

הגישה לישנוניות יתר במתבגרים

נכתב על-ידי:

ד"ר אלכס גיליס-הלל

ד"ר אורנה סבר

ד"ר לילך קמר

בשם:

החברה הישראלית לחקר השינה

יוני 2020

המכון לאיכות
ברפואה



ניירות עמדה מתפרסמים ככלי עזר לרופא/ה ואינם באים במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

חברי הועדה מטעם החברה לחקר השינה (לפי סדר א"ב):

ד"ר אלכס גיללס-הלל, מומחה ברפואת ילדים ובמחלות ריאה בילדים, רופא שינה, יחידת ריאות ילדים והמרכז לרפואת שינה, המרכז הרפואי הדסה, הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית, ירושלים.

ד"ר אורנה סבר, מומחית ברפואת ילדים ורפואת שינה (חול"ל), המרכז לרפואת שינה, המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי תל-אביב (איכילוב), הפקולטה לרפואה סאקלר אוניברסיטת תל אביב.

ד"ר לילך קמר, מומחית ברפואת משפחה, רופאת שינה, מנהלת רפואית, מכוני שינה אסותא.

א. הקדמה:

תקופת ההתבגרות, היא תקופה רוויה שינויים בחיים. בתקופה זו, המתבגרים רוכשים מיומנויות חברתיות ואקדמיות חדשות, גדלים מבחינה גופנית ומתפתחים. אחד השינויים הבולטים שמתרחשים בתקופת ההתבגרות, הוא שינוי בהרגלי השינה. שינויים ביולוגיים מחד, וגורמים חברתיים מאידך, מובילים לשינה בשעות מאוחרות יותר. יחד עם השכמה מוקדמת לבית הספר, עלול להיווצר מחסור שינה במהלך השבוע שגורם בין היתר לישנוניות מוגברת. ישנוניות יתר באה לידי ביטוי בדיווח עצמי על ישנוניות, שינה במהלך היום, שינה עד לשעה מאוחרת יותר בסופי שבוע וקשיי התעוררות בבקרים באמצע השבוע. למרות, שחסך שינה הוא הגורם העיקרי לישנוניות יתר במתבגרים ובמתבגרות, כאחת, מחלות כרוניות אחרות ובעיות במצב הרוח כגון דיכאון עלולות גם הן להתבטא בישנוניות יתר.

נייר עמדה זה יסקור בקצרה את השינויים בתקופת ההתבגרות, הגורמים לחסך שינה ולישנוניות ואת ההשלכות של ישנוניות היתר על התפקוד האקדמי ועל הבריאות הנפשית בקרב מתבגרים. נציג כאן המלצות לבירור של ישנוניות יתר בקרב מתבגרים ולבסוף, נביא המלצות להתערבויות כגון דחיית שעת התחלת הלימודים ושיפור היגיינת השינה.

ב. מימדי התופעה:

איגודי השינה בארץ ובעולם סיפקו בשנים האחרונות, המלצות מוגדרות למשך שינה מומלץ בכל גיל. בקרב המתבגרים מומלצות כ-10-8 שעות שינה בלילה. מקורה של המלצה זו במחקרים שבהם אפשרו למתבגרים לישון ללא הפרעה וראו כי הכמות האופטימלית המובילה לקשב מרבי, להיעדר ישנוניות ולהרגשה כללית טובה היא כ-9 שעות שינה בלילה.

מחקרים רבים הראו כי מתבגרים בגילאי 14-18 ישנים פחות ופחות עם העלייה בגיל. כך למשל, בעוד שרק 16% מקרב תלמידי כיתות ו' דיווחו כי הם ישנים פחות מ-8 שעות, שיעור זה עלה ל-75% בקרב תלמידי כיתות י"ב. כפועל יוצא מחסך שינה זה, המתבגרים ישנים כשעתיים יותר בסופי שבוע על-מנת לנסות להשלים את הפער שנוצר במהלך השבוע.

ג. הסיבות לחסך השינה בקרב מתבגרים:

גורמים ביולוגיים - תזמון מחזור השינה והעירות עובר שינוי במהלך ההתבגרות, ונוצר מצב פיזיולוגי של שעון ביולוגי דחוי, עם דחייה בתזמון תחילה וסיום ההפרשה של מלטונין. כלומר, מבחינה ביולוגית מתבגרים נוטים להיות יותר "ציפורי לילה" לעומת אחיהם הצעירים או הוריהם. המתבגרים גם עמידים יותר ל-"לחץ השינה" ההולך ונבנה, ככל שמשך העירות ארוך יותר. השינויים ההתפתחותיים האלה, מקשים על המתבגרים לישון מוקדם מספיק על-מנת לקום רעננים לשעת התחלת הלימודים. בעבודה על מתבגרים במדינות שונות באירופה, נמצא כי במהלך העשור השני לחיים, שעת השינה של בנים מתבגרים נדחית בכ-2 שעות וב-3 שעות במתבגרות, כאשר, כל שנה במהלך ההתבגרות גורמת לדחייה של 18 דקות בשעת השינה. העובדה ששעת השינה ושעת הקימה נדחות ביתר שאת בסופי שבוע היא ביטוי הן לשינויים בתזמון השינה הנובעים מהשעון הביולוגי והן לחסך השינה הנבנה במהלך השבוע.

מדיה אלקטרונית וחסך שינה - לפי נתונים מארצות הברית, כמעט לכל מתבגר יש מכשיר אלקטרוני אחד לפחות בחדר השינה. מחצית מהם טלפונים סלולריים ומשחקי מחשב. לשני שלישי מהמתבגרים יש טלוויזיה בחדר השינה. לא מפתיע, שמחקרים מצאו כי חשיפה למכשירים אלקטרוניים פוגעת באיכות השינה וקשורה לישנוניות יתר במהלך היום. כבר בשנות ה-70 ראו כי ילדים קטנים שצפו בטלוויזיה מעל שלוש שעות במהלך היום, לא רק שחוו שינה פחות איכותית, אלא גם סבלו יותר מבעיות שינה בגיל ההתבגרות. עבודות על חשיפה למחשבים הראו תוצאות דומות. מלבד דחיית שעות השינה שנוצרת מהצפייה והעיסוק במסכים, מנגנון נוסף שמשבש את השינה הוא חשיפה לאור של המסכים שמדכא את הפרשת המלטונין בלילה. מחקרים שונים הראו, שחשיפה לאור מלאכותי בלילה מפחיתה גם הישגים במבחנים קוגניטיביים.

עבודה ובילויים - יציאה לעבודה הופכת להיות שכיחה יותר ויותר בבני נוער במהלך ההתבגרות, כמו גם, פעילות בחוגים, תנועות נוער, ובילויים עם חברים עד שעות מאוחרות, לעיתים קרובות, על חשבון שעות שינה.

מחלות כרוניות - דוגמת אסטמה לא מאוזנת, מחלות מעי דלקתיות, אלרגיה פעילה, ומצבים הקשורים בכאב כרוני לסוגיו (מיגרנות, מחלות פרקים וכד') עלולות לפגוע ברצף השינה ולגרום לשינה לא מרעננת. הפרעות חרדה ודיכאון ובעיות פסיכאטריות אחרות כדוגמת הפרעות אכילה, שעולות בשכיחותן בגיל ההתבגרות, עלולות גם כן, לגרום לפגיעה בתזמון השינה ותבנית השינה ולכן, יש צורך לברר לגבי הימצאותן. השמנת יתר, ששכיחותה הולכת ועולה בקרב ילדים ונוער, אינה פוגעת בשינה בפני עצמה, אך קשורה לשכיחות מוגברת של דום נשימה בקרב מתבגרים, אשר בתורו פוגע באיכות השינה וגורם לישנוניות יומית וירידה בתפקוד במהלך היום.

חומרים מעוררים - כשהעיקריים שבהם סטימולנטים וקפאין, עשויים לגרום לשינה לא מספקת ובעקבות כך לישנוניות יתר ביום. משקאות רבים מכילים קפאין (קפה, תה שחור וירוק, משקאות קולה, שוקו, "משקאות אנרגיה"). לפי הערכות שונות, מתבגרים צורכים בממוצע כ-50 מ"ג של קפאין ביממה וצריכת קפאין קשורה בשינה לא איכותית בקרבם. לא ברור עדיין, מה כיוון הקשר, כלומר, האם ישנוניות יתר גורמת לצורך יותר קפאין, או שקפאין פוגע באיכות השינה. המלצתנו היא לברר על צריכת קפאין כחלק מביור הרגלי התזונה והשינה ולהמליץ, שלא לצורך משקאות המכילים קפאין כ-6 שעות לפחות לפני שעת השינה הרצויה.

תרופות - רבות גורמות לבעיות שינה ובעקבות כך, עלולות לגרום לישנוניות יתר. כחלק מהאנמנזה במרפאה, יש לברר על שימוש בתרופות, ובעיקר, כאלה מקבוצת הסטימולנטים (מתילפנידאט ומלחי-אמפתימינים על נגזרותיהם, BUPROPION ועוד). מתבגרים משתמשים בתרופות ממריצות מקבוצת הסטימולנטים גם במתן שהוא "לא בהתוויה", ועל הרופא להיות מודע לכך ולתשאל לגבי נטילה של תרופות/ממריצים שלא במרשם. תזמון נכון של נטילת תרופות אלו עשוי לשפר את שנת הלילה. בנוסף, חשוב לברר על שימוש באופיאטים, אנטיהיסטמינים, בנזודיאזפינים ותרופות אנטיאפליפטיות שכולן יכולות לגרום לישנוניות יתר.

ד. השלכות חסך שינה במתבגרים:

מצב רוח, התנהגות וקוגניציה - בקרב תלמידי תיכון נמצא, כי זמן שינה קצר במשך ימות השבוע קשור בישנוניות יומית ותסמיני דיכאון. גם דיווח על "טיפוסיות ערב" בשאלוני שינה (סמן לשעון ביולוגי דחוי) הודגם, כקשור לתסמיני דיכאון ובעיות התנהגות. מעבר לדיכאון, מיעוט שעות שינה במתבגרים (פחות מ-8 שעות לילה) נמצא קשור לעלייה בשכיחות מחשבות אובדניות. כמו כן, שעות שינה לא סדירות ודיווח עצמי על קשיי שינה קשור בהתנהגות של לקיחת סיכונים ובהתאם לכך, מתבגרים הישנים מעט מדווחים על שימוש מוגבר באלכוהול, עישון סיגריות ומריחואנה. מאידך, צריכת אלכוהול בשעות הערב פוגעת באיכות השינה. לבסוף, בדומה למבוגרים, גם מתבגרים עם חסך שינה סובלים מירידה ביכולות קוגניטיביות ובפרט, מדווחים על בעיות שמירה על קשב.

השמנה - משך שינה קצר קשור בהשמנה בילדים ומתבגרים, בדומה למבוגרים. מחקרים על חסך שינה באנשים בריאים הראו שינויים בתפקוד המטבולי בעת חסך שינה (עם מעורבות הורמונים דוגמת אינסולין, גרלין, לפטין וקורטיזול) שמעלים את התנגודת לאינסולין, מעלים פעילות סימפתטית ומעלים תחושת רעב במקביל להפחתת תחושת שובע. כך למשל, על כל שעת שינה חסרה הסיכוי של מתבגר להיות עם השמנה עולה ב-80%. קשר זה, היה אף יותר מאשר גורמים אחרים הקשורים להשמנת מתבגרים דוגמת השמנה הורית ושעות צפייה בטלוויזיה.

תאונות דרכים - הקשר בין ישנוניות לתאונות דרכים מוכר וידוע. במחקרים שונים, נראתה שכיחות גבוהה של תאונות דרכים על רקע ישנוניות יתר בשעות הלילה בעיקר, בנהגים צעירים בני 25 ומטה, ובשכיחות גבוהה יותר בגברים צעירים.

ה. כלים למדידת ישנוניות

יש חשיבות גדולה לדייק באבחנה של ישנוניות לעומת עייפות. ישנוניות מוגדרת כקושי להישאר ער בשעות היום עם נטייה להירדם בסיטואציה שאינה הולמת. עייפות, לעומת זאת מוגדרת כחסר של אנרגיה וליאות שרירים. קיימים כלים סובייקטיביים ואובייקטיביים שמאפשרים לכמת את חומרת הישנוניות.

■ כלים סובייקטיביים

ניתן להעריך, את חומרת הישנוניות בבני נוער בעזרת שאלונים בהן נשאלות שאלות על ישנוניות בשעות הבוקר, קשיי השכמה, איחורים לבית הספר ותנומות חדשות במהלך היום. מחקר עוקבה גדול שפורסם לאחרונה, הציג כלים סובייקטיביים לכימות ישנוניות בבני נוער ביניהם - שאלון Epworth, שבו שאלות שעברו מודיפיקציה לסיטואציות שמתאימות לבני נוער ו-Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire. במחקרים שונים לשאלונים ישנה תקיפות (validity) של 0.75-0.8. אמינות תוצאות השאלונים מוגבלת בשל עמימות של חלק מהשאלות. בנוסף, ניתן להיעזר ביומני שינה להערכה וכימות של שעות השינה של המתלונן על ישנוניות.

■ כלים אובייקטיביים

Multiple Sleep Latency Test-MSLT - מבחן חביוני השינה. זוהי הבדיקה המהימנה ביותר, הרגישה והמקובלת להעריך ישנוניות בצורה אובייקטיבית. פרוטוקול הבדיקה כולל ביצוע בדיקת שינה מלאה במעבדה, ולאחריה, בבוקר לאפשר למטופל 5 תנומות של 20 דקות במרווחים של שעתיים זו מזו. התנומה הראשונה, מתחילה שעה וחצי עד 3 שעות לאחר סיום בדיקת השינה של הלילה הקודם. המדדים שנמדדים בבדיקה זו, הינם חביון הרדמות ממוצע מכל ניסיונות התנומה, וכן, מספר התנומות בהן הופיעה חדירה מוקדמת של שנת חלום (SOREM), כאשר גם חדירה מוקדמת של REM בבדיקת הלילה נלקחת בחשבון.

אקטיגרפיה - אקטיגרף הינו מכשיר דמוי שעון יד, שמאפשר ניטור תנועתיות במשך מספר שבועות רצופים. מכשירים חדישים גם נותנים הערכה לרמות חשיפה לאור באורכי גל שונים. זהו כלי מהימן, שנותן הערכה לגבי תבנית שינה-עירות ומומלץ לתקף אותו מול יומני שינה סובייקטיביים.

בירור ואבחנה מובדלת של ישנוניות יתר במתבגרים (תרשים זרימה)

היסטוריה רפואית - תקופת ההתבגרות הינה תקופה שבה חלים שינויים ביולוגיים, רגשיים וחברתיים ולכן, יש צורך להתייחס לכל המישורים הללו בעת לקיחת ההיסטוריה הרפואית ממתבגרים. מקובל, להשתמש בשיטת (HEEADSSS - Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide, Saifty), שכוללת בתוכה רבדים שונים בחייהם של מתבגרים שרבים מהם, משפיעים בצורה ישירה ועקיפה על השינה. ניתן לחלק את הגישה לאבחנה של ישנוניות יתר ל-3 מרכיבים:

1 - הערכת משך השינה.

2 - הערכת חומרת הישנוניות וההשפעה שלה על תפקוד יומיומי.

3 - נוכחות של מחלות רקע פסיכיאטריות או רפואיות שיכולות להשפיע על השינה.

הערכת משך השינה תיעשה כחלק מלקיחת ההיסטוריה הרפואית ותכלול היסטוריית שינה יסודית. יש להעריך, את זמן ההירדמות, משך השינה, נוכחות התעוררויות במהלך השינה ומשכן, ובאיזו מידה קשה לחזור לישון לאחריהן. כמו כן, יש להעריך את השוני בין לילות במהלך השבוע, ובין סופי השבוע. יש צורך, להתרשם משיגרת השינה, מסביבת השינה (לדוגמה - שינה עם אחים באותו חדר, רמת רעש ותאורה בחדר), צריכה של משקאות מכילי קפאין ומועד ומשך השימוש במדיה דיגיטלית. בנוסף, יש לתעד תרופות קבועות וסמים/אלכוהול. ניתן להיעזר ביומני שינה בשלב זה. יש לתשאל על מצבים בהם מורגשת השפעת הישנוניות על התפקוד היומיומי.

מחלות רקע - חרדה ודיכאון נוטות לגרום לנדודי שינה ויכולות להתבטא גם בישנוניות יומית, אם כי לרוב תתואר עייפות ללא ישנוניות ממש. מחלות כרוניות כגון אנמיה, תת-תפקוד של בלוטת התריס, יקיצות חוזרות על רקע אסטמה לא מאוזנת, אי ספיקה נשימתית, מחלות לב, כאב כרוני, בעיות נוירולוגיות שונות וממאירות כולן יכולות להשפיע על השינה. כמוכן, גם שימוש בתרופות עבור מצבים רפואיים שונים עלול להפריע לאיכות ומשך השינה, כפי שתואר לעיל.

מחלות שינה הגורמות לישנוניות יתר -

- **הפרעות בשעון הביולוגי - כפי שהוזכר כאן, בגיל ההתבגרות מתרחשת דחייה טבעית של השעון הביולוגי.** כאשר הדחייה הזו מפריעה להתנהלות היומיומית, ניתן להגדיר זאת כהפרעה בשעון הביולוגי. הפרעה זו מתאפיינת בקשיי הירדמות בשעה תואמת גיל עם הירדמות לבסוף בשעה מאוחרת והתעוררות בשעה מאוחרת עם קשיי השכמה ניכרים, שלעיתים קרובות, מביאים לאיחורים והיעדרויות ממסגרת הלימודים. מצב זה מוביל לחסך שינה כרוני וישנוניות במהלך היום, במיוחד, בשעות הבוקר. אבחנה זו ניתנת לאישוש בעזרת יומני שינה או על-ידי אקטיגרפיה.
- **היפרסומניה אידיופתית - ישנוניות יתר חריגה שמופיעה לרוב, בין גיל 10 שנים לגיל 30.** לרוב מתוארת שנת לילה של מעל 10 שעות ביממה, אשר אינה מרעננת. כמו כן, קיימת עייפות וישנוניות יומית המפריעות לתפקוד ומחייבות תנומות יום שאף הן אינן מרעננות. לעיתים קרובות, ישנם קשיי השכמה ניכרים ותחושה של "שיכרון שינה" בשעות הבוקר. זוהי אבחנה שבשלילה שנעשית לאחר ביצוע בדיקת חביוני שינה MSLT.
- **נרקולפסיה - אבחנה נדירה, שמתאפיינת בישנוניות חריגה במהלך היום לרבות התקפי שינה, שיתוקי שינה, הזיות היפנוגוגיות (לפני ההירדמות) והיפנופומפיות (בעת היקיצה) עם או ללא אירועי קטפלקסיה.** קטפלקסיה מתאפיינת באיבוד טונוס שרירים פתאומי בתגובה למצב רגשי כמו פחד או צחוק. מופיע לרוב בגיל ההתבגרות וישנה נטייה גנטית (HLA DQB1*0602 שכיח אך לא אבחנתי. קיים גם בלא נרקולפטים). האבחון נעשה בעזרת בדיקת חביוני שינה (MSLT ראה לעיל).
- **תסמונת קליין-לויין - נדירה ביותר.** מתאפיינת בהתקפים חוזרים של ישנוניות יתר שנמשכים לרוב בין שבוע לשבועיים בתדירות של אחד ל-18 חודשים בממוצע. בזמן ההתקף מתואר זמן שינה של 20-12 שעות ביממה. בזמן ההתקף, החולה מדגים פגיעה קוגניטיבית, שינויי תיאבון, הפרעה התנהגותית (מיניות יתר). בין ההתקפים תבנית השינה תקינה. הגיל הממוצע להופעת תסמיני סינדרום זה הינו 15 שנים והיא שכיחה יותר בבנים.
- **הפסקות נשימה בשינה (תסמונת דום נשימה חסימתי) - אצל חלק מהנוחרים בשנתם, קיימים אירועים של הפסקות נשימה בעת השינה, אשר חולפות באופן עצמוני ומופיעות שוב לסירוגין במשך השינה.** אצל רוב הסובלים מתסמונת זו, תהיה מידה של ישנוניות יומית, אם כי בילדים, לעיתים הביטוי הוא דווקא של קשיי ריכוז והיפר-אקטיביות. בבני נוער, בדומה לילדים, האטיולוגיה העיקרית למחלה זו היא הגדלה של רקמת האדנואיד והשקדים. אולם, במקביל לעלייה בשכיחות ההשמנה בקרב ילדים ונוער, יש גם עלייה בשכיחות תסמונת זו על רקע השמנת יתר. האבחנה נעשית במעבדת שינה.
- **תסמונת הרגליים הרגילות RLS - מתאפיינת בדחף להזיז את הרגליים לאור תחושות לא נעימות ברגליים, או חוסר נוחות (עיקצוץ, נימלול).** התסמינים מופיעים בשעות הערב ומחמירים בלילה. התסמינים מופיעים בזמן מנוחה ומוקלים בתזוזה של הרגליים. תחושות אלו והצורך להזיז את הרגליים על-מנת להשקיטן, מפריעים להירדמות ויכולים לגרום לנדודי שינה. אצל כ-80% מהסובלים ממצב זה, יראו בבדיקות שינה גם תנועות רגליים מחזוריות בזמן השינה PLMS. יש לציין, כי לעיתים מלבד קושי להירדם, תהיה גם תלונה על "שינה לא שקטה". קיים קשר בין חוסר במאגר ברזל לתסמונת זו. תנועות רגליים מחזוריות PLMS שמתגלות בזמן ביצוע בדיקה במעבדת שינה, עשויות לעזור לאשש את האבחנה, אך יש להדגיש, כי מדובר בתסמונת קלינית ואין הכרח בביצוע מעבדת שינה לאבחנה.

1. המלצות לטיפול

באופן כללי מומלץ לדבר עם המתבגרים והוריהם על חשיבות שינה מספקת מכל הסיבות שתוארו לעיל, תוך שימת דגש בתחומים העשויים להיות חשובים במיוחד למתבגר הספציפי. בנוסף, במידה וקיימות, מומלץ לדאוג לאיזון טוב של מחלות רקע כחלק משיפור איכות השינה.

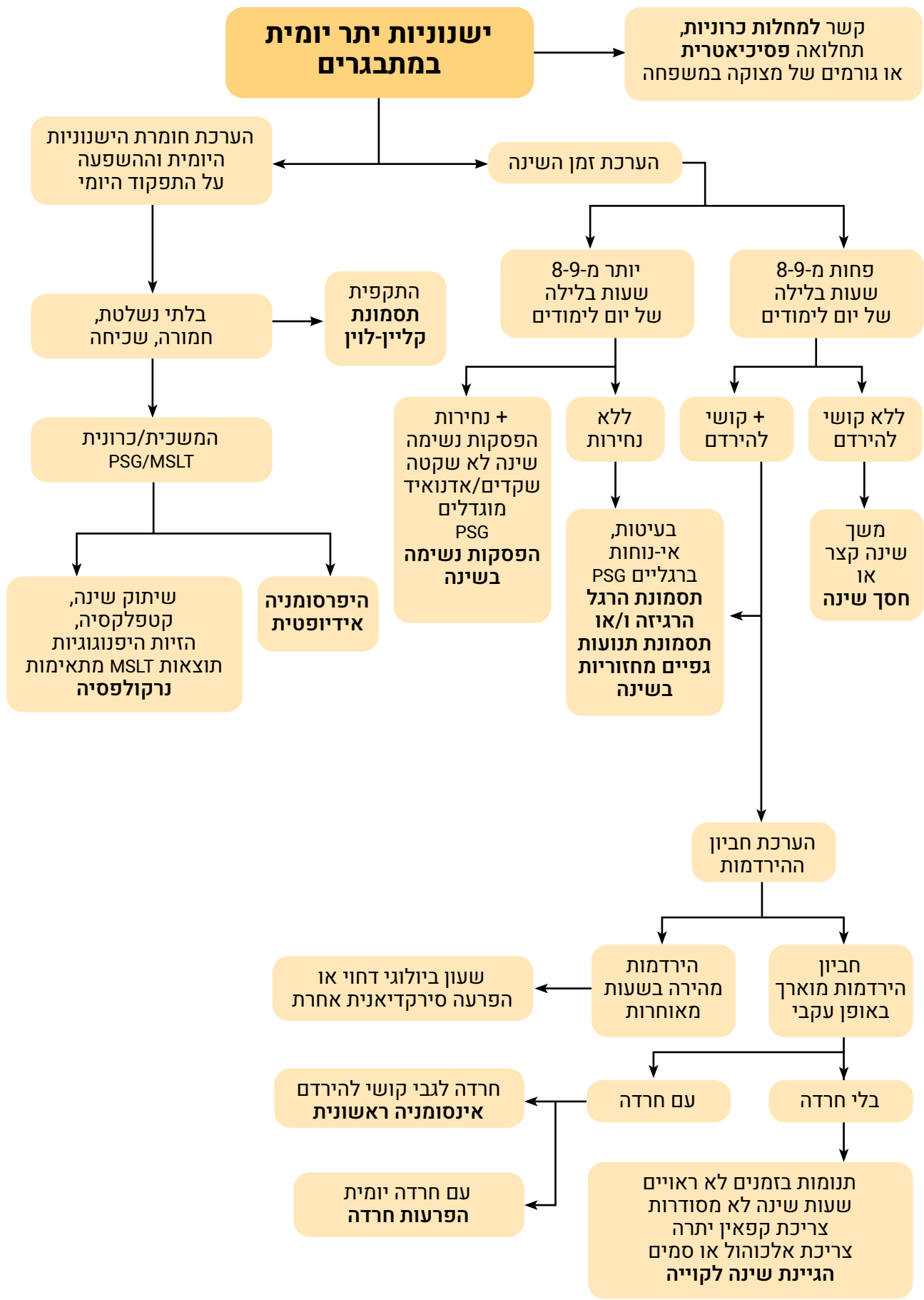
היגיינת שינה

- הקפדה על שעות שינה סדירות, ללא הבדלים קיצוניים בשעות השינה בין ימי השבוע לסוף שבוע.
- שעת שינה די מוקדמת על-מנת לאפשר כ-9.5-9 שעות שינה ללילה.
- בשעות הערב, הפחתה בשימוש במסכי מדיה למיניהם והפחתה בחשיפה לאור מלאכותי ברחבי הבית.
- הימנעות מפעילות מעוררת בשעות הערב (למשל סיום מוקדם יותר של אימון ספורט).
- חשיפה לאור יום רב בבוקר.
- אם עדיין יש שנת צהריים, לוודא שינה קצרה בלבד על-מנת לא לפגוע בשעת ההירדמות.
- הימנעות ממשקאות המכילים קפאין כ-6 שעות לפני שעת השינה הרצויה.
- הימנעות מעישון ושתיית אלכוהול בערב.

טיפול בהפרעות השינה השונות (על קצה המזלג):

- הפרעות בשעון הביולוגי לרוב, מטופלות היטב על-ידי הקפדה על היגיינת שינה וחשיפה נאותה לאור וחושך בשילוב עם טיפול במלטונין **בשחרור מהיר (ולא מלטונין בשחרור מושהה)**, דוגמת התכשיר המסחרי (Circadin). מלטונין קיים בישראל כהכנה רוקחית במרשם רופא, ואינו מכוסה בסל הבריאות. מומלץ, להשתמש במלטונין במרשם רופא ולא במלטונין הנמכר כ-OTC בחו"ל בשל פיקוח בארץ על איכות המלטונין. בתכשירי OTC של מלטונין קיים חוסר אחידות.
- היפרסומניה אידיופטית ונרקולפסיה, מטופלות באופן דומה על-ידי שמירה על היגיינת שינה ושעות שינה מספקות, יחד עם תנומות יזומות לתחזוקה של העירנות. כמו כן, ישנן תרופות מעוררות - קו ראשון - MODAFINIL ו-ARMODAFINIL, וקו שני - תכשירי מתילפנידאט ומלחי אמפתמין. קיימים תכשירים נוספים שבינתיים אינם זמינים באופן שוטף בישראל. למניעת קטפלקסיה ניתן להיעזר ב-SNRI, וכן, בתכשירים ייעודיים שאינם רשומים בישראל.
- תסמונת קליין-ליוין אינה מגיבה לטיפול תרופתי, וחשיבות האבחנה היא בעיקר לאפשר לצפות מראש ולהבין את המצב וכן, לספק תמיכה חברתית בתקופות ההתקפים.
- הפסקות נשימה בשינה מטופלות בנוער בהתאם לחומרתן ולגורם האטיולוגי - לרוב במתבגרים הקטנת שקדים ואנדואיד היא קו טיפולי ראשון במקביל לירידה במשקל, במידת הצורך. במקרים מורכבים יותר או כאלה שלא מגיבים לטיפול ניתוחי, ניתן להשתמש בתמיכה נשימתית בעזרת CPAP או בהתקן דנטלי.
- תסמונת הרגליים הרגיזות - לרוב מגיבה במידה מסוימת לטיפול בתכשירי ברזל. במידת הצורך, קיימות תרופות אחרות שלא נבדקו בילדים כגון תכשירים דופמינרגים, אנטיפרכוסיים, קלונדין, אופיואידים ובנזודיאזפיני

שעת התחלת הלימוד בבתי הספר - מחקרים רבים עסקו בנושא שעת התחלת הלימודים בבית הספר בקרב מתבגרים. ניתן לגרום לשינוי על-ידי דחייה, ולו במעט, בזמן התחלת הלימודים. במקומות בעולם, בהם יושמו זמני התחלת לימודים מאוחרים יותר, בניגוד למה שניתן היה לחשוש - זמן הכניסה לשינה לא השתנה גם כאשר תלמידים ידעו כי לא יצטרכו לקום מוקדם כל כך בבוקר עם דחיית שעת התחלת הלימודים. על-ידי התחלת לימודים מאוחר יותר, נוספה כשעת שינה אחת, אשר הביאה לירידה בהיעדרויות מבית הספר, ירידה בדיווחים על תסמינים דיכאוניים, ירידה בתחושה של קשיי קשב וריכוז, ירידה בביקורים במרפאות בשל תלונות הקשורות לעייפות, ושיפור בציונים. הדבר הודגם בתלמידי חטיבות ותיכונים כאחת. מחקרים הראו אף ירידה בתאונות דרכים בהן מעורבים בני נוער. מובן, ששינוי זמן התחלת וסיום הלימודים מהווה אתגר מבחינה לוגיסטית, אך למרות זאת, במקומות שונים בעולם יושמו זמני התחלה מאוחרים בהצלחה.



References

1. Owens J, Wang G, Lewin D, Skora E, Baylor A. Association Between Short Sleep Duration and Risk Behavior Factors in Middle School Students. *Sleep* 2017; 40.
2. Owens JA, Weiss MR. Insufficient sleep in adolescents: causes and consequences. *Minerva pediatrica* 2017; 69: 326-336.
3. Owens JA, Dearth-Wesley T, Lewin D, Gioia G, Whitaker RC. Self-Regulation and Sleep Duration, Sleepiness, and Chronotype in Adolescents. *Pediatrics* 2016; 138.
4. Owens J. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics* 2014; 134: e921-932.
5. Hart CN, Carskadon MA, Considine RV, Fava JL, Lawton J, Raynor HA, Jelalian E, Owens J, Wing R. Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin. *Pediatrics* 2013; 132: e1473-1480.
6. Mathew GM, Li X, Hale L, Chang AM. Sleep duration and social jetlag are independently associated with anxious symptoms in adolescents. *Chronobiol Int* 2019; 36: 461-469.
7. Short MA, Weber N. Sleep duration and risk-taking in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 2018; 41: 185-196.
8. Conklin AI, Yao CA, Richardson CG. Chronic sleep deprivation and gender-specific risk of depression in adolescents: a prospective population-based study. *BMC public health* 2018; 18: 724.
9. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine* 2016; 12: 785-786.
10. Matthews KA, Pantescio EJ. Sleep characteristics and cardiovascular risk in children and adolescents: an enumerative review. *Sleep medicine* 2016; 18: 36-49.
11. Van Hoorenbeeck K, Franckx H, Debode P, Aerts P, Ramet J, Van Gaal LF, Desager KN, De Backer WA, Verhulst SL. Metabolic dysregulation in obese adolescents with sleep-disordered breathing before and after weight loss. *Obesity (Silver Spring, Md)* 2013; 21: 1446-1450.
12. Tauman R, Gozal D. Obesity and obstructive sleep apnea in children. *Paediatric respiratory reviews* 2006; 7: 247-259.
13. Palermo TM, Kiska R. Subjective sleep disturbances in adolescents with chronic pain: relationship to daily functioning and quality of life. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* 2005; 6: 201-207.
14. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child development* 1998; 69: 875-887.
15. Dong L, Gumpert NB, Martinez AJ, Harvey AG. Is improving sleep and circadian problems in adolescence a pathway to improved health? A mediation analysis. *Journal of consulting and clinical psychology* 2019; 87: 757-771.
16. Owens JA, Dearth-Wesley T, Herman AN, Oakes JM, Whitaker RC. A quasi-experimental study of the impact of school start time changes on adolescent sleep. *Sleep health* 2017; 3: 437-443.
17. Marx R, Tanner-Smith EE, Davison CM, Ufholz LA, Freeman J, Shankar R, Newton L, Brown RS, Parpia AS, Cozma I, Hendriks S. Later school start times for supporting the education, health, and well-being of high school students. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017; 7: Cd009467.
18. Montserrat Doukrou, Terry Yvonne Segal. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people—how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2018.



המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה