بررسی شیوع انواع اختلالات خواب در کودکان دبستانی 7 - 12 ساله تحت مطالعه در شهر خرم آباد در سال تحصیلی 86 - 85

اعظم محسن زاده[1]، علی فرهادی[2]، محمد جواد طراحی[3]، آینور پدرام[4]

1- استادیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

2- مربی، گروه روانپرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشجوی *ph. D* روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

3- مربی، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

4- پزشک عمومی

یافته / دوره یازدهم / شماره 3 / پاییز 88 / مسلسل 41

چکیده

دریافت مقاله: 88/8/13، پذیرش مقاله: 88/10/3

Ø مقدمه: از آنجایی که جدی ترین عارضه مربوط به اختلالات خواب کودکان، مشکلات شناختی است و این مشکل کودکان را در معرض اختلالات تحصیلی، مشکلات خانوادگی و اجتماعی و روانی قرار می دهد، مطالعه انواع اختلالات خواب و نحوه مقابله با آنها مهم است. مطالعه حاضر به منظور بررسی شیوع انواع اختلالات خواب در کودکان دبستانی 7-12 ساله شهر خرم آباد در سال تحصیلی 86-85 انجام گرفته است. این مقاله استخراج شده از پایان نامه دانشجویی می باشد.

Ø مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی 364 نفر از دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم آباد به روش تصادفی چند مرحله ای در هر دو جنس پسر و دختر به تعداد مساوی انتخاب و بررسی شدند. روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود.

Ø یافته ها: نتایج شیوع انواع اختلالات خواب را به ترتیب شیوع به این صورت نشان داد: تنفس با دهان باز 35/7 درصد، صحبت کردن در خواب 24/7 درصد، خروپف عادتی 20/3 درصد، کابوس شبانه 19/8 درصد، دندان قروچه 15/9 درصد، خواب آلودگی مفرط روزانه 10 درصد، شب ادراری ثانویه 8/2 درصد، شب ادراری اولیه 7/1 درصد، آپنه خواب 6/6 درصد، راه رفتن در خواب 6/6 درصد. همچنین آزمون های آماری نشان داد میان شب ادراری اولیه و ثانویه با جنس رابطه معنی داری برقرار بوده و در جنس پسر شیوع بیشتری داشت. (p =0/004) همچنین میان دندان قروچه و خروپف، آپنه و خروپف، تنفس با دهان باز و خروپف ارتباط معنی داری برقرار بود. (p <0/001).

Ø بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق، تنفس با دهان باز شایعترین اختلال خواب در جامعه مورد مطالعه بود که ارتباط نزدیک و معنی داری با خروپف شبانه داشت. لزوم بررسی از نظر مشکلات طبی و جسمی زمینه ای و روانی را مطرح می سازد. لذا پیشنهاد می شود که، به دلیل قابلیت درمان محافظه کارانه و غیر دارویی در اغلب اختلالات خواب و سودمند بودن این روش در نتایج مطالعه، بالا بردن سطح آگاهی خانواده ها از طریق مدارس و جلسات اولیاء و مربیان و کاهش شرایط استرس آور، انجام شود.

Ø واژه های کلیدی: شیوع، اختلالات خواب، کودکان دبستانی، خرم آباد

آدرس مکاتبه: خرم آباد، خیر آباد، بیمارستان کودکان شهید مدنی

پست الکترونیک: mohsenzadehazam@gmail.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

خواب یک فرایند پیچیده فیزیولوژیک و رفتاری است که در ان فرد به طور برگشت پذیری وارد حالت نا آگاهی نسبت به محیط وعدم پاسخ دهی نسبی می شود (1).

اختلال خواب در دوران کودکی یک شکایت شایع وپنجمین علت مراجعه والدین به مطب پزشکان اطفال است (2). شیوع اختلال خواب درمطالعات بین المللی از 1 تا43% متفاوت است (6-3). تقریباً 25% از بچه های کوچکتر از 5 سال اختلال خواب دارند (7). دربچه های سنین مدرسه تا 55% هم گزارش شده است (8).

تعداد اختلالات خواب بسیار زیاداست، در شیرخوارگی بیشترین اختلالات مربوط به شروع خواب است و در نوجوانی بیشتر در ریتم خواب و زمان خوابیدن است (1).

در مطالعه ای که در هنگ کنگ در کودکان 6 – 12 ساله صورت گرفت نتایج زیر بدست آمد: خروپف عادتی 10/9 درصد، آپنه خواب توقف تنفس در هنگام خواب 1/5 درصد، انورزی شبانه 5/1 درصد و دندان قروچه 20/5 درصد گزارش شد (9).

در مطالعه ای که در عربستان سعودی روی بچه های سنین 1/9 ± 9/5 سال انجام شد خستگی در طی روز شایعترین مشکل خواب آنان بود 37/5 درصد، دیر به خواب رفتن 11/8 درصد، خوابیدن کنار مادر و پدر 12/4 درصد، شب ادراری 4/1 درصد در میان آنان گزارش شد (10).

براساس مطالعه ای که در هند بر روی 103 کودک 3 تا 10 ساله انجام شد به طور کلی اختلالات خواب در 42/7 درصد از جمعیت مورد مطالعه دیده شد که شامل موارد زیر بود: کابوس شبانه در 2/9 درصد، خروپف در 5/8 درصد، راه رفتن در خواب 1/9 درصد (11).

براساس مطالعه ای که در ترکیه انجام شد و به بررسی مشکلات تنفسی و خروپف دبستانی پرداخت، شیوع آپنه انسدادی در بچه ها 3 – 7 درصد بود و خروپف مهم ترین نشانه آن بود. 51/8 درصد دختر و 48/2 درصد جمعیت موردمطالعه پسر بودند. سن متوسط 2 ± 9/9 سال بود. شیوع خروپف عادتی 4/8 درصد بود. شیوع نشانه های اختلالات خواب به طور مشخصی در خروپف عادتی بالا بود. سیگار کشیدن پدر و مادر هم در بالا رفتن بروز خروپف عادتی عامل مهمی بود. بیش فعالی هم در افرادی که خروپف عادتی دارند به طور واضحی بالا بود (12).

در مطالعه ای که در فرانسه انجام شد صحبت کردن در خواب 74/4 درصد، وحشت شبانه 39/8 درصد، شب ادراری 25 درصد، راه رفتن در خواب 14/5 درصد، دندان قروچه 4/5 درصد، حرکات موزون 9/2 درصد در میان کودکان دیده شد. راه رفتن در خواب عمدتاً با وحشت شبانه و صحبت کردن در خواب همراه بود (13).

در کودکانی که اختلال خواب دارند، ممکن است اختلالات رفتاری گوناگونی وجود داشته باشد. اختلال در به خواب رفتن یکی از عوامل مهم اختلال تحصیلی و افت تحصیلی آنان است (1). به گونه ای که به عنوان مثال، کاهش مدت خواب به حدود 5 ساعت در یک شب می تواند بر فعالیتهای شناختی، تحصیلی، تفکر انتزاعی در کودکان در سنین مدرسه تاثیر بگذارد (8).

بنابراین با توجه به اهمیت خواب و تاثیر اختلالات خواب بر عملکرد و رفتار کودکان، مسئله اصلی این تحقیق این است که شیوع انواع اختلالات خواب در کودکان دبستانی 7 الی 12 ساله شهر خرم آباد چقدر است؟

این مقاله استخراج شده از پایان نامه دانشجویی می باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی مقطعی که روی 364 کودک دبستانی 7 – 12 ساله دختر و پسر شهر خرم آباد انجام شد، ابتدا لیست مدارس براساس ناحیه و اسم مدارس و دخترانه و پسرانه بودن از آموزش و پرورش دریافت شد. به صورت تصادفی تعدادی از مدارس انتخاب شدند، نسبت دانش آموزان پسر و دختر در نمونه رعایت شد. سپس در هر مدرسه از بین دانش آموزان پایه اول تا پنجم برحسب تعداد نمونه و تعداد مدارس به صورت تصادفی و منظم انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه تاکسون استفاده شد (9). این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد جهت ارزیابی وجود اختلال خواب در کودکان است.

قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک بود و قسمت دوم حاوی 19 سوال در مورد انواع اختلالات خواب بود که پاسخ های آن به صورت بله، خیر بود. پرسشنامه در جلسه اولیاء و مربیان به اولیاء داده شد، تا به منزل برده و تکمیل شده و در موعد مقرر به دفتر مدرسه تحویل داده شود.

متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، رتبه تولد، ناحیه تحصیلی، مقطع تحصیلی و وضعیت تاهل پدر و مادر و همزمانی ساعت خواب والدین و کودکان و همزمانی صرف شام و تاثیر این دو بر طول مدت خواب کودکان بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، اطلاعات موجود در آنها وارد کامپیوتر شده، توسط نرم افزار آماری SPSS تحت آنالیز قرار گرفت و درصدها تعیین شد. برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی نظیر جداول توزیع فراوانی از آزمون χ^2 استفاده شد.

یافته ها

افراد مورد مطالعه 364 نفر بودندکه 183 نفر پسر و181 نفر دختر بودند. شیوع اختلالات خواب درکودکان مورد مطالعه 48/9% (178) بود. 158نفر (43/5%) تنها یک اختلال خواب، 90 نفر (24/7%) دو اختلال خواب، 74 نفر (20/3%) سه اختلال خواب و42نفر (11/5%) جهار اختلال خواب را باهم تجربه کرده بودند. از نظر بررسی انواع اختلال خواب شامل: خروپف عادتی 20/3 درصد، دندان قروچه 15/9 درصد، شب ادراری اولیه 7/1 درصد، شب ادراری ثانویه 8/2 درصد، آپنه خواب 6/6 درصد، راه رفتن در خواب 6/6 درصد، تنفس با دهان باز 35/7 درصد، صحبت کردن در خواب 24/7 درصد، کابوس شبانه 19/8 درصد، خواب آلودگی مفرط روزانه 10 درصد، به دست آمد.

در این مطالعه بررسی شیوع انوع اختلال خواب را در گروههای سنی مختلف بدست آمد. بیشترین اختلال در گروه سنی 7 سال تنفس با دهان باز 36/8 درصد (25 نفر از 68 نفر) ، در گروه سنی 8 سال صحبت کردن در خواب30/3 درصد (23 نفر از 76 نفر) ، در گروه سنی 9 سال خروپف عادتی و دندان قروچه در خواب 22/1 درصد (15 نفر از 68 نفر) ، در گروه سنی 10 سال صحبت کردن در خواب 36/7درصد (29 از 79 نفر) ، در گروه سنی 11 سال تنفس با دهان باز46/8 درصد (29 از 62 نفر) و در گروه سنی 12 سال خواب آلودگی مفرط روزانه27/3 درصد (5 نفر از 11 نفر) بودند. تنها بین صحبت کردن در خواب و خواب آلودگی مفرط روزانه (p=0/025) با سن، رابطه معنی دار برقرار بود. (p=0/010) و این دو اختلال با افزایش سن، افزایش داشتند. سایر اختلالات با سن، رابطه معنی داری نداشتند (جدول 1).

در این مطالعه، 183 نمونه پسر و 181 نمونه دختر وجود داشت. در پسران بیشترین اختلال خواب به ترتیب شامل

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

تنفس با دهان باز 38/8 درصد (71 نفر از 183 نفر) ، صحبت کردن در خواب 27/3 درصد (50 نفر از 183 نفر) ، خروپف عادتی 22/4 درصد (41 نفر از 183 نفر) ، کابوس شبانه 19/1 درصد (35 نفر از 183 نفر) ، دندان قروچه18/6 درصد (34 نفر از 183 نفر) ، شب ادراری ثانویه12/6 درصد (23 نفر از 183 نفر) p = 0/002 ، خواب آلودگی مفرط روزانه 11 درصد (24 نفر از 183 نفر) ، شب ادراری اولیه 10/9 درصد (20 نفر از 183 نفر) p = 0/004 ، راه رفتن در خواب 7/7 درصد (14 نفر از 183 نفر) و آپنه خواب 7/1 درصد (13 نفر از 183 نفر) بودند.

درحنس دختر بیشترین ختلال خواب به ترتیب شامل تنفس با دهان باز 23/6 درصد، صحبت کردن در خواب 22/1 درصد، خروپف عادتی 18/2 درصد، کابوس شبانه 20/3 درصد و دندان قروچه 13/3 بوده است.

بررسی میزان شیوع براساس جنس نشان داد که بین جنس و اختلال شب ادراری اولیه (p =0/004) و شب ادراری ثانویه (p =0/002) و همچنین دندان قروچه (p =0/017) رابطه معنی داری وجود دارد. به این صورت که این سه اختلال در پسران شایعتر بود (جدول 2).

در این مطالعه بین خروپف عادتی و تنفس با دهان باز (p<0/001) ، خروپف با دندان قروچه (p<0/001) و آپنه خواب با خروپف (p =0/003) رابطه معنی داری دیده نشد.

همچنین بین شیوع انواع اختلالات خواب با رتبه تولد و ناحیه تحصیلی و مقطع تحصیلی رابطه معنی داری برقرار نبود.

به جز شب ادراری اولیه که در زندگی با غیر از پدر و مادر اصلی بیشتر بود، (p =0/01) ، سایر اختلالات با وضعیت تاهل پدر و مادر رابطه معنی داری نداشتند.

متوسط ساعت خواب کودکانی که همزمان با پدر و مار خود به خواب می رفتند، 9/72 ساعت بود و متوسط ساعت خواب درکودکانی که این همزمانی را نداشتند، 6/04 ساعت بود که با P < 0/004 از نظر آماری معنی دار است.

در این مطالعه بین همزمانی صرف شام والدین و کودکان، رابطه معنی داری یافت نشد.

جدول شماره 1- درصد اختلال خواب دانش آموزان دبستانی 7-12 ساله تحت مطالعه براساس نوع اختلال خواب و سن

سن / نوع اختلال خواب	7	8	9	10	11	12	p
دندان قروچه	13/2	14/5	22/1	12/7	17/7	18/2	0/666
شب ادراری اولیه	5/9	6/6	10/3	7/6	6/5	0	0/831
شب ادراری ثانویه	10/3	5/3	13/2	10/1	3/2	0	0/226
آپنه خواب	5/9	3/9	8/8	5/1	11/3	0	0/445
راه رفتن در خواب	1/5	5/3	4/4	13/9	6/5	9/1	0/059
تنفس با دهان باز	36/8	30/3	30/9	38	46/8	18/2	0/247
صحبت کردن در خواب	20/6	18/4	19/1	36/7	32/3	0	0/010
کابوس شبانه	14/7	19/7	16/2	22/8	25/8	18/2	0/616
خواب آلودگی مفرط روزانه	5	5	11/9	17/9	9/8	27/3	0/025

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول 2-توزیع فراوانی دانش آموزان دبستانی7-12 ساله تحت مطالعه براساس نوع اختلال خواب و جنس

جنس	پسر	دختر	جمع	p
نوع اختلال خواب				
خروپف	22/4	18/2	20/3	0/195
دندان قروچه	18/6	13/3	15/9	0/017
شب ادراری اولیه	10/9	3/3	7/1	0/004
شب ادراری ثانویه	12/6	3/9	8/2	0/002
آپنه خواب	7/1	6/1	6/6	0/0428
راه رفتن در خواب	7/7	5/5	6/6	0/273
تنفس با دهان باز	38/8	23/6	35/7	0/130
صحبت کردن در خواب	27/3	22/1	24/7	0/151
کابوس شبانه	19/1	20/4	19/8	0/427
خواب آلودگی مفرط روزانه	11	9/1	10	0/454

بحث و نتیجه گیری

دراین مطالعه 364 کودک دبستانی شامل 183 پسر و181 دختر شرکت کردند. 178نفر به درجاتی اختلالات خواب داشتند و شیوع آن درکودکان مورد مطالعه 48/9% بدست آمد. اختلالات شایع شامل تنفس با دهان باز، صحبت کردن در خواب، خروپف عادتی، کابوس شبانه، دندان قروچه، خواب آلودگی مفرط روزانه و شب ادراری بودند.

شیوع اختلال خواب درکودکان دبستانی درمطالعات بین المللی متفاوت است (7-3 و 9). درمطالعه ای که در آمریکا بر روی 472کودک دبستانی انجام شد، شیوع اختلال خواب 10/8% به دست آمد (14) درکشورهایی مانند عربستان و هند به ترتیب شیوع 37/5% و42/7% بود (10و11). درصد شیوع اختلالات خواب در مطالعه ما با مطالعات انجام شده در عربستان و هند همخوانی بیشتری در مقایسه با آمریکا دارد.

در مطالعه حاضر، شیوع تنفس با دهان باز، 35/7 درصد بود. بین تنفس با دهان باز و خروپف شبانه ارتباط معنی داری وجود داشت. در مطالعه هنگ کنگ نیز این دو اختلال، رابطه معنی داری با هم داشتند. در مطالعه اخیر، شیوع تنفس با دهان باز تقریباً با افزایش سن کاهش یافته است، از علل تنفس با دهان باز می توان مشکلات طبی و جسمی مثل هیپرتروفی لوزه ها را نام برد که به دلیل افزایش تظاهرات این بیماری با افزایش سن مثل افزایش گلودرد، اقدام برای درمان آنها نیز، افزایش می یابد. پس منطقی است که در مطالعه ما نیز علیرغم عدم وجود رابطه منطقی بین تنفس با دهان باز و سن، این اختلال با افزایش سن، کاهش یافته باشد (9).

در مطالعه ما، شیوع صحبت کردن در خواب 24/7 درصد بود که بعد از تنفس با دهان باز، در رتبه دوم شیوع قرار داشت. در مطالعات مشابه بین 5تا 20% گزارش شده است (15و16).

درمطالعه ای که درکودکان چین انجام شد صحبت کردن در خواب 14/2%، درکودکان هند 14/6% و در کودکان کانادا ازاختلالات شایع بود (11، 17، 18).

در مطالعه حاضر شیوع خروپف عادتی شیوعی معادل 20/3 درصد داشت. در مطالعه ی انجام شده در هنگ کنگ و در مطالعه برزیل شیوعی معادل 6 /27% داشت که دو برابر این سنین در سایر جمعیت ها است (19). در ایتالیا شیوعی معادل6/1% در پسران بیشتر از دختران (3/7%) بود (20). در مطالعه در جنوب تایلند 8/5% از کودکان 6تا 13 سال خروپف عادتی داشتند که در پسرها و دختر ها برابر بود (21). این تفاوت در شیوع شاید به علت تاثیر عوامل زمینه ای موثر بر خروپف عادتی مثل هایپرتروفی لوزها، تاثیر عوامل روانی زمینه ای مثل افسردگی باشد. همچنین سابقه خانوادگی مثبت از خروپف در اقوام نیز، در بروز این اختلال موثر است.

در مطالعه ای که در دبستانهای هنگ کنگ انجام شد نیز خروپف عادتی و تنفس با دهان باز دارای رابطه معنی داری با هم داشتند. در مطالعه ای که در ترکیه بر روی کودکان

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

دبستانی به منظور بررسی مشکلات تنفسی انجام شد، سن متوسط 2±9/9 به دست آمد (12). در مطالعه ما نیز، فراوانی بیشتر خروپف عادتی در سن 7 سالگی متمرکز بود. البته بین سن و خروپف عادتی رابطه معنی داری برقرار نبود. در مطالعه ما، 25 نفر از افراد (32/9 درصد) به طور همزمان دچار خروپف و دندان قروچه بودند که ارتباط معنی داری بین آنها برقرار بود. در مطالعه هنگ کنگ نیز، خروپف و دندان قروچه، دارای رابطه معنی داری با هم بودند (9). همچنین به همین ترتیب، در مطالعه ای که ما انجام دادیم، 14 نفر (17/8 درصد) به طور همزمان آپنه خواب و خروپف شبانه داشتند و ارتباط معنی داری بین آنها برقرار بود، در مطالعه هنگ کنگ نیز آپنه خواب و خروپف شبانه دارای رابطه معنی داری با هم بودند (9). براساس مطالعه ترکیه نیز، خروپف به عنوان مهمترین نشانه آپنه انسدادی در نظر گرفته شده بود و شیوع نشانه های اختلالات تنفسی به طور مشخصی در خروپف عادتی بالا بود (12). همچنین بین خروپف و رتبه تولد در مطالعه ما رابطه معنی داری برقرار بود، در رتبه تولد 6 و بالاتر از آن بیشتر بود.

شیوع کابوس شبانه در مطالعه ما، 19/8 درصد بود که در میان پسرها 19/1 درصد و در دخترها 20/4 درصد بود. که بین جنس و کابوس شبانه رابطه معنی داری برقرار نبود. بین کابوس شبانه و سن هم رابطه معنی داری برقرار نبود و شیوع آن در سنین مختلف نزدیک هم بود. درمطالعه ی آلمان 28% از کودکان سنین مدرسه کابوس شبانه داشتند که در دختران بیشتر از پسران بود (3). درمطالعه چین شیوع آن 12% ودرمطالعه اسپانیا 12/8% بود (17و22). این تفاوت شاید به علت تاثیر عواملی مثل بلوغ و استرس، جدایی بچه ها از والدین خود به خصوص در جنس دختر، در سنین مدرسه باشد. همچنین در بچه هایی که اضطراب دارند بیشتراست. (1، 2، 23).

دراین مطالعه شیوع دندان قروچه 15/9 درصد به دست آمد. بین دندان قروچه و سن نیز رابطه معنی داری برقرار بود، این شیوع در جنس پسر بیشتر بود که تقریباً مشابه با مطالعه هنگ کنگ 20/5 درصد بود، (9). بین این اختلال و خروپف عادتی در مطالعه هنگ کنگ رابطه معنی داری برقرار بود. شاید این اختلالات شیوع به علت تحت تاثیر قرار گرفتن دندان قروچه به وسیله عواملی مانند استرس و وضعیت روحی و تنش های حاصل از آن باشد که در مطالعه ای که در فرانسه به منظور شیوع انواع بدخوابی و کژخوابی بر روی کودکان ابتدایی انجام شد، به آن اشاره شده است به گونه ای که با کم کردن شرایط استرس آور و آرام کردن محیط خانه می توان به درمان این اختلال پرداخت (13). نمود این مساله در مطالعه ما نیز با شیوع بیشتر این اختلال در رتبه تولد 6 و بیشتر از آن پیداست. رابطه معنی داری بین این اختلال و رتبه تولد بدست آمد.

در این مطالعه، شیوع خواب آلودگی مفرط روزانه 27/3 درصد بود که با مقدار به دست آمده در مطالعه انجام شدهدر هنگ کنگ (25 درصد) تقریباً مشابه است. بین این اختلال و آپنه انسدادی رابطه معنی داری به دست آمد. 9 نفر از آنها همزمان این دو اختلال را داشتندس (25 درصد).

در مطالعه هنگ کنگ نیز این دو اختلال برای یکدیگر ریسک فاکتوری بودند (9). بین این اختلال و طول مدت خواب شب رابطه معنی داری یافت نشد. علیرغم عدم وجود رابطه معنی دار بین خواب آلودگی مفرط روزانه و جنس، شیوع این اختلال در جنس مذکر بیشتر بود (6/6 درصد مقابل 4 درصد).

در مطالعه ما، شیوع شب ادراری اولیه 26 درصد به دست آمد، در جنس پسر بیشتر بود. این یافته مشابه نتایج مطالعات دیگران است که شیوع شب ادراری اولیه در جنس مذکر در آنها بالاتر بود (9و13). در مطالعات بیان شده، که استرس ها و تنش ها بر روی شب ادراری تاثیر می گذارند و سبب بروز آن

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

می شوند، نمود این مسئله در مطالعه ما این می تواند باشد که فراوانی شب ادراری اولیه در زندگی با غیر از پدر و مادر واقعی و در رتبه تولد 6 و بالاتر از آن، بیشتر بود. در مطالعه ما رابطه معنی داری بین شب ادراری اولیه و وضعیت تاهل پدر و مادر و رتبه تولد پیدا نشد.

شیوع آپنه خواب در مطالعه حاضر، 6/6 درصد بدست آمد. بین آپنه خواب و خروپف عادتی رابطه معنی داری برقرار بود. همچنین رابطه معنی داری بین آپنه خواب و جنس برقرار بود، شیوع این اختلال در جنس پسر بیشتر بود. که مشابه نتایج مطالعات دیگراست (9). در مطالعه انجام شده در ترکیه نیز مهمترین نشانه آپنه خواب، خروپف بود (12). در مطالعه ما رابطه معنی داری بین آپنه خواب و سن مشاهده نشد، اما فراوانی آپنه خواب در سن 12 سالگی، از سایر سنین کمتر بود. آپنه خواب مهمترین عامل سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS) [1] در دوران شیرخوارگی است که با افزایش سن، کاهش می یابد. این خود می تواند به علت اقدامات درمانی برای رفع مشکلات طبی و جسمی برای رفع عامل زمینه ای این مشکل باشد. در این مطالعه، شایعترین روش درمان آپنه انسدادی، عمل جراحی آدنوئید و لوزه ها بیان شده که 75-100 درصد مؤثر واقع می شود (1و2).

شیوع اختلال راه رفتن در خواب در این مطالعه، 6/6 درصد به دست آمد. در دیگر پژوهشها نشان داده شده است که در 6% کودکان به طور مزمن خوابگردی دارند (2). در مطالعه رزم پا در تهران در سال 1385 بر روی کودکان 5 تا 15ساله، شیوع این اختلال 5درصد، گزارش شد. در مطالعه رزم پا بیان شده که شیوع راه رفتن در خواب، با افزایش سن کاهش می یابد که می تواند به علت انجام درمانها و مراقبتها در این زمینه باشد (6). در مطالعه ما نیز هرچند ارتباط معنی داری بین راه رفتن در خواب و سن دیده نشد، اما شیوع این اختلال در مقطع تحصیلی پنجم دبستان و در سن 12 سالگی از سایر مقطع ها و سنین کمتر بود.

در این مطالعه بین همزمانی ساعت خواب والدین و کودکان ارتباط معنی داری یافت شد. متوسط طول خواب در کودکانی که همزمان با پدر و مادر به خواب می رفتند، 9/72 ساعت بود، در مقابل متوسط طول خواب در کودکانی که همزمان با پدر و مادر به خواب نمی رفتند، 6/04 ساعت بود. خواب کمتر همراه با اختلال خواب بیشتر است. کودکان چینی که 9 ساعت می خوابیدند در مقایسه با کودکان آمریکایی که بیش از 10 ساعت می خوابیدند اختلال خواب بیشتری داشتند.

همانطور که در مطالعه هنگ کنگ اشاره شد، پرخوابی یا بی خوابی که ساعت خواب بیشتر از 11 ساعت و کمتر از 7 ساعت تعریف شده بود، می تواند تحت تاثیر ساعت خواب همزمان خانواده و خاموش کردن چراغها و تلویزیون باشد.

از آنجایی که اکثر اختلالات خواب را می توان با درمانهای حمایتی و محافظه کارانه و با رعایت و کاهش تنش های خانوادگی، کم کرد، با تشخیص به موقع و سریع اختلالات خواب، از پیشرفت آنها و پدید آمدن عوارض آن می توان جلوگیری کرد.

به این منظور لازم است، سطح آگاهی خانواده ها را در این زمیه بالا برد. بنابراین می توان با همکاری مربیان بهداشت و یا مسئولین مدرسه، کودکان دبستانی دچار اختلالات خواب را شناسایی کرده و آنها را برای درمان موثر به متخصصین مربوطه از جمله متخصصین اطفال و گوش و حلق و بینی و روانپزشکی ارجاع داد.

1. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Kliegman RM. Marcdante KJ. Jenson HB. Behrman RE. Nelson essentials of pediatrics, 5th ed, Philadelphia: W. B. sanders; 2006, 15: 75-79
2. Kliegman RM. Behrman RE. Jenson HB. Stanton BF, Nelson textbook of pediatrics, 18th ed, Philadelphia: W. B. sanders; 2007, 18: 91-100
3. Ipsiroglu OS, Fatemi A, Werner I, et al; Prevalence of sleep disorders in school children between 11 and 15 years of age, Wien Klin Wochenschr. 2001; 113 (7-8): 235-44
4. Meltzer LJ, Mindell JA: Sleep and sleep disorders in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am. 2006; 29 (4): 10
5. Boyle J, Cropley M: Children's sleep: problems and solutions. J Fam Health Care. 2004; 14 (3): 61-3
6. Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. Prim Care. 2008; 35 (3): 533-46
7. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL: Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. J Pediatr Health Care. 2004; 18 (3): 130-7
8. Abuduhaer A, Xu PR, Muzhapaer D: Sleep disorders and their influencing factors in primary school children from Urumqi. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2007; 9 (6): 543-5
9. Ng DK, Kwok KL, Cheung jm, leungs Y, Chow PY, WONG WH, Chan CH, Ho jc. Prevalence of sleep problems in Hong kong primary. School children: a community bassed telephone surgery chest. 2005; 128 (3): 1315-23
10. Bahammam A, Alfaris E, Shaikhs: habits in a sample of Saudi primary school children. AnnSudi Med. 2006; 26 (1): 7-13
11. Bhati B, Malphi P, Kashyaps. Pattern and problems of sleep in school going children Indian pediater. 2006; 43 (1): 35-8
12. Fidan F, Unlu M, Sezar M, Karaz. Prevalence of habitual snoring and sleep-disorder preathing in primary school children. Thberk toraks. 2005. 53 (4): 379-85
13. Petit D, Touchelt E- Tremblay RE. Dyssomnia and parasomnia in early chilldood 2007; 119 (5): 9-35
14. Stein MA, Mendelson J, Obermeyer WH, et. al Sleep and behavior problems in school-aged children; Ped. 2001; 107 (4): E60
15. Balanden S. Lushington K. Are sleep problem unrecognized in general practice. Arch Dis Child, 2004; 89 (8): 708-12
16. Judith A, Owens S. Sleep disorders. 2004; 24. 1: 301-305
17. Liu X, Sun Z, Uchiyama M, et al. Prevalence and correlates of sleep problems in Chinese schoolchildren. Sleep 2000; 23 (8): 1053-62
18. Lamberge L, Trenbaig RE, et al Development of parsimonies from children to early adolescence. Pediatrics 2000; 106: 67
19. Petry C, Pereira MU, Pitrez PM, et al The prevalence of symptoms of sleep-disordered breathing in Brazilian schoolchildren. J Pediater (Rio). 2008; 84 (2): 123-9. Epub 2008

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

20. Brunetti L, Rana S, Lospalluti ML, et all: Prevalence of obstructive sleep apnea syndrome in a cohort of 1, 207 children of southern Italy. Chest. 2001; 120 (6): 1930-5
21. Anuntaseree W, Rookkapan K, Kuasirikul S, et al. Snoring and obstructive sleep apnea in Thai school-age children: prevalence and predisposing factors. Pediatr Pulmonol. 2001; 32 (3): 222-7
22. Tomas Vila M, Miralles Torres A, Beseler SotoB, et al. Sleep patterns and sleep disturbances among schoolchildren in the town of Gandia; An pediater. 2008; 68 (3): 250-6
23. Mindell JA, Barrett KM. Nightmares and anxiety in elementary-aged children: is there a relationship. Child Care Health. 2002; 28 (4): 317-22
24. Razmpa A. Sleep walking disorders in children. Medical news. 2007; 14 (2): 5-25
25. Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan Dl. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. Pediatrics. 2005; 115 (1 Suppl): 241-9

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]