κάθε νοσηλευτής έχει τους δικούς του κατασταλτικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση νοσηλευτή – ασθενούς. Παρά το γεγονός, ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον εαυτό τους, το επάγγελμα και τον θεσμό της απασχόλησης, οπουδήποτε και να εξασκούν το επάγγελμα τους, πρωταρχική τους ευθύνη είναι η ευημερία και η προαγωγή υγείας του παιδιού και της οικογένειας. (Χρούσος 2008)

Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν μια ουσιαστική σχέση με το παιδί και την οικογένεια του, να περνούν επιπρόσθετη ώρα μαζί τους συλλέγοντας περισσότερες πληροφορίες για το νοσηλευτικό ιστορικό, αλλά παρ' όλα αυτά, να μην μπλέκουν το συναίσθημα και να αναγνωρίζουν τις δικές τους ανάγκες και να διατηρούν μια επαγγελματική απόσταση. Σε μια θεραπευτική σχέση υπάρχουν σαφή όρια που διαχωρίζουν το έργο του νοσηλευτή από το παιδί και την οικογένεια καθώς τίθενται με επαγγελματικό σκοπό και προωθούν τον έλεγχο της οικογένειας στη φροντίδα υγείας του παιδιού τους.

Ο παιδιατρικός νοσηλευτής πρέπει να δουλεύει με τα μέλη της οικογένειας, να αναγνωρίζει τις ανάγκες και να σχεδιάζει παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Να επιβεβαιώσει ότι οι γονείς αναγνωρίζουν τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, ότι είναι ενημερωμένοι για την κατάσταση της υγείας του παιδιού τους, σχετικά με την διάγνωση και τα προβλεπόμενα βήματα για την θεραπεία και τις ακόλουθες διαδικασίες, ώστε με αυτό τον τρόπο, ο νοσηλευτής ως σύμβουλος να βοηθήσει το παιδί και την οικογένεια στη λήψη συνειδητών αποφάσεων και ενεργειών που αποσκοπούν στη προαγωγή της υγείας του παιδιού. (Rellman & Καφετζής 2010)

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εμφανίζεται με τη δυσκολία του παιδιού να κοιμηθεί το βράδυ, με αποτέλεσμα να ξυπνάει αργά το πρωί ή και να πηγαίνει για ύπνο νωρίς το απόγευμα έχοντας πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Συχνά ο κύκλος του ύπνου διαταράσσεται από περιόδους αϋπνίας. Ωστόσο, χωρίς ύπνο τα παιδιά

αισθάνονται πολύ κουρασμένα και η σωματική καθώς και η πνευματική τους κατάσταση επιδεινώνεται. (Ουζούνη, Νακάκης, 2008)

Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να διευκολυνθεί ο ύπνος του παιδιού, σε ένα περιβάλλον ασφαλές και με διάθεση φροντίδας. Όταν το παιδί έχει δυσκολία να κοιμηθεί, ο νοσηλευτής μένει μαζί του στο δωμάτιο του, για να αισθάνεται ασφάλεια και συντροφιά ώσπου να κοιμηθεί. Στη διάρκεια της ημέρας ενθαρρύνεται το παιδί που εμφανίζει διαταραχές ύπνου να έχει δραστηριότητες που προκαλούν σωματική κόπωση, ώστε να είναι εύκολο να κοιμηθεί τη νύχτα. Η διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο να περιλαμβάνονται υγιή πρότυπα ύπνου προάγει τη σωματική και την πνευματική του ξεκούραση. Ο ανεπαρκής ποιοτικά και ποσοτικά ύπνος προκαλεί στο παιδί υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, με επιβράδυνση στη ψυχοκινητική του λειτουργία και με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπές σε ατυχήματα. Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η επιρρέπεια σε ατυχήματα μπορεί επίσης να είναι και αποτέλεσμα της κατάθλιψης, όταν τα παιδιά δεν μπορούν ή δεν ενδιαφέρονται να προστατέψουν τον εαυτό τους. Κάτι για το οποίο φροντίζει ιδιαίτερα ο νοσηλευτής, είναι το παιδί να κλείνει καλά την ημέρα του, με δραστηριότητες που θα του αφήνουν την αίσθηση της ικανοποίησης και θα το ησυχάζουν. (Nardi, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

7.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Ασθενής ηλικίας 8 ετών εισήχθη στο Νοσοκομείο Παίδων Καραμανδάνειο Πατρών παρουσιάζοντας έντονη υπνοβασία σε καθημερινή βάση με μεγάλο κίνδυνο να τραυματιστεί. Κατά τη διάρκεια της υπνοβασίας εκδηλώνει έντονους νυχτερινούς τρόμους, με εκδήλωση έντονου άγχους, ταραχής και έντονων ουρλιαχτών.

Ο ασθενής παρουσίαζε τα εξής συμπτώματα:

- Σκόπιμες κινήσεις ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση ημι-αφύπνισης από το βαθύ ύπνο.
- Σηκωνόταν και περπάταγε
- Μετακινούσε έπιπλα
- Κάποιες φορές ντυνόταν και ξεντυνόταν

Κατά κύριο λόγο ο ασθενής υπνοβατούσε μία με δύο ώρες αφότου είχε αποκοιμηθεί και η διάρκεια ήταν από ένα έως τριάντα λεπτά.

Το παιδί-ασθενής κάθε φορά που υπνοβατούσε έμοιαζε να είναι ξύπνιο, είχε ανοιχτά μάτια αλλά ανέκφραστο πρόσωπο και συνήθως ήταν δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να αφυπνιστεί. Τις περισσότερες φορές την επόμενη μέρα δεν θυμόταν το επεισόδιο. Ωστόσο όμως μερικές φορές αυτό που θυμόταν ήταν ότι προσπαθούσε να αντιμετωπίσει μια επικίνδυνη κατάσταση. Όταν κατάφεραν οι γονείς να αφυπνίσουν το παιδί του από αυτή την κατάσταση το παιδί είχε συμπτώματα σύγχυσης και αποπροσανατολισμού ενώ παράλληλα δεν μπορούσε να συντονίσει τις κινήσεις του, παρουσίαζε διαταραχές στο λόγο του (δεν έβγαζαν νόημα αυτά που έλεγε).

Διάγνωση

Η διαδικασία της διάγνωσης περιελάμβανε την εξής διαδικασία:

- Ιατρικό ιστορικό
- Φυσική εξέταση
- Τεστ πολυπνογραφίας (καταγραφή σωματικών λειτουργιών κατά τη διάρκεια της νύχτας)
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Θεραπεία

Όσον αφορά τη θεραπευτική παρέμβαση είναι απαραίτητες ορισμένες ενέργειες προκειμένου να προφυλαχτεί ο ασθενής:

- Αρχικά να προφυλαχτεί ο ασθενής από τραυματισμούς δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον (απομάκρυνση εμποδίων, επικίνδυνων πραγμάτων από το θάλαμο).
- Βοήθεια στον ασθενή όταν υποβατεί να επιστρέψει στην κλίνη του με ήπιο τρόπο.
- Καθησυχασμός του παιδιού χρησιμοποιώντας ήρεμες εκφράσεις: «είσαι στο κρεβάτι σου», «είσαι ασφαλής».
- Ενθάρρυνση του ασθενή να ξεκουράζεται.
- Απασχόληση του ασθενή πριν τον ύπνο του με ήρεμες δραστηριότητες όπως κάποιο επιτραπέζιο παιχνίδι.
- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με το παιδί-ασθενής
- Εκπαίδευση γονέων για τη δημιουργία ενός προστατευτικού περιβάλλοντος για το παιδί για την ορθότερη αντιμετώπιση των επεισοδίων.
- Συζήτηση με το παιδί-ασθενής για τη μείωση του άγχους που του προκαλεί η συγκεκριμένη κατάσταση.
- Συζήτηση με τους γονείς και καθησυχασμός τους ώστε να αντιμετωπίσουν με ηρεμία την κατάσταση και να στηρίξουν το παιδί τους.
- Λόγω της συχνότητας των επεισοδίων και λόγω της παρουσίας νυχτερινών τρόμων επιλέχθηκε να εφαρμοστεί σε συνεργασία με το θεράπων ιατρό και με ειδικό η «τεχνική προτρεπόμενων αφύπνισεων». Πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία διακόπτεται ο νυχτερινός διαταραγμένος ύπνος. Ειδικότερα: αρχικά πραγματοποιείται η καταγραφή των ωρών που συνήθως το παιδί παρουσιάζει κάποιο επεισόδιο υποβοασίας. Η συγκεκριμένη πληροφορία παρέχεται από τους γονείς. Στη συνέχεια πραγματοποιείται για μια εβδομάδα η αφύπνιση του παιδιού-ασθενής 15 λεπτά πριν την ώρα που συνήθως υποβατεί με βάση τις πληροφορίες που καταγράφηκαν και παραμένει ξύπνιο για 5 λεπτά.
- Για την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση θεωρήθηκε κατάλληλη η εφαρμογή συμβουλευτικής κατά την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό σχεδιάζει ένα πρόγραμμα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς στοχευμένο

κυρίως στη μείωση του άγχους και του στρες και το εφαρμόζει. Η συμβουλευτική πραγματοποιείται και στο παιδί-ασθενής αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον του.

Ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση και μειώθηκαν σε σημαντικό βαθμό τα επεισόδια υπνοβασίας.

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Παιδί-ασθενής ηλικίας 7 ετών εισήχθη στο Νοσοκομείο Παιδών Καραμανδάνειο Πατρών παρουσιάζοντας αϋπνία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα συμπτώματα που παρουσίαζε το παιδί λόγω αυτής της κατάστασης ήταν:

- Συνεχής κόπωση
- Αδυναμία να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες και στο σχολικό αλλά και στο εξωσχολικό περιβάλλον
- Αποδιοργάνωση του παιδιού
- Απομόνωση
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού και γλυκού

Το παιδί-ασθενής το τελευταίο χρονικό διάστημα παρουσιάζει αϋπνία. Το αίτιο που πυροδότησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ήταν ο θάνατος της γιαγιάς του στην οποία είχε πολύ μεγάλη αδυναμία καθώς ήταν πολλές ώρες μαζί. Περαιτέρω συμπτώματα που παρουσίασε το παιδί λόγω του θανάτου της γιαγιάς του ήταν ο φόβος του αποχωρισμού και της αυτονόμησης. Για τα παιδιά ο ύπνος αποτελεί μια κατάσταση κατά την οποία απομακρύνονται από τους γονείς τους και ιδιαίτερα από τη μητέρα τους. Γι αυτό το λόγο ο ασθενής αισθανόταν περισσότερο φόβο απώλειας της μητέρας του και έντονο άγχος.

Παρέμβαση

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη κατάσταση ήταν:

- Ρύθμιση βιολογικού ρολογιού του ασθενούς. Συγκεκριμένες ώρες ύπνου και αφύπνισης κάθε ημέρα
- Ρύθμιση της θερμοκρασίας του θαλάμου ώστε το παιδί-ασθενής ούτε να κρύνει ούτε να ζεσταίνεται για να μην δυσκολεύεται ο ύπνος του.

- Διαμόρφωση του χώρου του θαλάμου. Τις βραδινές ώρες το δωμάτιο να είναι σκοτεινό και να υπάρχει ηρεμία ενώ τις πρωινές ώρες να υπάρχει φως και θόρυβος προκειμένου το παιδί να το βραδινό ύπνο με τη νύχτα και το πρωινό ξύπνημα με τη μέρα και το φως.
- Συζήτηση με τους γονείς για τη σωστή αντιμετώπιση της αϋπνίας. Οι γονείς λόγω του άγχους τους επιθυμούν να είναι συνέχεια δίπλα στο παιδί τους. Ωστόσο θα πρέπει τις βραδινές ώρες προκειμένου να ηρεμήσει και να κοιμηθεί να μην είναι παρόντες στο δωμάτιο.
- Παρακολούθηση του παιδιού κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Πριν το βραδινό ύπνο του παιδιού απασχόληση με χαλαρωτικές δραστηριότητες.
- Προσαρμογή σωστής διατροφής σε συνεργασία με το διατροφολόγο προκειμένου να μην είναι βαριά τα γεύματα του και δυσκολεύεται να κοιμηθεί.
- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με το παιδί-ασθενής.
- Ενθάρρυνση του παιδιού να εκφράζει τα συναισθήματα του.

Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακά σημαντική βελτίωση και το σύμπτωμα της αϋπνίας μειώθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαταραχές ύπνου ιδιαίτερα για την παιδική ηλικία αποτελούν μια κατάσταση η οποία αποδιοργανώνει το παιδί και το οικογενειακό του περιβάλλον ενώ παράλληλα παρουσιάζεται η αδυναμία να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Από μελέτη 200 φυσιολογικών παιδιών διαπιστώθηκε ότι την πρώτη περίοδο 4 ωρών μη διακοπτόμενου ύπνου την αποκτούν 70% σε ηλικία 3 μηνών, 15% σε ηλικία 6 μηνών και 10% σε ηλικία ενός έτους.

Οι πραγματικές αϋπνίες κάνουν την εμφάνισή τους πολύ πρώιμα, ήδη από τις πρώτες μέρες της ζωής. Οι περίοδοι ύπνου είναι πολύ σύντομες και διακόπτονται από κλάματα που δύσκολα σταματούν, μια κατάσταση που πολύ γρήγορα αλλάζει τη ζωή της οικογένειας.

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα μισά από τα νήπια 3 ετών που ξυπνούσαν τη νύχτα είχαν τα ίδια προβλήματα από τη γέννησή τους. Αναπτυξιακά, το ξύπνημα τη νύχτα προηγείται της δυσκολίας του νηπίου να αποκοιμηθεί, που επίσης προηγείται της δυσκολίας του να πάει μόνο του στο κρεβάτι.

Στη σχολική ηλικία έχει την έναρξή του το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου. Η άπνοια του ύπνου ορίζεται σαν διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου που υπερβαίνει τα 10 sec. Κατά μέσο όρο οι άπνοιες διαρκούν 30 – 40 sec ως 3 min. Η συχνότερα παρατηρούμενη άπνοια είναι λόγω εμποδίου της αναπνοής και οφείλεται σε διογκωμένες αμυγδαλές ή αδενοειδείς εκβλαστήσεις και σπανιότερα σε υπερβολική παχυσαρκία ή υποθυρεοειδισμό. Κάθε άπνοια συνοδεύεται από ένα σύντομο ξύπνημα με σκοπό να επανεγκατασταθεί ικανοποιητικός αερισμός και οξυγόνωση. Αυτά τα μικρο-ξύπνηματα μπορεί να συμβούν μέχρι 200 – 300 φορές σε μια νύχτα. Ο ύπνος με αυτό τον τρόπο γίνεται ανήσυχος και ανεπαρκής.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι μισοί περίπου μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν προβλήματα ύπνου, τα οποία είναι πιο σοβαρά για τα κορίτσια απ' ό,τι για τα αγόρια.

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Παρέχουν στα παιδιά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύουν την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους. Μέσα από το εξειδικευμένο

επαγγελματικό τους έργο έχουν τη δυνατότητα να διασυνδέουν τα παιδιά με ειδικούς, να ενημερώνουν και να συνεργάζονται, καθώς και να κατευθύνουν συμβουλευτικά τους γονείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Apostolidou MT, Alexopoulos EI, Chaidas K, Ntamagka G, Karathanasi A, Apostolidis TI, Gourgoulianis K, Kaditis AG. (2008). Obesity and persisting sleep apnea after adenotonsillectomy in greek children. *Chest*; 134:1149-1155.
- Dayyat E, Kheirandish-Gozal L, Gozal D. (2007). Childhood Obstructive Sleep Apnea: One or Two Distinct Disease Entities? *Sleep Med Clin*; 2:433-444.
- Nardi DA. (2007). Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv*, 45:48–52
- Rea MS, Bierman A, Figueiro MG, & Bullough JD. (2008). A new approach to understanding the impact of circadian disruption on human health. *Journal of Circadian Rhythms*, 6:7.
- Rellman, M. & Καφετζής, Δημήτριος Α., 2010. Το φυσιολογικό παιδί 1st ed., Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις “Γρηγόριος Παρισσιανός.”
- RenataLR. (2008). Ύπνος: όσα πρέπει να ξέρουμε, 1^η εκδοση. Νέο Φάληρο.
- Romy, G., Robey, E., Dimmock, J.A., Halson, S.L., Peeling, P. ,(2015). Sleep, anxiety and electronic device use by athletes in the training and competition environments, *European Journal of Sport Science*, pp 15-19
- Thun, E., Bjorvatn, B., Flo, E., Harris, A., Pallesen, S.(2015) Sleep, circadian rhythms, and athletic performance, *Sleep Medicine Reviews*, pp. 1-9
- Verhulst SL, Schrauwen N, Haentjens D, Rooman RP, Van Gaal L, De Backer WA, Desager KN. (2007). Sleep-disordered breathing and the metabolic syndrome in overweight and obese children and adolescents. *J*

Pediatr; 150:608-612.

- Vouloagka A., Mouratoglou B. & Kritsa-Iakovidou G. (2014). Fatal familial insomnia. Literature review. 20^o Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας. PortoPalaceHotel, Θεσσαλονίκη.
- Βουτσινά Β. (2005). Ύπνος και υγεία. 2005
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αθανασοπούλου-Βουδούρη, Μ. (2010). Νοσηλευτική της οικογένειας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Κανακούδη - Τσακαλίδου Φ., Κατζός Γ. (2007). Βασική παιδιατρική. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Μελισσά-Χαλκιοπούλου, Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας. Εκδόσεις Μέλισσα, Θεσσαλονίκη.
- Μοσχονά Μ. (2006). Δυσυπνίες και παραϋπνίες, Διαθέσιμο στην σελίδα: <http://www.in.gr> (20/03/2006).
- Πολυζόπουλος Ε. (2013). Ο ύπνος και η σημασία του. Διαθέσιμο στην σελίδα: <http://www.inspy.gr> (9/9/2013).
- Σουφλερή Ι. (2003). Το τζετ λαγκ; Και όμως είναι νόσος. ΒΗΜΑ.
- Σπαντιδέας Α. (2008). Αϋπνία. Διαθέσιμο στην σελίδα: <http://www.iatronet.gr> (3/05/2008).
- Φλωρού Ε. & Βαγιάκης Ε. (2009). Σύνδρομο υπνικής άπνοιας: μια σύγχρονη νόσος. Νοσοκομειακά Χρονικά
- Χρούσος, Γεώργιος, 2008. Σύγχρονη Παιδιατρική 1st ed. Ιωάννης Ανδρουλάκης et al., eds., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Ύπνου. (2009). Θέσεις ομοφωνίας για τη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών της αναπνοής στον ύπνο. *Πνεύμων*, 22 <http://www.pneumon.org/assets/files/384/file836-el.PDF>
<http://www.pediatrici.yolasite.com/κατηγορίες-διαταράχων-ύπνου.pph>
- Καπρανά Α., Πρώμος Ε., Χειμώνα Θ., Κιαγιαδάκη Δ., Καδίτης Α., Παπαδάκης Χ. Αποφρακτική υπνική άπνοια στην παιδική ηλικία, *Ωτορινολαρυγγολογία - Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου*: τεύχος 36, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2009, σελίδες 40-45
Διαθέσιμο στο
http://www.iatrikionline.gr/Orl_36/06.pdf

http://www.mamakid.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2693:2011-12-26-20-29-09&catid=53:7-12-&Itemid=84
- Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ., Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2008, 47(4):458–470
Διαθέσιμο στο
<http://knakakis.advancednursing.teiste.gr/wp-content/uploads/2014/01/03.pdf>
http://www.paidiatriki.gr/problimata_upnou_sta_paidia_kai_tous_efibous/