

مقایسه‌ی وضعیت خواب کودکان ۳ تا ۷ ساله‌ی مبتلا به خودارضایی با گروه شاهد در شهر اصفهان

دکتر مصطفی نجفی^۱، دکتر عباس عطاری^۲، دکتر محمدرضا مراشی^۳، یاسر معین^۴

چکیده

مقدمه: خودارضایی کودکان به معنی تحریک ناحیه‌ی تناسلی توسط خود شخص، در یک کودک نابالغ است و به نظر می‌رسد که با سایر اختلالات عاطفی رفتاری و اختلالات خواب رابطه داشته باشد. با توجه به تأثیری که این اختلال در ایجاد سایر اختلالات از جمله اختلالات خواب دارد و تاکنون مطالعه‌ای مشابه در ایران انجام نشده است، در این مطالعه وضعیت خواب را در کودکان ۳-۷ ساله مبتلا به خودارضایی بررسی کردیم.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، تحلیلی و از نوع مورد-شاهدی (Case-control) بود. ۵۰ نفر از کودکان مبتلا به خودارضایی که بین ۳-۷ سال سن داشتند و ۵۰ کودک هم سن و هم جنس و همسان از نظر بیماری‌های همراه اما بدون ابتلا به خودارضایی انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات به وسیله‌ی دستگاه Actigraph و پرسش‌نامه‌ی اطلاعات محقق ساخته و پرسش‌نامه‌ی مربوط به خواب کودکان (Child's sleep habits questionnaire) یا (CSHQ) انجام شد. در همه‌ی آنالیزهای آماری $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که بین خودارضایی با سابقه‌ی گوشه‌گیری کودکان و عدم ارتباط با افراد هم سن و سال، و خودارضایی و بیدار شدن از خواب با وحشت رابطه وجود داشت. همچنین مدت زمان خواب مؤثر در دختران مبتلا به خودارضایی کمتر از دختران فاقد این اختلال بود و تعداد دفعات بیدار شدن در طول خواب نیز در این دختران بیشتر بود. مدت زمان بین رفتن به رختخواب تا شروع خواب در پسران مبتلا به خودارضایی بیشتر از پسران فاقد این اختلال بود.

نتیجه‌گیری: در مطالعه‌ی حاضر به این نتیجه رسیدیم که تعدادی از اختلالات خواب در کودکان مبتلا به خودارضایی نسبت به کودکان فاقد این اختلال بیشتر دیده می‌شود که نیازمند توجه بیشتر اولیا و پزشکان جهت کاهش و رفع این اختلالات است.

واژگان کلیدی: وضعیت خواب، خودارضایی، کودکان

مقدمه

(۲). سازمان جهانی بهداشت (WHO) در ICD-۱۰

(International classification of diseases)،

خودارضایی کودکان را تحت عنوان سایر اختلالات

روانی و رفتاری مشخص که اغلب در دوران کودکی و

جوانی آغاز می‌شوند، قرار می‌دهد (۳). خودارضایی

در نوزادان و بچه‌های تازه راه افتاده اغلب با درد دل،

صرع، دیستونی پروگزیمال یا دیسکینزی اشتباه

خودارضایی کودکان به معنی تحریک ناحیه‌ی تناسلی

توسط خود شخص، در یک کودک نابالغ است (۱).

این مسأله در (Diagnostic and statistical) DSMIV

(manual of mental disorders) لحاظ نشده است،

بنابراین، این بدان معنی است که این مسأله تحت

عنوان اختلال روانی خاص طبقه بندی نشده است

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ دانشجوی پزشکی عمومی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ymoein2003@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: یاسر معین

می‌شود که این باعث انجام یک سری آزمایش‌های تشخیصی و درمان‌های طبی غیر ضروری در کودک می‌شود. بنابراین تشخیص خودارضایی کودکان به آگاهی کافی، انجام یک مصاحبه‌ی دقیق و ضبط ویدیویی وابسته است (۴-۵).

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های خودارضایی کودکان آن است که چنانچه حواس کودک را پرت کنیم، فعالیت کودک متوقف می‌شود (۶). رفتار جنسی با سن رابطه‌ی عکس دارد و در کل بیشترین تکرار آن، هم در دختران و هم در پسران، در سن ۵ سالگی است (۶). بنابراین خودارضایی کودکان یک رفتار شایع و وابسته به سن محسوب می‌شود و می‌توان خودارضایی بارز کودکان را در سنین ۲-۵ سالگی طبیعی دانست، اما با افزایش سن باید این رفتار کاهش پیدا کند (۷). بیشتر موارد گزارش شده‌ی خودارضایی مربوط به دختران می‌شود، که شاید عوامل فرهنگی و اجتماعی و تفاوت‌های آناتومیکی نقش مهمی در ایجاد این اختلاف داشته باشند (۸-۹، ۵). همچنین کودکانی که دچار Autism یا عقب افتادگی ذهنی هستند، بیشتر مستعد به رفتارهای خود تحریکی می‌باشند (۷).

Unal مطالعه‌ای در مورد عوامل مستعد کننده‌ی خودارضایی کودکان در ترکیه انجام داد و نتیجه گرفت که در کودکان دچار خودارضایی اختلالات خواب شیوع بیشتری دارند (۹). به نظر می‌رسد خودارضایی با اختلالات خواب رابطه داشته باشد. حتی نوعی از پاراسومنیا تحت عنوان «Sexomnia» به تازگی تعریف شده است که بیانگر اختلالات خوابی است که در نتیجه‌ی رفتارهای جنسی غیر طبیعی ایجاد می‌شود و دوران خواب و بیداری تطابق و هماهنگی خود را از دست می‌دهد (۱۰).

Sexomnia می‌تواند در نتیجه‌ی همه‌ی رفتارهای جنسی غیر طبیعی از جمله خودارضایی ایجاد شود. عوامل زمینه ساز آن می‌تواند شامل اعتیاد به الکل و مواد مخدر، استرس، خستگی، میل جنسی زیاد و اختلال خواب باشد (۱۱). با توجه به این که به نظر می‌رسد خودارضایی با اختلالات خواب رابطه داشته باشد، در پژوهش حاضر سعی کردیم تا وضعیت خواب را در کودکان ۳-۷ ساله‌ی مبتلا به خودارضایی بررسی کنیم تا ضمن آگاهی دادن به پزشکان و والدین در این مورد، زمینه را برای رشد و تکامل هر چه بهتر جسمی- روانی و اجتماعی کودکانمان فراهم کنیم.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، تحلیلی و از نوع مورد-شاهدی (Case-control) بود. روش کار بدین صورت بود که ۵۰ نفر از کودکانی را که به کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی مشاوره‌ی کودک و نوجوان در شهر اصفهان با شکایت خودارضایی آورده می‌شدند و بین ۳-۷ سال سن داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل ابتلا به خودارضایی، داشتن سن ۳-۷ سال و عدم وجود سابقه‌ی درمان خودارضایی بود. معیار خروج نیز شامل عدم رضایت والدین جهت شرکت کودک در طرح بود. افراد گروه شاهد (۵۰ نفر) نیز از سطح کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی مشاوره‌ی کودک و نوجوان در شهر اصفهان که از نظر سن، جنس و نوع بیماری همراه، با گروه مورد همسان بودند و فقط مبتلا به خودارضایی نبودند، انتخاب شدند.

پس از کسب رضایت از والدین آکودکان ابتدا مصاحبه‌ی اولیه توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان به عمل آمد تا سایر اختلالات همراه در کودک مشخص

برای گروه شاهد نیز پس از کسب رضایت‌نامه، کلیه‌ی مراحل که برای گروه مورد اجرا شده بود، برای آن‌ها نیز اجرا شد. اطلاعات دستگاه Actigraph با اتصال به رایانه تحلیل شد (توسط نرم‌افزار Sleep analysis نسخه‌ی ۷، ویرایش ۲۰۱۰) و پس از این که اطلاعات مربوط به کلیه‌ی افراد دو گروه جمع‌آوری شد، با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL) و آزمون Student-t وضعیت خواب را در دو گروه از لحاظ متغیرهایی نظیر مدت زمان خواب مؤثر، میانگین تعداد دفعات بیدار شدن از خواب، میانگین مدت زمان به خواب رفتن، درصد فراوانی خواب گردی و وحشت شبانه و حرف زدن در خواب و امتیاز پرسش‌نامه‌ی CSHQ با هم مقایسه کردیم. $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ کودک ۳-۷ ساله بررسی شدند که ۵۰ کودک مبتلا به خودارضایی و ۵۰ کودک فاقد آن بودند. مشخصات دموگرافیک دو گروه مورد مطالعه در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک دو گروه مورد مطالعه

مشخصات	مورد	شاهد
گروه سنی	۳-۴ سال	۸
	۴-۵ سال	۶
	۵-۶ سال	۱۸
جنس	۶-۷ سال	۱۸
	دختر	۳۳
محل تولد	پسر	۱۷
	شهر	۴۲
	روستا	۲
وجود بیماری‌های همزمان	۲۶	۲۶

شود. جمع‌آوری اطلاعات به وسیله‌ی دستگاه Actigraph (مدل Miniactiwatch AWM، ساخت کشور انگلستان)، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته و پرسش‌نامه‌ی مربوط به خواب کودکان (CSHQ یا Child's sleep habits questionnaire) انجام شد. پرسش‌نامه‌ی CSHQ مشتمل بر ۳۳ قسمت می‌باشد که از آن برای غربالگری اختلالات خواب در کودکان ۳-۱۲ ساله استفاده می‌شود. هر چه امتیاز بیشتر باشد، اختلال خواب شدیدتر خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه طی دو مطالعه، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمده است (۱۲-۱۳). دستگاه Actigraph، دستگاهی کوچک است که بر روی مچ دست و یا مچ پا بسته می‌شود و از آن برای اندازه‌گیری زمان خواب مؤثر، فرکانس بیدار شدن در طول خواب و مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد بعد از رفتن به رختخواب به خواب برود، استفاده می‌شود و از نظر بالینی برای دست یافتن به بهداشت خواب و تشخیص و درمان بی‌خوابی و اختلالات ریتم خواب و بیداری و سایر اختلالات خواب به کار می‌رود و به علت کاربرد راحت، از آن به عنوان جایگزین Polysomnography استفاده می‌شود.

پس از این که فرد مورد نظر رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام داشت، دستگاه Actigraph و فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات توسط پیک، درب منزل تحویل خانواده کودک شد و خانواده کودک مورد نظر بر اساس اطلاعاتی که در رابطه با چگونگی کاربرد دستگاه به آن‌ها داده شد، دستگاه Actigraph را هنگامی که کودک قصد خواب شبانه داشت، بر روی مچ دست یا پای کودک بسته و فردای آن شب پیک جهت تحویل گرفتن دستگاه و فرم مراجعه می‌کرد.

زدن در طول خواب (که می‌تواند از گفتن یک کلمه تا جمله متغیر باشد) و راه رفتن در خواب به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته اندازه‌گیری شد. این مقادیر در جدول ۳ ذکر شده است.

ضریب الفای کرونباخ ترجمه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی مذکور ۰/۸۶۶ به دست آمد که نشان داد ترجمه‌ی فارسی آن از پایایی لازم برخوردار است. مقدار متوسط امتیاز پرسش‌نامه‌ی CSHQ در گروه مورد برابر $6/91 \pm 86/4$ و در گروه شاهد برابر با $7/23 \pm 70/7$ بود. با توجه به $P < 0/001$ اختلافات خواب در کودکان مبتلا به خودارضایی از شیوع بیشتری برخوردار بود.

بحث

در این مطالعه وضعیت خواب را در کودکان ۳-۷ ساله‌ی مبتلا به خودارضایی در مقایسه با گروه شاهد بررسی کردیم. ۱۰۰ کودک در دو گروه ۵۰ نفره قرار

در انتخاب نمونه‌ها سعی شد که کودکان در دو گروه شاهد و مورد از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده‌ای همچون سن، جنس و وجود بیماری‌های همراه، همسان باشند. ۵۲ درصد کودکان گروه مورد سابقه‌ی گوشه‌گیری و عدم ارتباط با دیگران را داشتند، در حالی که این مقدار در مورد گروه شاهد ۲۸ درصد بود و با توجه به $P < 0/012$ گوشه‌گیری و عدم ارتباط با افراد هم سن در کودکان مبتلا به خودارضایی بیشتر مشاهده می‌شود.

به وسیله‌ی دستگاه Actigraph مواردی از قبیل مدت زمان خواب مؤثر (از کم کردن مدت زمان بیداری در طول خواب شبانه از کل زمان خواب به دست می‌آید)، مدت زمان به خواب رفتن (زمان بین رفتن به رختخواب تا شروع خواب) و تعداد دفعات بیدار شدن از خواب اندازه‌گیری می‌شود. این مقادیر در جدول ۲ به تفکیک جنسیت ذکر شده است. مواردی از قبیل وجود وحشت شبانه (بیدار شدن در طول خواب با وحشت)، حرف

جدول ۲. متغیرهای اندازه‌گیری شده به وسیله‌ی دستگاه Actigraph

مقدار P	شاهد		جنس	متغیر
	میانگین (انحراف معیار)	مورد میانگین (انحراف معیار)		
< 0/001	(65/4)497/3	(49/4)423/6	دختر	مدت زمان خواب مؤثر (دقیقه)
0/136	(117/3)488/7	(56/5)439/9	پسر	
0/072	(10/7)19/0	(13/7)24/6	دختر	مدت زمان به خواب رفتن (دقیقه)
< 0/007	(13/4)18/7	(15/0)32/7	پسر	
< 0/003	(9/3)17/6	(8/4)24/4	دختر	تعداد دفعات بیدار شدن
< 0/003	(5/6)19/0	(5/6)24/1	پسر	

جدول ۳. درصد فراوانی وحشت شبانه، صحبت کردن در خواب و راه رفتن در طول خواب در دو گروه

مقدار P	شاهد		جنس	متغیر
	درصد	مورد درصد		
< 0/001	9/1	54/5	دختر	وحشت شبانه
< 0/002	11/8	62/5	پسر	
0/074	15/2	39/4	دختر	صحبت کردن در خواب
0/083	29/4	58/8	پسر	
0/603	16/0	20/0	کل	راه رفتن در طول خواب

منفی را کاهش می‌دهد. همچنین مشخص شد که خودتحریکی در کودکانی ایجاد می‌شود که دچار کمبود شدید تحریکات خارجی باشند، مثل کودکان معیوب یا کودکان دچار مشکلات روحی یا برخی از کودکان یتیم (۹).

در مطالعه‌ی حاضر، ما وضعیت خواب را در دو گروه از نظر وجود اختلالاتی همچون وحشت شبانه، صحبت کردن و راه رفتن در طول خواب و متغیرهایی نظیر مدت زمان خواب مؤثر، تعداد دفعات بیدار شدن از خواب و مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد به خواب برود، بررسی کردیم. نتایج حاکی از آن بود که بین خودارضایی و بیدارشدن از خواب با وحشت در هر دو جنس رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت که با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Unal هماهنگ بود (۹). اما بین خودارضایی و صحبت کردن در طول خواب در دو جنس رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. همچنین بین راه رفتن کودک در خواب و خودارضایی رابطه‌ی معنی‌داری نبود.

در مطالعه‌ی در مورد پیامدهای خودارضایی کودکان، ۵۲ درصد از افراد دارای اختلالات روانی همراه مانند اختلالات خواب، اختلال ضدیت، خاک خوری، بی‌اختیاری مدفوع، شب‌اداری، اختلالات رفتاری و ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) بودند (۱۴). در مطالعه‌ی حاضر، بررسی متغیرهای اندازه‌گیری شده به وسیله‌ی دستگاه Actigraph نشان داد که در دختران مبتلا به خودارضایی، مدت زمان خواب مؤثر کمتر از دختران فاقد این اختلال بود؛ اما در پسران مشاهده نشد. همچنین مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد بعد از رفتن به رختخواب به خواب برود، در پسران مبتلا به خودارضایی طولانی‌تر بود، اما

گرفتند که یک گروه مبتلا به خودارضایی و گروه دیگر فاقد آن بود. نتایج تحقیق نشان داد که تعدادی از اختلالات خواب در کودکان مبتلا به خودارضایی بیشتر مشاهده می‌شود. ۹۴-۹۰ درصد مردان و ۶۰-۵۰ درصد زنان در برخی از دوران‌های زندگی خود دچار خودارضایی می‌شوند (۹). اما بیشتر موارد گزارش شده‌ی خودارضایی مربوط به دختران می‌شود، که شاید عوامل فرهنگی و اجتماعی و تفاوت‌های آناتومیکی نقش مهمی در ایجاد این اختلاف داشته باشند (۹-۸، ۵). در مطالعه‌ی ما نیز از ۵۰ کودک مبتلا به خودارضایی، ۳۳ نفر دختر و ۱۷ نفر پسر بودند، که نشان دهنده‌ی آن است که خودارضایی در دختران یا شیوع بالاتری نسبت به پسران دارد یا این که در دختران بیشتر گزارش می‌شود. Unal مطالعه‌ای در مورد عوامل مستعد کننده‌ی خودارضایی کودکان در ترکیه انجام داد (۹). ۶۱ کودک دچار خودارضایی در مقابل دو گروه شاهد شامل ۶۱ کودک از درمانگاه‌های سرپایی که از نظر سن و جنس مشابه بودند و ۴۳ کودک که از خواهران یا برادران کودکان گروه تحت مطالعه بودند، بررسی شدند. در کودکان دچار خودارضایی اختلالات خواب شیوع بیشتری داشتند ($P < 0/001$) و دوران شیردهی به آن‌ها کوتاه‌تر از گروه‌های شاهد بود ($P < 0/05$). یک اتفاق خاص در ۵۲ کودک (۸۵/۲ درصد) گزارش شد، که این اتفاق با زمان شروع خودارضایی در کودکان ارتباط داشت. این اتفاق در واقع شامل یک زندگی سرشار از استرس مانند گرفته شدن از شیر مادر، تولد یک خواهر یا برادر یا جدایی از والدین در ۳۰ کودک (۴۹/۱ درصد) بود. در این تحقیق به نظر می‌رسد که خودارضایی در این کودکان یک مکانیسم تنظیمی است که هیجان‌ات

در دختران مبتلا دیده نشد؛ ولی تعداد دفعات بیدار شدن از خواب در دختران مبتلا به خودارضایی بیشتر بود، اما در پسران مشاهده نگردید. نتایج به دست آمده به تفکیک جنسیتی، با دو مطالعه‌ی قبلی در برخی موارد اختلالات خواب همخوانی داشت.

در مطالعه‌ای که توسط Schenck و همکاران در مورد اختلالات خواب و رفتارهای غیر طبیعی جنسی انجام شد، ۹۰/۳ درصد از افراد Sexomnia مرتبط با خواب NREM داشتند و بقیه‌ی موارد مربوط به خواب REM بود (۱۱). این مطالعه، که از طریق اینترنت انجام گرفته است، ۲۱۹ نفر که ۳۱ درصد آن‌ها زن بودند (با سن متوسط ۳۰/۴ سال)، از نظر رابطه‌ی بین رفتار غیر طبیعی جنسی و اختلال خواب بررسی شدند. ۳۴/۲ درصد از مردان و ۶۸/۷ درصد از زنان خود ارضایی داشتند. ۷/۲ درصد مردان و ۱۰/۴ درصد زنان یک اپیزود Sexomnia داشتند. ۲۴/۷ درصد موارد سابقه‌ی قبلی یا فعلی انواع مختلف پاراسومنیا را داشتند. ۱۵/۵ درصد از بی‌خوابی رنج می‌بردند و ۶/۸ درصد از آپنه‌ی خواب (Sleep apnea) و خرخر رنج می‌بردند (۱۱). در این دو مطالعه نتیجه‌گیری شد که در بالغین نیز رفتارهای جنسی غیرطبیعی با اختلالات خواب مرتبط می‌باشند که با نتایج مطالعه‌ی ما در مورد کودکان هماهنگ بود. بر طبق پرسش‌نامه‌ی CSHQ، اختلالات خواب در کودکان مبتلا به خودارضایی بیشتر مشاهده شد، که مطابق با نتایج مطالعات قبلی بود (۱۴، ۱۱).

با اطمینان از عدم وجود مشکلات همراه در یک کودک دچار خودارضایی، پزشک باید روی آموزش و راهنمایی والدین تمرکز کند. این موضوع کمک خواهد کرد که دیدگاه والدین نسبت به رفتار کودک به عنوان

یک بیماری، به یک عادت بدون درد و بی‌ضرر تغییر پیدا کند. ممکن است اصطلاح خودارضایی برای والدینی که با مفهوم تمایلات جنسی در نوزادان و کودکان نابالغ آشنا نیستند، اهانت‌آمیز باشد و شاید نامیدن این دوره‌ها تحت عنوان دوره‌های خودتحریکی یا لذت در این خانواده‌ها بیشتر قابل قبول باشد. به نظر می‌رسد که سعی کردن در جهت از بین بردن هر چه سریع‌تر این رفتار بی‌نتیجه خواهد بود و یا آن که باعث تقویت این رفتار خواهد شد. بنابراین بهتر است که این رفتار را نادیده گرفت و یا زمانی که کودک در حال انجام خودارضایی است حواس وی را پرت کرد. در هر زمانی که ممکن بود باید اطلاعات جنسی متناسب با سن کودک در اختیار کودک قرار داده شود. با این روش کودک یاد می‌گیرد که چه رفتارهایی جامعه پسند است و چه رفتارهایی جامعه پسند نمی‌باشد. اگر چه که خودارضایی اغلب به طور اتفاقی و بدون دلیل مشخص بهبود می‌یابد، ولی نیاز به پی‌گیری‌های بیشتری می‌باشد.

محدودیت مطالعه‌ی حاضر، تعداد روزهای استفاده از دستگاه Actigraph در مورد هر نمونه بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به جهت بررسی دقیق‌تر تعداد روزهای بیشتری به این کار اختصاص داده شود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر به این نتیجه رسیدیم که برخی اختلالات خواب در کودکان مبتلا به خودارضایی نسبت به کودکان فاقد این اختلال بیشتر مشاهده می‌شود که نیازمند توجه بیشتر اولیا و پزشکان جهت کاهش و رفع این اختلالات است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کودکان و والدین آنها که در این تحقیق با رضایت کامل شرکت نمودند و مرکز

تحقیقات علوم رفتاری اصفهان به سبب همکاری در کلیه مراحل تحقیق، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Leung AKC, Robson WLM. Childhood masturbation. *Clinical Pediatrics* 1993; 32: 238-41.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: Amer Psychiatric Pub; 2000.
3. World Health Organization. *ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline*. Geneva Switzerland: World Health Organization; 1992.
4. Wulff CH, Ostergaard JR, Storm K. Epileptic fits or infantile masturbation? *Seizure* 1992; 1(3): 199-201.
5. Fleisher DR, Morrison A. Masturbation mimicking abdominal pain or seizures in young girls. *J Pediatr* 1990; 116(5): 810-4.
6. Casteels K, Wouters C, Van GC, Devlieger H. Video reveals self-stimulation in infancy. *Acta Paediatr* 2004; 93(6): 844-6.
7. Mallants C, Casteels K. Practical approach to childhood masturbation--a review. *Eur J Pediatr* 2008; 167(10): 1111-7.
8. Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics* 2005; 116(6): 1427-32.
9. Unal F. Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *Eur J Pediatr* 2000; 159(5): 338-42.
10. Langstrom N, Grann M, Lichtenstein P. Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: a study of same-sex twins. *Arch Sex Behav* 2002; 31(4): 343-50.
11. Schenck CH, Arnulf I, Mahowald MW. Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep* 2007; 30(6): 683-702.
12. Goodlin-Jones BL, Sitnick SL, Tang K, Liu J, Anders TF. The Children's Sleep Habits Questionnaire in toddlers and preschool children. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29(2): 82-8.
13. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep* 2000; 23(8): 1043-51.
14. Unal F. The clinical outcome of childhood masturbation. *Turk J Pediatr* 2000; 42(4): 304-7.

A Comparison of Sleep Status among 3-7 Year-Old Children Involved in Masturbation with a Control Group in Isfahan, Iran

Mostafa Najafi MD¹, Abbas Attari MD², Mohammad Reza Marasi PhD³, Yasser Moein⁴

Abstract

Background: Childhood masturbation is defined as self-stimulation of the genitalia in a prepubescent child. It seems to be related with some behavioral and sleep disorders. No previous Iranian study has assessed the effects of this disorder on the formation of other disorders (such as sleep disorders). Therefore, we evaluated the sleep status of 3-7 year-old children suffered from masturbation.

Methods: This analytic, case-control study included fifteen 3-7 year-old children with masturbation and fifteen age- and sex-matched children as the control group. Data was collected by a researcher-made questionnaire, the children's sleep habits questionnaire (CSHQ), and an actigraphy device.

Findings: Child isolation and nightmare were related with masturbation. In addition, lower actual sleep time and higher number of wake bouts were observed in girls with masturbation compared to those without masturbation. Sleep latency (bedtime until start of sleep) in boys with masturbation was more than boys without the problem.

Conclusion: In this study, we found some sleep disorders to be more frequent in children with masturbation. Reduction of such complications needs the attention of parents and physicians.

Keywords: Sleep status, Masturbation, Children.

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Student of Medicine, Behavioral Sciences Research Center, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Yasser Moein, Email: ymoein2003@yahoo.com