

## بررسی عوامل مؤثر بر اختلالات خواب در کودکان ۶-۴ ساله شهر تهران

گیتی ازگلی<sup>۱</sup>، زهره شیخان<sup>۲\*</sup>، فرین سلیمانی<sup>۳</sup>، ملیحه نصیری<sup>۴</sup>، سحر میرزایی<sup>۵</sup>،  
فهیمه کاوسی<sup>۶</sup>، طاهره فرخی<sup>۶</sup>، فرحناز خلوصی بدر<sup>۶</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** الگوی خواب در طول زندگی تغییر می کند، هرچند که کمیت و کیفیت خواب همیشه در گرو عوامل فردی نظیر سن، جنس و عوامل روانی و محیطی می باشد. اما در کودکان، خواب به اندازه رشد و تکامل، مهم است. این پژوهش با هدف تعیین اختلالات خواب در کودکان ۶-۴ ساله، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۴۰۰ کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه گیری به صورت چند مرحله ای و به طریقه مصاحبه توسط مادران صورت گرفت. برای تعیین اختلالات خواب، از پرسشنامه عادات خواب کودکان که حاوی ۵ زیرمجموعه است، استفاده گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری،  $p < 0.05$  در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سن کودکان  $64/27 \pm 9/3$  ماه بود. بین سن کودک، شاخص توده بدن و وجود سازگاری زناشویی با اختلالات عادات خواب؛ سن کودک، شاخص توده بدن، مصرف مواد مخدر در پدر، خواسته بودن کودک و سازگاری زناشویی با اختلالات رفتار خوابیدن؛ شاخص توده بدن با اختلالات بیدار شدن هنگام شب و شاخص توده بدن و سازگاری زناشویی با اختلالات بیدار شدن کودک هنگام صبح، ارتباط وجود داشت.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد اختلالات خواب، رشد و تکامل کودکان را تهدید می کند. مشکلات روانی، خانوادگی و فرهنگی نیز می توانند بر کیفیت خواب تأثیرگذار باشند. بنابراین، بررسی خواب در کودکان بایستی در تشخیص افتراقی سلامت آنان مدنظر قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** اختلالات خواب؛ کودک؛ شیوع؛ تهران، ایران.

<sup>۱</sup>استادیار مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup>مری مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup>دانشیار بیماری های کودکان، مرکز تحقیقات تکامل کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup>استادیار آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

<sup>۵</sup>مری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

<sup>۶</sup>کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول مکاتبات:

**زهره شیخان**، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

zsheikhan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۴

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ozgoli G, Sheikhan Z, Soleimani F, Nasiri M, Mirzaee S, Kavousi F, et al. A Study of effective factors on sleep disorders in 4-6 years old children in Tehran city, Iran.

Qom Univ Med Sci J 2015;9(5):50-60. [Full Text in Persian]

## مقدمه

اختلالات خواب در کودکان از موارد شایع است، اما به دلیل تظاهرات متفاوت، کمتر تشخیص داده می‌شود. اختلالات خواب، شایع‌ترین شکایات رفتاری در کودکان می‌باشد. الگوی خواب در طول زندگی تغییر می‌کند، هرچند کمیت و کیفیت خواب همیشه در گرو عوامل فردی نظیر سن، جنس، عوامل روانی و محیطی قرار دارد (۱-۳)، اما در کودک، خواب به اندازه رشد و تکامل، مهم است (۴). یادگیری عادات مربوط به خواب نیز حایز اهمیت است. مشکلات خواب چه از نظر کمیت نظیر اختلال در شروع به خواب رفتن و چه اختلال در کیفیت خواب (نظیر بیدار شدن‌های مکرر)، منجر به خواب ناکافی می‌شود (۵، ۶). علائم و عوارض خواب ناکافی در کودکان با بزرگسالان متفاوت بوده و ممکن است به صورت تغییرات خلقی، فعالیت‌ها و بیش از حد کوتاه شدن دامنه توجه و اختلالات عصبی شناختی نظیر عدم توجه، خود را نشان دهد. اختلالات خواب کودکان نه تنها روی سلامت و بهداشت کودک تأثیر دارد؛ بلکه می‌تواند عامل مهمی برای ایجاد استرس، فشار و تنش در خانواده؛ حتی اختلالات شناختی در دوران نوجوانی باشد (۵) (۷-۹). عادات، کیفیت و کمیت خواب نیز می‌تواند سلامتی دوران کودکی را تحت تأثیر قرار دهد. یادگیری عادات نادرست، فرآیند زندگی بزرگسالی را متأثر ساخته و سلامت فرد و جامعه را به مخاطره می‌اندازد. همچنین مشکلات خواب می‌تواند سبب اضطراب، کاهش میزان تطابق و عزت‌نفس در کودکان شود (۸). خواب یک رفتار سازمان‌یافته است که به‌عنوان یک ضرورت حیاتی بر پایه ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می‌شود. میزان نیاز به خواب در انسانها متفاوت بوده و به عوامل گوناگون نظیر سن، زمینه ژنتیکی، حالات فیزیکی و روانی شخص بستگی دارد (۱۰)، به طوری که خواب از ۶ هفتگی که حدود ۱۶-۱۴ ساعت است به ۲۴-۱۲ ساعت در یک‌سالگی می‌رسد (۱۱)، و در سال دوم زندگی، از ساعت خواب قدری کاسته شده و تقریباً به ۱۲ ساعت در شبانه‌روز می‌رسد، به طوری که کودکان، مشخصه خواب فرد بالغ را در سه سالگی پیدا می‌کنند (۱۲). شروع اختلالات خواب در دوران کودکی بسته به گروه مطالعه و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت، متفاوت ذکر شده است.

میزان اختلال خواب در مراقبت‌های اولیه ۳۰-۱۰٪، و در مراکز مربوط به خواب تا ۳۷٪ گزارش شده است (۱۳). برقراری الگوی سالم خواب در کودکان، نیاز به اطلاعات و همکاری والدین دارد. بنابراین، در هر ویزیت پایش رشد باید در مورد خواب کودک از والدین سؤال شود و والدین نیز متوجه باشند ایجاد الگوی خواب مناسب، مشابه تغذیه خوب و رعایت بهداشت دندان‌ها، مهم است (۴). اختلالات خواب کودکان طیفی گسترده داشته و در این زمینه آمارهای متفاوتی موجود است.

Meltzer & Moor در مطالعه خود، شیوع اختلالات خواب کودکان را ۸۶-۱۵٪ ذکر کردند (۹). Goldman و همکاران نیز این میزان را ۳۳٪ گزارش کردند (۱۴). در پژوهشی دیگر که توسط Rzepecka و همکاران انجام گرفت میزان اختلالات خواب در کودکان، ۴۲٪ ذکر گردید (۱۵). در ایران، میزان اختلالات خواب در مطالعات مختلف دارای طیفی گوناگون است. پناغی و همکاران، میزان اختلالات خواب را در کودکان مورد پژوهش، ۴۱/۶٪ (۱۶)؛ نافی و همکاران، ۳۰/۹٪ (۱۷) و سادات حسینی، ۵۰/۴٪ (۱۸) گزارش کردند.

وضعیت اجتماعی-اقتصادی، اثرات جانبی داروها، عوامل روانی (دیسترس والدین) و محیطی (محیط خواب و تعاملات کودک با والدین) می‌تواند در ایجاد خواب مؤثر باشد (۱۹). طبق تحقیقات انجام‌شده، الگوهای خواب در کشورهای آسیایی یک ساعت کوتاه‌تر از سایر کشورها بوده است، به‌طور مثال کودکان چینی ۳۰ دقیقه دیرتر به بستر رفته و ۳۰ دقیقه زودتر بیدار می‌شوند که مدت خواب آنها یک‌ساعت کمتر از همسالان آمریکایی خود می‌باشد (۲۰). از سوی دیگر، ۵٪ کودکان استرالیایی، کمتر از ۹ ساعت خواب در شبانه‌روز دارند (۲۱)، که نشان‌دهنده تفاوت‌های اجتماعی-فرهنگی حاکم بر جوامع است. شیوع بالای مشکلات خواب در کودکان، نشانه اهمیت قابل‌توجه آنها در گروه سنی پیش‌دبستانی بوده که متأسفانه در مراقبت‌های بهداشتی کودکان، کمتر به آنها پرداخته شده است، در صورتی که الگوهای سلامتی کودکان براساس پیشرفت‌های پزشکی و تمایلات اجتماعی، شکل می‌گیرد و پروژه مردم سالم نیز در سال ۲۰۲۰ بر همین اساس پی‌ریزی می‌شود (۱۲). این مطالعه با هدف تعیین اختلالات خواب در کودکان ۶-۴ ساله مراجعه‌کننده به مراکز

برای تقسیم‌بندی اختلالات خواب در زیرمجموعه‌ها، ابتدا نمره هریک از آنان به درصد تبدیل شد، سپس مقادیر ۳۳-۰، اختلال خواب ضعیف؛ ۶۶-۳۴، اختلال خواب متوسط و ۱۰۰-۶۷، اختلال خواب شدید در نظر گرفته شد. اعتبار و همسانی پرسشنامه در پژوهش Wang و همکاران (سال ۲۰۱۳) تعیین شده است ( $\alpha=0/80$ ) (۲۱). همچنین در سایر مطالعات نیز همسانی درونی آن به ترتیب  $\alpha=0/80$  (۱۵) و  $\alpha=0/80$  می‌باشد (۲۲). در این پژوهش، اعتبار پرسشنامه عادات خواب کودکان براساس اعتبار محتوی بود و برای همسانی درونی آن  $\alpha=0/82$  به دست آمد. پرسشنامه دیگر با ۳۷ سؤال شامل مشخصات دموگرافیک مادران و پدران بود. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری،  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سن کودکان  $9/3 \pm 64/27$  ماه بود. میانگین سن مادران  $31/06 \pm 5/14$  سال و میانگین سن پدران  $36/55 \pm 1/85$  سال برآورد شد. شغل مادران در اکثریت آنان (۸۷/۲۵٪) خانه‌دار و شغل پدر (۴۲/۵٪) کارگر بود. تحصیلات مادر (۴۰/۵٪) و تحصیلات پدر (۳۵/۵٪) دیپلم و فوق‌دیپلم و نوع مسکن (۵۲/۲۵٪) اجاره‌ای بود. ۱۲/۵٪ مادران بیمار بودند که بیشترین آنها (۲۴٪) بیماری دیابت داشتند. ۷/۷۵٪ پدران نیز بیمار بودند که بیشترین میزان را مبتلایان به بیماری دیابت (۱۶/۱٪) تشکیل می‌دادند. ۹۸/۵٪ مادران و ۸۱/۵٪ پدران سیگار نمی‌کشیدند. ۱۰۰٪ مادران و ۹۶/۷۵٪ پدران مواد مخدر مصرف نمی‌کردند. همچنین در ۹۳/۲۵٪ موارد، سازگاری زناشویی بین زوجین وجود داشت (جدول شماره ۱).

در این مطالعه بین سن کودک، شاخص توده بدن و وجود سازگاری زناشویی با اختلالات عادات خواب؛ سن کودک، شاخص توده بدن، مصرف مواد مخدر در پدر، خواسته‌بودن کودک و سازگاری زناشویی با اختلالات رفتار خوابیدن؛ شاخص توده بدن با اختلالات بیدارشدن هنگام شب، همچنین بین شاخص توده بدن، سن مادر و سازگاری زناشویی با اختلالات بیدارشدن کودک هنگام صبح، ارتباط وجود داشت (جدول شماره ۲ و ۳).

بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام گرفت.

### روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۴۰۰ کودک از زمستان سال ۱۳۹۱ تا خرداد ماه ۱۳۹۲ در شهر تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش را کودکانی تشکیل می‌دادند که برای ارزیابی رشد به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای صورت گرفت.

در این پژوهش، ابتدا مراکز بهداشتی - درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شدند. سپس ۲ مرکز از هر منطقه به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها توسط مادران کودکان و به طریقه مصاحبه تکمیل گردید. پس از بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی از مادران، مصاحبه در محیطی خصوصی انجام شد. همچنین به مادران اطمینان داده شد که مشخصات کودکان آنها در نزد پژوهشگران به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند بودند از: ایرانی‌بودن، نداشتن هر گونه بیماری جسمی و روانی، عدم معلولیت ذهنی و جسمی، عدم استفاده از داروهای خواب‌آور، نبود بیماری جسمی و روانی شناخته‌شده در والدین و عدم استعمال مواد مخدر در والدین (بنابر اظهارات مادر). در صورت داشتن هریک از موارد فوق نمونه‌ها از پژوهش خارج می‌شدند.

برای تعیین اختلالات خواب، از پرسشنامه عادات خواب کودکان (Children's Sleep Habits Questionnaire, CSHQ) استفاده گردید که شامل ۵۰ سؤال بود. اکثر سؤالات آن نیز در مقیاس لیکرت، معمولاً (۷-۵ بار در هفته)، گاهی اوقات (۴-۲ بار در هفته)، به ندرت (۱-۰ یک‌بار در هفته) و در ۵ زیرمجموعه عادات خواب کودک (۱۲ سؤال)، پاراسومینیا (Parasomnias) (۱۸ سؤال)، بیدارشدن هنگام شب (۴ سؤال)، بیدارشدن هنگام صبح (۷ سؤال) و خواب‌آلودگی در طول روز (۳ سؤال) قرار داشت. احراز نمره بیش از ۴۱ در کل، دلالت بر وجود اختلال خواب در کودک بود.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک کودکان شرکت کننده در پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
	۹۸	۲۴/۵
سن کودک (ماه)	۵۸-۶۷	۲۰/۲۵
	۶۸ و +۶۸	۵۵/۲۵
وزن کودک	مطلوب	۹۸/۲۵
	نامطلوب	۱/۷۵
قد کودک	مطلوب	۹۸/۷۵
	نامطلوب	۱/۲۵
دور سر کودک	مطلوب	۹۹/۷۵
	نامطلوب	۰/۲۵
نمایه توده بدن	لاغر	۱۱/۲۵
	متوسط	۶۹/۲۵
	چاق	۱۹/۵
خواسته بودن کودک	بلی	۹۴/۲۵
	خیر	۷/۷۵
جنس کودک	پسر	۵۱
	دختر	۴۹
رتبه کودک	۱	۵۶/۷۵
	۲	۳۲/۷۵
والدین حقیقی	بلی	۹۸/۷۵
	خیر	۱/۲۵

جدول شماره ۲: میزان اختلالات خواب در کودکان مورد پژوهش

اختلالات خواب	تعداد	درصد
	۲۸	۷
اختلالات عادات خواب	خفیف	۲۹/۷۵
	متوسط	۶۰
	شدید	۳/۲۵
	ندارد	۳/۷۵
اختلالات رفتار خوابیدن	خفیف	۸۳/۲۵
	متوسط	۱۳
	ندارد	۴۷/۵
اختلالات بیدار شدن هنگام شب	خفیف	۱۵
	متوسط	۲۵
	شدید	۱۲/۵
	ندارد	۱۷/۵
اختلالات بیدار شدن هنگام صبح	خفیف	۳۷/۲۵
	متوسط	۴۲
	شدید	۳/۲۵
	ندارد	۵۶/۲۵
اختلالات خواب در روز	خفیف	۲۹/۲۵
	متوسط	۱۳/۲۵
	شدید	۱/۲۵

جدول شماره ۳: ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی با اختلالات خواب در کودکان مورد پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی اختلالات خواب	سن کودک (ماه)			خواسته‌بودن کودک			شاخص توده بدن			سازگاری زناشویی		مصرف مواد مخدر توسط پدر
	۴۸-۵۷	۵۸-۶۷	۶۸ و +۶۸	خیر	بلی	خیر	متوسط	چاق	بلی	خیر	بلی	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ندارد	۵(۱/۲۵)	۶(۱/۵)	۱۷(۴/۵۲)	-	-	۱۰(۲/۵)	۱۰(۲/۵)	۸(۲)	۸(۲)	۲۰(۵)	-	-
اختلالات عادات خواب	۲۴(۶)	۱۳(۳/۲۵)	۸۲(۲۰/۵)	-	-	۱۶(۴)	۳۱(۷/۷۵)	۷۲(۱۸)	۴(۱)	۱۱۵(۲۸/۷۵)	-	-
متوسط خواب	۵۸(۱۴/۵)	۵۶(۱۴)	۱۲۶(۳۱/۵)	-	-	۶۸(۱۷)	۶۸(۱۷)	۱۳۸(۳۴/۵)	۱۸(۴/۵)	۲۲۲(۵۵/۵)	-	-
شدید خواب	۱۰(۰/۲۵)	۴(۱)	۸(۲)	-	-	۵(۱/۲۵)	۳(۱/۷۵)	۵(۱/۲۵)	۴(۱)	۹(۲/۲۵)	-	-
	p<۰/۰۱			p<۰/۰۱			p<۰/۰۱			pvalue		
ندارد	۵(۱/۲۵)	۳(۰/۷۵)	۷(۱/۷۵)	۶(۱/۵)	۹(۲/۲۵)	۵(۱/۲۵)	۵(۱/۲۵)	۵(۱/۲۵)	۷(۱/۷۵)	۸(۲)	۱۰(۲/۵)	۵(۱/۵)
اختلالات رفتار خوابیدن	۶۹(۱۷/۲۵)	۶۵(۱۶/۲۵)	۱۹۱(۴۷/۷۵)	۳۱۶(۷۹)	۱۷(۴/۲۵)	۵۸(۱۴/۵)	۹۶(۲۴)	۱۷۹(۴۴/۷۵)	۱۲(۳)	۳۲۱(۸۰/۲۵)	۳۲۸(۸۲)	۵(۱/۵)
متوسط خوابیدن	۱۵(۳/۷۵)	۱۳(۳/۲۵)	۲۲(۵/۵)	۴۶(۱۱/۵)	۶(۱/۵)	۱۳(۳/۲۵)	۱۶(۴)	۲۳(۵/۷۵)	۱۵(۳/۷۵)	۳۷(۹/۲۵)	۴۴(۱۱)	۸(۲)
	p<۰/۰۱			p<۰/۰۵			p<۰/۰۱			pvalue		
ندارد						۶۰(۱۷)	۶۰(۱۵)	۶۲(۱۵/۵)				
اختلالات بیدارشدن هنگام شب						۲۷(۶/۷۵)	۱۷(۴/۲۵)	۱۶(۴)				
متوسط بیدارشدن هنگام شب						۳۸(۹/۵)	۲۹(۷/۲۵)	۳۳(۸/۲۵)				
شدید بیدارشدن هنگام شب						۲۱(۵/۲۵)	۱۶(۴)	۱۳(۳/۲۵)				
	pvalue			p<۰/۰۱			pvalue					
ندارد						۴۹(۱۲/۲۵)	۲۱(۵/۲۵)	۳۱(۷/۷۵)	۱۷(۴/۲۵)	۲۲(۵/۵)		
اختلالات بیدارشدن صبح						۱۴۵(۳۶/۲۵)	۴(۱)	۸۱(۲۰/۲۵)	۴۲(۱۰/۵)	۲۶(۶/۵)		
متوسط بیدارشدن صبح						۱۵۳(۳۸/۲۵)	۱۵(۳/۷۵)	۱۷(۱۹/۲۵)	۵۲(۱۳)	۳۹(۹/۷۵)		
شدید بیدارشدن صبح						۱۱(۴/۲۵)	۲(۰/۵)	۶(۱/۵)	۴(۱)	۳(۰/۷۵)		
	pvalue			p<۰/۰۵			p<۰/۰۱					

### بحث

در این پژوهش میزان اختلالات عادات خواب، ۶۳/۲۵٪؛ اختلالات رفتار خوابیدن، ۱۳٪؛ اختلالات بیدارشدن هنگام شب، ۳۷/۵٪؛ اختلالات بیدارشدن هنگام صبح، ۴۵/۲۵٪ و اختلالات خواب در طول روز، ۱۴/۵٪ در حد متوسط و شدید بود. در پژوهش Amintehran و همکاران (سال ۲۰۱۳)، میزان اختلالات رفتار خوابیدن، ۲۸/۹٪؛ اختلالات بیدارشدن هنگام شب، ۲۷/۷٪ و اختلالات بیدارشدن هنگام صبح، ۶۴/۹٪ ذکر شده است (۲۳). Owens & Dalzell (سال ۲۰۰۵) نیز شیوع اختلالات رفتار خوابیدن را ۱۶/۳٪ و اختلالات بیدارشدن هنگام شب را ۱۸/۴٪ گزارش کردند (۲۴). محمدی و همکاران (سال ۱۳۸۶) در پژوهش خود میزان اختلالات رفتار خوابیدن را ۵۶/۴۴٪، اختلالات خواب در طول روز را ۲۶/۷۳٪ و اختلالات بیدارشدن هنگام شب را ۱۳/۸۶٪ عنوان کردند (۲۰).

فراوانی شیوع اختلالات خواب علاوه بر تفاوت‌های جامعه پژوهش، ناشی از به‌کارگیری ابزارهای متفاوت است. در این پژوهش سن کودک با اختلالات خواب رابطه معنی‌داری داشت. در مطالعه‌ای دیگر Liu و همکاران (سال ۲۰۰۵) نشان دادند سن کودک با اختلالات خواب مرتبط می‌باشد (۲۵)، اما در مقاله قراملکی و همکاران (سال ۱۳۹۰)، کیفیت خواب با سن، رابطه معنی‌داری نداشت (۲۶). شاید دلیل این امر وابستگی کودکان به والدین بوده که با افزایش سن، این وابستگی کاهش می‌یابد. دلیل دیگر نیز می‌تواند اشتراک بستر و رختخواب کودک با والدین خود باشد که در فرهنگ‌های مختلف امری طبیعی به‌نظر می‌رسد. در پژوهش حاضر، شاخص توده بدن با اختلالات خواب، ارتباط معنی‌داری داشت. همچنین Arman و همکاران (سال ۲۰۱۲)، بین کیفیت خواب و افزایش شاخص توده بدن به رابطه مثبتی دست یافتند (۲۷).

سایر رفتارهای پرخطر در والدینی که کودکانشان دچار اختلالات خواب هستند بیشتر است (۳۹). این مسئله می‌تواند دلیلی بر وجود استرس در والدین باشد که یکی از راههای تخلیه آن، روی آوردن به سیگار، الکل و مواد مخدر است، این نتایج با یافته‌های پژوهش Lee و همکاران (سال ۲۰۰۴) نیز همخوانی دارد (۳۸). در این مطالعه بین خواسته‌بودن کودک با اختلال رفتار خوابیدن، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. کودکان خواسته، بیشتر مورد توجه والدین بوده و از محبت آنان سیراب می‌شوند. عدم توجه یا کم‌توجهی در کودک موجب اضطراب تنش و ترس می‌شود (۲۲). رشد شناختی، رفتاری و هیجانی کودکان نیز تا حدی با منابع رشدی که برای آنها در محیط خانواده موجود است، مشخص می‌گردد. بنابراین، ناخواسته‌بودن می‌تواند عاملی منفی برای چنین رشدی تلقی گردد. از عوامل دیگری که در تحریک شناختی و رشد مهارت‌ها مؤثر است، می‌توان به کیفیت ارتباط بین مادر و کودک و شیوه فرزندپروری اشاره کرد. ناخواسته بودن کودک نیز می‌تواند بر سطوح هیجانی مادر تأثیرگذار باشد (۴۰). تولد بی‌موقع و ناخواسته؛ نتایج بهداشتی، اجتماعی و روانی منفی در پی دارد. مشکلات بهداشتی، شانس بیشتری را برای بیماری و مرگ مادر و کودک فراهم می‌کند. لذا چنین تولدی با انواعی از مشکلات اجتماعی از جمله فقر، طلاق، بزهکاری و غیره همراه است. کودکان ناخواسته دارای اعتماد به نفس پایینی بوده و بیشتر دچار مشکلات روانی می‌شوند (۴۱). در این پژوهش، وجود سازگاری زناشویی با اختلالات خواب، ارتباط معنی‌داری داشت. در تحقیق Lee و همکاران (سال ۲۰۰۴) نیز این ارتباط مشاهده شد (۳۸). همچنین شوقی و همکاران (سال ۲۰۰۵) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بین دفعات مشاجره والدین با اختلالات خواب کودک، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۴۲). Sadeh و همکاران (سال ۲۰۰۰) نیز نشان دادند با افزایش مشاجره والدین، بیداری‌های شبانه در کودکان افزایش می‌یابد (۴۳). در مطالعه‌ای دیگر Hysing و همکاران (سال ۲۰۰۹)، عدم کیفیت خواب مطلوب ناشی از کاهش رضایت زناشویی را گزارش کردند (۴۴). عوامل گوناگونی شامل اجتماعی، روانشناختی، شخصیتی و جمعیت‌شناختی می‌باشد (۴۵).

Bagley و همکاران (سال ۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود ارتباط کیفیت خواب را با شاخص توده بدن نشان دادند (۲۸). Chaput و Tremblay (سال ۲۰۰۷) در مطالعه دیگری نشان دادند بین اختلالات خواب و بروز چاقی کودکان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۹). همچنین Hasler و همکاران (سال ۲۰۰۴)، به ارتباط معنی‌داری بین اختلالات خواب و اضافه وزن کودکان مورد بررسی دست یافتند (۳۰). نجفیان و همکاران (سال ۱۳۹۱) نیز چنین رابطه‌ای را در مطالعه خود تأیید کرده‌اند (۳۱). در یک مطالعه دیگر Ochiai و همکاران (سال ۲۰۱۲) عنوان کردند بین اختلالات خواب و افزایش وزن کودکان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۲). خواب ناکافی باعث بروز عواقب ناگوار سلامتی شده و بر روی وزن بدن اثر می‌گذارد. هرچند علت آن دقیقاً روشن نیست، اما مکانیسم‌های عصبی-هورمونی برای شرح ارتباط بین اختلالات خواب و چاقی وجود دارد. خواب کوتاهی که منجر به افزایش وزن شود باعث کاهش سطوح لپتین و افزایش سطوح گرلین نیز می‌شود (۳۳). افزایش وزن ممکن است در اثر تغییرات لیپوژنز یا عواملی مانند پاسخ به استرس رخ دهد (۳۴). ترشح هورمون رشد، وابسته به خواب بوده و معمولاً در طی نیمه اول خواب ترشح می‌شود (۳۵). همچنین قطع خواب سبب کاهش ترشح هورمون رشد شده که وجود آن برای لیپولیز ضروری است (۳۶). تغذیه در طی شب نیز ممکن است سبب اختلالات خواب گردد. به همین دلیل افزایش دریافت مایعات که منجر به افزایش ادرار می‌شود، می‌تواند بی‌خوابی را تشدید کند. شاخص توده بدنی نشانه‌ای از سبک زندگی کودک است و بین سبک زندگی منظم و خواب نیز ارتباط مثبتی وجود دارد. از طرفی، سبک زندگی مناسب و منظم به بهبود وضعیت خواب می‌انجامد (۳۷). همچنین خواب ناکافی سبب اختلال در عملکرد ایمنی، عملکرد هورمونی و سایر پیامدهای مرتبط با سلامتی می‌شود (۳۸). Day و همکاران (سال ۲۰۱۳) نشان دادند بیشترین عاملی که منجر به خواب ناکافی در کودکان می‌شود، اضطراب، تنش و ترس بوده که در زمان غیبت یکی از والدین شدت می‌یابد (۲۲). در تحقیق حاضر، بین مصرف مواد مخدر توسط پدر با اختلال خواب کودک، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. Valrie و همکاران (سال ۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند میزان استفاده از الکل، سیگار و

قرار می‌دهد. افسردگی نیز مانند سایر اختلالات روانی دیگر بر کودک تأثیرگذار بوده و سبب تضعیف نقش والدین می‌شود. والدین مبتلا به اختلالات روانی، زمان کمتری را با کودکان خود گذرانده و تأثیر کمتری نیز بر آنان دارند و کمتر می‌توانند بر آنها نظارت داشته باشند. آنها معمولاً تنبیهات شدیدتری را به کار برده و از تشویقات کمتر استفاده می‌کنند که به‌طور معمول در نقطه‌نظرات خود انعطاف‌پذیر نیستند (۳۳). به‌همین علت بسیاری از ناکامی‌های عاطفی در کودکان می‌تواند با خواب آنها مرتبط باشد (۵۰). شاید یکی از عوامل افزایش اختلالات خواب، زمان نامناسب خواب کودک باشد که تابع فرهنگ حاکم بر جامعه، خانواده و عدم توجه خانواده به تبعات آن بوده و اصلاح آن از موارد ضروری است. از آنجا که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر اینکه از خانواده‌ای سالم برخوردار باشد، همچنین اعتراف به این موضوع که تغییرات جامعه مدرن (شامل پیشرفت در آگاهی و تکنولوژی پزشکی، افزایش شهرنشینی، تغییرات اقتصادی و سایر تغییراتی که منجر به تغییر سبک زندگی می‌شود) می‌تواند بر سلامت کودکان مؤثر باشد، بنابراین بایستی با تعیین عوامل مرتبط با اختلالات خواب کودکان و روش‌های مقابله با آن، در حل این مهم کوشا باشیم. تعاملات مناسب بین والدین، ایجاد محیطی آرام و بدون تنش، استفاده از راهکارهای افزایش‌دهنده کیفیت زندگی، تدارک برنامه‌ای منظم و منسجم جهت خواب خانواده و توجه به کودکان نیز می‌تواند از اختلالات خواب کودکان بکاهد. به‌علت تأثیر اختلالات خواب بر سلامت کودکان، لازم است کارکنان بهداشتی که مراحل رشد و نمو کودکان را بررسی می‌کنند در هر ملاقات، وضعیت خواب آنها را بررسی و والدین را در این مهم، قبل از بروز موارد جبران‌ناپذیر یاری دهند.

### محدودیت‌ها

در این مطالعه از آنجا که اطلاعات مربوط به اختلالات خواب از والدین کودکان کسب شده بود، لذا آنها از وجود اختلالات خواب در کودکان خود آگاهی نداشتند و بعضی از والدین نیز از اظهار بیماری خود، همسر و فرزندشان، اعتیاد خود و همسرانشان امتناع کردند.

عوامل روانی که بر پاتولوژی روانی خواب کودکان اثرگذار است مانند درآمد کم خانوار، اتفاقات استرس‌زای زندگی، دیسترس‌های زناشویی، جدال در خانواده (ناشی از عملکرد و تعاملات ضعیف والدین در خانواده) می‌تواند خود از عوامل مستعدکننده‌ای برای مسایل روانی باشد که در نهایت، خود را به‌صورت اختلالات خواب نشان می‌دهد (۴۶). همچنین مجادلات زناشویی که محیط امن خانه را مورد یورش قرار می‌دهد می‌تواند بی‌خوابی در شب و خواب‌آلودگی در روز را در پی داشته که به‌صورت بی‌قراری کودک، بدخلقی، غذانخوردن، گوشه‌نشینی، عدم شرکت در بازی‌های اجتماعی بروز می‌کند (۲۱). ارتباطات زناشویی ضعیف و یا مجادلات زناشویی با پیامدهای نامطلوب سلامتی و تهدید سلامت روان کودکان مرتبط است. گرچه ارتباط مکانیسم‌هایی که سبب رابطه فوق می‌شوند، مشخص نشده است، اما مجادلات و ناسازگاری‌های زناشویی می‌تواند سبب کاهش امنیت کودک در محیط خانه شده و قطع یا ناپایداری ارتباطات والد - کودک، کمک به عملکردهای ناپایدار، کاهش پایش والدین، همچنین پرخاشگری کودکان را که نیازمند مداخله است نیز در پی داشته باشد (۴۷). رفتارهای مرتبط با خواب تنها به‌وسیله عوامل بیولوژیکی و تکاملی شکل نمی‌گیرند؛ بلکه زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی شامل ارزش‌های اجتماعی، هنجارهای اجتماع و عملکرد والدین نیز در این امر مؤثرند (۴۸). تفاوت‌های فرهنگی ممکن است بر مکان، زمان و چگونگی خواب کودکان تأثیرگذار باشد. در بسیاری از مواقع کودکان از الگوی رفتاری والدین تبعیت می‌کنند. Sadeh و همکاران (سال ۲۰۰۰) در مطالعه خود نشان دادند با افزایش بی‌نظمی؛ زمان خواب والدین، تأخیر خواب آنها و عادات نادرست خواب در کودکان افزایش می‌یابد (۴۳). این مسئله خود می‌تواند به‌صورت اختلالات در بیدارشدن هنگام صبح ظاهر کند که در مطالعه حاضر شیوع نسبتاً بالایی (۴۵/۲۵٪) داشت. در نتیجه، تصحیح الگوهای رفتاری خانواده می‌تواند منجر به بهبود اختلالات خواب کودکان گردد. رفتارهایی مانند تسلط بر خود، خودکنترلی، ثبات و مسئولیت‌پذیری والدین نیز بر رفتار کودکان تأثیر بسیاری داشته و معمولاً پاسخ‌های عاطفی والدین و آرامش کودکان را نیز در پی دارد (۴۹). محیط خانوادگی پراسترس، کودک و والدین را در معرض اختلالات روانی

**نتیجه گیری**

نتایج این مطالعه نشان داد با توجه به اینکه خواب در بچه‌های به عملکرد اجتماعی، خانوادگی و هیجانی هر فرد است، لذا مشکلات روانی می‌توانند کیفیت خواب را تحت تأثیر خود قرار دهند. بنابراین، موضوع خواب به عنوان عاملی مهم و تأثیرگذار در سلامت کودکان بایستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین با برگزاری جلسات آموزشی در زمینه اهمیت خواب کافی و با کیفیت در مراکز بهداشتی، راهکارهای مناسب در زمینه خواب به خانواده‌های کم‌سواد و پراسترس آموزش داده شود.

اختلالات خواب نیز باید در تشخیص افتراقی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان مدنظر قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی**

این مقاله حاصل طرح مصوب (به شماره ۷/۵۰ مورخ ۹۱/۲/۲۷) مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران می‌باشد. پژوهشگران مراتب تشکر و امتنان خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و تمامی مادران شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

**References:**

1. Jan JE, Owens JA, Weiss MD, Johnson KP, Wasdell MB, Freeman RD, et al. Sleep hygiene for children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatrics* 2008;122(6):1343-50.
2. Thredke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. *Am Family Physician* 2001;63(2):277-840.
3. Wills L, Garcia J. Parasomnias: Epidemiology and management. *CNS Drugs* 2002;16(12):803-10.
4. Spilsbury JC, Storfer-Isser A, Kirchner HL, Nelson L, Rosen CL, Drotar D, Redline S. Neighborhood disadvantage as a risk factor for pediatric obstructive sleep apnea. *J Pediatr* 2006;149(3):342-7.
5. Schwebel DC, Brezausk CM, Ramey SL, Ramy CT. Interactions between child behavior patterns and parenting: Implications for children's unintentional injury risk. *J Pediatr Psychol* 2004;29(2):93-104.
6. Ivanenko A, Crabtree VM, O'Brien LM, Gozal D. Sleep complaints and psychiatric symptoms in children evaluated data pediatric mental health clinic. *J Clin Sleep Med* 2006;2(1):42-8.
7. Friedman NP, Corely RP, Hewitt JK, Wright KP. Individual differences in childhood sleep problems predict later cognitive executive control. *Sleep* 2009;32(3):323-33.
8. Mindell JA, Owens JA. Sleep problems in pediatric practice: Clinical issues for the pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Health Care* 2003;17(6):324-31.
9. Meltzer LJ, Moor M. Sleep Disruption in parents of children and adolescents with chronic illnesses: Prevalence, cause, and consequences. *J Pediatr Psychol* 2008;33(3):279-91.
10. Hessley HS. Common causes of sleep disruption and day time sleepless: Children sleep disorder II. *Med J Aust* 2005;182(9):484-9.
11. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. 9<sup>th</sup> ed. USA: Elsevier, Mosby Co; 2011. p. 51-7.
12. Marcadante KJ, Klieman RM, Jenson HB, Behrman RE. Nelson essentials of pediatrics. 6th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier Co; 2011. p. 1232-45.
13. 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):1568-77.



14. Goldman SE, McGrew S, Johnson KP, Richdale AL, Clemons T, Malow BA. Sleep is associated with problem behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2011;5(3):1223-9.
15. Rzepecka H, McKenzie K, McClure I, Murphy S. Sleep, anxiety and challenging behavior in children with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *Res Dev Dis* 2011;32(6):2758-66.
16. Panaghi L, Kafashi A, Seraji M. Epidemiology of sleep disorders among primary school students in Tehran. *J Clin Psychol Andishe va Raftar J* 2004;10(1-2):50-8. [Full Text in Persian]
17. 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. *Toloae-Behdasht* 2009;8(1):39-46. [Full Text in Persian]
18. Hosseini AS. Survey of the effect of non-pharmacological intervention to improve of sleep in pediatric, that suffering of chronic illness. *Iran J Nurs Res* 2012;7(27):60-72. [Full Text in Persian]
19. Tietze AL, Blankenburg M, Hechler T, Michel E, Koh M, Schluter B, et al. Sleep disturbances in children with multiple disabilities. *Sleep Med Rev* 2012;16(2):117-27.
20. Mohammadi M, Ghalebahghi B, Ghaleh Bandi MF, Amintehrani E, Khodaie S, Shoaee S, et al. Sleep patterns and sleep problems among preschool and school-aged group children in a primary care setting. *Iran J Pedatric* 2007;17(3):213-21.
21. 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 Med* 2013;14(1):45-52.
22. 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. *Crit Care* 2013;17(3):R91.
23. Amintehrani E, Ghalebahghi 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. *Iran J Pediatric* 2013;23(1):45-52.
24. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: A pilot study. *Sleep Med* 2005;6(1):63-9.
25. 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 Suppl):241-9.
26. Gharamaleki AS, Hoseini SM, Zamani A, Vaezzadeh F, Djafarian K. Sleep pattern in 6-9 years old students living in Tehran city. *J Isfahan Med School* 2011;29(154):1221-8. [Full Text in Persian]
27. 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 Paediatr* 2011;100(3):420-40.
28. Bagley SL, Weaver TL, Buchanan TW. Sex differences in physiological and affective responses to stress in remitted depression. *Physiol Behav* 2011;104(2):180-6.
29. Chaput JP, Tremblay A. Does short sleep duration favor abdominal adiposity in children? *Int J Pediatr Obes* 2007;2(3):188-91.
30. Hasler G, Buysse DJ, Klaghofer R, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, et al. The association between short sleep duration and obesity in young adults: A 13-year prospective study. *Sleep* 2004;27(4):661-6.
31. Najafian J, Mohammadifard N, Dana Siadat Z, Sadri G, Ramazani M, Nouri F. Association between sleep duration and body mass index and waist circumference. *Iran J Med Sci* 2010;35(2):140-5.
32. Ochiai H, Shirasawa T, Shimada N, Ohtsu T, Nishimura R, Morimoto A, et al. Sleep duration and overweight among elementary schoolchildren: A population-based study in Japan. *Acta Med Okayama* 2012;6(22):93-9.

33. Iwasaki M, Iwata S, Iemura A, Yamashita N, Tomino Y, Anme T, et al. Utility of subjective sleep assessment tools for healthy preschool children: A comparative study between sleep logs, questionnaires, and actigraphy. *J Epidemiol* 2010;20(2):143-9.
34. Chaput JP, Després JP, Bouchard C, Tremblay A. Short sleep duration is associated with reduced leptin levels and increased Adiposity: Results from the Quebec family study. *Obesity* 2007;15(1):253-61.
35. Landis AM, Parker KP. A Retrospective examination of the relationship between body mass index and polysomnographic measures of sleep in adolescents. *J Adolesc Health* 2007;40(1):89-91.
36. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. Inadequate Sleep as a risk factor for obesity: Analyses of the Nhanes I. *Sleep* 2005;28(10):1289-96.
37. Lima PF, Medeiros AL, Araujo JF. Sleep-wake pattern of medical students: Early versus late class starting time. *Braz J Med Biol Res* 2002;35(11):1373-7.
38. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev* 2004;8(3):199-212.
39. Valrie CR, Gil KM, Redding-Lallinger R, Daeschner C. Brief report: Sleep in children with Sickle cell disease: An analysis of daily diaries utilizing multilevel models. *J Pediatr Psychol* 2007;32(7):857-61.
40. Malekkhosravi GH, Zadehmohammadi A. Family and behavioral problems of unwanted children. *J Family Res* 2008;3(3):727-36. [Full Text in Persian]
41. David HP. Born unwanted, 35 years later: The prague study. *Reprod Health Matters* 2006;14(27):181-90.
42. Shoghy M, Khanjary S, Farmany F, Hossaini F. Sleep pattern in school age children, residents of the west area in Tehran. *Iran J Nurs* 2005;18(43):83-9. [Full Text in Persian]
43. Sadeh A, Ravavi A, Gruber R. Sleep pattern and sleep disturbances in school-age children. *Dev Psychol* 2000;16(3):291-301.
44. 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 Pediatr Psychol* 2009;34(6):665-70.
45. Shaker A, Fathi-Ashtiani A, Mahdavian AR. The relationship of attachment styles and mental health with marital adjustment in couples. *J Behavior Sci* 2011;5(2):23-4. [Full Text in Persian]
46. Agran WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9. 5 years. *J Pediatr* 2004;145(1):20-25.
47. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* 2004;141(11):846-50.
48. Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: An interplay between culture and biology. *Pediatrics* 2005;115(1 Suppl):204-16.
49. Johnston C, Fine S, Weiss M, Weiss J, Freeman WS. Effects of stimulant medication treatment on mothers' and children's attributions for the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2000;28(4):371-82.
50. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multi relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(5):479-89.

## *A Study of Effective Factors on Sleep Disorders in 4-6 Years old Children in Tehran City, Iran*

*Giti Ozgoli<sup>1</sup>; Zohreh Sheikhan<sup>2\*</sup>; Farrin Soleimani<sup>3</sup>; Maliheh Nasiri<sup>4</sup>; Sahar Mirzaee<sup>5</sup>; Fahimeh Kavousi<sup>6</sup>; Tahereh Farokhi<sup>6</sup>; Farahnaz Kholosi Badr<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>Assistant Professor of Midwifery & Reproductive Health, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Associate Professor of Pediatric Diseases, Children Development Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>Assistant Professor of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>5</sup>Instructor of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>6</sup>Bachelor of Sciences in Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\***Corresponding Author:** Zohreh Sheikhan, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:  
zsheikhan@gmail.com

Received: 11 Aug, 2014

Accepted: 25 Nov, 2014

### **Abstract**

**Background and Objectives:** Sleep pattern may changes over the lifetime, but the quantity and quality of sleep always depend on individual factors, such as age, gender, and psychological and environmental factors. However, in a child, sleep is as important as growth and development. This study aimed to assess sleep disorders in 4-6 years old children referred to health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences of Tehran.

**Methods:** This study was carried out as a descriptive cross-sectional study on 400 children referred to health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences of Tehran, 2013. Sampling was performed by multi-stage method and interview with mothers. To assess the sleep disorders, Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) consisting of 5 subscales was used. Data were analyzed by descriptive statistics and Chi-square test. The significance level was considered  $p < 0.05$ .

**Results:** The mean age of children was  $64.27 \pm 9.3$  months. Sleep habits disorders were associated with child's age, body mass index (BMI), and marital adjustment; sleep behavior disorders were associated with child's age, BMI, father's drug abuse, and marital adjustment; Night-waking disorders were associated with BMI; and morning-waking disorders were associated with BMI and marital adjustment.

**Conclusion:** The results of this study revealed that sleep disturbances threaten growth and development of children. Mental, familial, and cultural problems influence sleep quality. Therefore, assessment of sleep disorders in children should be considered in the differential diagnosis of their health.

**Keywords:** Sleep disorders; Child; Prevalence; Tehran, Iran.