

بررسی رفتار و خواب دانش‌آموزان عادی و دارای اختلال: یک مطالعه مقایسه‌ای

نازنین زهرا روستایی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد تبریز

nn.r1934@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین مقایسه میزان کارکردهای اجرایی و کنترلی مغز در رفتار و تفاوت‌های کمی و کیفی خواب در بین دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و عادی و با روش توصیفی، مقطعی از نوع همبستگی انجام شد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از میان کلیه دانش‌آموزان دبستانی شهرمردن نمونه‌ای به حجم ۳۷۹ (دختر و پسر) در سه پایه اول تا سوم ابتدایی و با روش نمونه‌گیری تصادفی و با استفاده از جدول مورگان انتخاب شدند، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ارزیابی رفتاری راتر و پرسشنامه کیفیت و عادات خواب کودکان استفاده شد. از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا جهت بررسی فرضیه‌ها بهره گرفته شد.

نتایج نشان داد که بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی در مولفه‌های میزان اضطراب، ناسازگاری و کمبود توجه تفاوت وجود دارد و در میزان مولفه‌های پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی تفاوتی وجود ندارد. در اختلالات خواب هم بین میزان اختلالات خواب دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی در میزان مولفه‌های مقاومت در برابر خواب، تاخیر خواب، مدت زمان خواب، اضطراب خواب، بیداری شبانه، اختلالات تنفسی تفاوت وجود ندارد، ولی در میزان مولفه‌های پاراسومنیا و خواب آلودگی روزانه تفاوت وجود دارد. با توجه به P, F محاسبه شده در فرضیه‌ها، اختلال یادگیری بر میزان اختلالات رفتاری تاثیر دارد، عبارتی بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد، همچنین بین میزان اختلالات خواب دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی در کل تفاوت وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال یادگیری، اختلالات رفتاری، خواب، دانش‌آموزان، مطالعه مقایسه‌ای

مقدمه

دانش‌آموزان اختلال یادگیری با اینکه هوششان کمتر از همکلاسی‌هایشان نیست و دارای ظاهری طبیعی هستند، دارای وزن و قد طبیعی هستند و مانند دیگر کودکان بازی می‌کنند، ولی در اموری مانند نوشتن، خواندن، حرف زدن و درک ریاضی مشکل دارند و در انجام تکالیف مدرسه با مشکلات جدی روبرو هستند (آروپاچ و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن پزشکی آمریکا، اختلالات خاص از جمله اختلال خواندن، نوشتن، ریاضی، زبان، فونولوژیک و لکنت زبان به عنوان اختلالات یادگیری معرفی شده‌اند (سادوک، سادوک ویرجینا، ۲۰۱۳).

یادگیری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری اهمیت بسیاری دارد. برای اینکه این افراد بتوانند از پس زندگی بزرگسالی برآیند، باید بتوانند زبان و خواندن را یاد بگیرند و محاسبات ساده را انجام بدهند. انتظار می‌رود که این کودکان مقدار معینی کندی داشته باشند، اما چنانچه کودک پایین‌تر از سطح انتظار باشد، گفته می‌شود که با مشکلات روانشناختی روبرو است (تکلوی ورنیاب، زکی‌زاده، ۱۳۹۵). یکی از مشکلاتی که کودکان دچار اختلال یادگیری با آن درگیر هستند، اختلال خواب است (هاوکز و آبل، ۲۰۱۷).

کودکان دوره ابتدایی به تقریباً ۱۱ ساعت خواب در شبانه روز احتیاج دارند (اوفوف^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ (۲۰۱۳) ده نوع اختلال خواب را معرفی کرده است: اختلال بی‌خوابی، اختلال خواب‌زدگی، حمله خواب، اختلال‌های مرتبط با تنفس، اختلال‌های چرخه شبانه روزی خواب و بیداری، اختلال‌های انگیزختگی خواب بدون حرکت سریع چشم، اختلال کابوس، اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم، نشانگان پاهای بی‌قرار و اختلال خواب ناشی از مواد - دارو. در کودکان دبستانی ۶ تا ۱۲ ساله، شیوع مشکلات خواب حدود ۳۷ درصد است که ۱۵/۲۵ درصد آنها مقاومت زمان رفتن به رختخواب را تجربه می‌کنند. ۱۰ درصد تأخیر در شروع به خواب و اضطراب و ۱۰ درصد نیز خواب زمان روز را تجربه می‌کنند (اوفوف و همکاران، ۲۰۱۸).

شورای کودکان استثنائی (۱۹۹۱) اختلال‌های رفتاری را اینگونه تعریف کرده است: شرایطی که در آن واکنش‌های رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای پذیرفته شده با توجه به سن، قومیت یا فرهنگ تفاوت زیادی داشته، به گونه‌ای که بر عملکرد تحصیلی وی تأثیرگذار باشد (هاردمن، دروو، ۲۰۰۲). تأثیر اختلال خواب بر پرخاشگری، خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و تحمل کمتر در همه گروه‌های سنی نشان داده شده است (چروین^۳، ۱۹۹۷، ۲۰۰۲، گوزل^۴، بلوندن^۵، ۲۰۱۲).

بسیاری از مشکلات خواب با عادات خواب و رفتار روز مرتبط است. مشکلات خواب به عنوان علت زمینه‌ای اختلال‌های رفتاری و یادگیری کودکان مورد توجه بوده است. راه‌های تشخیصی که می‌توانیم با خودکودک برای تغییر آن کار کرد. باید بدانیم کودک با اختلالات خواب دست و پنجه نرم می‌کند یا خیر و کودکان در هر سنی بطور میانگین به چه میزان خواب احتیاج دارند. برای عملکرد خوب، کودکان و نوجوانان بطور معمول به خواب بیشتری نسبت به بزرگسالان نیاز هست. این دو اختلال خصوصاً در عصر حاضر اهمیت بیشتری پیدا کرده است و ابعاد مختلف فکری و هیجانی و رفتاری را شامل می‌شود و اختلال خواب باید در تشخیص افتراقی مشکلات رفتاری و یادگیری کودکان قرار گیرد. اختلال خواب یکی از بیماری‌های پزشکی مربوط به الگوهای خواب افراد است که به طور طبیعی در افراد مسن بیشتر از جوانان روی می‌دهد (ویداساری^۶، ۲۰۱۴).

1 - Auerbach

2 - Havekes & Abel

3 - Ophoff

4 - America Psychiatric Association

5 - Hardman

6 - Chervin

7 - Gozal

8 - Blunden

9 - Widasari

اختلالات خواب در کودکان و بزرگسالان موضوعی است که در بسیاری از آموزش‌های حرفه‌ای و آموزش سلامت و بهداشت نادیده گرفته می‌شود. اگرچه دانش زیادی در مورد آن وجود دارد، اما در بسیاری از آموزش‌های سلامت و بهداشت توجهی به آن نمی‌شود. مطالعات اپیدمیولوژی نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد کودکان مشکلات خواب را تجربه می‌کنند و حدود ۴ درصد مبتلا به اختلالات خواب هستند. خواب فرصتی برای بدن انسان برای ذخیره انرژی، بازیابی فرآیندهای نرمال بدن، رشد فیزیکی و حمایت از رشد روانی است. یکی از مهمترین پیامدهای خواب ناکافی، خواب‌آلودگی روزانه است. اما بی‌خوابی در کودکان معمولاً نشان‌دهنده مشکلات رفتاری، کج خلقی، مشکلات یادگیری و عملکرد تحصیلی ضعیف است.

باتوجه به پیشینه‌های اشاره شده، می‌توان به اهمیت موضوع پی برد ولی باتوجه به فواصل زمانی و مکانی پیشینه‌ها نمی‌توان فقط با استناد به آنها نتیجه‌گیری قطعی را کرد و باید چنین پژوهش‌های مهمی در زمان‌های حال حاضر خود تکرار و بروزرسانی شود. باتوجه به تغییرات اقلیمی، تکنولوژی، تغذیه و درکل سبک‌های زندگی که این مشکلات فراوان دیده می‌شود و شرایط غیرمترقبه مانند ظهور ویروس کرونا که زمینه جدیدی را ایجاد کرد، ملزم می‌بینیم که در مورد بروزرسانی تحقیقات و اطمینان از نتیجه‌گیری‌ها و درک اهمیت موضوع برای نیروی بالقوه آینده و نسل آتی صورت پذیرد. کودکان و دانش‌آموزان نسل آتی و آینده‌سازان یک ملت و یک جامعه می‌باشند و هرکدام در آینده عهده دار یک خانواده و مشاغل جامعه و در کل ترکیب و اداره یک جامعه را تشکیل خواهند داد. درواقع ذخایر انسانی باارزش که باید به نحو صحیح و درستی با کیفیت خوب و نرمال رشد و پرورش یابند. اگر این کودکان را با اختلالات و مشکلات جسمی و روحی بی تفاوت از کنارشان رد شویم و یا در ناآگاهی بسوی نادانی و رفتارها و افکار منحرف از واقعیت و نادرست پیش روییم، کودکان و پیامد آن در طولانی مدت، آینده یک جامعه را به مرور و بتدریج بسوی انحطاط و بی‌کیفیتی سوق دهیم و یک جامعه ضعیف شکل بگیرد که متعاقب آن علاوه بر متاثر شدن همه ابعاد جامعه و افزایش هزینه‌هایی که باید برای جبران و اصلاح این ضررها بکار برد، بلکه درآدمه سایر نسل‌ها هم متاثر خواهند شد. در نتیجه می‌توان باتوجه به وسعت و کثرت ابعاد به اهمیت موضوع پی برد. علاوه براین از لحاظ اخلاقی هم نمی‌توان به مشکلات این قشر از جامعه بی تفاوت بود به هر حال این مشکلات نتیجه خطاهای انسانی و ناآگاهی و همچنین این کودکان بیگناه، نه از روی عمد و نه از روی خطای خود دچار این مشکلات شدند و ناآگاهی اطرافیان شاید باعث نگاه و دید غلط و در نتیجه برخوردهای نادرست شود که منجر به تشدید مشکلات می‌شود، پس از لحاظ تبیین و کاربردی، این تحقیقات می‌توانند راهگشای مسیر برای آگاهی بخشیدن و حل مشکلات چه از بعد انسانی، اخلاقی و فرهنگی و چه اقتصادی، سیاسی و رشد و تعالی جامعه گام برداشت.

اختلالات خواب کودکان و اختلالات رفتاری باهم در بین کودکان دچار مشکلات یادگیری موضوعی است که در آموزش پزشکی و آموزش حرفه‌ای و ادبیات تحقیق نادیده گرفته شده است و این شکاف تحقیقاتی قابل مشاهده است و پژوهش حاضر نیز با هدف پر کردن این شکاف تحقیقاتی تلاش کرده است به این مساله پژوهشی پاسخ دهد که آیا میزان اختلال خواب و اختلالات رفتاری در کودکان عادی و دچار اختلالات یادگیری متفاوت است؟

روش پژوهش

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری اطلاعات از نوع پیمایشی - توصیفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس دولتی و غیر دولتی شهر مرنند می‌باشند که بر اساس آمار اعلام شده از سوی آموزش و پرورش مرنند ۲۶۲۹۶ نفر گزارش شده است. با استفاده از جدول مورگان ۳۷۹ نفر به عنوان نمونه آماری به روش تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و کشف نظرات افراد مورد مطالعه از دو پرسشنامه ارزیابی رفتاری راتر مخصوص کودکان (فرم والدین) و پرسشنامه عادات خواب کودک مختص والدین برای دومتغیر اختلالات رفتاری و اختلال خواب استفاده شده است.

¹ (CSHQ)

پرسشنامه عادات خواب کودک:

پرسشنامه عادات خواب کودک در ۴۵ ماده و برای سنجش کیفیت و عادات خواب کودکان توسط اوونز - اسپریتو و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و توسط والدین پر می‌شود. برای کودکان ۴ تا ۱۲ ساله طراحی شده است. اوونز و همکاران (۲۰۰۰) ماده‌ها را به شکل مفهومی در هشت زیر مقیاس طبقه‌بندی کرده‌اند: (۱) مقاومت در برابر خواب، (۲) تأخیر در شروع خواب، (۳) مدت زمان خواب، (۴) اضطراب خواب، (۵) بیداری‌های شبانه، (۶) پاراسومنیا (شبه خواب)، (۷) اختلالات تنفسی خواب، (۸) خواب آلودگی روزانه. پرسشنامه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است و برخی از سوالات آن، تنها ارزش تشخیصی و درمانی دارد و نه پژوهشی، بنابراین در نمره‌گذاری آن تنها ۳۳ مورد از سوالات منظور می‌گردد. هرگویه ارزشی بین ۱-۳ (از ندرتاً تا معمولاً) دارد و به استثنای گویه‌های (۲۶، ۱۱، ۱۰، ۳، ۲، ۱) که بطور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده امتیاز بین ۹۹-۳۳ است. نمره هر زیر مقیاس با مجموع سوالات به دست می‌آید.

روایی و پایایی پرسشنامه

برآورد همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌ها برابر با ۰/۷۰ در یک نمونه (غیر بالینی) از کودکان سنین ۴ تا ۱۰ سال بود. به روش بازآزمایی و با فاصله دو هفته‌ای نیز در محدوده ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ قرار داشت. در ایران، روایی ابزار در پژوهش شوقی، خنجری، فرمانی و حسینی (۱۳۸۴) به روش روایی محتوا ارزیابی شد و اعتبار آن با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته در مورد ۱۰ کودک ۶-۱۱ ساله، ۰/۹۷ تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌های دو مطالعه، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمده است (گودلاین، ۲۰۰۸؛ ونز، اسپریتو و مک گوین، ۲۰۰۰، به نقل از نجفی، عطاری، مرایی و معین، ۱۳۹۰).

پرسشنامه ارزیابی رفتاری

این پرسشنامه توسط راتر^۱ (۱۹۶۷) با هدف تهیه یک ابزار پایا و معتبر برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان سن مدرسه ساخته شد و دارای دو نسخه والدین و معلم است که در این پژوهش به دلیل شیوع ویروس کرونا و غیرحضور شدن مدارس و نبود ارتباط مستقیم معلم با دانش‌آموز از نسخه فرم والدین استفاده شد.

پرسشنامه ارزیابی مایکل راتر فرم (والدین)

این پرسشنامه شامل ۳۱ عبارت با سوال است. زمان لازم جهت نمره‌گذاری و تکمیل پرسشنامه بوسیله والدین حدود ۱۰ دقیقه می‌باشد. والدین بدون وجود ابزار خاص رفتارهای کودک را در ۱۲ ماه گذشته مدنظر قرار داده و مواد لازم را پاسخ می‌دهند.

پایایی و اعتبار پرسشنامه (فرم والدین)

راتر و اسمیت (۱۹۸۱) گزارش می‌کنند که پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این مقیاس بسیار بالاست. همبستگی در یک مطالعه بازآزمایی با فاصله ۲ ماه ۰/۷۴ و همبستگی بین پدران و مادران ۰/۶۴ بوده است. در مطالعه‌ای وونگ (۱۹۸۸) ۱۲۴ کودک چینی را با دو گروه کودک مورد مقایسه قرار داد. نتایج پژوهش مذکور نشان داد که اگر چه تمامی موارد این پرسشنامه موجب تمایز بین بیماران و گروه کنترل نمی‌شود. اما نمره کل در مقیاس والدین و معلم بسیار رضایت بخش است و پرسشنامه قدرت خوبی برای تشخیص اختلالات دارد.

در ایران کرمی (۱۳۷۱) در پژوهشی بروی ۶۰ نفر گروه نمونه دختر و پسر زلزله زده زنجان نتایج راتر فرم والدین را با ارزیابی روانپزشک مقایسه نمود. حساسیت آزمون برابر با ۰/۹۷ و ویژگی برابر با ۰/۸۸ بوده است.

اعتبار آزمون نیز از طریق موافقت پرسشنامه و تشخیص روانپزشک در پژوهش مذکور ارزیابی گردید. از ۳۶ کودکی که توسط پرسشنامه دارای اختلال تشخیص داده شده به روانپزشک ارجاع شدند ۳۴ نفر بیمار و ۲ نفر سالم بودند. نتیجه این پژوهش نشان داد که میزان موافقت بین نظر روانپزشک و پرسشنامه بالاست. همچنین پایایی آزمون والدین بر روی ۳۶ نفر از افراد نمونه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

¹ - Rotter

اجرای پرسشنامه فرم والدین

این پرسشنامه توسط والدین کودک (ترجیحاً) مادر نمره گذاری و تکمیل شد. ابتدا اسامی کلیه والدین دانش‌آموزان که بعنوان گروه نمونه انتخاب شده بودند تأکید شد که حین پر کردن پرسشنامه، اسامی مشخص شود و از آنها خواسته شد که عبارت‌ها را بخوانند و با در نظر گرفتن مشاهدات خود از کودک در سالی که گذشت، پرسشنامه را در مورد کودک خود نمره گذاری کردند.

یافته‌ها

مجموع ۳۷۹ نفر نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۸۷ نفر دختر (۴۹/۳) و ۱۹۲ نفر (۵۰/۷) آنها پسر بودند. ۳۰/۳ درصد نمونه انتخابی، در پایه اول، ۳۸/۵ درصد پایه دوم، ۳۱/۱ درصد در پایه سوم ابتدایی مشغول به تحصیل می‌باشند. ۷۳/۳ درصد نمونه انتخابی، دانش‌آموز عادی و ۲۶/۱ درصد نمونه انتخابی، دارای اختلال یادگیری می‌باشند. ۲۵/۳ درصد از پدران (۹۶ نفر) و ۲۱/۱ درصد مادران (۸۰ نفر) یا بیسواد بوده یا دارای تحصیلات زیر دیپلم می‌باشند. ۱۴/۲ درصد (۵۴ نفر) از پدران و ۱۷/۹ درصد (۶۸ نفر) از مادران دارای تحصیلات دیپلم می‌باشند. ۴/۲ درصد (۱۶ نفر) از پدران و ۲۶/۶ درصد (۱۷ نفر) از مادران دارای تحصیلات فوق دیپلم می‌باشند. ۷/۹ درصد (۳۰ نفر) از پدران و ۹/۵ درصد (۳۶ نفر) از مادران دارای تحصیلات لیسانس می‌باشند. ۲/۶۶ درصد (۱۰ نفر) از پدران و ۲/۱ درصد (۸ نفر) از مادران دارای تحصیلات فوق لیسانس می‌باشند. سن پدران نمونه منتخب، ۴۱/۸۵ سال و سن مادران ۳۶،۰۱ سال می‌باشد و کمترین سن پدر ۳۰ و مادر ۲۰ سال بوده و بیشترین سن پدر ۶۰ و مادر ۵۳ ساله می‌باشد.

بررسی میزان اختلال خواب گروه عادی و دارای اختلال یادگیری

برای بررسی اینکه دانش‌آموزان عادی و دارای اختلال چقدر دچار اختلال خواب می‌باشند از جدول متقاطع بهره گرفته شده است.

اختلال خواب				
گروه	ضعیف	متوسط	شدید	جمع
عادی	۱۵۲	۱۱۶	۱۲	۲۸۰
دارای اختلال یادگیری	۴۳	۵۶	۰	۹۹
جمع	۱۹۵	۱۷۲	۱۲	۳۷۹

با توجه به جدول، ۱۵۲ نفر از گروه دانش‌آموزان عادی و ۴۳ نفر دارای اختلال یادگیری، اختلال خواب ضعیف، ۱۱۶ نفر از گروه دانش‌آموزان عادی و ۵۶ نفر دارای اختلال یادگیری، اختلال خواب متوسط و ۱۲ نفر از گروه دانش‌آموزان عادی می‌باشند. در کل ۱۹۵ نفر از دانش‌آموزان دچار اختلال خواب ضعیف، ۱۷۲ نفر اختلال خواب متوسط و ۱۲ نفر دچار اختلال خواب شدید می‌باشند. استنباطی

در این قسمت آمار استنباطی و آزمون فرضیات مورد بررسی قرار می‌گیرد.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف

به منظور انتخاب آزمون آماری مناسب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده لازم است تا نوع توزیع متغیر به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آن ارزیابی شود که در این مورد از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که در نهایت مطابق جدول ملاحظه می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد متغیرهای تحقیق همگی بیشتر از ۰/۰۵ بوده و نرمال است.

جدول ۲. آزمون کلموگروف-اسمیرنف

متغیر	آماره کلموگروف اسمیرنف	سطح معنی داری
اختلال رفتاری	۰,۶۹۸	۰,۸۱۷
اختلال خواب	۰,۷۱۵	۰,۵۱۷
پرخاشگری	۱,۰۰۲	۰,۳۲۵
اضطراب	۱,۱۲۵	۰,۱۲۶
ناسازگاری	۰,۹۸۷	۰,۳۶۵
ضد اجتماعی	۰,۸۸۷	۰,۹۷۸
کمبود توجه	۰,۹۳۵	۰,۷۳۶
مقاومت در برابر خواب	۰,۸۷۵	۰,۷۶۳
تاخیر در خواب	۱,۰۰۹	۰,۱۲۵
مدت زمان خواب	۱,۱۰۲	۰,۱۳۴
اضطراب خواب	۰,۹۹۷	۰,۷۶۳
بیداری شبانه	۰,۸۷۹	۰,۷۷۶
پاراسومینا	۰,۹۷۶	۰,۸۷۶
اختلال تنفسی	۰,۹۳۴	۰,۶۸۵
خواب آلودگی روزانه	۱,۲۴۰	۰,۲۲۳

آزمون همگنی واریانس‌ها

واریانس و کوواریانس‌های جامعه میان متغیرهای وابسته، در همه سطوح عامل، یکسان هستند. برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آماره باکس استفاده می‌نماییم.

جدول ۳. آزمون همگنی واریانس‌ها

سطح معنی داری	F	Box's M
۰,۰۰۰	۱۰,۴۶۵	۱۰۸,۸۵۱

با توجه به جدول ۳. سطح معنی داری ۰/۰۰۰ محاسبه گردیده که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین متغیرها همگن نمی‌باشند. و یا عبارتی واریانس و کوواریانس‌های جامعه میان متغیرهای وابسته، در همه سطوح عامل، یکسان نیستند.

جدول ۴. آزمون‌های چندگانه

اثرات	ضرایب	مقدار	آماره F	df فرضیه	df خطا	p-value	مجذور اتا
ریشه	اثر پیلایی	۱۰۵.	b۹۹۶.۲۱	۰۰۰.۲	۰۰۰.۳۷۶	۰۰۰.	۱۰۵.
	لامبادا ویلگس	۸۹۵.	b۹۹۶.۲۱	۰۰۰.۲	۰۰۰.۳۷۶	۰۰۰.	۱۰۵.
	هتلینگ تریس	۱۱۷.	b۹۹۶.۲۱	۰۰۰.۲	۰۰۰.۳۷۶	۰۰۰.	۱۰۵.
	ریشه بزرگ	۱۱۷.	b۹۹۶.۲۱	۰۰۰.۲	۰۰۰.۳۷۶	۰۰۰.	۱۰۵.

تاکید جدول (۴) بر مقدار ویلکاکس لامبادا می‌باشد که برابر ۰/۸۵۲ و معنی دار است. آماره F برابر ۱۰/۶۸۶ و سطح معنی‌داری آن ۰/۰۰۰ که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، که نشان می‌دهد فرض متشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای گروه آزمایش و کنترل رد می‌گردد.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت دو گروه در جامعه متغیرهای وابسته در هر چهار آزمون معنی دار است [F (۲،۳۷۶) = ۲۱/۹۶۶ ، P < ۰/۰۰۰۱]. با توجه به معناداری اثر پیلایی عدم رعایت مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس مانعی در اجرای این پژوهش ایجاد نمی‌کند.
فرضیه اصلی:

«بین میزان اختلالات رفتاری و اختلال خواب در بین دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد.»
با توجه به رعایت پیش فرضها از آزمون مانکوا استفاده می‌شود.

جدول ۵. جدول توصیفی

دارای اختلال	عادی	متغیر
انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۵۸۹۵۱.۱۰	۵۸۹۵۱.۱۰ ± ۱۶۴۳.۴۹	اختلال خواب
۸۷۴۰۳.۵	۸۷۴۰۳.۵ ± ۱۶۱۶.۵۰	
۷۶۰۵۲.۴	۷۶۰۵۲.۴ ± ۵۶۴۳.۲۳	اختلال رفتاری
۲۱۰۴۹.۵	۲۱۰۴۹.۵ ± ۴۶۴۶.۲۷	

جدول ۶. آزمون مقایسه تاثیر درون گروهی

منبع	جمع	Df	مجذور	مقدار F	p-value	مجذور
اختلال خواب	۷۵۰.۷۲	۱	۷۵۰.۷۲	۷۹۱.	۳۷۴.	۰۰۲.
اختلال رفتاری	۶۶۳.۱۱۱۲	۱	۶۶۳.۱۱۱۲	۶۹۴.۴۶	۰۰۰.	۱۱۰.

در جدول (۶)، به سطرهای گروه توجه می‌کنیم. با توجه به این سطرها مشاهده می‌گردد که، اختلال یادگیری بر میزان اختلالات رفتاری [F (۱،۳۷۷) = ۴۶/۶۹۴ ، P < ۰/۰۰۰۱] تاثیر دارد. بعبارتی بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد. همچنین اختلال یادگیری بر میزان اختلالات خواب [F (۱،۳۷۷) = ۰/۷۹۱ ، P > ۰/۰۰۰۱] تاثیر ندارد. بعبارتی بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود ندارد.

فرضیه جزئی اول

«بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد.»

جدول ۷. جدول توصیفی

دارای اختلال	عادی	متغیر
انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۲۹۱۲۴.۵ ± ۴۴۷۹.۲۷	۷۶۱۶۲.۴ ± ۵۴۸۴.۲۳	اختلال رفتاری
۵۰۴۰۵.۱ ± ۳۱۳.۶	۲۸۷۶۱.۱ ± ۷۵۹۹.۵	پرخاشگری

۵۰۵۵۵.۱±۴۱۶۷.۶	۴۴۳۱۶.۱±۰.۳۶.۶	اضطراب
۶۹۷۱۳.۱±۵۶۲۵.۶	۳۵۲۳۴.۱±۸۳۵۱.۵	ناسازگاری
۲۴۵۳۴.۱±۵۸۳۳.۳	۸۵۳۷۵±.۳۹۴۳.۳	رفتار ضد اجتماعی
± ۳۲۲۹.۱۰	۹۸۲۲۱.۱±۷۰۲۵.۸	کمبود توجه
۴۴۷۳۲.۲		

جدول ۸. آزمون مقایسه تاثیر درون گروهی

منبع	جمع مجذورات	df	مجدور	مقدار F	p-value	مجذورات
گروه	۰۹۷.۱۰۸۶	۱	۰۹۷.۱۰۸۶	۱۹۹.۴۵	۰۰۰.	۱۰۸.
	۲۶۱.۵	۱	۲۶۱.۵	۹۰۴.۲	۰۸۹.	۰۰۸.
	۱۸۸.۱۲	۱	۱۸۸.۱۲	۷۲۳.۵	۰۱۷.	۰۱۵.
	۷۸۹.۳۷	۱	۷۸۹.۳۷	۰۲۴.۱۸	۰۰۰.	۰۴۶.
	۵۵۳.۲	۱	۵۵۳.۲	۷۲۱.۲	۱۰۰.	۰۰۷.
	۵۴۰.۱۸۷	۱	۵۴۰.۱۸۷	۱۰۷.۴۲	۰۰۰.	۱۰۱.

با توجه به جدول (۸)، سطح معنی داری آزمون برای تمامی مولفه های اختلال رفتاری به جز رخاشگری و رفتار ضد اجتماعی کمتر از ۰/۰۵ محاسبه گردیده است. بنابراین بین کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در اختلال رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد و در مولفه های پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در مولفه های اضطراب، ناسازگاری و کمبود توجه تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به جدول توصیفی میانگین میزان اضطراب دانش آموزان عادی (۶/۰۰۳۶) و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (۶/۴۱) می باشد، و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری اضطراب بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی دارند. میانگین میزان ناسازگاری دانش آموزان عادی (۵/۸۳) و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (۶/۵۶) می باشد، و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ناسازگاری بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی دارند. میانگین کمبود توجه دانش آموزان عادی (۸/۷۰) و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (۱۰/۳۳) می باشد، و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری کمبود توجه بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی دارند.

فرضیه جزئی دوم

« بین میزان اختلالات خواب دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد.»

جدول ۹. جدول توصیفی

متغیر	انحراف معیار± میانگین عادی	انحراف معیار± میانگین دارای اختلال
اختلال خواب	۸۹۰۳۴.۹±۱۶۴۳.۴۹	۹۰۸۴۵.۵±۱۶۱۶.۵۰
مقاومت در برابر خواب	۲۳۵۶۶.۲±۴۱۳۵.۹	۲۰۷۴۱.۲±۶۵۹۸.۹
تاخیر خواب	۲۵۹۳۹.۲±۳۵۳۴.۸	۹۹۸۰۷.۱±۸۶۶۰.۷
مدت زمان خواب	۸۶۹۸۲.۱±۵۰۳۸.۷	۶۳۶۰۸.۱±۱۰۳۱.۷

۴۵۴۴۹.۱±۳۱۹۶.۶	۲۹۸۲۸.۲±۳۹۸۵.۶	اضطراب خواب
۵۲۳۷۲.۱±۶۱۸۶.۵	۰۱۶۴۲.۲±۳۱۵۸.۵	بیداری شبانه
۸۸۶۹۵.۱±۵۶۷۰.۸	۷۸۵۹۴.۲±۹۳۲۳.۷	پاراسومینا
۰۲۴۴۰.۱±۹۴۸۵.۵	۹۱۳۶۷.۱±۲۲۵۶.۶	اختلال تنفسی
۴۲۵۱۸.۱±۰۱۰۳.۶	۹۷۸۸۱.۱±۸۷۲۲.۶	خواب آلودگی روزانه

جدول ۱۰. آزمون مقایسه تاثیر درون گروهی

منبع	جمع محذورات	df	محذور میانگین	مقدار F	p-value	محذور اتا
اختلال خواب	۳۹۹.	۱	۳۹۹.	۰۰۵.	۹۴۴.	۱۰۸.
مقاومت در برابر خواب	۳۱۱.۴	۱	۳۱۱.۴	۸۶۸.	۳۵۲.	۰۰۸.
تاخیر در خواب	۸۸۶.۱۶	۱	۸۸۶.۱۶	۵۱۱.۳	۰۶۲.	۰۱۵.
مدت زمان خواب	۴۱۱.۱۱	۱	۴۱۱.۱۱	۴۸۱.۳	۰۶۳.	۰۴۶.
اضطراب خواب	۴۴۳.	۱	۴۴۳.	۱۰۰.	۷۵۲.	۰۰۷.
بیداری شبانه	۵۱۶.۶	۱	۵۱۶.۶	۸۰۹.۱	۱۷۹.	۱۰۱.
پاراسومینا	۶۳۲.۲۸	۱	۶۳۲.۲۸	۳۰۹.۴	۰۳۹.	
اختلال تنفسی	۴۵۸.۵	۱	۴۵۸.۵	۸۳۹.۱	۱۷۶.	
خواب آلودگی روزانه	۸۰۰.۵۲	۱	۸۰۰.۵۲	۴۶۳.۱۵	۰۰۰.	

با توجه به جدول (۱۰)، سطح معنی داری آزمون برای تمامی مولفه های خواب آلودگی به جز پاراسومینا و خواب آلودگی روزانه بالای ۰/۰۵ محاسبه گردیده است. بنابراین بین کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در اختلال خواب تفاوت معنی داری وجود ندارد و در مقاومت در برابر خواب، تاخیر خواب، مدت زمان خواب، اضطراب خواب، بیداری شبانه، اختلال تنفسی تفاوت معنی داری وجود ندارد. ولی بین کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در مولفه های پاراسومینا و خواب آلودگی روزانه تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به جدول توصیفی میانگین مولفه پاراسومینا دانش آموزان عادی (۷/۹۳۲) و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (۸/۵۶۳) می باشد، و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری پاراسومینا بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی دارند. میانگین میزان خواب آلودگی روزانه دانش آموزان عادی (۶/۸۷۲) و دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (۶/۰۱۰۳) می باشد، و دانش آموزان عادی، خواب آلودگی بیشتری نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری دارند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف میزان اختلالات رفتاری و اختلال خواب در بین دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی انجام گرفت. یافته ها نشان داد که بین میزان اختلالات رفتاری دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد. همچنین اختلال یادگیری بر میزان اختلالات خواب تاثیر ندارد. با توجه به یافته ها بین میزان اختلالات خواب دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت بطور کلی وجود ندارد فقط بصورت جزئی در دومولفه پاراسومینا و خواب آلودگی روزانه تفاوت وجود داشت. پاراسومینیا یا اختلال خواب مجموعه ای از اختلالات خواب است که شامل کابوس شبانه، وحشت شبانه، راه رفتن در خواب، آزارهای سردرگمی و دندان قروچه و فلج خواب ... است، که در مصاحبه های تلفنی که باوالدین دانش آموزان دارای اختلال یادگیری داشتیم، بیشتر به چشم می آمد ولی درکل، در خواب طبیعی و نرمال مثل کودکان

عادی بودند. مشکلات خواب و اختلال‌های ناشی از آن می‌تواند پیامدهای متعددی برای کودکان داشته باشد که از جمله آنها می‌توان به سردرد، شکست تحصیلی و مشکلات رفتاری و اختلالات رفتاری اشاره کرد. بسیاری از مشکلات خواب در کودکی از نوع غیر فیزیولوژیکی هستند. بسیاری از کودکان مشکلات رشدی را نیز تجربه می‌کنند، اما در واقع کودکانی که دچار اختلال خواب هستند، عمدتاً مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند. در پژوهش‌های چرون و همکاران (۲۰۰۲)، گوزل و همکاران (۲۰۰۷)، بلوندان (۲۰۱۲) تأثیر اختلال خواب بر پرخاشگری، خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و تحمل کمتر در همه گروه‌های سنی نشان داده شده است. اصطلاح اختلالات رفتاری، معمولاً در مورد اکثر کودکان دچار تضاد استفاده می‌شود این اصطلاح بدون آن که تعریف شود، تقریباً از حدود ۸۵ سال پیش در فرهنگ ادبیات روان‌شناسی قرار داده شده است. از آن هنگام، پزشکان و معلمان، روان‌شناسان، پرستاران، و افراد دیگری که به مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان علاقه مند هستند، از این اصطلاح برای بیان مقصود خود بکار برده اند. کودکان با دشواری‌های رفتاری و در مقایسه با کودکان با سایر معلولیت‌ها زحمت بیشتری برای والدین و مدرسه خود می‌گذارند. اکثر کودکان عقب مانده ذهنی و یا دچار فلج مغزی سرزنش نمی‌شود، اما تعداد زیادی از مردم تصور می‌کنند که کودکان بدرفتار قادر به کنترل رفتار خود می‌باشند و اگر بخواهند می‌توانند آن را متوقف کنند. این تصور، که این کودکان مسئول رفتار خود هستند، در ارتباط مقابل بین آنها و اطرافیان نظیر خانواده، همکلاسی‌ها و حتی معلمان تأثیر نامطلوبی بر جا گذارد (کرک و کالاهرا، ۱۳۹۷). یافته نشان داد که، بین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد. یادگیری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری اهمیت بسیاری دارد، برای اینکه این افراد بتوانند از پس زندگی بزرگسالی برآیند، باید بتوانند زبان و خواندن را یاد بگیرند و محاسبات ساده را انجام بدهند. انتظار می‌رود که این کودکان مقدار معینی کندی داشته باشند، اما چنانچه کودک پایین‌تر از سطح انتظار باشد، گفته می‌شود که با مشکلات روانشناختی مواجه است (تکلوی ورنیاب و زکی زاده، ۱۳۹۵). شورای کودکان استثنایی (۱۹۹۱) اختلال‌های رفتاری را اینگونه تعریف کرده است: شرایطی که در آن واکنش‌های رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای پذیرفته شده با توجه به سن، قومیت یا فرهنگ تفاوت یادی داشته، به گونه‌ای که بر عملکرد تحصیلی وی تأثیرگذار باشد (هاردمن و همکاران، ۲۰۰۲). محمدی (۱۳۹۶) به بررسی اختلال‌های رفتاری و یادگیری در کودکان ابتدایی پرداخته و به این نتیجه رسیده است که یافته‌های مقاله نشان داد که روش‌های بازی درمانی موجب کاهش مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان می‌شود، همچنین یافته‌ها نشان داد که عوامل تأثیرگذار بر اختلال یادگیری مانند آسیب‌های عصبی و مغزی باعث تأخیر در یادگیری می‌شود. نتایج نشان دهنده ارتباط مستقیم بین اختلال‌های یادگیری با اعتماد بنفس و توانایی انجام کار گروهی است. لشگری و همتی علمدارلو (۱۳۹۶) مقاله‌ای را تحت عنوان پیش‌بینی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری بر اساس سبک‌های فرزند پروری والدین ارائه کرده و با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیره به این نتیجه رسیده‌اند که مشکلات رفتاری دانش‌آموزان بر اساس ناتوانی‌های یادگیری آنها قابل پیش‌بینی است. تکلوی (۱۳۹۵) اعتقاد دارد که جمع‌گیری از دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری در خانواده‌های مناسبی رشد و تربیت نیافته و رابطه عاطفی خوبی را با والدین خود برقرار نمی‌کنند و بیشتر مورد بی‌توجهی و بی‌محبی والدین خود قرار می‌گیرند. رینالدی و هو (۲۰۱۲) طی پژوهشی با موضوع اینکه بین سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. مهمترین عامل پیش‌بینی‌کننده مشکلات سلوک در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری سبک سهل‌گیرانه والدین‌شان می‌باشد که به شکل مثبت و معنادار مشکلات سلوک را پیش‌بینی می‌کند (فینزی دوتان و همکاران، ۲۰۱۱). ادبیات پژوهشی نیز نشان از آن دارد که دانش‌آموزان با نارسایی‌های ویژه در یادگیری، با مشکلات عاطفی و هیجانی متعددی مواجه هستند (آرتور، ۲۰۰۳). با توجه به پیشینه‌های گفته شده در مورد اختلالات رفتاری و اختلال یادگیری و بسیاری پیشینه‌های نگفته موجود طبق تعریف‌های ارائه شده که فقط نمونه‌ای از انبوه پیشینه‌ها می‌باشد مشاهده گردید بین اختلالات رفتاری و اختلال یادگیری ارتباط معنی‌داری وجود دارد و میزان این ارتباط در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در رفتارهای

¹ Arthure

اضطراب، ناسازگاری و کمبود توجه بیشتر از کودکان عادی می باشد و در پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی تفاوت معنی دار نبود. همچنین یافته‌ها نشان داد که: بین میزان اختلالات خواب دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکان عادی تفاوت وجود دارد. یکی از مشکلاتی که کودکان دچار اختلال یادگیری با آن درگیر هستند، اختلال خواب است (سعادت‌ی و همکاران، ۱۳۹۷). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) ده نوع اختلال خواب را معرفی کرده است: اختلال بی‌خوابی اختلال خواب زنگی، حمله خواب، اختلال‌های مرتبط با تنفس، اختلال‌های چرخه شبانه روزی خواب-بیداری، اختلال‌های انگیزشی خواب بدون حرکت سریع چشم، اختلال کابوس، اختلال رفتار خواب با حرکت سریع چشم، نشانگان پاهای بی‌قرار و اختلال خواب ناشی از مواد - دارو. خواب یکی از مهم‌ترین رفتارهای ترمیم‌کننده سلامتی و باعث داشتن احساس خوب در فرد است. همه انسان‌ها به خواب نیاز دارند، زیرا انرژی جدید برای مغز و فعالیت‌های بدن را فراهم می‌کند. اختلالات خواب مانند خواب ناکافی یا زیاد، پریدن از خواب، نرفتن به مرحله خواب عمیق و سخت خوابیدن است (چن و همکاران، ۲۰۱۶).

اختلال یادگیری را پنجمین راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی اختلالات^۱ را تشریح می‌کند که ویژگی آنها ایجاد مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی یا فعالیت‌های روزمره زندگی است. بطور کلی اصطلاح اختلال یادگیری شرایطی مانند ناتوانی‌های ادراکی، نارسایی جزئی در کار مغز، آسیب دیدگی‌های مغزی و افزایش رشدی را شامل می‌شود (بگیان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۳).

رامکومار و همکاران (۲۰۱۶) مقاله‌ای با عنوان الگوهای خواب و بدکار کردی در کودکان دچار مشکلات یادگیری ارائه و به این نتیجه رسیده‌اند که بین کودکان عادی و کودکان دچار اختلال یادگیری در میزان ابتلا به مشکلات خواب تفاوت وجود دارد. ویگز (۲۰۱۲) مقاله‌ای با عنوان اختلالات خواب و ناتوانی یادگیری ارائه و به این نتیجه رسیده است که کودکان دچار اختلالات یادگیری نسبت به کودکان دیگر بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات خواب هستند که منجر به استرس و اضطراب‌های رفتاری و بدکاری می‌شود. ازگلی و همکاران (۱۳۹۴) اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن را در کودکان پیش دبستانی بررسی بین اختلال خواب - کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که میزان اختلال خواب در کودکان ۳-۳۶ و اختلال یادگیری رابطه معنی‌دار وجود دارد. اسمیت و هندرسون (۲۰۱۶) مشکلات خواب کودکان دچار اختلال یادگیری را با هدف شناخت نقش خواب در رشد عصب شناختی با در نظر گرفتن اختلالات رشدی بررسی کرده و به این نتیجه است که اختلال خواب در کودکان منجر به کاهش یادگیری آنها می‌شود و اختلالاتی را در فرآیندهای شناختی آنها ایجاد می‌کند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد: جمع‌آوری داده‌های آماری و ارتباط متغیرهای موجود در تحقیق و روشن شدن بعضی مسائل و جمع‌آوری اطلاعات و یا ربط دادن به هم می‌توان پاسخ فرضیه‌ها و یا زوایای دیگر این مشکلات را روشن کرد و بتوان از آنها در حوزه آموزش و پرورش استفاده کرد. مثلاً ابتدا با دادن آگاهی به خانواده‌ها و دلایل ایجاد این مشکل از تولد نوزادان با این مشکل جلوگیری شود و در واقع عمل پیشگیری صورت گیرد که دادن آگاهی و علم به خانواده‌ها راهنمایی و دادن مدیریت و کنترل شرایط زندگی اولین و مهمترین روش می‌باشد. پس از عمل پیشگیری و جلوگیری از چنین تولدهایی به درمان اختلالات موجود که رخ داده و فقط می‌توان به درمان آنها رسید می‌پردازیم و با شناسایی روش‌هایی که بیان شده وضعیت این کودکان را پیگیری کرده و بعد از شناسایی این کودکان را بررسی و حوزه و بعد اختلالی آنها را که فهمیدیم هم به کودکان با استفاده از روش‌های مناسب کمک کرده تا بتوانند با مشکل خود در زندگی روزمره کنار بیایند و هم به والدین آنها آموزش داده و طرز برخورد و کمک به اینچنین کودکان را یاد داد درسته اقدام صورت می‌گیرد ولی نه بطور جدی و مناسب بلکه باید مراکزی که به این اقدامات مربوط هستند را بیشتر حمایت و تعداد آنها را زیاد کرد و از کادر درمانی و تخصصی ماهر و کارورزیده استفاده کرد. محیط خانواده اولین و مهمترین محیطی که کودک با آن بیشترین زمان و بیشترین ارتباط و تأثیر را

¹ DSM5

دارد، می‌باشد. در نتیجه ابتدا باید به خانواده جایی که گهواره کودک است و خواب او در آن محیط و در کنار پدر و مادر و خانواده می‌باشد فرهنگ سازی و دادن راهکارها و آگاهی که خواب کودک را تنظیم و کنترل کنند و عادات نادرست را در خانواده اصلاح نموده و همچنین ابتدا راهکارهای ایجاد محیط امن و برای جلوگیری از رفتارهای اختلالی و سپس در صورت بروز این اختلالات محیط خانواده باید اصلاح و درمان از آنجا شروع شود که این مشکلات کنترل و برطرف و یا به راه درست هدایت شوند.

منابع

۱. ازگلی، گیتی، شیخیان، زهره، سلیمانی، فرین، میرزایی، سحر، جنتی عطایی، پدیده، ضیایی، طاهره، خلوصی بدر، فرحناز. (۱۳۹۴). میزان اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در کودکان پیش دبستانی، مجله سلامت و مراقبت. ۱۷ (۳): ۲۰۶-۱۹۹.
۲. بگیان کوله مرز، محمدجواد، نریمانی، محمد، احدی، بتول، ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان. روان شناسی بالینی « بهار ۱۳۹۳ - شماره ۲۱ علمی-پژوهشی/ISC (14) صفحه - از ۳۹ تا ۵۲).
۳. تکلوی ورنیاب، سمیه، زکی‌زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه کنترل هدفمند و پردازش هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی- های یادگیری. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهشنامه تربیتی. ۱۱ (۴۸): ۲۱-۴۰.
۴. سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5، ترجمه یحیی سیدمحمد (۱۳۹۳). ویراست پنجم، تهران: نشر روان.
۵. سعادت، حکیمه، شیبانی، وحید، رفاهی، سهیلا، مشهدی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی مروری اثرات محرومیت از خواب بر یادگیری و حافظه: نقش هورمونهای جنسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۷ (۱۳۹۷): ۳۷۶-۳۵۹.
۶. کرک، ساموئل الکساندر، گالاگر، جیمز، مری روت، کولمن. (۱۳۹۷). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی بر اساس DSM-5. مترجمان: حسین ملک‌محمدی، محمد مشکانی، ناشر: ارسباران.
۷. کرمی، صغری. (۱۳۷۱). بررسی وضعیت اختلالات رفتاری، اختلال پس از ضربه (PTSD) در کودکان و نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۱۶_۹ ساله مناطق زلزله زده پس از ۳ سال در مقایسه با مناطق غیرزلزله زده. پایان‌نامه دکترای روانپزشکی، انستیتوروانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۸. لشگری، حمیده، همتی علمدارلو، قربان. (۱۳۹۶). پیش‌بینی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری بر اساس سبک فرزندپروری والدین. مجله مطالعات ناتوانی. ۳ (۷): ۱-۸.
۹. محمدی، سوسن. (۱۳۹۶). بررسی اختلال های رفتاری و یادگیری در کودکان ابتدایی، هشتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران <https://civilica.com/doc/676207>
۱۰. نجفی، مصطفی، عطاری، عباس، مراثی، محمدرضا، معین، یاسر. (۱۳۹۰). مقایسه ی وضعیت خواب کودکان ۳ تا ۷ ساله ی مبتلا به خود ارضایی با گروه شاهد در شهر اصفهان. مجله ی دانشکده ی پزشکی، اصفهان، ۲۹ (۱۶۹)، ۱۶۰۵_۲۶۱۱.
11. America Psychiatric Association. Help the Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 5th ed , (DSM 5) Translation John cart Mohammadi. Tehran Press Mental Publication 2013. [Persian].
12. Arthure, A. R (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of learning Disabilities*, 31, 25-31.
13. Auer Bach, J.G. Gross-Tsur, V. Manor, O. & Shalev, R.S. (2008). Emotional and Behavioral characteristic over a six year period in youths with persistent and no

- persistent dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 263–273. Biederman, F (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. Jul 2005; 366(9481): 237-48.
14. Blunden, S. L. (2012). Behavioral Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. *Scientific Research (SciRes)*. 3 (3): 249-256.
15. Chen JH, Lauderdale DS, Waite LJ. Social participation and older adults, sleep. *Social Science & Medicine*. 2016; 149:164-73. [DOI: 10.1016/j. socscimed. 2015.11.045] [PMID] [PMCID].
16. Chervin, R. D., Archbold, K. H., Dillon, J. E., Panahi, P., Pituch, K. J., Dahl, R. E., & Guilleminault, C, (2002) Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics*, 109, 449- 456. doi:10.1542/peds.109.3. 449.
17. Chervin, R., Dillon, J., Bassetti, C., Ganoczy, D., & Pituch, K. (1997). Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep*, 20, 1185-1192.
18. Finzi-Dottan, R. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 510-519.
19. Gozal, D., & Kheirandish-Gozal, L. (2007). Neurocognitive and behavioral morbidity in children with sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 13, 505-509. doi:10.1097/MCP.0b013e3282ef6880.