

تاثیر آموزش مداخلات رفتاری به والدین بر مشکلات خواب کودکان سن مدرسه

سپیده میرزایی^۱؛ ترانه تقوی^۲؛ لیلی بریم نژاد^{۳*}؛ مریم حسینی^۴

۱. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار روانشناسی، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. استاد، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

مراقبت امروز/سال هفدهم/ شماره ۶۳-۶۲/ بهار و تابستان ۱۴۰۳

خلاصه

مقدمه: اختلالات خواب در کودکان از پدیده‌های بسیار شایع است که می‌تواند در عملکرد کودک و خانواده‌ی او تداخل ایجاد کند. با توجه به اثرات منفی مشکلات خواب روی سلامت فرد و جامعه برطرف کردن این مشکلات از طریق روشی مطمئن حائز اهمیت می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش مداخلات رفتاری بر مشکلات خواب کودکان سن مدرسه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه ی مداخله ای، ۷۶ کودک دارای مشکلات خواب در مدارس ابتدایی شهر تهران که به صورت خوشه ای تصادفی انتخاب شده بودند، بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۳۸ نفره‌ی مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیار ورود به مطالعه سن ۷ تا ۱۲ سال، وجود مشکلات خواب براساس اطلاعات تکمیل شده در پرسشنامه بیرز، نداشتن بیماری مزمن یا زمینه ای اعصاب و عدم مصرف داروهای اعصاب بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل والد یا کودک به ادامه شرکت در مطالعه، عدم شرکت در جلسه آموزشی و عدم اجرای مداخله به مدت ۷ روز متوالی بود. مداخله شامل آموزش بهداشت خواب در جلسه‌ی آموزشی یک ساعته به همراه پمفلت آموزشی بود. پس از اجرای ۴ هفته ای آموزش های فراگرفته، مجدداً به پرسشنامه پاسخ دادند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی، من‌ویتنی، کای اسکور، آنالیز کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: طول مدت و نظم خواب گروه مداخله و کنترل در مقایسه با هم قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نداشت در حالی که پس از مداخله این تفاوت آماری معنی‌داری بود ($P\text{-value} < 0/001$). در سایر جنبه‌های بهداشت خواب با این‌که در بین افراد مداخله تغییرات مثبتی نسبت به قبل از مداخله ایجاد شد ولی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مداخلات آموزشی موجب کاهش مشکلات خواب در کودکان به‌ویژه از نظر طول مدت و نظم خواب می‌شود. با توجه به شیوع بالای این مشکلات و اهمیت مفهوم خواب در پرستاری می‌توان برنامه‌ریزی برای آموزش بهداشت خواب در کودکان را مورد توجه قرار داد.

واژگان کلیدی: مشکلات خواب؛ کودکان سن مدرسه؛ مداخلات رفتاری

مقدمه

اختلالات خواب در کودکان، از پدیده های بسیار شایع است که اشکال شدید آن می تواند در عملکرد بیمار و خانواده او تداخل ایجاد کند (۱). برآورد می شود که تقریباً ۲۰ تا ۳۰ درصد کودکان در طول سه سال اول زندگی و دوره های تکاملی پس از آن از مشکلات خواب رنج می برند (۲). همچنین برآورد شده که ۲۵ تا ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان بدون در نظر گرفتن سن مشکلات خواب را تجربه می کنند (۳). عادات خواب، کیفیت و کمیت خواب و سلامت دوران کودکی را تحت تاثیر قرار می دهد. یادگیری عادات ناصحیح خواب، فرایند زندگی بزرگسالی را نیز متاثر ساخته و سلامت فرد و جامعه را به مخاطره می اندازد. استراتژی های مختلفی برای حل مشکلات خواب کودکان وجود دارد، که از آن ها می توان به فنون مدیریت رفتاری، آموزش به والدین و تجویز دارو اشاره کرد. فنون مدیریت رفتاری و آموزش به والدین نسبت به درمان دارویی اغلب از اثربخشی بیشتری برخوردارند و همچنین هم از نظر والدین و هم برای متخصصان قابل قبول تر هستند و از عوارض جانبی بالقوه که وابسته به استفاده از دارو می باشد، پیشگیری می کنند (۴). فاکتورهای روانشناختی و رفتاری نقش عمده در تداوم بخشیدن به اختلالات خواب ایفا می کنند (۵).

مداخلات رفتاری به طور گسترده ای به عنوان خط اول موثر درمان بی خوابی شناخته شده است. در طول سه دهه اخیر درمان های متنوعی در این رابطه در دسترس قرار گرفته است. از میان آن ها، درمان شناختی رفتاری^۱ (CBT) به عنوان یکی از امید بخش ترین و کاربردی ترین درمان های بی خوابی مطرح می باشد. این مداخله براساس اصول یادگیری و رفتاری نظیر تقویت و پاداش پایه گذاری شده است. اهداف اولیه این روش شامل ترکیب عوامل مرتبط با بهبود کیفیت خواب، منظم نمودن برنامه خواب و انجام مهارت های آرام کننده است. این روش با آموزش والدین باعث تغییر رفتار والدین و به دنبال آن تغییر رفتار و عادات کودکان نیز تسهیل می گردد (۶).

این نوع درمان با توجه به ایجاد بهبودی پایدار در مشکلات خواب، بر درمان دارویی، آرام سازی و استفاده از دارونما ارجح بوده است (۷).

برنامه های آموزش رفتاری والدین، به عنوان اولین راهبرد پیشگیرانه برای درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری معرفی می شود و استفاده از این راهبرد در حال افزایش است (۸). درمان از طریق مداخلات رفتاری به فرد کمک می کند افکار یا رفتاری که به توانایی فرد برای به خواب رفتن آسیب می زند را تغییر داده و عادت هایی که باعث به وجود آمدن الگوی خواب سالم می شود را ایجاد نماید (۹). برخی مطالعات نشان می دهند مداخلات رفتاری می تواند مشکلات خواب کودکان و نوجوانان را کاهش دهد. از جمله مداخلات رفتاری از طریق تغییر جهت رفتارهای مرضی بی ارتباط به مشکلات خواب، به سمت رفتارهای منطقی مرتبط به مشکلاتی مانند کابوس، می توانند مشکلات خواب کودکان را رفع نمایند. از مشکلاتی که توسط مداخلات رفتاری قابل رفع می باشد، می توان به طول مدت و نظم خواب کودکان اشاره نمود که با دریافت مداخلات رفتاری از طرف کودک، این مشکل رفع خواهد شد (۱۰).

درمان شناختی رفتاری به فرد کمک می کند افکار یا رفتاری که به توانایی فرد برای به خواب رفتن آسیب می زند را تغییر دهد. همچنین به فرد کمک می کند عادت هایی که باعث به وجود آمدن الگوی خواب سالم می شود را ایجاد نماید (۶).

میندل و همکاران یک مطالعه مروری نظام مند از ۵۲ مطالعه در زمینه تاثیر مداخله رفتاری در رفع بی خوابی کودکان انجام دادند. آنها گزارش نمودند که ۹۴٪ مطالعات این روش را موثر دانسته اند. این مطالعه اذعان می دارد که مداخله رفتاری نه تنها سبب کاهش و رفع اختلال خواب در کودکان گردیده است بلکه سبب ارتقا رفتار کودکان شده است. از میان انواع مداخلات روش آموزش پیشگیرانه به والدین و روش خاموش سازی درجه بندی شده موثرترین روش ها بوده است (۱۱). بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش مداخلات رفتاری به والدین بر مشکلات خواب کودکان سن مدرسه پرداخته است.

^۱ Cognitive Behavioral Therapy

روش کار

گرفتند دعوت نامه جهت شرکت والدین در جلسه‌ی آموزشی داده شد. طی جلسه‌ی آموزشی یک ساعته که با حضور والدین و کودکان گروه مداخله برگزار شد، پژوهشگر ابتدا به معرفی خود و پژوهش پرداخت. اهداف را بیان نمود و شیوه‌ی انجام کار را توضیح داد. به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که از بین افرادی که در مرحله اول غربالگری شدند، آنها به صورت تصادفی و بر اساس جدول اعداد تصادفی در گروه مداخله قرار گرفتند. مطالب مندرج در پمفلت آموزشی به صورت شفاهی و به شیوه‌ی سخنرانی آموزش داده شد. نحوه‌ی اجرای مداخله و تکمیل چارت روزانه آموزش داده شد. به والدین توضیح داده شد که وظیفه‌ی اجرای مداخلات بر عهده‌ی خود کودک است و ایشان نقش ناظر و هماهنگ‌کننده و تسهیل‌کننده‌ی شرایط محیطی را بر عهده دارند. سپس افراد سوالات خود را مطرح کردند و پژوهشگر به ایشان پاسخ داد. پژوهشگر شماره تماس خود را نیز در اختیار والدین و کودکان قرار داد تا در صورت داشتن هر سوال یا مشکلی با وی تماس بگیرند. در پایان جلسه بسته‌هایی حاوی پمفلت آموزشی، چارت روزانه و برگه‌ی توضیحات درباره نحوه انجام مداخله و تکمیل چارت روزانه، در بین والدین توزیع گردید.

در پایان هر هفته پژوهشگر با والدین تماس گرفته و درباره‌ی نحوه‌ی اجرای موارد آموزش داده شده از آنها سوال کرد. طبق معیار خروج آن‌هایی که طبق چارت روزانه، یک هفته متوالی از اجرای آموزش‌ها امتناع کرده بودند، از پژوهش خارج شدند. در این مدت شرکت‌کنندگان نیز برای راهنمایی جستن درباره اجرای آموزش‌ها با پژوهشگر تماس می‌گرفتند.

چک لیست روزانه نیز لیستی ۱۰ موردی بود از کارهایی که باید کودک در طی هر شبانه روز انجام می‌داد و در اختیار والد قرار داشت تا با زدن علامت + به معنی انجام و یا - به معنی عدم انجام؛ روند اجرای آموزش‌ها را به ثبت برساند.

پس از گذشت ۴ هفته برای ارزیابی مداخله، مجدداً از شرکت‌کنندگان هر دو گروه درخواست شد به پرسشنامه‌ی

این پژوهش از نوع مداخله‌ای می‌باشد که پس از تایید در کمیته اخلاق دانشگاهی و ثبت در سامانه کارآزمایی ایران بر روی دختران ۷ تا ۱۲ ساله مشغول به تحصیل در مدارس شهر تهران صورت گرفت. پس از تصویب طرح و تاییدیه کمیته اخلاق و دریافت معرفی نامه از دانشگاه به اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه شد و مجوز ورود به محیط پژوهش کسب شد. با نمونه‌گیری از بین مدارس ابتدایی مناطق بیست و دوگانه تهران به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند. با در دست داشتن مجوز کتبی آموزش و پرورش و معرفی‌نامه‌ی دانشگاه به مدارس که از این طریق نمونه‌گیری شدند، مراجعه گردید. پژوهشگر بسته‌ی حاوی رضایت‌نامه و دعوتنامه شرکت در پژوهش را در بین دانش‌آموزان توزیع نمود. این فرایند جهت غربالگری و شناسایی دانش‌آموزان دارای مشکلات خواب انجام گردید. این دعوتنامه حاوی توضیحات کامل در مورد اهداف کلی پژوهش و هدف از تکمیل پرسشنامه، این‌که طرح مربوط به پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران است و معرفی مجری و پژوهشگر با ذکر سوابق تحصیلی و علمی ایشان و تاکید بر اختیاری بودن شرکت در طرح بود. در توضیحات از والدین خواسته شده بود که در صورت تمایل به شرکت در پژوهش به همراه فرزندشان، پرسشنامه بیرزا^۱ (BEARS) که آن نیز داخل بسته قرار داده شده بود، پاسخ دهند. در این مرحله هدف از تکمیل پرسشنامه؛ غربالگری کودکان دارای مشکلات خواب از کودکانی بود که فاقد مشکلات خواب بودند. ارزیابی بر مبنای خود اظهاری صورت گرفت. مجموعاً ۴۲۲ نفر غربالگری شدند. اگر پاسخگو حتی در یکی از حیطه‌ها اظهاری وجود مشکل کرده بود، به‌عنوان کودک دارای مشکل خواب شناخته شد. از بین کودکان دارای مشکلات خواب و دارای معیارهای ورود ۷۶ نفر به صورت تصادفی ساده و بر اساس جدول اعداد تصادفی وارد مطالعه شدند. این کودکان نیز به صورت تصادفی و بر اساس جدول اعداد تصادفی، به دو گروه ۳۸ نفره‌ی مداخله و کنترل تقسیم گردیدند. به کودکانی که در گروه مداخله قرار

^۱ BEARS: B=Bedtime Issues, E= Excessive Daytime Sleepiness, A=Night Awakenings, R=Regularity and Duration of Sleep, S=Snoring

جدول شماره ۲: ویژگی‌های کیفی دموگرافیک و زمینه‌ای واحدهای پژوهش

P-value	کنترل تعداد(درصد)	مداخله تعداد(درصد)	متغیرها
۰/۰۷	(۶۹/۴)۲۵	(۵۷/۹)۲۲	شغل پدر دولتی
	(۳۰/۶)۱۱	(۴۲/۱)۱۶	آزاد
	(۳۸/۹)۱۴	(۶۵/۸)۲۵	خانه-دار
۰/۱۱	(۴۷/۲)۱۷	(۲۸/۹)۱۱	شغل مادر دولتی
	(۱۳/۹)۵	(۵/۳)۲	سایر
۰/۲۷	(۶۶/۷)۲۴	(۹۲/۱)۳۵	والد شرکت کننده مادر
	(۱۳/۹)۵	(۷/۹)۳	پدر
	(۱۹/۴)۷	-	عدم پاسخ
۰/۰۶	(۹۱/۷)۳۳	(۷۳/۷)۲۸	خواب معجزا دارای اتاق
	(۸/۳)۳	(۲۶/۳)۱۰	خیر
۰/۶۷	(۳۸/۹)۱۴	(۳۴/۲)۱۳	ورزش منظم
	(۶۱/۱)۲۲	(۶۵/۸)۲۵	خیر
۰/۶۷	(۹۱/۷)۳۳	(۹۴/۷)۳۶	زندگی با هر دو والد
	(۸/۳)۳	(۵/۳)۲	خیر
۰/۸۴	(۱۶/۷)۶	(۱۸/۴)۷	در والدین مصرف سیگار
	(۸۳/۳)۳۰	(۸۱/۶)۳۱	خیر
۰/۶۱	(۵/۶)۲	(۲/۶)۱	مشکل خواب در والدین
	(۹۴/۴)۳۴	(۹۷/۴)۳۷	خیر
۰/۹۹	(۸۶/۱)۳۱	(۸۶/۸)۳۳	خواب توافق بر زمان
	(۱۳/۹)۵	(۱۳/۲)۵	خیر
۰/۹۹	(۸/۳)۳	(۱۰/۵)۴	طی تجربه ناخوشایند ۳ ماه گذشته
	(۹۱/۷)۳۳	(۸۹/۵)۳۴	خیر

BEARS پاسخ دهند. به منظور مقابله با خروج احتمالی نمونه‌ها از مطالعه پژوهشگر در تمام طول این مدت از طریق تلفن پاسخگوی سوالات کودک و والدین او بود و بر نحوه اجرای مداخلات نظارت کرد. در گروه کنترل ۲ نفر از نمونه‌ها از مطالعه خارج شد و تجزیه و تجزیه با ۳۶ نفر در گروه کنترل انجام شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش توزیع جزوه آموزشی، آموزش و پرسش و پاسخ از طریق جلسه‌ی آموزشی و نظارت از طریق تلفن فقط در گروه مداخله انجام شد و در گروه کنترل در طول چهار هفته هیچگونه آموزشی ارائه نگردید و بعد از انجام پس آزمون پمفلت در اختیار این گروه نیز قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۶ و آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های تی، من‌ویتنی، کای اسکوئر، آنالیز کوواریانس و ... مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

همان‌طور که جدول شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهد، بررسی‌ها مبین این بود که واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه در اکثر موارد از نظر متغیرهای دموگرافیک و سوالات بخش اول پرسشنامه تفاوت آماری معناداری نداشته و همگن بودند. آزمون تی مستقل چهار هفته بعد از اجرای مداخله در نظم ساعت بیداری در روزهای هفته، راه رفتن در خواب، خواب

جدول شماره ۱: ویژگی‌های کمی دموگرافیک و زمینه‌ای واحدهای پژوهش

متغیرها	گروه مداخله M±SD	گروه کنترل SD±M	P-value
سن (سال)	۱۰/۲۶ ± ۰/۵۵	۱۰/۳۳ ± ۰/۷۹	۰/۶۵
انجام ورزش در هفته (ساعت)	۱/۸۴ ± ۰/۸۹	۲/۲۰ ± ۱/۹۲	۰/۷۹
تماشای تلویزیون (ساعت)	۲/۴۶ ± ۱/۱۹	۲/۳۴ ± ۰/۹۴	۰/۶۳
بازی با رایانه (ساعت)	۰/۷۸ ± ۰/۹۴	۰/۹۵ ± ۰/۷۴	۰/۳۹

جدول شماره ۴: فراوانی ساعت و طول مدت خواب در

واحدهای پژوهش قبل و بعد مداخله

متغیر	زمان	قبل از مداخله		بعد از مطالعه		P-value
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
فراوانی ساعت خواب در شب های غیر تعطیل	قبل از ساعت ۲۲ تا ساعت ۲۲	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۷۰
		۱۲ (۳۲/۳)	۲۲ (۵۷/۹)	۱۰ (۲۷/۸)	۱۴ (۳۶/۸)	
	۱۷ (۴۷/۳)	۱۵ (۳۹/۵)	۱۸ (۵۰/۰)	۱۷ (۴۴/۷)		
	۷ (۱۸/۴)	۱ (۲/۶)	۸ (۲۲/۲)	۷ (۱۹/۴)		
فراوانی ساعت خواب در شب های تعطیل	قبل از ساعت ۲۲ تا ساعت ۲۲	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۰۲
		۲ (۵/۳)	۱۴ (۳۶/۸)	۰ (۰/۰)	۲ (۵/۳)	
	۵ (۱۳/۲)	۲۱ (۵۵/۳)	۹ (۲۵/۰)	۶ (۱۶/۶)		
	۳۱ (۸۱/۶)	۳ (۷/۹)	۲۷ (۷۵/۰)	۲۸ (۷۷/۸)		
فراوانی طول مدت خواب در شب های غیر تعطیل	کمتر از ۹ ساعت	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۱۹
		۳۰ (۷۸/۹)	۱۶ (۴۲/۱)	۲۷ (۷۵/۰)	۲۷ (۷۵/۰)	
	۸ (۲۱/۱)	۲۲ (۵۷/۹)	۹ (۲۵/۰)	۹ (۲۵/۰)		
	۳۱ (۸۶/۸)	۲۸ (۷۳/۷)	۳۰ (۸۳/۳)	۳۵ (۹۷/۲)		
فراوانی طول مدت خواب در شب های تعطیل	کمتر از ۹ ساعت	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۰۵
		۵ (۱۳/۲)	۱۰ (۲۶/۳)	۶ (۱۶/۷)	۱ (۲/۸)	
	۳۳ (۸۶/۸)	۲۸ (۷۳/۷)	۳۰ (۸۳/۳)	۳۵ (۹۷/۲)		
	۳۳ (۸۶/۸)	۲۸ (۷۳/۷)	۳۰ (۸۳/۳)	۳۵ (۹۷/۲)		
		P-value		P-value		
		≤ ۰/۰۰۱		۰/۹۲		۰/۸۷

جدول شماره ۵: فراوانی ساعت بیداری در واحدهای پژوهش

قبل و بعد مداخله

متغیر	زمان	قبل از مداخله		بعد از مداخله		P-value
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
فراوانی ساعت بیداری در روزهای غیر تعطیل	قبل از ساعت ۶	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۳۴
		۱۲ (۳۱/۶)	۱۰ (۲۶/۳)	۱۲ (۳۳/۳)	۱۵ (۴۱/۷)	
	۲۱ (۵۵/۳)	۲۳ (۶۰/۵)	۲۱ (۵۸/۳)	۱۶ (۴۴/۴)		
	۵ (۸/۳)	۵ (۱۳/۲)	۳ (۸/۳)	۵ (۱۳/۹)		
فراوانی ساعت بیداری در روزهای تعطیل	قبل از ساعت ۶	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	۰/۷۸
		۱ (۲/۶)	۰ (۰/۰)	۲ (۵/۶)	۰ (۰/۰)	
	۱ (۲/۶)	۱۳ (۳۴/۲)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)		
	۳۶ (۹۴/۸)	۲۵ (۶۵/۸)	۳۴ (۹۴/۴)	۱۰۰ (۱۰۰/۰)		
		P-value		P-value		
		۰/۳۴		۰/۹۲		≤ ۰/۰۰۱

روزانه، مشکلات بیدار شدن هنگام صبح، فراوانی بیداری مکرر شبانه، ساعت خواب و طول مدت خواب در شب های غیر تعطیل، ساعت خواب و طول مدت خواب در شب های تعطیل نشان داد تفاوت معنی داری بین دو گروه بوجود آمده است ($p < ۰/۰۵$). در رابطه با احساس خستگی در طول روز، دو گروه قبل از مداخله مشابه نبودند و در گروه مداخله اکثر واحدهای پژوهش احساس خستگی در طول روز را عنوان کرده بودند در حالی که در گروه کنترل فقط ۲۱/۲ درصد احساس خستگی در طول روز را داشتند. با این حال بعد از مداخله دو

پترمن^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۶ در پژوهشی که نتایج آن همسو با پژوهش حاضر است به بررسی اثرات درمان شناختی رفتاری بر اضطراب جوانان و مشکلات خواب پرداختند و نشان دادند که والدین این جوانان گزارش کرده‌اند که پس از درمان، مشکلات خواب فرزندانشان بهبود پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان داد میزان اضطراب افراد دارای مشکلات خواب گروه مداخله به نسبت گروه کنترل بهبود معناداری پیدا کرده بود. گزارش والدین حاکی از بهبود چشمگیری در زمان خواب و اضطراب فرزندان نیز بود. گزارش جوانانی که در فرآیند درمان شرکت کرده بودند به نسبت گزارش والدینشان، حاکی از اختلالات خواب کمتری پس از درمان بود (۱۳).

با توجه به محدودیت زمان انجام پایان نامه با وجود این که بالغ بر ۴۲۲ دانش آموز غربالگری شدند تنوع مشکلات خواب در آنها به گونه ای بود که به نظر می‌رسد در صورتی که حجم نمونه بالاتری انتخاب شود نتایج متفاوت خواهد بود. در مطالعه حاضر طبق معیار ورود هرکس به یک سوال از پرسشنامه پاسخ مثبت می‌داد به فرایند تصادفی سازی مطالعه وارد می شد که با توجه به تنوع مشکلات، انجام مطالعه‌ای با توان آزمون بالاتر مفید خواهد بود. همچنین با توجه به روش نمونه گیری توام گروه کنترل و مداخله احتمال انتقال اطلاعات بین افراد گروه مداخله و کنترل وجود داشت و نتایج باید با در نظر گرفتن این محدودیت تفسیر شود.

می‌توان نتیجه گرفت که مشکلات خواب کودکان اغلب شامل کابوس شبانه، بیدار شدن در طول شب و بی‌نظمی در ساعات

گروه مداخله و کنترل مشابه شده بودند و این به معنای تأثیر مداخله بر گروه مداخله می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر در جداول شماره ۳، ۴ و ۵ نشان داد مداخلات رفتاری می‌تواند مشکلات بیدار شدن هنگام بیدار شدن، طول مدت و نظم خواب کودکان را بهبود بخشد. اما در سایر جنبه‌های بهداشت خواب از جمله مشکلات شروع خواب، خواب آلودگی روزانه، فراوانی بیداری شبانه تفاوت معنی‌داری دیده نشد (۰/۰۰۱ < p).

بحث

با توجه به این که عمده‌ترین مشکل خواب کودکان تحت مطالعه حاضر بی‌نظمی در ساعات خواب و کمبود میزان خواب شبانه نسبت به سن‌شان بود نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخلات رفتاری می‌تواند طول مدت و نظم خواب کودکان را بهبود بخشد. اما در سایر جنبه‌های بهداشت خواب تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در ادامه نتایج پژوهش‌های همسو و همچنین نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

پژوهش‌های انجام شده عموماً به بررسی تأثیر مداخلات رفتاری بر مشکلات خواب (به‌طور کلی) پرداخته‌اند و کمتر این تأثیر را به تفکیک حیطه‌های آن مورد مقایسه قرار داده‌اند. در پژوهشی، ژاکلین^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۴ به بررسی اختلافات بر سر تأثیر درمان رفتاری مشکلات خواب کودکان و نوجوانان پرداختند و نشان دادند مداخلات رفتاری برای درمان مشکلات خواب در کودکان موثر هستند و باید برای پاسخگویی به نیازهای کودک و خانواده او طراحی شده و به کار گرفته شوند (۱۲).

^۱ Jocelyn

^۲ Peterman

مالی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بعنوان پایان نامه دانشجویی و همچنین مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری علوم پزشکی ایران انجام شد. لذا مراتب تشکر خود را از معاونین پژوهشی هر دو مرکز اعلام می‌داریم. همچنین از مسئولین آموزش و پرورش و مدارس تحت مطالعه و والدین عزیزی که در طول طرح با ما همراه بودند و کودکانی که در این طرح شرکت کردند سپاس‌گزاریم.

خواب و بیداری می‌باشد. ممکن است علت تأخیر خواب کودکان، تبعیت از الگوهای رفتاری والدین مثل بیدار ماندن در بستر یا پرداختن به کارهای دیگر مثل تماشای تلویزیون در اتاق خواب باشد. به نظر می‌رسد ایجاد یک برنامه زمانی مناسب در هر شب برای خواب کودکان می‌تواند در الگوی خواب آنها تأثیر گذار باشد. همچنین ایجاد یک برنامه مناسب برای بیدار شدن کودکان از خواب در طی روزهای عادی و تعطیلات که البته این زمان در روزهای عادی و تعطیلات نباید بیش از یک ساعت با هم اختلاف داشته باشند. رویکردهای رفتاری و شناختی می‌توانند باعث رفع مشکلات خواب کودکان گردند.

با توجه به اهمیت مفهوم خواب در پرستاری بالخصوص در پرستاری کودکان پیشنهاد می‌گردد این مبحث به صورت اصول بهداشت خواب در سنین مختلف در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاری گنجانده شود. همچنین در صورت تثبیت جایگاه پرستار مدرسه ارائه برنامه‌های آموزشی بهداشت خواب باید به عنوان بخش ضروری آموزش به کودک و والدین قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

مداخلات آموزشی موجب کاهش مشکلات خواب در کودکان به‌ویژه از نظر طول مدت و نظم خواب می‌شود. با توجه به شیوع بالای این مشکلات و اهمیت مفهوم خواب در پرستاری می‌توان برنامه‌ریزی برای آموزش بهداشت خواب در کودکان را مورد توجه قرار داد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بصورت یک طرح مشترک با شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT201412031788N9 با حمایت

References

1. Ghalehbaghi B. Reliability and Validity of Persian Version of "BEARS" Pediatric Sleep Questionnaire. *The Indian Journal of Sleep Medicine*. 2008;3(1).
2. Sadeh A, Gruber R, Raviv AJCd. Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. 2002;73(2):405-17.
3. Owens JA, Chervin RD, Hoppin AG. Behavioral sleep problems in children. *UptoDate* Waltham, MA Accessed. 2015;26.
4. Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
5. Badin E, Haddad C, Shatkin JPJCpr. Insomnia: the sleeping giant of pediatric public health. 2016;18:1-8.
6. Vriend J, Corkum PJPr, management b. Clinical management of behavioral insomnia of childhood. 2011:69-79.
7. Yarahmadi M, Hafezi F, Makvandi BJJoP, Psychology C. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for insomnia on emotional regulation and dysfunctional sleep beliefs among insomnia patients. 2022;28(2):196-209.
8. Houshvar P, Behnia F, Khoushabi K, Mirzaei H, Rahgozar MJ AoR. Effect of Group Parent Management Training on Behavioral Disorders of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. 2009;10(3).
9. Mitchell LJ, Bisdounis L, Ballesio A, Omlin X, Kyle SDJSmr. The impact of cognitive behavioural therapy for insomnia on objective sleep parameters: A meta-analysis and systematic review. 2019;47:90-102.
10. Turnbull K, Reid GJ, Morton JBJS. Behavioral sleep problems and their potential impact on developing executive function in children. 2013;36(7):1077-84.
11. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. " Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children": Erratum. 2006.
12. Thomas JH, Moore M, Mindell JAJSMC. Controversies in behavioral treatment of sleep problems in young children. 2014;9(2):251-9.
13. Peterman JS, Carper MM, Elkins RM, Comer JS, Pincus DB, Kendall PCJJoad. The effects of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety on sleep problems. 2016;37:78-88.

The effect of behavioral intervention training for parents on sleep problems in school-age children

Sepideh Mirzaei¹; Taraneh Taghavi²; Lily Boreimnejad^{3*}; Maryam Hasani⁴

1. Master of Science in Pediatric Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychiatry, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Professor, Nursing and midwifery care research center, School of Nursing and Midwifery, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Introduction: Sleep disorder in children is a very common phenomenon that can interfere with the performance of the child and his family. Considering the negative effects of sleep problems on the health of the individual and society, it is important to solve these problems through a reliable method. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the effect of behavioral intervention training on sleep problems in school-age children.

Methods: In this intervention study, 76 children with sleep problems in elementary schools in Tehran city were selected through randomly cluster sampling, and then divided into intervention (38 individuals) and control (38 individuals) groups based on a random number table. The inclusion criteria for the study were age 7 to 12 years, the presence of sleep problems based on information completed in the BEARS questionnaire, the absence of chronic or underlying neurological diseases, and the disuse of neurologic medications. The exclusion criteria included the unwillingness of the parent or child to continue participating in the study, failure to participate in the training session, and failure to implement the intervention for 7 consecutive days. The intervention included sleep hygiene education in a one-hour training session along with an educational pamphlet. After 4 weeks of training, they answered the questionnaire again. No intervention was performed in the control group. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics such as t-test, Mann-Whitney, Chi-square and analysis of covariance.

Results: There was no significant difference in the duration and regularity of sleep between the intervention and control groups before the intervention, while this difference was statistically significant after the intervention (P-value <0.001). In other aspects of sleep hygiene, although there were positive changes among the intervention subjects compared to before the intervention, there was no significant difference between the two groups.

Conclusion: The results showed that educational interventions reduce sleep problems in children, especially in terms of sleep duration and regularity. Given the high prevalence of these problems and the importance of the concept of sleep in nursing, planning for sleep hygiene education in children can be considered.

Keywords: Sleep problems; School-age children; Behavioral interventions