Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Disturbi del sonno in età pediatrica: un problema, tante soluzioni

Lavoro Di Tesi (*Bachelor Thesis)*
Jelena Vidakovic

Direttrice di tesi: Silvana Branca

Manno, 2 agosto 2016
Anno accademico: 2015 - 2016

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Disturbi del sonno in età pediatrica: un problema, tante soluzioni

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Jelena Vidakovic

Direttrice di tesi: Silvana Branca

Manno, 2 agosto 2016
Anno accademico: 2015 - 2016

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi"

ABSTRACT

Background
I disturbi del sonno del bambino sono una problematica sempre più odierna data dalle continue innovazioni a livello globale. Circa il 20-30% dei bambini statunitensi presenta problemi nella soddisfazione di questo bisogno primario che si manifestano con una resistenza ad andare a dormire o con la difficoltà nell'addormentarsi (Fenton, Marvicsin, & Danford, 2014). Le cause sono soprattutto legate all'organizzazione della giornata, alla molteplicità di stimoli che circondano il bambino e alle abitudini date dai genitori.

Scopo
Questa ricerca intende indagare su quali possono essere le possibili strategie da mettere in atto o i campi su cui si deve lavorare al fine di prevenire l'insorgenza dei disturbi del sonno nel bambino. Così voglio dimostrare che con un'adeguata qualità di vita la possibilità di riscontrare i disturbi è bassa.

Metodo
Inizialmente, attraverso una ricerca bibliografica e alla conseguente stesura del quadro teorico, ho cercato di approfondire la tematica potendola così comprendere meglio. In questa fase esplorativa teorica ho tentato di mettere in luce tutti gli elementi legati allo stile e alla qualità di vita che sono emersi dalla letteratura e che incidono poi sulla durata e sulla qualità del sonno del bambino. Di seguito mi sono concentrata solo su un elemento che sarebbero gli apparecchi elettronici, in particolare la televisione. La domanda di ricerca è diventata così più dettagliata, infatti ciò che ho voluto fare è capire quali sono le variabili che caratterizzano la visione della televisione nei bambini dai 2 agli 8 anni che incidono poi sulla durata e sulla qualità del sonno. Gli articoli sono stati ricercati in diverse banche dati e tramite l'utilizzo di svariate parole chiavi.

Risultati
Sono stati utilizzati 6 articoli e tutti hanno evidenziato le principali variabili a cui bisogna fare attenzione e al quale si può porre un rimedio. La visione della televisione non da conseguenze immediate, ma a lungo andare influisce non solo sul sonno, bensì anche su altre attività di vita quotidiana. Successivamente all'alterazione delle principali variabili, possono insorgere problematiche patologiche del sonno.

Discussione
Di principio sono i genitori che devono educare i figli sulle corrette pratiche e usanze, ma non sempre è possibile, e dove c'è una mancata conoscenza da parte dei genitori, l'introduzione di una figura sanitaria, in questo caso dell'infermiere, garantisce un'ulteriore risorsa. L'infermiere ha così la possibilità di educare non solo i genitori, ma di entrare in contatto con tutta l'unità famigliare. Questo tipo di approccio da parte dell'infermiere è denominato anche prevenzione primaria.

INDICE

1. INTRODUZIONE 1
1.1. Introduzione al tema 1
1.2. Motivazione 2
2. DOMANDA DI RICERCA E OBIETTIVI DEL LAVORO 3
3. QUADRO TEORICO 3
3.1. Fisiologia del sonno nel bambino 3
3.2. Disturbi del sonno 4
3.2.1. Insonnie 5
3.2.2. Parasonnie 5
3.2.3. Ipersonnia 6
3.3. Elementi legati allo stile e alla qualità di vita emersi dalla letteratura 6
3.3.1. Apparecchi elettronici 7
3.3.2. L'alimentazione 8
3.3.3. Obesità e sovrappeso 10
3.3.4. Attività fisica 11
3.3.5. Relazioni sociali 11
3.3.6. L'ambiente fisico circostante 12
3.4. Organizzazione della giornata 12
3.5. Ruolo infermieristico 13
3.6. Centri del sonno 14
4. METODOLOGIA 15
4.1. La revisione della letteratura 16
4.2. Applicazione della metodologia - Protocollo 17
5. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA REVISIONE 19
6. RISULTATI 20
6.1. Descrizione degli articoli 20
6.2. Analisi dei dati emersi 20
6.2.1. Avere la televisione in camera 21
6.2.2. Orario e momento della visione della televisione 21
6.2.3. Contenuti dei programmi televisivi guardati 22

6.2.4. Esposizione attiva e passiva allo schermo della televisione 22
6.2.5. Situazione famigliare 23
6.2.6. Ulteriori dati emersi 24
7. DISCUSSIONE 24
7.1. Discussione dei risultati 24
7.2. Raccomandazioni per la pratica 27
7.3. Raccomandazioni per l'eventuale ricerca futura 29
7.4. Limitazioni della revisione 29
8. CONCLUSIONI 30
8.1. Valutazione della qualità della revisione 30
8.2. Valutazione personale 30
8.3. Ringraziamenti 31
9. FONTI 32
9.1. Bibliografia 32
9.2. Articoli scientifici 32
9.3. Sitografia 34
9.4. Iconografia 35
10. ALLEGATI 37
10.1. Tabella riassuntiva degli articoli 37

Gentile lettrice, egregio lettore,

il lavoro di tesi che sta per iniziare a leggere segna una tappa per me molto importante. Esso è infatti l'ultimo step che mi separa da un titolo di studi al quale ambisco da tempo: il Bachelor in cure infermieristiche.

1. INTRODUZIONE

1.1. Introduzione al tema

La mia grande passione per i bambini e l'ambito pediatrico in generale, mi hanno spinta a scegliere di trattare un tema di grande attualità: i disturbi del sonno. Più nello specifico, il lavoro mira ad approfondire questa problematica in soggetti di età compresa tra i 2-8 anni. Questo periodo di vita prende in considerazione la "seconda infanzia" e l'inizio della "terza infanzia" (Mussen, 1969). A tale riguardo, vi sono studi che dimostrano che i soggetti di questa fascia d'età sono i più colpiti da questo disturbo. Si è appurato, infatti, che il 20-30% dei bambini statunitensi della fascia d'età menzionata presenta problemi nella soddisfazione di questo bisogno primario, manifestando una resistenza ad andare a dormire o con la difficoltà nell'addormentarsi (Fenton et al., 2014).

La fascia d'età in questione è molto delicata, poiché rappresenta una tappa fondamentale nello sviluppo del sistema nervoso del bambino. Nella prima infanzia, infatti, avviene un importante processo di maturazione a livello neuronale, mielinico e della corteccia cerebrale. Questo processo di maturazione ha conseguenze dirette sulla qualità del sonno poiché rappresenta una fase delicata e soggetta a mutamenti influenzati dall'ambiente esterno (Brockmann et al., s.d.). I risultati di una ricerca italiana, dimostrano che nei primi 3 anni di vita, il 20-30% dei bambini ha dei disturbi del sonno: percentuale che scende al 15% dopo i 3 anni. Raramente le cause sono organiche, ma nella maggior parte dei casi, circa l'80%, l'insonnia dipende da fattori psicofisiologici. Le cause sono soprattutto legate all'organizzazione della giornata, alla molteplicità di stimoli che circondano il bambino e alle abitudini date dai genitori (Cuppini, 2014).

Negli ultimi decenni, dato lo sviluppo tecnologico, i bambini sono sempre più attirati dalle nuove tecnologie e, sempre più, sono pratici nel loro utilizzo. Iniziano ad acquisire manualità ed autonomia già in giovane età. Io stessa rientro in questa "nuova" categoria di bambini. Da piccola, infatti, all'età di 4 anni, ero in grado di scrivere il mio nome a computer ma non ero in grado di fare la stessa operazione con carta e penna.

Da recenti sondaggi condotti in Svizzera e che hanno preso in analisi bambini della fascia d'età da 6 a 13 anni, risulta che su 1000 di questi, il 35% dei bambini di 6-7 anni possiede già uno smartphone («I bambini svizzeri preferiscono giocare», 2015).

Un'altra ricerca, invece, svolta negli Stati Uniti e che ha permesso d'intervistare i genitori di 1'463 bambini dai 0-8 anni ha dimostrato che il 58% dei bambini guarda la televisione ogni giorno: elemento molto significante data la giovane età («1 in 5 Kids Use Mobile Devices Every Day», 2013).

Un'altra ricerca, anch'essa Americana, ha dimostrato che il 60% dei bambini di 1-6 anni usa la televisione come strumento di routine per andare a dormire: informazione che dovrebbe far riflettere tutti noi (Brockmann et al., s.d.).

Di pari passo a questo sviluppo tecnologico, i casi di sovrappeso e obesità stanno aumentando. A livello globale, infatti, il numero di bambini con meno di 5 anni di età e che presenta tale problematica, è passato da 31 milioni (nel 1990) a 41 milioni (nel 2014), con un aumento della prevalenza dal 4,8% al 6,1% (Spinelli & Nardone, 2016).

1.2. Motivazione

I motivi che mi hanno portata alla scelta di questo tema sono molteplici. Ogni reparto ospedaliero è caratterizzato da sue peculiarità e, la pediatria, sento che è legata a una parte di me.

Prima di arrivare alla decisione di questo tema, ho avuto molte idee per argomenti differenti, che sono state però bloccate prima che venissero sviluppate. Questo poiché gli argomenti che erano di mio interesse, sono stati in parte tutti affrontati da studenti laureatesi negli anni precedenti. Inizialmente pensavo di sviluppare un tema inerente la maternità, visto e considerato anche la stretta correlazione con il mio terzo stage eseguito presso l'ospedale San Giovanni di Bellinzona. Gli argomenti che toccano questo ambito sono numerosi, ma, come ribadito in precedenza, buona parte di essi sono già stati trattati nelle annate precedenti. Non va inoltre dimenticato che la pediatria è un ambito di tipo specialistico, pertanto, la scelta del tema deve essere comunque qualcosa che abbia correlazione con il titolo d'infermiere in cure generali. Titolo questo che mi accingo a conseguire. Determinate tematiche, quindi, mi vengono precluse a priori. La scelta è stata quindi quella di sviluppare un tema ancora inedito nella tesistica presente in SUPSI. Con questo, intendo di portare un argomento nuovo e del quale auspico che altri studenti, come me, nei prossimi anni amplino e aggiornino con i più recenti stati dell'arte. La tematica, considerato l'imponente progresso tecnologico degli ultimi anni, è e sarà ancora a lungo di attualità.

Grazie al consiglio di una docente, ho avuto l'occasione di andare ad assistere ad un simposio tenutosi agli inizi di luglio 2015 e organizzato dal Neurocentro della Svizzera Italiana. Il tema era: *"Disturbi del sonno in età pediatrica"*. È stato molto interessante parteciparvi. A seguito di questo ho riflettuto a lungo sul tema e sulle implicazioni infermieristiche che possono esserci. Numerose sono state le domande che ho iniziato a pormi. Queste mi hanno motivato e convinta a concentrarmi sugli aspetti e sugli interventi di qualità di vita che incidono sui disturbi del sonno. Ero decisa ad intraprendere un lungo percorso di studio e di ricerca atto a dare risposta a tutte le domande sorte in me. Da questo simposio è emerso che, oggigiorno, i disturbi legati al sonno sono molto diffusi e messi sempre più in evidenza. D'altro canto, però, le nozioni che nella società sono diffuse, riguardano gli adulti anziché i soggetti in età pediatrica. Questo è dovuto al fatto che si crede che nell'infanzia tale problematica non sia così diffusa quanto nell'adulto. Con questa premessa la voglia e la curiosità di incrementare le mie conoscenze in questo campo è salita. L'ambito della sanità è sempre in continuo aggiornamento. Ogni giorno ci sono nuove scoperte in qualsiasi campo e nuove ricerche che portano alla luce risultati sempre più precisi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma che la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia («Constitution of the world health organization», 2006).

La pediatria, così come ogni branca della medicina, è dunque in continuo mutamento e, il nostro compito, oltre a svolgere il nostro lavoro d'infermieri, consiste nell'aggiornarsi di continuo sulle nuove scoperte. Non è facile dover continuamente modificare le proprie basi pratiche e teoriche ma, se il nostro obiettivo, come affermato nelle righe precedenti, è il completo stato di benessere del paziente al quale ci apprestiamo ad erogare delle cure, uno dei nostri compiti sarà il continuo aggiornamento. Come professionisti della salute, siamo sempre più frequentemente chiamati a rispondere alle domande dei pazienti e a sensibilizzare la popolazione. Per questo motivo, credo sia importante, soprattutto nel caso in cui si vuole lavorare a stretto contatto con i reparti di pediatria, avere delle conoscenze riguardo a questo argomento per poter fornire informazioni e a indirizzar coloro che si trovano di fronte a simili difficoltà. In questa

branca vi è la particolarità che non c'è solo il paziente bambino, ma ci sono i genitori. Dunque, rappresenta un elemento in più a cui la figura sanitaria deve far fronte.

2. DOMANDA DI RICERCA E OBIETTIVI DEL LAVORO

La mia domanda di ricerca si basa sul focalizzarmi nel ruolo di promotore dell'infermiere nei disturbi del sonno in età pediatrica. In particolare, voglio capire quali sono gli elementi ricreativi, di qualità di vita che incidono sulla qualità del sonno e, a dipendenza dell'elemento coinvolto, voglio capire cosa può portare al bambino ad avere problemi a dormire. Tutto questo lo farò mediante una revisione della letteratura. Successivamente al quadro teorico, voglio focalizzarmi sono su un elemento di qualità di vita e mediante la revisione voglio dimostrare che un adeguata qualità di vita previene l'insorgenza di disturbi del sonno.

Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di raggiungere gli obiettivi e dare una risposta alle domande sotto elencate:

- Quali sono gli aspetti in termini di qualità che incidono sul sonno del bambino? Che tipo di correlazione hanno con il sonno del bambino?
- Quali strategie devono essere attuate al fine di prevenire l'insorgenza dei disturbi del sonno nel bambino?
- Dimostrare che con un'adeguata qualità di vita la possibilità di riscontrare disturbi è bassa;
- Far emergere l'importanza infermieristica nell'assistenza dei bambini con i disturbi del sonno;
- Garantire che la revisione della letteratura sia eseguita mediante l'utilizzo di articoli scientifici odierni che mi permetterà di rendere l'esito della ricerca più aggiornata possibile.

3. QUADRO TEORICO

3.1. Fisiologia del sonno nel bambino

Dormire, sia per gli adulti che per i bambini, è un bisogno primario (come mangiare e bere) di cui non si può farne a meno. A dipendenza dell'età, la fisiologia del sonno cambia. Durata, intensità e fasi. Un adulto ha bisogni differenti rispetto a un bambino. La seguente tabella mostra una media delle ore di sonno suddivisa per le rispettive fasce d'età (Datta & Vella, 2009).

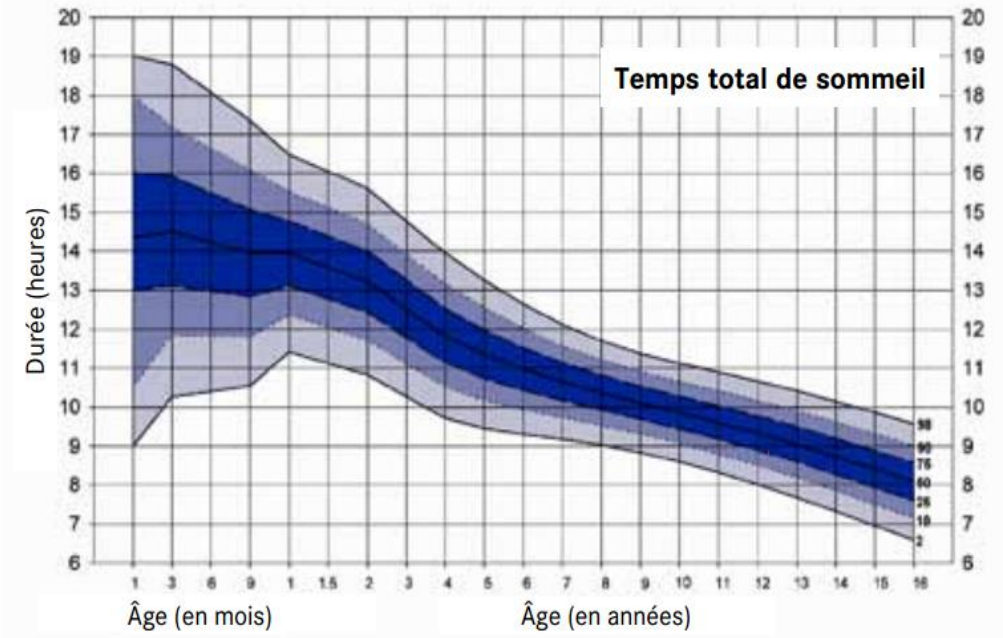

Figura 1: Curve percentili per il tempo totale di sonno (2009)

Si può notare che man mano che aumenta l'età, le ore di sonno diminuiscono. La mia tesi si indirizza nella seconda e terza infanzia, più o meno dai 2 agli 8 anni, perché da come affermato in un documento di Swiss Pediatrics questa fascia d'età è la più coinvolta sull'insorgenza di disturbi del sonno nel bambino.
È oramai un dato noto che mediamente si passa un terzo della propria vita a dormire. Un atto così semplice di cui non ci si rende conto. Si pensa che dormire sia un atto passivo, invece, è il contrario: è un fenomeno attivo caratterizzato da un'intensa attività cerebrale e neuronale. Il sonno è costituito da una sessione ciclica che nel bambino dura, più o meno, a dipendenza dell'età, cinquanta minuti, ed è caratterizzato da due principali stadi: il sonno non-REM (sigla che deriva dall'inglese che sta a significare rapid eye movements) e REM (Datta & Vella, 2009).
Il sonno non-REM è caratterizzato a sua volta da quattro stadi:

- Assopimento: caratterizzato da uno stato crepuscolare fra veglia e sonno leggero;
- Sonno superficiale: la coscienza è sopita, i muscoli si rilassano;
- Sonno profondo: fase in cui il sonno comincia a diventare più profondo;
- Sonno profondo effettivo: le onde corrispondenti all'attività cerebrale sono lente («Qualità e quantità del sonno», s.d.).

Il sonno REM invece, si presenta alla fine dei quattro stadi del sonno non-REM («Qualità e quantità del sonno», s.d.). Questa fase è caratterizzata da un'intensa attività cerebrale, simile a quella dello stato di veglia. La respirazione ed il battito cardiaco diventano irregolari e si rilevano dei rapidi movimenti oculari. La fase REM è correlata anche ai sogni (Schumacher-Danielli, s.d.).
La durata di questa fase è di circa quindici minuti e, nell'arco della notte, nei bambini, si sommano almeno due ore di fase REM. Nel corso della notte diminuiscono progressivamente le fasi di sonno profondo e aumentano di durata e d'intensità le fasi REM. Molto importante da sapere è che durante il sonno non-REM, si ha un'elevata produzione dell'ormone della crescita, che è vitale per la salute fisica. Mentre, nel sonno REM, aumenta il flusso sanguigno verso il cervello («Qualità e quantità del sonno», s.d.).

Quando subentrano dei problemi, la qualità e l'efficacia del sonno si modificano. In questa fascia d'età i bambini sono in una fase dove possono avere problemi del sonno. Questi disturbi insorgono però dall'affluenza delle attività di vita quotidiana. La qualità è un elemento fondamentale che influisce sui risultati (Fenton et al., 2014).

3.2. Disturbi del sonno

I disturbi del sonno sono classificabili in tre diversi grandi campi: le insonnie, ipersonnie e parasonnie. A sua volta, ogni campo è suddiviso nei suoi rispettivi cappelli sottostanti. Chiaramente questi disturbi insorgono in concomitanza o successivamente ad alterazioni di elementi di qualità di vita. Di seguito vengono approfonditi nel dettaglio.

3.2.1. Insonnie

Le insonnie, sono un disturbo caratterizzato dall'incapacità di prendere sonno nonostante ce ne sia il reale bisogno fisiologico oppure, sono continui risvegli notturni che impediscono una giusta continuità del sonno (Datta & Vella, 2009).
A livello Svizzero, le insonnie sono frequenti dal 20 al 30% nei bambini fino ai 6 anni, il 10% nei bambini fra i 6 e 12 anni e il 15% negli adolescenti. Nei bambini piccoli tra 1 e 3 anni, l'insonnia è spesso l'espressione di un problema legato all'addormentamento o al mantenimento continuo della notte senza risvegli. Il continuo risveglio è spesso accompagnato dal pianto eccessivo e dal rifiuto di continuare poi a dormire. Questo disturbo non è definito proprio una vera insonnia, ma è molto più impegnativo per i genitori che devono occuparsi del bambino. Nella maggior parte dei casi la causa sta nel fatto che il bambino non ha mai dormito da solo ed è abituato ad essere circondato da genitori. C'è il rischio che con il passare del tempo, il genitore essendo stanco, tenda ad assecondare il bambino, e così può darsi che il suo ciclo del sonno si sposti durante il giorno correndo il rischio che non dormirà più la notte (Datta & Vella, 2009).
Dunque riassumendo, nei bambini possono esserci dei rituali sbagliati alla sera che non influiscono adeguatamente sull'iniziazione del sonno. In questi casi il genitore deve iniziare a seguire delle misure pratiche d'igiene del sonno e mettere in pratica dei protocolli per favorire il sonno corretto del proprio figlio (Datta & Vella, 2009).

3.2.2. Parasonnie

Le parasonnie sono più frequenti nei bambini in età prescolare e scolare. Si suddividono in parasonnie del sonno REM e non-REM.

Le parasonnie del sonno REM comprendono incubi, disturbi comportamentali e paralisi ricorrenti. Gli incubi sono più comuni nella seconda metà della notte dove la fase REM si allunga sempre di più. Al risveglio il bambino a differenza del sonno non-REM si ricorda dell'accaduto (Datta & Vella, 2009).
I problemi comportamentali sono associati con il sonno, e sono la materializzazione di un sogno con reazioni aggressive verso gli altri membri della famiglia. La paralisi è ricorrente nei bambini in cui hanno proprio uno sfasamento del sonno, dove il bambino è sveglio ma non riesce a muoversi. I movimenti ritmici della testa, i crampi notturni, il bruxismo e i movimenti periodici degli arti del sonno sono tra i disturbi del movimento Sleeprelated (Datta & Vella, 2009).

Le parasonnie del sonno non-REM invece, sono più presenti nella prima metà della notte, dove il sonno è più marcato. Il bambino non si sveglia o lo fa solo in parte, dove si mostra in stato confusionale. Il giorno o la mattina seguente, il bambino non ricorda nulla dell'accaduto. Le fasi di sonno profondo tendono a diminuire nella seconda metà della notte. Gli episodi sono caratterizzati da uno stato di disorientamento confusionale, associato a movimenti incoerenti e a vocalizzazioni coerenti. Questi episodi possono durare qualche minuto fino anche a 10 minuti (Datta & Vella, 2009).
La paura della notte invece, si manifesta circa nel 5% dei bambini ed inizia intorno ai 2-3 anni con il picco ai 5-7. La scena che avviene solitamente è caratterizzata dal bambino che si siede a bordo letto, con gli occhi aperti, lo sguardo spaventato, che piange o urla. Questo è proprio un terrore della notte (Datta & Vella, 2009).
Il sonnambulismo invece appare più tardi, intorno a 3-6 anni ed è caratterizzato dagli occhi vaganti, viso aperto e congelato. Il bambino è abile, cammina ed in genere non si fa male (Datta & Vella, 2009).

Nonostante ci sia un sonno profondo nella fase non-REM, il cervello non inibisce movimenti semplici. Questi movimenti vengono interpretati come manifestazioni emozionali del sistema limbico. Svegliarsi dal sonno non-REM è difficile, il risultato è una parasonnia. Lo stress durante il giorno o la mancanza di sonno può promuovere la parasonnia (Datta & Vella, 2009).
Esse non disturbano il progredire del sonno, non bisogna però svegliare il bambino quando succedono degli episodi, perché se lo si sveglia di continuo, a lungo andare possono avvenire delle frammentazioni al sonno (Datta & Vella, 2009).

3.2.3. Ipersonnia

L'ipersonnia è anche definita come l'eccessiva sonnolenza diurna. È caratterizzata da una maggior necessità di sonno durante il giorno. Bisogna differenziarla dalla stanchezza diurna e dalla diminuzione di energia che sono due cose diverse (Datta & Vella, 2009).

Spesso i bambini vanno contro al bisogno di dormire, diventano più iperattivi e confusi oppure si addormentano in situazioni inappropriate (al cinema, a tavola,…). Una possibile causa è la narcolessia, che è una malattia caratterizzata dalla disgregazione dell'organizzazione del sonno. Sia il sonno che la veglia sono interessati. Difatti, durante il giorno, avvengono episodi incontrollabili di allucinazioni, mentre, di notte, il bambino è disturbato da frequenti periodi di veglia e parasonnie. Si crede che ci sia un'origine multifattoriale che determina la possibilità di soffrire di questa malattia. La narcolessia è una malattia che influisce molto sulla qualità e lo stile di vita. I 4 sintomi principali che caratterizzano la narcolessia sono: ipersonnia, allucinazioni ipnagogiche (miscela di sogno e realtà), paralisi (incapacità di muoversi durante l'addormentamento o al risveglio) e cataplessia (in posizione seduta o in piedi avviene la perdita del tono muscolare del tronco o delle estremità causato dall'innesco di emozioni). In aggiunta a questi 4 sintomi ci può essere la parasonnia che al suo interno può comprendere gli incubi, la paura notturna, l'apnea del sonno, il sonnambulismo, i movimenti periodici delle gambe, l'enuresi notturna, il parlare nel sonno e i disturbi comportamentali legati al sonno REM. Tutte queste tipologie di parasonnie causano un aumento della frammentazione del sonno che accentua i disturbi nei bambini con disturbi del sonno (Datta & Vella, 2009).

L'ipersonnia idiopatica si differenzia dalla narcolessia per l'assenza di cataplessia e per un sonno totale più lungo. La cataplessia può fondersi con forti crisi epilettiche ma può non portare alla perdita di coscienza. Raramente la narcolessia può essere la manifestazione secondaria a un'altra malattia come ad esempio tumori od infezioni. Per valutare la gravità dell'ipersonnia ci sono questionari, scale di valutazione che permettono di comprendere lo stato attuale del bambino (Datta & Vella, 2009).

3.3. Elementi legati allo stile e alla qualità di vita emersi dalla letteratura

Dopo questo breve accenno teorico sui disturbi del sonno, il mio obiettivo di ricerca come già descritto in precedenza, mira ad evidenziare gli elementi ricreativi e di qualità di vita del bambino che incidono sulla qualità del sonno. Voglio andare a vedere negli articoli presenti in letteratura quali sono le possibili cause, a dipendenza dell'elemento coinvolto, che portano il bambino ad avere problemi a dormire. Nei seguenti paragrafi sono elencate con le dovute spiegazioni gli elementi emersi dalla ricerca nella letteratura e nei libri che trattano questo tema.

3.3.1. Apparecchi elettronici

La televisione, il cellulare, il tablet ed i videogiochi sono solo alcuni degli apparecchi elettronici racchiusi in questo grande capitolo. Tutti questi strumenti se utilizzati eccessivamente incidono sul sonno portandone all'alterazione. Ad esempio la televisione, il solo averla in stanza, influisce sui ritmi di sonno e veglia, perché il bambino è cosciente della sua presenza fisica e ne altera poi il sonno. A causa dell'uso prolungato della TV o di altri apparecchi elettronici, a livello fisiologico, avviene lo spostamento dell'iniziazione del sonno. Le luci emesse da questi strumenti, possono influenzare il normale ritmo circadiano del bambino (Brockmann et al., s.d.).

Al fine di garantire un giusto utilizzo, il genitore deve impostare gli orari in cui il bambino la può guardare, e il tempo per quanto la guarda. Ci sono bambini che trascorrono ore della propria giornata davanti al televisore soprattutto durante il fine settimana. Guardare la televisione dopo certi orari cambia, guardarla dopo le ore 20:00 i tipi di programmi che la televisione offre non sono sempre adatti ad un pubblico di bambini. I bambini sono molto più vulnerabili ai contenuti dei programmi che guardano, perché essendo ancora piccoli non riescono a discriminare la violenza dei media e quella reale. I programmi che vengono guardati sono un altro elemento che incide sulla qualità del sonno: guardare cartoni animati ha un impatto diverso sul sonno rispetto a guardare film di qualsiasi altro genere. Anche il setting dove si guarda la televisione è importante, perché come scritto in precedenza, avere la televisione in camera non sarebbe l'ideale perché si tenderà ad "abusarne" e di conseguenza sposta l'iniziazione del sonno. Dunque gli orari in cui la guarda, il tempo trascorso davanti alla televisione, il tipo di programmi, il setting dove la guarda, sono tutti elementi importanti che possono incidere sulla durata e sulla qualità del sonno (Brockmann et al., s.d.).

Gli apparecchi elettronici stanno rapidamente diventando la scelta preferita dei bambini a causa della loro dimensione, della mobilità e della capacità di streaming di contenuti, riducendo così i costi ai genitori. I bambini usano i dispositivi mobili per giocare, guardare video, comunicare, scattare foto, ed entrare nelle applicazioni. Secondo un sondaggio Americano, il 72% dei bambini di età compresa tra 0 e 8 anni ha utilizzato un dispositivo mobile nel 2013, rispetto al 38% nel 2011. Dato ancora più particolare è l'aumento dell'uso da parte dei bambini di 2 anni: 38% nel 2013, rispetto al 10% nel 2011. Un motivo è la rapidità in cui i bambini imparano ad utilizzare i dispositivi, e ciò può avere un impatto sulle dinamiche familiari, sulla salute, sullo sviluppo, e sull'alfabetizzazione del bambino (Kabali et al., 2015).

I risultati di una ricerca Americana svolta nel 2015, dove ha preso in considerazione 350 bambini tra i 6 mesi e i 4 anni, mostrano che la maggior parte delle famiglie ha la televisione (97%), tablet (83%), e smartphone (77%). All'età di 4 anni, la metà dei bambini ha la propria televisione e tre quarti il proprio dispositivo mobile. I genitori danno ai bambini i dispositivi quando svolgono le faccende di casa (70%), per tranquillizzarli (65%), e al momento di coricarsi (29%) (Kabali et al., 2015).

È stato stimato che la durata media di sonno di un bambino si è ridotta di circa 70 minuti, ciò è dovuto dal fatto che i bambini al giorno d'oggi tendono ad andare a letto più tardi accorciando dunque le ore medie di sonno notturne. Circa tra il 20% e il 30% dei bambini negli Stati Uniti ha problemi di sonno, questo è caratterizzato dalla resistenza nell'andare a dormire o dalla difficoltà nell'addormentarsi (Fenton et al., 2014).

Un'altra ricerca svolta anch'essa in America, aveva come primo obiettivo di indagare l'impatto delle diverse abitudini riguardanti l'uso della televisione e come secondo, l'ora del giorno in cui viene guardata. Lo scopo era di vedere l'impatto sulla qualità del sonno dei bambini dai 1 ai 6 anni (100 bambini, di cui 58 maschi e 42 femmine). I risultati

hanno mostrato che il 60% dei bambini usa la televisione come strumento di routine per andare a dormire. Infatti, nella maggior parte di questi casi, i bambini hanno poi paura del sonno, manifestando incubi, parlando nel sonno e presentando un'eccessiva stanchezza diurna. Con questa ricerca si vuole dimostrare che l'uso eccessivo degli apparecchi elettronici, in questo caso della televisione a lungo andare può portare a problemi psicofisici del bambino (Brockmann et al., s.d.).
La visualizzazione dello schermo acceso di qualsiasi apparecchio elettronico, dovrebbe essere specificamente evitato almeno un'ora prima di andare dormire, in quanto nei bambini è dirompente per il sonno, ed è associata anche ad un elevato rischio di sovrappeso e obesità. Il ciclo sonno-veglia è regolato dalla visualizzazione della luce e buio, e lo schermo interrompe questo ciclo influenzando poi negativamente lo sviluppo fisico e mentale (Fenton et al., 2014).

3.3.2. L'alimentazione

Un'alimentazione corretta è alla base di una vita sana. Purtroppo però non è sempre una cosa facile da rispettare e mantenere, soprattutto nel caso dei bambini. Ci sono elementi o azioni che non sembrano dannosi ma, a lungo andare con il tempo, possono portare all'evoluzione di problemi che portano ad avere un inadeguato stile di vita. A seguire vengono esposti un insieme di elementi emersi dagli articoli scientifici. Assumendo alimenti poco salutari, con il passare dei mesi, il bambino potrebbe andare incontro al sovrappeso fino a raggiungere l'obesità (Speirs, Liechty, & Wu, 2014; Zanchi, 2006). Variare il tipo di alimenti è fondamentale, sia per poter assicurare un apporto adeguato di tutti i nutrienti necessari (Zanchi, 2006), sia per appagare il gusto e abituare il bambino a pietanze nuove («Nessi-Zeppella e Martinoni - 2007 - L'alimentazione equilibrata dei bambini guida pra.pdf», s.d.). Anzi, è giusto che l'alimentazione sia più variata possibile, perché si stimola la sua curiosità e quindi lo si abitua ad alimentarsi in modo più corretto («Alimentazione bambino - 3 anni», 2015). È importante mangiare a tutti i pasti, compresi gli spuntini, perché tengono in forma il bambino fino al seguente pasto principale. La colazione è il pasto più importante della giornata, permette di fare il pieno di energia, migliora le prestazioni psico-fisiche e fa arrivare al pasto successivo con meno appetito («Nessi-Zeppella e Martinoni - 2007 - L'alimentazione equilibrata dei bambini guida pra.pdf», s.d.). Offrire pasti troppo abbondanti e ricchi di grassi a cena è sbagliato, perché durante la notte a livello fisiologico il corpo umano consuma meno energia e dunque meno calorie. Andando a dormire con lo stomaco troppo pieno si rischia quindi che il sonno non sia efficace, ma disturbato. Perciò un elemento che incide poi sulla qualità del sonno è l'orario in cui il bambino effettua il suo pasto: mangiare molto tardi ha poi delle conseguenze sia mentali che fisiche («Nessi-Zeppella e Martinoni - 2007 - L'alimentazione equilibrata dei bambini guida pra.pdf», s.d.). Dai risultati di uno studio svolto in Malesia, dove ha preso in considerazione 164 bambini dai 6 ai 12 anni, 82 maschi e 82 femmine, è risultato che i bambini che dormono meno del necessario, hanno una scarsa qualità del sonno e rischiano di consumare più carboidrati aumentando il rischio di sovrappeso e obesità (Firouzi, Poh, Ismail, & Sadeghilar, 2014).

Non è tanto importante la quantità, ma la qualità del cibo che il bambino ingerisce: alimenti come ad esempio provenienti da fast food o cibi precotti, se consumati continuamente, con il passare del tempo causeranno effetti negativi sull'organismo. Al contrario, invece, gli alimenti fatti in casa o comunque basati da una propria preparazione incidono più positivamente sulla qualità del cibo che il bambino ingerisce («Huwyler - 2005 - Mangiare, bere, sentirsi bene - Piccola guida all'.pdf», s.d.).

Un altro elemento che incide sulla qualità del sonno è la caffeina. L'eccessiva assunzione di bevande contenenti caffeina ostacola il sonno del bambino, dunque, bisogna stare attenti alla quantità somministrata, anche solo in piccola dose. La caffeina, che molto spesso è associata anche ad un'elevata presenza di zucchero, è presente in bevande come tè, bevande dolci o gasate o addirittura nell'acqua, ma anche in alimenti come gelato, cioccolato, caramelle, gomme masticabili o nelle patatine chips. Dunque, alla sera, si dovrebbe evitare di dare questi prodotti ai bambini («Le cattive abitudini che rovinano il sonno dei bambini», 2014; Temple, 2009). Da una ricerca, risulta che i bambini dai 2 agli 11 anni consumano giornalmente 0,4mg di caffeina per ogni chilo del proprio peso corporeo. Se consumata eccessivamente, a lungo andare, porta effetti sulla salute potenzialmente negativi: instaura problematiche per quanto concerne il sonno, l'obesità e le carie dentali. A parte i suoi ben noti effetti sul sonno e sull'eccitazione, la caffeina è nota anche nell'interagire con il sistema dopaminergico esercitando alcuni dei suoi effetti comportamentali (Temple, 2009). L'assunzione di caffeina da parte dei giovani, ma soprattutto nel caso di bambini possono esserci delle conseguenze anche piuttosto gravi. Il cervello che è in evoluzione, rischia di essere colpito, modificando la sua corretta ed efficace progressione. L'assunzione moderata o elevata quantità di caffeina (dai 100 ai 400 mg di caffeina al giorno) porta ad un aumento dell'irritabilità e a una diminuzione delle segnalazioni di lentezza. Può avvenire anche un aumento della pressione sanguigna, ma ciò avviene solo se le assunzioni di caffeina sono da moderate a elevate (Temple, 2009). La revisione in questione afferma che, molti studi hanno dimostrato che da moderati a forti consumi di caffeina portano ad avere un sonno più disturbato e più interrotto, rispetto a coloro che ne assumono poca o di nessun tipo (Temple, 2009).

In letteratura è stato trovato un altro elemento che potrebbe incidere sulla qualità del sonno. Le apnee ostruttive del sonno sono una comune malattia presente nei bambini. I giovani afroamericani e quelli in sovrappeso sono coloro che hanno una maggior prevalenza di questa malattia e sono altrettanto a rischio di avere una mancanza di vitamina D. Da questo studio, è stato confermato che le apnee ostruttive del sonno sono associate ad un basso livello di un componente plasmatico del sangue, e a causa di ciò c'è un elevato rischio di disfunzione metabolica e un'infiammazione sistemica (Kheirandish-Gozal, Peris, & Gozal, 2014).
Le apnee ostruttive del sonno sono fortemente associate all'insulino resistenza e all'alterata omeostasi lipidica, così come sono legate all'infiammazione sistemica e alla disfunzione endoteliale con un conseguente aumento della prevalenza di malattie respiratorie. Avere bassi livelli di vitamina D porta ad un aumento nell'incidenza di contrarre infezioni del tratto respiratorio (Kheirandish-Gozal et al., 2014).
In questo studio sono stati presi in considerazione 176 bambini, dove tutti sono stati sottoposti alla polisonnografia durante il sonno. Dai risultati si è potuti constatare che fattori come l'obesità e le apnee ostruttive del sonno incidono sui livelli plasmatici rendendo poi più facile la comparsa di resistenza all'insulina e di altre patologie concomitanti alle apnee. I bambini in sovrappeso sono più propensi a consumare alimenti sbagliati favorendo un'alimentazione squilibrata, con la successiva conseguenza di non assumere le giuste quantità di contenuti alimentari; questo può portare a un ridotto apporto di vitamine, come la vitamina D (Kheirandish-Gozal et al., 2014).

3.3.3. Obesità e sovrappeso

Un altro elemento di qualità di vita emerso in letteratura riguarda l'obesità ed il sovrappeso. Al giorno d'oggi l'obesità ed il sovrappeso sono temi che vengono sempre più messi in evidenza, perché sempre più bambini tendono ad entrare in questa cerchia. La situazione in Svizzera, come in generale nei paesi industrializzati, negli ultimi decenni è peggiorata. I casi di sovrappeso e obesità stanno aumentando: a livello globale, il numero di bambini obesi o in sovrappeso con meno di 5 anni di età, è passato da 31 milioni nel 1990 a 41 milioni nel 2014, con un aumento della prevalenza dal 4,8% al 6,1% (Spinelli & Nardone, 2016).
Ci sono determinanti biologici, sociali e famigliari che incidono sull'insorgenza del sovrappeso: uno studio infatti dimostra che l'occupazione materna influisce sul benessere fisico del bambino in età prescolare (Speirs et al., 2014).
L'alimentazione sbagliata in età infantile col passare degli anni può portare all'obesità del bambino. Già da piccolini se si inizia a mangiare alimenti troppo zuccherati o ricchi di grassi col passare del tempo c'è il rischio che la situazione peggiori (Zanchi, 2006). Un apporto eccessivo di grassi e zuccheri può portare al sovrappeso: ogni bambino ha le proprie preferenze di cibo, alimenti preferiti e quelli meno («Nessi-Zeppella e Martinoni - 2007 - L'alimentazione equilibrata dei bambini guida pra.pdf», s.d.).

Uno studio svolto in America ha rivelato che i bambini con la durata del sonno notturno minore rispetto al necessario, con il passare del tempo innalza il rischio di andare incontro all'obesità o al sovrappeso (Fenton et al., 2014). Sempre in questo studio vengono evidenziati quali sono i predittori a cui fare attenzione per controllare che non avviene l'insorgenza del sovrappeso nel bambino. Bisogna praticamente focalizzarsi sui predittori noti sullo stato di peso, tra cui, l'attività fisica, le abitudini alimentari e le attività sedentarie. Dal momento che questi fattori predittivi dell'obesità si sovrappongono, cioè che dipendono l'uno dall'altra, migliorando i comportamenti di stile di vita che colpiscono uno dei predittori, si ha poi il potenziale di portare miglioramenti per la salute relative agli altri, creando così un impatto più rilevante sullo stato di salute dell'individuo (Fenton et al., 2014).
Sempre più evidenze sostengono e vedono la necessità di attuare interventi nell'ambito del sonno in ambito clinico, e questo viene visto come una strategia efficace per la prevenzione ed il trattamento dell'obesità infantile in associazione ad un'alimentazione sana e attività fisica. Ciò vuol dire che trattando i problemi del sonno in un ambiente clinico, si agisce anche nel trattamento dell'obesità infantile integrando un'alimentazione sana e attività fisica (Fenton et al., 2014).

A livello fisiologico, l'obesità nei bambini può causare molti danni, un esempio a livello del sistema polmonare determina una difficoltà nel respiro. Se questa problematica viene applicata durante la notte, il bambino può arrivare fino alla manifestazione di episodi di apnea durante il sonno. L'apnea viene definita come un arresto volontario o patologico dei movimenti respiratori. Questo può portare ad avere disturbi seri del sonno. I disturbi respiratori, durante il sonno sono molto frequenti nei bambini in eccesso di peso, e si riferiscono ad un'ampia serie di condizioni che includono l'aumento della resistenza al flusso d'aria attraverso la via aerea superiore, la conseguente riduzione del flusso d'aria ed infine la cessazione del respiro (Zanchi, 2006).

3.3.4. Attività fisica

È molto importante che il bambino svolga attività fisica al fine di avere un equilibrio interno, e di permettergli di potersi esprimere giocando. I genitori però devono essere in grado di monitorare le abitudini diurne del bambino: come ad esempio la promozione di attività fisica, limitando il prolungato sonnellino diurno. L'attività fisica ed il gioco dovrebbero essere evitati per circa un'ora prima di coricarsi, perché comprometterebbero l'efficacia del sonno. È importante dunque adattare il tipo di educazione al bambino al fine di soddisfare e promuovere le esigenze che ha bisogno (Fenton et al., 2014).
Il movimento nei bambini piccoli è indispensabile per lo sviluppo motorio, mentale, emotivo e sociale. Attribuisce sicurezza e riduce le aggressioni, stimola tutti i sensi favorendo così lo sviluppo del cervello. È pertanto particolarmente importante che i bambini fanno molte esperienze di movimento nei primi anni di vita. L'attività fisica in quest'età è molto importante in quanto consente di migliorare le capacità di coordinazione, le competenze motorie e aiuta anche sul piano psicosociale. Nei bambini piccoli questi elementi si manifestano con la crescita, è dunque importante educare il proprio figlio al fine che adotti uno stile di vita sano e stimolante (Ufficio federale dello sport, 2013).

3.3.5. Relazioni sociali

La maggior parte dei bambini sin da piccolini crescono in un ambiente dove entrambi i genitori svolgono un'attività lucrativa a tempo parziale o meno. Il bambino dunque cresce in un ambiente diverso dove il sonno col passare dei mesi potrebbe alterarsi. È dunque molto importante che i genitori per quel poco tempo che hanno per stare a casa con i propri figli lo sfruttano bene (Speirs et al., 2014).
Da uno studio svolto in America, risulta che nella maggior parte dei casi i genitori andando al lavoro devono alzarsi la mattina presto, e purtroppo devono anche svegliare i propri bambini. Di sera invece, siccome hanno trascorso più della metà della giornata al lavoro senza vedere i figli, vorranno trascorrere più tempo possibile con loro (Brazelton & Joshua D. Sparrow, 2003; Speirs et al., 2014). Andando incontro a questa tipologia di routine, lo studio dichiara che si potrebbe andare verso una strada dannosa e sbagliata per i propri bambini. C'è il rischio che il sonno inizia ad alterarsi, le quantità di ore consigliate a notte diminuiscono e i bambini ne risentono. Possono manifestarsi problematiche come la difficoltà ad addormentarsi, risvegli notturni frequenti od incubi. Il bambino dunque necessita di dormire le sue determinate ore per non far si che insorgano problemi legati al sonno e che con il trascorrere dei mesi si aggravino (Speirs et al., 2014).

I genitori potrebbero non essere consapevoli delle conseguenze di comportamenti che attuano nel campo del sonno, perché possono incidere sulla salute dei propri bambini. Come risultato, si rischia che i bambini sono sempre meno in grado di acquisire la capacità di auto-calmarsi quando devono andare a dormire. Un esempio che succede nella maggior parte delle volte è alla sera quando i bambini chiedono al genitore di rimanere con lui in camera, per compassione, i genitori rimangono in camera per offrire comfort e benessere ai propri figli, ma la loro presenza ha il rischio di compromettere poi il loro sonno (Fenton et al., 2014).

Un ulteriore elemento è la separazione dai genitori, anche se per un breve tempo possono esserci delle conseguenze. È stato svolto uno studio dove sono stati intervistati i genitori di 29 bambini di età compresa fra i 3 e i 6 anni che erano stati

ricoverati in ospedale, precisamente in un reparto di chirurgia. Circa la metà di questi bambini ha subito un peggioramento del sonno rispetto al periodo precedente al ricovero, mentre in nessuno è migliorato. Questo risultato è dovuto ad un aumento della tensione psichica del bambino a causa della separazione dai genitori e aalla situazione in ospedale percepita sicuramente come paurosa (Friebel & Friedrich, 1993).

3.3.6. L'ambiente fisico circostante

Un altro elemento di qualità di vita che è emerso dalla letteratura riguarda l'ambiente circostante. Potrebbe risultare una cosa evidente o comunque di poca importanza, invece l'ambiente incide sulla qualità del sonno. Un ambiente troppo freddo o troppo caldo, troppo illuminato o troppo rumoroso può influire negativamente sul sonno del bambino. Anche il pigiama o le coperte se sono eccessivamente pesanti o inadeguati possono influire sulla qualità del decorso della notte. È molto importante mantenere un ambiente silenzioso, intimo e gradevole nelle ore serali al fine di invogliare e creare un ambiente accogliente al bambino per il momento di andare a dormire («Le cattive abitudini che rovinano il sonno dei bambini», 2014).

Un'abitazione troppo ristretta, la qualità dell'aria, la posizione del letto e anche il cambiamento dell'ambiente abituale in cui il bambino dorme influiscono molto sull'addormentamento e sulla qualità del sonno. Ci possono essere disturbi transitori del sonno dopo il cambio del fuso orario, essi persistono finché l'organismo non si è adattato al ritmo sonno-veglia del nuovo ambiente. Dunque è importante che il bambino abbia anche dei riferimenti socio-temporali, come ad esempio la luce del giorno, gli orari dei pasti, o gli orari dei programmi televisivi preferiti così che possono determinare in larga misura il ritmo sonno-veglia (Friebel & Friedrich, 1993).

La camera da letto contribuisce nella catena del rituale, perché fa parte ed influisce sull'inizio del sonno. Mantenere un ambiente tranquillo, buio e fresco sono aspetti che promuovono un'efficace igiene del sonno. Meglio evitare la presenza in camera di apparecchi elettronici: come il televisore od il computer, perché come scritto in precedenza le luci emesse da questi strumenti o la sola presenza fisica possono influenzare il normale ritmo circadiano del bambino e dunque influire sulla qualità e la durata del sonno (Fenton et al., 2014).

3.4. Organizzazione della giornata

L'organizzazione della giornata da parte dei genitori è importante al fine di equilibrare lo stato fisico e psichico del bambino a fine giornata. La messa in pratica di buone pratiche al fine di garantire una corretta "igiene del sonno" hanno lo scopo di educare il bambino ad una corretta messa a letto. Secondo i risultati di una revisione scientifica, questi metodi sono efficaci nel fornire una corretta igiene per i bambini, e ciò si riflette anche sulla qualità di vita dei genitori (Halal & Nunes, 2014). Per mantenerla efficace, durante il giorno i genitori devono imparare a monitorare le attività diurne. Alla sera invece, prima di prepararsi per andare a dormire, le attività devono essere più tranquille, così poi l'approccio con la routine per la messa a letto è più efficace (Fenton et al., 2014).
Dalle ricerche in letteratura, è emerso uno studio dove i risultati affermano che nei bambini fino ai 5 anni, se si applica nella routine prima di andare a dormire "azioni" basate sul linguaggio (esempio preghiera, lettura, cantare, parlare,..) favoriscono un sonno corretto, cioè lo allunga a livello tempistico favorendone l'efficacia (Fenton et al., 2014). Durante il rituale della notte, la presenza dei genitori nel letto del bambino,

rappresenta la possibilità di rimandare l'addormentamento. Spostando l'iniziazione dell'addormentamento, si rischia che il sonno sarà più accorciato per quella notte e che nell'arco della notte ci saranno più risvegli (Fenton et al., 2014).
Un elemento chiave necessario per un'efficace igiene del sonno consiste nel creare un programma di sonno costante da applicare tutti i giorni, che parte alla sera prima di iniziare con la routine della messa a letto fino al giorno successivo, orario della sveglia. Prima di iniziare con la routine serale, il genitore deve fornire spunti o avvisi dove il bambino possa capire che fra poco deve andare a dormire e che dunque deve iniziare con la routine serale. La routine deve essere standardizzata e deve durare almeno dai 20 ai 30 minuti con all'interno 2 o 3 attività. Alcuni esempi di attività consigliati sono l'esecuzione di un bagno, un massaggio, l'applicazione di una lozione oppure un'attività silenziosa. Inoltre, sono consigliati rituali dove avviene l'uso della parola, come ad esempio il canto, la lettura o la riproduzione di un gioco, e ciò può essere davvero d'aiuto nel caso si vuole calmare il proprio bambino (Fenton et al., 2014).
È importante che il bambino impari ad addormentarsi autonomamente, senza la necessità dei genitori accanto. Inizialmente se il bambino lo richiede, la presenza dei genitori può andare bene, però mano a mano è consigliabile che i genitori gradualmente lo lasciano addormentarsi da solo affinché il bambino inizi ad acquisire più indipendenza nell'addormentamento. Per cercare di risolvere questo problema, si possono insegnare ai genitori delle strategie: ad esempio una viene chiamata anche estinzione graduata. Essa prevede che il genitore adotti un tipo di comportamento nel momento in cui il bambino manifesta capricci o ha difficoltà ad andare a letto: consiste nell'ignorare queste cose per un tempo prestabilito che con il passare delle settimane aumenti. Un esempio pratico: se un bambino fa i capricci in camera sua prima di andare a dormire, il genitore non deve entrare dentro. Solo dopo un intervallo prestabilito, esso può entrare nella camera per un breve tempo e prima di uscire lo rassicura. Questo favorisce la capacità di auto-calmarsi del bambino (Fenton et al., 2014).

3.5. Ruolo infermieristico

In ospedale, o in qualsiasi tipo di istituzione sanitaria, l'infermiere è una figura di riferimento molto importante di bambini, adolescenti, adulti o anziani. Le competenze di un infermiere secondo la SUPSI sono 7 e sono le seguenti: ruolo di esperto nelle cure infermieristiche, ruolo di comunicatore, ruolo di membro di un gruppo di lavoro, ruolo di manager, ruolo di promotore della salute, ruolo di apprendente e insegnante ed infine l'ultimo ruolo è legato all'appartenenza professionale. Il nostro compito è molto importante, tutti i nostri ruoli entrano in gioco perché un infermiere non è basato solo da un certo numero di ruoli («2011 - SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e .html», s.d.).
Noi operatori sanitari dobbiamo informarci bene sui comportamenti abituali correlati al sonno del bambino, come ad esempio la presenza dei genitori in camera, e dobbiamo essere pronti a fornire un'istruzione non solo su interventi comportamentali per migliorare la qualità del sonno, ma anche le conseguenze sulla salute di comportamenti dannosi. Questa ricerca ha identificato diversi interventi comportamentali che possono essere facilmente implementati per migliorare i comportamenti del sonno, come ad esempio l'istruzione dei genitori sull'importanza della routine, o tecniche per migliorare la capacità di auto-calmarsi di un bambino (Fenton et al., 2014).
L'autonomia del genitore nella gestione dei propri figli deve essere corretta. Al fine di promuovere uno stile di vita corretto, è necessario che il genitore adotti comportamenti o che attui delle strategie al fine di ottenere dei risultati. Noi come professionisti della salute dobbiamo essere in grado di fornire aiuto per garantire miglioramenti. Pertanto,

fornendo istruzioni ai genitori in ambienti clinici, nonché attraverso risorse educative che possono essere utilizzate a domicilio è un aspetto importante nella cura della salute. Una cosa fondamentale è che gli insegnamenti se vengono applicati correttamente in ambito clinico, è molto probabile che la continuazione a domicilio sarà altrettanto corretta. La figura sanitaria deve dunque essere in grado di valutare l'efficacia degli interventi proposti per stabilire se sono idonei e che una volta che sono nel proprio ambiente domiciliare siano ancora fattibili (Fenton et al., 2014).

Dunque, il ruolo infermieristico in questo ambito è legato alla prevenzione e alla promozione della salute del bambino. Prevenzione è intesa come una messa in pratica di azioni o provvedimenti che dovrebbero evitare lo sviluppo, la divulgazione e le conseguenze negative di determinati danni alla salute, malattie o infortuni. Il livello di prevenzione su cui l'infermiere andrà a mirare è quello primario: dove la figura infermieristica ha come obiettivo la riduzione e l'indebolimento di determinati fattori di rischio specifici. D'altra parte l'infermiere andrà anche a rafforzare i fattori di protezione favorendo così una promozione della salute. Con il termine promozione invece, sono intese quelle misure volte al rafforzamento di tutte le risorse individuali e collettive, che sono di grande importanza per il mantenimento e per la promozione della salute, senza focalizzarsi su una determinata malattia («Von Greyerz e Achtermann - 2007 - Prevenzione e promozione della salute in Svizzera.pdf», s.d.). L'obiettivo fondamentale dell'infermiere, è di mettere alla luce l'importanza del mantenimento di un adeguato equilibrio interiore, favorendo il benessere del bambino. Siccome la tipologia di utenza presa in considerazione sono i bambini, una risorsa fondamentale a cui l'infermiere deve fare affidamento e che deve coinvolgere sono i genitori (Fenton et al., 2014).

3.6. Centri del sonno

Ci sono centri appositi specifici per la ricerca, conoscenza, diagnosi e il trattamento dei disturbi del sonno. In questi centri si è sotto stretta sorveglianza da medici in collaborazione con infermieri e altre figure sanitarie. Nell'età pediatrica il sonno disturbato o insufficiente può avere un impatto importante sullo sviluppo fisico e cognitivo del bambino («Disturbi del sonno in età pediatrica: il Ticino in prima fila con un nuovo ambulatorio pediatrico e un congresso internazionale», 2015). È dunque importante prendere a carico questi disturbi al fine di prevenire successive complicanze.

A livello ticinese si sta cercando di espandere a livello di strutture luoghi addebitati a centri del sonno: il nuovo ambulatorio per i disturbi del sonno in età pediatrica è stato aperto all'inizio di giugno del 2015 all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona, mentre già un anno fa il primo ambulatorio specifico per i bambini era stato inaugurato all'Ospedale Civico di Lugano («Disturbi del sonno in età pediatrica: il Ticino in prima fila con un nuovo ambulatorio pediatrico e un congresso internazionale», 2015).

A livello Svizzero invece, un centro conosciuto è il Kinderspital di Zurigo: ha un centro specifico per i disturbi del sonno dei bambini. Questo laboratorio del sonno è stato certificato nel 2006 dalla Società Svizzera per la Ricerca sul Sonno, dalla Medicina del Sonno e dalla Cronobiologia. Esso ha due sedi che permettono di effettuare gli studi in varie condizioni. Per la diagnosi e la consulenza è necessario inizialmente compilare un questionario dettagliato sulle abitudini del sonno che è gestito dai genitori e portato alla prima consulenza. Successivamente si devono raccogliere i singoli bisogni del sonno alterati per mezzo dello strumento apposito («2014 - Factsheet Schlaflabor.pdf», s.d.).

4. METODOLOGIA

In questo capitolo spiegherò la metodologia che voglio utilizzare per svolgere il mio lavoro di Bachelor. In questo caso la metodologia che ho intenzione di utilizzare è la revisione sistematica della letteratura. Ho scelto questa procedura in quanto permette di fare un'analisi ed una sintesi prendendo in considerazione un numero di articoli da me scelto in base ad un protocollo da me creato.
Inoltre, questo tipo di lavoro mi permetterà di allenarmi ulteriormente a ricercare le evidenze scientifiche. Queste poi mi potranno servire nella mia futura carriera professionale per ricercare fondamenti scientifici, utili per le mie conoscenze personali, per una futura equipe e soprattutto per il paziente coinvolto.
Nel campo medico, è importante assumersi la responsabilità di prendere decisioni cliniche basandosi su delle evidenze scientifiche, un modo di essere certi di aver fatto la scelta più efficiente e vantaggiosa per il singolo paziente (Chiari, 2006). Lo scopo della pratica professionale basata su prove di efficacia è di sostenere gli operatori nel processo decisionale, eliminando tutto ciò che è inefficace, inadeguato, troppo costoso e potenzialmente pericoloso (Hamer, Collinson, & Chiari, 2002).
La revisione della letteratura è uno scritto che include quanto è stato pubblicato da studiosi in merito a un argomento, ed ha lo scopo di sintetizzare e valutare i risultati individuati, rendendo così le prove disponibili più chiare e accessibili al lettore (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004).
Il metodo scelto per svolgere il lavoro è la revisione sistemica, poiché è stato deciso di scegliere solo un numero di determinati articoli che trattano l'argomento scelto. Infatti, quando si parla di revisioni, se ne possono distinguere in due grandi tipi: la revisione tradizionale e la revisione sistemica (Chiari, 2006).
Le revisione sistematica risponde ad un quesito molto specifico che può essere articolato nei seguenti quattro punti: popolazione, intervento, intervento comparativo (elemento non obbligatorio) ed esito. In questa tipologia di revisione vengono usati criteri rigorosi e prestabiliti, esplicitati in un protocollo di ricerca, che permetteranno poi di selezionare gli studi che verranno inclusi nella seguente analisi (Chiari, 2006).
Lo scopo globale della letteratura è quello di sviluppare una valida base di conoscenze per svolgere la ricerca al fine di mettere in atto una pratica professionale basata sulle evidenze (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Le revisioni sono alla base dell'Evidence-based practice (EBP). Esso è un approccio che permette agli operatori sanitari di migliorare la qualità delle cure, perché questo approccio mira alla raccolta, all'interpretazione ed all'integrazione delle prove di ricerca combinate all'esperienza e alla conoscenza clinica (LoBiondo-Wood et al., 2004). L'EBP raggruppa in un unico insieme tutte le diverse professioni e discipline che operano alla cura e all'assistenza del singolo paziente. Un'efficace pratica assistenziale deve svilupparsi su solide basi teoriche soggette a un costante aggiornamento sulle prove più recenti di efficacia al fine di garantire una migliore qualità delle cure verso i pazienti (Chiari, 2006).
Tutti i professionisti sanitari dovrebbero avere accesso alle informazioni scientifiche, così si è in grado di accedere alle conoscenze rese disponibili in tempo reale dalla letteratura scientifica, garantendo così una miglior assistenza per promuovere la qualità sanitaria (Chiari, 2006; LoBiondo-Wood et al., 2004). Gli operatori dovrebbero essere incoraggiati a far uso delle più recenti ricerche e informazioni per garantire la sicurezza delle proprie decisioni. Tuttavia, questo può risultare difficile date le grandi quantità d'informazioni date dai diversi singoli studi. Di conseguenza questo può creare imprecisioni che può creare confusione (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Al fine di superare queste difficoltà, la revisione della letteratura ha lo scopo di identificare, valutare e riassumere tutti i dati ottenuti dagli studi rilevati, con l'obiettivo di rendere le evidenze scientifiche più accessibili ai ricercatori.

4.1. La revisione della letteratura

Per effettuare una revisione della letteratura, come è stato precedentemente accennato, bisogna presentare un protocollo di ricerca dove viene rappresentato anticipatamente il percorso che si farà per eseguire lo studio. Le fasi principali del processo per la realizzazione di una revisione sono le seguenti (Chiari, 2006).

La prima fase è la formulazione del quesito di ricerca che si caratterizza da quattro elementi denominati nell'acronimo PICO (Popolazione/Intervento/Confronto/Outcome). La definizione ben chiara e formulata del quesito è fondamentale per eseguire una buona revisione (Chiari, 2006; Hamer et al., 2002; LoBiondo-Wood et al., 2004) e per impostare gli obiettivi della ricerca (Chiari, 2006). Una domanda di ricerca ben focalizzata, permette poi più facilmente di ricercare la letteratura che sappia al meglio rispondere al quesito.

La seconda fase è l'esplicitazione dei criteri d'inclusione ed esclusione degli studi che verranno individuati e scelti. I criteri sono di fondamentale importanza per una buona riuscita del lavoro e devono essere definiti prima di iniziare la ricerca nella letteratura. Non devono però essere influenzati da materiale di cui sappiamo già l'esistenza in letteratura (Hamer et al., 2002). I criteri possono essere rappresentati dalla data di pubblicazione, dal principale focus dell'articolo, dal disegno di ricerca, dagli esiti misurati, dall'età dei partecipanti allo studio e dalle caratteristiche di alcune popolazioni («Saiani e Brugnolli - 2010 - Come scrivere una revisione della letteratura.pdf», s.d.).

La definizione e l'applicazione di appropriati criteri di inclusione ed esclusione sono di rilevata importanza critica per la qualità e il valore della revisione (Hamer et al., 2002). All'interno del protocollo di revisione devono essere specificati i criteri di selezione degli studi necessari per definire quali saranno inclusi nell'analisi. I criteri di selezione devono indicare quale popolazione, intervento e misure di esito devono comparire negli studi selezionati (Chiari, 2006). Il processo di selezione si applica già a partire dai titoli e dagli abstract, verificando che nel loro contenuto ci siano elementi pertinenti al nostro quesito. Successivamente lo stesso processo lo si applica all'articolo completo («Saiani e Brugnolli - 2010 - Come scrivere una revisione della letteratura.pdf», s.d.).

La terza fase consiste nella ricerca della letteratura. La ricerca va effettuata seguendo il protocollo di ricerca descritto (Chiari, 2006). I database sono strumenti essenziali per il processo di ricerca, perché consentono l'accesso a una grande quantità di letteratura, e nella maggior parte dei casi, forniscono sotto forma di abstract informazioni che possono aiutare i ricercatori ad effettuare una valutazione preliminare degli studi. La revisione è basata su una ricerca globale della letteratura, dunque i materiali presi in considerazione possono anche essere in lingua diversa dalla nostra, perciò non solo in italiano (Hamer et al., 2002). Per avviare la ricerca è opportuno identificare prima le parole chiavi da inserire nel motore di ricerca. Una parola chiave è una parola o locuzione che racchiude più concetti del quesito (Denise F. Polit, Beck, & Palese, 2014).

Invece il bias, definito anche errore sistematico, si intende come un'influenza che si traduce in un errore di deduzione o stima che è in grado di alterare la qualità delle evidenze, dunque bisogna stare attenti nella ricerca del materiale corretto (Denise F. Polit et al., 2014).

Un'altra strategia che permette un ampliamento o una restrizione della ricerca sta nell'utilizzare gli operatori booleani. Uno di questi è AND dove limiterebbe la ricerca alle

citazioni che includono sia come parole di testo o intestazione di soggetto. Un altro operatore booleano è OR che consente di allargare una ricerca recuperando tutte le citazioni (Denise F. Polit et al., 2014). Un ultimo operatore booleano è NOT dove esclude studi contenenti quella citazione (LoBiondo-Wood et al., 2004).
Alla conclusione della ricerca della letteratura, un'ulteriore attività è quella di organizzare le informazioni raccolte. Per fare ciò potrebbe essere utile organizzare le informazioni trovate in tavole riassuntive chiamate anche "tavole estrazione dati", dove queste tavole sono composte da più colonne che ne elencano l'autore, il numero di elementi, il tipo di progetto, il metodo per la misurazione delle variabili e risultati chiave. Un'altra attività che è possibile fare, consiste nel lavorare con uno schema/mappa dei concetti collegati al quesito da sviluppare («Saiani e Brugnolli - 2010 - Come scrivere una revisione della letteratura.pdf», s.d.).
La quarta fase consiste nella valutazione della qualità degli studi e quindi della revisione. Avere un approccio critico ha lo scopo di verificare se i metodi, e quindi i risultati della ricerca sono validi (Chiari, 2006). Per fare ciò è necessario avere uno strumento di valutazione che permette di misurare la qualità della revisione, poiché l'uso di criteri di valutazione permettono di misurare e valutare gli studi selezionati e di conseguenza conclusioni erronee (LoBiondo-Wood et al., 2004).
Infine l'ultima fase, ovvero l'analisi dei dati e la sintesi della letteratura, ha lo scopo di sintetizzare i risultati provenienti dai singoli studi in modo da fornire un esito complessivo rispetto al quesito oggetto della revisione. Questa fase consente al revisore di verificare se gli effetti di un trattamento sono coerenti tra le diverse ricerche, ambienti e partecipanti (Chiari, 2006). I risultati possono essere simili o diversi, ma è interessante riuscire a dimostrare anche i punti deboli di uno studio o al contrario la sua forza (Denise F. Polit et al., 2014).

4.2. Applicazione della metodologia - Protocollo

Dalla ricerca svolta nella letteratura e nei libri, sono emersi molti elementi legati allo stile e alla qualità di vita del bambino che incidono sul sonno. Da questo lato dunque il quadro teorico è stato spiegato al meglio possibile con tutti i dovuti approfondimenti. Il passo successivo che mi sono prefissata è quello di scegliere un elemento ed approfondirlo nei particolari mediante una revisione della letteratura. Dalla ricerca svolta nelle banche dati, il materiale che è stato trovato è risultato utile e l'elemento su cui mi concentrerò per svolgere la revisione sono gli apparecchi elettronici, più precisamente la televisione. Ho scelto questo elemento perché oltre al fatto che al giorno d'oggi gli apparecchi elettronici sono molto più modernizzati e tecnologici, il materiale trovato nelle banche dati è veramente interessante. Potermi focalizzare su questo elemento mi sembra davvero stimolante, ed in più avendo fatto un colloquio frontale con il Dottor Andreas Wechsler, mi ha confermato anche lui che questo tema oggigiorno è sempre più discusso e problematico. Effettuare una revisione più dettagliata mi permetterebbe di andare più a fondo su questo tema, credo anche che i risultati saranno più interessanti e stimolanti rispetto a trattare in modo più generale gli apparecchi elettronici. Ho deciso di focalizzarmi solo su una tipologia di apparecchiatura siccome nella maggior parte degli articoli trovati nelle banche dati, trattano le tipologie di apparecchi in modo generale e secondo me meno fattibile da analizzare e approfondire mediante la revisione. Il problema è che gli articoli che parlano in modo generale non sono stati sufficienti o comunque non rispettavano i criteri da me descritti. Il mio obiettivo è quello di individuare sulla base del mio protocollo, almeno sei articoli che trattano l'elemento che ho scelto. Successivamente tramite l'analisi li metterò a

confronto estrapolando le informazioni necessarie al fine di giungere ai risultati prefissati a inizio della stesura della tesi.
Per svolgere il mio lavoro, ho rispettato le tappe della revisione sistematica sopra indicate. All'interno di questo protocollo sono esposti: il quesito di ricerca, i criteri d'inclusione/esclusione, le strategie di ricerca, la valutazione della qualità degli studi e la sintesi dei dati.

Quesito di ricerca:
Come già visto, il primo passo è la formulazione di una domanda iniziale di ricerca e per fare questo mi è stato utile l'utilizzo del metodo PICO, in quanto mi ha permesso di definire un quesito chiaro e preciso. La mia domanda di ricerca in base al metodo PICO è la seguente:

- P: bambini dai 2 agli 8 anni
- I: vedere quali sono le variabili che caratterizzano la visione della televisione che incidono poi sulla durata e sulla qualità del sonno del bambino
- C: -
- O: dimostrare che un adeguata visione della televisione incide sul sonno del bambino, favorendo il benessere e prevenendo l'insorgenza di disturbi

Criteri d'inclusione:

- Tipi di studi considerati: studi primari, ovvero articoli scritti dalla persona stessa che ha condotto lo studio. Ha come soggetto l'individuo (Chiari, 2006);
- Studi pubblicati dopo l'anno 2006, poiché l'argomento trattato è in continua evoluzione;
- Articoli pubblicati in lingua inglese, francese, italiano, spagnolo (riduce il rischio di bias)
- Età dei partecipanti compresa fra i 2 e gli 8 anni, perché come lo afferma una ricerca sullo studio dei disturbi del sonno nel bambino, questa fascia d'età è quella toccata maggiormente ad avere disturbi (Datta & Vella, 2009);
- Articoli contestualizzati in Europa, America, e Oceania, perché sono zone più industrializzate e sviluppate rispetto all'Africa e gran parte dell'Asia.

Strategia di ricerca:

- Banche dati utilizzate: Pubmed, Elsevier (Science Direct), PEDIATRICS
- Parole chiave utilizzate variamente tra loro nella strategia di ricerca: sleep, quality life, physical activity, child sleep, nutrition, sport, sugar, obesity, child sleep disorder, phone, television, children, screen light, passive exposure, active exposure
- Operatori booleani utilizzati: AND, OR e NOT
- Selezione degli articoli tramite screening dei titoli e degli abstract, tenendo conto dei criteri d'inclusione ed esclusione

Valutazione della qualità degli studi:
Una volta trovati gli studi che rispondono ai requisiti definiti e che rientrano all'interno dei criteri d'inclusione, occorre valutarli uno alla volta in base al loro regime metodologico al fine di includerli definitivamente nella ricerca. L'approccio critico ha lo scopo di verificare che i metodi, e quindi i risultati siano validi (Chiari, 2006). Per svolgere questa valutazione, ho deciso di utilizzare il metodo di Zangaro e Soeken (2007), ovvero una tabella specifica che permette un'analisi critica e accurata delle varie ricerche.

Sintesi dei dati:
In questo lavoro è stato scelto di fare una sintesi degli articoli attraverso una tabella riassuntiva suddivisa nei seguenti criteri: autore/i, anno di pubblicazione dell'articolo, titolo, giornale/rivista di provenienza e contenuti il quale all'interno è composto dal design, dagli strumenti, dal campione, dallo scopo, dagli outcome e dallo score (punteggio ottenuto nella valutazione critica degli articoli, punti forti e punti deboli).

5. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA REVISIONE

Per svolgere questa parte del mio lavoro di tesi, faccio riferimento ad un tipo di valutazione dei dati tratto da Zangaro e Soeken (2007). Si tratta di un ottimo strumento in quanto si basa su una scala di valutazione che esprime 10 domande da seguire per l'analisi, le quali possono anche essere in parte modificate nel caso in cui alcuni punti non siano fondamentali. Alle prime 9 domande viene assegnata una risposta affermativa o negativa, mentre la domanda 10 presenta tre possibili risposte (basso, moderato o alto) che variano in base alle risposte date nelle domande precedenti. Per rispondere "basso", il numero di risposte date nelle prime 9 domande deve essere massimo di 4 affermative. La risposta "moderato", viene invece data quando le risposte affermative date sono 5-7, ed infine, un numero di 8-9 risposte affermative, implica una risposta "alto" alla domanda 10. La scala Zangaro e Soeken è molto utile perché permette di avere un quadro generale e semplificato dei risultati ottenuti nei diversi studi e di capire se essi sono più o meno rilevanti (Zangaro & Soeken, 2007).

Items
(1) Research question(s) clearly stated
(2) Participants in sample were described
(3) Type of facility where study was conducted was stated
(4) Method of data collection was described
(5) Response rate was provided
(6) Operational definition of the outcome variable was clearly stated
(7) Instrument used to measure job satisfaction was described or identified
(8) Other instruments used to measure concepts were described or identified
(9) Sample reliability for the job satisfaction instrument was provided
(10) Overall study quality rating

Figura 2: Scala di valutazione della qualità di Zangaro e Soeken (2007)

Nel caso specifico di questa tesi, sono stati tralasciati il punto 6 e 9. Quindi la scala di valutazione è la seguente:

1. La/e domanda/e di ricerca è/sono chiaramente dichiarata/e
2. I partecipanti del campione sono stati descritti
3. Il tipo di struttura in cui è stato condotto lo studio è stato dichiarato
4. Il metodo per la raccolta dei dati è stato descritto
5. È stato fornito il tasso di risposta
6. Lo strumento utilizzato per misurare la soddisfazione del lavoro è stato descritto o identificato
7. Altri strumenti utilizzati per misurare i concetti sono stati descritti o identificati
8. Valutazione della qualità sullo studio globale

Articoli Autore/Anno	1	2	3	4	5	6	7	8
Brockmann et al., (2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Moderato
Cespedes et al., (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Moderato
Garrison e Christakis (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Moderato
Magee et al., (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Moderato
Marinelli et al., (2014)	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	Moderato
Paavonen et al., (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Moderato

6. RISULTATI

6.1. Descrizione degli articoli

Durante la ricerca della letteratura nelle banche dati, sono stati trovati 12 articoli. I criteri d'inclusione redatti nel protocollo di revisione mi hanno permesso di selezionare gli articoli in modo più dettagliato. In totale per questa ricerca sono stati inclusi 6 articoli, di cui tutti e 6 sono di tipo quantitativo; più precisamente 2 studi sono controllati randomizzati (RCT), 3 studi sono studi longitudinali di coorte e l'ultimo studio non ha preso in considerazione nessuna randomizzazione o tipo di preselezione. L'articolo più recente risale al 2006, mentre quello più remoto al 2015. Gli strumenti utilizzati per raccogliere le informazioni e i dati sono stati raccolti tramite questionari, interviste e diari. Il campione, nella maggior parte degli articoli, consiste in bambini sani con i genitori o almeno una figura genitoriale. Il tipo di campione preso in considerazione, in tutti gli studi sono compresi sia maschi che femmine, con età che variano da 1 a 8 anni. Inoltre in tutti gli studi sono stati coinvolti anche i genitori dei bambini. I luoghi dove sono state condotte le ricerche sono i seguenti: due studi sono stati condotti negli Stati Uniti (uno a Seattle e l'altro a Boston), uno in Cile (Santiago), uno in Australia (Wollongong), uno in Spagna (Minorca, Sabadell e Valencia) ed infine l'ultimo in Finlandia (Helsinki). Il setting d'indagine in tutti gli studi è un contesto naturale, cioè nell'ambito domestico.
Tutti gli articoli sono stati valutati utilizzando la scala di valutazione di Zangaro e Soeken (2007) e i risultati emersi variano da un punteggio minimo di 6 ad un punteggio massimo di 7.

6.2. Analisi dei dati emersi

Dalla lettura ed accurata analisi degli articoli, sono emersi criteri che vengono accumunati e ripetuti in più ricerche scientifiche. Le domande di ricerca dei vari studi sono tutte indirizzate sull'influenza e la relazione che ha la visione della televisione sul

sonno del bambino. Ho deciso così di suddividere questo capitolo nei vari criteri emersi al fine di raggruppare le informazioni e i risultati degli articoli.

6.2.1. Avere la televisione in camera

Il 51% dei bambini dai 1 ai 6 anni ha la televisione in camera (Brockmann et al., s.d.), mentre un altro studio eseguito riferisce che il 53% dei bambini razziali e quelli appartenenti a minoranze etniche ce l'ha, rispettivamente il 14% nei bambini bianchi (Cespedes et al., 2014). Sempre nello stesso studio, a 4 anni il 17% dei bambini ha la televisione in camera, rispettivamente aumenta al 23% a 7 anni (Cespedes et al., 2014). Non bisogna tener conto solo del numero di televisioni presenti in casa, ma anche della loro collocazione: in generale l'82% delle famiglie ha più di due televisioni in casa (Brockmann et al., s.d.). Avere la televisione in camera è un fattore che a lungo andare può portare a dei problemi concernenti al sonno, alcuni esempi sono la paura del sonno, avere gli incubi, parlare nel sonno ed essere stanchi al risveglio mattutino (Brockmann et al., s.d.). Con l'aumentare della visione dell'apparecchio elettronico, la qualità del sonno diminuisce (Brockmann et al., s.d.; Cespedes et al., 2014; Paavonen, Pennonen, Roine, Valkonen, & Lahikainen, 2006), successivamente i bambini hanno un ritardo nell'iniziare il sonno e hanno difficoltà a mantenerlo (Brockmann et al., s.d.), e ciò provoca un peggioramento delle condizioni fisiche e psichiche (Cespedes et al., 2014). La presenza fisica della televisione in camera influisce sul sonno indipendentemente se il bambino la guarda o meno, ed in più è difficile per i genitori capire se l'addormentamento è dato dalla sua presenza o da altro (Cespedes et al., 2014). Un articolo afferma che, guardare la televisione a letto o da soli è associata ad una conseguente comparsa di problemi legati al sonno, non viene però specificato il luogo di visione della TV (Garrison & Christakis, 2012; Paavonen et al., 2006). Uno studio ha indagato quanto influisce avere la televisione in camera sulla durata del sonno: nei bambini razziali dai 4 ai 7 anni e quelli appartenenti a minoranze etniche avviene una diminuzione di 31 minuti di sonno ogni notte, mentre nei bambini di 4 anni per ogni ora ulteriore spesa a guardare la televisione, il sonno si accorcia di circa 16 minuti per notte, tre volte in più rispetto a non guardare la televisione in camera (Cespedes et al., 2014).

6.2.2. Orario e momento della visione della televisione

Guardare la televisione in momenti particolari della giornata come alla sera, è associato all'aumento dei problemi del sonno nel bambino (Cespedes et al., 2014). I risultati di una ricerca su un campione di bambini da 1 a 6 anni, mostrano che la percentuale che va a letto tardi dopo le ore 22:00 è il 67%, mentre nel weekend aumenta all'82%. La percentuale di bambini che guarda la televisione dopo le ore 20:00 è il 43%: risultato che fa aumentare ulteriormente il rischio di riscontrare poi problemi del sonno. Esiste una correlazione fra le ore spese a guardare la televisione e la difficoltà ad iniziare e a mantenere il sonno (Brockmann et al., s.d.). Secondo un articolo, le ore spese ad utilizzare ogni sorta di media non dovrebbe superare le due ore giornaliere e non ci sono conseguenze se vengono impiegate durante il giorno rispetto alla sera (Marinelli et al., 2014). Molte ricerche affermano che guardare la televisione poco prima di coricarsi provoca un ritardo della fase d'inizio del sonno (Cespedes et al., 2014) e porta ad un'attivazione motoria comportamentale esagerata (Marinelli et al., 2014). I risultati di una ricerca su un campione di bambini dai 3 ai 5 anni, mostrano che il 12% dei bambini ci impiega più di 20 minuti per addormentarsi, avvenimento che accade da cinque a sette volte alla settimana, un altro problema è svegliarsi spesso durante la

notte, avvenimento che avviene da cinque a sette volte alla settimana e che comprende il 7% dei bambini coinvolti nello studio (Garrison & Christakis, 2012).

6.2.3. Contenuti dei programmi televisivi guardati

Molti studi dimostrano che il contenuto di alcune tipologie di programmi televisivi porta il bambino ad avere problemi a dormire (Brockmann et al., s.d.; Cespedes et al., 2014; Garrison & Christakis, 2012; Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). Quando il bambino ha problemi nel sonno, se guarda la televisione, lo espone maggiormente ad andare incontro a contenuti violenti, spaventosi ed inadatti alla sua età (Garrison & Christakis, 2012; Paavonen et al., 2006). Questi contenuti causano nel bambino aggressività, problemi comportamentali e problemi di attenzione (Garrison & Christakis, 2012; Paavonen et al., 2006). Secondo i risultati di uno studio su bambini dai 5 ai 6 anni, i contenuti come ad esempio di attualità sono associati successivamente a problemi di sonno e veglia e a problemi di ipersudorazione nel bambino; i film per adulti invece sono associati a successivi disturbi ad iniziare il sonno, a problemi di sonno e veglia e a problemi di ipersudorazione; in seguito, le visione di serie TV per adulti sono a sua volta associati a problemi di sonno e veglia; ed infine le serie poliziesche sono associati poi a problemi di sonno e veglia, a disordini di eccessiva sonnolenza e a ipersudorazione (Paavonen et al., 2006).
Il 65% dei genitori decide cosa può guardare o meno il proprio bambino (Brockmann et al., s.d.), con l'aumentare dell'età invece, il bambino è più autonomo nella gestione della TV e nel prendere decisioni (Brockmann et al., s.d.; Paavonen et al., 2006). Dall'elevata esposizione ai contenuti violenti, gli causa uno spostamento del momento di coricarsi o un sonno interrotto (Cespedes et al., 2014). I bambini al di sotto degli 8 anni, sono più vulnerabili perché non sono in grado di discriminare la fantasia e la realtà (Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). Dai risultati di una ricerca, dove i genitori sono stati stimolati a sostituire i contenuti violenti con contenuti pro-sociali ed educativi nei loro bambini dai 3 ai 5 anni, si è visto che con i successivi follow-up, vi è stata una diminuzione dei problemi del sonno (Garrison & Christakis, 2012). Dunque è il contenuto dei programmi che influisce sul sonno e non la quantità di utilizzo, quindi è molto importante che i genitori intervengono subito, monitorando il contenuto al fine di prevenire le conseguenze (Garrison & Christakis, 2012; Paavonen et al., 2006).

6.2.4. Esposizione attiva e passiva allo schermo della televisione

La visualizzazione attiva e passiva dello schermo comporta lo spostamento dell'inizio del sonno e un aumento dell'eccitazione mentale. Inoltre la visione dello schermo influisce sul ritmo circadiano (Brockmann et al., s.d.; Cespedes et al., 2014; Magee CA, Lee J, & Vella SA, 2014; Marinelli et al., 2014), e porta ad un'alterazione della secrezione della melatonina salivare nei bambini che porta alla diminuzione della durata del sonno (Brockmann et al., s.d.; Marinelli et al., 2014). Queste conseguenze sono dannose per il sonno perché sono elementi che alterano la durata, la qualità e influiscono sull'insorgenza di successive problematiche (Cespedes et al., 2014). Guardare molta televisione nella prima infanzia, è associato successivamente a problemi di attenzione che compaiono con la crescita (Marinelli et al., 2014). Il bambino quando è esposto a lungo davanti allo schermo, significa che il tempo trascorso in più del dovuto ricopre altre attività che risultano più salutari e che beneficiano il sonno (Magee CA et al., 2014).
Uno studio afferma che, in un campione di bambini da 3 a 5 anni, guardano la televisione 1,5 ore a settimana sotto forma di accompagnamento ad un'altra attività, dunque la visualizzazione dello schermo è secondaria ad un'altra azione (Garrison &

Christakis, 2012). I risultati di un altro studio, affermano invece che il 60% dei bambini da 1 ai 6 anni, usa la televisione come strumento di routine per dormire (Brockmann et al., s.d.). Da un altro studio emerge che un'ora di variazione di utilizzo di qualsiasi media è associato a 3,6 minuti di cambiamento del sonno (Magee CA et al., 2014), mentre da un ulteriore studio viene esposto che a lungo nel tempo, inteso come nei successivi follow-up dello studio preso in considerazione, avviene un cambiamento di 11 minuti per ogni ora di visione della TV (Cespedes et al., 2014). A 4 anni invece, ogni ora addizionale spesa a guardare la televisione è associata a 5 minuti in meno di sonno al giorno, 1/3 in meno rispetto ad avere la televisione in camera, che risulterebbe 16 minuti (Cespedes et al., 2014).
Secondo uno studio, la visione attiva della televisione che è caratterizzata da 1,4 ore giornaliere, è correlata successivamente a disordini di transizione del sonno e veglia. La visione passiva invece, nello studio sono complessivamente 1,4 ore, ed è correlata poi al disturbo nell'iniziare a dormire (Paavonen et al., 2006). La condivisione della televisione dove nello studio sono all'incirca di 4,2 ore giornaliere e la visione passiva sono spesso associate alla difficoltà a dormire (Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). I risultati di una ricerca il quale ha mirato ad evidenziare i rischi dell'esposizione passiva alla televisione afferma che, con l'esposizione passiva aumenta la possibilità di entrare in contatto con contenuti violenti, diversamente se è attiva c'è più controllo dei genitori. La visione passiva, potrebbe interferire con altre attività importanti e soprattutto se la televisione è accesa a lungo, i genitori non stando con i figli, può succedere che questo interferisca con l'attaccamento del bambino (Paavonen et al., 2006).

6.2.5. Situazione famigliare

L'educazione scolastica dei genitori, soprattutto delle madri e il reddito di ogni figura genitoriale sono elementi emersi dagli articoli e successivamente approfonditi che influiscono sulla visione della televisione e che si associano poi alla durata e alla qualità del sonno del bambino. L'educazione materna è un fattore discusso in cinque dei sei articoli analizzati, e i risultati confermano che la maggior parte delle madri ha avuto una formazione universitaria, con una media dei cinque articoli del 51,98% (Brockmann et al., s.d.; Cespedes et al., 2014; Magee CA et al., 2014; Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). L'educazione paterna invece, è stata presa in considerazione in due dei sei studi, e con una media del 49,05% i padri hanno una formazione primaria, 28,55% secondaria e 21,8% universitaria. Al contrario delle madri, i padri hanno maggiormente una formazione primaria (Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). Dunque per concludere, più il livello di educazione è alto, e maggiore sarà l'effetto protettivo dei genitori verso i bambini, perché c'è un maggiore controllo su tutto quanto concerne la visione della televisione (Brockmann et al., s.d.), in più le regole sono più adeguate a dipendenza dell'età del bambino, perché i genitori cono consapevoli dei comportamenti errati in materia di salute (Magee CA et al., 2014; Paavonen et al., 2006). Un articolo però afferma che in base ai suoi risultati, il livello di educazione non incide sulla visione della televisione (Marinelli et al., 2014). Dai risultati di un'altra ricerca, il rapporto tra l'utilizzo dei media a 4 anni e la durata del sonno a 6 anni varia a dipendenza dall'educazione materna: sono state osservate associazioni significative inverse quando le madri hanno completato la scuola superiore o quando hanno ottenuto una qualifica terziaria. Più in dettaglio il legame tra la visione della TV a 4 anni e la durata del sonno a 6 anni, è stato significativo quando le madri hanno avuto una qualifica terziaria ma non quando hanno o non hanno completato la scuola (Magee CA et al., 2014). È stata valutata anche l'associazione tra la visione televisiva a 6 anni e la durata del sonno a 8

anni, risulta infatti che è significativa quando le madri non hanno completato la scuola superiore (Magee CA et al., 2014).
Il redito famigliare è stato preso in considerazione in tre dei sei articoli (Cespedes et al., 2014; Magee CA et al., 2014; Paavonen et al., 2006). Il risultato di uno studio afferma che il 63% delle madri ha un reddito famigliare maggiore a 70'000 $, ma non viene specificato nell'arco di quanto tempo viene riscosso (Cespedes et al., 2014), mentre i risultati di un altro studio vengono suddivisi nei quattro percentili, il 19,6% del reddito famigliare si situa al primo quartile, il 24,8% al secondo quartile, il 27,4% al terzo ed infine il 28,2% al quarto quartile (Magee CA et al., 2014). Dai risultati di un'altra ricerca, il rapporto tra l'utilizzo dei media a 6 anni e la durata del sonno a 8 anni varia a dipendenza dal reddito, soprattutto per le famiglie che si collocano al primo e al secondo quartile. Più in dettaglio il rapporto tra la visione della televisione a 6 anni e la durata del sonno a 8 anni varia dal reddito, soprattutto è significativo nel secondo e nel quarto quartile. Più il reddito è alto e maggiore sarà la possibilità di avere a disposizione dispositivi multimediali in famiglia. La ricerca ha anche dimostrato che il rapporto fra la durata del sonno a 6 anni e il successivo utilizzo dei media a 8 anni si diversifica in base al reddito: una significativa associazione inversa è stata osservata nel primo e terzo quartile. In particolare, il rapporto fra la durata del sono e la successiva visualizzazione della televisione a 8 anni è notevole nel terzo quartile (Magee CA et al., 2014). I bambini provenienti da famiglie con un basso reddito, un aumento di 1 ora in uso dei media a 6 anni di età è stato associato a una riduzione dai 8.4 ai 9,6 minuti della durata del sonno a 8 anni di età. Dunque i bambini sono più a rischio di un'alterazione della durata del sonno e dell'utilizzo dei media (Magee CA et al., 2014).
In un articolo viene menzionato che lo stato socioeconomico dei genitori e i turni di lavoro della madre sono associati alla visione attiva e all'esposizione passiva della televisione, ma non con i problemi del sonno, mentre i conflitti famigliari, il reddito della famiglia e i turni di lavoro del padre sono associati sia alla visione attiva che all'esposizione passiva della televisione, inoltre i bambini hanno poi difficoltà a dormire (Paavonen et al., 2006).

6.2.6. Ulteriori dati emersi

Da alcuni articoli sono emersi altri fattori che influiscono sulla visione della televisione e che successivamente si associano alla durata e alla qualità del sonno del bambino. I risultati di due studi affermano che i bambini con sintomi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività, con funzioni esecutorie inferiori e con un alto BMI hanno una maggiore probabilità di essere esposti alla televisione in modo attivo e passivo, in più successivamente hanno un sonno ridotto (Marinelli et al., 2014; Paavonen et al., 2006). La salute somatica del bambino è una condizione che se è alterata porta a una difficoltà a dormire (Paavonen et al., 2006). Lo stato corporeo del bambino influisce sul sonno, soprattutto se è obeso perché l'obesità può contribuire alla durata del sonno tramite condizioni quali l'apnea del sonno. Inoltre, l'obesità può contribuire alla visione della televisione a causa di una predisposizione di fondo a impegnarsi in comportamenti più sedentari. Con un aumento di 1 ora in visione televisiva a 6 anni, è prevista una riduzione di 14,4 minuti nella durata del sonno (Magee CA et al., 2014).

7. DISCUSSIONE

7.1. Discussione dei risultati

Eseguire l'analisi degli articoli trovati nelle banche dati, mi ha permesso di capire realmente la situazione che si presenta al giorno d'oggi. La televisione, che

apparentemente è un semplice dispositivo elettronico, può portare a seri problemi e danni nel bambino. Sono stati analizzati 6 articoli e praticamente tutti hanno messo in luce le stesse tematiche: uno dei problemi principali è avere il dispositivo in camera. I risultati che vengono fortini, secondo un mio parere, sono da prendere in considerazione. Sapere che il 51% dei bambini da 1 a 6 anni ha il dispositivo in camera (Brockmann et al., s.d.) oppure che i bambini razziali e quelli appartenenti a minoranze etniche sono i più soggetti con il 53% rispetto al 14% nei bambini bianchi, sono dati abbastanza sorprendenti (Cespedes et al., 2014). Ritengo che questi risultati sono da attribuire anche alla presenza e alla conoscenza in materia dei famigliari. Minore è il livello di scolarità dei genitori, minore sarà l'effetto protettivo verso i bambini, a seguito di un minor controllo su tutto quanto concerne la televisione, dagli orari al contenuto (Paavonen et al., 2006). I genitori non sono consapevoli dei comportamenti errati che attuano e le regole dettate non saranno adeguate all'età del bambino. Come viene espresso anche nel quadro teorico, il bambino ha dunque maggior libertà e ciò può portare a conseguenze che a lungo andare gli possono provocare dei seri danni (Fenton et al., 2014). Un articolo afferma che le conseguenze arrivano dopo anni (Garrison & Christakis, 2012), dunque se il bambino inizia a prendere brutte abitudini, con il passare del tempo saranno più difficili da modificare, soprattutto se il bambino è già grande. Un altro fattore che emerge dal quadro teorico è il salario dei genitori (Speirs et al., 2014). Vi sono due possibili situazioni legate al salario dei genitori: essi lavorano molto, in ambiti poco pagati e con un alto tasso di ore lavorative, oppure il contrario, cioè in ambiti ben redditizi e gratificanti. I genitori non hanno la possibilità di trascorrere il tempo a casa con i figli, quindi il bambino usufruisce del tempo libero a disposizione con la visione della televisione. Di conseguenza il sonno poi è influenzato: più studi presi in considerazione nella revisione affermano che la quantità di ore di sonno diminuisce, più in dettaglio uno studio riferisce che si accorcia, notevolmente se il dispositivo è presente in camera (Cespedes et al., 2014). Il bambino, dalla mancata presenza dei genitori, sarà più soggetto alla visione di contenuti televisivi non idonei alla sua età, e in più alla visione passiva (Paavonen et al., 2006). La presenza di almeno un genitore a casa è fondamentale per la crescita, per l'apprendimento e per dare una continuità al bambino. I primi anni di vita sono in continuo mutamento, avvengono molti avvenimenti e necessitano la costante presenza di un genitore (Brockman). Lo dico con molta certezza e sicurezza perché sono testimone di ciò: nei miei primi anni di vita, mia madre è stata con me a casa (ogni tanto ha lavorato, circa un giorno al mese presso un ristorante lì vicino in paese) mentre mio padre ha sempre lavorato. Aver avuto una figura di riferimento ogni giorno per l'intero arco della giornata, secondo me ha permesso di costruire una base in me che con il passare degli anni è diventata sempre più solida. Sono stata fortemente educata, al rispetto delle regole, agli ordini e alle buone maniere che tutt'oggi ne risento e ne vado molto fiera. I risultati oltre a vedersi con la crescita, se mantenuti, persistono anche in fase adulta. Ricordo che all'età di 4 anni, la televisione la guardavo sempre e solo in compagnia dei miei genitori in salotto, mai da sola. In più la televisione in camera l'ho ricevuta quando avevo 10 anni, semplicemente perché con l'acquisto della nuova televisione, quella vecchia è passata in camera mia e di mio fratello. Nella mia infanzia non ho avuto problemi seri del sonno, magari ogni tanto un qualche incubo ma nulla di particolare. Con questo breve accenno del mio passato, non voglio dire che la madre o il padre deve stare a casa con i figli, anzi sono da ammirare coloro che ci tengono alla carriera lavorativa, ma lo consiglio vivamente perché sono periodi che è un peccato perdersi e sono momenti dove si impara e si insegna molto. Purtroppo però non sempre è possibile, capisco che ci sono famiglie che non se lo possono permettere e che necessitano di maggior entrate

finanziarie, le esigenze cambiano di famiglia in famiglia. Difatti nel quadro teorico, viene preso in considerazione questo concetto: la presenza del genitore influisce sullo stato relazionale del bambino con i genitori stessi (Speirs et al., 2014).
Inoltre, è emerso dall'analisi, che il momento e l'orario di visione della televisione sono fattori che incidono poi sulla durata e sulla qualità del sonno. Guardare la televisione dopo certi orari, dove oltretutto i contenuti non sono sicuramente idonei, si corre il rischio che il bambino ci impieghi più tempo del necessario per addormentarsi. I bambini si spaventano a guardare programmi non adatti alla propria età e ciò, come emerge anche dal quadro teorico influisce sull'addormentamento (Brockmann et al., s.d.). C'è la possibilità che il bambino perde la capacità di prendere sonno spostando in avanti il momento di caduta nell'assopimento che è la prima fase del sonno non-REM («Qualità e quantità del sonno», s.d.). Con lo spostamento dell'iniziazione del sonno, nonostante ce ne sia il reale bisogno fisiologico, possono successivamente insorgere problematiche patologiche. A ripresa del quadro teorico, una delle conseguenze è l'insonnia (Datta & Vella, 2009).
Anche in questo caso entra in gioco la presenza del genitore, a dipendenza delle regole stabilite o meno, il bambino ne usufruisce finché può. Quando vuole qualcosa, sa come convincere i genitori (Datta & Vella, 2009; Fenton et al., 2014). Ad esempio nel fine settimana, come viene messo anche in luce nell'analisi: il numero di bambini che va a letto dopo le ore 22:00 aumenta, sicuramente i genitori non mantengono le regole attive come durante la settimana o sono i figli che richiedono la possibilità di andare a letto più tardi (Brockmann et al., s.d.). In più, per i bambini come per i genitori, arriva il fine settimana e, dunque, il fatto che tutti sono a casa secondo me incide molto sul tempo trascorso insieme. I genitori vogliono godersi i momenti con i figli e come viene detto anche nel quadro teorico, il rischio è che il sonno con il passare dei mesi si altera, perché il bambino sposta l'iniziazione del sonno (Speirs et al., 2014). Se riprendo in considerazione la mia infanzia, come già ribadito, mia madre è sempre stata presente, diverso invece è stato mio padre. Nei miei primi 6 anni di vita, lui ha lavorato intensamente, al mattino usciva presto di casa mentre io dormivo e alla sera tornava tardi quando anche lì dormivo. Ne ho un po' risentita di questa cosa, vedevo mio padre praticamente solo nel fine settimana. Questo però no ha influito sulla qualità del mio sonno, ma solo sull'affetto che provavo nei suoi confronti, più alto, perché apprezzavo il tempo che trascorreva con me nel suo tempo libero. Quindi secondo me è tutta una questione di equilibrio. Si può fare di tutto, il bambino può guardare la televisione nei fine settimana, può guardarla fino a tardi, basta che c'è qualcuno in sua compagnia.
Una frase mi ha molto colpito di un articolo, afferma che l'esposizione alla televisione è una variabile continua (Marinelli et al., 2014). Quindi indipendentemente dagli avvenimenti esterni, la visualizzazione della TV è sotto continui cambiamenti da ogni minimo input. I contenuti dei programmi visualizzati, come emerge anche dal quadro teorico, non sono sempre adatti ai bambini perché loro non sono in grado di discriminare i contenuti, a dividere ciò che è fantasia e ciò che è realtà (Brockmann et al., s.d.). Un eccessivo uso dei media prevede risultati sociali e sanitari negativi e un sonno accorciato (Magee CA et al., 2014). Dal quadro teorico viene messo anche in evidenza che la visualizzazione dello schermo di qualsiasi apparecchio elettronico, e con l'assimilazione di contenuti non idonei, potrebbero comportare dei problemi nel bambino: si manifestano incubi notturni, disturbi comportamentali e paralisi ricorrenti (Datta & Vella, 2009). Bisogna far attenzione perché da piccole abitudini sbagliate, a lungo andare si arrivano a quelle più dannose per il bambino. Se inizialmente il bambino ha difficoltà ad addormentarsi, e ciò perdura nel tempo, questa viene detta insonnia (Datta & Vella, 2009). Un'altra problematica che potrebbe insorgere è

l'ipersonnia che è caratterizzata dall'eccessiva sonnolenza diurna. Il bambino di sera va incontro al bisogno di dormire spostando l'iniziazione del sonno: così facendo avviene una disgregazione del sonno, detta anche narcolessia (Datta & Vella, 2009). Di sera il bambino è distratto dalla televisione, piuttosto che da altri apparecchi elettronici e tende a spostare il momento in cui deve andare a dormire. Con il passare del tempo, esso rischia di far insorgere delle problematiche riguardi la qualità e al contenuto del sonno (Speirs et al., 2014).
Il ruolo fondamentale dell'infermiere è quindi quello di promotore della salute. In questo caso il compito è di stabilire, pianificare e attuare interventi sul bambino in collaborazione con i genitori con lo scopo di migliorare le abitudini legate alla visione della televisione al fine di prevenire l'insorgenza di problematiche del sonno. Sarà pertanto necessario prevenire l'insorgenza di problematiche mediante un'adeguata educazione del bambino, ma soprattutto della famiglia, perché chi se non dai genitori il bambino mette in pratica usanze o comportamenti non completamente adatti.

Sulla base degli elementi qualitativi emersi nel quadro teorico e al successivo approfondimento, ho potuto notare che vengono spesso ripetuti come se dipendessero l'uno dall'altro. Dunque, in base ai miei ragionamenti, se si va a toccare un elemento alterato per migliorare il sonno nella vita quotidiana del bambino, si andranno a toccare più aspetti che gli generanno un miglioramento nello stile di vita. D'altronde, gli elementi emersi oltre che ad essere numerosi e l'uno dipendente dall'altro, coprono vari ambiti del bambino, cioè vale a dire una sfera bio/psico/sociale. Ogni sfera contiene uno o più elementi descritti nei capitoli precedenti. Le sfere interagiscono tra di loro creando un punto centrale in comune che secondo me potrebbe essere rivolto al completo stato di benessere del bambino.
In questo caso, io come promotrice della salute devo essere in grado di potenziare le risorse al fine che mediante una maggior autonomia, il bambino riesce a gestire la situazione a dipendenza dell'età e dei bisogni necessari. L'infermiere deve comunque adottare un tipo di approccio con un'ideologia scientificamente provata basata da una teoria al fine di trasmettere le giuste conoscenze.

7.2. Raccomandazioni per la pratica

In base ai risultati di questa ricerca, l'implicazione infermieristica sulla promozione della salute del bambino nel campo del sonno è di essenziale importanza. L'ambito sanitario, come descritto nel quadro teorico, sottostà a continui aggiornamenti. Al fine di erogare le giuste cure basate da un'altrettanta giusta conoscenza di base, l'infermiere deve continuare ad aggiornarsi mediante ricerche scientifiche o corsi di aggiornamento. Il sonno è un lato del bambino abbastanza delicato, se non viene pienamente soddisfatto, le conseguenze influiscono poi sulla qualità della giornata. Questa revisione mi ha permesso di mettere in luce la rilevanza infermieristica: l'importanza di insegnare, educare, far apprendere ai genitori azioni più corrette che portano al bambino a migliorare le proprie abitudini prevenendo l'insorgenza di problematiche legate al sonno. Al fine di giungere a questi risultati, l'infermiere mediante le competenze professionali specifiche deve:

- *Ruolo di esperto in cure infermieristiche*: l'infermiere deve essere responsabile nel suo ruolo di erogazione delle cure, valutando sempre l'esito («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso l'infermiere deve essere in grado di fornire le cure a fasce d'età specifiche: bambino e genitori. Deve essere in grado di coinvolgere

entrambe le figure adattando il tipo di erogazione delle cure in modo tale che siano comprensibili.

- *Ruolo di comunicatore*: l'infermiere ha il dovere di instaurare relazioni professionali di fiducia e di trasmettere informazioni mirare e corrette. Deve essere in grado di adattare il tipo di comunicazione ad ogni situazione, e nel caso dovesse essere necessario, deve saper utilizzare delle strategie al fine di poter comunicare («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso siccome l'infermiere è messo a confronto con due tipologie di fasce d'età: bambino e genitori, deve saper comunicare con queste figure e adattare il tipo di parole espresse. Deve essere in grado di chiedere feedback in modo tale da capire se la trasmissione di informazioni è stata corretta, difficile invece sarà con il bambino, dipenderà dall'età.
- *Ruolo di membro di gruppo di lavoro*: l'infermiere deve essere in grado di far parte ad équipe interdisciplinari e interprofessionali garantendo una corretta erogazione delle cure («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso potrebbero essere coinvolte anche altre figure sanitarie: come ad esempio il medico in casi di disturbi del sonno più avanzati. Da notare che però l'interdisciplinarietà è sempre presente, non solo in caso di complicazioni.
- *Ruolo di manager*: in questo ruolo, l'infermiere deve essere in grado di prendersi a carico della propria direzione specialistica, contribuendo all'efficacia dell'organizzazione sviluppando la propria carriera professionale («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso specifico, l'infermiere deve sentire la necessità di rinnovare le proprie conoscenze nel campo dei disturbi del sonno, di vedere quali sono gli elementi ricreativi e di qualità di vita del bambino che incidono sulla qualità del sonno, e successivamente di rendere le modalità d'intervento più idonee possibili.
- *Ruolo di promotore della salute*: questo ruolo è il fondamento della mia tesi. secondo le competenze specifiche, l'infermiere deve essere in grado di mettere in atto piani di trattamento con efficienza ed efficacia basate da prove scientifiche («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso mediante la risorsa fondamentale a disposizione, che sono i genitori, si riuscirà a mettere in pratica degli interventi al fine di mirare al miglioramento nelle abitudini e dunque nella salute del bambino.
- *Ruolo di apprendente e insegnante:* l'infermiere in questo ruolo deve essere in grado di rilevare lacune e risorse mettendo in relazione la propria esperienza clinica e quella dei pazienti con il sapere basato su prove di efficacia («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). In questo caso l'infermiere deve essere abile a identificare le lacune della situazione specifica ed altrettanto le risorse del bambino e della famiglia. Dopodiché deve essere in grado di pianificare i dovuti interventi infermieristici in collaborazione con il bambino e i genitori.
- *Ruolo legato all'appartenenza professionale*: l'infermiere in questo ruolo si impegna per la salute e la qualità di vita delle singole persone e della società. Si relaziona con le altre persone tenendo conto dell'etica professionale («SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale - Competenze dell'infermiere SUP», 2011). Dunque in questo caso l'infermiere si impegna a mantenere dei

buoni rapporti con il bambino e con la sua famiglia, tenendo conto dell'etica professionale.

7.3. Raccomandazioni per l'eventuale ricerca futura

Ricercando materiale su questo argomento, si è visto che sono presenti molti articoli sulla visione della televisione in relazione alla durata e qualità del sonno. In generale gli articoli trovati spiegano quindi quali sono i fattori che influiscono sulla visione della televisione e che incidono poi sulla durata e qualità del sonno nei bambini. Però come lo afferma una ricerca presa in considerazione nella revisione della letteratura, in futuro si dovrebbero fare altre ricerche su fasce d'età più mirate al fine di trovare altri fattori positivi/negativi riguardo la visione della televisione che incidono poi sul sonno (Paavonen et al., 2006).

7.4. Limitazioni della revisione

Per valutare la qualità della ricerca svolta e dei risultati trovati, utilizzerò i seguenti criteri proposti (Pomponio & Calosso, 2005):

1. *La revisione risponde ad uno specifico quesito clinico?*

La domanda di ricerca che mi sono posta è: "Quali sono le variabili che caratterizzano la visione della televisione nei bambini dai 2 agli 8 anni e che incidono sulla durata e sulla qualità del sonno del bambino?". Quest'ultima dovrebbe inoltre essere facilmente comprensibile sia dal titolo del lavoro che dall'abstract.

2. *Gli articoli utilizzati per la redazione della revisione sono stati selezionati secondo criteri appropriati?*

Nel capitolo della metodologia, viene spiegato il metodo utilizzato per la valutazione degli articoli. In più sono anche descritti i criteri di inclusione ed esclusione che sono stati applicati per la scelta degli articoli.

3. *La ricerca degli studi da inserire nella revisione è stata sufficientemente esaustiva da rendere poco probabile l'omissione di studi rilevanti?*

Sempre nel capitolo della metodologia, viene spiegato passo per passo il tipo di ricerca svolto. La ricerca dovrebbe venire effettuata almeno nelle principali banche dati. Tuttavia, sono stati trovati solo articoli in lingua inglese e questo non esclude che possano essere stati tralasciati degli studi rilevanti.

4. *La qualità degli studi inseriti nella revisione è stata opportunamente valutata?*

Il metodo e i criteri utilizzati per valutare la qualità dovrebbero essere spiegati. Infatti, il metodo di valutazione della qualità che ho utilizzato per questo lavoro è quello proposto da Zangaro e Soeken (2007) e i criteri di valutazione sono illustrati nel capitolo della valutazione sulla qualità degli studi.

5. *Riproducibilità del protocollo (applicazione della metodologia)*

Per ridurre al minimo gli errori, sarebbe opportuno che la ricerca venga svolta da almeno due ricercatori. In questo caso, la ricerca è stata svolta da una sola persona e questo potrebbe rappresentare un limite.

6. *I risultati degli articoli selezionati per la revisione sono simili tra loro?*

Nel capitolo dei risultati vengono esposti i principali dati emersi dalla lettura degli articoli selezionati. Come si può vedere, tutti gli articoli hanno fornito dei dati simili tra loro.

8. CONCLUSIONI

I disturbi del sonno in età pediatrica sono una problematica sempre più frequente che coinvolgono continuamente più bambini e più famiglie. I risultati emersi in questa revisione mi hanno permessa di rispondere alla mia iniziale domanda di ricerca "Quali sono le variabili che caratterizzano la visione della televisione nei bambini dai 2 agli 8 anni e che incidono poi sulla durata e sulla qualità del sonno". Quello che emerge dalla revisione risulta interessante: la maggior parte degli articoli accentuano l'importanza della messa in atto di azioni o comportamenti, come in questo caso se si prende in considerazione la visione della televisione, il genitore deve impostare degli orari di visione, controllare il contenuto, assicurarsi che non abusa dell'apparecchio al fine di poter garantire successivamente un adeguato sonno senza disturbi e senza conseguenti aggravamenti. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale: l'inserimento di questa figura garantisce un ulteriore apporto di nozioni alla famiglia, perché mediante insegnamenti, apporti teorici e spiegazioni, può educare e sostenere le due figure genitoriali. Oggigiorno siamo in un'era dove l'innovazione tecnologica è sempre in continuo aggiornamento. Positivo per l'evoluzione umana, ma con i suoi altrettanto difetti per gli individui più deboli, come in questo caso i bambini. Dunque al fine di prevenire l'insorgenza di problematiche, l'infermiere svolge un ruolo di prevenzione primaria, dove mediante azioni mirate riduce e indebolisce determinati fattori di rischio specifici.

8.1. Valutazione della qualità della revisione

Giunta a questo punto credo di poter dire che la revisione effettuata sia soddisfacente, le parti che compongono questo lavoro sono state prese uno alla volta e approfondite al meglio mediante la ricerca degli articoli scientifici, l'analisi e la messa in comune dei dati.

Se si parte dal quesito di ricerca, credo che è stato descritto in modo chiaro e completo al fine di poter facilmente rispondere alla domanda mediante solo la lettura del titolo o dell'abstract.

Gli articoli inclusi per la revisione sono stati selezionati tramite dei criteri esplicitati nel protocollo di revisione, e sono stati scelti in base al loro rigore metodologico e non in base ai risultati. Dopo l'inclusione, gli articoli sono stati valutati tramite una scala apposita descritta sotto a un capitolo apposito. Il valore/score è esplicitato nella tabella riassuntiva della revisione.

La successiva ricerca degli articoli è avvenuta in diverse banche bibliografiche: ma siccome l'accesso ad alcuni articoli era limitato, non è stato possibile confermare che sono stati presi in considerazione tutti gli articoli inerenti al tema. Sono stati analizzati sono articoli in lingua inglese, anche se questo può portare a un maggiore rischio di bias e può essere visto come un limite.

Gli studi analizzati hanno ottenuto risultati abbastanza omogenei, dove la maggior parte di essi metteva in luce elementi che venivano poi anche ripetuti negli altri articoli scientifici.

Per concludere, credo e posso confermare che questa revisione rispecchia una buona revisione di qualità, anche se presenta qualche limite.

8.2. Valutazione personale

Durante questo lungo percorso, ho avuto modo di esercitare e sperimentare la revisione della letteratura e acquisire così maggior autonomia all'interno delle banche dati. Successivamente sempre grazie a questa metodologia, ho potuto potenziare le mie

competenze di analisi critica e nella sintassi. Dal mio punto di vista, credo che questo tipo di ricerca mi ha molto aiutato, sia perché mi ha permesso di completare i miei studi e di conseguire la laurea in cure infermieristiche, sia perché credo che questo tipo di revisione mi potrà essere utile nel mio futuro professionale.
Come scritto all'inizio del lavoro di tesi, nel primo capitolo sotto la motivazione: l'infermiere è una figura che al fine di garantire una miglior assistenza infermieristica, deve tenersi aggiornato sulle ultime scoperte. Dunque deve assumersi anche il ruolo di ricercatore, perciò questo lavoro mi ha dato anche l'occasione di iniziare ad acquisire competenze che nel mio futuro professionale spero possano essere affermate.
Inoltre, gli obiettivi che mi sono prefissata a inizio delle ricerca sono riuscita ad adempirli tutti: mediante questo lavoro di ricerca ho potuto approfondire su quali sono gli aspetti in termini di qualità che incidono sul sonno del bambino, sulla correlazione che hanno con i disturbi del sonno e su quali possono essere le strategie da mettere in atto al fine di prevenire l'insorgenza dei disturbi. Tutto ciò è avvenuto partendo dai disturbi patologici del sonno sino ad arrivare agli elementi ricreativi e di qualità di vita che stanno alla base e sul quale si può lavorare per prevenire l'insorgenza dei disturbi. Sono stata in grado di mettere in luce l'importanza infermieristica in questo ambito, evidenziando la rilevanza della promozione e della prevenzione, sottolineando l'importanza ad educare e ad istruire i genitori su corrette azioni o comportamenti da mettere in atto.
Oltre ad aver avuto un arricchimento a livello professionale, c'è stato anche a livello personale, dove vedo che nel corso di questi mesi la mia responsabilità nel rispettare determinati termini prefissati sono quasi sempre stati rispettati e posso confermare che mi sento più sicura in me stessa. Dal mio punto di vista, reputo questo lavoro scritto un'esperienza molto costruttiva e soddisfacente, che mi ha permesso con il passare dei mesi di esplorare, conoscere e confrontarmi con la mia curiosità e la mia voglia di apprendere e imparare. Sono soddisfatta dei risultai raggiunti, e spero che ai futuri lettori interessati a questo argomento, questa mia piccola revisione, possa essere un utile apporto a livello professionale e che appaga ed accresca le conoscenze di base.
Sono stati dei mesi con alti e bassi, ma con la regolarità nel proseguire questo progetto e con la vicinanza della mia direttrice di tesi e dei miei famigliari, ho potuto mantenere una costanza nel mandare avanti il lavoro. C'è stato un breve periodo dove ho perso la costanza nel tenermi in contatto con la mia direttrice di tesi, questo è dovuto dal fatto che in quel periodo ho avuto altre priorità. Chiaramente è stato un mio errore e se potessi tornare indietro avrei cercato di fare tutt'altro. Il piccolo vuoto che c'è stato oltre ad essere stato un punto negativo per me, lo è stato anche per la mia docente, perché non si è sentita molto coinvolta nel lavoro e non ha avuto la possibilità di darmi aiuti o consigli.

8.3. Ringraziamenti

Vorrei ringraziare in modo particolare la mia direttrice di tesi Silvana Branca, che mi ha sostenuta ed accompagnata nello sviluppo, stesura ed elaborazione della tesi tramite i suoi consigli, aiuti e grande disponibilità per qualsiasi problema o domanda avessi. Devo dire che mi sono sentita ben seguita sin dall'inizio della creazione di questo lavoro di tesi. Inoltre, poiché la tesi segna il termine di questo percorso formativo, vorrei anche ringraziare in generale tutti i docenti che hanno fatto parte del mio programma scolastico in questi tre anni. Infine, vorrei ringraziare la mia famiglia e i miei amici che mi sono stati vicini e di sostengo nei momenti di bisogno. Quando si ha davvero la necessità del supporto di qualcuno, ho potuto notare che durante questi lunghi mesi le persone a me vicine non si sono tirate indietro e per questo le ringrazio di cuore.

9. FONTI

9.1. Bibliografia

Brazelton, T. B., & Joshua D. Sparrow. (2003). *Il tuo bambino e ... il sonno : una guida autorevole per aiutare vostro figlio a dormire*. Milano: Raffaello Cortina.

Chiari, P. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia : guida operativa per l'Evidence-Based Nursing*. Milano: McGraw-Hill.

Denise F. Polit, Beck, C. T., & Palese, A. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (1a ed. italiana sulla 8a americana). Milano: McGraw-Hill.

Friebel, V., & Friedrich, S. (1993). *I disturbi del sonno nell'infanzia: come aiutare i propri figli a dormire sereni*. Torino: Soleverde.

Hamer, S., Collinson, G., & Chiari, P. (2002). *Evidence-based practice : assistenza basata su prove di efficacia*. Milano: McGraw-Hill.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Palese, A. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica* (5a ed.). Milano: McGraw-Hill.

Mussen, P. H. (1969). *Psicologia dell'età evolutiva*. Milano: Aldo Martello.

Pomponio, G., & Calosso, A. (2005). *EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie*. Torino: CGedizioni medico scientifiche.

9.2. Articoli scientifici

Brockmann, P. E., Diaz, B., Damiani, F., Villarroel, L., Núñez, F., & Bruni, O. (s.d.). Impact of television on the quality of sleep in preschool children. *Sleep Medicine*. http://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.06.005

Cespedes, E. M., Gillman, M. W., Kleinman, K., Rifas-Shiman, S. L., Redline, S., & Taveras, E. M. (2014). Television Viewing, Bedroom Television, and Sleep Duration From Infancy to Mid-Childhood. *Pediatrics*, *133*(5), e1163–e1171. http://doi.org/10.1542/peds.2013-3998

Datta, A. N., & Vella, S. (2009). Le sommeil de l'enfant – troubles du sommeil et investigations, *20*(5), 30–40.

Fenton, K., Marvicsin, D., & Danford, C. A. (2014). An Integrative Review of Sleep Interventions and Related Clinical Implications for Obesity Treatment in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, *29*(6), 503–510. http://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.09.003

Firouzi, S., Poh, B. K., Ismail, M. N., & Sadeghilar, A. (2014). Sleep habits, food intake, and physical activity levels in normal and overweight and obese Malaysian

children. *Obesity Research & Clinical Practice*, *8*(1), e70–e78. http://doi.org/10.1016/j.orcp.2012.12.001

Garrison, M. M., & Christakis, D. A. (2012). The Impact of a Healthy Media Use Intervention on Sleep in Preschool Children. *Pediatrics*, *130*(3), 492–499. http://doi.org/10.1542/peds.2011-3153

Halal, C. S. E., & Nunes, M. L. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, *90*(5), 449–456. http://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001

Kabali, H. K., Irigoyen, M. M., Nunez-Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P., & Bonner, R. L. (2015). Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. *PEDIATRICS - Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, *136*(6), 1–9. http://doi.org/doi: 10.1542/peds.2015-2151

Kheirandish-Gozal, L., Peris, E., & Gozal, D. (2014). Vitamin D levels and obstructive sleep apnoea in children. *Sleep Medicine*, *15*(4), 459–463. http://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.12.009

Magee CA, Lee J, & Vella SA. (2014). BIdirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA Pediatrics*, *168*(5), 465–470. http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4183

Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iñiguez, C., Torrent, M., Vioque, J., … Julvez, J. (2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: a multicenter birth cohort study. *JAMA Pediatrics*, *168*(5), 458–464. http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3861

Paavonen, E. J., Pennonen, M., Roine, M., Valkonen, S., & Lahikainen, A. R. (2006). TV exposure associated with sleep disturbances in 5- to 6-year-old children. *Journal of Sleep Research*, *15*(2), 154–161. http://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2006.00525.x

Speirs, K. E., Liechty, J. M., & Wu, C.-F. (2014). Sleep, but not other daily routines, mediates the association between maternal employment and BMI for preschool children. *Sleep Medicine*, *15*(12), 1590–1593. http://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.08.006

Temple, J. L. (2009). Caffeine use in children: What we know, what we have left to learn, and why we should worry. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *33*(6), 793–806. http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.01.001

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*(4), 445–458. http://doi.org/10.1002/nur.20202

9.3. Sitografia

1 in 5 Kids Use Mobile Devices Every Day. (2013, giugno). Recuperato 14 luglio 2016, da http://www.educatorstechnology.com/2013/11/1-in-5-kids-use-mobile-devices-every-day.html

2011 - SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e .html. (s.d.). Recuperato da http://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html

2014 - Factsheet Schlaflabor.pdf. (s.d.). Recuperato da https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/schlafzentrum/Documents/Factsheet%20Schlaflabor.pdf

Alimentazione bambino - 3 anni. (2015, gennaio 13). Recuperato da http://www.bimbisaniebelli.it/bambino/3-5-anni/alimentazione-inappetente-cosa-mangiare

Constitution of the world health organization. (2006, ottobre). Recuperato 7 luglio 2016, da http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Cuppini, L. (2014, marzo 12). Disturbi del sonno nei bambini L'80% ha cause comportamentali. Recuperato 14 luglio 2016, da http://www.corriere.it/salute/speciali/2014/sonno/notizie/disturbi-sonno-bambini-l-80percento-ha-cause-comportamentali-13ea8926-9492-11e3-af50-9dc536a34228.shtml

Disturbi del sonno in età pediatrica: il Ticino in prima fila con un nuovo ambulatorio pediatrico e un congresso internazionale. (2015, giugno 30). Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.eoc.ch/Media-e-comunicazione/Comunicati/2015/Disturbi-del-sonno-in-et--pediatrica--il-Ticino-in-prima-fila-con-un-nuovo-ambulatorio-pediatrico-e-un-congresso-internazionale.html

Huwyler - 2005 - Mangiare, bere, sentirsi bene - Piccola guida all'.pdf. (s.d.). Recuperato da https://www.swissmilk.ch/de/shop/-dl-/fileadmin/filemount/opuscolo-sull-alimentazione-mangiare-bere-piccola-guida-all-alimentazione-sana-143157-it.pdf

I bambini svizzeri preferiscono giocare. (2015, settembre 28). Recuperato 25 giugno 2016, da http://www.ticinonews.ch/svizzera/251699/i-bambini-svizzeri-preferiscono-giocare

Le cattive abitudini che rovinano il sonno dei bambini. (2014, ottobre 21). Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.pianetamamma.it/il-bambino/pianto-e-sonno-il-bambino/le-cattive-abitudini-che-rovinano-il-sonno-dei-bambini.html

Nessi-Zeppella e Martinoni - 2007 - L'alimentazione equilibrata dei bambini guida pra.pdf. (s.d.). Recuperato da http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/MG/Alim_guida.pdf

Qualità e quantità del sonno. (s.d.). Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.dimensionesonno.it/dormirebene_qualitaequantitadelsonno.html

Saiani e Brugnolli - 2010 - Come scrivere una revisione della letteratura.pdf. (s.d.). Recuperato da http://medtriennaliao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf

Schumacher-Danielli, I. (s.d.). Il sonno e i problemi del sonno nel bambino. Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.dapuzzo.ch/naturadelsonno.html

Spinelli, A., & Nardone, P. (2016, gennaio 28). Fermare l'obesità infantile: è tempo di agire. Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EchoFinalReport.asp

Ufficio federale dello sport. (2013, maggio). Muoversi fa bene alla salute di bambini e adolescenti: Raccomandazioni per la Svizzera. Recuperato 29 marzo 2016, da http://www.hepa.ch/internet/hepa/it/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys.14487.downloadList.25956.DownloadFile.tmp/bewegungsempfehlungenkinderi.pdf

Von Greyerz e Achtermann - 2007 - Prevenzione e promozione della salute in Svizzera.pdf. (s.d.). Recuperato da file:///C:/Users/Jelena%20Vidakovic/Downloads/Rapporto+Prevenzione+e+promozione+della+salute+in+Svizzera.pdf

Zanchi, C. (2006). Obesità infantile e funzionalità respiratoria. *Medico e Bambino - Pagine Elettroniche*, *9*(5). Recuperato da http://www.medicoebambino.com/_obesita_asma_peso_bmi_respiratoria_sovrappeso_vie_aeree

9.4. Iconografia

Elenco delle figure:

Figura 1: Curve percentili per il tempo totale di sonno (2009), recuperato da Datta, A. N., & Vella, S. (2009). Le sommeil de l'enfant – troubles du sommeil et investigations, *20*(5), 30–40.

Figura 2: Scala della valutazione della qualità di Zangaro e Soeken (2007), recuperato da
Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*(4), 445–458. http://doi.org/10.1002/nur.20202

Immagine di copertina, presa da
bambino_televisione_paura.600.jpg (immagine JPEG, 600 × 400 pixel). (s.d.). Recuperato 11 luglio 2016, da http://www.nostrofiglio.it/site_stored/imgs/0001/006/bambino_televisione_paura.600.jpg

10. ALLEGATI

10.1. Tabella riassuntiva degli articoli

Autore/i	Brockmann, P. E., Diaz, B., Damiani, F., Villarroel, L., Nùñez, F., Bruni, O.
Anno	2015
Titolo	*Impact of television on the quality of sleep in preschool children*
Giornale	Sleep Medicine, Volume 20, Pages 140–144

Contenuti	<u>Design</u>
	Quantitativo: nessuna randomizzazione o tipo di preselezione era prevista
	
	<u>Strumenti</u>
	• Questionari concernete la visione della TV e l'uso di media elettronici entrambi compilati dai genitori
	• Check di routine ad intervalli particolari su cui viene compilata una scala di valutazione sui disturbi del sonno
	
	<u>Campione</u>
	• Numero: 100 bambini dai 1 ai 6 anni, sono stati coinvolti anche i loro genitori
	• Genere: 58 maschi e 42 femmine
	• Contesto: Santiago (Cile), clinica ambulatoriale
	• Setting: domestico
	
	<u>Scopo</u>
	• Valutare l'impatto delle differenti abitudini concernente la visione della TV
	• Valutare come il tempo speso davanti alla TV influisca sulla qualità del sonno
	
	<u>Outcome</u>
	• Avere un televisore in camera da letto, incide sulla qualità del sonno
	• L'esposizione dei bambini in età prescolare agli apparecchi elettronici, è associata a scarsa qualità del sonno
	• L'effetto della visione serale della TV sulla qualità del sonno, può essere correlato ad un impatto sul ritmo circadiano prodotto da questa esposizione
	
	<u>Score</u>
	• Score: 7/7
	• Punti deboli:
	  ○ Piccola dimensione del campione e ampia fascia d'età presa nello studio
	  ○ Le ore totali spese a guardare la TV non possono essere confermate mediante un apparecchio elettronico
	  ○ Il questionario identifica solo una piccola parte di problemi

	del sonno

Autore/i	Cespedes, E. M., Gillman, M. W., Kleinman, K., Rifas-Shiman, S. L., Redline, S., Taveras,
Anno	2014
Titolo	*Television Viewing, Bedroom Television, and Sleep Duration From Infancy to Mid-Childhood*
Giornale	PEDIATRICS, Volume 133, Numero 5
Contenuti	<u>Design</u> Quantitativo: studio di coorte longitudinale <u>Strumenti</u> • Questionari da compilare dalle mamme dopo 6 mesi, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 anni dal parto. Le domande riguardo la media del sonno e della visione della televisione nei bambini • Interviste e questionari rivolti ai genitori al fine di raccogliere informazioni sui potenziali fattori confondenti <u>Campione</u> • Numero: 1864 bambini nei primi 7 anni di vita, vengono coinvolti anche i loro genitori • Genere: 958 maschi e 906 femmine • Contesto: Boston (Stati Uniti) • Setting: domestico <u>Scopo</u> Valutare di come la visione della TV e l'averla in stanza influisca sul sonno del bambino dall'infanzia alla fanciullezza <u>Outcome</u> • Avere la TV in camera influisce negativamente sul sonno del bambino • Bambini provenienti da minoranze razziali/etniche possono essere più vulnerabili agli effetti della TV sul sonno • Gli interventi legati sulla visualizzazione dello schermo, hanno il potenziale di migliorare il sonno <u>Score</u> • Score: 7/7 • Punti deboli: ○ La rilevazione dei dati è stata da parte dei genitori, e ciò potrebbe portare ad errori di suddivisione

Autore/i	Garrison, M. M. et Christakis D.
Anno	2012

Titolo	The Impact of a Healthy Media Use Intervention on Sleep in Preschool Children
Giornale	PEDIATRICS, Volume 130, Numero 3

Contenuti	<u>Design</u>
	Quantitativo: studio clinico controllato randomizzato (RCT)
	
	<u>Strumenti</u>
	• Visita a domicilio dai ricercatori
	• Follow-up telefonico dopo 6 mesi, con successivo scambio di email
	• Questionari da compilare da parte dei genitori dopo 6, 12 e 18 mesi dall'inizio dello studio
	• Stesura di un diario sull'utilizzo dei media del bambino da parte del genitore
	
	<u>Campione</u>
	• Numero: 565 bambini dai 3 ai 5 anni, suddivisi in due gruppi: un gruppo sottoposto a degli interventi, e l'altro a dei controlli. Nella ricerca sono stati coinvolti anche i genitori
	• Genere: 474 maschi, 91 femmine
	• Contesto: Seattle (Stati Uniti)
	• Setting: domestico
	
	<u>Scopo</u>
	• Valutare su come si può educare i genitori ad un uso corretto dei media al fine di non danneggiare la qualità del sonno
	• Valutare com'è l'impatto dei media sui successivi interventi nell'ambito del sonno
	
	<u>Outcome</u>
	• Un sano intervento sull'utilizzo dei media, può migliorare i risultati di sonno del bambino
	• Il rapporto tra l'uso di mezzi di comunicazione e i problemi del sonno nel bambino in età prescolare è davvero causale in natura
	• L'uso adeguato dei media potrebbe essere una strategia valida nel trattamento e nella prevenzione dei problemi di sonno del bambino
	
	<u>Score</u>
	• Score: 7/7
	• Punti deboli:
	  ○ Lo strumento usato per la misurazione del sonno è un breve estratto da un provvedimento convalidato, che ha aumentato la probabile errata di classificazione dei problemi del sonno del bambino
	  ○ Non era possibile nascondere gli argomenti di studio sugli interventi comportamentali ai genitori

	○ I bambini presi in considerazione sono tutti provenienti da un'unica area urbana ○ Non ci sono stati sufficienti gestori che hanno potuto esaminare il grado in cui un intervento influiva su un tipo di sottopopolazione

Autore/i	Magee, C. A., Lee, J. K., Vella, S. A.
Anno	2014
Titolo	Bidirectional Relationships Between Sleep Duration and Screen Time in Early Childhood
Giornale	JAMA Pediatr, Volume 168, fascicolo numero 5, pagine 465-470
Contenuti	<u>Design</u> Quantitativo: studio di coorte longitudinale <u>Strumenti</u> • Diari compilati dai genitori concernente le abitudini televisive e del sonno durante la settimana ed il fine settimana • Rilevazione di elementi clinici da un investigatore esperto • Questionari rivolti alle mamme • Interviste ai genitori <u>Campione</u> • Numero: 3427 bambini dai 4 ai 5 anni • Genere: 1755 maschi, 1672 femmine. • Contesto: Australia • Setting: domestico <u>Scopo</u> • Valutare se esistono rapporti bidirezionali tra la durata del sonno e l'uso dei media tra i bambini • Valutare se queste associazioni sono correlate a fattori domestici e al bambino stesso <u>Outcome</u> • La durata del sonno è inversamente associata con il tempo speso successivamente davanti allo schermo • La durata del sonno e l'uso dei media può creare problemi nei bambini, soprattutto per coloro che provengono da una famiglia con un basso reddito economico • C'è un'associazione data da un'educazione scolastica bassa della madre, o anche da redditi alti o bassi <u>Score</u> • Score: 7/7 • Punti forti: ○ Approccio analitico e ampio campione

	• Punti deboli:
	  ○ I risultati potrebbero essere influenzati dall'esclusione dei partecipanti a causa dei dati mancanti durante la raccolta, questo potrebbe limitare l'affidabilità dei risultati attuali
	  ○ La durata del sonno e il tempo trascorso davanti allo schermo sono stati valutati mediante la compilazione di diari da parte dei genitori, il rischio è che i risultati sono poco oggettivi
	  ○ Nella rilevazione del tempo trascorso davanti allo schermo non sono stati presi in considerazione i dispositivi mobili, siccome i bambini in quella fascia d'età ne sono a contatto
	  ○ Non si può escludere il confondimento residuo detto anche bias

Autore/i	Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iñiguez, C., Torrent, M., Vioque, J., Turner, M. C., Julvez, J.
Anno	2014
Titolo	Hours of Television Viewing and Sleep Duration in Children. A Multicenter Birth Cohort Study
Giornale	JAMA Pediatr, Volume 168, fascicolo numero 5, pagine 458-464
Contenuti	<u>Design</u> Quantitativo: studio di coorte longitudinale <u>Strumenti</u> • Controlli ginecologici nelle donne al terzo trimestre di gravidanza • Interviste ai genitori • Questionari rivolti ai genitori sulle abitudini dei propri bambini riguardante il sonno e la visione della televisione <u>Campione</u> • Numero: 1713 bambini, 468 da Minorca, 560 da Sabadell e 685 da Valencia (Spagna) • Genere: 843 maschi, 778 femmine, rilevazione dei dati a 2 e 4 anni a Sabadell e Valencia, mentre a 6 e 9 anni a Minorca • Contesto: Minorca, Sabadell e Valencia (Spagna) • Setting: domestico <u>Scopo</u> Valutare l'associazione tra le ore passate a guardare la televisione e la durata del sonno in età prescolare e nei bambini in età scolare <u>Outcome</u> • Lo studio ha dimostrato che i bambini che trascorrono lunghi periodi a guardare la televisione tutti i giorni, avevano poi una riduzione della durata del sonno • La maggior parte dei collegamenti sono stati anche rafforzati per

	una regolazione di vari fattori potenziali intermedi e confondenti
	
	<u>Score</u>
	• Score: 6/7
	• Punti forti:
	  ○ Validità esterna dei risultati grazie all'utilizzo di dati provenienti da grandi coorti di nascita di popolazione
	  ○ Capacità di condurre un'analisi longitudinale che ha rafforzato le associazioni osservate
	• Punti deboli:
	  ○ La durata della visione della televisione e del sonno sono stati rilevati dai genitori. Tuttavia la consistenza dei 3 coorte, può suggerire una mancanza di significativo errore di errata classificazione
	  ○ I dati sul contenuto dei programmi televisivi non erano disponibili, ciò limita la possibilità di indagare l'associazione longitudinale tra i tipi di programmi televisivi guardati
	  ○ In alcune coorti mancavano dati sull'attività fisica del bambino e sulla salute mentale dei genitori
	  ○ Non è stato studiato l'effetto di un preciso momento trascorso davanti alla televisione
	  ○ La durata della visione televisiva e del sonno sono stati valutati a soli 2 punti di tempo, ciò non ha permesso di prendere in considerazione una struttura di correlazione adeguata tra le osservazioni

Autore/i	Paavonen, E. J., Pennonen, M., Roine, M., Valkonen, S., Lahikainen, A. R.
Anno	2006
Titolo	Tv exposure associated with sleep disturbances in 5- to 6-year-old children
Giornale	Journal of Sleep Research, Volume 15, fascicolo numero 2, pagine 154-161
Contenuti	<u>Design</u> Quantitativo: studio clinico controllato randomizzato (RCT) <u>Strumenti</u> Questionari compilati dai genitori riguardo le abitudini televisive e i disturbi del sonno del bambino <u>Campione</u> • Numero: 321 bambini dai 5 ai 6 anni, sono stati coinvolti anche i loro genitori • Genere: 157 maschi e 138 femmine • Contesto: Finlandia

	• Setting: domestico
	
	<u>Scopo</u>
	Valutare gli effetti di varie forme di esposizione televisiva sulla qualità del sonno del bambino
	
	<u>Outcome</u>
	L'esposizione passiva e la visione di programmi adulti, aumentano la possibilità di alterazioni del sonno del bambino
	
	<u>Score</u>
	• Score: 7/7
	• Punti forti:
	  ○ Lo studio ha esaminato un campione altamente rappresentativo di una popolazione infantile urbana e aveva un alto tasso di risposta
	• Punti deboli:
	  ○ Campione omogeneo data la piccola fascia d'età presa in considerazione
	  ○ Non si è valutato la prevalenza dell'ansia correlata al sonno e la resistenza ad andare a letto, dato che sono elementi che sono stati precedentemente associati con la visione eccessiva della TV
	  ○ La misurazione dell'esposizione alla TV passiva, dato che non si può esattamente definire quando il bambino sta guardando o solo ascoltando la televisione
	  ○ È stata presa in considerazione solo la quantità di visione della TV, senza contare altri dispositivi elettronici

Lavoro di tesi approvato in data: