

اختلال‌های خواب در کودکان

دکتر پروانه کریم‌زاده^۱، دکتر کتابیون صفرزاده خوشابی^۱

خلاصه

سابقه و هدف: اختلال‌های خواب در بچه‌های شایع است اما به دلیل نظاهرات متفاوت این اختلال‌ها و بروز آن به صورت رفتاری و یادگیری و عصبی-رفتاری (Neuro-behavioral) کمتر تشخیص داده می‌شوند. با توجه به اهمیت و شیوع اختلال‌های خواب در کودکان، این مطالعه با هدف در نظر گرفتن مشکلات خواب به عنوان علت زمینه‌ای اختلال‌های رفتاری و یادگیری کودکان و راه‌های تشخیص و درمان آن، از مقالات مختلف به تحریر در آمد.

مواد و روشها: این مقاله مروری بر اساس کلید واژه sleep disorders in children با مطالعه ۳۵ مقاله انگلیسی زبان بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰ میلادی و کتاب درسی فوق تخصصی نموی-رفتاری کودکان (Developmental behavioral pediatrics) به رشته تحریر در آمد.

یافته‌ها: طبق مطالعات مختلف، اختلال‌های خواب شایع‌ترین شکایات رفتاری در کودکان می‌باشد که در اثر این مشکلات، کودک چهار علایمی مانند اختلال در: توجه و تمرکز، حافظه، یادگیری و رفتاری می‌شود. انواع اختلال‌های خواب در کودکان شامل بی‌خوابی، خواب آلودگی، اختلال‌های تنفسی وایسته به خواب، کابوس، شبانه، اختلال‌های بیداری، اختلال‌های ریتمیک حرکتی هنگام خواب و شب ادراری می‌باشد. همچنین اختلال‌های خواب در اثر بیماری‌های دیگر و ضایعات سیستمیک در کودک و یا اختلال‌های روانی و استفاده از داروهای روانپزشکی به وجود می‌آیند.

نتیجه‌گیری: با مطالعات صورت گرفته می‌توان به این نتیجه دست یافت که مشکلات خواب در بچه‌ها شایع است اما اغلب تشخیص داده نمی‌شود. مشکلات روحی-عصبی می‌تواند باعث قطع خواب گردیده و منجر به علایم در روز و در شب شود.

این مطالعه پیشنهاد می‌نماید که همیشه اختلال خواب باید در تشخیص افتراقی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان قرار گیرد. بررسی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان و ارتباط آن با اختلال خواب زمینه‌ای در کودک، می‌تواند منشا تحقیقات آینده باشد.

واژگان کلیدی: خواب، اختلال، عصبی-رفتاری، یادگیری

مقدمه

اختلال‌های خواب در کودکان به معنی کاهش بیش از حد یا افزایش بیش از حد خواب متناسب با سن، انواع غیر طبیعی خواب، رفتارهای غیر طبیعی در خواب و یا بروز وقایع پاتوفیزیولوژیک طی خواب می‌باشد.

اختلال‌های خواب شایع‌ترین مشکل رفتاری در بین کودکان است (۱,۲). تشخیص اختلال‌های خواب بالینی است، اگرچه در بعضی از موارد ممکن است مطالعات اختصاصی و آزمایشگاه خواب (Sleep lab) مورد نیاز باشد (۱).

درمان موجود جهت مشکلات خواب شامل بررسی زیستی- روانی و اجتماعی همراه می‌باشد. فوق تخصص تکاملی- رفتاری کودکان نقش اساسی در درمان مشکلات خواب کودکان دارد اما مشاوره با بقیه تخصص‌ها نیز نیاز است. مؤثر ترین راه بررسی مشکلات خواب، بهبود بهداشت خواب و درمان مناسب اختلال‌های رفتاری همراه خواب می‌باشد.

در صورتی که اختلال خواب در کودکان درمان نشود، منجر به عوارضی نظری اختلال در توجه و تمرکز، حافظه، یادگیری و رفتاری می‌شود. کودکانی که دچار مشکل خواب هستند از نظر بازده فعالیت‌های درسی در سطح پایین‌تری نسبت به بقیه کودکان می‌باشند (۱,۲,۳).

با توجه به این که مقالات مسروقی جامع خارجی و ایرانی در این زمینه در دسترس نمی‌باشد، این مطالعه با هدف بررسی مشکلات خواب کودکان از مقاله‌های مختلف و نتایج به دست آمده از آنها به تحریر در آمد.

مواد و روشها

با هدف بررسی مذکور، ۳۵ مقاله انگلیسی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰ میلادی و کتاب درسی فوق تخصصی نموی- رفتاری کودکان (Developmental behavioral pediatrics) مطالعه شدند.

بر اساس پژوهش‌های گوناگون، اختلال‌های خواب شایع‌ترین شکایت رفتاری در کودکان می‌باشد که در اثر این مشکلات، کودک دچار علایمی مانند اختلال در توجه و تمرکز، حافظه، یادگیری و رفتاری خواهد شد. انواع اختلال‌های خواب در کودکان شامل بی‌خوابی، خواب آلودگی، اختلال تنفسی وابسته به خواب، کابوس شبانه، اختلال‌های بیداری، اختلال‌های ریتمیک حرکتی هنگام خواب و شب ادراری می‌باشد.

همچنین اختلال‌های خواب بر اثر بیماری‌های دیگر و ضایعات سیستمیک در کودک و یا اختلال‌های روانی و استفاده از داروهای روانپزشکی به وجود می‌آیند.

یافته‌ها و بحث

خواب طبیعی و دگرگونی‌های آن - برای مشخص شدن اختلال خواب ابتدا باید به تعریف خواب طبیعی و دگرگونی‌های آن پرداخت: خواب یک فرآیند فیزیولوژیک در سطح بالا می‌باشد که تحت تاثیر مسائل اجتماعی- فرهنگی نیز قرار می‌گیرد. خواب یک ریتم بیولوژیک است و مراحل خواب به دنبال مطالعه بر روی این ریتم پیچیده مشخص می‌گردد. در خصوص مراحل خواب می‌توان گفت که بر اساس EEG خواب را می‌توان به دو مرحله تقسیم نمود (۱,۲۲): ۱- مرحله آرام از ولتاژ پایین (Low Voltage

خواب در شب به مقدار زیادی وجود نداشته و تا پایان اولین سال عمر در خیلی از بچه‌ها اتفاق نمی‌افتد. به دلیل مشکلات مشخص تکاملی در خواب، خیلی از بچه‌های طبیعی در طی شب نمی‌خوابند و در سال دوم عمر این مشکل حل می‌شود. تا سن ۷ سالگی تمام زمان‌های خواب کودک روی هم تقریباً ۱۰ ساعت است. در سن بلوغ تمام زمان‌های خواب بر روی هم شبهه افراد و ۸-۹ ساعت می‌باشد اما در این سن، یک تاخیر شناخته شده‌ای وجود دارد که منجر به دیر بودن خواب رفتن در شب و اشکال بیدار شدن در صبح می‌شود(۱۱،۱۰،۹،۸).

خواب و مشکلات شناختی رفتاری- مطالعات
بسیاری در مورد ارتباط کاهش خواب و مسائل شناختی و رفتاری صورت پذیرفته است. البته خیلی از مطالعات در این مورد ناشی از محرومیت از خواب در داوطلبان بزرگسال سالم می‌باشد. مطالعات تجربی و مشاهده‌ای مشخص می‌نماید که خیلی از مشکلات اختصاصی رفتاری و شناختی در محدودیت خواب ظاهر می‌نماید. این مسائل شامل اختلال در توجه، حرکت و فعالیت می‌باشد. بچه‌ها با محدودیت خواب خیلی از ویژگی‌های کودکان مبتلا به (Attention deficit-hyperactivity disorder) ADHD را پیدا می‌نمایند(۱۴،۱۳،۱۲).

جهت بررسی بالینی مشکلات خواب به این روش عمل شده است: ابتدا تاریخچه‌ای دقیق از خواب که مهم‌ترین قسمت تشخیص مشکلات خواب را شامل می‌گردد، گرفته می‌شود. سپس یک معاینه فیزیکی و نورولوژیک در تمام بچه‌ها صورت پذیرفت. همچنین معاینه عصبی-نکاملی نیز به خصوص در مواردی که اختلال‌های

۲- مرحله حرکات سریع چشم (REM) که در آن الگوی خواب شبیه ریتم بیداری است. پس از دوران شیرخواری مرحله آرام به چهار مرحله تحت عنوان: NREM (Non-REM) تقسیم می‌گردد. مرحله I و II گذرا بوده که توسط خصوصیات آنها در EEG که شامل Sleep spindle و K-complex است مشخص می‌شوند و دارای یک آستانه به طور نسبی پایین برای بیداری است. مرحله III و IV تحت عنوان خواب با امواج آرام یا Slow Wave-Sleep (SWS) می‌باشد. آستانه با فعالیت خیلی بالا از بیداری، ویژگی این مرحله عمیق خواب است.

در مرحله REM، رویا همراه با پارالیزی عضلات اسکلتی مرکزی و افزایش تنفس پذیری سیستم اتونوم وجود دارد. در این مرحله، تحریکات محیطی معنی‌دار اغلب با متن رویا ترکیب شده و بدین وسیله باعث بیداری نمی‌گردد. دوره‌هایی طبیعی از بیداری بین هر مرحله از خواب وجود دارد (مرحله I تا IV به اضافه مرحله REM) اما فردی که در خواب است معمولاً این بیداری‌ها را فراموش می‌کند. SWS طی دوره‌های اولیه خواب و REM در دوره‌های نهایی خواب طی شب، غالباً می‌شود. خواب نیز مثل تمام عملکردهای کودک در مسیر تکامل قرار می‌گیرد. (۶،۵،۴)
خواب نوزاد برای ۱۸-۱۶ ساعت در روز می‌باشد و بیشترین زمان آن را REM تشکیل می‌دهد(۷).

هر چه کودک بزرگتر می‌شود، این زمان شکسته گردیده و با دوره‌هایی از بیداری‌های متناوب همراه می‌شود. تمرکز این دوره‌های

۲- خواب آلودگی

خواب آلودگی شدید در روز به خصوص در اواسط دوران کودکی مساله قابل اهمیت است. معمولاً این حالت توسط محرومیت از خواب به وجود می‌آید. این مساله ممکن است در اثر کاهش طول کلی خواب باشد و یا قطع خواب، موجب خواب آلودگی در روز شود. بچه‌هایی که به شدت خواب آلوده هستند، اغلب در ماشین به خواب می‌روند اما ممکن است در سایر مکان‌ها از جمله مدرسه و یا حتی در هنگام خواندن کتاب به خواب روند.

نارکولپسی حالت مزمن خواب آلودگی شدید در روز است و بسیار جدی است و اغلب در بچه‌ها و نوجوانان تشخیص داده می‌شود. این حالت خیلی نادر است و به طور متوسط بین ۰/۱ - ۰/۰۴ درصد را برای آن گزارش می‌کنند.

نارکولپسی یک علامت چهار گانه (ترداد) دارد که شامل: ۱- حملات غیر قابل مقاومت خواب در روز به جای طول شب ۲- کاتالپسی (کاهش تون عضله طی هیجانات قوی) که منجر به سقوط فرد می‌شود. ۳- شروع خواب REM همراه با دیدن رویا در خواب ۴- پارالیزی خواب نارکولپسی می‌تواند خانوادگی باشد و ارتباطی با HLA DR2 و DQW1 وجود دارد اما HLA typing در تشخیص آن مفید نیست و آزمون تشخیصی محسوب نمی‌گردد.

تشخیص نارکولپسی با شرح حال و تاریخچه و Poly somnography می‌باشد.

تکاملی وجود دارد، به عمل می‌آید. معاینات بالینی تنها در موارد خاص صورت پذیرفته است. بررسی‌های آزمایشگاهی نظیر Poly somnography ممکن است در برخی موارد ضرورت می‌یابد (۴).

۱- بی‌خوابی

خودداری از رفتن به رختخواب، مشکلات شروع خواب و تداوم آن در بین کودکان شایع است. تکه تکه شدن خواب و بی‌خوابی متسابق در طول شب در شیرخواران و کودکان نوبا طبیعی می‌باشد و ممکن است تا حدود ۳۳ درصد از کودکان ۱ تا ۲ ساله مشاهده گردد.

تفذیه طی شب ممکن است باعث افزایش این مشکل شود به خصوص به دلیل آن که افزایش دریافت مایعات منجر به افزایش ادرار کردن گردیده و این امر، بی‌خوابی در طول شب را شدت می‌بخشد. همچنین سندرم کولیک شیرخواران همراه با بی‌دار شدن نوزاد در طول شب است. حالاتی نظریه اوتیت مدیا، بازگشت معده-مری و احتمالاً آرزوی غذایی از دلایل طبی بی‌خوابی در شیرخواران و نوباهای می‌باشد. بچه‌های در سن مدرسه و قبل از مدرسه علل بیشتری از بی‌خوابی را دارا هستند.

برخورد هایی که در طول روز وجود دارد و در دسترس قرار گرفتن کودک می‌تواند منجر به بی‌خوابی شبانه گردد، همچنین در نظر گرفتن متن خانواده و رفتار والدین قابل اهمیت است.

گاهی به دنبال بررسی علت خواب آلودگی شدید در روز، این عارضه کشف می‌شود و به میزان کمتر در هنگام بررسی اختلال‌های رفتاری در روز و یا شب آشکار می‌گردد. آپنه خواب یا هایپوپنه ممکن است دلایل بزرگی از مشکلات یادگیری در روز یا اختلال‌های رفتاری در روز باشد، اگرچه اطلاعات جمعیتی در مورد شیوع یا شدت این ضایعه محدود است. احتمالاً پیش از ۲ - ۱ درصد شیوع در بزرگسالان می‌باشد. بچه‌های مبتلا به اختلال‌های کرانیوفاشیال، سندروم داون، فلج مغزی و یا هیدروسفالی در معرض آپنه قرار دارند. همین حالت در مورد بچه‌های مبتلا به ضایعه‌های عصبی- عضلانی و یا نورودئنراتیبو حکم‌فرما است. چاقی یکی از علل شایع مستعد کننده آپنه است. درمان آپنه خواب انسدادی و هایپوپنه می‌تواند پیچیده باشد. به ندرت درمان‌های شدید نظری تراکنوتومی لازم می‌شود. برداشتن لوزه و آدنوبیدکتومی در موارد آپنه انسدادی همراه هایپرتروفی بافت درمان کننده می‌باشند (۱،۲۰).

۴- کابوس شبانه

کابوس شبانه (Nightmare) در مرحله REM خواب اتفاق می‌افتد و به عنوان حملات اضطراب - رویا تقسیم‌بندی می‌گردد، به نظر می‌رسد، علت آن شبیه سایر علل وابسته به اضطراب باشد. بچه‌ها و افراد بالغ معمولاً قادر خواهند بود که متن کابوس شبانه را، حداقل بلافتسله پس از بیداری، گزارش نمایند. برای بهبودی

نارکولپسی ممکن است شبیه ADHD در بچه‌های کوچک‌تر و یا شبیه یک ضایعه نوروولوژیک و یا روانی خود را نشان دهد. درمان آن شامل تنظیم وقت بیداری و درمان دارویی به ویژه داروهای محرک روانی- عصبی می‌باشد. بیماران از حمایت گروهی سود می‌برند، زیرا مشکلات اشتغال و اجتماعی معمولاً همراه نارکولپسی وجود دارد (۱۲، ۱۸، ۱۹).

۳- اختلال‌های تنفسی وابسته به خواب مشکلات تنفسی وابسته به خواب نیازمند تشخیص و ارزیابی دقیق است. آپنه خواب شامل عدم تنفس مؤثر به هنگام خواب می‌باشد و ممکن است از انسداد کامل یا نسبی راه‌های هوایی ناشی شود و یا عدم کنترل مرکز عصبی تنفس موجب آن گردد و یا هر دو عامل نقش داشته باشند. مطالعات آینده ممکن است معیارهای اختصاصی مربوط به سن را مشخص کند. آپنه به عدم عبور هوا از راه بینی - دهانی به مدت بیش از ۱۰ ثانیه گفته می‌شود. هایپوپنه مربی شدت کمتری از آپنه دارد که همراه با هایپوروتیلیشن می‌باشد و ممکن است به بیداری‌های مکرر و یا اکسیژن‌اسیون ناکافی منجر گردد. شاخص آپنه را تحت عنوان تعداد متوسط اپنه زودهای آپنه در ساعت اندازه‌گیری می‌نمایند. در بزرگسالان بیش از ۵ سال از این اپنه زودهای یا ۱۰ هایپوپنه در ساعت طی خواب، غیرطبیعی نلفی می‌شود. آپنه خواب اغلب به دلیل صدای بلند، خرناص‌های شبانه و یا وقفه‌های مشاهده شده در تنفس پوشیده می‌ماند. گاه

زمانی است که والدین ممکن است بیدار باشند و به این رفتار توجه کنند. اختلال‌های بیداری معمولاً در شروع دوره‌های خواب اتفاق می‌افتد اما ممکن است در سایر مراحل خواب نیز بروز نماید.

راه رفتن در خواب ممکن است آرام باشد و یا به صورت آژیته و نگران ظاهر نماید. این حالت در ۴۰ درصد بچه‌های ۶-۱۲ سال با میزان شیوع ۶ تا ۱۷ درصد گزارش می‌شود. تنها در ۳ درصد موارد، این عارضه در بچه‌ها پیش از یک ماه به طول می‌انجامد. این کودکان در معرض آسیب قرار دارند. بیمارانی که به صورت آژیته راه رفتن در خواب را نشان می‌دهند ممکن است در این حالت گریه کنند و یا بدوند. دوره این راه رفتن ممکن است مختصر باشد و یا تا ۴۵ دقیقه طول کشد اما در مواردی تیپیک ۵ تا ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد. در مورد وحشت خواب باید گفت که به ندرت موجب خواب آلودگی در روز می‌شود. معمولاً عمره علایم سیستم اتونوم نظری عرق کردن و تاکیکاری است. وحشت خواب اغلب ناگهانی و طی اولین نیمه شب اتفاق می‌افتد.

درمان وحشت شبانه، راه رفتن در خواب و بیداری همراه با گیجی معمولاً نامید کننده است. اگر علایمی بروز نماید که گویای واقعه و پیش‌بینی وقوع آن باشد، قدم زدن در حدود ۱۵ دقیقه قبل از علامت مزبور معمولاً مفید خواهد بود. اغلب در نظر گرفتن استرس ایجاد کننده طی روز سودمند می‌باشد. استفاده از دارو و محرومیت از خواب به عنوان عوامل مستعد کننده در نظر گرفته می‌شوند. درمان

کابوس‌های شبانه گاه گاهی اطمینان‌دادن و توجه دادن به گذرا بودن عامل استرس کافی است. توانایی کودک برای به تصویر کشیدن کابوس باید در نظر گرفته شود، چنین کودکانی نسبت به آینده، وقایع وابسته به اضطراب و مرگ نگران می‌گردند. اگر کابوس شبانه شدید باشد و یا به صورت متناوب اتفاق افتد، موجب تداخل با زندگی روزانه و یا عملکرد طبیعی فرد می‌شود.

مشکلات استرس و اضطرابی که به دنبال ضربه و ترومای اتفاق می‌افتد، می‌تواند موضوع مهمی در تشخیص این عارضه باشد. علاوه بر کابوس شبانه متناوب در صورتی که کودک دچار متن کابوس تکرار شونده نیز گردد، علایمی از هیجان شدید، مواردی نظری مکیدن انگشت و ترس‌های غیر طبیعی از بعضی اشیا را نشان خواهد داد. در بعضی از موارد، برخی داروها نیز می‌توانند ساعت کابوس شبانه شوند. از این دسته داروها، آگونیست‌های L-2 alpha و مسددهای بتا و DOPA را می‌توان نام برد (۲۱، ۲۲).

۵- اختلال‌های بیداری

معمولًا بیداری طبیعی پس از دوره خواب کامل اتفاق می‌افتد. اختلال‌های بیداری نظری ترور شبانه، راه رفتن در خواب و بیداری توام با گیجی می‌باشد. اغلب این عوارض در اولین تا سومین ساعت پس از شروع خواب اتفاق می‌افتد. این مساله به دلیل ارتباط این عوارض با مرحله SWS است. بیشترین زمان طی SWS و یک سوم اول شب اتفاق می‌افتد و این

باشد. گرفتن تاریخچه و انجام آزمایش کامل ادرار، بیماری‌های دیابت و عفونت ادراری را رد می‌نماید. معاینه عصبی جهت رفلکس نخاعی تحتانی (چشمک آنال) مهم است. والدین می‌گویند کودک رختخواب خود را هنگامی که در خواب عمیق قرار دارد، خیس می‌کند اما هیچ ارتباطی بین مراحل خواب و شب ادراری موجود نیست. زنگ خواب، می‌تواند خیلی موثر باشد، به خصوص در بچه‌هایی که در سن مدرسه هستند و خود مایل به توقف این مشکل می‌باشند. از آنجا که بچه‌ها ممکن است شب‌ها با صدای زنگ بیدار نشوند، والدین مجبور هستند که در گیر این مساله شده و کمک نمایند. پس از حصول خشکی بستر باید به کودک در هنگام خواب مقداری محرومیت از آب داد تا نتایج طولانی مدت تری حاصل شود. تمرین تربیت مثانه ممکن است با افزایش ظرفیت مثانه به پیش‌گیری از این امر کمک می‌کند هیپوتراپسی ممکن است مفید باشد. دارو درمانی نظیر دسموپرسین (DDAVP) و ایمی پرامین ایجاد دوران بھبودی کوتاه مدت می‌نمایند و دیده نشده که شب ادراری را درمان کنند اما می‌توانند شدت را کاهش دهند ولی باید عوارض جدی آنها نظر هیبوناترمی و نشنج در نظر گرفته شود.(۱۱،۱۱).

در بررسی اختلال خواب، مواردی نیز مشاهده می‌شود که به شکل اولیه اختلال خواب در کودک وجود ندارد اما بیماری‌های دیگر و ضایعات سیستمیک خواب را تحت تاثیر قرار می‌دهند:

دارویی موثر برای این اختلال‌های وجود ندارد. اگر چه کلونازپام و ضد افسردگی‌های مه حلقه‌ای پیشنهاد شده‌اند. جهت پیش‌گیری از ایجاد آسیب در مورد اختلال راه رفتن در خواب، استفاده از زنگ‌هایی بر سر در اتاق‌ها مفید است. والدین در این حالت باید سعی کنند کودک را به رختخواب برگردانند و سعی در بیدار کردن وی نکنند.(۲۴،۲۳،۲۲).

۶ - اختلال‌های ریتمیک حرکتی

تعدادی از اختلال‌های حرکتی همراه با انتقال به حالت خواب اتفاق می‌افتد که شامل زدن سر به اطراف، حرکات ساق پای بدون استراحت و دندان قورچه در طی شب است. این ضایعات، خود محدود شونده هستند و معمولاً یک پاتولوژی جدی در اغلب موارد وجود ندارد. ضایعات می‌تواند طول داشته باشند. در خصوص زدن سر به اطراف معمولاً طول می‌کشد اما خوش خیم است. باید برای محیط خواب این افراد بالشتک‌هایی در اطراف بستر گذاشت. دندان قروچه به صورت ساییدن دندان‌ها در خواب است. به ندرت یک مشکل جدی مطرح است اما می‌تواند منجر به آسیب دندانی شود، علامتی شایع در بچه‌ها می‌باشد و ممکن است در افراد بالغ هم دیده شود. وسایل محافظ دندان‌ها جهت پیش‌گیری از آسیب احتمالی توصیه می‌گردد(۲۵،۲۴).

۷ - شب ادراری

به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. اگر کودک در طی روز خشک باشد، علل پزشکی مانند مثانه نورولوژیک و اختلال آناتومیک رد می‌شود. شب ادراری ثانویه ممکن است علامتی از مشکلات روحی - اجتماعی و یا هیجانی

از کودکان و سوء استفاده از داروها باید در نظر گرفته شوند(۲۷،۲۸) (۱).

بحث و نتیجه‌گیری

با مطالعات به عمل آمده می‌توان به این نتیجه دست یافت که مشکلات خواب در بچه‌ها شایع است اما اغلب اشتباه تشخیص داده می‌شوند. خواب در بچه‌ای به عملکرد اجتماعی، خانوادگی و هیجانی هر فرد می‌باشد. مشکلات روحی-عصبي می‌توانند باعث قطع خواب گردیده و منجر به علایم هم در روز و هم در شب گردند. تفاوت‌های فرهنگی تاثیر بسیار زیادی بر خواب دارد. خواب در کنار والدین مثال خوبی برای این مطلب است. بررسی‌های پژوهشی که قبل از ضد این مسئله در مورد نوزادان و شیرخواران کوچک بود، نیاز به بازنگری دارد، زیرا دلایل زیادی وجود دارد که این نوع خواهد بود (در زمان خاص) مفید است(۱۱).

این مطالعه پیشنهاد می‌نماید که درمان مشکلات خواب، خیلی از مسائل شناختی و رفتاری ایجاد شده در اثر محدودیت خواب را حل می‌نماید.

همچنین اختلال خواب باید در تشخیص افرادی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان قرار گیرد. تحقیق و بررسی در مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان از جهت یافتن اختلال خواب زمینه‌ای، می‌تواند منشا تحقیقات جدید در این زمینه قرار گیرد.

دردهای مزمن، آسم، بیازگشت معده‌مری عفونت و ضایعات التهابی اغلب باعث قطع خواب می‌شوند و منجر به خواب آلودگی در روز می‌گردند. میگرن و سردرد کلاستر ممکن است در شب اتفاق افتد و باعث اختلال خواب شوند. خیلی از داروها ممکن است بر خواب اثر گذارند. تمام تحریک‌کننده‌ها نظیر داروهایی مثل متیل فنیدیت، دکسترو آمفاتین و همین طور درمان‌های آسم و ضد احتقان‌ها می‌توانند با شروع خواب رقابت کنند. تحریک کننده‌های غذایی نظیر کافئین و مشکلات‌ها می‌توانند بر خواب شبانه اثر بگذارند. از آنتی هیستامین‌ها هم اثرات مدت‌به‌مدت هم اثرات معکوس مشاهده می‌گردد(۲۶،۲۳،۲۱).

همچنین اختلال‌های روانی نیز بر خواب کودک تاثیر گذار هستند، بیماری‌های روانی که می‌توانند باعث اختلال خواب شوند عبارتند از: افسردگی، مانیا، اضطراب و سایکوزها. همچنین داروهای متفاوت روانپزشکی می‌زان خواب را کاهش می‌دهند که شامل Fluoxetine، Paroxetine، Sertraline و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای می‌باشند. تحریک کننده‌های روانی می‌توانند سبب اختلال در شروع خواب شوند. داروهای اعیاد آور منجر به قطع خواب می‌گردند. به ویژه تباکو، کافئین و الکل می‌توانند خواب منقسم دهند. اختلال‌های به دنبال ترومما، سوء استفاده جنسی

References:

- 1- Baer MT. Poulsen M K. Textbook of behavioral and developmental pediatrics. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999: 224-310.

- 2- Carskadon MA, Roth T. Sleep restriction. In Monk TH (Ed). *Sleep, sleepiness, and performance*. New York: John Wiley & Sons; 1991: 155-167.
- 3- Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Sleep Problems Seen in pediatric practice. *Pediatrics*. 1995; 75: 477 – 483
- 4- Thorpy MJ. Classification of Sleep disorders . In: Kryger MH Roth T, Dement WC (Eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine* . Philadelphia: WB Saunders; 1994: 426 – 436
- 5- Webb WB. Sleep as a biologic rhythm: a historical review . *Sleep*. 1994; 17: 188 – 194
Weissbluth M: Naps in children 6 months – 7 years . *Sleep*. 1995; 18: 82 – 87
- 6- Lawrence K. International Classification of sleep disorders: Diagnostic and coding Manual. New York: American sleep disorders association; 1995
- 7- Eaton – Evans J, Dvlgdale AE. Sleep patterns of infants in the first year of life . *Arch Disord child*. 1995;63: 647 – 649
- 8- Carskadon MA, Vieira C, Acebo C. Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep*. 1992; 16: 285- 262
- 9- Dahl RE, Carskadon MA. Sleep and its disorder in adolescence. In: Ferber R, Kryger, M (Eds). *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia: WB Saunders; 1995: 19-28.
- 10-Lozoff B, Askew GL, Wolf AQ. Cosleeping and early Childhood sleep Problems: effects of ethnicity and socioeconomic status . *J Dev Behav Pediatr*. 1996; 17: 9 – 15
- 11-Mckenna JJ, Mosko SS. Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (Same bed): an experiment in evolutionary medicine . *Acta Paediatr (Suppl)*. 1994; 397: 94 – 102
- 12-Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Semin Pediatr Neurol* . 1996; 3: 44-50
- 13-Man Dansky D, Edelbrock C. Cosleeping in a community sample of 2 – and 3 – Year - old Children, *Rediatrica*. 1998; 86: 197 – 203
- 14-Elliott FA. The episodic dyscontrol syndrome and aggression. *Neurol Clin*. 1997 ;12: 133- 125
- 15-Anders TF, Eiben LA. pediatrics sleep disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1997; 36: 9-20
- 16-Ferber R. sleeplessness in children. In: Ferber R, Kryger M (Eds). *Principles and practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia: WB Saunders; 1995: 79-89.
- 17-Regestein QR, Monk TH. Delayed sleep phase syndrome: a review of its clinical aspects. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 602 – 608
- 18-Brown LW, Billiard M. Narcolepsy, Kleine- Levin syndrome, and other causes of sleepiness in children. In: Ferber R, Kryger M (Eds). *principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia: WB Saunders; 1995: 125-134.
- 19-Dahl RE, Holtum J, Trubnick L. A clinical picture of child and adolescent narcolepsy. *J Am Academy Child Adolesc psychiatry*. 1994; 33: 834- 841
- 20-Carroll, JL, Loughlin GM. Ovstauctiv sleep apnea syndrome in infants and children: diagnosis and management,. In: Ferber R, Kryger M(Eds): *Principles and practice pf sleep medicine in the child*. Philadelphia; WB Saunders; 1995: 193-216.
- 21-Hartmann E. Nightmares and other dreams. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: WB Saunders; 1994: 407-410.
- 22-Ferber R. Sleep Walking, night mares. *Ann Intern*. 1998; 106: 582 – 592
- 23-Mahowald MW, Thorpy M. Nonarousal Parasomnias in the Child . In: ferber R, Kryger M(Eds): *Princiles and pracie of Sleep medicine in the Child* . Philadelphia: WB Saunders; 1995: 115 – 123 .
- 24-Rosen G, Mahowald MW, Ferber R. Sleepwalking, counfusional arousals, and sleep terrors in the child . In: Ferber R, Kryger M (Eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine in the child* . Philadelphia: WB Saunders; 1995: 99 – 113
- 25-Ferber R. *Solve your Child's Sleep problem*. New York: Simon and Schuster; 1986.

- 26-Jan JE, Espezel H, Appleton RE. The treatment of Sleep disorders with melatonin. Dev Med Child Neurol. 1994; 36: 97- 107
- 27-Behrman RE. Nelson Textbook of pediatrics, 16 th ed. Philadelphia: WB Sanders; 2000: 73-75.
- 28-Adams LA, Rickert VI. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. Pediatrics; 84: 756-761