

## شیوه‌های خواباندن و مشکلات خواب در کودکان ۱ الی ۲ ساله

### Settling to Sleep Strategies and Sleeping Problems among 1-2 Year Old Infants

Elhame Mohsenian  
MA in General Psychology

Zahra Tabibi, PhD  
Ferdowsi University of  
Mashhad

زهرا طیبی  
استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

الهامه محسنیان  
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

Ali Mashhadi, PhD  
Ferdowsi University of Mashhad

علی مشهدی  
استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین مشکلات خواب و پنج نوع شیوه خواباندن کودکان انجام شد. بر اساس نمونه‌برداری در دسترس، ۱۸۰ مادر دارای کودک یک الی دو ساله، از سه مرکز بهداشتی درمانی واقع در منطقه ۹ شهر مشهد انتخاب شدند و به پرسشنامه خواب کودک (مورل، ۱۹۹۹) و پرسشنامه رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند مشکلات خواب در کودکان یک الی دو ساله، با شیوه‌های خواباندن کودک به طور کلی و دو نوع از شیوه‌های خواباندن (تسکین جسمانی فعال و تسکین جسمانی غیرفعال) ارتباط معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان دادند بر اساس شیوه‌های تسکین جسمانی فعال و غیرفعال، مشکلات خواب کودکان قابل پیش‌بینی است. شیوه تسکین جسمانی فعال برخلاف شیوه تسکین جسمانی غیرفعال، به تنهایی پیش‌بینی‌کننده معنادار مشکلات خواب کودک بود. نتایج پژوهش، بر اهمیت شناسایی و اجتناب از شیوه‌های خواباندن نامناسب کودک تأکید می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** خواب، کودک، مشکلات خواب کودک، شیوه‌های خواباندن

#### Abstract

The present study aimed to examine the relationship between sleeping problems and five type of settling to sleep strategies in 1-2 year old infants. One hundred eighty mothers with infants ages between one and two years from three health-centers located in district 9 of city of Mashhad, Iran participated in the study. The participants completed the Infant Sleep Questionnaire (Morrell, 1999) and the Parental Interactive Bedtime Behavior Questionnaire (Morrell & Cortina-Borja, 2002). The results indicated that 1-2 year old infants' sleeping problems significantly correlated with total score of settling to sleep strategies and two types of settling to sleep strategies (active and passive physical comforting). The results of multiple regression analysis indicated that active and passive physical comforting strategies were significant predictors of infants' sleep problems. Active physical comforting unlike passive physical comforting strategy was significant predictor for infants' sleep problems by itself. The findings emphasized identifying unsuitable settling to sleep strategies and prevention of using them in infants.

**Keywords:** sleep, infant, infant sleeping problems, settling to sleep strategies

received: 6 May 2013

accepted: 23 October 2013

Contact information: [elhame.mohsenian@yahoo.com](mailto:elhame.mohsenian@yahoo.com)

دریافت: ۹۲/۲/۱۶

پذیرش: ۹۲/۸/۱

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است.

## مقدمه

گزارش کند. با توجه به این تعریف، حداقل ۳۰ درصد از کودکان شش ماهه تا چهار ساله مبتلا به مشکلات بالینی قابل توجه خواب گزارش شده‌اند. به عقیده مک‌نامارا و دیگران (۲۰۰۳) مهم نیست کدام تعریف مشکل خواب مورد استفاده قرار گیرد، آنچه مهم است این است که سهم قابل توجهی از کودکان، از مشکلات بالینی خواب رنج می‌برند. به عقیده تیکوتزکی، شرابانی، هیرچ و ساده (۲۰۱۰) شاید مستحکم‌ترین یافته‌ها درباره علت مشکلات خواب کودکان، شیوه‌های خواباندن کودک و رفتارهای تعاملی والد-کودک هنگام خوابیدن کودک باشد.

کیفیت، کمیت و سلامت خواب کودک، با عوامل دیگری نیز مرتبط است. برای مثال می‌توان به ویژگی‌های والدین و مراقب اولیه (مانند ویژگی‌های روان‌شناختی و شناخت‌های والدین در مورد خوابیدن کودک<sup>۱</sup>)، ویژگی‌های کودک (مانند خلق و خوی<sup>۱۱</sup> و سبک دلبستگی)، ویژگی‌های محیط خواب کودک (مانند نور و سر و صدا)، و همچنین ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، عوامل وراثتی، برنامه خواب و بیداری و ... اشاره کرد (شوقی و دیگران، ۱۳۸۴؛ اسپر، ۲۰۰۱؛ تایلر، دونوان و لویت، ۲۰۰۸).

همانگونه که بیان شد، شیوه‌های خواباندن کودک یکی از عواملی است که می‌تواند در چگونگی خواب کودک و مشکلات خواب او مؤثر واقع شود (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲). از آنجایی که در اوایل تولد، نوزاد انسان قادر به تشخیص روز و شب نیست، والدین معمولاً برای خواباندن کودک‌شان، از شیوه‌های متفاوتی استفاده می‌کنند و ممکن است این روش‌ها را تا مدت‌ها ادامه یا پس از مدتی آنها را تغییر دهند. شیوه‌های خواباندن کودک، با عبارات دیگری نظیر رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن کودک<sup>۱۲</sup> نیز بیان می‌شود.

مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) شیوه‌های خواباندن کودک را به پنج شیوه تسکین جسمانی فعال<sup>۱۳</sup>، ترغیب استقلال عمل<sup>۱۴</sup>، حرکت<sup>۱۵</sup>، تسکین جسمانی غیرفعال<sup>۱۶</sup> و تسکین اجتماعی<sup>۱۷</sup>

مشکلات خواب در کودکان که یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری است (کریم‌زاده و صفرزاده‌خوشابی، ۱۳۸۰)، می‌تواند کودک را در معرض مشکلات جسمانی، روانی عاطفی قرار دهد (شوقی، خنجری، فرمانی و حسینی، ۱۳۸۴) و به آرامش خانواده آسیب رساند (محسنیان و غنائی‌چمن‌آباد، ۱۳۹۰؛ مورل، ۱۹۹۹). در مقابل، خواب سالم، به حفظ و بازسازی سلامت جسمانی-روانی و افزایش کیفیت زندگی و عملکرد صحیح کودک در طول روز کمک می‌کند (شکیبا، کشاورزبان و نافع، ۱۳۸۸) و با تأثیری اصلاحی و متعادل‌کننده، در تنظیم حرارت، ایجاد و ذخیره انرژی حیاتی دارد (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک<sup>۲</sup>، ۱۳۸۹/۲۰۰۷). با توجه به اینکه ملاتونین<sup>۳</sup> یعنی هورمونی که موجب خواب‌آلودگی می‌شود، از اواسط سال اول زندگی در طول شب خیلی بیشتر از روز ترشح می‌شود (برک<sup>۴</sup>، ۱۳۸۹/۲۰۰۷) می‌توان به اهمیت بهبود سیستم خواب و بیداری، و تثبیت خواب شبانه کودک پی برد.

در زمینه مشکلات خواب کودکان<sup>۵</sup>، تعاریف متفاوتی ارائه شده است. به عنوان نمونه، در تعریف ریچمن<sup>۶</sup> (۱۹۸۱) نقل از مک‌نامارا، بلسکی و فیرون، (۲۰۰۳)، کودکی دارای مشکل خواب است که طی دو ماه متوالی، حداقل پنج شب در هفته در طول خواب شبانه بیدار شود و یکی از موارد ذیل را نشان دهد: (۱) مدت زمانی که طول می‌کشد به خواب برود بیش از ۳۰ دقیقه باشد، یا (۲) حداقل سه بار طی شب بیدار شود، یا (۳) مدت زمان به خواب رفتن مجدد وی پس از بیداری شبانه، بیش از ۲۰ دقیقه باشد، یا (۴) به علت به خواب نرفتن و ناراحتی، حداقل سه بار در هفته در رختخواب والدین خوابانده شود. ریچمن با توجه به این تعریف عنوان کرد شش الی ۱۰ درصد از کودکان یک الی دو ساله به مشکلات خواب مبتلا هستند. مطابق با تعریف لوزوف<sup>۷</sup> و زوکرمن<sup>۸</sup> (۱۹۸۸) نقل از مک‌نامارا و دیگران، (۲۰۰۳) یک کودک زمانی به مشکلات خواب مبتلاست که بیش از سه شب در هفته بیدار شود و مادر وجود آشفستگی<sup>۹</sup> را

1. Sadock, B. J.  
2. Sadock, V. A.  
3. melatonin  
4. Berk, L.  
5. child sleeping problems  
6. Richman, N.

7. Lozoff, B.  
8. Zuckerman, B.  
9. disruption  
10. maternal cognitions about infant sleep  
11. temperament  
12. parental interactive bedtime behavior

13. active physical comforting  
14. encouraging autonomy  
15. movement  
16. passive physical comforting  
17. social comforting

الهامه محسنیان، زهرا طیبی، علی مشهدی

یانگ کلارک، ۲۰۰۶). بر اساس نتایج رامس و یانگ کلارک (۲۰۰۶)، ۶۱ درصد کتاب‌های مرتبط با شیوه‌های خواباندن کودک در ایالات متحده، با روی‌آورد‌های مجاز بودن گریه کودک موافقت، ۳۱ درصد مخالف و ۸ درصد تعیین موضع نکرده‌اند.

برای کاوش عوامل زیربنایی اتخاذ یک شیوه خواباندن خاص توسط والدین، تاکنون تحقیقات اندکی انجام گرفته است (ساده، میندل، لوییک و ویگند، ۲۰۰۹؛ تیکوتزکی و ساده، ۲۰۰۹). در مجموع می‌توان گفت انتخاب یک شیوه خواباندن و همچنین انتخاب مکان خواب کودک، می‌تواند متأثر از متغیرهای جمعیت‌شناختی، جسمانی، روانی، محیطی، فرهنگی، خانوادگی و... باشد (ماو، بورنهام، گودلین-جونز، گایلر و اندرس، ۲۰۰۴). به عنوان نمونه، هونسلی و توماس (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که خلقی<sup>۴</sup> کودک ممکن است در تصمیم والدین مبنی بر آوردن کودک به رختخواب‌شان سهیم باشد.

پژوهش‌ها در زمینه ارتباط بین شیوه‌های خواباندن کودک و مشکلات خواب کودک نشان داده‌اند تعامل والد-کودک هنگام خوابیدن کودک، با کیفیت یا کمیت خواب و همچنین مشکلات خواب کودک ارتباط دارد (شکیبا و دیگران، ۱۳۸۸؛ پناغی، کفاشی و سراجی، ۱۳۸۳؛ کلمب، ۲۰۱۰؛ ساده، تیکوتزکی و اسپر، ۲۰۱۰؛ مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹). هر چند این ارتباط در اکثر پژوهش‌ها مستقیم و بلاواسطه بوده است، اما جهت علی آن در بسیاری از پژوهش‌ها نامشخص است (ساده و دیگران، ۲۰۰۹).

با توجه به مطالعات انجام‌گرفته، روش‌های خواباندنی که با ناتوانی کودک در کسب توانایی خودنظم‌دهی<sup>۵</sup> در طول خواب و مشکلات خواب مرتبط هستند عبارتند از: شیوه تسکین جسمانی فعال (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲؛ مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ ساده، ۲۰۰۳؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹؛ تیکوتزکی و دیگران، ۲۰۱۰)، استفاده کم از شیوه ترغیب استقلال عمل (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲؛ کلمب، ۲۰۱۰؛ مورل و استیل، ۲۰۰۳)، نیاز به حضور یکی از والدین هنگام خوابیدن کودک (مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ ساده، ۲۰۰۳؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹)،

تقسیم کرده‌اند. در شیوه تسکین جسمانی فعال، والدین به شیوه‌ای فعال در خواباندن کودک مداخله می‌کنند. این شیوه، به روش‌های خواباندنی مانند بغل کردن، نوازش کردن، تپ‌تپ کردن یا ضربه زدن، راه بردن، شیر دادن، خواباندن در رختخواب والدین یا در هر جایی که والدین حضور دارند، اشاره می‌کند. روش ترغیب استقلال عمل، به روش‌های خواباندنی مانند صبر داشتن در برابر گریه‌های شبانه کودک یا استفاده از اسباب‌بازی یا هر شیء خاص دیگری اشاره می‌کند. این شیوه، معمولاً پیش‌بینی‌کننده آن است که کودک خودش به خواب خواهد رفت. اما روش خواباندن به وسیله حرکت، به روش‌های خواباندنی مانند ماشین‌سواری یا استفاده از کالسکه و... اشاره دارد. روش تسکین جسمانی غیرفعال نیز به روش‌های خواباندنی مانند ایستادن یا دراز کشیدن والدین یا مراقب در کنار رختخواب کودک اشاره دارد. در این شیوه، حضور یا تسکین جسمانی والدین بدون مداخله فعالی است که در شیوه تسکین جسمانی فعال وجود دارد. در نهایت، روش تسکین اجتماعی، به روش‌های خواباندنی مانند صحبت کردن، لالایی خواندن، داستان گفتن و بازی کردن اطلاق می‌شود. این شیوه، شامل روش‌هایی است که تعامل‌های کلامی یا اجتماعی والدین را می‌طلبد (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲).

در مورد اینکه کدام شیوه خواباندن مناسب است روی‌آورد‌های متفاوت و گاه متضادی وجود دارد که می‌توان به روی‌آورد‌های آرام نگه داشتن کودک<sup>۱</sup> و مجاز بودن گریه کودک<sup>۲</sup> اشاره کرد. در اکثر روی‌آورد‌های آرام نگه داشتن کودک، به تماس جسمانی والد و کودک در تمام ساعات روز و شب اهمیت داده می‌شود؛ والدین باید نسبت به گریه کودک واکنش نشان دهند و کودک را با روش‌هایی مانند شیر دادن، تکان دادن و هم‌خوابی<sup>۳</sup> (خواباندن کودک در اتاقی مشترک با والدین) بخوابانند. در این روی‌آورد‌ها به والدین توصیه می‌شود برای بهبود الگوی خواب کودک، برنامه و عادات خواب و تغذیه کودک را اصلاح کنند، نه اینکه به گریه‌های کودک بی‌توجه باشند. اما در روی‌آورد‌های مجاز بودن گریه کودک، والدین اجازه دارند قبل از تسکین کودک، اجازه دهند کودک برای مدت زمانی خاص گریه کند (فلیس و هوگز، ۲۰۰۰؛ رامس و

در آغوش گرفتن کودک<sup>۱</sup> (اندرس، ۲۰۱۰؛ مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹)، هم‌خوابی (مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹)، شیر دادن به کودک (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲؛ شکبیا و دیگران، ۱۳۸۸؛ کریم‌زاده و صفرزاده‌خوشابی، ۱۳۸۰؛ مورل و استیل، ۲۰۰۳؛ ساده و دیگران، ۲۰۰۹؛ ترک، ۲۰۰۹)، ماندن در کنار رختخواب کودک تا هنگام به خواب رفتن وی (ترک، ۲۰۰۹؛ توچت و دیگران، ۲۰۰۵)، قرار دادن کودک در رختخواب پس از به خواب رفتن او، توجه به کودک پس از بیداری شبانه و در نهایت داشتن تشریفات طولانی در زمان خواب کودک (ترک، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد کودکانی که با مداخله و تسکین بالای والدین به خواب می‌روند، به مداخله مکرر والدین عادت کرده و در تحول توانایی خودتسکینی<sup>۲</sup> و خودنظم‌دهی در طول خواب دچار مشکل می‌شوند (ساده و دیگران، ۲۰۰۹). بنابراین، حضور و مداخله والدین هنگام خوابیدن و شب بیداری چنین کودکی الزامی می‌شود (جانسون و مک‌ماهان، ۲۰۰۸). به تأخیر افتادن توانایی خودتسکینی در این کودکان نیز در نهایت ممکن است به افزایش مشکلات خواب مزمن آنها منجر شود (ساده و دیگران، ۲۰۰۹).

آنچه پیشتر بیان شد نشان‌دهنده اهمیت مشکلات خواب کودکان و شیوه‌های خواباندن آنها، در حوزه پژوهش‌های روان‌شناسی، به خصوص روان‌شناسی تحولی است. بنابراین کشف روابط بین شیوه‌های خواباندن و مشکلات خواب کودکان (از جمله کودکان نوپا) می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. به خصوص اینکه سال‌های اولیه زندگی هر شخص، دورانی مهم و تأثیرگذار در آینده فرد است. از این رو، با شناخت عوامل مؤثر بر خواب کودک، می‌توان به تدارک مبانی نظری، راهبردهای عملی و آموزش‌های لازم برای مقابله مؤثر با مشکلات احتمالی خواب کودک پرداخت.

مرور پیشینه پژوهش در قلمرو مشکلات خواب و شیوه‌های خواباندن کودک نشان می‌دهد صاحب‌نظران در زمینه شیوه‌های خواباندن اتفاق نظر ندارد. از طرف دیگر، هیچ‌یک از مطالعات انجام‌شده در این قلمرو، به بررسی ارتباط بین مشکلات خواب کودکان ایرانی (از جمله نوپایان) و

شیوه‌های خواباندن آنان نپرداخته است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین مشکلات خواب کودکان یک الی دو ساله و شیوه‌های خواباندن آنان انجام گرفت تا مشخص شود آیا شیوه‌های خواباندن کودک، پیش‌بینی‌کننده شدت مشکلات خواب کودک است؟

## روش

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و روش آن، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری مطالعه حاضر متشکل از کلیه مادران کودکان یک الی دو ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی واقع در منطقه ۹ شهر مشهد بود. با مراجعه به سه مرکز بهداشتی درمانی و از طریق روش نمونه‌برداری در دسترس، ۱۸۰ مراجعه‌کننده، رضایت خود را برای شرکت در این آزمون اظهار کردند و به عنوان نمونه انتخاب شدند.

در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه، میانگین سنی کودکان پژوهش حاضر ۱۵/۹۵ ماه، در دامنه ۱۱ الی ۲۶ ماه بود؛ یک نفر ۱۱ ماهه، شش نفر ۲۵ و ۲۶ ماهه و مابقی یک تا دو ساله بودند؛ ۴۷/۴ درصد دختر، ۵۲/۶ درصد پسر و ۶۲/۹ درصد فرزند اول خانواده بودند؛ بیش از نیمی از مادران (۶۸/۳ درصد) وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط رو به بالا را گزارش کردند؛ متوسط ساعت خواب شبانه کودکان، ساعت ۲۳:۲۵ و متوسط ساعت بیداری صبحگاهی آنان، ساعت ۹:۲۹ بود؛ متوسط خواب روزانه کودکان (بدون احتساب خواب شبانه) ۱/۷۵ مرتبه و ۲/۶۳ ساعت بود.

میزان استفاده مادران از هر یک از شیوه‌های خواباندن نیز به این ترتیب بود: خواباندن کودک در هر جایی کنار والدین (۸۹/۸ درصد)، دادن شیر یا شیشه (۸۹/۵ درصد)، دراز کشیدن کنار رختخواب کودک (۸۳/۸ درصد)، لالایی خواندن (۷۱/۴ درصد)، خواباندن کودک در رختخواب والدین (۶۸/۶ درصد)، تکان دادن کودک روی پا (۵۶/۸ درصد)، نوازش یا تپ‌تپ کردن کودک (۵۶/۱ درصد)، صحبت کردن آرام با کودک (۳۸/۲ درصد)، بازی کردن با کودک (۳۸/۰ درصد)، دادن اجازه به کودک برای اینکه خودش بخوابد (۳۷/۱ درصد)، در آغوش

زیرمقیاس بیدار شدن شبانه از مادر پرسیده می‌شود که در ماه گذشته، معمولاً کودک‌تان چند شب در هفته، پس از به خواب رفتن، دوباره بیدار شده است؟ معمولاً کودک‌تان در طول شب، چند مرتبه از خواب بیدار شده و نیازمند خواباندن دوباره بوده است؟ اگر کودک‌تان پس از خوابیدن، از خواب بیدار می‌شد، معمولاً چقدر طول می‌کشید تا مجدداً به خواب رود؟ چند وقت است که کودک‌تان مشکل بیدار شدن شبانه دارد؟ برای تعیین شدت مشکلات خواب کودکان، از نمره شدت (از صفر تا ۳۱ بر اساس مجموع نمره‌های دو زیرمقیاس) استفاده شد. نمره شدت، در زیرمقیاس رفتن به رختخواب برای خوابیدن، از صفر تا ۱۳ و در زیرمقیاس بیداری‌های شبانه، از صفر تا ۱۸ بود. مورل (۱۹۹۹) نشان داد این پرسشنامه، ابزاری سریع، قابل قبول، معتبر و پایا برای ارزیابی مشکلات خواب کودکان است. در پژوهش مورل (۱۹۹۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای پرسشنامه به دست آمد؛ ضریب همبستگی بازآزمایی پس از دو الی چهار هفته، ۰/۹۲ بود. روایی همزمان<sup>۳</sup> پرسشنامه، با استفاده از نمره مرکب و یادداشت خواب ریچمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۱) که ابزاری معتبر برای ارزیابی مشکلات خواب کودکان خردسال بود، مورد تأیید قرار گرفت. در مقایسه با مقیاس یادداشت خواب ریچمن، سطوح بالایی از حساسیت<sup>۵</sup> و اختصاصی بودن<sup>۶</sup> گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ حاصل شد.

### پرسشنامه رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن

**کودک** (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲). این پرسشنامه خودگزارش‌دهی که دامنه گسترده‌ای از روش‌های خواباندن را دربر می‌گیرد شامل پنج زیرمقیاس است: ۱) تسکین جسمانی فعال (دارای شش ماده در مورد روش‌های خواباندنی مانند نوازش کردن و در آغوش گرفتن)، ۲) ترغیب استقلال عمل (دارای سه ماده در مورد روش‌های خواباندنی مانند استفاده از اسباب‌بازی)، ۳) خواباندن به وسیله حرکت (دارای دو ماده در مورد روش‌های خواباندنی مانند ماشین‌سواری)، ۴) تسکین جسمانی غیرفعال (دارای دو ماده در مورد روش‌های خواباندن مانند دراز کشیدن والدین نزدیک رختخواب کودک)، و

گرفتن یا تکان دادن کودک در آغوش (۳۲/۶ درصد)، داستان خواندن (۲۷/۵ درصد)، در آغوش راه بردن (۲۱/۸ درصد)، استفاده از اسباب‌بازی یا هر شیء خاص دیگر (۲۱/۵ درصد)، استفاده از موسیقی یا اسباب‌بازی موزیک‌دار (۱۵/۵ درصد)، ایستادن در کنار رختخواب کودک بدون بلند کردن وی (۱۴/۵ درصد)، دادن اجازه گریه به کودک (۱۳/۱ درصد)، تکان دادن در گهواره (۱۲/۶ درصد)، دادن پستانک (۱۱/۷ درصد)، ماشین‌سواری (۸/۱ درصد)، در کالسکه راه بردن (۷/۵ درصد)، خواباندن کودک در ملافه و گرفتن دو طرف آن و تکان دادن آن (۶/۳ درصد)، دادن داروی خواب‌آور (۲/۳ درصد)، و دادن مواد مخدر (۰/۶ درصد).

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه خواب کودک<sup>۱</sup> (مورل، ۱۹۹۹) و پرسشنامه رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن کودک<sup>۲</sup> (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲) استفاده شد. این پرسشنامه‌ها که برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار می‌گرفتند، ابتدا توسط یک روان‌شناس، به فارسی ترجمه شد. سپس دو روان‌شناس مسلط به زبان انگلیسی و فارسی، پرسشنامه‌های ترجمه‌شده را بررسی و اشکالات آن را برطرف کردند. سپس یک بررسی مقدماتی درمورد ۴۰ مادر انجام گرفت. از آنها خواسته شد موارد مبهم را مشخص کنند. در نهایت، پرسشنامه‌های اصلاح‌شده، همراه با یک فرم رضایت‌نامه بین آزمودنی‌ها توزیع شد.

### پرسشنامه خواب کودک (مورل، ۱۹۹۹). این پرسشنامه

که رفتار خواب کودکان را از طریق گزارش‌های مادر می‌سنجد، دارای سه زیرمقیاس: رفتن به رختخواب برای خوابیدن (سه ماده)، بیداری‌های شبانه (چهار ماده)، و خوابیدن در رختخواب والدین (دو ماده) است. در پژوهش حاضر، از دو زیرمقیاس رفتن به رختخواب برای خوابیدن و بیداری‌های شبانه استفاده شد. در زیرمقیاس رفتن به رختخواب برای خوابیدن، از مادر پرسیده می‌شود که در ماه گذشته، معمولاً چقدر طول می‌کشید تا کودک‌تان به خواب رود؟ معمولاً چند شب در هفته با به خواب رفتن کودک‌تان مشکل داشتید؟ چند وقت است که با به خواب رفتن کودک‌تان مشکل دارید؟ در

1. Infant Sleep Questionnaire  
2. Parental Interactive Bedtime Behavior Questionnaire  
3. concurrent validity

4. Richman's sleep diary and composite score  
5. sensitivity  
6. specificity

وسيله حرکت ( $r=0/10, P<0/312$ )، تسکين جسماني غيرفعال ( $r=0/08, P<0/413$ ) و تسکين اجتماعي ( $r=0/326, P<0/326$ )، دروني<sup>۱</sup>، آلفاي کرونباخ پرسشنامه در پژوهش مورل و کورتينا-بورجا (۲۰۰۲). در بررسي همساني مک‌ماهان (۲۰۰۸) بدون در نظر گرفتن سوال «ترک کردن کودک براي گريه»  $0/69$  بود. در پژوهش حاضر نيز همساني دروني پرسشنامه با محاسبه ضريب آلفاي کرونباخ،  $0/65$  به دست آمد.

در نهايت ذکر اين نکته ضروري است که از آنجايي که در فرهنگ‌هاي متفاوت، ممکن است والدين کودکان‌شان را به شيوه‌هاي متفاوت بخوابانند، به نظر مي‌رسد علاوه بر ۱۷ ماده مورد بررسي در اين پرسشنامه، برخي از والدين ايراني از روش‌هاي خواباندن ديگري (از جمله دادن پستانک به کودک، تکان دادن کودک روي پا، تکان دادن کودک در گهواره و خواباندن کودک در ملافه و گرفتن دو طرف آن با دست و تکان دادن ملافه) استفاده مي‌کنند. بنابراين، اين شيوه‌هاي خواباندن نيز به صورت جداگانه به پرسشنامه اضافه شدند تا ميزان استفاده مادران ايراني از اين روش‌ها برآورد شود. هرچند اين ماده‌ها، در تجزيه و تحليل پرسشنامه اصلي مورد استفاده قرار نگرفتند.

در پژوهش حاضر به منظور بررسي رابطه بين مشکلات خواب و شيوه‌هاي خواباندن کودک، از آزمون همبستگي و تحليل رگرسيون استفاده شد.

### يافته‌ها

در جدول ۱ ميانيگين، انحراف استاندارد و همبستگي بين متغيرهاي مورد بررسي نشان داده شده است.

نتايج جدول ۱ نشان مي‌دهند ارتباط بين مشکلات خواب و نمره کل شيوه‌هاي خواباندن، ارتباط بين مشکلات خواب و شيوه تسکين جسماني فعال و ارتباط بين مشکلات خواب و شيوه تسکين اجتماعي غيرفعال مثبت معنادار است ( $P<0/05$ ). در بين شيوه‌هاي خواباندن، تسکين جسماني فعال، بالاترين ميانيگين را به خود اختصاص داده و پرکاربردترين شيوه

(۵) تسکين اجتماعي (داراي چهار ماده در مورد روش‌هاي خواباندني مانند لالايي خواندن). ماده‌ها بر اساس مقياس پنج درجه‌اي ليکرت از هرگز (صفر) تا تقريباً هميشه (چهار) تنظيم شد. در تجزيه و تحليل داده‌ها، با توجه به روش پژوهشي مورل و کورتينا-بورجا (۲۰۰۲)، ابتدا نمره‌هاي هر يک از زيرمقياس‌ها به طور جداگانه محاسبه شد: در زيرمقياس تسکين جسماني فعال، نمره‌هاي شش ماده با يکديگر جمع شده، نتيجه بر ۲۴ تقسيم و در ۱۰۰ ضرب شدند. به همان ترتيب، در زيرمقياس ترغيب استقلال عمل، نمره‌هاي سه ماده با يکديگر جمع شده، بر ۱۲ تقسيم و در ۱۰۰ ضرب شدند. در زيرمقياس خواباندن به وسيله حرکت، نمره‌هاي دو ماده با يکديگر جمع شده، بر هشت تقسيم و در ۱۰۰ ضرب شدند. در زيرمقياس تسکين جسماني غيرفعال، نمره‌هاي دو ماده با يکديگر جمع شده، بر هشت تقسيم و در ۱۰۰ ضرب شدند. در زيرمقياس تسکين اجتماعي، نمره‌هاي چهار ماده با يکديگر جمع شده، بر ۱۶ تقسيم و در ۱۰۰ ضرب شدند. سپس نمره کلي مقياس، به اين صورت محاسبه شد: نمره تسکين جسماني فعال، منهاي نمره ترغيب استقلال عمل، به اضافه نمره‌هاي خواباندن به وسيله حرکت، تسکين جسماني غيرفعال و تسکين اجتماعي شد، سپس عدد حاصل به عدد ۱۰۰ اضافه شد و در نهايت بر پنج تقسيم شد. مورل و کورتينا-بورجا (۲۰۰۲) در پژوهش خود علت اين شيوه نمره‌گذاري را ارتباط منفي بين زيرمقياس ترغيب استقلال عمل و مشکلات خواب کودک عنوان کردند.

مورل و کورتينا-بورجا (۲۰۰۲) نشان دادند اين پرسشنامه ابزاري قابل قبول براي ارزيابي رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن کودک است و داراي اعتبار و روايي رضايتمبخشي است. در اين پژوهش، اعتبار مقياس براي افراد داراي مشکلات خواب  $0/63$  و براي افراد بدون مشکلات خواب  $0/72$  بود. روايي همزمان پرسشنامه با استفاده از نمره مرکب و يادداشت خواب ريچمن (۱۹۸۱) نقل از مورل و کورتينا-بورجا، (۲۰۰۲) مطلوب گزارش شد. ضريب همبستگي پيرسون بين زيرمقياس‌ها و مقياس يادداشت‌هاي خواب ريچمن به اين شکل بود: تسکين جسماني فعال ( $r=0/50, P<0/001$ )، ترغيب استقلال عمل ( $r=-0/27, P\leq0/008$ )، خواباندن به



شده است. شکل ۱، روابط کلی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

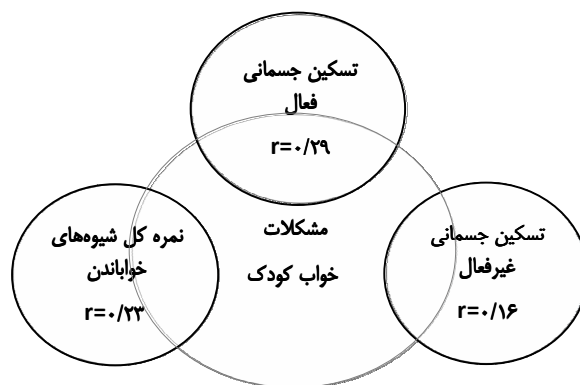
خواباندن بوده است. از بین دو نوع مشکل خواب، مشکل بیدار شدن شبانه بیش از مشکل رفتن به رختخواب گزارش

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متقابل متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. شیوه‌های خواباندن کودک (کل)	۴۳/۹۳	۷/۸۹	-					
۲. تسکین جسمانی فعال	۵۳/۱۹	۱۵/۲۲	۰/۶۳**	-				
۳. ترغیب استقلال عمل	۱۵/۰۱	۱۵/۰۶	۰/۱۴	۰/۰۹	-			
۴. حرکت	۶/۵	۱۵/۲۴	۰/۴۲**	۰/۲۳**	۰/۴۱**	-		
۵. تسکین جسمانی غیرفعال	۴۲/۹۱	۲۲/۵	۰/۷۰**	۰/۲۴**	۰/۲۳**	۰/۲۰*	-	
۶. تسکین اجتماعی	۳۳/۵۵	۲۰/۹	۰/۵۲**	۰/۱۳	۰/۵۰**	۰/۲۱*	-	
۷. مشکلات خواب کودک	۷/۱۷	۰/۴۲	۰/۲۳*	۰/۲۹**	۰/۰۵	۰/۱۶*	۰/۱۰	-

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۱



شکل ۱. روابط کلی بین متغیرهای پژوهش

فعال و تسکین جسمانی غیرفعال، به عنوان متغیر پیش‌بین و مشکلات خواب، به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شدند. نمره کل شیوه‌های خواباندن کودک، به دلیل خطای هم‌خطی وارد تحلیل نشد (جدول ۲).

به منظور اجرای تحلیل رگرسیون بین شیوه‌های خواباندن کودک و مشکلات خواب، فقط آن دسته از شیوه‌های خواباندنی که دارای ارتباط معنادار با مشکلات خواب بودند وارد تحلیل شدند. به این صورت که شیوه‌های تسکین جسمانی

جدول ۲

خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی مشکلات خواب بر اساس شیوه‌های خواباندن کودک

متغیر پیش‌بین	F	R <sup>۲</sup>	B	β	t
شیوه‌های خواباندن	۷/۶۹*	۰/۱۱			
تسکین جسمانی فعال			۰/۱	۰/۲۸	۳/۲۸*
تسکین جسمانی غیرفعال			۰/۰۳	۰/۱۱	۱/۲۹

\*P<۰/۰۱

تبین می‌کند. در این تحلیل، با آنکه شیوه تسکین جسمانی غیرفعال، به تنهایی پیش‌بینی‌کننده معناداری برای مشکلات خواب نبود، ولی شیوه تسکین جسمانی فعال (β=۰/۲۸، P=۰/۰۰۱) به عنوان متغیر پیش‌بین معنادار مشکلات خواب

همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، روابط بین متغیرها خطی است (P=۰/۰۰۱، F<sub>۲,۱۳۱</sub>=۷/۶۹، R<sup>۲</sup>=۰/۱۱). با توجه به مقدار R<sup>۲</sup>، شیوه‌های خواباندن تسکین جسمانی فعال و غیرفعال، در مجموع ۱۱ درصد از واریانس مشکلات خواب را

در این تحلیل، اجزای شیوه‌های تسکین جسمانی فعال و غیرفعال به عنوان متغیر پیش‌بین و مشکلات خواب به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

شناسایی شد. جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون همزمان جهت پیش‌بینی مشکلات خواب از طریق هر یک از اجزای شیوه‌های تسکین جسمانی فعال و غیرفعال را نشان می‌دهد.

جدول ۳

خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی مشکلات خواب بر اساس اجزای شیوه‌های تسکین جسمانی فعال و غیرفعال

متغیر پیش‌بین	F	R <sup>2</sup>	B	β	t
شیوه‌های خواباندن	۴/۱۳**	۰/۲۱			
اجزای شیوه تسکین جسمانی فعال					
تپ تپ یا نوازش کردن			-۰/۱۱	-۰/۰۲	-۰/۳۱
در آغوش گرفتن			-۰/۴۲	۰/۱۰	۰/۹۹
در آغوش راه بردن در منزل			۱/۵۹	۰/۳۳	۳/۴۴*
دادن شیر یا شیشه			۱/۰۵	۰/۲۳	۲/۸۱*
خواباندن در هر جایی کنار خود			-۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۲۸
خواباندن در رختخواب والدین			-۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۳۵
اجزای شیوه تسکین جسمانی غیرفعال					
ایستادن والد کنار رختخواب کودک			-۰/۳۱	۰/۰۶	۰/۶۷
دراز کشیدن والد کنار رختخواب کودک			-۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۶۶

\*P&lt;۰/۰۱

استفاده طراحان پرسشنامه بوده است. مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) عنوان کردند به علت ارتباط منفی بین مشکلات خواب و شیوه ترغیب استقلال عمل در پژوهش خود، از چنین روشی استفاده کردند. اما از آنجا که یکی از تفاوت‌های نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) عدم ارتباط بین شیوه ترغیب استقلال عمل و مشکلات خواب بود، نتایج به دست آمده برای نمره کل شیوه‌های خواباندن قابل تأمل است. شاید علت این ناهم‌سویی، تفاوت فرهنگی یا سوگیری مادران مورد بررسی (به سبب جامعه‌پسند نبودن روش ترغیب استقلال عمل) باشد، اما در هر حال به تحقیقات بیشتری نیاز است.

در مجموع پژوهش حاضر نشان داد شیوه‌های خواباندن کودک و به خصوص استفاده مادر از شیوه تسکین جسمانی فعال، به ویژه استفاده مادر از شیوه‌های در آغوش راه بردن کودک و دادن شیر، میزان قابل توجهی از واریانس مشکلات خواب کودکان یک تا دو ساله را تبیین می‌کند. یعنی برخی از شیوه‌های خواباندن کودک که مداخله مادر و به خصوص مداخله فعال او را طلب می‌کنند، پیش‌بینی‌کننده مشکلات خواب این گروه سنی است.

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، شیوه‌های تسکین جسمانی فعال و غیرفعال، ۲۱ درصد از واریانس مشکلات خواب را تبیین می‌کند ( $F_{8,1125}=4/13, P<0/001, R^2=0/21$ ). به عبارت دیگر، شیوه‌های در آغوش راه بردن کودک برای خواباندن وی ( $\beta=0/33, P=0/001$ ) و دادن شیر یا شیشه برای خواباندن کودک ( $\beta=0/23, P<0/006$ ) به عنوان متغیرهای پیش‌بین معنادار مشکلات خواب کودک شناسایی شدند.

## بحث

پژوهش حاضر، با هدف بررسی ارتباط بین مشکلات خواب و شیوه‌های خواباندن کودکان یک الی دو ساله انجام گرفت. نتایج نشان دادند با تغییر نمره کل شیوه‌های خواباندن، نمره شدت مشکلات خواب کودک نیز تغییر می‌کند. این یافته با نتایج مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) همسو است. این مؤلفان نشان دادند نمره کل شیوه‌های خواباندن، در دو گروه کودکان با و بدون مشکلات خواب متفاوت است. ذکر این نکته حائز اهمیت است که در پژوهش حاضر، روش مورد استفاده برای اکتساب نمره کل شیوه‌های خواباندن، همان روش مورد



خواباندن کودک مغایر با یکدیگر نیستند. آنچه مهم است توازن بین استفاده از این روش‌هاست. در نظر گرفتن هر یک از شیوه‌های خواباندن به صورت یک روش مستقل، باعث ایجاد این فرض اشتباه می‌شود که برای مثال استفاده از روش تسکین جسمانی فعال برای کمک به خوابیدن کودک اشتباه است. اما عامل کلیدی تنظیم الگوی خواب‌بیداری کودک، تعادل بین استفاده از روش‌های تسکین جسمانی فعال و ترغیب استقلال عمل است (مورل و کورتینا-بورجا، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر، شیوه خواباندنی مناسب است که کودک بتواند به راحتی بخوابد، به کرات بیدار نشود و در طول روز، رفتاری رضایت‌بخش داشته باشد. برای مثال، اگر والدین و کودک در یک رختخواب خوابیده و کاملاً هم راضی هستند و کودک تمام شب را به خوبی می‌خوابد، این روش می‌تواند مناسب باشد. اما باید توجه داشت که ادامه این عادت، نامطلوب است و باید در آن تغییراتی داده شود.

همچنین در پژوهش حاضر مشخص شد استفاده بیشتر مادر از شیوه تسکین جسمانی غیرفعال برای خواباندن کودکان یک الی دو ساله (شامل روش‌های ایستادن یا دراز کشیدن در کنار رختخواب کودک بدون مداخله فعال) با مشکلات خواب بیشتر رابطه دارد. این داده، با نتایج مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) و ادیر، بوچنر، فیلیپ، لونسون و زوکرمن (۱۹۹۱) همسو است. از بین مطالعات بسیار محدودی که به بررسی ارتباط این دو عامل پرداخته‌اند، در پژوهش ادیر و دیگران (۱۹۹۱) نشان داده شد شیرخوارانی که والدین‌شان معمولاً در زمان خواب آنها حضور دارند، نسبت به شیرخوارانی که والدین‌شان در زمان خواب‌شان حضور ندارند، بیداری شبانه بیشتری را تجربه می‌کنند. هنگامی که در پژوهش ادیر و دیگران (۱۹۹۱)، متغیرهای مداخله‌گر توسط تحلیل چندمتغیری نیز کنترل شد، این ارتباط همچنان وجود داشت. قابل ذکر است که در مطالعه ادیر و دیگران (۱۹۹۱)، ۳۳ درصد مادران، هنگام به خواب رفتن کودک‌شان در کنار وی حضور داشتند. اما در پژوهش مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲)، دراز کشیدن والدین نزدیک رختخواب کودک، یکی از غیرعمومی‌ترین رفتارها بوده است. در پژوهش حاضر نیز تعداد مادرانی که هنگام خواب

در ادامه، ارتباط هر یک از شیوه‌های خواباندن به طور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرد. ارتباط بین شیوه تسکین جسمانی فعال و مشکلات خواب کودکان یک تا دو ساله نشان می‌دهد استفاده بیشتر مادر از شیوه تسکین جسمانی فعال برای خواباندن کودک (مثلاً روش‌های بغل کردن، شیر دادن، خواباندن در رختخواب والدین) با مشکلات بیشتر خواب همراه است. مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲)، مورل و استیل (۲۰۰۳)، ساده (۲۰۰۳)، ساده و دیگران (۲۰۰۹) و تیکوتزکی و دیگران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند بین شیوه تسکین جسمانی فعال و مشکلات خواب کودکان ارتباط معنادار وجود دارد. به عقیده تیکوتزکی و ساده (۲۰۰۹) بین مشکلات خواب کودک و مداخله بیش از حد والدین در خوابیدن کودک، ارتباط همزمان و دوسویه وجود دارد. در مطالعه آنها، از یک‌سو، تسکین‌دهی شبانه کودک توسط والدین، پیش‌بینی‌کننده مشکلات خواب کودک بود و از سوی دیگر، مشکلات خواب کودک پیش‌بینی‌کننده تسکین‌دهی شبانه کودک توسط والدین بود. به گزارش تیکوتزکی و دیگران (۲۰۱۰) نیز روش‌های خواباندنی مانند شیر دادن به کودک، با مشکلات خواب کودک رابطه دارد. مداخله‌های درمانی همچنین نشان دادند هنگامی که والدین، تسکین جسمانی و فعال خود را در شب کاهش می‌دهند، خواب کودک به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد (تیکوتزکی و دیگران، ۲۰۱۰). اغلب روش‌های مداخله رفتاری برای درمان مشکلات خواب کودکان نیز بر این اساس قرار گرفته‌اند که از مداخله بیش از حد والدین در فرایند به خواب رفتن یا خواباندن دوباره کودک جلوگیری شود (ساده، ۲۰۱۳).

در مقابل هرچند به عقیده برخی از صاحب‌نظران، نه‌تنها خواباندن کودک با روش‌هایی مثل شیر دادن، تکان دادن و هم‌خوابی، مرتبط با مشکلات خواب نیست، بلکه برای تحول روانی کودک نیز ضروری است. به عقیده آنها آموزش خودتسکینی به کودک هنگام خواباندن وی، شاید سرانجام باعث به خواب رفتن کودک شود، اما باعث رفع علل بیداری شبانه و مشکلات خواب وی نمی‌شود (فلیس و هوگز، ۲۰۰۰؛ رامس و یانگ‌کلارک، ۲۰۰۶). در پاسخ به اینگونه ابهامات، مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) عنوان کرده‌اند شیوه‌های

کودک، جزء هیچ یک از روش‌ها نبوده است؛ ممکن است این روش و روش‌های دیگری که در پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی شده‌اند، وابسته به فرهنگ بوده و با قرار گرفتن در پرسشنامه در مطالعات بعدی نتایج مفیدتری را ارائه دهند.

## منابع

- برک، ل. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی رشد: از لقاح تا کودکی* (جلد اول). ترجمه ی. سیدمحمدی. تهران: ارسباران (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۷).
- پناغی، ل.، کفاشی، ا. و سراجی، م. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلال‌های خواب در دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران. *اندیشه و رفتار* ۱ و ۲، ۵۸-۵۰.
- سادوک، ب. ج. و سادوک، و. ای. (۱۳۸۹). خلاصه *روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی* (جلد دوم). ترجمه ن. پورافکاری. تهران: شهرآب (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۷).
- شکیبا، م.، کشاورزبان، ف. و نافی، ز. (۱۳۸۸). بررسی شیوع اختلالات خواب در شیرخواران ۱ تا ۲ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد طی سال ۸۸-۸۷. *فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۲۶، ۴۶-۳۹.
- شوقی، م.، خنجری، ص.، فرمانی، ف. و حسینی، ف. (۱۳۸۴). عادات خواب در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۴۱ و ۴۲، ۱۳۸-۱۳۱.
- کریم‌زاده، پ. و صفرزاده‌خوشایبی، ک. (۱۳۸۰). اختلال‌های خواب در کودکان. *فیض*، ۱۷، ۱۰۲-۹۳.
- فرزادفرد، س. ز. و هومن، ح. ع. (۱۳۸۷). نقش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۵، ۲۹۲-۲۷۷.
- محسنیان، ا. و غنائی‌چمن‌آباد، ع. (۱۳۹۰). اهمیت مسائل خواب در شیرخواران و کودکان خردسال. خلاصه مقالات چهارمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

Adair, R., Bauchner, H., Philipp, B., Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night waking during infancy: Role of parental presence at bedtime. *Pediatrics*, 87 (4), 500-504.

رفتن کودک‌شان در کنار وی حضور داشتند متفاوت از این دو پژوهش بود؛ به این صورت که ۸۳/۸ درصد مادران، گاهی اوقات یا بیشتر اوقات برای خواباندن کودک‌شان کنار رختخواب او دراز می‌کشیدند و ۱۴/۵ درصد مادران نیز گاهی اوقات یا بیشتر اوقات، کنار رختخواب وی می‌ایستادند، بدون اینکه وی را بلند کنند. این میزان در مقایسه با میزان ذکر شده در مطالعات ادیر و دیگران (۱۹۹۱) و مورل و کورتینا-بورجا (۲۰۰۲) بسیار متفاوت است. این تفاوت می‌تواند حاصل تفاوت‌های فرهنگی بین جوامع یا ناآگاهی برخی از والدین در مورد روش‌های صحیح خواباندن کودک باشد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در بهبود مشکلات خواب کودکان، به ویژه نوپایان و در نتیجه ارتقای کیفیت سلامت جسمانی-روانی آنها و خانواده‌شان سودمند باشد. همان‌گونه که در دیگر پژوهش‌های مرتبط با کودکان نشان داده شده است که آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین، به کاهش مشکلات رفتاری کودکان منجر می‌شود (فرزادفرد و هومن، ۱۳۸۷)، مطالعات پیشگیرانه در زمینه خواب کودک نیز نشان داده‌اند افزایش اطلاعات والدین در مورد خوابیدن کودک پیش از تولد، از مشکلات خواب آنان جلوگیری می‌کند (تیکوتزکی و دیگران، ۲۰۱۰). بنابراین تأمل در نتایج و اجرای برنامه‌های آموزشی برای والدین و متخصصان کودک توصیه می‌شود.

در پژوهش حاضر امکان بررسی افرادی که پرسشنامه‌ها را تکمیل نکردند، وجود نداشت، بنابراین ممکن است این گروه به طور معناداری با سایر افراد متفاوت باشند. انجام پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر با دیگر گروه‌های سنی کودکان که علاوه بر مادران، پدران آنها را نیز مورد ارزیابی قرار دهد، توصیه می‌شود. استفاده از روش‌های عینی ارزیابی خواب (مثلاً اکتی‌گراف) می‌تواند سودمند باشد. توصیه می‌شود این مطالعه به صورت پژوهش طولی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، دیگر عوامل زیربنایی مشکلات خواب کودکان مورد بررسی قرار گیرد. این نکته قابل ذکر است که روش تکان دادن کودک روی پا که در پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفته بود، روشی بوده است که ۵۶/۱ درصد مادران مورد بررسی از آن استفاده کرده بودند، اما در پرسشنامه رفتار تعاملی والد-کودک هنگام خواباندن

- questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behavior Scale. *Infant and Child Development*, 11, 17-41.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003).** The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health*, 24 (5), 447-468.
- Ramos, K. D., & Youngclarke, D. M. (2006).** Parenting advice books about child sleep: Co-sleeping and crying it out. *Sleep*, 29 (12), 1616-1623.
- Sadeh, A. (2003).** Development of the sleep-wake system and its relationship to children's psychosocial development. In Tremblay R. E., Barr R. G., Peters, R. D. V., eds, *Encyclopedia on early childhood development*, (pp. 1-10). Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/SadehANGxp.pdf> March 23, 2012.
- Sadeh, A., Mindell, J. A, Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009).** Sleep and sleep ecology in the first 3 years: A web-based study. *Sleep Research*, 18, 60-73.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010).** Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14 (2), 89-96.
- Scher, A. (2001).** Attachment and sleep: A study of night waking in 12-month-old infants. *Developmental Psychobiology*, 38, 274-285.
- Taylor, N., Donovan, W., & Leavitt, L. (2008).** Consistency in infant sleeping arrangements and mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29 (2), 77-94.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2009).** Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: A Longitudinal study from pregnancy through the first year. *Child Development*, 80 (3), 860-874.
- Coulombe, A. J. (2010).** *Parenting at midnight: Measuring parents' thoughts and strategies to help young children sleep through the night*. Doctoral Dissertation, Western Ontario University.
- Fleiss, P. M., & Hodges, F. M. (2000).** *Sweet dreams: A pediatrician's secrets for your child's good night's sleep*. Los Angeles: Lowell House.
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008).** Preschoolers' sleep behavior: Associations with parental hardness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 765-773.
- Hunsley, M., & Thoman, E. B. (2002).** The sleep of co-sleeping infants when they are not co-sleeping: Evidence that co-sleeping is stressful. *Developmental Psychobiology*, 40 (1), 14-22.
- Mao, A., Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2004).** A comparison of the sleep-wake patterns of co-sleeping and solitary-sleeping infants. *Child Psychiatry & Human Development*, 35 (2), 95-105.
- McNamara, P., Belsky, J., & Fearon, P. (2003).** Infant sleep disorders and attachment: Sleep problems in infants with insecure-resistant versus insecure avoidant attachments to mother. *Sleep and Hypnosis*, 5 (1), 7-16.
- Morrell, J. M. B. (1999).** The Infant Sleep Questionnaire: A new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4 (1), 20-26.
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002).** The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new

*preschools*. Master thesis of education, University of Canterbury.

**Touchette, E., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2005).** Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* , 159, 242-249.

**Tikotzky, L., Sharabany, R., Hirsch, I., & Sadeh, A. (2010).** Ghosts in the nursery: Infant sleep and sleep-related cognitions of parents raised under communal sleeping arrangements. *Infant Mental Health*, 31 (3), 312-334.

**Torok, L. (2009).** *The quality of naps in young children with sleeping difficulties: The role of parents and*