

بررسی تأثیر آموزش رفتارهای خواب به مادران بر عادات خواب کودکان خردسال مهدکودک‌های شهر همدان

طیبه حسن طهرانی^۱، زینب حسینی^۲، لیلی تاپاک^۳، آرش خلیلی^{۱*}

^۱مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۲گروه پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۳مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: عدم رعایت عادات مناسب خواب باعث بروز تغییرات کوتاه مدت در شاخص‌های بیولوژیکی، فعالیت هورمونی و به دنبال آن اضافه وزن یا چاقی و دیابت در کودکان می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین و تأثیر آموزش رفتارهای خواب به مادران بر عادات خواب کودکان خردسال مهدکودک‌های شهر همدان در سال ۱۳۹۶ بود

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی و مداخله‌ای، ۸۴ مادر کودک خردسال (در هر گروه) با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مهدکودک شهر همدان، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سنجش عادات خواب کودکان CSHQ اوزن بود. در گروه آزمون دو جلسه آموزشی در قالب سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی طی یک هفته، با فاصله سه روز، هر جلسه ۵۰ دقیقه در گروه‌های ۱۵-۱۰ نفره برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی زوجی، تی مستقل و کولموگروف اسمیرونوف تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در کل مسایل خواب کودکان گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ($p < 0/05$)، اما بین میانگین نمرات تمام حیطه‌های خواب کودکان گروه آزمون و کنترل به جز مقاومت زمان خواب، بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/05$). بین میانگین نمرات گروه آزمون در تمام حیطه‌ها و در کل مسایل خواب کودکان قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین در گروه کنترل بین میانگین نمرات حیطه‌های مقاومت زمان خواب، قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین نمرات مسایل خواب در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله، آموزش عادات صحیح خواب به مادران می‌تواند باعث بهبود کیفیت خواب در کودکان خردسال شود.

واژگان کلیدی: عادات خواب، کودکان، مهد کودک، آموزش

*نویسنده مسئول: آرش خلیلی، همدان، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات مادر و کودک

Email: arash5920@yahoo.com

مقدمه

مراکز مربوط به خواب تا ۳۷ درصد گزارش شده است (۶). بنابراین برقراری الگوی سالم خواب در کودکان، نیاز به اطلاعات و همکاری والدین دارد و لازم است در هر ویزیت پایش رشد، در مورد خواب کودک از والدین سؤال شود و والدین نیز متوجه اهمیت موضوع باشند (۷). مور و همکاران در مطالعه خود، شیوع اختلالات خواب کودکان را ۱۵ تا ۸۶ درصد ذکر کردند (۸). گلدمن و همکاران نیز این میزان را ۳۳ درصد گزارش کردند (۹). در پژوهشی دیگر که به وسیله رزبیکا و همکاران انجام گرفت میزان اختلالات خواب در کودکان، ۴۲ درصد ذکر گردید (۱۰). در ایران، میزان اختلالات خواب در پژوهش‌های مختلف دارای طیفی گوناگون است. پناهی و همکاران، میزان اختلالات خواب را در کودکان مورد پژوهش، ۴۱/۶ درصد گزارش کردند (۱۱). یوسف گمرکچی و همکاران نیز نشان دادند که می‌توان نتیجه گرفت که دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر رشت دارای عادات خواب مناسبی نیستند. از سوی دیگر 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 نامناسب در کودک می‌شود. در واقع عادات، کیفیت و کمیت خواب می‌تواند سلامتی دوران کودکی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲). هم‌چنین یادگیری عادات خواب در دوران کودکی، فرآیند زندگی بزرگسالی را متأثر ساخته و سلامت فرد و جامعه را به مخاطره

یکی از مهم‌ترین رفتارهایی که نقش مهمی در سلامتی انسان دارد، خواب است (۱). خواب یکی از نیازهای اساسی انسان و یک متغیر مهم سلامتی است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی است و محرومیت از آن، تأثیرات سوء زیادی بر ذهن و جسم انسان می‌گذارد. در واقع تبعیت از برنامه منظم و داشتن عادات مناسب خواب، موجب تسهیل فرآیند خواب و احساس آرامش پس از بیداری می‌گردد (۲). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که خواب سبب ترشح هورمون رشد، ارتقای تکامل کودکان، وزن‌گیری و رشد بهتر می‌گردد، این امر در سنین کودکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳). در طی دوران کودکی، سالیان خردسالی، مهم‌ترین دوران بروز مشکلات خواب است (۴). میزان نیاز به خواب در انسان‌ها متفاوت بوده و به عوامل گوناگون نظیر؛ سن، زمینه ژنتیکی، حالات فیزیکی و روانی شخص بستگی دارد به طوری که خواب از ۶ هفتگی که حدود ۱۴ تا ۱۶ ساعت است به ۱۲ تا ۱۴ ساعت در یک سالگی می‌رسد (۴)، اما با وجود این که میزان خواب کودکان با افزایش سن آنان کاهش می‌یابد ولی نسبت به بزرگسالان زمان بیشتری به خواب نیاز دارند و خواب در سنین کودکی اهمیت زیادی می‌یابد (۵). از سوی دیگر شروع اختلالات خواب در دوران کودکی بسته به گروه مطالعه و مراکز ارایه دهنده مراقبت، متفاوت ذکر شده است. میزان اختلال خواب در مراقبت‌های اولیه ۱۰ تا ۳۰ درصد و در

می‌اندازد(۱۳). در این رابطه مطالعه‌ای که آستیل و همکاران انجام دادند نشان داد که خواب ناکافی در کودکان با نقص در سنن بالاتر و عملکردهای شناختی پیچیده و افزایش مشکلات رفتاری همراه است(۱۴). همچنین خواب با کیفیت پایین و ناکافی منجر به خواب آلودگی در طول روز و بی‌نظمی خلق و رفتار می‌شود و بر عملکرد شناختی عصبی کودکان تأثیر می‌گذارد(۱۵). پیشگیری و مداخله زود هنگام در درمان مشکلات خواب از طریق آموزش والدین امری ضروری است، بنابراین آموزش خانواده‌ها درباره تکامل رفتارهای خواب سالم باید در هنگام ویزیت پرستار از منزل انجام شود و در مورد طبیعی بودن بعضی از این رفتارها از قبیل مقاومت کودک خردسال هنگام رفتن به رختخواب، آموزش ببینند و اقداماتی که می‌تواند مفید باشد را یاد بگیرند(۱۶). زیرا ارتقاء دانش، باورها و عملکرد مادران در زمینه‌های مراقبتی از جمله چگونگی رفتار و عملکرد در هنگام مشکلات خواب کودک خردسال، می‌تواند بر شکل‌گیری عادات صحیح رفتاری و به خصوص عادات خواب کودک مؤثر باشد و مشکلات خواب در طی دوران تکامل را به عنوان چراغ راهنما برای پیشگیری از بروز بسیاری از اختلالات مزمن هم‌چون اضطراب، افسردگی و اختلال یادگیری شناخته شده است(۱۷). بنابراین با توجه به اهمیت خواب و شیوع اختلال خواب در سن خردسالی، دسترسی راحت‌تر به کودکان خردسال سالم در مهد های کودک، کم بودن مطالعات خواب در کودکان سالم و شکل‌گیری عادات و رفتار خواب

مناسب و با کیفیت و نقش مهم و غیر قابل انکار مادران، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین و تأثیر آموزش رفتارهای خواب به مادران بر عادات خواب کودک خردسال انجام دهد.

روش بررسی

در این مطالعه کارآزمایی بالینی و مداخله‌ای، دارای گروه آزمون و کنترل با پیش‌آزمون - پس آزمون بود. کلیه مادران دارای کودک خردسال مهدهای کودک شهر همدان جامعه پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش ۸۴ مادر کودک خردسال دارای معیارهای ورود به مطالعه، از مهدهای کودک کل شهر همدان در کشور ایران نمونه پژوهش را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. بدین ترتیب که ابتدا لیست و آدرس مهدهای کودک شهر همدان از سازمان بهزیستی تهیه شد. تعداد مهدهای کودک شهر همدان ۱۳۰ مهد بود. برای انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا شهر همدان به مناطق جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم و سپس به منظور دستیابی به حجم نمونه با توجه به توزیع جغرافیایی مهدهای کودک، از هر منطقه ۴ تا ۶ مهدکودک به صورت تصادفی انتخاب شد.

با لحاظ کردن سطح اطمینان آزمون ۹۵ درصد و توان آزمون برابر ۸۰ درصد و با استناد به مطالعات مشابه (هیس کوک و همکاران)(۱۸) با در نظر گرفتن میانگین پاسخ دو گروه به ترتیب برابر $8/8 \pm 57/8$ و $7/5 \pm 53/2$ و ۱۰ درصد ریزش احتمالی نمونه‌ها و

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک کودک-والدین و پرسشنامه سنجش عادات خواب کودکان است. این پرسشنامه به وسیله اונز و همکاران، برای ارزیابی عادات خواب کودکان سنین قبل از مدرسه و سن مدرسه طراحی شده است. پرسشنامه حاوی ۲۵ عبارت به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای مشتمل بر ۸ حیطة مقاومت زمان خواب، اضطراب زمان خواب، پاراسومنيا، اختلالات تنفسی حین خواب، بیدار شدن در شب، خواب آلودگی در طول روز، طول مدت خواب و تأخیر شروع خواب است. عبارات ۱، ۲، ۹، ۱۰ و ۲۸ به صورت معکوس نمره دهی می‌شوند. دامنه نمره کل بین ۳۳ تا ۹۹ می‌باشد. نمره کل بالاتر (نمره مساوی یا بیشتر از ۴۱) نشانه کیفیت پایین خواب خواهد بود. لازم به ذکر است هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد نشان دهنده کیفیت پایین تر خواب می‌باشد (۱۹). همسانی پرسشنامه در پژوهش وانگ و همکاران میزان آلفای کرونباخ ($\alpha=0/80$) تعیین شده است (۲۰). در مطالعه ازگلی و همکاران اعتبار پرسشنامه عادات خواب کودکان براساس اعتبار محتوی انجام شده است و همسانی درونی آن $\alpha=0/82$ به دست آمد (۲۱). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از اندازه گیری آلفای کرونباخ $0/81$ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود.

معیارهای ورود به مطالعه در کودک شامل سن کودک ۳ تا ۶ سال، عدم ابتلا به بیماری مزمن یا حاد (بیماری که روی خواب کودک تاثیر بگذارد)، یا

لحاظ کردن ضریب تصحیح نمونه‌گیری خوشه‌ای $1/5$ برابر، حجم نمونه در هر گروه حداقل برابر ۸۴ نفر برآورد گردید.

در مرحله بعد، به صورت تصادفی ساده و بر اساس تعداد کودکان و مادران دارای معیارهای ورود به مطالعه، ۳ مهد کودک به عنوان گروه آزمون و ۳ مهدکودک به عنوان گروه کنترل (به جز غرب شهر که ۲ مهد به عنوان گروه آزمون و ۳ مهد به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند) از مناطق جغرافیایی مشابه انتخاب گردید. بدین ترتیب از هر منطقه جغرافیایی در کل ۱۱ مهد به عنوان گروه آزمون (۸۴ مادر کودک خردسال) و ۱۲ مهد به عنوان گروه کنترل (۸۴ مادر کودک خردسال) انتخاب گردید. علت انتخاب مهدهای کودک متفاوت برای گروه آزمون و کنترل این بود که امکان تبادل اطلاعات بین مادران دو گروه نباشد. در مرحله آخر نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و با استفاده از جدول اعداد تصادفی و اختصاص یک عدد به هر کودک خردسال ثبت نام نموده در مهدهای کودک مورد بررسی به تناسب تعداد کودکان خردسال در هر مهدکودک و با در نظر گرفتن توزیع جغرافیایی مهدهای کودک، ۸۴ مادر دارای کودک خردسال به عنوان گروه آزمون و تعداد ۸۴ مادر دارای کودک خردسال در همان محدوده سنی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. بدین ترتیب حجم نمونه ۱۶۸ مادر دارای کودک خردسال بود.

بیماری روانی و شناختی، فرزند اول خانواده بود. معیارهای ورود مادر شامل مادر دارای کودک بین ۳ تا ۶ سال، ساکن شهر همدان، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و پرسنل کادر درمان نباشد، همچنین مسئولیت خواب کودک با وی باشد و سابقه دریافت آموزش الگوهای خواب را نداشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت منظم مادر در جلسات آموزشی، نقل مکان مادر و کودک از مهدکودک مورد بررسی و ابتلاء کودک به بیماری که منجر به بستری بوده و روی خواب وی تأثیر بگذارد.

این پژوهش در شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی با کد IR.UMSHA.REC.1395.528، تصویب شد. مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی همدان و سازمان بهزیستی کل استان همدان گرفته شد، سپس مهدهای کودک هدف تعیین گردید. پژوهشگر به مهدهای کودک مورد نظر مراجعه کرده و بعد از هماهنگی با مدیران محترم مهدهای کودک، اهداف پژوهش را معرفی نمود و با انجام هماهنگی های لازم با ایشان، قبل از شروع پژوهش، مصاحبه ای به منظور نیازسنجی با برخی از مادران جهت تعیین محتوای متناسب با مسایل مادران در رابطه با مشکلات خواب کودکان، انجام داد و مشکلات آنان استخراج گردید. سپس بر اساس لیست کودکان مهدکودک، کودکان ۳ تا ۶ ساله دارای معیارهای ورود انتخاب و با مادران آنان تماس تلفنی گرفته شد. اهداف مطالعه برای مادران توضیح داده

شد و رضایت نامه کتبی از مادران اخذ شد. پس از انجام هماهنگی های لازم با مادران، مدیران و مربیان مهدهای کودک، در تاریخ و ساعات تعیین شده، مادران به مهدهای کودک جهت تکمیل پرسشنامه ها دعوت شدند. پرسشنامه ها در دو مرحله (یک هفته قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله) به وسیله مادران هر دو گروه تکمیل شد.

جهت تشکیل جلسات آموزشی برای گروه آزمون، پس از هماهنگی با مادران و مدیران مهدهای کودک دارای سالن اجتماعات و توافق در مورد تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسات، جلسات آموزشی برگزار شد. دو جلسه آموزشی با فاصله سه روز و در طی یک هفته و هر جلسه به مدت ۵۰ دقیقه در گروه های ۱۵-۱۰ نفره برای گروه آزمون برگزار شد. جلسات در قالب سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی تنظیم شدند. در پایان جلسه دوم، کتابچه آموزشی تهیه شده در اختیار مادران گروه آزمون قرار گرفت. در طی یک ماه پس از مداخله، طی تماس های تلفنی در روزها و ساعات هماهنگ شده قبلی، به سوالات و ابهامات مادران پاسخ داده شد. در گروه کنترل بدون هیچ مداخله ای، تکمیل پرسشنامه ها به وسیله مادران، همزمان و همانند گروه آزمون انجام شد. در پایان پژوهش، ضمن ارایه کتابچه آموزشی به مادران گروه کنترل، به سوالات آنان نیز پاسخ داده شد. کتابچه آموزشی، محتوای آموزشی بر اساس کتب مرجع پرستاری کودکان و منابع علمی در دسترس تهیه شد و با توجه به مصاحبه با مادران،

اختلاف معنی‌داری بین اطلاعات دموگرافیک در گروه آزمون و کنترل وجود نداشت.

تفاوت معنی‌داری در حیطه‌های مسایل خواب کودکان خردسال مهدهای کودک مورد مطالعه بین گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی مستقل مشاهده نشد (جدول ۱).

بین میانگین نمرات تمام حیطه‌ها و کل مسایل خواب کودکان گروه آزمون و کنترل، بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، نشان داده شد ($p < 0/05$). فقط در حیطه مقاومت زمان خواب تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲).

بر اساس آزمون آماری تی زوجی مشخص شد که در گروه آزمون، بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در کل مسایل خواب کودکان قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین در گروه کنترل بین میانگین نمرات حیطه‌های مقاومت زمان خواب، قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$).

محتوای آن با مشکلات مطرح شده از سوی مادران، تطابق داده شد. جهت تعیین محتوای صحیح از نظرات اساتید استفاده گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی زوج، تی مستقل و کولموگروف اسمیرونوف تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونوف نمایانگر توزیع نرمال نمرات واحدهای پژوهش در حیطه‌ها و کل مسایل خواب کودکان قبل و بعد از مداخله بود. بیشترین درصد کودکان مورد پژوهش در گروه آزمون دختر (۴۴ درصد) و در دامنه سنی ۳-۴ سال (۲۵ درصد) و در گروه کنترل دختر (۴۸/۸ درصد) و در دامنه ۶-۴ سال (۶۷/۹ درصد) قرار داشتند. بیشترین درصد مادران در گروه آزمون (۵۱/۲ درصد) و کنترل (۴۲/۹ درصد) دارای لیسانس بودند. بیشترین درصد والدین در گروه آزمون (۹۷/۶ درصد) و گروه کنترل (۹۲/۵ درصد) متأهل بوده‌اند.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات واحدهای پژوهش در حیطه‌های مسایل خواب کودکان خردسال مهدهای کودک مورد مطالعه گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله

حیطه ها	تفاوت میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون تی مستقل $df=166$	سطح معنی‌داری
مقاومت زمان خواب	۰/۵۳	۰/۳۶	۱/۴۴	۰/۱۵
تاخیر شروع خواب	۰/۰۰۴	۰/۱	-۰/۰۴۱	۰/۹۶۷
طول مدت خواب	۰/۰۰۰	۰/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹
اضطراب زمان خواب	۰/۰۳۶	۰/۲۷	-۰/۱۳۲	۰/۸۹۵
بیدار شدن در شب	۰/۰۱	۰/۲	۰/۰۵۷	۰/۹۵۴
پاراسومینا	-۰/۰۹	۰/۳	-۰/۳۱	۰/۷۵۵
اختلالات تنفسی خواب	-۰/۱۶	۰/۱۸	-۰/۹۱	۰/۳۶۴
خواب آلودگی در طول روز	۰/۰۰۰	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
آموزش رفتار خواب (کل)	۰/۲۸	۰/۹۷	۰/۲۹۲	۰/۷۷۱

در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است. در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات واحدهای پژوهش در حیطه‌های مسایل خواب کودکان خردسال مهدهای کودک مورد مطالعه گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله

حیطه ها	تفاوت میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۰/۹۵		آماره آزمون تی مستقل $df = ۱۶۶$	سطح معنی‌داری
			دامنه پایین	دامنه بالا		
مقاومت زمان خواب	-۰/۵۹	۰/۳۴	-۱/۲۶	۰/۷	-۱/۷۶۱	۰/۰۸
تاخیر شروع خواب	۰/۳	۰/۱۱	۰/۰۸	۰/۵	۲/۷۱۷	۰/۰۰۷**
طول مدت خواب	-۰/۴۲	۰/۲	-۰/۸۳	-۰/۰۲	-۲/۰۸	۰/۰۳۷**
اضطراب زمان خواب	-۱	۰/۲۵	-۱/۴۹	-۰/۵	-۲/۹۷۷	۰/۰۰۱**
بیدار شدن در شب	-۱/۲	۰/۱۹	-۱/۶۹	-۰/۹۳	-۶/۷۴۸	۰/۰۰۱**
پاراسومینا	-۲/۹	۰/۲۷	-۳/۴۷	-۲/۴	-۱۰/۸۰۷	۰/۰۰۱**
اختلالات تنفسی خواب	-۲/۰۵	۰/۱۴	-۲/۳۳	-۱/۷۶	-۱۴/۰۸۲	۰/۰۰۱**
خواب آلودگی در طول روز	-۱/۷۶	۰/۳۷	-۲/۴۹	-۱/۰۳	-۴/۷۸۱	۰/۰۰۱**
آموزش رفتار خواب(کل)	-۹/۷۷	۰/۹۳	-۱۱/۶	-۷/۹	-۱۰/۵۱۷	۰/۰۰۱**

* در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی‌دار است. ** در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

بحث

وچانگ(۲۴)، قانعیان و همکاران(۲۵) همراستا است. قانعیان در مطالعه خود که با هدف تعیین شیوع اختلالات خواب و اختلالات یادگیری عصب روانشناختی در کودکان پیش از دبستان انجام داد بیان کرد که شیوع اختلال خواب و کم توجهی در بین این گروه از کودکان بالاست و ضرورت دادن آگاهی و آموزش برای جبران و جلوگیری از ادامه این مشکل ضروری دانستند، اما این یافته با یافته مطالعه بحرانی (۲۶) و مهری و همکاران(۲۷) همراستا نیست که همراستا نبودن را می‌توان به علت متفاوت بودن ویژگی‌های واحدهای مود پژوهش تفسیر نمود. در مطالعه بحرانی و همکاران نمونه‌ها دارای مشکلاتی مانند متغیر نوع خانواده(خانواده هسته‌ای) بودند که خود می‌تواند سبب استرس و مشکلات خواب در این کودکان شود، حال آن‌که در مطالعه حاضر ۹۲/۵ درصد کودکان در کنار خانواده زندگی می‌کردند و مشکلات خانواده‌های تک هسته‌ای را

با توجه به این که ارتقاء دانش، باورها و عملکرد مادران در زمینه‌های مراقبتی در زمینه مشکلات خواب کودک خردسال و شکل‌گیری عادات صحیح خواب کودک مؤثر است و باعث پیشگیری از بروز بسیاری از اختلالات مزمن هم‌چون اضطراب، افسردگی و اختلال یادگیری می‌شود(۱۷)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و تأثیر آموزش رفتارهای خواب به مادران بر عادات خواب کودکان خردسال مهدکودک‌های شهر همدان در سال ۱۳۹۶ بود.

در مقایسه عادات خواب کودکان خردسال در گروه آزمون و در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله، آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه آزمون، بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در کل مسایل خواب کودکان قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت که این یافته با یافته مطالعه چهارزاد(۲۲)، میکاییلی منبع(۲۳)، هیسکوک(۱۸)

خواب کودکان داشته باشد و از نظر ایشان مدت زمان بالای آموزش یک شاخصه مهم بود (۲۹) و این نکته دقیقاً نقطه ضعف اکثر مطالعات ذکر شده بود.

در مقایسه عادات خواب کودکان خردسال قبل از آموزش به مادران بین گروه آزمون و کنترل، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در کل مسایل خواب کودکان گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت و با یافته مطالعه امین شکرایی (۳۲)، و ویلسون (۳۳) همراست، اما با مطالعه راویکی ران و همکاران (۳۴) هم راستا نبود که یافته مطالعه حاضر نشانگر انتخاب درست تصادفی‌سازی نمونه‌ها بوده است.

همچنین در مقایسه عادات خواب کودکان خردسال بعد از آموزش به مادران، یافته‌های مطالعه تأثیر آموزش به مادران را روی میانگین نمرات تمام حیطه‌ها و کل مسایل خواب کودکان به جز در حیطه مقاومت زمان خواب نشان داد که این یافته با مطالعه تان (۲۹)، امین شکرایی (۳۲)، ون لیستبرگ (۳۵) هیسکوک (۱۸)، خزاعی (۲۸)، سورانی و همکاران (۳۶) هم راستا بود. سورانی در مطالعه خود که روی ۴۴۹ کودک سن ابتدایی و راهنمایی در جنوب تکراس انجام شد، نشان داد که آموزش خواب به این گروه از کودکان به شکل مؤثری کیفیت خواب را بهبود بخشید و مشکلات خواب را تا حد زیادی برطرف نمود. تان نیز در مطالعه خود اظهار می‌دارد که آموزش بهداشت خواب در عرض ۸ هفته می‌تواند باعث بهبود کیفیت

نداشتند (۲۶). در مطالعه مهری و همکاران نیز گروه مورد بررسی کودکان بیش فعال بودند که در این گروه به خاطر ویژگی‌های اختلال ذکر شده، داشتن اختلال خواب امری طبیعی بوده و انتظار وقوع اختلال خواب تقریباً امری طبیعی است. همچنین بین میانگین نمرات حیطه‌های تأخیر شروع خواب، بیدارشدن در شب، خواب آلودگی در طول روز و آموزش رفتار خواب به صورت کلی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت که با یافته خزاعی (۲۸)، تان (۲۹)، محمدی (۳۰) و اورکمن و همکاران (۳۱) هم راستا بود، اما با مطالعه چهارزاد (۲۲) و مهری (۲۷) همراست نبود. علت ناهمراست بودن یافته چهارزاد و همکاران را می‌توان در نوع واحدهای مورد پژوهش دانست چرا که مطالعه ایشان بر روی کودکان بیش فعال انجام شده بود. از علل دیگر همراست نبودن یافته ایشان می‌توان به برگزاری جلسه‌های کم و کوتاه مدت آموزش خواب اشاره کرد چرا که ایشان گروه آزمون را تحت آموزش رفتاری گروهی سه جلسه حضوری و دو جلسه پیگیری تلفنی قرار دادند و پرسشنامه‌ها بلافاصله پر شدند یعنی اطلاعات قبل از به کارگیری و تمرین به وسیله خانواده‌ها جمع‌آوری شد، بنابراین نمی‌توان در خصوص صحت و به کارگیری اطلاعات داده شده اظهار نظر دقیقی کرد. مطالعه تان این نقیصه مطالعه چهارزاد را بیشتر آشکار می‌کند. تان در مطالعه خود اظهار داشت که برگزار کردن کلاس‌های آموزش بهداشت خواب بالاتر از ۸ هفته می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود آموزش بهداشت

و نیز کودکان در جهت بهبود کیفیت خواب بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان نبود تجهیزات سمعی بصری و فضای مناسب آموزشی در بعضی از مهد کودک‌ها و احتمال کاهش یادگیری مادران اشاره کرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و تمام کسانی که حاضر به همکاری و شرکت در این مطالعه شدند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

خواب شود. پاونن نیز در مطالعه خود دریافت که آموزش ۳ هفته‌ای به کودکان باعث بهبود وضعیت خواب آنها می‌شود (۳۷)، اما این یافته با یافته مطالعه چهرزاد و همکاران هم خوانی نداشت که تفاوت عمده به مدت زمان آموزش برمی‌گردد. در واقع به جهت مقایسه می‌توان مطالعه چهرزاد و همکاران را با مطالعه هیسکوک و همکاران (۱۸) مقایسه کرد. هر دو مطالعه بر روی کودکان بیش فعال انجام شد، اما مطالعه هیسکوک در عرض ۶ ماه و مطالعه چهرزاد در عرض ۳ جلسه انجام شد و بعد از آموزش رفتارهای خواب مشاهده کرد که مشکلات خواب به طور وسیعی کاهش یافته است، اما چهرزاد در مطالعه خود به دلیل محدودیت زمانی و تعداد کم نمونه به این مهم دست نیافت. با توجه به کوتاه بودن زمان این مداخله نسبت به مطالعه هیسکوک معنی‌دار نبودن با حیطة خواب را می‌توان توجیه نمود.

نتیجه‌گیری

از آنجا که خواب راحت و بدون اختلال در کودکان بسیار مهم است و با رشد و تکامل کودک ارتباط مستقیمی دارد، آموزش عادات مناسب خواب در دراز مدت به والدین و کودکان، می‌تواند موجب بهبود آگاهی و عملکرد ایشان در زمینه بهبود و کیفیت خواب کودکان شود. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش عادات صحیح خواب به مادران توانست باعث بهبود کیفیت خواب در کودکان خردسال در مهدکودک شود، بنابراین توصیه می‌شود آگاهی آموزش والدین

REFERENCES

1. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 2012; 16(2): 129-36.
2. El-Sheikh M, Kelly RJ, Philbrook LE. Sleep and development: Familial and socio-cultural considerations. *Family Contexts of Sleep and Health Across the Life Course*: Springer; 2017; 25-49.
3. Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics* 2007; 2(3): 353-61.
4. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing-E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2016; 12.
5. Quach J, Hiscock H, Wake M. Sleep problems and mental health in primary school new entrants: Cross-sectional community-based study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2012; 48(12): 1076-81.
6. 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* 2005; 28(12): 1568-77.
7. Tietze AL, Blankenburg M, Hechler T, Michel E, Koh M, Schlüter B, et al. Sleep disturbances in children with multiple disabilities. *Sleep Medicine Reviews* 2012; 16(2): 117-27.
8. Meltzer LJ, Moore M. Sleep disruptions in parents of children and adolescents with chronic illnesses: prevalence, causes, and consequences. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 33(3): 279-91.
9. 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. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2011; 5(3): 1223-9.
10. Rzepecka H, McKenzie K, McClure I, Murphy S. Sleep, anxiety and challenging behaviour in children with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2011; 32(6): 2758-66.
11. Panaghi L, Kafashi A, Seraji M. Epidemiology of sleep disorders in primary school students in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2004; 10(1): 50-8.
12. Yousef Gomrokchi M, Shafipour Z, Paryad E, Atrkare Roshan Z. A study of sleep habits of the students of primary schools of Rasht city from parents, point of view. *SDHRC*. 2011; 19(62): 40-5.
13. Blair PS, Humphreys JS, Gringras P, Taheri S, Scott N, Emond A, et al. Childhood sleep duration and associated demographic characteristics in an English cohort. *Sleep* 2012; 35(3): 353-60.
14. Astill RG, Van der Heijden KB, Van IJzendoorn MH, Van Someren EJ. Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin* 2012; 138(6): 1109.
15. Sadat Hoseini A. The effect of non-pharmacological measures on the improvement of sleep in children with chronic diseases. *Journal of Nursing Research*. 2011; 7(27): 60-72.
16. Meltzer LJ, Johnson C, Crosette J, Ramos M, Mindell JA. Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics* 2010; 125(6): e1410-e8.
17. Gregory AMS. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 2012; 16(2): 129-36.
18. Hiscock H, Sciberras E, Mensah F, Gerner B, Efron D, Khano S, et al. Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health. *Randomised Controlled Trial BMJ* 2015; 350: h68.
19. 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.
20. 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 Medicine* 2013; 14(1): 45-52.
21. Ozgoli G, Sheykhan Z, Soleimani F, Mirzaie S, Kavousi F, Farokhi T, 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.
22. Chehrazad M, Mehri M, Kazemnejad E, Ziyaei T. The Effect of parent behavioral training on the attitude of children with attention deficit hyperactivity disorder in school children. *SDHRC* 2014; 3: 40.
23. Michaeli Manee F, Alizadeh S, Hassan Pour E, Sadighie Z. Relationship between Mothers' Depression and Sleep Problems in 3-6 Year Old Preschool Children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25(129): 102-17.
24. Chung S, Wilson KE, Miller AL, Johnson D, Lumeng JC, Chervin RD. Home sleeping conditions and sleep quality in low-income preschool children. *Sleep Medicine Research (SMR)* 2014; 5(1): 29-32.

25. Ghaneian M, Kazemi-Zahrani H. Prevalence of sleep disturbance and Neuropsychological learning Disabilities in preschool children in Isfahan City. *SSU Journals* 2016; 24(6): 501-12.
26. Bharti B, Malhi P, Kashyap S. Patterns and problems of sleep in school going children. *Indian Pediatrics* 2006; 43(1): 35.
27. Mehri M, Chehrzad MM, Elahi M, Ghanbari Khanghah A, Khousha M, Talebnia H, et al. Predictor Factors of sleep problems in school-age children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2016; 26(1): 99-106.
28. 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 Journal* 2013; 9(3): 257-63.
29. Tan E, Healey D, Gray AR, Galland BC. Sleep hygiene intervention for youth aged 10 to 18 years with problematic sleep: a before-after pilot study. *BMC Pediatrics* 2012; 12(1): 189.
30. Mohammadi M, Ghalebzghi 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.
31. Fricke-Oerkermann L, Plück J, Schredl M, Heinz K, Mitschke A, Wiater A, et al. Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep* 2007; 30(10): 1371-7.
32. Amin Shokravi F, Hakim Shooshtari M, Shahhatami H. The Impact of a sleep hygiene intervention on sleep habits in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Pediatrics* 2016; 4(12): 4117-26
33. Wilson KE MA, Bonuck K, Lumeng JC, Chervin RD. Evaluation of a sleep education program for low-income preschool children and their families. *Sleep* 2014; 37(6): 1117-25.
34. Ravikiran S, Kumar PJ, Latha K. Sleep problems in preschool and school aged rural Indian children. *Indian Pediatrics* 2011; 48(3): 221-3.
35. 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.
36. Surani S, Hesselbacher S, Surani S, Sadasiva S, Surani Z, Surani SS, et al. Sleep habits of elementary and middle school children in South Texas. *Sleep Disorders* 2015; 13: 2015.
37. Paavonen EJ, Huurre T, Tilli M, Kiviruusu O, Partonen T. Brief behavioral sleep intervention for adolescents: an effectiveness study. *Behavioral Sleep Medicine* 2016; 14(4): 351-66.

The effect of Teaching Sleep Behaviors to Mothers on the Sleep Habits of Young Children Kindergartens of Hamadan

Hassan Tehrani T¹, Hassani Z², Tapak L³, Khalili A^{1*}

¹Maternal and Child Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ²Department of Pediatric Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ³Non-communicable Disease Modeling Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Received: 01 Marc 2019 Accepted: 25 June 2019

Abstract

Background & aim: Failure to observe proper sleep habits causes short-term changes in biological indices, hormonal activity, followed by overweight or obesity and diabetes in children. The aim of this study was to determine the effect of teaching sleep behaviors to mothers on sleep habits of young children kindergartens city of hamadan in 2017.

Methods: In the present clinical trial intervention study, 84 young mothers (in each group) were selected by multistage cluster random sampling from kindergartens in Hamadan. Data collection tools included demographic information questionnaire and CSHQ sleep habits questionnaire. In the experimental group, two sessions of lecture, question and answer and group discussion were held for a period of three days, each session lasting 50 minutes in groups of 10-15. Data were analyzed using paired t-test, independent t-test and Kolmogorov-Smirnov test.

Results: There was no statistically significant difference between the mean scores in all domains and in all sleep problems of the experimental and control groups before the intervention ($p < 0.05$), but statistically significant difference between the mean scores of all the sleeping areas of the experimental and control groups except for time resistance was observed. There was a statistically significant difference in sleep after intervention ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between the mean scores of the experimental group in all domains and in all sleep problems of children before and after the intervention ($p < 0.05$). Also in the control group there was a significant difference between the mean scores of the domains of resistance to sleep time before and after the intervention ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the present study, there was a statistically significant difference between the mean scores of sleep problems in the experimental and control groups before and after the intervention, therefore, Teaching mothers proper sleep habits can improve sleep quality in young children.

Key words: Sleep Habits, Children, Kindergarten, Education

Corresponding Author: Khalili A, Hamadan, Mother and Child Research Center, Hamadan University of Medical Sciences

Email: arash5920@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Hassan Tehrani T, Hassani Z, Tapak L, Khalili A. The effect of Teaching Sleep Behaviors to Mothers on the Sleep Habits of Young Children Kindergartens of Hamadan. Armaghane-danesh 2019; 24(4): 626--637