Journal of Health and Care

Vol. 17, No. 3, Autumn 2015, Pages 198 – 206

Prevalence of Sleep Disorders and its Related Factors among Preschool Children

Ozgoli G[1], Sheikhan Z *[2], Soleimani F[3], Mirzaee S[4], Janatiataee P[2], Ziaie T[5], Kholosi Badr F[6]

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, Behavioral Sciences Research Center of , Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran , Iran.
2. Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Pediatrics, Child Development Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Operation room & Anesthesiology, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
6. Department of Midwifery, Health Affairs, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**** Corresponding author.*** Tel: +982188202512 E-mail: zsheikhan@Gmail.com

Received: May 30, 2015 Accepted: Oct 12, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Sleep plays an important role in development of children. Sleep affects physical growth, behavior, emotion and cognitive function. Also, learning activities and attention are affected by sleep quality. This study aimed to determine the sleep disorders and related factors among preschool children in the health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, 2013.

Methods: This was a descriptive-cross sectional study carried on 400 children selected by cluster sampling method. At first, health centers divided to zones of North, South, West and East; then two centers from each zone were selected. Data were collected by Questionnaire included two sections of demographic characteristics and the Children's Sleep Habit Questionnaire (CSHQ). Additionally factors including age, BMI, being unwanted or wanted child, job and education of parents were included. Data were analyzed by SPSS v.16 and descriptive statistics and Chi-square test was used. P-values *under* 0.05 were considered statistically significant.

Results: Mean age of children was 64.3±9.3 months. Prevalence of sleep disorders was 36.3%. Sleep disorders were associated with age, body mass index of children, mother's diseases, father's drug abuse and marital status of parents ($p<0.05$).

Conclusion: Sleep disturbances threaten growth and development of children, and should be considered as important and effective agent in their health. Nutritional problems leading to obesity, high risk behaviors of parents, disease of mother and marital conflict of parents may lead to sleep disorders in children. We suggest parents must be diligent in making safe and conflictless environment

Keywords: Sleep Disorders, Preschool Children, Related Factors, Health Care Centers.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

میزان اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در کودکان پیش دبستانی

گیتی ازگلی[۱]، زهره شیخان[۱*]، فرین سلیمانی[۳]، سحر میرزایی[٤]، پدیده جنتی عطایی[۲]، طاهره ضیایی[۵]، فرحناز خلوصی بدر[۶]

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه کودکان، مرکز تحقیقات تکامل کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
٤. گروه بیهوشی و اتاق عمل دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۶. گروه مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱۲ ایمیل: zsheikhan@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: خواب نقش مهمی در تکامل کودکان دارد و بر رشد فیزیکی، رفتاری، عواطف و عملکرد شناختی کودک موثر است. همچنین مهارت‌های تحصیلی و اختلالات توجه متاثر از خواب است. هدف از این پژوهش تعیین میزان اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در کودکان پیش دبستانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال۱۳۹۲ بود.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود که بر روی ٤۰۰ کودک در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه های پژوهش را کودکانی تشکیل می‌دادند که برای ارزیابی رشد به مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه گیری به صورت خوشه ای انجام شد. پرسشنامه ها توسط مادران کودکان بطریقه مصاحبه تکمیل گردید. عوامل مرتبط در این مطالعه شامل سن، شاخص توده بدنی، خواسته بودن کودک، شغل و تحصیلات مادر، شغل و تحصیلات پدر و... بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون کای اسکوئر استفاده شد.

یافته ها: میزان اختلال خواب در کودکان ۳۶/۳ درصد (۱٤٤ نفر) بود. سن، شاخص توده بدن، وجود بیماری در مادر، مصرف مواد مخدر توسط پدر و وجود سازگاری زناشویی والدین با اختلالات خواب ارتباط داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: اختلالات خواب رشد و تکامل کودکان را تهدید می‌کند و باید به عنوان عاملی مهم و تاثیرگذار در سلامت کودکان مورد توجه قرار گیرد. مشکلات تغذیه ای که منجر به چاقی می‌شود، رفتارهای پرخطر والدین و بیماری مادر و مجادلات زناشویی ممکن است از علل مساعد کننده اختلالات خواب در کودکان باشد. لذا ایجاد محیطی امن و دور از هرگونه کشمکش درآموزش به والدین بایستی مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: اختلالات خواب، کودکان پیش دبستانی، عوامل مرتبط، مراکز بهداشتی و درمانی

دریافت: ۹٤/۳/۹ **پذیرش:** ۹٤/۷/۲۰

مقدمه

خواب فرآیند فیزیولوژیک فعالی است که در طی آن بدن نیروی خود را بازسازی کرده و سبب ترشح هورمون رشد و سنتز پروتئین و تمایز سلولی می‌گردد که لازمه رشد و تکامل است (۱). خواب نقش مهمی در تکامل کودکان دارد و بر رشد فیزیکی، رفتاری، عواطف و عملکرد شناختی کودکان موثر است (۵-۲). همچنین مهارت‌های تحصیلی و اختلالات توجه متاثر از خواب است (۶). اختلالات خواب در کودکان به معنی کاهش یا افزایش بیش از حد خواب متناسب با سن، انواع غیر طبیعی خواب، رفتارهای غیرطبیعی و یا بروز اتفاقات غیر عادی در

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

طی خواب است (۷). کودکانی که خواب کافی دارند عملکرد بهتری دارند و در معرض اختلالات خلقی و رفتاری کمتری می‌باشند. اختلالات خواب می‌تواند سبب خستگی، بی‌حالی و افسردگی شود که عملکرد روزانه کودک را مختل می‌کند (۲). الگوهای خواب ناکافی و اختلالات خواب در دوران کودکی در فرهنگ‌های مختلف تظاهرات گوناگونی دارد (۸). عوامل متعددی بر اختلالات خواب اثرگذار است که مکانیسم آنها پیچیده و نامشخص است (۹).

مطالعات مختلفی که در زمینه خواب انجام شده بر ضرورت تعیین اختلالات خواب توسط والدین، کارکنان بهداشتی و حتی سیاستگزاران بهداشتی تاکید دارند (۱۰). اختلالات خواب کودکان می‌تواند سبب اختلال خواب والدین شده و عملکرد خانواده را نیز مختل کند (۱۱). اختلالات خواب کودکان نه تنها روی سلامت و بهداشت کودک تاثیر دارد بلکه می‌تواند عامل مهمی برای ایجاد استرس، فشار و تنش در خانواده و حتی اختلالات شناختی در نوجوانی وی شود (۱۵-۱۲). شروع اختلالات خواب در دوران کودکی بسته به گروه مطالعه و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت متفاوت ذکر شده است. میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان غربی ٤۰-۲٤ درصد (۱۶) و در کودکان آسیایی ۸۲/۸-۷۰/۱ درصد گزارش شده است (۱۷). در ایران میزان اختلالات خواب در مطالعات مختلف ٤۱/۶ درصد (۱۸)، ۳۰/۹ درصد (۱۹) و ۵۰/٤ درصد (۲۰) ذکر شده است. مقاومت در خوابیدن می‌تواند ناشی از مشکلات عاطفی کودک باشد (۲۱). بسیاری از عوامل اجتماعی و دموگرافیک بر اختلالات خواب موثر است که از آن جمله میزان تحصیلات والدین، سکونت در مناطق شهری و عدم بهداشت مناسب را می‌توان نام برد (۸). وضعیت اجتماعی- اقتصادی، اثرات جانبی داروها، عوامل روانی، عوامل محیطی و تعاملات کودک با والدین می‌تواند بر خواب اثر گذارد (۲۱). برقراری الگوی سالم خواب در کودکان نیاز به اطلاعات و همکاری والدین دارد، بنابراین در هر پایش رشد باید در مورد خواب کودک از والدین سوال شود و والدین باید متوجه باشند که ایجاد الگوی خواب مناسب، مشابه تغذیه خوب و رعایت بهداشت دندان‌ها است (۲۲).

شیوع بالای مشکلات خواب در کودکان نشانه اهمیت قابل توجه آنها در گروه سنی پیش دبستانی می‌باشد و متاسفانه در مراقبت‌های بهداشتی کودکان کمتر به آن پرداخته می‌شود.

با توجه به اینکه یکی از اولویت‌های بهداشتی تعیین اختلالات خواب در کودکان است و عوامل مرتبط با آن سنجیده نشده است لذا پژوهشگران بر آن شدند مطالعه‌ای با هدف تعیین اختلالات خواب در کودکان پیش دبستانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران و عوامل مرتبط با آن در سال۱۳۹۲ انجام دهند.

روش کار

این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ٤۰۰ کودک (بر اساس برآورد احتمال اولیه اختلالات خواب ۲۵٪ و با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای نسبی ۱۰٪) انجام شد.

$$n \geq \frac{z_{1-\sim/2}^{2}\left(1-P\right)}{£^{2}P}$$

نمونه‌های پژوهش را کودکانی تشکیل می‌دادند که برای ارزیابی رشد به مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد. ابتدا مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شدند، سپس ۲ مرکز از هر منطقه بطور تصادفی انتخاب شد. بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز، سهمی به هر مرکز اختصاص یافت و نهایتاً نمونه‌گیری به شیوه در

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

دسترس بر روی ٤٠٠ کودک در مراکز فوق به صورت روزانه انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش کودکان عبارتند بودند از ایرانی بودن، نداشتن هرگونه بیماری جسمی و روانی، عدم معلولیت ذهنی و جسمی، عدم استفاده از داروهای خواب آور و عدم بیماری جسمی و روانی شناخته شده در والدین (بنابر اظهارات مادر). در صورت داشتن هریک از موارد فوق نمونه‌ها از پژوهش خارج می‌شدند. پرسشنامه استفاده شده شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، وزن، قد، دور سر و جنس کودک و دارا بودن والدین حقیقی) و پرسشنامه عادات خوا ب کودکان[1] برای تعیین اختلالات خواب بود که شامل ۵۰ سوال بوده و اکثر سوالات آن در مقیاس لیکرت معمولاً (۷-۵ بار در هفته)، گاهی اوقات (٤-۲ بار در هفته)، بندرت (۱-۰ یکبار در هفته) و در ۵ زیرمجموعه عادات خواب کودک (۱۲ سوال)، پاراسومنیا[2] (۱۸ سوال)، بیدار شدن هنگام شب (٤ سوال)، بیدارشدن صبح (۷ سوال) و خواب‌آلودگی در طول روز (۳ سوال) است. احراز نمره بیش از ٤١ در کل دلالت بر وجود اختلال خواب در کودک است. برای تفسیم بندی اختلالات خواب مقادیر ۷۸-٤۲ اختلال خواب ضعیف، ۱۱۵-۷۹ اختلال خواب متوسط و ۱۵۰-۱۱۶ اختلال خواب شدید (بر اساس نمره پرسشنامه) در نظر گرفته شد (۲۱). اعتبار و همسانی پرسشنامه در پژوهش وانگ و همکاران تعیین شده است (α=۰/۸۰) (۲۳). همچنین در مطالعه دیگر نیز همسانی درونی آن α=۰/۸۰ بوده است (۲۲). در ایران شوقی و همکاران پایایی این ابزار را ۰/۹۷ ذکر کردند (٢٤). در این پژوهش اعتبار پرسشنامه عادات خواب کودکان بر اساس اعتبار محتوی بود و جهت پایایی ابزار از روش آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز استفاده گردید که ۰/۹۵ بدست آمد.

منظور از عوامل مرتبط در این مطالعه، سن کودک، شاخص توده بدنی کودک، خواسته بودن کودک، شغل و تحصیلات مادر، شغل و تحصیلات پدر، وجود بیماری در مادر، مصرف مواد مخدر توسط پدر و وجود سازگاری زناشویی والدین بود. پرسشنامه‌ها توسط مادران کودکان بطریقه مصاحبه تکمیل گردید. پس از بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایتنامه کتبی از مادران، مصاحبه در محیطی خصوصی و توسط افراد آموزش دیده انجام شد. به مادران اطمینان داده شد که مشخصات کودکان آنها در نزد پژوهشگران بصورت محرمانه می‌ماند. در نهایت میزان اختلالات خواب در نمونه‌ها تعیین و حدود اطمینان آن در جامعه برآورد و نقش عوامل مرتبط با آن با آزمون کای اسکوئر مورد قضاوت قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS-16 استفاده شد و سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ٤٠٠ کودک شرکت کردند. میانگین سن کودکان ۹/۳±٦٤/۳ ماه بود (جدول ۱).

میزان اختلال خواب ۳٦/۳ درصد بود. ۱۳۲ کودک (٣٤٪) اختلال خفیف خواب و ۱۲ کودک (۲/۳٪) اختلال خواب متوسط داشتند (نمودار ۱).

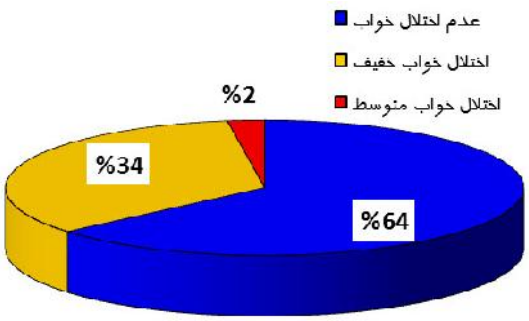
اختلالات خواب با سن کودک، شاخص توده بدن، وجود بیماری در مادر، مصرف مواد مخدر توسط پدر و سازگاری زناشویی والدین ارتباط معنی‌داری داشت (p<۰/۰۵). توزیع کودکان بر حسب اختلالات خواب به تفکیک عوامل مرتبط در جدول ۲ نشان داده شده است. بیشترین نوع اختلال خواب، اختلال عادات خواب در ۳۷۲ نفر (۹۳٪) بود.

[1] Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)
[2] Parasomnias

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی کودکان

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد	درصد
وزن کودک		
مطلوب	۳۹۳	۹۸/۲۵
نامطلوب	۷	۱/۷۵
جمع	٤۰۰	۱۰۰
قد کودک		
مطلوب	۳۹۵	۹۸/۷۵
نا مطلوب	۵	۱/۲۵
جمع	٤۰۰	۱۰۰
دور سر کودک		
مطلوب	۳۹۹	۹۹/۷۵
نامطلوب	۱	۰/۲۵
جمع	٤۰۰	۱۰۰
جنس کودک		
دختر	۱۹۶	٤۹
پسر	۲۰٤	۵۱
جمع	٤۰۰	۱۰۰
والدین حقیقی		
بلی	۳۹۵	۹۸/۷۵
خیر	۵	۱/۲۵
جمع	٤۰۰	۱۰۰



نمودار ۱. توزیع ٤۰۰ کودک پیش دبستانی مورد بررسی بر حسب اختلال خواب

جدول ۲. توزیع کودکان مورد بررسی بر حسب اختلالات خواب به تفکیک عوامل مرتبط

عوامل مرتبط	اختلال خواب ندارد	اختلال خواب دارد	نوع آزمون و P Value
سن کودک (ماه)			
٤۸ -۵۷	۸۸	۱۰	۰/۰۰۰
۵۸-۶۷	۷۰	۱۱	$p<0.01$
۶۸+ و ۶۸	۹۸	۱۲۳	کای اسکویر
جمع	۲۵۶	۱٤٤	
شاخص توده بدن			
لاغر	۲۹	۱۶	۰/۰۳
طبیعی	۱۸۹	۸۸	$p<0.05$
چاق	۳۸	٤۰	کای اسکویر
جمع	۲۵۶	۱٤٤	
وجود بیماری در مادر			
بلی	۲۲	۲۶	۰/۰۱٤
خیر	۲۳٤	۱۱۶	$p<0.05$
جمع	۲۵۶	۱٤٤	کای اسکویر
مصرف مواد مخدر توسط پدر			
بلی	۳	۱۰	۰/۰۰۲
خیر	۲۵۳	۱۳٤	$p<0.01$
جمع	۲۵۶	۱٤٤	کای اسکویر
سازگاری زناشویی والدین			
بلی	۲۵۰	۱۲۳	۰/۰۰۰
خیر	۶	۲۱	$p<0.01$
جمع	۲۵۶	۱٤٤	کای اسکویر

بحث

در پژوهش حاضر میزان اختلالات خواب ۳۶/۳ درصد بود که بر اساس CI=%95 بین ٤۰/۹ -۳۱/۵ درصد مشابه سایر مطالعات است. در مطالعه رزپکا[1] و همکاران میزان اختلالات خواب ۶۹/۳ درصد (۲۵)، در مطالعه دی[2] و همکاران ٤۳/۵ درصد (۲۶) و در مطالعه امین تهران و همکاران ٤۰-۲۵ درصد (۲۵)

[1] Rzepecka
[2] Day

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

ذکر شده است (۲۷). فراوانی شیوع اختلالات خواب علاوه بر تفاوت‌های جامعه پژوهش، ناشی از بکارگیری ابزارهای متفاوت نیز می‌تواند باشد. در این مطالعه سن کودک با اختلالات خواب رابطه مثبتی داشت که همسو با مطالعه لیو[1] و همکاران بود (۲۸). اما در مقاله قراملکی و همکاران کیفیت خواب با سن رابطه معنی‌داری نداشت (۲۹)، شاید دلیل این امر وابستگی کودکان به والدین باشد که با افزایش سن وابستگی کاهش می‌یابد. کودکان با افزایش سن نسبت به محیط پیرامون خود آشناتر شده و بیشتر واکنش نشان می‌دهند. در این پژوهش شاخص توده بدن با اختلالات خواب ارتباط معنی‌داری داشت که با پژوهش آرمان و همکاران (۳۰)، باگلی[2] و همکاران (۳۱)، ترمبلی[3] و همکاران (۳۲)، هاسلر[4] و همکاران (۳۳)، نجفیان و همکاران (۳٤) و اوشیایی[5] و همکاران (۳۵) همخوانی دارد. تغذیه در طی شب ممکن است سبب اختلالات خواب شود و به دلیل افزایش دریافت مایعات که منجر به افزایش ادرارکردن می‌شود، بی‌خوابی تشدید می‌شود. شاخص توده بدنی همچنین می‌تواند نشانه‌ای از سبک زندگی کودک باشد. بین سبک زندگی منظم و خواب خوب ارتباط مثبتی وجود دارد. سبک زندگی مناسب و منظم به بهبود وضعیت خواب می‌انجامد (۳۶). از سوی دیگر خواب ناکافی سبب به مخاطره انداختن عملکرد ایمنی، عملکرد هورمونی و سایر پیامدهای مرتبط با سلامتی می‌شود (۳۷). برخی از بیماری‌های کودکان مانند دیابت که علائم آن در شب بروز می‌نماید ممکن است سبب اختلالات خواب در کودکان شود (۳۸). از سوی دیگر خواب ناکافی عاملی برای افزایش وزن در کودکان است (۳۹). گرچه مکانیسم آن دقیقاً مشخص نشده ولی یکی از فرضیات این است که خواب ناکافی ممکن است سبب تغییر متناوب سطح هورمون‌های لپتین و گرلین شود که نتیجه آن گرسنگی و تمایل به خوردن غذاست (۳۸). یکی دیگر از نتایج این پژوهش ارتباط بین اختلالات خواب و بیماری مادر بود که با مطالعه تیکوتزی[6] و همکاران همسو است (۲). این مسئله ناشی از ارتباط عاطفی کودکان با مادران است که عدم وجود آن رشد و تکا مل آنان را مختل می‌کند.

در این تحقیق مصرف مواد مخدر توسط پدر با اختلال خواب کودک دارای ارتباط معنی‌دار بود. در مطالعه والری[7] و همکاران نیز میزان استفاده از الکل و سیگار و سایر رفتارهای پرخطر در والدین دارای کودکان اختلالات خواب بیشتر بود (۳۸). این مسئله می‌تواند دلیلی بر وجود استرس در والدین باشد که آنها با روی آوردن به سیگار، الکل و مواد مخدر، استرس خود را تخلیه می‌کنند و با پژوهش لی[8] و همکاران همخوانی دارد (۳۶).

در این پژوهش وجود سازگاری زناشویی با اختلالات خواب ارتباط معنی‌داری داشت. در تحقیق لی و همکاران نیز این ارتباط وجود داشت (۳۷). در تحقیق شوقی و همکاران دفعات مشاجره والدین با اختلالات خواب کودک معنی‌دار بود (۲٤). ساده و همکاران نیز نشان دادند که با افزایش مشاجره والدین، بیداری‌های شبانه در کودکان افزایش می‌یابد (۳۸). هیسینگ[9] و همکاران گزارش نمودند که مجادلات زناشویی سبب اختلالات خواب کودکان می‌شود (۳۹). گرچه سازگاری زناشویی یک مفهوم چند بعدی است و در برگیرنده عوامل گوناگون اجتماعی، روانشناختی، شخصیتی و جمعیت شناختی است (٤۰). عوامل روانی نیز می توانند در نهایت خود را به صورت اختلالات خواب نشان دهد (۳۳). مجادلات

[1] Liu
[2] Bagley
[3] Tremblay
[4] Hasler
[5] Ochiai
[6] Tikotzky
[7] Valrie
[8] Lee
[9] Hysing

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

زناشویی که محیط امن خانه را مورد یورش قرار می‌دهد می‌تواند بی‌خوابی در شب و خواب آلودگی در روز را بدنبال داشته باشد (۲۱). ارتباطات زناشویی ضعیف و یا مجادلات زناشویی با پیامدهای نامطلوب سلامتی و تهدید سلامت روان کودکان مرتبط است.گر چه ارتباط مکانیسم‌هایی که سبب ارتباط فوق می‌شوند مشخص نشده است، اما ناسازگاری‌های زناشویی سبب کاهش امنیت کودک در محیط خانه شده، قطع یا تضعیف رابطه والد- کودک، سبب بروز عملکردهای بی‌ثبات و پرخاشگری در کودکان می‌شود که نیازمند مداخله است (۳٤). در این پژوهش ارتباطی بین شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر و خواسته بودن کودک با اختلالات خواب مشاهده نشد.

عادات رفتاری خانواده ممکن است بر مکان، زمان و چگونگی خواب کودکان اثر گذارد. در بسیاری از مواقع کودکان از الگوی رفتاری والدین تبعیت می‌کنند. ساده و همکاران معتقدند با افزایش بی‌نظمی زمان خواب والدین و تاخیر خواب آنها، عادات نادرست خواب در کودکان نیز افزایش می‌یابد (۳۸). بنابراین تصحیح الگوهای رفتاری خانواده می‌تواند منجر به بهبود اختلالات خواب کودکان شود. رفتارهایی مثل تسلط بر خود، خودکنترلی، ثبات و مسئولیت پذیری والدین بسیار بر رفتار کودکان موثر است و معمولاً پاسخ‌های عاطفی والدین آرامش کودکان را در پی دارد (۳۹). رابطه نزدیک و صمیمی والدین با کودکان برای تخلیه هیجان‌ها و کاهش فشار روانی، روابط مناسب والدین با یکدیگر و کاهش نگرانی‌ها و ترس کودک نقش مهمی در بهبود خواب کودکان دارد (٤۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: در این مطالعه نمونه پژوهش را کودکانی تشکیل می‌دادند که برای پایش رشد به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند، اما نمونه تمام کودکان جامعه نیستند. احتمالاً میزان اختلالات خواب در جامعه شهر تهران بیش از این مقدار است. در این پژوهش کودکانی در تحقیق شرکت داده شدند که ایرانی بوده و هیچگونه بیماری جسمی و روانی شناخته شده و معلولیت ذهنی و جسمی نداشته و از داروهای خواب آور استفاده نمی‌کردند، که سبب محدودشدن مطالعه شد. برای تعیین دقیقتر اختلالات خواب بهتر است که از تمام مراکز بهداشتی شهر تهران نمونه‌گیری انجام شود.

نتیجه گیری

میزان اختلالات خواب در کودکان زنگ خطری است که باید در سنین پایین تشخیص و درمان شود. مشکلات رفتاری مثل پرخوری و بدخوری که ممکن است منجر به چاقی کودک شود و تعارضات ارتباطی خانواده مانند بروز رفتارهای پرخطر در والدین و درگیری‌های زناشویی می‌توانند کیفیت خواب را متاثر نمایند. محیط آرام خانواده موجب رشد بهتر و بالندگی کودک می‌شود. سلامت مادران که محور اصلی خانواده می‌باشد، باید مد نظر قرار گیرد. موضوع خواب به عنوان عاملی مهم و تاثیرگذار در سلامت کودکان باید مورد توجه قرار گیرد و راهکارهای مناسب در زمینه خواب به خانواده‌های کم‌سواد و پر استرس آموزش داده شود. اختلالات خواب باید در تشخیص افتراقی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شماره ۷/۵۰ به تاریخ ۱۳۹۱/۲/۲۷ مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. پژوهشگران مراتب تشکر و امتنان خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و کلیه مادران شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

References

1. Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. Pain 2001; 92 (3):381-388.
2. Tikotzky L, De Marcus G, Har-Toov J, Dollberg S, Bar-Haim Y, Sadeh A. Sleep and physical growth in infants during the first 6 months. Journal of Sleep Research 2010; 19 (1):103-10.
3. Wiater AH, Mitschke AR, Widdern SV, Fricke L, Breuer U, Lehmkukl G. Sleep disorders and behavioral problems among 8-11 –year-old children. Somnologie 2005; 9 (4):210-214.
4. Alfano CA, Zakem AH, Costa NM, Taylor LK, Weems CF. Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. Depression and Anxiety Journal 2009; 26 (6):503-12.
5. Buckhalt JA, El-Sheikh M, Keller PS, Kelly RJ. Concurrent and longitudinal relations between children's sleep and cognitive functioning: the moderating role of parent education. Child Development 2009; 80 (3): 875-92.
6. Harmat L, Takacs J, Bodizs R. Music improves sleep quality in students. Journal of Advanced Nursing 2008; 62 (3):327-335.
7. Karimzadeh P, Safarzadeh-Khoshabi K. Sleep disorders in children. Feyz 2001, 5 (1):93-102. [Persian]
8. Taras H, Potts-Datema W. Sleep and student performance at school. Journal of School Health 2005; 75 (7):248-54.
9. Li Y, Jin H, Owens JA, Hu C. The association between sleep and injury among school-aged children in rural China: a case-control study. Sleep Medicine 2008; 9 (2):142-8.
10. Li S, Jin X, Wu S, Jiang F, Yan C, and Shen X. The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China. Sleep 2007; 30 (3): 361-7.
11. Biggs SN, Lushington K, Van den Heuvel CJ, Martin AJ, Kennedy JD. Inconsistent sleep schedules and daytime behavioral difficulties in school-aged children. Sleep Medicine 2011; 12 (8):780-6.
12. Ohida T, Osaki Y, Doi Y, Tanihata T, Minowa M, Suzuki K , et al. An epidemiologic study of self-reported sleep problems among Japanese adolescents. Sleep 2004; 27 (5):978-85.
13. Schwebel DC, Brezausek CM, Ramey SL, Ramy CT. Interactions between child behavior patterns and parenting: implications for children's un-intentional injury risk. Journal of Pediatric Psychology 2004; 29 (2): 93-104.
14. Friedman NP, Corely RP, Hewitt JK, Wright KP. Individual differences in childhood sleep problems predict later cognitive executive control. Sleep 2009; 32 (3):323-333.
15. Mindell JA, Owens JA. Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner. Journal of Pediatrics Health Care 2003; 17 (6): 324-31.
16. Acebo C, Sadeh A, Seifer R, Tzischinsky O, Hafer A, Carskadon MA. Sleep/wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1 to 5 year old children sleep. Sleep 2005; 28 (12):1568-1577.
17. Meltzer L J, Moor M. Sleep disruption in parents of children and adolescents with chronic illnesses: prevalence, cause, and consequences. Journal of Pediatric Psychology 2008; 33 (3):279-291.
18. Sadat-Husseini A. Survey of the effect of non-pharmacological intervention to improve sleep in pediatric, that suffering of chronic illness. Iranian Journal of Nursing Research 2012; 7 (27):60-72. [Persian]
19. Panaghi L, Kafashi A, Seraji M. Epidemiology of sleep disorders among primary school students in Tehran. Andishe VA Raftar 2004; 10 (37-38):50-58. [Persian]
20. Nafeiy Z, Shakiba M, Kashavarzian F. The prevalence of sleep disorders in 1 to 2 year infants referring to health centers in Yazd, 2008-2009. Toloo-e-behdasht 2010; 8 (1):39-46. [Persian]
21. Bos SC, Gomes A, Clemente V, Marques M, Pereira AT, Maia B, et al. Sleep and behavioral/emotional problems in children: a population-based study. Sleep Medicine 2009; 10 (1): 66-74.
22. Tietze AL, Blankenburg M, Hechler T, Michel E , Koh M , Schluter B, Zernikow B. Sleep disturbances in children with multiple disabilities. Sleep Medicine Reviews 2012; 16 (2):117-127.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]

23. Wang G ,Xu G ,Liu Z, Lu N, Ma R, Zhang E. Sleep patterns and sleep disturbances among Chinese school-aged children: prevalence and associated factors. Sleep Medicine 2013; 14 (1):45-52.
24. Shoghy M, KhanJary S, Farmany F, Hossaini F. Sleep pattern in school age children, residents of the west area in Tehran. Iran Journal of Nursing 2005; 18 (43):83-9. [Persian]
25. Rzepecka H, McKenzie K, Mc Clure I, Murphy SH. Sleep , anxiety and challenging behavior in children with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. Research in Developmental Disabilities 2011; 32 (6):2758-2766.
26. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety, and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. Critical Care 2013:17 (3): 1-7.
27. Amintehran E, Ghalehbaghi B, Asghari A, Jalilolghadr S, Ahmadvand A, Foroughi F. High prevalence of sleep problems in school and preschool-aged children in Tehran: a population based study. Iranian Journal of Pediatrics 2013; 23 (1):45-52.
28. Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among school children in the United States and China. Pediatrics 2005; 115 (1):241-9.
29. Gharamaleki AS, Hoseini SM, Zamani A, Vaezzadeh F, Djafarian K. Sleep pattern in 6-9 years old students living in Tehran city. Journal of Isfahan Medical School 2011;29 (154):1221-1228. [Persian]
30. Arman AR , Ay P , Fis NP , Ersu R , Topuzoglu A, Isik U , et al. Association of sleep duration with socio-economic status and behavioral problems among school children. Acta Paediatrica 2011; 100 (3):420-4.
31. Bagley SL, Weaver TL, Buchanan TW. Sex differences in physiological and affective responses to stress in remitted depression. Physiology & Behavior 2011; 104 (2):180-186.
32. Tremblay A, Chaput JP. Does short sleep duration favor abdominal adiposity in children? International Journal of Pediatric Obesity 2007; 2 (3):188-91.
33. Hasler G, Buysse D, Klaghofer R, Gamma A , Ajdacic V , Eich D , Rössler W , Angst J. The association between short sleep duration and obesity in young adults: a 13-year prospective study. Sleep 2004; 27 (4):661-6.
34. Najafian J, Mohammadifard N, Dana Siadat Z , Sadri G , Ramazani M , Nouri F. Association between sleep duration and body mass index and waist circumference. Iranian Journal of Medical Sciences 2010; 35 (2): 140-145. [Persian]
35. Ochiai H, Shirasawa T, Shimada N, Ohtsu T, Nishimura R , Morimoto A , et al. Sleep duration and overweight among elementary school children: a population-based study in Japan. Acta Medica Okayama 2012; 6 (22):93-9.
36. Agran WS, HammerLd, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. Pediatrics 2004; 145 (1):20-25.
37. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. Sleep Medicine Reviews 2004; 8 (3):199-212.
38. Sadeh A, Ravavi A, Gruber R. Sleep pattern and sleep disturbances in school-age children. Journal of Developmental Psychology 2000; 16 (3):291-301.
39. Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, Elgen I, Lundervold AJ. Sleep in children with chronic illness and the relation to emotional and behavioral problems: a population- based study. J Pediatrics Psychology 2009; 34 (6):665-670.
40. Shaker A, Fathi-Ashtiani A, Mahdavian A. The relationship of attachment styles and mental health with marital adjustment in couples. Journal of Behavioral Sciences 2011; 5 (2):179-184. [Persian]
41. Cummings ME, Keller PS, and Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multi relations with child and family functioning. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2005; 46 (5):479-489.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-20]