

مروری بر اختلالات خواب در کودکان

مریم کرچگانی همامی^۱

^۱ دانشجوی کارشناسی روانشناسی، موسسه غیرانتفاعی امین، فولادشهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

امروزه، شایع ترین شکایات والدین مراجعه کننده به کلینیک های روانشناختی مربوط به مشکلات خواب کودکان است. خواب به دو بخش اصلی تقسیم می شود که شامل خواب حرکت سریع چشم و خواب غیر حرکت سریع چشم است. بروز هرگونه مشکل در این دو بخش اصلی، می تواند منجر به اختلالات خواب همچون بی خوابی، ناپهنجاری خواب، پر خوابی، اختلالات تنفسی مربوط به خواب، اختلالات ریتم شبانه روزی یا اختلالات حرکتی مربوط به خواب شود. این اختلالات، از عوامل متعددی چون عوامل محیطی و اجتماعی، زیست شناختی و جسمی، وراثت و ژنتیک نشأت می گیرند و می توانند زندگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی کودکان را با چالش روبه رو کنند؛ به طوری که کودک مبتلا به اختلالات خواب نسبت به همسالان خود، مهارت های اجتماعی ضعیفی دارد، با مشکلات تحصیلی بیشتری روبه رو است و علائم افسردگی، استرس و فشار روانی را نشان می دهد. لذا، درمان و بهبود بخشیدن به اختلالات خواب در کودکان در اولویت قرار دارد و می تواند به کاهش مشکلات مذکور کمک نماید. این پژوهش به تعریف اختلالات خواب، بررسی تاثیرات اختلال خواب بر عملکرد کودکان، میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان، انواع آن در کودکی، عوامل موثر در بروز اختلالات خواب، روش های درمانی و همچنین، بررسی اختلالات خواب در کودکان استثنایی پرداخته است.

واژه های کلیدی: اختلالات خواب، خواب حرکت سریع چشم، خواب غیر حرکت سریع چشم، کودکان

۱. مقدمه

نزدیک به یک سوم عمر انسان ها در خواب سپری می شود [۱]. این موضوع حاکی از آن است که خواب یک نیاز مطلق برای زندگی بشر است و شامل دو فرآیند رشد فیزیولوژیکی و ذهنی است؛ در واقع، خواب نه تنها یک وضعیت استراحت است، که به عنوان یک وضعیت رشدی برای مغز نیز شناخته می شود، چراکه در آن، انتقال دهنده های عصبی مخصوص هر مرحله آزاد می شوند و بر بلوغ مغز تأثیر می گذارند [۲]. طی این فرآیند که از مهمترین چرخه های شبانه روزی بدن نیز به شمار می رود، مغز فاقد برانگیختگی است و به تحریکات بیرونی از جمله محرک های شنیداری و دیداری پاسخی ارائه نمی دهد [۳].

به طور کلی، خواب به دو بخش اصلی تقسیم می شود که شامل خواب حرکت سریع چشم^۱ و خواب غیر حرکت سریع چشم^۲ است. خواب حرکت سریع چشم که شبیه به حالت خواب و بیداری است، خواب متناقض نامیده می شود. تنفس و ضربان قلب انسان در این مرحله از خواب، نامنظم است و چشم ها حرکت می کنند. همچنین، امواج مغز شبیه به امواج مغزی انسان در حالت بیداری و خواب آلودگی است. با این وجود، در بخش بعدی خواب، یعنی خواب غیر حرکت سریع چشم، بدن ویژگی های دیگری چون تنفس و ضربان منظم قلب، شلی عضلات بدن و داشتن خواب عمیق را دارد. لازم به ذکر است که بروز هرگونه مشکل در این مراحل می تواند به بروز اختلال خواب منجر شود [۴]. امروزه، شایع ترین شکایات در والدین مراجعه کننده، مربوط به اختلالات خواب^۳ می شود [۵].

خواب تأثیرات مهمی بر جوانب مختلف زندگی افراد به ویژه کودکان دارد؛ به گونه ای که کودکانی که خواب کافی دارند، دارای عملکرد بهتری هستند، در معرض اختلالات خلقی و رفتاری کمتری قرار می گیرند و کمتر دچار خستگی، بی حالی و افسردگی می شوند [۶]. همچنین، خواب، با بازسازی قوای فیزیکی و هیجانی، نقش بسیار مهمی در تمدد قوای شناختی کودک بازی می کند و عملکردهای شناختی او را تحت تأثیر قرار می دهد [۷]. در واقع، خواب کافی و مود، یکی از مهم ترین عوامل تعیین کننده سازگاری روانی - اجتماعی در دوران کودکی است [۸] که بروز هرگونه اختلال در آن، می تواند بر رشد فیزیکی، رفتاری، عواطف و عملکرد شناختی او اثر سو بگذارد. علاوه بر این، اختلالات خواب کودکان می تواند سبب ایجاد مشکل در خواب و عملکرد والدین و همچنین، ایجاد استرس و فشار روانی در آنها شود [۹]. لذا، این موضوع، اهمیت شناخت جنبه های گوناگون خواب و اختلالات خواب در کودکان، تشخیص به موقع و درمان آنها را بیش از پیش برجسته می سازد. لذا هدف از پژوهش حاضر، بررسی انواع اختلالات خواب در کودکان عادی و استثنایی، میزان شیوع، عوامل موثر در بروز اختلال خواب، پیامدها و راه های درمان آن است.

۲. روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع مروری بود. بر همین اساس، پیشینه های نظری و پژوهشی در رابطه با مبانی نظری انواع اختلالات خواب در کودکان عادی و استثنایی، میزان شیوع، عوامل موثر در بروز این اختلال، پیامدها و راه های درمان آن بررسی شد. به این منظور، پایگاه های علمی الزویر، اسکوپ، پروکواست، ایبوکی، گوگل اسکولار و گیگاپدیا با کلیدواژه های خواب و اختلالات خواب در کودکان بین سال های ۱۹۸۵ تا ۲۰۲۰ مورد جستجو قرار گرفت و اطلاعات ضروری در حوزه مبانی نظری و پژوهشی اختلالات خواب جمع آوری شد. در راستای عنوان مقاله، یافته هایی در وبلاگ ها و سایت های غیرمعتبر نیز وجود داشت که این موارد در نظر گرفته نشدند و از ملاک های خروج از پژوهش بودند. اطلاعات حاصل از منابع مختلف مورد استفاده از قبیل سایت های معتبر، نشریات، مقاله های پژوهشی، اسناد و مدارک و کتاب ها مورد مقایسه، تحلیل، تفسیر و نتیجه گیری قرار گرفت که نتایج آن به صورت مروری در ادامه گزارش شده است.

^۱Rapid Eye Movement Sleep^۲Non-Rapid Eye Movement Sleep^۳Sleep disorders

۳. تعریف اختلال خواب و علائم آن

مشکلات خواب در کودکان، به دلیل پیچیدگی رابطه‌ی میان خواب و مغز در حال رشد، موضوعی چالش برانگیز است [۱۰]. اختلالات خواب در کودکان به معنی کاهش یا افزایش بیش از حد خواب متناسب با سن، انواع غیرطبیعی خواب، رفتارهای غیرطبیعی یا بروز اتفاقات غیرعادی در طی خواب است. لازم به ذکر است که الگوهای خواب ناکافی و اختلالات خواب در دوران کودکی پیامدهای مختلفی همچون کاهش ترشح هورمون رشد، ناهنجاری‌های عملکردی سیستم ایمنی بدن و بدکاری قلب به دنبال دارد [۱۱] و در فرهنگ‌های مختلف، با تظاهرات گوناگونی همراه است؛ به طوریکه، علائم و عوارض خواب ناکافی در کودکان با بزرگسالان متفاوت بوده و ممکن است خود را به صورت تغییرات خلقی و کوتاه شدن بیش از حد دامنه توجه نشان دهد [۵].

مشاهده علائمی از جمله مشکل مکرر در شروع خواب، امتناع از خوابیدن به تنهایی، مقاومت در برابر خواب، افزایش ترس در شب و کابوس‌ها، بی‌قراری در خواب و مشکلات تنفسی نظیر خروپف کردن در کودکان می‌تواند نشان دهنده وجود اختلالات خواب در کودکان باشد [۱۲]. علاوه بر این، اختلالات خواب می‌توانند با شب‌ادراری، راه رفتن در خواب، بیداری‌های مکرر و مدت خواب کم در کودکان نیز گزارش شوند [۱۳].

۴. میزان شیوع اختلالات خواب در کودکی

میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان در تحقیقات گوناگون متغیر است. به طور کلی، ۲۰ تا ۳۰ درصد از کودکان، دارای مشکلات قابل توجهی هنگام خواب یا بیداری شبانه هستند که در بیشتر موارد، این مشکلات قابل درمان و پیگیری است [۱۳]. همچنین، میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان غربی ۲۴ تا ۴۰ درصد و در کودکان آسیایی ۷۰ تا ۸۲ درصد گزارش شده است [۹]. در ایران نیز، میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان، بین ۳۰ تا ۵۰ درصد در مطالعات مختلف بیان شده است که نرخ قابل توجهی است و اهمیت پرداختن به این موضوع را یادآور می‌شود [۱۴].

۵. انواع اختلالات خواب در کودکی

به طور کلی، سه سیستم برای طبقه‌بندی اختلالات خواب در دسترس است که شامل سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و سیستم طبقه‌بندی تشخیصی است. ویرایش سوم سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب^۴ که یک سیستم طبقه‌بندی جامع است، اختلالات مرتبط با خواب را شامل مواردی چون بی‌خوابی^۵، ناهنجاری خواب^۶، پرخوابی^۷، اختلالات تنفسی مربوط به خواب^۸، اختلالات ریتم شبانه‌روزی^۹، اختلالات حرکتی مربوط به خواب^{۱۰} و سایر اختلالات خواب می‌داند. در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۱} نیز که یک سیستم طبقه‌بندی چند محوره است، اختلالات خواب- بیداری به اختلال بی‌خوابی، پرخوابی، حمله خواب^{۱۲}، اختلالات خواب مرتبط با تنفس، اختلالات خواب- بیداری ریتم شبانه‌روزی، ناهنجاری خواب، سندروم پاهای بی‌قرار^{۱۳}، اختلال رفتاری خواب حرکات سریع چشم، پرخوابی و خواب- بیداری مشخص و نامشخص و سایر اختلالات بی‌خوابی تقسیم می‌شود. نکته قابل توجه

^۴The International Classification for Sleep Disorders, 3rd Edition

^۵Insomnia

^۶Parasomnia

^۷Hypersomnia/Hypersomnolence

^۸Sleep-related breathing disorders

^۹Circadian-rhythm disorders

^{۱۰}Sleep-related movement disorders

^{۱۱}The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

^{۱۲}Narcolepsy

^{۱۳}Restless Legs Syndrome

این است که ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، قادر به تشخیص اختلالات خواب مشاهده شده در کودکان خردسال، به ویژه نوزادان و کودکان نوپا نیست. همچنین، سیستم صفر تا سه طبقه‌بندی تشخیصی^۴ هم، یک سیستم طبقه‌بندی چندمحوره است که کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد و اختلالات رفتاری و هیجانی را در نوزادان و کودکان نوپا طبقه‌بندی می‌کند [۱۲]. در ادامه برخی از این اختلالات مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

بی‌خوابی کودکان، به عنوان یک مشکل مکرر در شروع خواب، مدت زمان، تثبیت یا کیفیت آن تعریف می‌شود که علیرغم وجود زمان و فرصت مناسب برای خوابیدن رخ می‌دهد و منجر به نقص عملکرد روزانه کودک یا خانواده او می‌شود [۱۵]. بر اساس ویرایش سوم سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب، بی‌خوابی رفتاری، با تداعی شروع خواب تعریف می‌شود و نشان‌دهنده‌ی تداعی‌های ناسازگارانه‌ی ایجادشده توسط کودک یا ناشی از ضعف در تعیین محدوده والدین است که منجر به عدم به خواب رفتن کودک هنگام فقدان تداعی‌های رفتاری همچون تکان دادن و تماشای تلویزیون و در دست گرفتن یک عروسک پارچه‌ای مورد علاقه می‌شود. اکثر کودکانی که از بی‌خوابی رفتاری رنج می‌برند، پس از بیداری‌های شبانه‌ی طبیعی، در بازگشت به خواب مشکل دارند که منجر به از دست دادن خواب می‌شود [۱۲].

حمله خواب نیز، یک اختلال نادر است که به اختلال در کارکرد سیستم مغز هاپیوکرترین نسبت داده می‌شود و با حملات ناگهانی خواب، توهم خواب‌آور، کاتاپلکسی^۵ و فلج خواب^۶ مشخص می‌شود. شروع حمله خواب معمولاً در دوران بلوغ و در مواردی نادر از شروع کودکی اتفاق می‌افتد. عوامل ژنتیکی و محیطی نیز، به عنوان دلایل احتمالی آن پیشنهاد شده‌اند [۱۶].

سندروم نشانگان کلاین لوین^۷ نوعی دیگر از اختلال عودکننده، نادر و تعریف شده توسط ویرایش سوم سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب است که با دوره‌های شدید پرخوابی همراه با نشانه‌های اعصاب و روان، از جمله گیجی، کندی، فراموشی، غیرواقعی‌سازی، بی‌علاقگی، افزایش اشتها، فزون‌خواهی جنسی، اضطراب، روحیهٔ افسرده، توهم، هذیان و مشکلات رفتاری توصیف می‌شود [۱۷]. شیوع این سندرم، در حدود یک تا دو مورد در هر میلیون با شروع مکرر در نوجوانان تخمین زده می‌شود، اگرچه مواردی از آن نیز، در کودکان کوچک‌تر گزارش شده است. اختلال پرخوابی نیز، به عنوان خواب‌آلودگی بیش از حد، با وجود یک دوره خواب اصلی که حداقل ۷ ساعت طول می‌کشد، تعریف می‌شود. در این اختلال که همراه با دوره‌های مکرر خواب است، دوره اصلی خواب بیش از ۹ ساعت در روز طول می‌کشد و فرد در بیدار شدن کامل مشکلاتی دارد. این اختلال، حداقل ۳ بار در هفته و به مدت حداقل ۳ ماه اتفاق می‌افتد [۱۲].

به طور کلی، خروپف معمول، با آپنه^۸، هاپیوپنه^۹، ناهنجاری‌های تبادل گاز یا اختلال خواب معماری^{۱۰} همراه نیست [۱۸]. از نظر تاریخی، خروپف معمول، یک بیماری خوش‌خیم در نظر گرفته شده است؛ با این حال، شواهد در حال رشد نشان می‌دهد که کودکانی که خروپف می‌کنند، ممکن است مشکلات عصبی و رفتاری مشابه کودکان مبتلا به سندرم آپنه انسدادی خواب^{۱۱} داشته باشند. خروپف معمول ممکن است بیش از سه بار در هفته تکرار شود. سندرم آپنه انسدادی خواب، حدود ۲ تا ۵ درصد کودکان را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. اولین اوج در کودکان از ۲ تا ۸ سال، با حضور لوزه‌ها رخ می‌دهد. عوامل خطرناک شایع برای این سندرم کودکان عبارتند از: نژاد سیاه‌پوست، چاقی، هایپرتروفی آدنوتونسیلار^{۱۲}، مشکلات سینوسی، آلرژی، سابقه خانوادگی، نارس به دنیا آمدن، اختلال در ساختار جمجمه و صورت، تون عضلانی پایین و اختلالات عصب‌شناختی که باعث اختلال در کنترل تنفس می‌شود [۱۲].

^۴The Diagnostic Classification, Zero to Three

^۵Cataplexy

^۶Sleep paralysis

^۷Kleine-Levin Syndrome

^۸Apnea

^۹Hypopnea

^{۱۰}Architectural sleep disorder

^{۱۱}Obstructive Sleep Apnea Syndrome

^{۱۲}Adenotonsillar Hypertrophy

علاوه بر این، تصور می شود که اختلال تأخیر در فاز خواب-بیداری، شایع ترین اختلال خواب-بیداری با ریتم شبانه روزی است. این اختلال که در نوجوانان شایع تر است، همپوشانی قابل توجهی با بی خوابی دارد [۱۹]. اختلال تأخیر در فاز خواب-بیداری، که شیوعش در پسران نسبت به دختران بالاتر است [۲۰]، با مشکلات بهداشت روان، از جمله افسردگی، اختلال نقص توجه-بیش فعالی^۳ و اختلال طیف اوتیسم^۴ همراه بوده است. سندرم پاهای بی قرار نیز، یک اختلال حسی-حرکتی شایع است. شیوع این اختلال در کودکان ۸ تا ۱۱ ساله برابر با ۱٫۹٪ و در کودکان ۱۲ تا ۱۷ ساله برابر با ۲٪ گزارش شده است. به نظر می رسد سندرم پاهای بی قرار از الگوی وراثتی پیروی می کند، به گونه ای که تا ۵۰٪ از بیماران مبتلا به آن، دارای سابقه خانوادگی و ارثی هستند [۱۲].

سندرم حرکات دوره ای اندام^۵ با تکرار حرکات کلیشه ای اندام در خواب مشخص می شود. این سندرم در انواع اختلالات خواب از جمله سندرم پاهای بی قرار، نارکولپسی، سندرم آپنه انسدادی خواب و اختلال رفتاری خواب رخ می دهد و ممکن است توسط برخی داروها ایجاد شود [۲۱]. این سندرم ممکن است قبل از شروع نشانه های حسی مورد نیاز برای تشخیص سندرم پاهای بی قرار در کودکان ظاهر شود. میزان شیوع این اختلال، حدود ۵ تا ۲۵ درصد در کودکانی که برای مطالعه خواب مراجعه می کنند، نشان داده است و تفاوت معناداری از نظر جنسیتی وجود ندارد [۱۲].

نابهنجاری خواب نیز از دیگر اختلالات خواب رایج در دوران کودکی است که شامل حوادث جسمی نامطلوب یا تجربیات ناخوشایند در هنگام شروع خواب، طول خواب یا هنگام برانگیختگی از خواب است. نابهنجاری خواب به پاراسومنیای حرکت سریع چشم و پاراسومنیای غیرحرکت سریع چشم تقسیم می شود. پاراسومنیای حرکات سریع چشم که شامل کابوس ها و اختلالات رفتاری است، بیشتر در سنین ۵ تا ۱۰ سال اتفاق می افتد [۲۲]. در این اختلال، وقوع کابوس ها به شدت با راه رفتن و صحبت کردن در خواب و همچنین، سابقه خانوادگی پیوند دارند [۲۳]. علاوه بر این، پاراسومنیای غیرحرکت سریع چشم نیز از اختلالات شایع خواب در میان کودکان تلقی می شود، به طوریکه ۸۸٪ کودکان ۵ تا ۶ سال، حداقل یک بار تجربه ای از اختلال را به شکل های مختلفی چون وحشت در خواب (۴۰٪)، راه رفتن در خواب (۱۵٪)، شب ادراری (۲۵٪)، دندان قروچه شبانه^۶ (۴۶٪) و اختلال حرکتی ریتمیک^۷ (۹٪) داشته اند. لازم به ذکر است که پاراسومنیای کودکی عمدتاً به دلیل عوامل ژنتیکی و رشدی است [۱۲].

۶. عوامل مؤثر در بروز اختلالات خواب

عوامل متعددی در ایجاد آشفتگی ها و اختلالات خواب مؤثرند که به طور کلی در دو دسته عوامل زیستی و محیطی جای می گیرند. در این میان، از جمله عوامل زیستی که موجب تشدید اختلالات خواب می شوند، می توان به مواردی از جمله عدم مراقبت های دوران بارداری و شیردهی همچون استفاده از مواد مخدر و الکل توسط مادر اشاره نمود که می تواند بر جنین یا کودک شیرخواره تاثیر منفی بر جای بگذارد [۲۴]. علاوه بر این، نوشیدن بیش از حد مایعات در شب، کمبود ویتامین دی و اثرات جانبی که داروها به طور مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق مادر بر کودک بر جای می گذارند، از دیگر عوامل زیستی مؤثر بر خواب کودک به شمار می روند [۲۵].

همچنین، بسیاری از عوامل اجتماعی و جمعیت شناسی دیگر، همچون وضعیت نامساعد اجتماعی-اقتصادی، وضعیت روانی کودک و مشکلات عاطفی او وجود دارند که می تواند در بروز اختلالات خواب مؤثر باشد [۵]. در این میان، یکی از شایع ترین علل محیطی اختلال خواب، رعایت نکردن اصول مربوط به بهداشت خواب است. منظور از بهداشت خواب، مجموعه ای از رفتارها، شرایط محیطی و فاکتورهای دیگر مرتبط با خواب است که می تواند در درمان بیمارانی که از اختلالات خواب رنج

^۱Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

^۲Autism Spectrum Disorder

^۳Periodic Limb Movements Syndrome

^۴Nocturnal Bruxism

^۵Rhythmic movement disorder

می‌برند، موثر باشد. به طور کلی، فعالیت‌های بهداشت خواب را می‌توان در چهار گروه عوامل محیطی، برنامه‌ریزی، تمرینات خواب و عوامل فیزیولوژیک طبقه‌بندی کرد [۱].

در کنار تمام مواردی که بیان شد، وضعیت خانوادگی نیز در این ایجاد و تشدید این اختلال بی‌تاثیر نیست [۲۶]، به گونه‌ای که عواملی چون رفتارهای پرخطر والدین، عدم توجه یا کم‌توجهی آنها نسبت به کودک، تعامل ضعیف کودک با مادر، خواسته یا ناخواسته بودن فرزند، شیوه فرزندپروری و سازگاری زناشویی والدین می‌توانند باعث بروز اضطراب، تنش و ترس در کودکان شوند و در نتیجه، بی‌کیفیت بودن خواب در کودکان را به دنبال داشته باشند [۵].

۷. روش‌های درمانی اختلال خواب

گزینه‌های درمان برای اختلالات خواب، از اصلاح شیوه‌ی زندگی و مداخلات رفتاری تا درمان‌های دارویی و پزشکی متغیر است [۲۷]. با این وجود، والدین معمولاً مداخلات رفتاری را نسبت به دارو ترجیح می‌دهند و به همان اندازه مؤثر می‌دانند [۲۸]. بر این اساس، اولین قدم برای بهبود مشکلات خواب در کودکان، مشاوره والدین جهت ایجاد عادات خوب و اجرای تکنیک‌های رفتاری است. با این حال، برای تضمین موفقیت در استفاده از این تکنیک‌ها، باید ترجیحات والدین و انگیزه‌ی مراقبان در نظر گرفته شود [۲۹].

در صورتی که درمان‌های غیردارویی، نتیجه‌ای را که والدین و درمانگر انتظار داشته‌اند، به دنبال نداشته باشد، درمان‌های دارویی به عنوان یک گزینه‌ی درمانی اضافه به کار گرفته می‌شوند. آگونیست‌های گیرنده آلفا_۲، بنزودیازپین‌ها، داروهای Z، داروهای ضد روان‌پریشی و داروهای ضد افسردگی از جمله داروهایی هستند که در این روش درمانی تجویز می‌شوند [۳۰]. همچنین، در درمان اختلالات خواب کودک، ممکن است برخی از داروهای بدون نسخه، مانند آنتی‌هیستامین و ملاتونین مورد استفاده قرار گیرند [۳۱].

در کنار روش‌های اصلاح رفتار و دارو درمانی، گزینه‌ی طب مکمل و جایگزین نیز مطرح است که عموماً، برای بهبود مشکلات خواب و سایر مسائل ذهنی استفاده می‌شود [۳۲]. این مداخلات، شامل مواردی چون پتو و جلیقه‌های وزنه دار، فناوری‌های مبتنی بر تشک، ماساژ، رایحه درمانی، یوگا، ورزش و فعالیت بدنی است [۲۹].

۸. اختلال خواب در کودکان استثنایی

شواهد متعددی وجود دارند که نشان می‌دهند شیوع اختلالات خواب در میان کودکان با نیازهای خاص و همچنین، کودکان دارای اختلالات روانپزشکی بیشتر از کودکان عادی است؛ به طوریکه میزان بالایی از بیداری شبانه و کابوس‌ها، در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همچنین، کودکان با اختلالات خلقی و اضطرابی دیده می‌شود و رابطه‌ی مستقیمی میان مدت زمان خواب با شدت اختلالی که دارند، کشف شده است [۱۲]. در این میان، ۲۵٪ تا ۵۰٪ درصد از والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، شکایاتی در رابطه با خواب فرزند خود داشته‌اند. همچنین، اکثر افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، نشانه‌هایی مانند مقاومت در برابر خواب، تأخیر در شروع خواب و بیدار شدن مکرر در شب را گزارش داده‌اند [۳۳].

علاوه بر این، آشفتگی‌های خواب بیانگر یک ویژگی مشترک در میان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است که ۵۰ تا ۸۰ درصد آن‌ها را درگیر می‌کند [۳۴]. عموماً آشفتگی‌های خواب گزارش شده در کودکان با اختلال طیف اوتیسم شامل نابهنجاری خواب، اختلال تنفسی خواب، اختلالات حرکتی مربوط به خواب و خواب‌آلودگی بیش از حد در طول روز است [۲۷]. لازم به ذکر است که بروز اختلالات خواب در چنین کودکانی، می‌تواند به تشدید نشانه‌های اوتیستیک بینجامد [۳۵].

کودکان با اختلالات خلقی نیز از دیگر گروه‌هایی هستند که با مشکلات خواب دست‌وپنجه نرم می‌کنند. مطالعات نشان داده است که در میان کودکان افسرده، ۷۲٫۷٪ دارای اختلال خواب، ۵۳٫۵٪ فقط دارای مشکل بی‌خوابی، ۹٪ با مشکل پرخوابی و ۱۰٫۱٪ هم درگیر بی‌خوابی و هم پرخوابی هستند. کودکانی که افسردگی شدیدتری دارند، خواب آشفته‌تری نیز دارند و در

افرادی که به شدت تحت تأثیر این اختلال خلقی قرار گرفته‌اند، هم بی‌خوابی و هم پرخوابی مشاهده می‌شود [۳۶]. علاوه بر این، اختلالات خواب به شدت در بین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطرابی شایع است، به طوریکه گزارش پزشکان و والدین نشان می‌دهد حدود ۸۵٪ کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی دارای مشکلات خواب گذرا هستند و تا ۵۰٪ نیز، اختلال خواب مزمن دارند [۳۷].

۹. نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعریف اختلالات خواب، بررسی تأثیرات اختلال خواب بر عملکرد کودکان، میزان شیوع اختلالات خواب در کودکان، انواع آن در کودکی، عوامل مؤثر در بروز اختلالات خواب، روش‌های درمانی و همچنین، بررسی اختلالات خواب در کودکان استثنایی بود. نتایج حاصل از مطالعات و پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که اختلالات خواب تأثیر چشمگیری بر عملکرد کودکان دارند و می‌توانند زندگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی آنها را با چالش روبه‌رو کنند. لذا، با توجه به این موضوع، توجه به اختلالات خواب در کودکان در اولویت قرار می‌گیرد و استفاده از روش‌هایی که به درمان و بهبود این اختلالات در کودکان بپردازد، پیشنهاد می‌شود. در این راستا، پژوهش‌های گسترده‌ای جهت طراحی مداخلات درمانی اختلالات خواب و بررسی اثربخشی آن در خارج از کشور انجام شده است ولی پژوهش‌های داخلی در این حوزه کمتر هستند. لذا انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی، به طراحی مداخلاتی جهت درمان و بهبود اختلالات خواب در سنین مختلف و گروه‌های گوناگون کودکان پرداخته شود و از نتایج مطالعه حاضر، در راستای ایجاد چنین برنامه‌ای برای کودکان، مطابق با فرهنگ ایران استفاده شود. علاوه بر این، با توجه به اهمیتی که مقوله‌ی درمان اختلالات خواب در موفقیت فردی و اجتماعی کودکان مبتلا دارد، شایسته است که این امر، بیش از پیش مورد توجه اولیای امور آموزشی و تربیتی کودکان قرار بگیرد.

منابع و مراجع

۱. مسن آبادی، معصومه؛ روزبهانی، نسرين؛ خورسندی، محبوبه. (بهار ۱۳۹۹). تأثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر بهداشت خواب دانش-آموزان دختر ابتدایی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۸(۱): ۳۴-۳۳.
۲. Barutcu A., Ozlu F., Kaypakli G.Y., Celik G., Yildizdas H.Y., Satar M. (2020). Childhood sleep disorders in premature infants that hospitalized in neonatal intensive care unit in neonatal period. *Annals of Medical Research*, 27(1), 69-73.
۳. Siegel J.M. (2005). Clues to the function of mammalian sleep. *Nature*, 437(7063), 1264-1271.
۴. Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (2002). Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide. Guilford Press.
۵. ازگلی، گیتی؛ شیخان، زهره؛ سلیمانی، فرین؛ نصیری، ملیحه؛ میرزایی، سحر؛ کاوسی، فهیمه؛ فرخی، طاهره؛ خلوصی‌بدر، فرحناز. (مرداد ۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر اختلالات خواب در کودکان ۴-۶ ساله شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۹(۵): ۵۰-۵۶.
۶. Tikotzky L., De Marcus G., Har-Toov J., Dollberg S., Bar-Haim Y., Sadeh A. (2010). Sleep and physical growth in infants during the first 6 months. *Journal of Sleep Research*, 19 (1), 103-110.
۷. کلاگری، شهره؛ افشارمقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار. (بهار و تابستان ۱۳۸۰). انواع اختلالات خواب در پرستاران. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۳(۷)، ۵۱-۴۶.
۸. Anders T.F., Keener M. (1985). Developmental course of night time sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. I. *Sleep*, 8(3), 173-192.
۹. ازگلی، گیتی؛ شیخان، زهره؛ سلیمانی، فرین؛ میرزایی، سحر؛ جنتی‌عطایی، پدیده؛ ضیایی، طاهره؛ خلوصی‌بدر، فرحناز. (خرداد ۱۳۹۴). میزان اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در کودکان پیش‌دبستانی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۳): ۱۹۸-۲۰۶.
۱۰. Nita S.A. Teleanu R.I. Bajenaru O.A. (2020). The Role of Polysomnography in Identifying Sleep Disorders in Children with Migraine. *Journal of Medicine and Life*, 13(1), 64-67.

۱۱. Banks S., Dinges D.F. (2007). Behavioral and physiological Consequences of Sleep Restriction. *J Clinical Sleep Medicine*, 3(5), 519-528.
۱۲. Trosman I., Ivanenko A. (2020). Classification and Epidemiology of Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 30(1), 47-64.
۱۳. Adekanmbi A.F., Ogunsemi O.O., Afe T.A., Akodu S.A. (2020). Quality of sleep in children with chronic illnesses attending the outpatient clinics in Sagamu, Ogun State: A preliminary report. *Nigerian Journal of Paediatrics*, 47(1), 6-10.
۱۴. شکيبا، مهرداد؛ فهميمه، کشاورزيان؛ زهرا، نافعى. (بهار و تابستان ۱۳۸۸). بررسى شيوع اختلالات خواب در شيرخواران ۱ تا ۲ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتى درمانى شهر يزد طى سال ۸۷-۸۸. *طلوع بهداشت*، ۸(۱): ۳۹-۴۶.
۱۵. Mindell J.A., Emslie G., Blumer J., et al. (2006). Pharmacological management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, 117(6), 1223-1232.
۱۶. Guilleminault C., Zvonkina V., Tantrakul V., et al. (2007). Advances in narcolepsy syndrome and challenges in the pediatric population. *Sleep Med Clin*, 2(3), 397-404.
۱۷. Arnulf I., Groos E., Dodet P. (2018). Kleine-Levin syndrome: a neuropsychiatric disorder. *Rev Neurol (Paris)*, 174(4), 216-227.
۱۸. Katz E.S., D'Ambrosio C.M. (2008). Pathophysiology of pediatric obstructive sleep apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(2), 253-62.
۱۹. Sivertsen B., Pallesen S., Stormark K.M., et al. (2013). Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC Public Health*, 13(1), 1163.
۲۰. Thorpy M.J., Korman E., Spielman A.J., et al. (1988). Delayed sleep phase syndrome in adolescents. *J Adolesc Health Care*, 9(1), 22-27.
۲۱. Montplaisir J., Boucher S., Poirier G., et al. (1977). Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Movement Disorders: official journal of Movement Disorder Society*, 12(1), 61-65.
۲۲. Fisher B.E, Wilson A.E. (1987). Selected sleep disturbances in school children reported by parents: prevalence, interrelationships, behavioral correlates and parental attributions. *Percept Mot Skills*, 64(3), 1147-1157.
۲۳. Carlson C.R., Cordova M.J. (1999). *Sleep disorders in childhood and adolescence. Child and adolescent psychological disorders: a comprehensive textbook*. New York: Oxford University Press, p. 415-438.
۲۴. Winiger E.A., Hewitt J.K. (2020). Prenatal cannabis exposure and sleep outcomes in children 9-10 years of age adolescent brain cognitive development study. *Sleep Health*, 1(3), 21-25.
۲۵. Al-Shawwa B., Ehsan Z., Ingram D.G. (2020). Vitamin D and Sleep in Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(7), 1119-1123.
۲۶. Li Y., Jin H., Owens J.A., Hu C. (2008). The association between sleep and injury among school-aged children in rural China: a case-control study. *Sleep Medicine*, 9 (2):142-148.
۲۷. Klukowski M., Wasilewska J., Lebensztejn D. (2015). Sleep and gastrointestinal disturbances in autism spectrum disorder in children. *Dev. Period. Med*, 19(2), 157-161.
۲۸. Goodday A., Corkum P., Smith I.M. (2014). Parental Acceptance of Treatments for Insomnia in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autistic Spectrum Disorder, and their Typically Developing Peers. *Children's Health Care*, 43(1), 54-71.
۲۹. Esposito d., Belli A., Ferri R., Bruni O. (2020). Sleeping without Prescription: Management of Sleep Disorders in Children with Autism with Non-Pharmacological Interventions and Over-the-Counter Treatment. *Brain Sciences*, 10(7), 441.
۳۰. Buckley A.W., Hirtz D., Oskoui M., Armstrong M.J., Batra A., Bridgemohan C., Coury D., Dawson G., Donley D., Findling R.L., et al. (2020). Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of

- the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 94(9), 392-404.
۳۱. Heussler H., Chan P., Price A.M.H., Waters K., Davey M.J., Hiscock H. (2013). Pharmacological and non-pharmacological management of sleep disturbance in children: An Australian Paediatric Research Network survey. *Sleep Med*, 14(2), 189-194.
۳۲. Wang C., Preisser J., Chung Y., Li K. (2018). Complementary and alternative medicine use among children with mental health issues: Results from the National Health Interview Survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 241.
۳۳. Cortese S., Faraone S.V., Konofal E., et al. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 894-908.
۳۴. Carmassi C., Palagini L., Caruso D., Masci I., Nobili L., Vita A., Dell'Osso L. (2019). Systematic Review of Sleep Disturbances and Circadian Sleep Desynchronization in Autism Spectrum Disorder: Toward an Integrative Model of a Self-Reinforcing Loop. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 366.
۳۵. Sikora D.M., Johnson K., Clemons T., Katz T. (2012). The relationship between sleep problems and daytime behavior in children of different ages with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130(2), 83-90.
۳۶. Liu X., Buysse D.J., Gentzler A.L., et al. (2007). Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep*, 30(1), 83-90.
۳۷. Alfano C.A., Ginsburg G.S., Kingery J.N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 224-232.