



## همه گیرشناسی اختلال‌های خواب در دانش آموزان ابتدایی شهر تهران

دکتر لیلی پناغی\*، دکتر احمد کفاشی\*\*، دکتر مهرزاد سراجی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان فراوانی اختلال‌های خواب در کودکان مدارس ابتدایی شهرستان تهران بود.  
**روش:** برای انجام یک بررسی توصیفی-مقطعی یک پرسش‌نامه که دارای اطلاعاتی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودک، ساختار خانواده و رفتارهای خواب بود توسط والدین ۶۹۲ کودک در مدارس ابتدایی شهر تهران تکمیل شد. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t و خی دو تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** اختلال‌های خواب در ۴۱/۶٪ کودکان مدارس ابتدایی گزارش شد. شایع‌ترین اختلال در این زمینه مقاومت در رفتن به بستر (۲۰/۷٪) بود. شب‌اداری تنها اختلال خوابی بود که در پسران فراوانی بیشتری داشت. در کودکان مادران خانه‌دار، اختلال خواب بیشتر از کودکان مادران شاغل گزارش گردید. فراوانی ناپهنجاری خواب در کودکانی که پدرانشان تحصیلات دانشگاهی داشتند، کمتر بود. تحصیلات دانشگاهی مادر با فراوانی کمتر اختلال وحشت خواب و کابوس‌های شبانه همراه بود. داشتن رختخواب مشترک، ترس و نگرانی پیش از خواب و نداشتن زمان مشخص برای خواب با اختلال‌های خواب بیشتر همراه بود.

**نتیجه:** اختلال‌های خواب در کودکان مدارس ابتدایی تهران شایع است. شایع‌ترین اختلال مقاومت در رفتن به بستر بود که با نداشتن برنامه‌ی مشخص برای خواب بیشترین رابطه را داشت.

:

اختلال‌های مربوط به خواب در کودکان بسیار شایع

است، بررسی‌های همه‌گیرشناسی اندکی درباره‌ی آنها

خواب بر سلامت کودکان تأثیر می‌گذارد و با آن که

\* متخصص پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).  
E-mail: lpanaghi@yahoo.com

\*\* متخصص اطفال، استادیار بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشکده پزشکی، بخش پزشکی اجتماعی.

\*\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

انجام شده است. هم‌چنین اطلاعات کمی در زمینه‌ی فراوانی این اختلال‌ها (مانند مقاومت در رفتن به بستر، تأخیر در شروع خواب، و بیداری‌های پی‌اپی در طی خواب) وجود دارد.

این اختلال‌ها به دو دسته بدخوابی (دیس‌سومنیا<sup>۱</sup>) و نابهنجاری خواب (پاراسومنیا<sup>۲</sup>) تقسیم شده‌اند. بدخوابی شامل خواب بیش از اندازه، خواب ناکافی، خواب با کیفیت پایین، مشکل در به خواب رفتن، بیداری‌های پی‌اپی و مشکلات تنفسی در هنگام خواب هستند. بی‌خوابی‌ها<sup>۳</sup> که با مشکل در شروع خواب و یا نگهداری یک پارچگی آن مشخص می‌شوند در این دسته قرار می‌گیرند. نابهنجاری‌های خواب با رفتارهایی که در هنگام خواب رخ می‌دهند، مانند شب‌اداری، راه رفتن در خواب، دندان قروچه، کابوس شبانه و وحشت شبانه مشخص می‌شوند (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۰۰).

در این بررسی دو هدف دنبال شده است:  
۱- بررسی فراوانی اختلال‌های خواب در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران ۲- فراوانی همراهی این اختلال‌ها با عوامل خانوادگی.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت خوشه‌ای- تصادفی بوده است. برای اجرای پژوهش با مراجعه به آموزش و پرورش شهر تهران از هر کدام از نواحی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد (مناطق یک، پنج، هشت، یازده و شانزده). سپس با مراجعه به این مناطق از میان مدارس ابتدایی عادی دولتی پسرانه و دخترانه در هر منطقه یک مدرسه ابتدایی دخترانه و یک مدرسه ابتدایی پسرانه به روش تصادفی ساده انتخاب شد. در هر مدرسه نیز یک کلاس از هر پایه و از هر کلاس ۱۶ نفر به همین صورت انتخاب شدند. به این ترتیب ۸۰۰ پرسش‌نامه در پاکت‌های بسته در بین دانش‌آموزان توزیع شد و والدین ۶۹۲ کودک این

پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و به مدرسه برگرداندند. پرسش‌نامه دارای سه بخش و ۲۸ پرسش بود. بخش الف دارای پرسش‌هایی درباره‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان مورد بررسی (مانند سطح تحصیلات، شغل والدین، شمار فرزندان و بستگانی که کودک در خانواده با آنها زندگی می‌کند) بود. پرسش مربوط به شغل والدین به صورت باز مطرح شده بود و تقسیم‌بندی آن برای تحلیل داده‌ها در چهار دسته انجام شد: کار دستی، کار غیر دستی، افراد بی‌کار و بازنشستگان. در مورد شغل مادران، این افراد به دو دسته کلی شاغل و خانه‌دار تقسیم شدند. بخش ب شامل اطلاعاتی درباره‌ی سابقه‌ی پزشکی فرزند مانند وزن کودک هنگام تولد، نارس بودن، سابقه‌ی برخی از بیماری‌ها مانند تشنج، خرخر و تنگی نفس، داشتن اتاق خواب مستقل، داشتن رختخواب مستقل، و هم‌چنین در مورد صحبت کردن والدین با کودک در مورد مسایل روزمره بود. این ماده از آن رو مطرح شده بود که بازگو کردن مسایل روزمره توسط کودک در تخلیه‌ی هیجان‌ها و خشم او کمک‌کننده است. روایی محتوای این پرسش‌نامه با ارایه‌ی آن به چند تن از استادان و اعمال نظریه‌های ایشان بررسی گردید. برای بررسی میزان مفهوم بودن پرسش‌های این ابزار، نخست این پرسش‌نامه به ۳۰ تن از پدران و مادران کودکان یادشده داده شد و پس از گردآوری پاسخ‌های ایشان و اصلاح پرسش‌های نامفهوم نسخه‌ی نهایی تهیه گردید.

بخش ج دربرگیرنده‌ی ویژگی‌های خواب کودک بود. برای تنظیم پرسش‌های این بخش، از پرسش‌های عنوان شده در مقاله‌ای با عنوان "اختلال‌های خواب در کودکان مدارس ابتدایی" (بلدر<sup>۵</sup>، کیلویکز<sup>۶</sup>، آبیگف<sup>۷</sup> و فولی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷) بهره گرفته شد. از آن‌جا که به باور نویسندگان این مقاله، پرسش‌نامه‌ی خواب نمی‌توانست رفتارهای با تکرار زیاد را از اختلال‌های خواب جدا

1- dyssomnia  
3- insomnia  
5- Blader  
7- Abikoff

2- parasomnia  
4- Sadock  
6- Koplewicz  
8- Foley

کودکان مادران خانه‌دار بیشتر از کودکان مادران شاغل بود. اختلال وحشت خواب، کابوس شبانه و مقاومت در رفتن به بستر در کودکان مادران خانه‌دار فراوانی بیشتری داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس، پایه‌ی تحصیلی و ناحیه‌ی آموزش و پرورش دانش‌آموزان مورد بررسی

متغیر	فراوانی (%)
جنس	دختر ۳۴۶ (۵۰)
	پسر ۳۴۶ (۵۰)
پایه‌ی تحصیلی	اول ۱۴۶ (۲۱/۱)
	دوم ۱۱۷ (۱۶/۹)
	سوم ۱۴۳ (۲۰/۷)
	چهارم ۱۴۰ (۲۰/۲)
	پنجم ۱۴۶ (۲۱/۱)
ناحیه‌ی آموزش و پرورش	۵ ۱۴۷ (۲۱/۲)
	۱۱ ۱۲۲ (۱۷/۶)
	۸ ۱۵۵ (۲۲/۴)
	۱۶ ۱۲۵ (۱۸/۱)
	۱ ۱۴۳ (۲۰/۷)

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب نوع اختلال

اختلال خواب	فراوانی (%)
سختی در به خواب رفتن	۴۴ (۶/۴)
به زور و اجبار به خواب رفتن	۱۴۳ (۲۰/۷)
بیداری‌های مکرر در طی خواب	۱۹ (۲/۷)
کابوس شبانه	۵۰ (۷/۲)
وحشت خواب	۲۳ (۳/۳)
راه رفتن در خواب	۹ (۱/۳)
دندان قروچه	۱۱۶ (۱۶/۸)
شب‌اداری	۴۶ (۶/۶)

کند، این پرسش‌نامه طراحی شده بود. برپایه‌ی این پرسش‌نامه رفتارهای شایع مانند مقاومت در رفتن به بستر، سختی در به خواب رفتن و بیداری‌های پی‌درپی در طی خواب بایستی با فراوانی سه تا چهارشب در هفته رخ دهد تا اختلال به‌شمار رود، درحالی‌که رفتارهایی مانند کابوس شبانه، وحشت خواب و شب‌اداری با فراوانی یک شب در هفته و راه رفتن در خواب با فراوانی یک شب در ماه نیز اختلال به‌شمار می‌رود.

تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری t و  $\chi^2$  انجام شد.

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس، پایه‌ی تحصیلی و منطقه‌ی آموزش و پرورش در جدول ۱ و فراوانی اختلال‌های خواب در جدول ۲ آرایه گردیده است. همان‌گونه که دیده می‌شود، مقاومت در رفتن به بستر شایع‌ترین اختلال است (۲۰/۷٪). فراوانی نابهنجاری خواب که با اختلال‌های کابوس شبانه، وحشت خواب، راه رفتن در خواب، شب‌اداری و دندان قروچه مشخص می‌شود، ۲۷/۹٪ بود. فراوانی بی‌خوابی که با اختلال‌های مقاومت در رفتن به بستر، سختی در به خواب رفتن و بیداری‌های پی‌درپی شبانه مشخص می‌شد، ۲۴/۳٪ بود. به‌طور کلی ۴۱/۶٪ کودکان مورد بررسی یکی از اختلال‌های خواب را نشان دادند.

ارتباط اختلال‌های خواب با برخی عوامل جمعیت‌شناختی نیز بررسی شد. یافته‌های مربوطه در جدول ۳ آرایه گردیده است.

فراوانی نابهنجاری خواب در پایه‌های تحصیلی بالاتر، کمتر بود. تنها اختلالی که در دو جنس تفاوت معنی‌داری را نشان داد، اختلال شب‌اداری با فراوانی بیشتر در پسران بود ( $p < 0/01$ ).

هیچ‌یک از اختلال‌های خواب با شغل پدر همبستگی نداشتند ولی، فراوانی بی‌خوابی و نابهنجاری خواب در

فرضیه‌های پژوهش

اجبار در رفتن به بستر	بیداری مکرر در خواب	سختی در به خواب رفتن	کابوس شبانه	وحشت خواب	راه رفتن در خواب	شب‌ادرازی	دندان قروچه	بی‌خوابی	نابهنجاری خواب	ی
—	—	—	—	—	—	—	—	—	p= ۰/۰۴ χ²= ۱۰/۱۲	
—	—	—	p=۰/۰۴ χ²=۵/۹۸۸	p=۰/۰۲ χ²=۹/۴۵۸	—	—	—	—	p=۰/۰۲ χ²=۵/۱۴	
—	—	—	—	p=۰/۰۱۸ χ²=۵/۶۱۹	—	—	—	—	p=۰/۰۲۵ χ²=۵/۱۲	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
p=۰/۰۰۰ χ²=۱۷/۸	—	—	p= ۰/۰۲۴ χ²=۵/۱۱۳	p= ۰/۰۲۷ χ²=۴/۱۹۶	—	—	—	p= ۰/۰۰۰ χ²=۱۵/۷۳۲	p= ۰/۰۲۸ χ²=۴/۸۲۲	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	p= ۰/۰۱۱ χ²=۱۵/۰۵۵	—	—	p= ۰/۰۱۶ χ²=۵/۸۰۴	—	—	
—	p= ۰/۰۰۵ χ²=۵/۲۱	—	—	p= ۰/۰۰۳ χ²=۹/۸۴	—	—	—	—	—	
p= ۰/۰۰۰ χ²=۱۴/۷	p= ۰/۰۰۰ χ²=۴۵/۴	p= ۰/۰۰۰ χ²=۲۶/۸	p= ۰/۰۰۰ χ²=۲۸/۲۳۵	p= ۰/۰۲۸ χ²=۵/۸۶۵	—	—	p= ۰/۰۰۰ χ²=۱۷/۰۷۳	p= ۰/۰۰۰ χ²=۳۹/۸۱۴	p= ۰/۰۰۰ χ²=۳۰/۹۶۵	
p= ۰/۰۰۳ χ²=۸/۸۳	—	—	—	—	—	p= ۰/۰۰۳ χ²=۵/۴۱۹	p= ۰/۰۱۶ χ²=۵/۸۰۴	p= ۰/۰۲۸ χ²=۴/۸۴۵	p= ۰/۰۰۴ χ²=۸/۳۲۹	
p= ۰/۰۰۵ χ²=۷/۸۸	—	p= ۰/۰۰۶ χ²=۷/۴۲۴	p= ۰/۰۰۶ χ²=۷/۶۲۸	—	—	—	p= ۰/۰۰۵ χ²=۷/۹	p= ۰/۰۰۱ χ²=۱۰/۷۴۶	p= ۰/۰۰۴ χ²=۷/۱	
p= ۰/۰۰۰ χ²=۱۲/۶	—	—	p= ۰/۰۰۰ χ²=۱۲/۶۴	—	—	p= ۰/۰۱۴ χ²=۵/۸۹۵	p= ۰/۰۰۳ χ²=۸/۸۵۶	p= ۰/۰۰۰ χ²=۳۵/۸۲۲	p= ۰/۰۰۰ χ²=۲۵/۶۰۹	
—	—	—	—	—	—	p= ۰/۰۰۶ χ²=۷/۵۴۵	—	—	—	

کودکانی که پدران‌شان تحصیلات دانشگاهی داشتند فراوانی کمتری از اختلال وحشت خواب را نسبت به کودکانی که پدران‌شان تحصیلات دانشگاهی نداشتند نشان دادند (۱/۲٪ در برابر ۴/۶٪). کودکانی که مادران‌شان تحصیلات دانشگاهی داشتند فراوانی کمتری از اختلال وحشت خواب و کابوس شبانه را نسبت به گروه دیگر نشان دادند. در گروهی از کودکان که والدین آنها با یکدیگر زندگی نمی‌کردند، فراوانی بیداری‌های پی‌درپی در طی خواب نسبت به کودکان فاقد این مشخصه بیشتر بود (۹/۱٪ در برابر ۲/۴٪). اختلال وحشت خواب و دندان‌قروچه در کودکانی که با هر دو والد حقیقی خود زندگی می‌کردند فراوانی کمتری نسبت به کودکانی داشتند که حداکثر با یک والد حقیقی خود زندگی می‌کردند.

داشتن اتاق خواب مشترک با هیچ‌کدام از اختلال‌های خواب همبستگی نداشت ولی رختخواب مشترک با مقاومت در رفتن به بستر، سختی در به خواب رفتن، کابوس شبانه و دندان‌قروچه ارتباط معنی‌دار نشان داد.

۱۷٪ کودکان دربارهی رویدادهای روزمره با والدین خود سخنی نمی‌گفتند. سخن‌نگفتن با والدین دارای همبستگی معنی‌داری با مقاومت در رفتن به بستر، شب‌ادراری و دندان‌قروچه بود.

نداشتن برنامه‌ی معین برای خواب و ترس و نگرانی کودک پیش از خواب با بیشتر اختلال‌های خواب دارای ارتباط معنی‌دار بود.

در بررسی‌های انجام شده پیرامون فراوانی اختلال‌های خواب، میزان شیوع این اختلال‌ها متفاوت گزارش شده است. در گزارش کان<sup>۱</sup>، واندمرک<sup>۲</sup> و ریوافت<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) فراوانی اختلال‌های خواب ۴۳٪، در بررسی اون<sup>۴</sup>، اسپیریتو<sup>۵</sup>، مک‌گوین<sup>۶</sup> و نوبایل<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) اختلال خواب به میزان دست‌کم یک شب در هفته با فراوانی ۳۷٪ و در بررسی پاونن<sup>۸</sup>، آرونن<sup>۹</sup> و موآلانن<sup>۱۰</sup>

(۲۰۰۰) که با جمع‌بندی گزارش‌های والدین و کودکان انجام شد، فراوانی اختلال‌های خواب ۳۲٪ گزارش گردید. در این پژوهش فراوانی اختلال‌های خواب ۴۱/۶٪ به دست آمد که به یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نزدیک است.

فراوانی مقاومت در رفتن به بستر در بررسی بلدر و همکاران (۱۹۹۷) ۲۷٪ و در پژوهش اون و همکاران (۲۰۰۰) ۱۵/۱٪ گزارش شده است. در پژوهش حاضر این مقدار ۲۰/۷٪ بود.

در این پژوهش فراوانی سخت به خواب رفتن ۶/۴٪ بود. این یافته کمتر از یافته‌های بلدر و همکاران (۱۹۹۷)، اشتاین<sup>۱۱</sup>، مندلسون<sup>۱۲</sup>، ابرمایر<sup>۱۳</sup>، امرومین<sup>۱۴</sup> و بنکا<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۱) و پاونن و همکاران (۲۰۰۰) است که به ترتیب میزان شیوع این اختلال را ۱۱٪، ۲۳/۳٪ و ۱۱/۱٪ گزارش نمودند. اما با یافته‌های پژوهش فیشر<sup>۱۶</sup>، پالی<sup>۱۷</sup> و مک‌گویر<sup>۱۸</sup> (۱۹۸۹) که رقم یادشده را ۶/۳٪ گزارش نموده‌اند، بسیار نزدیک است.

فراوانی کابوس شبانه در بررسی‌های اشتاین و همکاران (۲۰۰۱)، فیشر و همکاران (۱۹۸۹)، سایموند<sup>۱۹</sup> و پاراگا<sup>۲۰</sup> (۱۹۸۲) و کان و همکاران (۱۹۸۹) به ترتیب ۸/۵٪، ۵/۵٪، ۱۱/۵٪ و ۱۵٪ گزارش شده است. در این پژوهش فراوانی کابوس شبانه ۷/۲٪ به دست آمد که تا اندازه‌ای با یافته‌های بررسی‌های اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) و فیشر و همکاران (۱۹۸۹) نزدیک است.

هم‌چنین در بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی وحشت خواب، بلدر و همکاران (۱۹۹۷)، اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) فیشر و همکاران (۱۹۸۹) و سایموند و پاراگا (۱۹۸۲) به ترتیب ارقام ۱/۴٪، ۵/۷٪، ۱٪ و ۱/۳٪ را گزارش نموده‌اند. در این بررسی فراوانی این

1-Kahn	2- Van de Merck
3- Rebuffat	4- Owen
5- Spirito	6- McGuinn
7- Nobile	8- Paavonen
9- Aronen	10- Moilanen
11- Stein	12- Mendelson
13- Obermeyer	14- Amromin
15- Benca	16- Fischer
17- Pauley	18- McGuire
19- Simond	20- Parraga

اختلال ۳/۲٪ به دست آمد که تفاوت اندکی با یافته‌های یادشده دارد.

میزان شیوع شب ادراری در این پژوهش ۶/۶٪ بود. اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) فراوانی آن را ۱۰٪، فیشر و همکاران (۱۹۸۹) ۳٪، سایموند و پاراگا (۱۹۸۲) ۲/۳٪ و بلدر و همکاران (۱۹۹۷) که پرسش‌نامه‌ای مشابه پژوهش حاضر را به کار برده بودند شیوع شب‌ادراری را ۵٪ گزارش کردند.

در ۱۶/۸٪ افراد مورد بررسی، دندان قروچه گزارش گردید. در بررسی اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) فراوانی آن ۱۴/۸٪ و در بررسی فیشر و همکاران (۱۹۸۹) ۷/۵٪ بوده است.

در این پژوهش راه رفتن در خواب فراوانی ۱/۳٪ داشت. بلدر و همکاران (۱۹۹۷) فراوانی آن را ۱٪، اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) ۲/۴٪، فیشر و همکاران (۱۹۸۹) ۲٪ و سایموند و پاراگا (۱۹۸۲) ۵٪ گزارش نمودند.

همان‌گونه که دیده می‌شود ارقام بسیار گوناگونی در مورد فراوانی اختلال‌های خواب گزارش شده است و علت آن نه تنها تفاوت در جامعه‌ی پژوهش، بلکه تفاوت در ابزار پژوهش و تعاریف گوناگون در نظر گرفته شده برای اختلال‌های خواب می‌باشد.

این پژوهش از جهت ابزار به کار برده شده، روش انجام کار و یافته‌های آن به بررسی بلدر و همکاران (۱۹۹۷) نزدیک است.

در زمینه‌ی فراوانی کلی اختلال‌های خواب در پایه‌های مختلف تحصیلی تفاوتی دیده نشد. تنها اختلال نابهنجاری خواب فراوانی بیشتری در پایه‌های تحصیلی پایین‌تر نشان داد. در بررسی‌های گوناگونی که روی کودکان مدارس ابتدایی انجام شده، اختلال‌های خواب برحسب سن کودک مورد بررسی قرار گرفته است که شاید بتوان آن را تا اندازه‌ای با پایه‌ی تحصیلی برابر دانست. در بررسی بلدر و همکاران (۱۹۹۷) که روی کودکان ۵-۱۲ ساله انجام شده، فراوانی بیداری‌های مکرر در طول خواب در کودکان کوچکتر بیشتر

گزارش شده است. در بررسی رونا<sup>۱</sup>، لی<sup>۲</sup>، گولیفورد<sup>۳</sup> و چین<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) که روی کودکان ۱۱-۵ ساله انجام شده، انواع اختلال‌های خواب با افزایش سن کاهش نشان داده‌اند. نابهنجاری خواب با افزایش سن کاهش می‌یابد و بیشترین فراوانی آن در سنین ۷-۵ سالگی دیده می‌شود (روترو<sup>۵</sup>، تایلور<sup>۶</sup> و هرسو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴).

در این پژوهش تفاوتی میان دو جنس در فراوانی اختلال‌های خواب دیده نشد و تنها شب ادراری در پسران، دارای فراوانی بیشتری بود (پسران، ۹/۲٪؛ دختران، ۴/۰٪). در بررسی پاونن و همکاران (۲۰۰۰) شیوع اختلال‌های خواب به‌ویژه نابهنجاری خواب در پسران بیش از دختران گزارش شده است. در پژوهش بلدر و همکاران (۱۹۹۷) هیچ تفاوتی میان دو جنس در اختلال‌های خواب به غیر از شب ادراری دیده نشد.

فراوانی اختلال‌های خواب بر حسب شغل پدر و مادر، پرسش دیگری بود که در این پژوهش به آن پاسخ داده شد. این بررسی میان اختلال‌های خواب و شغل پدر ارتباطی را نشان نداد، اما در کودکان مادران خانه‌دار بیشتر از کودکان گروه شاغل، بی‌خوابی و نابهنجاری خواب دیده شد. هنگامی که اختلال‌ها به تفکیک بررسی شدند، وحشت خواب، کابوس شبانه و مقاومت در رفتن به بستر در کودکان مادران خانه‌دار شایع‌تر بودند. در هیچ‌یک از پژوهش‌های پیشین به ارتباط میان فراوانی اختلال‌های خواب و شغل مادر اشاره نشده است. رونا و همکاران (۱۹۹۸) فراوانی اختلال‌های خواب را در کودکانی که پدرانشان به شغل خود اشاره نکرده بودند و یا دارای کارهای دستی بودند بیشتر از پدرانی گزارش نمودند که مشاغل غیر دستی داشتند. در بررسی اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی رابطه‌ی معکوس با نابهنجاری خواب در کودکان داشت.

1- Rona  
3- Guliford  
5- Rotter  
7- Hersov

2- Li  
4- Chinn  
6- Taylor

این پژوهش فراوانی نابهنجاری خواب را در کودکان مادرانی که تحصیلات دانشگاهی نداشتند بیشتر از گروه دیگر نشان داد. در مورد بی‌خوابی نیز چنین رابطه‌ای وجود داشت ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بررسی رونا و همکاران (۱۹۹۸) نیز کودکانی که مادرانشان تحصیلات دانشگاهی نداشتند دارای اختلال خواب بیشتری نسبت به گروه دیگر گزارش شدند. برپایه‌ی این گزارش، مادران دارای تحصیلات دانشگاهی که کودکانشان اختلال خواب داشتند، نسبت به گروه دیگر به میزان کمتری با پزشک مشورت می‌کردند.

در این بررسی فراوانی اختلال‌های خواب در گروهی که هر دو والد آنها زنده بودند، تفاوتی با گروهی که تنها یک والد آنها زنده بود نداشت. فراوانی اختلال وحشت خواب و بیداری‌های مکرر در طی شب در گروهی که والدین با یکدیگر زندگی نمی‌کردند بیشتر از گروه دیگر بود. کان و همکاران (۱۹۸۹) نیز میزان بیشتری از اختلال وحشت خواب، کابوس شبانه و راه رفتن در خواب را در گروهی از کودکان که پدر و مادر آنها با یکدیگر زندگی نمی‌کردند گزارش نمودند. شاید وجود آشفتگی در خانواده و فشار روانی وارده به کودک سبب ایجاد مشکلات خواب در این دسته از کودکان شده باشد.

این بررسی نشان داد که وجود پدربزرگ، مادربزرگ، خواهر یا برادر و یا افرادی غیر از اعضای خانواده که با کودک در خانواده زندگی می‌کنند تأثیری روی فراوانی اختلال‌های خواب ندارد. پاونن و همکاران (۲۰۰۰) نیز در گزارش خود به همین یافته اشاره کرده‌اند.

فراوانی وحشت خواب و دندان قروچه در کودکانی که با هر دو والد حقیقی خود زندگی می‌کردند کمتر از کودکانی بود که حداکثر با یکی از والدین حقیقی خود زندگی می‌کردند. در بررسی پاونن و همکاران (۲۰۰۰) نیز کودکانی که با یک یا هر دو والد واقعی خود

زندگی می‌کردند دارای اختلال‌های خواب کمتری از کودکانی گزارش شدند که یک والد واقعی و یک نامادری یا ناپدیری داشتند.

پاونن و همکاران (۲۰۰۰) تفاوتی در فراوانی اختلال‌های خواب بر حسب شمار فرزندان گزارش نکردند. اسمج<sup>۱</sup>، برومن<sup>۲</sup> و هتا<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) دریافتند که کودکانی که خواهر و برادر کمتری دارند، بیماری‌های خواب را به میزان کمتری نشان می‌دهند. در پژوهش حاضر شمار فرزندان در گروهی که اختلال خواب نداشتند نسبت به گروه دیگر بیشتر بود.

همان‌گونه که گفته شد، فشارهای روانی و هیجان‌های روزمره بر روی خواب کودکان تأثیر چشم‌گیری دارند و یک راه برای کم کردن این هیجان‌ها، گفت‌وگوی کودک با پدر و مادر در این زمینه است. این پژوهش نشان داد کودکانی که با پدر و مادر خود در زمینه‌ی رویدادهای روزمره گفت‌وگو می‌کنند به میزان کمتری از اختلال‌های خواب رنج می‌برند. در برخی بررسی‌ها به نقش رویدادهای مهم زندگی در ایجاد اختلال‌های خواب، اشاره شده است (اسمج و همکاران، ۱۹۹۹) ولی هیچ‌یک به تأثیر رویدادهای روزمره و تخلیه‌ی هیجانی کودک به کمک گفت‌وگو با پدر و مادر اشاره نکرده‌اند.

موضوع دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر، ترس‌ها و نگرانی‌های کودک پیش از خواب بود و همان‌گونه که انتظار می‌رفت با بسیاری از اختلال‌های خواب مانند بی‌خوابی و نابهنجاری خواب ارتباط معنی‌داری داشت و این نکته نیز یادآور نقش مهم استرس‌ها در ایجاد اختلال‌های خواب است.

در این پژوهش اتاق خواب مشترک دارای تأثیر بر روی فراوانی اختلال‌های خواب شناخته نشد، ولی داشتن رختخواب مشترک روی فراوانی اختلال‌های خواب مؤثر بود. در بررسی‌های چندی برای نمونه بلدر و همکاران (۱۹۹۷)، اسمج و همکاران (۱۹۹۹) و

اشتاین و همکاران (۲۰۰۱) نیز تماس بدنی طولانی با پدر و مادر پیش از خواب و یا رفتن کودکان به رختخواب والدین برای قسمتی از شب سبب فراوانی بیشتر اختلال‌های خواب گزارش شده است.

این پژوهش شیوع بالای اختلال‌های خواب را در دانش آموزان مدارس ابتدایی تهران نشان داد (۴۱/۶٪). مقاومت در رفتن به بستر دارای بیشترین فراوانی بود که خود تا حد زیادی با نداشتن برنامه‌ی مشخص برای خواب ارتباط داشت. شغل بیرون از خانه‌ی مادر روی اختلال‌های خواب تأثیر کاهنده‌ی اختلال داشت که با توجه به اثر عوامل گوناگون مداخله‌گر مانند احتمال بالابودن سطح تحصیلات مادر در این گروه یا مشکلات اقتصادی کمتر در چنین خانواده‌هایی، نتیجه‌گیری قطعی دشوار می‌شود.

این پژوهش نشان‌دهنده‌ی نقش استرس و هیجان‌های درونی کودکان در ایجاد اختلال‌های خواب بود. برای نمونه کودکانی که والدین آنها از یکدیگر جدا زندگی می‌کردند و یا کودکانی که با والدین خود در زمینه‌ی رویدادهای روزمره گفت‌وگو نمی‌کردند، فراوانی بیشتری از اختلال خواب را نشان دادند.

به نظر می‌رسد که رابطه‌ی نزدیک و صمیمی والدین با کودکان برای تخلیه‌ی هیجان‌ها و کاهش فشار روانی، روابط مناسب والدین با یکدیگر و کاهش نگرانی‌ها و ترس کودک پیش از خواب نقش مهمی در بهبود وضعیت خواب کودکان دارند.

از آن‌جا که اطلاعات مربوط به اختلال‌های خواب از پدران و مادران کودکان گردآوری شده است، ممکن است آنها از وجود اختلال‌های خواب در کودکان خود آگاهی دقیقی نداشته باشند.

در برخی مدارس ابتدایی پسرانه اجازه داده نمی‌شد که به‌طور مستقیم این پرسش‌نامه‌ها به دانش‌آموزان تحویل داده شود و پرسش‌نامه‌ها به معاون مدرسه و یا مدیر تحویل داده می‌شد. علی‌رغم توضیحاتی که به مسئولان مدارس داده شده است این امکان وجود دارد که آموزگاران توضیحات کافی به کودکان نداده باشند.

محدودیت دیگر پژوهش آن است که امکان بررسی گروهی که پرسش‌نامه‌ها را برنگردانده‌اند وجود ندارد و این امکان هست که این گروه به‌صورت معنی‌داری با سایر کودکان تفاوت داشته باشند.

بدین‌وسیله از رابط‌های پژوهشی مناطق یک، پنج، هشت، یازده و شانزده که در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند سپاسگزاری می‌گردد.

Blader, J.C., Koplewicz, H.S., Abikoff, H., & Foley, C. (1997). Sleep problems of elementary school children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 473-480.

Fischer, B., Pauley, C., & Mcguire, K. (1989). Children's Sleep Behavior Scale: normative data on 870 children in grade 1 to 6. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 227-238.

Kahn, A., Van de Merck, R., & Rebuffat, E. (1989). Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics*, 89, 542-546.

Owen, J., Spirito, A., McGuinn, M., & Nobile, C. (2000). Sleep habits and sleep disturbances in elementary school-aged children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 27-36.

Paavonen, E.J., Aronen, E.T., & Moilanen, I. (2000). Sleep problems of school-aged children: a complementary view. *Acta Paediatrica*, 89, 223-228.

Rona, R.J., Li, L., Guliford, M.C., & Chinn, S. (1998). Disturbed sleep: effects of sociocultural factors and illness. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 20-25.

Rotter, M., Taylor, E., & Hersov, L. (1994). *Child and Adolescent Psychiatry*, (3<sup>rd</sup> ed.). Oxford: Blackwell



- Scientific Publications. (p.p.474 - 483).
- Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, (p.p.1677-1697).
- Simond,J.,& Parraga,H.(1982). Sleep disorders and sleep behavior in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 121, 383-388.
- Smedje,H.,Broman,J.E.,& Hetta,J. (1999 ). Parents' report of disturbed sleep in 5-7-year-old Swedish children. *Acta Paediatrica*,88, 858-865.
- Stein,M.A.,Mendelson,J.,Obermeyer,W.,Amromin,B.A.,& Benca,R.(2001). Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*, 107, e60.