

## عوامل پیش‌گویی‌کننده مشکلات خواب کودکان سن مدرسه مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

پژوهشگران: محبوبه مهری<sup>۱</sup>، مینو میترا چهرزاد<sup>۲\*</sup>، معصومه الهی<sup>۳</sup>، عاطفه قنبری خانقاه<sup>۴</sup>،

مریم کوشا<sup>۵</sup>، حسین طالب‌نیا<sup>۶</sup>، طاهره ضیایی<sup>۷</sup>

- (۱) کارشناس ارشد پرستاری (کودکان)، مرکز آموزشی درمانی شفا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۲) گروه پرستاری (کودکان)، دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۳) گروه روانشناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی شفا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۴) گروه پرستاری (داخلی - جراحی)، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۵) گروه روانپزشکی، استادیار، مرکز آموزشی و درمانی شفا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۶) دکتری حرفه‌ای، پزشک مرکز پزشکی قانونی استان گیلان، رشت، ایران  
(۷) گروه مامایی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder) شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری دوران کودکی است. یکی از مشکلات شایع این کودکان اختلالات خواب می‌باشد که سبب افزایش شدت علائم بیماری، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در تمرکز و افزایش مشکلات یادگیری کودک می‌شود.

**هدف:** این مطالعه با هدف تعیین عوامل پیشگویی‌کننده مشکلات خواب کودکان سن مدرسه مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شده است.

**روش کار:** این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه پژوهش را کودکان سن مدرسه مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی اطفال مرکز آموزشی درمانی شفا رشت تشکیل می‌دهند که با در نظر گرفتن معیارهای ورود، ۵۶ کودک وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه عادات خواب کودکان با هشت حیطه و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس والدین بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و مدل رگرسیون خطی چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد ۵۵/۴ درصد کودکان در حیطه تأخیر شروع خواب و ۵۱/۸ درصد در حیطه اضطراب زمان خواب مشکل داشتند. در نمره کلی خواب نیز، ۳۰/۴ درصد کودکان مشکل خواب داشتند. همچنین تحصیلات پدر ( $p=0/038$ ) و رتبه تولد کودک ( $p=0/011$ ) پیشگویی‌کننده مشکلات خواب کودکان بودند.

**نتیجه‌گیری:** از بین عوامل مورد بررسی، تحصیلات پدر و رتبه تولد فرزند پیشگویی‌کننده مشکلات خواب کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بود که پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های پیشگیری از مشکلات خواب این کودکان در نظر گرفته شوند.

**کلیدواژه:** اختلالات خواب و بیداری، اختلال کمبود توجه همراه با پرفعالیتی، کودک

### مقدمه

درمانگاه‌های روانپزشکی اطفال را تشکیل می‌دهد (۲). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در بیشتر موارد تا قبل از ۷ سالگی تشخیص داده نمی‌شود تا زمانی که کودک به مدرسه رفته و مشکلات رفتاری وی باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه گردد (۳). این اختلال، باعث ایجاد مشکلات زیادی در زمینه یادگیری، عملکرد

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder) درجاتی از بی‌توجهی، انگیزش‌آنی، کار بدون اندیشه و فعالیت زیاد و نامناسب نسبت به سطح تکاملی اطلاق می‌شود (۱). این اختلال شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری دوران کودکی بوده و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به

است. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا با تعیین و شناسایی عوامل پیش‌گویی‌کننده وضعیت خواب کودکان مبتلا به ADHD راهکارهایی جهت برطرف نمودن مشکلات خواب این کودکان ارائه نمایند.

### روش کار:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه کودکان سن مدرسه مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به درمانگاه فوق تخصصی روانپزشکی اطفال بیمارستان شفا رشت می‌باشد که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از ابتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به تنهایی یا همراه با اختلال نافرمانی، لجبازی (Oppositional Defiant Disorder) (ODD) (تشخیص توسط روانپزشک اطفال بر اساس معیار DSM IV گذاشته می‌شد)، مصرف داروی ریتالین، عدم ابتلا به بیماری روانی دیگر (اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، سایکوز، اختلال اضطرابی، اوتیسم)، عدم ابتلا به هرگونه معلولیت ذهنی و داشتن ضریب هوشی بالای ۸۰ [بر اساس تست هوش ریون (Test Raven) رنگی کودکان]، عدم ابتلا به نابینایی و ناشنوایی بود. بر این اساس ۵۶ کودک مبتلا، وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (شامل دو بخش مشخصات کودک و مشخصات والدین)، پرسشنامه عادات خواب کودکان (CSHQ) Child Sleep Habits Questionnaire و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس والدین (DASS-21) Depression Anxiety (Stress Scale) بود. پرسشنامه عادات خواب کودکان دارای هشت حیطه شامل: مقاومت زمان خواب، تأخیر شروع خواب، طول مدت خواب، اضطراب زمان خواب، بیدارشدن در شب، پاراسومنی (Parasomnia)، اختلالات تنفسی و خواب آلودگی در طول روز است که بر اساس مقیاس لیکرت (همیشه، گاهی اوقات، هرگز) از ۱ تا ۳ نمره دهی شده و کسب نمره بالاتر از میانگین به عنوان وضعیت خواب نامناسب و نمره پایین‌تر از میانگین، وضعیت خواب مناسب تلقی می‌شود. سنجش روایی این

تحصیلی، فرایندهای هیجانی، حرکتی، شناختی، تعاملات اجتماعی، ارتباط با همسالان، گفتار و زبان و مسائل بهداشتی و جسمانی از جمله خواب این کودکان می‌شود. بطوریکه یکی از مشکلات شایع این کودکان اختلالات خواب می‌باشد (۴). بر اساس طبقه‌بندی Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – III (DSM – III)، خواب ناآرام یک معیار تشخیصی برای ADHD نیز به شمار می‌رود (۵). بیش از ۷۰ درصد از والدین کودکان مبتلا به ADHD وجود درجاتی از مشکلات خواب را در فرزندانشان گزارش می‌کنند (۶). مشکلات خواب در کودکان مبتلا به ADHD یک چالش قابل توجه برای والدین و معلمان است و علائم بیماری را در طول روز افزایش می‌دهد (۷). مشکلات خواب این کودکان سبب افزایش شدت علائم بیماری، کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه کودک (۸) و کاهش حافظه و اختلال در تمرکز فکری می‌شود در نتیجه، اثرات ناگوار و جبران‌ناپذیری بر وضعیت تحصیلی کودک و ارتباط وی با والدین و سایر همسالان بر جا می‌گذارد (۹). همچنین خواب با کیفیت پایین و ناکافی منجر به خواب‌الودگی در طول روز و بی‌نظمی خلق و رفتار می‌شود و بر عملکرد شناختی-عصبی کودکان تأثیر می‌گذارد (۵). از طرفی، زمانی که کودکان کمتر از حد معمول می‌خوابند، والدین نیز به همراه کودک، بیدار بوده و در نتیجه، تأثیر مشکلات خواب کودکان بر خواب والدین منجر به خستگی روزانه والدین، اختلالات خلقی و کاهش کارایی می‌شود (۱۰). همچنین به دلیل فراوانی مشکلات رفتاری این کودکان، والدین آنها تنش والدگری بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می‌کنند (۱۱) و خصوصاً" مادران دارای کودکان مبتلا، افسردگی، اضطراب (۱۲) و استرس بیشتری را نسبت به مادران دارای کودکان سالم تجربه می‌کنند (۱۳). شناسایی ارتباط بین مشکلات خواب و ADHD (۱۴) و همچنین شناخت مفهوم خواب و مشکلات عمومی خواب در برنامه‌ریزی مراقبتی برای مددجویان اهمیت دارد (۱۵). بنابراین شناسایی و پیشگیری مشکلات خواب و عوارض ناشی از آن بسیار حائز اهمیت

توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد.

### نتایج

یافته‌ها نشان داد ۵۸/۹ درصد کودکان مورد پژوهش زیر هشت سال با میانگین سنی  $۸/۳ \pm ۱/۷$  سال بودند. ۸۳/۹ درصد نمونه‌ها پسر، ۴۱ درصد کلاس اول، ۷۳/۴۲ درصد فرزند اول، ۴۶/۶ درصد دارای ضریب هوشی بین ۱۱۱-۱۳۰، دارای معدل سال گذشته خیلی خوب (۶۳/۲٪) و ساکن رشت (۹۲/۹٪) بودند. ۸۹/۳ درصد کودکان بیماری جسمی نداشتند، زمان مصرف ریتالین در ۵۴/۵ درصد کودکان صبح و عصر و در ۵۰ درصد کودکان زمان صرف شام و بیش از دو ساعت قبل از خواب، زمان صرف شام اکثریت کودکان یک تا دو ساعت قبل از خواب (۵۷/۱٪) و فعالیت قبل از خواب آنها تماشای تلویزیون (۲۵٪) بود. ۵۰ درصد پدران سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۸/۲ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۶۶/۱ درصد شغل آزاد داشتند. ۶۰/۷ درصد مادران سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۹/۳ درصد دیپلمه و ۷۵ درصد خانه‌دار بودند. ۴۴/۶ درصد خانواده‌ها درآمد ماهیانه ۴۰۰ هزار تا ۸۰۰ هزار تومان داشتند.

همچنین یافته‌ها نشان داد، اکثریت کودکان در حیطة تأخیر شروع خواب (۵۵/۴٪) و در حیطة اضطراب زمان خواب (۵۱/۸٪) دچار مشکل بوده و در بقیه حیطة‌ها نیز، ۴۶/۴ درصد در حیطة مقاومت زمان خواب، ۴۱/۱ درصد در حیطة طول مدت خواب، ۴۶/۴ درصد در حیطة بیدار شدن در شب، ۳۲/۷ درصد در حیطة پاراسومنیا، ۲۸/۶ درصد در حیطة اختلالات تنفسی خواب، ۵۰ درصد در حیطة خواب آلودگی طول روز و در نمره کلی خواب نیز، ۳۰/۴ درصد کودکان مشکل خواب داشتند. میزان اضطراب (۶۲/۳٪)، افسردگی (۶۴/۷٪) و استرس (۷۰/۸٪) مادران در محدوده طبیعی بود (جدول شماره ۱). همچنین جهت تعیین عوامل پیش‌گویی‌کننده مشکلات خواب کودکان مبتلا به ADHD، ابتدا ارتباط سنجی خطی برای، متغیرهای مورد بررسی شامل مشخصات کودک (سن، جنس، پایه کلاسی، معدل سال

ابزار از روش اعتبار محتوی و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ( $0/81 =$ ) و آزمون مجدد ( $2=0/98$ ) برآورد گردید. مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ موردی (DASS-21) دارای سه حیطة استرس، اضطراب و افسردگی و هر حیطة شامل هفت سوال می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت (هیچ وقت، کمی، گاهی و همیشه) از صفر تا سه نمره دهی می‌شود. حیطة‌ها شامل حیطة افسردگی (سوالات ۳- ۵ - ۱۰ - ۱۳ - ۱۶ - ۱۷ - ۲۱)، حیطة اضطراب (سوالات ۲- ۴ - ۷ - ۹ - ۱۵ - ۱۹ - ۲۰) و حیطة استرس (سوالات ۱- ۶ - ۸ - ۱۱ - ۱۲ - ۱۴ - ۱۸) می‌باشد. بر اساس نمرات به دست آمده شدت افسردگی به شرح زیر قضاوت می‌شود: نمره ۰ تا ۴، طبیعی و فاقد افسردگی، نمره ۵ تا ۶ افسردگی خفیف، نمره ۷ تا ۱۰ افسردگی متوسط، نمره ۱۱-۱۳ افسردگی شدید و نمره ۱۴ و بیشتر افسردگی خیلی شدید، و در مورد شدت اضطراب، نمره ۰ تا ۳ طبیعی و فاقد اضطراب، نمره ۴ تا ۵ اضطراب خفیف، ۶ تا ۷ اضطراب متوسط، نمره ۸ تا ۹ اضطراب شدید و نمره ۱۰ و بیشتر، اضطراب خیلی شدید را نشان می‌دهد. همچنین شدت استرس براساس نمره ۰ تا ۷ طبیعی و فاقد استرس، نمره ۸ تا ۹ استرس خفیف، نمره ۱۰ تا ۱۵ استرس متوسط، نمره ۱۶-۱۳ استرس شدید و نمره ۱۷ و بیشتر استرس خیلی شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس در ایران توسط صاحبی و همکاران در سال ۱۳۸۴ روانسنجی شده است (۱۶).

جهت گردآوری داده‌ها از میان پرونده‌های پذیرش سرپایی موجود در درمانگاه مرکز آموزشی درمانی شفا از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲، پرونده‌های کودکان مبتلا به ADHD در صورت دارا بودن کلیه معیارهای ورود، انتخاب شده و سپس شماره تلفن والدین ثبت و به صورت تلفنی از آنها دعوت می‌شد که در صورت تمایل در این مطالعه شرکت کنند. در مرحله بعد والدین و کودکان واجد شرایط داوطلب، به درمانگاه مراجعه کرده و پس از اخذ رضایت از والدین، تست هوش از کودک گرفته شده و پرسشنامه‌ها نیز توسط والدین تکمیل می‌گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و شاخص‌های آمار

گذشته، محل زندگی، رتبه تولد، عدم ابتلا به بیماری جسمی، نمره ضریب هوشی کودک، زمان صرف شام، فعالیت‌های قبل از خواب کودک و زمان خوردن ریتالین)، مشخصات والدین (سن، شغل، تحصیلات، در آمد ماهیانه) و نیز میزان استرس و اضطراب و افسردگی مادران با مشکلات خواب کودکان مبتلا انجام و متغیرهایی که دارای ارتباط با سطح معنی‌داری  $P < 0/01$  بودند، وارد مدل رگرسیون خطی چند متغیره شدند. بطوریکه در مدل نهایی، تحصیلات پدر ( $p = 0/038$ ) و رتبه تولد کودک ( $p = 0/011$ ) پیشگویی‌کننده‌های مشکلات خواب کودکان مبتلا به ADHD بودند (جدول شماره ۲).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کودکان مورد مطالعه در مقاومت زمان خواب، تأخیر شروع خواب، طول مدت خواب، اضطراب زمان خواب، بیدارشدن در شب، پاراسومنیا، اختلالات تنفسی، خواب آلودگی طول روز و نمره کلی خواب مشکل داشتند. نتایج مطالعه‌ی Rodopman و همکاران نشان داد، کودکان مبتلا به DHD در حیطه‌های تأخیر شروع خواب، بیداری در طول خواب، بی‌قراری، شب‌ادراری، خروپف شبانه، کابوس شبانه، دندان قروچه، خواب‌آلودگی در طول روز، ناتوانی یادگیری و عدم موفقیت تحصیلی مشکلات بیشتری داشتند (۱۴). در مطالعه‌ی Lim و همکاران نیز، والدین کودکان مبتلا به ADHD مدت خواب کمتری را در کودکان خود گزارش کردند (۱۵). در مطالعه‌ی Hvolby و همکاران، والدین کودکان مبتلا به ADHD مشکلاتی در حیطه‌های مقاومت زمان خواب، تأخیر شروع خواب، خواب‌اشفته و کابوس را گزارش کردند (۱۷). به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این کودکان از داروهای محرک از جمله ریتالین استفاده می‌کنند و یکی از عوارض این داروها بی‌خوابی است، وجود مشکلات خواب در برخی از کودکان که دچار عارضه این داروها می‌شوند، تا حدی قابل توجیه باشد از طرفی وجود بیماری‌های همراه با ADHD، از جمله Oppositional Defiant Disorder (ODD) نیز تشدیدکننده مشکل خواب این کودکان می‌باشد بعلاوه

کمبود آگاهی والدین از برخورد مناسب با مشکلات این کودکان و گاهی عدم مقاومت در برابر خواسته‌های کودک از جمله دیرخوابیدن هم باعث افزایش مشکلات این کودکان می‌گردد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت مادران در حیطه‌های استرس، افسردگی و اضطراب در محدوده طبیعی قرار دارند. نتایج مطالعه یوسفی و همکاران نشان داد که مادران کودکان مبتلا به ADHD استرس بالایی دارند (۱۳). نتایج مطالعه سلطانی‌فر و همکاران نشان داد که ۷۰ درصد مادران دارای کودک مبتلا، افسردگی در محدوده طبیعی و ۴۲ درصد مادران، میزان اضطراب متوسط دارند (۱۸). به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این بیماری، مزمن بوده و والدین از همان کودکی با مشکلات این کودکان درگیر هستند و احتمالاً تا حدی با بیماری کودک و عوارض آن تطابق حاصل کرده باشند، نتیجه فوق حاصل شده باشد.

در مطالعه حاضر از بین عوامل مرتبط با مشکلات خواب کودکان، متغیرهای تحصیلات پدر و رتبه تولد کودک بر مشکلات خواب کودکان تأثیرگذار بوده و پیش‌گویی‌کننده مشکلات خواب کودکان بوده است. نتایج مطالعه استیوارت (Stewart) نشان داد که رتبه تولد کودک ارتباط مستقیمی با وضعیت خواب کودک دارد به طوری که کودکانی که دارای برادر و خواهر بزرگتر از خود بودند در هر روز به مدت ۱۰ دقیقه خواب کوتاهتری داشتند (۱۹). همچنین نتایج مطالعه Hense و همکاران نشان داد که تحصیلات پدر تأثیری بر وضعیت خواب کودکان نداشته است (۲۰). به نظر می‌رسد پدران تحصیل‌کرده راهکارهای ارتباطی مناسب‌تری با این کودکان در پیش گرفته و با برقراری ارتباط مناسب توانسته‌اند آرامش بیشتری در کودک ایجاد نمایند همچنین کودک نیز برای جلب رضایت پدر، از خواسته‌وی مبنی بر زود خوابیدن پیروی کرده و احتمالاً بدین طریق پدران بروی خواب کودکان تأثیرگذار بوده‌اند. همچنین در مورد رتبه تولد کودکان می‌توان گفت با توجه به اینکه فرزندان اول، معمولاً از والدین الگو گرفته و از آنان پیروی می‌کنند، شاید در مورد خواب هم از والدین تبعیت نمایند ولی در

صورت وجود فرزند بزرگتر در خانواده، تأثیر پذیری فرزندان کوچکتر از فرزند بزرگتر بیشتر خواهد بود و همراه مناسب کم‌خوابی‌های کودک مبتلا می‌گردند. از طرفی معمولاً فرزندان اول مورد توجه ویژه والدین بوده و این توجه سبب ایجاد آرامش در کودک و احتمالاً موجب کاهش مشکلات خواب شده است.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، از بین عوامل مورد بررسی، تحصیلات پدر و رتبه تولد فرزند پیش‌گویی‌کننده مشکلات خواب کودکان مبتلا به ADHD بود که پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های پیشگیری از مشکلات خواب این کودکان مورد توجه قرار گیرد و برای کودکانی که فرزند اول می‌باشند برنامه‌های خاصی طراحی و به پدران با سطح تحصیلات پایین‌تر، آموزش‌های با جزئیات بیشتر و مناسب با سطح تحصیلاتشان داده شود. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که کودکان مورد مطالعه دارای مشکلات خواب هستند که می‌تواند بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیرات نامناسبی بگذارد، به همین دلیل پیشنهاد می‌شود با ارائه آموزش‌های رفتاری برنامه‌ریزی شده به والدین، زمینه بهبود وضعیت خواب این کودکان و به دنبال آن کیفیت زندگیشان فراهم گردد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم تفکیک منشأ ایجاد استرس، اضطراب و افسردگی مادران در ارتباط با سایر شرایط زندگی غیر از وجود کودک بیمار در خانواده و نیز عدم تفکیک کودکان مبتلا به ADHD به تنهایی بدون ابتلا به ODD اشاره نمود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره ثبت 2013042112990N1 می‌باشد. شایسته است از ریاست محترم این مرکز و مرکز آموزشی و درمانی شفای رشت به دلیل همکاری صمیمانه و کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

جدول شماره (۱): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب اضطراب، استرس و افسردگی مادران

شدت متغیر	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	جمع
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
اضطراب	۳۳(۶۲/۳)	۸(۱۵/۱)	۷(۱۳/۲)	۳(۵/۷)	۲(۳/۸)	۵۳(۱۰۰)
استرس	۳۴(۷۰/۸)	۱۰(۲۰/۸)	۴(۸/۳)	-	-	۴۸(۱۰۰)
افسردگی	۳۳(۶۴/۷)	۷(۱۳/۷)	۱۰(۱۹/۶)	۱(۲)	-	۵۱(۱۰۰)

جدول شماره (۲): برآورد ضریب رگرسیونی عوامل فردی خانوادگی با مشکلات خواب کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

متغیرها	ضریب B غیر استاندارد شده	خطا	ضریب B استاندارد شده	t	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حداکثر	حداقل
رتبه تولد فرزند	۱۰/۵۸۷	۳/۹۶۷	۰/۴۰۹	۲/۶۶۹	۰/۰۱۱	۲/۵۹۱	۱۸/۵۸۲
تحصیلات پدر	- ۵/۱۲۶	۲/۴۰۲	- ۰/۳۶۳	- ۲/۱۳۴	۰/۰۳۸	- ۹/۹۶۷	- ۰/۲۸۵

## References

- 1-Hockenberry MJ. WongsTextbook of pediatric nursing. Translated by: shoghi M, Sanjari M. Tehran: Jamenegar, salami;2010. Persian.
- 2- Mousavi V, Abdolkarimi M, Kousha M, Khosrojavid M. Effective behavior management training on marital satisfaction of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2011; 20(80):74-82. Persian.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> Ed. USA: LWW; 2007.
- 4-Mesh E, Wolf D. Psychology of Child Symptom. Translated by: .Mozafari Maki-Abadi M. Tehran: Roshd; 2010.
- 5-Owens J. A Clinical Overview of Sleep and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 May; 18(2): 92-102.
- 6-Sciberras E, Efron D, Gerner B, Davey M, Mensah F, Oberklaid F, et al . Study protocol: the sleeping sound with attention-deficit/hyperactivity disorder project. BMC Pediatr. 2010 Dec 30;10:101. doi: 10.1186/1471-2431-10-101.
- 7-Gruber R, Frenette S, Robert M, Vannasinh Ph. Sleep Disturbances in Prepubertal Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Home Polysomnography Study. Sleep. 2009 Mar 1; 32(3): 343-350
- 8-Sciberras E, Fulton M, Efron D, Oberklaid F, Hiscock H. Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomized controlled trial. Sleep Med. 2011 Oct;12(9):932-5. doi: 10.1016/j.sleep.2011.02.006. Epub 2011 Oct 17.
- 9-Shoghy M, Khangary M, Farmany M. Parasomnias in School-age Children. Iranian Quarterly Nursing.2006;18(41-42):153-159. Persian.
- 10-Weiss M, SalpekarJ. Sleep Problems in the Child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Defining Aetiology and Appropriate Treatments. CNS Drugs. 2010 Oct;24(10):811-28. doi: 10.2165/11538990-00000000-00000.
- 11-Yousefia Sh, SoltaniFarb A, Timoris. Comparison of parenting stress of mothers of ADHD with mothers of normal children. Journal of Mental Health.2009. Persian.
- 12-Durukan I, Erdem M, Tufan E. Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. Anatolian Journal of Psychiatry. 2008; 9:217-223.
- 13-Yousefi Sh, SoltaniFard A, Abdolahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2011; 30:1666 – 1671 . Persian.
- 14-Rodopman-Arman A, Perdahli-Fi N, Ekinci O, Berkem M. Sleep habits, parasomnias and associated behaviors in school children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Turk J Pediatr. 2011 Jul-Aug;53(4):397-403.
- 15- Lim CG, Ooi YP, Fung DS, Mahendran R, Kaur A.Sleep Disturbances in Singaporean Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Ann Acad Med Singapore. 2008 Aug;37(8):655-61.
- 16-sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. validate the Depression Anxiety Stress Scale for Iranian population (dass-21). Journal of Iranian psychology. 1384; 4 : 299-312 . Persian.
- 17-Hvolby A, Jørgensen J, Bilenberg N. Parental rating of sleep in children with attention deficite/hyperactivity disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009 Jul;18(7):429-38. doi: 10.1007/s00787-009-0750-z. Epub 2009 Feb 5.
- 18-Soltanifar A. Soltanifar.A.Depressive and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with ADHD Compared to the Control Group.. Iran J Psychiatry. 2009; 4:112-115.
- 19-Stewart J. Early to Bed and Earlier to Rise: School, Maternal Employment, and Children's Sleep. USA: U.S. Bureau of Labor Statistics and IZA.2013. available from: <http://www.bls.gov/ore/pdf/ec130010.pdf>
- 20- Hense S, Barba G, Pohlabein H, De Henauw S, Marild S, Molnar D, et al.Factors that Influence Weekday Sleep Duration in European Children. Sleep. 2011 May 1;34(5):633-9.

## Predictor Factors of sleep problems in school-age children with attention deficit disorder and hyperactivity

By: Mehri M<sup>1</sup>, Chehrzad M.M<sup>2\*</sup>, Elahi M<sup>3</sup>, Ghanbari Khanghah. A<sup>4</sup>, Khousha M<sup>5</sup>,  
Talebnia H<sup>6</sup>, Ziaee T<sup>7</sup>

1-MSN in Pediatrics, Shafa Medical Educational Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2-Department of Nursing(Pediatric), Ph.D candidate, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Iran , Rasht

3-Department of Psychology, Shafa Medical Educational Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4-Department of Nursing(Medical – Surgical), Associate Professor, Social Determinants Of Health Research Center(SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

5-Department of Psychiatric, Assistant Professor, Shafa Medical Educational Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

6-General Practitioner, Forensic Medicine, Rasht, Iran

7-Department of Midwifery, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Iran, Rasht

Received: 2013/10/15

Accepted: 2013/02/08

### Abstract

**Introduction:** Assertiveness, is one of the life skills that effects on increasing self-esteem, logical expression of thoughts and feelings, reducing anxiety, improving social communication skills and supporting human rights and finally increasing life satisfaction and happiness.

**Objective:** This study aimed to determine effects of Gestalt therapy on assertiveness of nursing students.

**Methods:** The pilot of study is situated on clinical trial research experiment, for two groups before and after intervention. Among 80 nursing students enrolled in Nursing and Midwifery school of Islamic Azad University Najaf Abad in 2013-2014 who trained in the field, all those who had poor expression were 36 subjects which measured with Adolescence Self-Assertiveness (ASA) scale and 24 subjects who want to enter to the research were separated randomly into experimental and control group. Experimental group consisting of Gestalt therapy, two-hours per session for 8 weeks, were trained. The control group did not receive the interventions. Therefore data analysis performed using the mean scores, paired t- test and intervention.

**Results:** In experimental group, the mean scores of assertiveness after intervention increased significantly ( $P<0/001$ ). The mean scores of assertiveness of the control group showed no increase significantly ( $p=0/4$ ). Comparison between mean score of assertiveness after and before of intervention in experimental group with control group was significant ( $p<0/005$ ).

**Conclusion:** Gestalt therapy is effective on increasing of assertiveness. Thus, according to the results of this research, it may suggest that the methods of psychotherapy could be useful for ineffective components within enactment beliefs.

**Keywords:** Sleep Wake Disorders, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Child

\*Corresponding Author: MinoosMitra Chehrzad, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: chehrzad@gums.ac.ir