

Spring 2021, Volume 7, Issue 3

Evaluation of Sleep Habits and Some Related Factors on School Age Children in Bushehr City in 2019

Rahimi Derazi Z¹, Bagherzadeh R², Ravanipour M^{3*}

1- MSc. Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

2- BScN, MScN, Ph.D. Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

3- Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Corresponding Author: Ravanipour M, Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran .

Email: ravanipour@gmail.com; ravanipour@bpums.ac.ir

Received: 17 March 2020

Accepted: 3 May 2020

Abstract

Introduction: Sleep as one of the basic human needs, has a great role in children's health. Given the importance and frequency of sleep disorders on health that are often overlooked in children, this study was conducted in order to evaluate sleep habits and some of its related factors in school-aged children in Bushehr city during 2019.

Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, 403 school-aged children in Bushehr city were studied in 2019. Samples were randomly selected from boys and girls from public and non-governmental schools in each district of Bushehr. Data were collected using a demographic form and a validated children's sleep habits questionnaire and anthropometric indices.

Results: The mean age of the children was 9.65 ± 1.72 years and the mean score of sleep habits was 48.32 ± 7.59 . Daytime sleepiness was the most common type of sleep disorder. In terms of sleep domains there was only a significant difference between boys and girls in the two domains of delayed onset of sleep and wakefulness at night. Sleep habits with educational below diplomas father ($F = 8.650$, $P < 0.001$) and mother ($F = 14.897$, $P < 0.001$), also with poor economic status in the family ($F = 7.227$, $P = 0.001$), history of withdrawal ($t = 2.417$, $P = 0.016$) and no separate bedroom for the child ($t = -4.801$, $P < 0.001$) was related. There was no statistically significant relationship between sleep habits and child gender, educational level and age of the child, job of parents and their age, and growth disorders ($P > 0.05$).

Conclusions: The results of this study indicate the importance of attention to sleep habits in students, especially in poorly educated families with poor economic status, and information about proper sleep patterns to enhance parental awareness through schools.

Keywords: Child, Growth Disorders, Sleep.

بررسی عادات خواب و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان دبستانی شهر بوشهر سال ۱۳۹۸

زهرا رحیمی درازی^۱، راضیه باقرزاده^۲، مریم روانی پور^{۳*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
 ۲- استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
 ۳- استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
نویسنده مسئول: استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

ایمیل: ravanipour@bpums.ac.ir; ravanipour@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است و نقش بسزایی در سلامت کودکان دارد. با توجه به اهمیت اختلالات خواب در سلامت کودکان که اغلب نادیده گرفته می‌شود، مطالعه حاضر با هدف بررسی عادات خواب و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان دبستانی شهر بوشهر سال ۱۳۹۸ صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۴۰۳ کودک سن مدرسه شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری بصورت تصادفی خوشه‌ای از هر منطقه شهر بوشهر و از مدارس دولتی و غیردولتی پسرانه و دخترانه انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه اعتباریابی شده عادات خواب کودکان (CSHQ) و اندازه‌گیری شاخص‌های آنتروپومتریک بود.

یافته‌ها: میانگین سنی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش $9/65 \pm 1/72$ سال و میانگین نمره عادات خواب $48/32 \pm 7/59$ بود. خواب آلودگی در هنگام روز شایعترین نوع اختلال خواب بود. از نظر حیطه‌های خواب تنها در دو حیطه تأخیر در شروع خواب و بیداری در طول شب بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. عادات خواب با سطح تحصیلی زیر دیپلم پدر ($F=8/650, P<0/001$) و مادر ($F=14/897, P<0/001$)، همچنین با سطح اقتصادی ضعیف در خانواده ($P=0/001$)، سابقه گوشه‌گیری ($t=2/417, P=0/016$) و نداشتن اتاق خواب جدا برای کودک ($t=-4/801, P<0/001$) ارتباط داشت. بین عادات خواب با جنسیت کودک، پایه تحصیلی و سن کودک، شغل پدر و مادر و سن آن‌ها، اختلالات رشد ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشانگر اهمیت توجه به عادات خواب در دانش‌آموزان به خصوص در خانواده‌های کم‌سواد و با وضعیت اقتصادی ضعیف و اطلاع‌رسانی در خصوص الگوهای صحیح خواب به منظور ارتقاء سطح آگاهی والدین از طریق مدارس می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رشد، خواب، کودک.

مقدمه

به محرک‌های خارجی است (۲). عادات خواب فرآیندی پویاست که در دوران کودکی با توجه به زمینه‌های خانوادگی و فرهنگی شکل می‌گیرد و فرد سعی در حفظ آن دارد. عادات خواب در سنین گوناگون و در افراد مختلف متفاوت است (۱، ۳). کمیت و کیفیت خواب و سلامتی دوران کودکی تا حدودی تحت تأثیر عادات خواب قرار دارد (۴). خواب بر

خواب از جمله نیازهای اساسی انسان، فرآیندی فیزیولوژیک و فعال است که فرد از طریق آن نیروی خود را بازمی‌یابد و موجب ارتقا عملکرد فرد می‌گردد (۱). خواب به‌عنوان یک رفتار عمومی، بخش قابل توجهی از ساعات شبانه روز را به خود اختصاص می‌دهد و شامل کاهش پاسخ‌های رفتاری

مدرسه، ارتباط با همکلاسی‌ها و همسالان، خلق و خوی کودک، تأثیر والدین، عوامل جغرافیایی، شرایط جوی حاکم بر خانواده از جمله عوامل مؤثر بر الگوی خواب کودکان است که کیفیت و کمیت آن بر خواب‌آلودگی در طی روز و نوسانات خلق و خوی، رفتار و نیز عملکرد شناختی و عصبی و سلامت کودکان تأثیر می‌گذارد (۱۵). (۱۶). عسگریان و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود فراوانی بالای مشکلات خواب در دانش آموزان ابتدایی شهر کاشان گزارش کردند (۳). از گلی و همکاران (۱۳۹۴) میزان اختلالات خواب در کودکان پیش‌دبستانی تهران را در حد متوسط تا شدید گزارش کردند (۱۷). مطالعه‌ای بر روی دانش آموزان ابتدایی در شهر رشت بیانگر عادات خواب نامناسب در آن‌ها بود (۱۳). در سنین ۱۱-۶ سالگی الگوی خواب کودکان مانند الگوهای خواب در دوران بزرگسالی شکل خواهد گرفت لذا شناسایی و پیشگیری از عادات نامناسب خواب، بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات خواب و پیشگیری از عوارض آن در این دوران بسیار حائز اهمیت است (۱۰، ۱۳). شیوع اختلالات خواب به دلیل تظاهرات متفاوت کمتر شناسایی می‌شوند (۵). پرستاران از یک موقعیت مناسب جهت بررسی کودکان از نظر اختلالات بالقوه خواب، ارائه آموزش به افراد در خصوص عادات مناسب بهداشتی و به اجرا درآوردن این عادات با توجه به فرهنگ برخوردار می‌باشند؛ ضمن اینکه در سنین دبستان کودکان مهارت‌های شناختی را آموخته و فرصت انتخاب و پیروی رفتارهای سلامتی را کسب می‌کنند و می‌توان به بررسی رفتارهای در حال شکل‌گیری آن‌ها پرداخت (۱۳). بر همین اساس با توجه به اهمیت عادات خواب بر سلامتی و عملکرد افراد و از طرفی به دلیل بالا بودن میزان مشکلات خواب در کودکان سنین مدرسه که اغلب نادیده گرفته می‌شود، هم‌چنین با در نظر گرفتن عواملی مانند سن، جنس، عوامل فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی و سایر عوامل که همگی در شکل‌گیری چنین رفتارهایی می‌توانند مؤثر باشند و نیز به دلیل آنکه مطالعات در مناطق مختلف ایران اندک می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی عادات خواب و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان دبستانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی، به بررسی عادات خواب در کودکان سنین ۱۲-۶ سال شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ می‌پردازد. جامعه آماری مطالعه دانش آموزان

رشد و تکامل فیزیکی، رفتاری، عواطف و عملکرد شناختی هم‌چنین سیستم‌های مختلف بدن اثر می‌گذارد (۵، ۶، ۷). ترشح هورمون‌های رشد، نور اپی نفرین، سروتونین، افزایش تغذیه سلولی، ترمیم و سازمان‌دهی مجدد، کاهش استرس و اضطراب و نیز بازیافت انرژی مجدد در طی خواب صورت می‌گیرد (۱، ۸، ۹). اختلالات خواب جزو پدیده‌های بسیار شایع در کودکان می‌باشد (۱۰) و به معنای کاهش یا افزایش بیش‌ازحد خواب متناسب با سن و یا انواع رفتارهای غیرطبیعی در طی خواب است که می‌تواند بر جسم، رفتار و عملکرد شناختی کودکان اثر بگذارد (۵). در مطالعات گذشته شیوع اختلالات خواب در کودکان حدوداً ۲۰ الی ۴۰٪ بیان شده است (۴)؛ ضمن اینکه این شیوع در مطالعات بین‌المللی از یک تا ۴۳٪ متفاوت بوده که در کودکان سنین مدرسه تا ۵۵٪ نیز گزارش شده است (۵، ۱۱). طبق مطالعات پیشین حدوداً ۴۰-۲۵٪ از نوجوانان و جوانان دچار اختلالات خواب هستند (۳). سازمان بین‌المللی خواب توصیه می‌کند کودکان پنج تا ۱۳ ساله باید حدوداً نه تا ۱۲ ساعت و کودکان ۱۷-۱۴ ساله باید حدوداً هشت تا ۱۰ ساعت در شبانه روز بخوابند (۶، ۷). متخصصان در این حوزه معتقدند که اکثر مشکلات خواب با پیروی از عادات مناسب بهداشتی برطرف می‌شوند؛ لذا تدوین نظم و مقررات در رابطه با حیطه‌های مختلف خواب مانند ساعات خواب و رعایت منظم آن‌ها سبب بهبود کیفیت خواب شده، که به این نظم و مقررات، بهداشت خواب گفته می‌شود. عدم رعایت بهداشت خواب، میزان خواب مطلوب را کاهش داده و بر سلامت کودک اثر می‌گذارد؛ به گونه‌ای که کاهش کیفیت و کمیت خواب مطلوب در کودک عوارض جسمانی (سردرد و دل‌درد) و رفتاری- روانی (تحریک‌پذیری و پرخاشگری) به دنبال دارد (۱۲، ۱۳). مطالعات متعددی در زمینه خواب صورت گرفته است که بر ضرورت تعیین عادات خواب توسط والدین، کارکنان بهداشتی و حتی سیاست‌گذاران حوزه بهداشتی تأکید دارند (۱۳). پیروی از عادات ناصحیح خواب، فرآیند زندگی بزرگسالی، سلامت فرد و جامعه را به مخاطره می‌اندازد و باعث بروز اضطراب، افسردگی، کاهش عزت‌نفس، کاهش حافظه و یادگیری، اختلال در توجه و تمرکز و اختلالات رفتاری می‌گردد (۱۰، ۱۳). خواب فرآیندی تنظیم شده است که چندین عامل مهم از قبیل عوامل فردی (سن و جنس)، روانی و محیطی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، تفاوت‌های قومیتی و فرهنگی، رژیم غذایی روزانه، فعالیت فیزیکی بر مدت‌زمان و کیفیت آن مؤثرند (۱، ۲، ۱۴). محیط

کشور آلمان به دقت صد گرم در حالی که کودک بدون کفش و با حداقل لباس در وسط ترازو می ایستاد اندازه گیری شد. قد دانش آموزان در وضعیت ایستاده، به وسیله متر نواری و بدون کفش و کلاه، به صورتی که سر به صورت ۹۰ درجه روبه جلو و پاشنه پا، باسن، شانه و پشت سر در تماس با دیواری که متر نواری روی آن نصب شده بود با دقت ۰/۱ سانتی متر اندازه گیری شد (۱۸). شاخص توده بدنی، از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب مترمربع محاسبه شد. برای استانداردسازی توده بدنی مقادیر شاخصها برحسب سن و جنس محاسبه شده (Z-Score) و نمره Z-Score به عنوان شاخص آنتروپومتریک استفاده شد (۱۹). برای تبدیل نمرات خام به Z-Score از نرم افزار WHO AnthroPlus ویرایش ۱،۰۴ که توسط WHO World Health Organization (WHO) توصیه شده استفاده شد. از نمره Z-Score برای تعیین وضعیت نرمال یا اختلال رشد استفاده شد. اندازه گیری شاخصهای آنتروپومتریک در ساعات مدرسه و در زمان آزاد دانش آموزان صورت می گرفت.

برای سنجش عادات خواب کودک از پرسشنامه سنجش عادات خواب کودکان (CSHQ) Owns (و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد؛ که تاکنون در مطالعات گوناگونی به کار گرفته شده است. این پرسشنامه به منظور مشخص کردن مشکلات رایج خواب در سنین ۴ الی ۱۲ سال طراحی شده (۴)؛ که شامل ۳۳ گویه چندگزینه‌ای می باشد و اطلاعاتی در مورد ساعت خواب شبانه، نحوه بیداری، خواب آلودگی روزانه و غیره در یک هفته گذشته (آخرین هفته) به دست می دهد. این پرسشنامه دارای هشت زیرمقیاس شامل؛ مقاومت در به رختخواب رفتن (آیتم ۱-۳-۴-۵-۶-۸)، تأخیر در شروع خواب (آیتم ۲)، مدت زمان خواب (آیتم ۹-۱۰-۱۱)، تشویش در خواب (آیتم ۵-۷-۸-۲۱)، بیداری در طول شب (آیتم ۱۶-۲۴-۲۵)، پاراسومنی (آیتم ۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۲۲-۲۳)، اختلال تنفسی در خواب (آیتم ۱۸-۱۹-۲۰) و خواب آلودگی هنگام روز (آیتم ۲۶ تا ۳۳) در پرسشنامه مذکور می باشد (۴). گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (معمولاً، گاهی اوقات، ندرتاً) از ۱ تا ۳ نمره دهی شده بدین ترتیب در صورت تکرار رفتار به صورت ۷-۵ روز در هفته گزینه معمولاً (امتیاز ۳)، ۴-۲ بار در هفته گزینه گاهی اوقات (امتیاز ۲)، ۱-۰ بار در هفته گزینه ندرتاً (امتیاز ۱) علامت گذاری می شود. آیتم ۱-۳-۲-۱-۱۰-۱۱-۲۶-۱۱ معکوس هستند (۲۰-۲۳). شیوه نمره دهی ابزار بدین صورت بود که هر چه نمره کامل کسب شده از

ابتدایی شهر بوشهر بود. با توجه به قانون حجم نمونه برای آنالیز رگرسیون یعنی انتخاب ۱۰ تا ۳۰ نمونه به ازای هر پیش بینی کننده ($n=10-30k$)، با هشت متغیر پیش بین ۲۴۰ نمونه در نظر گرفته شد که با احتساب ضریب ۱/۵ که به خاطر روش نمونه گیری خوشه‌ای اعمال گردید حجم نمونه ۳۶۰ نفر و با احتساب ریزش ده درصدی نمونه حدود ۴۰۰ نفر تعیین گردید. این حجم نمونه بیشتر از احتساب حجم نمونه طبق فرمول گرین ($N > 50 + 8p$) بود. در نهایت ۴۲۰ پرسشنامه توزیع شد، که در مجموع تعداد ۴۰۳ پرسشنامه بازگردانده شد؛ و آنالیز روی این تعداد انجام گردید. نمونه گیری به صورت تصادفی از نوع خوشه‌ای صورت گرفت. جهت نمونه گیری بعد از اخذ مجوز از آموزش و پرورش در ابتدا لیست کلیه مدارس ابتدایی تهیه گردید. سپس با توجه به دخترانه و پسرانه و همچنین دولتی و غیردولتی بودن مدارس، ابتدا از هر منطقه شهر بوشهر چهار دبستان به طور تصادفی ساده (شامل دو مدرسه دخترانه، دولتی و غیرانتفاعی و دو مدرسه پسرانه، دولتی و غیرانتفاعی) به عنوان خوشه انتخاب شد (جمعاً ۲۰ مدرسه). سپس سهم هر مدرسه (پسرانه، دخترانه، دولتی و غیردولتی) با توجه به حجم کل دانش آموزان مدارس آن منطقه (به تفکیک دخترانه، پسرانه، دولتی و غیردولتی و با لحاظ پایه تحصیلی) و نیز بر اساس تعداد دانش آموز هر دبستان در هر پایه سهم آن پایه و نهایتاً سهم هر دبستان تعیین و واحدهای پژوهش مشخص شده برای هر پایه به طور تصادفی ساده؛ از روی شماره پرونده‌های موجود در مدرسه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه برای کودکان شامل؛ دانش آموزان سنین حداقل ۶ سال و حداکثر ۱۲ سال و ۱۱ ماه با توجه به تاریخ تولد ثبت شده در پرونده تحصیلی، دانش آموزان مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی شهر بوشهر، برخورداری از سلامت جسمی و روانی، عدم مصرف داروهای خواب آور و روان پزشکی بنا به اظهار والد تکمیل کننده پرسشنامه، عدم ابتلا به مشکلات تنفسی فوقانی و برای والدین حداقل سواد خواندن و نوشتن در خصوص تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ابزار اندازه گیری شاخص‌های آنتروپومتریک، فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه عادات خواب کودکان (CSHQ) Children's Sleep Habits Questionnaire (۴) بود. در خصوص اندازه گیری شاخص‌های آنتروپومتریک؛ وزن کودکان با استفاده از ترازو دیجیتال BeurerGS36 ساخت

میانگین سنی ($1/72 \pm 9/65$) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی پدران ($5/54 \pm 41/32$) و مادران ($4/81 \pm 36/51$) بود. مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در (جدول ۱) آورده شده است.

میانگین کلی نمره عادات خواب $48/32 \pm 7/59$ بود. کمترین میانگین حیطه خواب مربوط به مقاومت در به خواب رفتن و بیشترین آن مربوط به خواب آلودگی در هنگام روز بود. میانگین نمره حیطه‌های مختلف عادات خواب در (جدول ۲) آورده شده است.

از نظر حیطه‌های خواب تنها در دو حیطه تأخیر در شروع خواب و بیداری در طول شب بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. نتایج مقایسه نمره حیطه‌های مختلف عادات خواب بین پسران و دختران در جدول شماره ۳ آورده شده است.

بین نمره عادات خواب با سن کودک ($P=0/939$ ، $I=-0/004$)، سن مادر ($P<0/407$ ، $I=-0/041$) و سن پدر ($P=0/697$ ، $I=-0/019$) ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. مقایسه میانگین نمره عادات خواب در سطوح مختلف متغیرهای جمعیت‌شناختی در (جدول ۴) آورده شده است. از جمله عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر عادات خواب کودکان سن مدرسه، تحصیلات پدر و مادر بود. بر اساس آزمون تعقیبی LSD کودکانی که پدر با تحصیلات زیر دیپلم داشتند میانگین نمره عادات خواب در آن‌ها بیش از کودکانی بود که پدر با سطح تحصیلات دیپلم یا دانشگاهی داشتند ($P<0/001$). همچنین کودکانی که مادر با تحصیلات زیر دیپلم داشتند میانگین نمره عادات خواب در آن‌ها بیش از کودکانی بود که مادر با سطح تحصیلات دیپلم یا دانشگاهی داشتند ($P<0/001$). کودکان دارای خانواده با وضعیت اقتصادی ضعیف میانگین نمره عادات خواب بیشتری در مقایسه با کودکان دارای خانواده با وضعیت اقتصادی متوسط ($P=0/002$) و خوب ($P<0/001$) داشتند. در کودکان با سابقه گوشه‌گیری، میانگین نمره عادات خواب (که هر چه میانگین این نمره عادات خواب بالاتر باشد بیانگر عادات نامناسب خواب یا اختلالات خواب در کودکان است)، بیشتر از کودکانی بود که این مشکل گوشه‌گیری را نداشتند. در کودکانی که اتاق خواب جدا داشتند میانگین نمره عادات خواب به طور معنی‌داری کمتر از کودکانی بود که اتاق خواب جدا نداشتند. بین دیگر شاخص‌های جمعیت شناختی و نیز اختلالات رشد با عادات خواب ارتباطی یافت نشد (جدول ۴).

ابزار بیشتر باشد نشان‌دهنده نامناسب‌تر بودن وضعیت خواب کودک است. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه ۳۳ و ۹۹ می‌باشد. همبستگی درونی و ثبات این پرسشنامه، با ضریب آلفا کرونباخ ($\alpha=0/81$) و آزمون مجدد ($I=0/98$) تأیید گردیده است (۱۶). در مطالعه حاضر نیز پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/772$ تأیید گردید. پس از اخذ مجوز کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، آموزش و پرورش و ارائه به مدیران مدرسه و انجام هماهنگی‌های لازم، رضایت شفاهی و کتبی از دانش‌آموزان و والدین جهت شرکت آنان در مطالعه کسب گردید. جهت گردآوری داده‌ها، فرم رضایت آگاهانه که داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات در آن قید شده بود به همراه فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه عادات خواب به کودکان منتخب داده می‌شد تا در صورت موافقت والدین جهت تکمیل توسط آن‌ها به منزل برده و فردای آن روز با خود به مدرسه بیاورند و به معلمان و یا معاونین مدرسه تحویل بدهند و در آخر هدایایی که برای قدردانی از همکاری کودکان در مطالعه توسط پژوهشگر تهیه شده بود به آنان تقدیم می‌شد. پژوهش طی مقطع زمانی دوماهه پایانی سال تحصیلی صورت گرفت. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (با کد اخلاق IR.BPUMS. REC.1397.109) مورد تصویب قرار گرفت و تمام موازین اخلاقی اعم از اخذ مجوزها، رضایت کتبی، بیان اهداف و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید.

از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع متغیر خواب به‌طور کلی و هم در سطوح مختلف متغیرهای جمعیت شناختی، از آزمون‌های پارامتریک همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه با تست تعقیبی LSD استفاده شد. به علت عدم پیروی حیطه‌های خواب از توزیع نرمال، حداقل در یکی از دو گروه دانش‌آموزان پسر یا دختر، برای مقایسه حیطه‌ها بین این دو گروه، از آزمون ناپارامتریک من ویننی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۴۰۳ دانش‌آموز (۱۹۹ پسر و ۲۰۴ دختر) با

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای شرکت کننده در پژوهش در شهر بوشهر سال ۱۳۹۸ (N=۴۰۳)

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	
پسر	۱۹۹ (۴۹/۴)
دختر	۲۰۴ (۵۰/۶)
پایه تحصیلی	
اول	۶۳ (۱۵/۶)
دوم	۶۲ (۱۵/۴)
سوم	۶۸ (۱۶/۹)
چهارم	۷۰ (۱۷/۴)
پنجم	۷۱ (۱۷/۶)
ششم	۶۹ (۱۷/۱)
تحصیلات پدر	
زیر دیپلم	۶۹ (۱۷/۱)
دیپلم	۱۳۸ (۳۴/۲)
دانشگاهی	۱۹۶ (۴۸/۶)
تحصیلات مادر	
زیر دیپلم	۶۶ (۱۶/۴)
دیپلم	۱۶۲ (۴۰/۲)
دانشگاهی	۱۷۵ (۴۳/۴)
شغل پدر	
کارمند	۱۷۲ (۴۲/۷)
کارگر	۲۷ (۶/۷)
آزاد	۱۸۳ (۴۵/۴)
بیکار	۲۱ (۵/۲)
شغل مادر	
خانه دار	۳۲۶ (۸۰/۹)
شاغل	۷۷ (۱۹/۱)
وضعیت اقتصادی	
ضعیف	۲۸ (۶/۹)
متوسط	۲۴۴ (۶۰/۵)
خوب	۱۳۱ (۳۲/۵)
سابقه گوشه گیری و عدم ارتباط با افراد هم سن در کودک	
بلی	۲۰ (۵/۰)
خیر	۳۸۳ (۹۵/۰)
داشتن اتاق خواب جدا برای کودک	
بلی	۲۷۴ (۶۸/۰)
خیر	۱۲۹ (۳۲/۰)
اختلالات رشد بر اساس نمره استاندارد شده شاخص توده بدنی	
چاق و خیلی چاق	۸۲ (۲۰/۳)
اضافه وزن	۱۰۵ (۲۶/۱)
طبیعی	۲۰۹ (۵۱/۹)
لاغر و خیلی لاغر	۷ (۱/۷)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حیطه‌های مختلف عادات خواب کودکان شرکت کننده در مطالعه سال ۱۳۹۸

حیطه خواب	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
مقاومت در به خواب رفتن	۱/۰۷	۰/۳۴	۰/۶۷	۲/۸۳
تأخیر در شروع خواب	۱/۵۴	۰/۷۶	۱/۰۰	۳/۰۰
مدت‌زمان خواب	۱/۵۸	۰/۵۲	۱/۰۰	۳/۰۰
تشویش در خواب	۱/۵۸	۰/۵۷	۱/۰۰	۳/۰۰
بیداری در طول شب	۱/۳۴	۰/۴۱	۱/۰۰	۳/۰۰
پاراسومنیا	۱/۲۷	۰/۳۰	۱/۰۰	۲/۴۳
اختلال تنفسی در خواب	۱/۱۹	۰/۳۳	۱/۰۰	۲/۶۷
خواب‌آلودگی هنگام روز	۱/۶۱	۰/۳۵	۱/۰۰	۲/۶۳

جدول ۳: مقایسه میانگین رتبه حیطه‌های مختلف عادات خواب بین پسران و دختران دانش‌آموز شرکت کننده در مطالعه سال ۱۳۹۸

حیطه عادات خواب	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	آماره Z	سطح معنی‌داری
مقاومت در به خواب رفتن	دختر	۱/۰۵	۰/۳۵	۱۹۷/۶۲	-۰/۷۷۶	۰/۴۲۸
	پسر	۱/۰۸	۰/۳۴	۲۰۶/۴۹		
تأخیر در شروع خواب	دختر	۱/۶۳	۰/۸۰	۲۱۴/۱۲	-۲/۴۵۵	۰/۰۱۴
	پسر	۱/۴۴	۰/۶۹	۱۸۹/۵۸		
مدت‌زمان خواب	دختر	۱/۶۰	۰/۵۰	۲۰۷/۲۹	-۰/۹۴۹	۰/۳۴۳
	پسر	۱/۵۷	۰/۵۴	۱۹۶/۵۸		
تشویش در خواب	دختر	۱/۶۱	۰/۵۶	۲۱۰/۳۲	-۱/۴۸۰	۰/۱۳۹
	پسر	۱/۵۵	۰/۵۸	۱۹۳/۴۷		
بیداری در طول شب	دختر	۱/۳۷	۰/۴۰	۲۱۲/۷۱	-۲/۰۰۲	۰/۰۴۵
	پسر	۱/۳۰	۰/۴۱	۱۹۱/۰۳		
پاراسومنیا	دختر	۱/۲۹	۰/۳۰	۲۰۸/۸۳	-۱/۲۲۶	۰/۲۲۰
	پسر	۱/۲۵	۰/۲۹	۱۹۵/۰۰		
اختلال تنفسی در خواب	دختر	۱/۱۸	۰/۳۲	۲۰۲/۳۲	-۰/۰۶۸	۰/۹۴۶
	پسر	۱/۱۹	۰/۳۴	۲۰۱/۶۸		
خواب‌آلودگی هنگام روز	دختر	۱/۶۲	۰/۳۶	۲۰۷/۵۰	-۰/۹۶۶	۰/۳۳۴
	پسر	۱/۵۹	۰/۳۴	۱۹۶/۳۷		

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره خواب بین سطوح مختلف متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای شرکت کننده در پژوهش در شهر بوشهر سال ۱۳۹۸

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره F یا t°	سطح معنی‌داری
جنسیت				
پسر	۴۸/۸۵	۷/۹۸	۱/۴۱۰°	۰/۱۵۹
دختر	۴۷/۷۸	۷/۱۶		
پایه تحصیلی				
اول	۴۷/۴۸	۷/۸۲	۰/۷۳۸	۰/۵۹۵
دوم	۴۸/۲۷	۸/۹۴		
سوم	۴۹/۴۶	۸/۰۶		
چهارم	۴۸/۶۷	۶/۴۱		
پنجم	۴۸/۶۳	۷/۱۳		
ششم	۴۷/۳۵	۷/۲۲		

تحصیلات پدر

		۸/۱۶	۵۱/۷۱	زیر دیپلم
< ۰/۰۰۱	۸/۶۵۰	۷/۴۷	۴۷/۴۷	دیپلم
		۷/۱۷	۴۷/۷۳	دانشگاهی
تحصیلات مادر				
		۷/۸۴	۵۲/۷۱	زیر دیپلم
< ۰/۰۰۱	۱۴/۸۹۷	۷/۲۹	۴۷/۹۹	دیپلم
		۷/۲۰	۴۶/۹۸	دانشگاهی
شغل پدر				
		۷/۱۴	۴۷/۳۵	کارمند
۰/۱۵۲	۱/۷۷۴	۷/۷۹	۴۹/۸۵	کارگر
		۷/۶۴	۴۸/۹۶	آزاد
		۹/۸۸	۴۸/۷۶	بیکار
شغل مادر				
		۷/۷۲	۴۸/۳۰	خانه‌دار
۰/۹۰۵	*-۰/۱۱۹	۷/۰۶	۴۸/۴۲	شاغل
وضعیت اقتصادی				
		۹/۲۲	۵۳/۰۴	ضعیف
۰/۰۰۱	۷/۲۲۷	۷/۴۶	۴۸/۴۲	متوسط
		۷/۱۰	۴۷/۱۴	خوب
سابقه گوشه‌گیری و عدم ارتباط با افراد هم سن در کودک				
		۹/۸۷	۵۲/۳۰	بلی
۰/۰۱۶	*۲/۴۱۷	۷/۴۱	۴۸/۱۱	خیر
داشتن اتاق خواب جدا برای کودک				
		۷/۲۱	۴۷/۱۱	بلی
< ۰/۰۰۱	*-۴/۸۰۱	۷/۷۷	۵۰/۹۰	خیر
اختلالات رشد بر اساس نمره استاندارد شده شاخص توده بدنی				
		۷/۴۹	۴۷/۷۷	چاق و خیلی چاق
۰/۱۰۲	۲/۰۸۲	۷/۹۱	۴۷/۱۶	اضافه وزن
		۷/۴۲	۴۹/۰۰	طبیعی
		۷/۳۵	۵۲/۰۰	لاغر و خیلی لاغر

بحث

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی جهت بررسی عادات خواب و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان دبستانی شهر بوشهر بود و مشخص شد میانگین کل نمره عادات خواب این کودکان در مجموع پایین بود که نشان‌دهنده سطح پایین اختلالات خواب در کودکان دبستانی بوشهری است.

در راستای مطالعه حاضر، Litsenburg و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی عادات خواب کودکان ۱۴-۲ ساله هلندی (۲۴)، Iwaware و همکاران (۲۰۱۳) نیز با انجام مطالعه‌ای مشابه

در خصوص تعیین عادات خواب دانش‌آموزان ابتدایی در ژاپن (۲۵)، Cruz و همکاران (۲۰۱۶) با انجام مطالعه‌ای بر روی کودکان ۷-۴ ساله اسپانیایی (۲۶) میانگین نمره خواب کودکان را پایین‌تر از میانگین گزارش کردند. Gruber و همکاران (۲۰۱۹) با بررسی اختلالات خواب کودکان ۱۱-۷ سال، علائم اختلالات خواب را تقریباً در نیمی از کودکان گزارش نمودند (۲۷). برخلاف مطالعه حاضر، جلیل‌القدر و همکاران (۲۰۱۸) با بررسی عادات خواب کودکان ۱۲-۷ ساله قزوین، میانگین نمره اختلالات خواب در کودکان را بالاتر از میانگین گزارش نمودند (۲۸). شاید علت تفاوت

کمترین آن بود. مطالعات متفاوت، حیطه‌های مختلفی را به عنوان شایعترین مشکل خواب گزارش نموده‌اند که برخی با مطالعه حاضر همراستا (۲۴، ۲۸) و برخی غیر همسو با پژوهش حاضر می‌باشد (۱۳). علت این تفاوت‌ها را می‌توان با زمان نمونه‌گیری، نوع پرسشنامه یا جامعه هدف مرتبط دانست. در مطالعه حاضر از نظر حیطه‌های مختلف عادات خواب تنها دو حیطه تأخیر در شروع خواب و بیداری در طول شب در دختران بیش از پسران بود. جلیل القدر و همکاران (۲۰۱۸)، Litsenburg و همکاران (۲۰۱۰) شیوع اختلال تأخیر در شروع خواب در دختران بیشتر از پسران مشاهده کردند که مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر است (۲۴، ۲۸) هرچند در برخی مطالعات اختلالات خواب در سنین پیش دبستانی بین دو جنس تفاوتی نداشت (۳۲، ۳۳). احتمالاً بدلیل آنکه دختران زمان بیشتری در خانه می‌گذرانند بنابراین تمایل بیشتری به استفاده از وسایل دیجیتالی دارند که استفاده از این وسایل همانگونه که در مطالعات پیشین ذکر شده است بر عادات خواب کودکان اثر می‌گذارد (۲۸). البته احتمالاً از دلایل تناقض در مطالعات بتوان به سن کودکان اشاره کرد. در مطالعاتی که از نظر جنسیت تفاوتی مشاهده نشده غالباً مطالعه در سنین پیش دبستانی صورت گرفته است. اکثر کودکان در سنین پیش دبستانی به همراه والدین می‌خوابند (۳۲) و احتمالاً والدین نظارت بیشتری بر عادات خواب آنان دارند.

از جمله شاخص‌های جمعیت شناختی مرتبط با عادات خواب کودکان، سطح تحصیلات والدین بود که با افزایش سطح تحصیلات والدین میزان اختلال خواب در کودکان کاهش می‌یافت. هم راستا با مطالعه حاضر مه‌ری و همکاران (۱۳۹۵) تحصیلات پدر را به عنوان عاملی مؤثر و پیشگویی‌کننده مشکلات خواب کودکان بیان کردند (۱۶). در مطالعات دیگر نیز بین سطح تحصیلات والدین با فراوانی پاراسومنیارتباط معنی‌داری مشاهده شد به‌گونه‌ای که با افزایش سطح تحصیلات والدین، میزان پاراسومنیارتباط به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یافت (۲۸، ۳۴). در حالی که Hense و همکاران (۲۰۱۱)، از گلی و همکاران (۲۰۱۶) بین اختلالات خواب و سطح تحصیلات پدر رابطه معنی‌داری گزارش نکردند (۳۵، ۳۶). اگرچه دلیل این امر مشخص نیست اما احتمالاً به دلیل اجرای راهکارهای انضباطی در چنین خانواده‌هایی و نیز دانش و آگاهی بیشتر والدین تحصیل کرده در خصوص مسائل خواب و تربیت کودک

بین مطالعه جلیل‌القدر و همکاران با مطالعه حاضر را بتوان در تفاوت تعداد سؤالات پرسشنامه مورد استفاده و مقدار نمره در سنجش عادات خواب کودکان دانست. Hawkins و Takeuchi (۲۰۱۶) با بررسی نمونه‌های سه مطالعه ملی و پرسش در مورد خواب نمونه‌های این سه مطالعه از والدینشان، شیوع بالای اختلالات خواب در کودکان آمریکایی در سنین ۱۷-۶ سالگی را گزارش کردند (۲۹). شاید محتمل‌ترین علت تفاوت مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر ناشی از تعریف اختلال خواب باشد، در مطالعه Hawkins اختلال خواب با خواب ناکافی تعریف شده است، در حالی که در مطالعه حاضر ویژگی‌های دیگر خواب مثل زمان رفتن به رختخواب، پاراسومنیارتباط، خواب‌آلودگی روزانه و غیره نیز مورد پرسش قرار گرفته و بر اساس ویژگی‌های مختلف به عادات خواب نمره داده شده است. به دلیل آنکه بر اساس یافته‌های مطالعه Hawkins اختلالات خواب با افزایش سن افزایش می‌یافت می‌توان یکی دیگر از دلایل شیوع بالای اختلالات خواب را گستردگی دامنه سنی در آن مطالعه دانست (۱۲، ۲۸). پایین بودن اختلال خواب در کودکان مشارکت‌کننده در پژوهش می‌تواند به خاطر سن آنها باشد. علت مشکلات خواب در بسیاری از مواقع بیش از آن که مربوط به جسم باشد منشأ روانی و عاطفی دارد. برای مثال، نشخوار ذهنی ناشی از وقایع روزانه، از جمله عواملی است که بر اختلالات خواب تأثیرگذار است (۳۰)؛ و کودکان بسیار کمتر از نوجوانان و بزرگسالان این گونه مشکلات را تجربه می‌کنند (۳۱). احتمال دیگر برای کم بودن اختلال خواب، کم‌جمعیت و جوان بودن اکثر خانواده‌های شرکت‌کننده در مطالعه و توجه والدین به برنامه خواب کودکان می‌باشد. همچنین ممکن است با توجه به مقارن بودن زمان نمونه‌گیری با شروع امتحانات دانش‌آموزان، استفاده از وسایل نمایشی و دیجیتالی کمتر شده در نتیجه اختلالات خواب کمتر شده است. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج عسگریان و همکاران (۳) در سال ۱۳۹۲ در مدارس ابتدایی کاشان همخوانی نداشت. در مطالعه عسگریان و همکاران فراوانی بالای مشکلات خواب در کودکان گزارش شد و یکی از دلایل آن را فصل نمونه‌گیری که مقارن با بازگشایی مدارس بوده است بیان نمودند.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر خواب‌آلودگی در هنگام روز شایعترین اختلال خواب و مقاومت در به خواب رفتن

داد که خلق افسرده ممکن است به‌عنوان یک پیش‌بین در تضعیف خواب باشد (۴۱). برخی مطالعات تفاوت معنی‌داری در خصوصیات پلی‌سومنوگرافیک در میان کودکان با افسردگی شدید و سالم گزارش نکردند (۴۲). نوجوانان با خلق‌وخوی افسرده ممکن است زمان بیشتری در تخت‌خواب بگذرانند که باگذشت زمان منجر به کاهش کل زمان خواب و افزایش زمان بیداری در تخت‌خواب می‌شود (۴۱).

همچنین بر اساس یافته‌ها در مطالعه حاضر از نظر داشتن اتاق‌خواب جدا برای کودک با عادات خواب ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. به‌عبارتی نمره عادات خواب در کودکانی که دارای اتاق‌خواب جدا بودند نسبت به کودکانی که اتاق‌خواب جدا نداشتند کمتر بود که نشان‌دهنده سطح پایین اختلالات خواب در آنان است. در تأیید این مسئله مطالعاتی نیز به تأثیرات خوابیدن به همراه خواهر و برادر و یا والدین بر بهداشت و کیفیت خواب اشاره می‌کنند (۴۳، ۴۴) به‌گونه‌ای که در چنین کودکانی اختلالات خواب شایع‌تر است (۴۵). مشکلات خواب در کودکان پیش‌دبستانی که به همراه والدین می‌خوابند نسبت به کودکانی که به‌تنهایی می‌خوابند بیشتر است (۴۶). برخلاف مطالعه حاضر از گلی و همکاران (۲۰۱۶) ارتباط معنی‌دار بین اختلالات خواب و داشتن اتاق‌خواب جدا گزارش نکردند. البته تفاوت در تعداد سوالات پرسشنامه مورد استفاده و مقدار نمره در سنجش عادات خواب از دیگر دلایل اختلاف در دو مطالعه می‌تواند باشد (۳۶). مطالعه‌ای نیز به ارتباط معنی‌دار عادات خواب با خوابیدن با خواهر و برادر در یک اتاق اشاره می‌کند و معتقد است که شاید احساس امنیت بیشتر و ترس کمتر در حضور خواهر و برادر در ایجاد خواب راحت مؤثر باشد (۱۳). به دلیل آنکه الگوهای خواب کودکان احتمالاً تحت تأثیر الگوهای خواب والدین قرار می‌گیرد داشتن اتاق‌خواب مشترک با والدین یا سایر اعضای خانواده ممکن است سبب تأخیر در زمان خواب، مشکل در به خواب رفتن و صرف زمان بیشتری در تخت‌خواب قبل از به خواب رفتن در کودکان شود (۴۷). تفاوت در میزان داشتن اتاق‌خواب مشترک تا حدودی مربوط به تفاوت‌های فرهنگی و نگرش‌های والدین در خصوص تنظیم مناسب خواب برای کودکان است. از جمله عوامل مؤثر برافزایش احتمال اتاق‌خواب مشترک می‌توان به اندازه کوچک مسکن، خانواده پرجمعیت، آسم و بلوغ جسمی کمتر در کودکان اشاره کرد (۴۴). احتمالاً داشتن اتاق

باشد (۳۴، ۳۶). تحصیلات والدین از یک سو با بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی ممکن است بر اتخاذ شیوه صحیح زندگی و روش‌های تربیتی تأثیر مثبت داشته باشد و از سویی دیگر والدین تحصیل کرده به‌دلیل فراهم‌سازی محیط آرام برای کودک، رعایت بهتر توصیه‌های بهداشتی و روانشناسی، منجر به کاهش اضطراب و استرس در کودکان و نیز کاهش پارسومنیا در کودکان می‌شوند (۲۸، ۳۴). وضعیت اقتصادی نیز از دیگر شاخص‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با عادات خواب کودکان بود. به‌گونه‌ای که کودکان در خانواده با وضعیت اقتصادی ضعیف اختلال خواب بیشتری داشتند. در راستای مطالعه حاضر از گلی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به ارتباط وضعیت اجتماعی و اقتصادی با خواب اشاره کردند (۳۶). یوسف گمرکچی و همکاران (۱۳۸۸) بین عادات خواب با میزان درآمد ارتباط آماری معنی‌دار گزارش کردند (۱۳). در حالی که Uebergang و همکاران (۲۰۱۷) هم‌چنین Poulain و همکاران (۲۰۱۹) هر یک در مطالعات خود بین اختلالات خواب و وضعیت اجتماعی اقتصادی ارتباطی مشاهده نکردند (۳۷، ۳۸). وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتر می‌تواند آرامش ذهنی و روحی برای سایر اعضای خانواده از جمله کودکان فراهم سازد و نیز باعث ارتقاء کیفیت زندگی گردد که در نتیجه می‌تواند بر مناسب شدن کیفیت خواب نیز مؤثر باشد (۱۳). در مطالعه Uebergang و همکاران (۲۰۱۷) بدلیل آنکه جامعه مورد مطالعه کودکان سنین ۴-۶ سال بوده و احتمالاً کودکان در این سن نسبت به سنین مدرسه و نوجوانی دغدغه ذهنی کمتری از نظر وضعیت اقتصادی دارند، و در مطالعه Poulain و همکاران (۲۰۱۹) شاید بدلیل آنکه سطح تحصیلات والدین، شغل و درآمد را با هم به‌عنوان وضعیت اجتماعی اقتصادی در نظر گرفته‌اند، برخلاف مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری مشاهده نکردند. وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین احتمالاً به دلیل فقر، درآمد کم و بهداشت نامناسب منجر به اختلالات خواب می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سابقه گوشه‌گیری و عدم ارتباط با افراد هم‌سن با عادات خواب ارتباط معنی‌دار مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که در کودکان با سابقه گوشه‌گیری نمره عادات خواب یا همان میزان اختلالات خواب بیشتر از کودکانی بود که این مشکل را نداشتند. در راستای مطالعه حاضر مطالعات متعددی نیز همبستگی بین افسردگی و اختلال خواب را گزارش کردند (۳۹، ۴۰). یافته‌های مطالعه Lovato و همکاران (۲۰۱۷) نشان

نتایج دقیق‌تری را حاصل نماید.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نمره عادات خواب در کودکان را پایین‌تر از میانگین نشان داد که بیانگر سطح پایین اختلالات خواب در کودکان است. همچنین نتایج نشانگر این موضوع بود که برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و برخی شرایط کودک مثل داشتن اتاق خواب جدا یا سابقه گوشه‌گیری با عادات خواب مرتبط می‌باشند. از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به اندازه نمونه کافی و تصادفی بودن نمونه‌گیری اشاره کرد. همچنین از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن، عدم سنجش میزان خواب، استفاده از پرسشنامه‌ی بازگو ۷ روزه در سنجش عادات خواب که نمی‌تواند بازگوی خوبی از عادات خواب همیشگی کودکان باشد، همچنین احتمال عدم دقت بالا در تکمیل پرسشنامه عادات خواب کودکان توسط والدین اشاره کرد. در مجموع با توجه به نقش مهم خواب در سلامت و ارتقاء سلامت جسمی و ذهنی کودکان، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی باید توجه بیشتری به مشکلات خواب کودکان داشته و راهکارهای مناسب در زمینه اصلاح الگوی خواب را به ویژه با تأکید بر گروه‌های پرخطر به مسئولین مدارس و خانواده‌ها آموزش دهند. از آنجایی که الگوی خواب در کودکان می‌تواند متأثر از فرهنگ‌های مختلف باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به بررسی عادات خواب در سایر گروه‌های سنی و شهرهای مختلف پرداخته شود. ضمن اینکه بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و زیست‌شناختی علاوه بر عوامل دموگرافیک می‌تواند به شناخت بهتر عوامل مؤثر بر اختلال خواب کمک کند. با توجه به مقطعی بودن مطالعه حاضر جهت انجام پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که تحقیقات تجربی، مطالعات آینده‌نگر و طولی استفاده گردد. بدلیل آنکه در مطالعه حاضر از پرسشنامه بازگویی ۷ روزه در سنجش عادات خواب کودکان استفاده شده است که نمی‌تواند بازگوی دقیقی از عادات خواب همیشگی کودکان باشد، همچنین احتمال عدم دقت بالا در تکمیل فرم ارزیابی عادات خواب کودکان توسط والدین، لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی از ابزارهای دقیقتر مانند اکتی گرافی در تعیین کمیت و کیفیت خواب کودکان استفاده شود.

مجزا و کاهش سروصدا و تردد باعث می‌شود که کودک احساس راحتی بیشتری در هنگام به خواب رفتن داشته باشد. لذا احتمال اختلال خواب در آن‌ها کاهش می‌یابد. در مطالعه حاضر نیز با توجه به جوان بودن اکثر خانواده‌های شرکت‌کننده در مطالعه و داشتن اتاق خواب در اکثریت کودکان مورد مطالعه، اختلال خواب کمتری در آن‌ها مشاهده شد.

همچنین در مطالعه حاضر ارتباط اختلالات رشد مانند چاقی با عادات خواب سنجیده شد. علی‌رغم اینکه در مطالعات متعددی بین چاقی با اختلالات خواب ارتباط معنی‌داری مشاهده شده است؛ در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین چاقی با عادات خواب یافت نشد. همراستا با مطالعه حاضر Hiscock و همکاران (۲۰۱۱) در یک مطالعه ملی بر روی کودکان هلندی سنین ۷-۰ سال ارتباط بین BMI (Body Mass Index) و مدت زمان خواب مشاهده نکردند (۴۸). Hense و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود بین اضافه وزن با مدت زمان خواب ارتباطی مشاهده نکردند (۳۵). Chan و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود با بررسی مطالعات طولی در ارتباط بین چاقی و علائم بی‌خوابی بیان کردند که چاقی احتمال افزایش علائم بی‌خوابی را ایجاد نمی‌کند (۴۹). برخلاف مطالعه حاضر از گلی و همکاران (۲۰۱۶)، Melinda و Sekartni (۲۰۱۹) بین شاخص توده بدنی با اختلالات خواب ارتباط معنی‌داری گزارش کرد (۱۷، ۵۰). جعفری (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود به همبستگی ضعیفی بین BMI و عادات خواب اشاره کرد (۴). بعلاوه از آنجایی که در مطالعه حاضر درصد اندکی از کودکان به اختلالات خواب مبتلا بودند احتمالاً می‌تواند یکی از دلایل عدم ارتباط بین خواب با نمره استاندارد BMI باشد. علاوه بر آن استفاده از پرسشنامه جهت بررسی عادات خواب کودکان، و تکمیل این پرسشنامه توسط والدین، که ممکن است آگاهی کامل از عادات خواب کودکان خود نداشته باشند؛ و همچنین با توجه به مقطعی بودن مطالعه حاضر، و نیز به دلیل این که پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه حاضر عادات خواب کودکان را در طی هفته گذشته می‌سنجد، حال آنکه تغییر در شاخص‌های آنترپومتریکی بازه زمانی بیشتر را می‌طلبد؛ لذا نمی‌توان نتیجه‌گیری قطعی در خصوص عدم ارتباط عادات خواب با BMI به عنوان یکی از شاخص‌های آنترپومتریکی مطرح نمود. انجام مطالعات طولی با در نظر گرفتن فاکتورهای مؤثر بر خواب، می‌تواند

سپاسگزاری

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان خانم زهرا رحیمی درازی می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و شناسه اخلاق IR.BPUMS.REC.1397.109 مصوب و صورت گرفت. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مسئولین و کارکنان محترم

آموزش و پرورش شهرستان / استان بوشهر و مدارس شهر بوشهر، والدین و دانش آموزان عزیز به جهت همکاری در اجرای طرح و کلیه عزیزانی که در انجام این مطالعه کمال همکاری داشته‌اند ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی وجود نداشته است.

References

- Kabiri M. Psychometric properties of children's sleep habits and their relationship with parenting [Masters Psychometric (Measurement)]. Tehran: Islamic Azad University, Central Tehran Branch; 2014.
- Vyazovskiy VV. Sleep, recovery, and metaregulation: explaining the benefits of sleep. *Nature and science of sleep*. 2015;7(1):171-84; <https://doi.org/10.2147/NSS.S54036>
- Asgarian F, Falahzade H, Etesam F. Sleep Problems in Students of Elementary Schools in Kashan in 2013(Persion). *Two-monthly scientific journal of Yazd School of Public Health*. 2016;15(1):26-35
- Jafari I. Investigation of children's sleep habits according to physical activity levels based on daily energy expenditure [MA Sport Science]. Urmia: Urmia University; 2015.
- Ghaneian M, Kazemi-Zahrani H. Prevalence of sleep disturbance and neuropsychological learning disabilities in preschool children in isfahan city. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2016;24(6):501-12
- Verschuren O, Gorter JW, Pritchard-Wiart L. Sleep: An underemphasized aspect of health and development in neurorehabilitation. *Early human development*. 2017;113(2017):120-8; <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.006>
- Minges KE, Redeker NS. Delayed school start times and adolescent sleep: a systematic review of the experimental evidence. *Sleep medicine reviews*. 2016;28(2016):86-95; <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.06.002>
- El-Sheikh M, Sadeh A. I. Sleep and development: introduction to the monograph. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2015;80(1):1-14; <https://doi.org/10.1111/mono.12141>
- Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*. 2017;47(2):29-42; <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Khazaie T, Portaghali P, Jamali O, Khazaie S, Miri N, Sarhadi S, et al. Sleep pattern and common sleep problems of school children in Birjand. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2012;9(3):257-63
- Mohsenzadeh A, Farhadi A, Tarahi Mj, Pedram A. Prevalence of sleep disorders in children aged 12-7 years old in Khorramabad city In the academic year of 85-86. *yafte*. 2010;11(3):1-9
- Shamsaei F, Daraei MM, Ahmadiania H, Seif M, Khalili A. Sleep Habits of Primary School Students of Nahavand City From the Point of View of Parents. *Qom Univ Med Sci* 2018;12(8):78-85; <https://doi.org/10.29252/qums.12.8.78>
- YousefGomrokchi M, Shafipoor S, Paryad E, AtrkarRoshan Z. A Study of Sleep Habits of the Students of Primary Schools of Rasht City From Parents, Point of View(persion). *Two Quarterly Nursing and Midwifery Schools in Guilan Province*. 2009;19(62):40-5
- Vaipuna TF, Williams SM, Farmer VL, Meredith-Jones KA, Richards R, Galland BC, et al. Sleep patterns in children differ by ethnicity: cross-sectional and longitudinal analyses using actigraphy. *Sleep health*. 2018;4(1):81-6; <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.10.012>
- Azarniveh M, TavakoliKhormizi AR. Effect of physical activity on quality of sleep in female students. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2016;18

- (2):108-14
16. Mehri M, Chehrzad MM, Elahi M, GhanbariKhanghah A, Khousha M, Talebnia H, et al. Predictor Factors of sleep problems in school-age children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Parastari va mamayi jamenegar*. 2013;25(79):99-106
 17. 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 University of Medical Sciences Journal*. 2015;9(5):50-60
 18. To Q, Gallegos D, Do D, Tran H, To K, Wharton L, et al. The level and pattern of physical activity among fifth-grade students in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Public health*. 2018;160(2018):18-25; <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.021>
 19. Growth reference 5-19 years [Available from: https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/. 2019-7-12
 20. Silva FG, Silva CR, Braga LB, Serrão Neto A. Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire-validation and cross-cultural comparison. *Jornal de pediatria*. 2014;90:78-84; <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.06.009>
 21. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *SLEEP-NEW YORK-*. 2000;23(8):1043-52; <https://doi.org/10.1093/sleep/23.8.1d>
 22. Sneddon P, Peacock GG, Crowley SL. Assessment of sleep problems in preschool aged children: an adaptation of the children's sleep habits questionnaire. *Behavioral sleep medicine*. 2013; 11 (4): 283-96; <https://doi.org/10.1080/15402002.2012.707158>
 23. Loureiro HC, Pinto TR, Pinto JC, Pinto HR, Paiva T. Validation of the children sleep habits questionnaire and the sleep self report for Portuguese children. *Sleep Science*. 2013;6(4):151-8
 24. Van Litsenburg RRL, Waumans RC, van den Berg G, Gemke RJ. Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *European journal of pediatrics*. 2010; 169(8):1009-15; <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1169-8>
 25. Iwaware Y, Kamei Y, Oiji A, Doi Y, Usami M, Kodaira M, et al. Study of the sleep patterns, sleep habits, and sleep problems in Japanese elementary school children using the CSHQ-J. *Kitasato Med J*. 2013;43:31-7
 26. Lucas-de la Cruz L, Martínez-Vizcaino V, Álvarez-Bueno C, Arias-Palencia N, Sánchez-López M, Notario-Pacheco B. Reliability and validity of the Spanish version of the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-SP) in school-age children. *Child: care, health and development*. 2016;42(5):675-82; <https://doi.org/10.1111/cch.12357>
 27. Gruber R, Somerville G, Santisteban JA. Using Parental Report to Identify Children at Risk for Poor Sleep and Daytime Problems. *Behavioral sleep medicine*. 2019:1-17; <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1613236>
 28. Jalilolghadr S, Pakpour-Hajiagha A, Heidaralifard M, Pakzad R. Evaluation of sleep habits and sleep patterns among 7-12-year-old students in Qazvin, Iran; A school-based cross-sectional study. *Journal of Comprehensive Pediatrics*. 2018;9(3):1-7; <https://doi.org/10.5812/compred.67189>
 29. Hawkins SS, Takeuchi DT. Social determinants of inadequate sleep in US children and adolescents. *Public health*. 2016;138(2016):119-26; <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.036>
 30. PourmohseniKoluri F. The impact of rumination and worry on sleep disturbance. *Scientific-Research Journal of Shahed University*. 2013;21(108):1-12
 31. AzimiKhatibani SM, Amoopour M. Investigate the relationship between creativity with obsessive beliefs and rumination in high school students in the city of Rasht. *Sociology of Education*. 2018;9(9):157-71
 32. Javadi M, Javadi A, Kalantari N, Jalilolghadr S, Mohamad H. Sleep Problems among Pre-School Children in Qazvin, Iran. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*. 2014;21(6):52-6
 33. Mohammadi S, Kazemzadeh M. Sleep Problems among Pre-School Children in Hamadan, Iran. *Iran Sleep Med Dis Int J* 2017;1 (1):1-4; <https://doi.org/10.15406/smdij.2017.01.00006>
 34. Shafipour SZ, YousefGomrokchi M, Paryad E, Atrkarroushan Z. Parasomnia in the Students of Primary Schools. *Comprehensive Nursing and Midwifery*. 2013;24(74):46-52
 35. Hense S, Barba G, Pohlabein H, De Henauf S, Marild S, Molnar D, et al. Factors that

- influence weekday sleep duration in European children. *Sleep*. 2011;34(5):633-9; <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.633>
36. Ozgoli G, Sheikhan Z, Soleimani F, Nasiri M, Amiri S. Prevalence of Sleep Disorders Among Children 4-6 Years Old in Tehran Province, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(7):1-9; <https://doi.org/10.5812/ircmj.22052>
 37. Uebergang LK, Arnup SJ, Hiscock H, Care E, Quach J. Sleep problems in the first year of elementary school: The role of sleep hygiene, gender and socioeconomic status. *Sleep health*. 2017;3(3):142-7; <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.02.006>
 38. Poulain T, Vogel M, Sobek C, Hilbert A, Körner A, Kiess W. Associations Between Socio-Economic Status and Child Health: Findings of a Large German Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(5):677; <https://doi.org/10.3390/ijerph16050677>
 39. Tan Y, Chen Y, Lu Y, Li L. Exploring associations between problematic internet use, depressive symptoms and sleep disturbance among southern Chinese adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(3):1-12; <https://doi.org/10.3390/ijerph13030313>
 40. BaHammam AS, Kendzerska T, Gupta R, Ramasubramanian C, Neubauer DN, Narasimhan M, et al. Comorbid depression in obstructive sleep apnea: an under-recognized association. *Sleep and Breathing*. 2016;20(2):447-56; <https://doi.org/10.1007/s11325-015-1223-x>
 41. Lovato N, Short MA, Micic G, Hiller RM, Gradisar M. An investigation of the longitudinal relationship between sleep and depressed mood in developing teens. *Nature and science of sleep*. 2017;9:3-10; <https://doi.org/10.2147/NSS.S111521>
 42. Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*. 2005;9(2):115-29; <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2004.09.006>
 43. Li S, Jin X, Yan C, Wu S, Jiang F, Shen X. Bed-and room-sharing in Chinese school-aged children: prevalence and association with sleep behaviors. *Sleep medicine*. 2008;9(5):555-63; <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.07.008>
 44. Jiang Y, Chen W, Spruyt K, Sun W, Wang Y, Li S, et al. Bed-sharing and related factors in early adolescents. *Sleep medicine*. 2016; 17(2016):75-80; <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.08.022>
 45. Peng X, Yuan G, Ma N. Cosleeping and sleep problems in children: a systematic review and meta-analysis. *Sleep and Biological Rhythms*. 2019;17(4): 367-78; <https://doi.org/10.1007/s41105-019-00226-z>
 46. Lee S, Ha J-H, Moon D-S, Youn S, Kim C, Park B, et al. Effect of sleep environment of preschool children on children's sleep problems and mothers' mental health. *Sleep and Biological Rhythms*. 2019;17(3):277-85; <https://doi.org/10.1007/s41105-019-00209-0>
 47. Mohammadi M, Ghalebarghi B, Bandi MG, 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. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007;17(3):213-21
 48. Hiscock H, Scalzo K, Canterford L, Wake M. Sleep duration and body mass index in 0-7-year olds. *Archives of disease in childhood*. 2011;96(8):735-9; <https://doi.org/10.1136/adc.2010.204925>
 49. Chan WS, Levsen MP, McCrae CS. A meta-analysis of associations between obesity and insomnia diagnosis and symptoms. *Sleep Med Rev*. 2018;40(2018):170-82; <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.12.004>
 50. Melinda TF, Sekartini R. Association between obesity and sleep disorders in primary school children: A cross-sectional study. *Medical Journal of Indonesia*. 2019;28(2):167-73; <https://doi.org/10.13181/mji.v28i2.2645>