

## بررسی مقدماتی الگوی ترسیم ساعت در کودکان با و بدون حساب‌نارسایی

دکتر کامران گنجی<sup>(1)</sup>، دکتر رزینا ذبیحی<sup>(2)</sup>، دکتر روشنگر خدابخش<sup>(3)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین الگوی ترسیم ساعت در کودکان با و بدون حساب‌نارسایی و ارزیابی آزمون ترسیم ساعت (CDT) به عنوان ابزاری برای غربالگری در جمعیت کودکان ایرانی بود. **روش:** در پژوهش پس‌رویدادی حاضر 45 دانش‌آموز حساب‌نارسا 9/5 تا 11/7 ساله و 45 دانش‌آموز عادی که از نظر سن، جنسیت، دست برتری، پایه تحصیلی و هوش بهر با آن‌ها هم‌تا بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بر پایه تکمیل پرسش‌نامه نشانگان کودکان، نسخه معلم و پدر/مادر (CSI)، مقیاس تجدیدنظر شده هوش و کسلر کودکان (WISC-R)، آزمون ریاضیات ایران کی-مت (IKMT) و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بر پایه DSM-IV-TR انتخاب شدند. سپس آزمون ترسیم ساعت (CDT) روی آنان اجرا شد. مفهوم‌سازی زمان و ترسیم ساعت به‌طور جداگانه و با استفاده از سامانه نمره‌گذاری کوهن و همکاران ارزیابی شد. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** عملکرد کودکان با حساب‌نارسایی، ضعیف‌تر از کودکان عادی بود. تحلیل کیفی عملکرد، خطاهایی را آشکار ساخت که ناشی از برنامه‌ریزی ضعیف در انجام تکلیف‌های نیازمند هماهنگی است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تحلیل‌های کمی و کیفی و تفاوت میان الگوی ترسیم ساعت در کودکان با و بدون حساب‌نارسایی، آزمون ترسیم ساعت ابزار غربالگری مناسب و بخش سودمندی از ارزیابی جامع عصب‌روان‌شناختی در کودکان با حساب‌نارسایی ایرانی است.

**کلیدواژه:** آزمون ترسیم ساعت؛ حساب‌نارسایی؛ ارزیابی عصب‌روان‌شناختی؛ کارکردهای اجرایی

[دریافت مقاله: 1391/3/16؛ پذیرش مقاله: 1391/9/19]

### مقدمه

عصب‌روان‌شناختی<sup>7</sup> نسبت به کنش ساختاری<sup>8</sup>، مهارت‌های حرکتی-ترسیمی<sup>9</sup>، برنامه‌ریزی/سازمان‌دهی<sup>10</sup> و هم‌چنین جنبه‌های گوناگون کنش زبانی<sup>11</sup> و توانایی کلامی<sup>12</sup> حساس است (9). هر چند سادگی تکلیف ترسیم ساعت کاربردهای آن را به ظاهر محدود می‌سازد، اما فرایندی که فرد در حین انجام آن دنبال می‌کند و هم‌چنین خطاهای متعدد، می‌تواند به‌عنوان بخشی از ارزیابی جامع یا غربالگری، اطلاعات سودمندی فراهم سازد (9).

آزمون ترسیم ساعت<sup>1</sup> (CDT) سال‌هاست که به‌عنوان ابزاری تشخیصی در جمعیت بزرگسال مبتلا به زوال عقل<sup>2</sup>، سکتة مغزی، اسکیزوفرنیا<sup>3</sup>، آلزایمر<sup>4</sup> و پارکینسون<sup>5</sup> مورد استفاده قرار گرفته است (1-3). این آزمون در جمعیت بزرگسال به‌عنوان ابزار غربالگری (4-6) برای پیش‌بینی میزان کاهش عملکرد شناختی (6) و تشخیص انواع زوال عقل<sup>6</sup> (7، 8) استفاده شده است. ترسیم ساعت به‌عنوان ابزاری

(1) دکترای روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملایر، گروه روانشناسی. ملایر، بالاتر از پارک سفید، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، دورنگار: 0851-2231017 (نویسنده مسئول) E-mail: ganji@iau-malayer.ac.ir؛ (2) دکترای روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، گروه راهنمایی و مشاوره؛ (3) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه الزهراء، گروه روانشناسی.

1- Clock Drawing Test  
3- schizophrenia  
5- Parkinson  
7- neuropsychological  
9- motor-graphical skills  
11- language function

2- dementia  
4- Alzheimer  
6- dementia  
8- structural praxis  
10- planning/organizing  
12- verbal ability

نکردند. خطاهای شماره گذاری و فاصله گذاری با افزایش سن کاهش می‌یافت و 86 درصد از آزمودنی‌ها ساعت‌های خود را به شکل دایره ترسیم کردند. پژوهش دیگر (16) روی کودکان همدانی به یافته‌های کم و بیش مشابه دست یافت.

به باور کیبی، کوهن و هایند<sup>11</sup> (11) ترسیم ساعت نسبت به برنامه‌ریزی و مهارت‌های سازمان‌دهی و هم‌چنین کنش ساختاری حساس است و در کنار مجموعه‌ای از آزمون‌ها می‌تواند از نظر بالینی ابزار سودمندی در ارزیابی پزشکی-عصب شناختی و هم‌چنین در ارزیابی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>12</sup> (ADHD) باشد. ترسیم ساعت هم‌چنین در ارزیابی اختلال‌های پزشکی که در آن‌ها کارکرد دیداری-فضایی و کنش ساختاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (مانند تومور راست آهیانه‌ای<sup>13</sup>، نشانگان الکل جنینی<sup>14</sup> و نشانگان ویلیامز<sup>15</sup>) سودمند است. پژوهش آنان نشان داد کودکان مبتلا به ADHD نسبت به گروه هم‌تا، در ترسیم ساعت عملکرد ضعیف‌تری داشتند؛ بیش از گروه کنترل از ربع دایره غفلت کردند و هم‌چنین در اواخر دوران کودکی خطاهای فاصله گذاری بسیاری داشتند. دیگر پژوهش‌ها (17-21) نیز نشان دادند کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با کودکان عادی، به دلیل مشکل در کارکردهای اجرایی، نوعی توانایی کاهش یافته در طراحی و سازمان‌دهی ترسیم ساعت نشان می‌دهند.

دانش‌آموزان با نارسایی‌های ویژه در یادگیری با وجود بهره‌مندی از هوش بهر متوسط و سلامت حواس دیداری و شنیداری، هم‌چنین نداشتن اختلال‌های عاطفی-رفتاری دچار مشکلاتی در یادگیری هستند (22). چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>16</sup> (DSM-IV-TR) (23) شیوع نارسایی‌های ویژه در یادگیری را 10-2 درصد تخمین زده است. فراتحلیل پژوهش‌های انجام شده در ایران در این حوزه

آزمون ترسیم ساعت با استفاده از خطوط، نیازمند استفاده از توانایی‌های شناختی چندگانه از دامنه گسترده‌ای از نواحی مغزی است. این امر برای یک ابزار غربال‌گری شناختی ایده‌آل است. در صورتی که این امر در مورد سایر تکلیف‌های غربال‌گری کپی کردن<sup>1</sup> و دیداری-فضایی<sup>2</sup> مصداق ندارد. برخی از توانایی‌های شناختی که توسط آزمون ترسیم ساعت فراخوانده می‌شوند، عبارتند از حافظه بلندمدت و بازیابی اطلاعات، درک مطلب شنیداری، بازنمایی دیداری-فضایی، ادراک دیداری و مهارت‌های دیداری-حرکتی، توجه کلی و نیمکره‌ای، پردازش هم‌زمان و شاید از همه مهم‌تر کارکردهای اجرایی<sup>3</sup> یا هماهنگ‌سازی (10).

این نکته که ترسیم ساعت تا چه اندازه نشان‌گر عملکرد شناختی در کودکان است، در ادبیات پژوهشی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. کوهن<sup>4</sup>، ریکی<sup>5</sup>، کیبی<sup>6</sup> و ادموندز<sup>7</sup> در 1993 نخستین سامانه نمره گذاری هنجار شده برای کودکان 6-13 سال و کرک<sup>8</sup>، مک‌کارتی<sup>9</sup> و کاپلان<sup>10</sup> دومین سامانه هنجاری برای کودکان را در سال 1996 ارائه کردند (1). سامانه نمره گذاری کوهن و همکاران (1) بر پایه سامانه‌های موجود در ادبیات پژوهشی بزرگسالان استوار است و همان انواع خطاهای مشترک در میان جمعیت‌های گوناگون بزرگسال نیز در آن لحاظ شده است (11).

پیشرفت تحولی توانایی ترسیم ساعت با پژوهش‌هایی که نشان‌گر فرایند چندمرحله‌ای رشد قطعه‌پیشانی هستند و با مراحل که بین سن‌های 6-8، 8-10، 10-12 و 12 سالگی تا اواخر نوجوانی رخ می‌دهند، متناسب است (12-14). کوهن و همکاران (1) بر این باورند که این آزمون می‌تواند نسبت به رشد قطعه‌پیشانی حساس باشد و به قراردادن مناسب شماره‌ها و وضعیت عقربه‌ها منجر شود. ارزیابی‌ها به‌طور مشخص بیان‌گر حساسیت ترسیم ساعت نسبت به یکپارچگی قطعه‌پیشانی در بزرگسالان است (9).

پژوهشی (15) در بررسی پیشرفت تحولی ترسیم ساعت در کودکان 7-12 ساله تهرانی، با استفاده از سامانه نمره گذاری کوهن و همکاران نشان داد عملکرد ترسیم ساعت و جایگزینی عقربه‌ها برای نشان دادن زمان در کودکان با افزایش سن بهبود می‌یابد. این پژوهش نشان داد 25 درصد از کودکان نسبت به پاک کردن و تلاش دوباره برای ترسیم شکل ساعت یا عقربه‌ها اقدام کردند و هیچ کدام از کودکان بالاتر از 8 سال هنگام ترسیم ساعت، از ربع دایره غفلت

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1- copying   | 2- visuo-spatial |
| 3- executive functions   | 4- Cohen         |
| 5- Riccio  | 6- Kibby         |
| 7- Edmonds   | 8- Kirk          |
| 9- McCarthy  | 10- Kaplan       |
| 11- Hynd   |                  |
| 12- attention-deficit/ hyperactivity disorder  |                  |
| 13- right parietal tumor   |                  |
| 14- fetal alcohol syndrome   |                  |
| 15- Williams syndrome  |                  |
| 16- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition- Text Revision |                  |

حساب‌نارسایی در حین ترسیم ساعت، مشکلاتی در زمینه برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی داشته باشند.

ایدن<sup>4</sup>، وود<sup>5</sup> و استین<sup>6</sup> (38) برای نخستین بار در پژوهشی نشان دادند الگوی ترسیم ساعت در کودکان نارساخوان و عادی متفاوت است؛ بسیاری از کودکان نارساخوان از ترسیم ربع بالایی سمت چپ ساعت غفلت کرده، مانند بیماران مبتلا به آسیب‌های اکتسابی نیمکره راست<sup>7</sup>، دچار نقص ساختار فضایی هستند. یافته‌ها نشان داد در برخی از کودکان نارساخوان، بدکارکردی نیمکره راست ممکن است نقایص پردازش واج‌شناختی مربوط به نیمکره چپ را بدتر کند. آن‌ها بر این باورند که آزمون ترسیم ساعت می‌تواند شرایط مناسبی برای ارزیابی آسان مهارت‌های مربوط به کارکرد آهیانه‌ای نیمکره راست<sup>8</sup> فراهم سازد. گنجی، ذبیحی و خدابخش (39) نیز در پژوهشی نشان دادند آزمون ترسیم ساعت، ابزار غربال‌گری مناسب و بخش سودمندی از ارزیابی جامع عصب‌روان‌شناختی در کودکان نارساخوان تحولی است. آلفای کرونباخ<sup>9</sup>، پایایی ارزیابی<sup>10</sup> و پایایی بازآزمایی<sup>11</sup> آزمون ترسیم ساعت کوهن و همکاران (1) در ایران به ترتیب 0/765، 0/95 و 0/90 گزارش شده است. تحلیل عاملی با چرخش پروماکس<sup>12</sup> نیز دو عامل ترسیم ساعت و مفهوم زمان را به دست داد که روی هم 63 درصد از واریانس کل را تبیین کردند (40).

با توجه به ویژگی‌های کودکان مبتلا به نارسایی‌های ویژه در یادگیری، تشخیص درست و به موقع اختلال آن‌ها امری ظریف و دشوار است. شناسایی سریع و به موقع این کودکان از پیچیده‌شدن تصویر تشخیصی آنان جلوگیری می‌کند (41). بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی الگوی ترسیم ساعت و مفهوم‌سازی زمان در دانش‌آموزان با و بدون حساب‌نارسایی، بر اساس روش نمره‌گذاری کوهن و همکاران (1) در کودکان ایرانی بود. فرضیه‌های مورد بررسی عبارت بودند از:

- 1- dyscalculia
- 2- mathematics learning disabilities
- 3- neuropsychological/developmental learning disabilities
- 4- Eden
- 5- Wood
- 6- Stein
- 7- acquired right-hemisphere lesions
- 8- right-hemisphere parietal function
- 9- Cronbach's  $\alpha$
- 10- evaluation reliability
- 11- test-retest
- 12- Promax

(24) شیوع اختلال‌های یادگیری در مقطع ابتدایی را 4/58 درصد گزارش کرده است. بر پایه همین فراتحلیل پسرها 1/1 تا 2/2 درصد بیشتر از دخترها به اختلال‌های یادگیری مبتلا می‌شوند. یکی از انواع نارسایی‌های ویژه در یادگیری، حساب‌نارسایی<sup>1</sup> است. کودکان با ناتوانی یادگیری ریاضی<sup>2</sup> در چهارگروه مهارت‌های زبانی، ادراکی، ریاضی و توجه مربوط به ریاضی مشکل دارند (23). این اختلال در برخی از کودکان از سن پایین شروع می‌شود، اما بیشتر در دوره دبستان خود را نشان می‌دهد و تا دوره راهنمایی و دبیرستان نیز ادامه می‌یابد (25، 26). شیوع نارسایی‌های ویژه در یادگیری ریاضی در دبستان 5-8 درصد (27) و در پژوهش دیگر (28) 3-6 و در شهر تهران (29) حدود 5 درصد گزارش شده است.

در یک طبقه‌بندی (30) نارسایی‌های ویژه در یادگیری، در سه دسته نارسایی‌های یادگیری عصب‌روان‌شناختی/تحولی<sup>3</sup>، نارسایی‌های یادگیری تحصیلی و ناتوانی‌های اجتماعی قرار گرفته است. دسته اول شامل اختلال‌های زیست‌شناختی/ژنتیکی، ادراکی-حرکتی، اختلال در پردازش بینایی و شنوایی و اختلال حافظه و توجه است و بیشتر در دوره پیش‌دبستانی رخ می‌دهند. یکی از مشکلات کودکان با نارسایی‌های یادگیری عصب‌روان‌شناختی/تحولی، کارکردهای اجرایی و توجه است (31، 32) که از جمله توانایی‌های مورد نیاز کودکان برای یادگیری درس‌های گوناگون است (30). پژوهش دیگر (33) با مطالعه صدها کودک مبتلا به حساب‌نارسایی نشان داد این کودکان در پردازش بینایی-فضایی، سازمان‌دهی روانی-حرکتی، ادراکی-بینایی و ساخت مفهوم ضعف دارند.

ترسیم ساعت نسبت به نقص در کارکردهای اجرایی حساس است. مهم‌ترین این کارکردها عبارتند از برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، حافظه فعال، مدیریت زمان، بازداری پاسخ، آغازگری تکلیف و مقاومت مبتنی بر هدف (34). پژوهش‌ها نشان داده‌اند گسترش و رشد کارکردهای اجرایی، همانند سایر توانمندی‌ها، در دوران کودکی تحول می‌یابد (35) و هر نقصی در رشد این کارکردها ممکن است به اختلال در برنامه‌ریزی برای شروع و اتمام تکلیف، به یادسپاری تکلیف‌ها، اختلال حافظه و اختلال یادگیری منجر شود (36). بدین ترتیب انتظار می‌رود کودکان مبتلا به



برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، از پدر/مادر کودکان رضایت‌نامه کتبی گرفته و ویژگی‌های فردی کودکان محرمانه نگه داشته شد. از برچسب‌زدن نامناسب به آن‌ها خودداری و تلاش شد تا در فرایند پژوهش، به درمان آن‌ها آسیبی وارد نیاید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو بخش کمی و کیفی انجام شد. در بخش تحلیل کمی از روش تحلیل واریانس چندمتغیری<sup>6</sup> (MANOVA) استفاده شد. برای کاهش خطای نوع اول، به جای آلفای رسمی از آلفای تعدیل شده و تصحیح بنفرونی<sup>7</sup> استفاده شد. بنابراین در پژوهش حاضر آلفای 0/05 بر تعداد متغیرهای وابسته تقسیم و سطح معناداری 0/0125 در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از 90 آزمودنی، 68 (75/55 درصد) نفر پسر و 22 (24/44 درصد) نفر دختر بودند. میانگین (و انحراف معیار) دامنه سنی آزمودنی‌ها 9/88 (1/86) و 11/7-9/5 بود. در هر دو گروه 4 (16)، 3 (11) و 4 (7) دختر (و پسر) به ترتیب در پایه تحصیلی سوم، چهارم و پنجم درس می‌خواندند. بدین ترتیب 44/44 درصد، 31/11 درصد و 24/44 درصد آزمودنی‌ها به ترتیب در پایه‌های سوم، چهارم و پنجم بودند. پایایی بین‌ارزیاب‌ها برای شکل ساعت، تعیین ساعت، نیم ساعت و دقیقه به ترتیب 0/95، 0/97، 0/92 و 0/88 و پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای به همان ترتیب 0/91، 0/86، 0/89 و 0/80 به دست آمد. میزان حساسیت و ویژگی CDT نیز برای غربال کودکان با و بدون حساب‌نارسایی به ترتیب 0/83 و 0/77 بود.

دو گروه از نظر سن ( $t=0/73$ ,  $p<0/05$ )، هوش‌بهر ( $t=0/81$ ,  $p<0/05$ ) و دست‌برتری ( $t=0/81$ ,  $p<0/05$ ) ( $\chi^2=1/01$ ) همتا بودند. میانگین و انحراف معیار دو گروه در آزمون CDT در جدول 1 آمده است. متغیرهای وابسته با یکدیگر همبستگی خطی داشتند (جدول 2). هم‌خطی چندگانه<sup>8</sup> میان زوج متغیرهای وابسته وجود نداشت. این امر و بررسی سایر شرایط، از جمله همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون باکس<sup>9</sup> و طبیعی بودن توزیع با آماره

(3:00)، نیم ساعت (9:30) و دقیقه (10:20) نمره‌گذاری کردند. عملکرد ترسیم ساعت روی مقیاس صفر تا 13 نمره‌گذاری شد که در آن نمره بالاتر به معنای عملکرد بهتر است. عملکرد جایگزینی عقربه‌ها برای تعیین زمان نیز روی مقیاس صفر تا پنج نمره‌گذاری شد که در آن نمره بالاتر به معنای عملکرد بهتر است.

برای بررسی کیفی خطاهای کودکان در ترسیم ساعت، آزمون آن‌ها بر پایه نارسایی در آرایش فضایی شماره‌ها، توالی نادرست شماره‌ها، حذف یا تکرار شماره‌ها، درجا ماندگی، وارونه‌سازی شماره‌ها، جایگزینی نادرست عقربه‌ها و... تحلیل شد. یافته‌های حاصل از پایایی بین‌ارزیاب‌ها<sup>1</sup> برای شکل، تعیین ساعت، نیم ساعت و دقیقه به ترتیب 0/91، 0/94، 0/91 و 0/90 بود. در پژوهش انجام‌شده در ایران (20) برای غربالگری کودکان مبتلا به ADHD پایایی بین‌ارزیاب‌ها و بازآزمایی<sup>2</sup> در دامنه‌ای از 0/87 تا 0/94 و میزان حساسیت<sup>3</sup> و ویژگی<sup>4</sup> آن به ترتیب 0/83 و 0/89 گزارش شد.

گفتنی است از آنجایی که حساب‌نارسایی با اختلال‌های زیادی مانند ADHD، اختلال‌های فراگیر رشد<sup>5</sup> و... هم‌بودی دارد، برای تشخیص دقیق آن از چند ابزار استفاده شد؛ معلم و پدر/مادر فهرست نشانه مرضی کودک را تکمیل کردند و WISC-R و IKMT روی کودکان اجرا شد. سپس با معلم و پدر/مادر و دانش‌آموزان مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انفرادی انجام شد. کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری و هیجانی و ذهنی و اختلال‌های رشدی فراگیر از گروه نمونه کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد 45 کودک با حساب‌نارسایی انتخاب و آزمون ترسیم ساعت (1) به صورت انفرادی در مورد آن‌ها اجرا شد. مبنای تصمیم‌گیری نهایی همان مصاحبه متخصص روان‌شناسی بالینی بود. همین فرایند در مورد 45 کودکی که به عنوان گروه همتا از میان هم‌کلاسی‌های گروه حساب‌نارسا به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد. تمامی ساعت‌های ترسیم‌شده به وسیله دو نفر ارزیاب بی‌اطلاع از موضوع پژوهش و کودکان و فقط با در اختیار داشتن دستور نمره‌گذاری، به صورت جداگانه براساس ساختار ساعت و زمان، نمره‌گذاری شد. سپس میانگین نمره‌های این دو ارزیاب به عنوان نمره هر کودک در نظر گرفته شد. پس از گذشت دو هفته، CDT دوباره روی 30 آزمودنی (15 نفر گروه آزمایش و 15 نفر گروه کنترل) اجرا و پایایی بازآزمایی محاسبه شد.

- |                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1- inter-rater                       | 2- test-retest reliability |
| 3- sensitivity                       | 4- specificity             |
| 5- pervasive developmental disorders |                            |
| 6- multiple analysis of variance     |                            |
| 7- Bonferroni correction             | 8- multiple collinearity   |
| 9- Box test                          | 10- Smirnov                |

اسمیرنوف<sup>10</sup> نشان داد مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار است.  
جدول 1- میانگین (و انحراف معیار) دو گروه در آزمون CDT

ترسیم زمان برای		ساعت			
ترسیم ساعت	دقیقه	نیم ساعت	ساعت		
	2/43	2/84	34	پسر	
	(1/40)	(1/75)	11	دختر	با حساب نارسایی
	2/75	3/44	45	کل	
	(1/15)	(1/32)	34	پسر	
(1/68) 7/01	2/56	3/17	11	دختر	بدون حساب نارسایی
(1/35) 8/35	(1/27)	(1/53)	45	کل	
(1/76) 7/52	4/23	4/81	68	پسر	
(1/41) 11/92	(0/52)	(0/62)	4/91		
(0/91) 12/51	4/67	4/98	4/82		
(1/01) 11/97	(0/48)	(0/81)	4/82		
(2/40) 9/71	4/41	4/87	2/85		
(2/87) 10/77	(0/50)	(0/72)	22	دختر	کل
	3/33	3/89	3/62		
	(1/16)	(1/51)	(1/61)		
	3/88	4/05			
	(1/14)	(1/15)			
(2/34) 9/94	3/76	3/99	3/33	90	کل
	(1/75)	(1/34)	(1/58)		

جدول 2- میانگین، انحراف معیار و همبستگی‌های متقابل چهار متغیر وابسته

متغیر	میانگین	انحراف معیار	1	2	3	4
ترسیم ساعت	9/94	2/34	—			
ساعت (3:00)	3/33	1/58	0/512*	—		
نیم ساعت (9:30)	3/99	1/34	0/481*	0/511*	—	
دقیقه (10:20)	3/76	1/75	0/552*	0/536*	0/541*	—

فرضیه دوم پژوهش تأیید نشد. تحلیل هریک از متغیرهای وابسته، به تنهایی، با در نظر گرفتن آلفای تعدیل شده بنفرنی (0/0125) نشان داد عملکرد کودکان با و بدون حساب نارسایی در جنسیت، ترسیم شکل ساعت و نشان دادن زمان تفاوت نداشت (جدول 3). با توجه به تأیید شدن فرضیه اول و هم چنین حساسیت 0/83 CDT در تشخیص کودکان

میان دو گروه با و بدون حساب نارسایی در متغیر وابسته ترکیبی ترسیم شکل ساعت و جایگزینی عقربه‌ها برای نشان دادن زمان تفاوت وجود داشت ( $\eta^2=0/846$ ،  $V=0/254$ ،  $F=56/48$ ) و عملکرد کودکان با حساب نارسایی ضعیف‌تر بود. بنابراین فرضیه نخست تأیید شد. اثر پیلایی<sup>1</sup> در ترسیم ساعت برای دو گروه (دختر و پسر) معنادار نبود، بنابراین

تمامی سنین و پایه‌های تحصیلی چشم‌گیر بود، اما میزان خطاها در گروه همتا با افزایش سن کاهش می‌یافت. هیچ کدام از کودکان کمتر از 9/5 سال، فاصله‌گذاری یکسان میان شماره‌ها را نشان ندادند، در حالی که 51 درصد از کودکان 10 و 11/5 ساله بدون حساب‌نارسایی می‌توانستند شماره‌ها را گرداگرد ساعت به طور مساوی فاصله‌گذاری و ترسیم کنند. خطاهای فاصله‌گذاری کودکان با حساب‌نارسایی هم‌چنان در 10 و 11/5 سالگی ادامه داشت.

با حساب‌نارسایی، فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. چند نمونه از ساعت‌های ترسیم‌شده به وسیله آزمودنی‌های مبتلا به حساب‌نارسایی در شکل 1 ارائه شده است.

در بخش تحلیل کیفی یافته‌ها، در مورد اندازه و شکل ساعت، 16/66 درصد آزمودنی‌ها در شرایط ترسیم آزاد شکل ساعت، ساعت‌ها را به شکل مربع یا مربع مستطیل و 83/33 درصد ساعت‌ها را به شکل دایره ترسیم کردند. میانگین و انحراف معیار قطر دایره ساعت‌های ترسیم‌شده به ترتیب 6/32 و 2/05 سانتی‌متر بود. اندازه و شکل ساعت‌های ترسیم‌شده به وسیله کودکان با و بدون حساب‌نارسایی تفاوت قابل توجهی نداشت. خطاهای کیفی کودکان در ترسیم ساعت در پژوهش حاضر بدین شرح بود:

**پاک کردن و تلاش دوباره برای ترسیم ساعت:** کودکان با حساب‌نارسایی به طور تقریبی در تمامی سنین و پایه‌های تحصیلی در یک یا چند مورد اقدام به پاک کردن کردند و در برخی موارد تمام شکل ترسیمی خود را پاک کرده، دو یا حتی چند بار دیگر تلاش کردند. تعداد موارد پاک کردن و تلاش دوباره برای ترسیم شکل ساعت یا عقربه‌ها در کودکان گروه همتا حدود 26 درصد و میزان پاک کردن‌ها بسیار جزئی و تعداد تلاش‌های دوباره بسیار کم بود.

**بی‌توجهی یا غفلت:** در پژوهش حاضر غفلت به معنای ناتوانی در استفاده از دست کم یک ربع کامل از فضای ساعت تعریف شد. بدین شکل که شماره‌های یک تا 12 به طور معمول ترسیم می‌شوند، اما به یکدیگر بسیار چسبیده هستند و بنابراین بخشی از فضای ساعت خالی می‌ماند. 9/5 درصد آزمودنی‌های گروه همتا با گستره سنی 9-9/5 سال هنگام ترسیم ساعت از ربع دایره غفلت کردند و به طور تقریبی هیچ کودک بالاتر از 10 سال در این گروه دچار این بی‌توجهی نبود. در مقابل 34 درصد از کودکان با حساب‌نارسایی در گستره سنی 9-11 سال هنگام ترسیم ساعت از ربع دایره غفلت کردند. تمامی آزمودنی‌های با حساب‌نارسایی که از ربع دایره غفلت کردند، در استفاده از ربع بالایی سمت چپ ناتوان بودند و 25 درصد از آن‌ها نیز از هر دو ربع بالا و پایین سمت چپ ساعت غفلت کردند. غفلت از هر دو ربع بالا و پایین سمت چپ در گروه همتا حدود 7 درصد بود.

**فاصله‌گذاری:** خطاهای شماره‌گذاری در هر دو گروه در

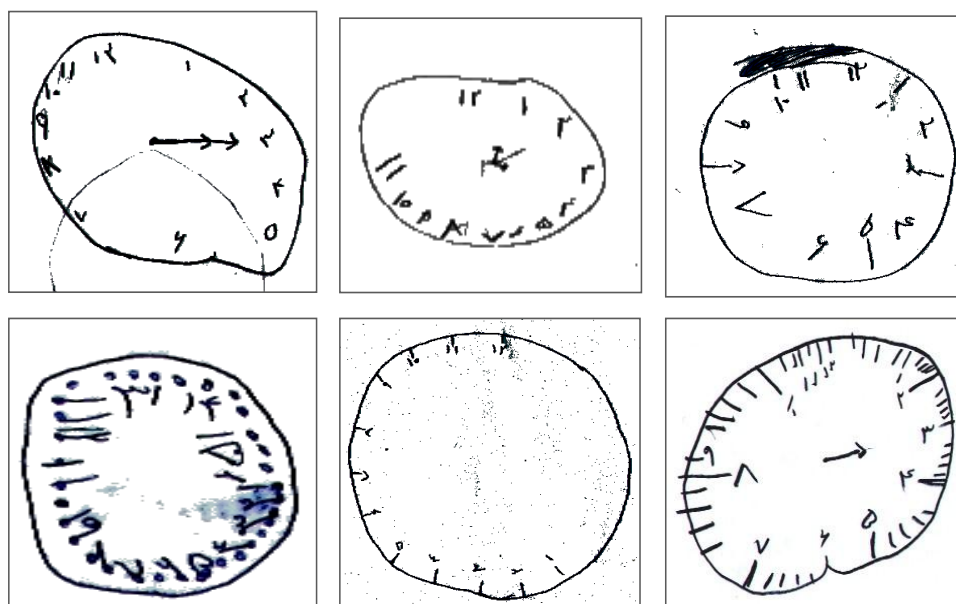
Archive of SID



جدول 3- یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری و تک‌متغیری برای ترسیم شکل ساعت و جایگزینی عقربه‌ها

منبع	چند متغیری		تک متغیری		MSE
	F	ترسیم ساعت	ساعت	نیم ساعت	
حساب نارسایی	56/48*	141/17*	139/13*	27/64*	45/91*
جنسیت	0/86	1/6	1/6	0/53	0/48
جنسیت* حساب نارسایی	0/91	2/2	0/39	0/42	0/35
		1/66	0/93	1/24	0/87

\*p&lt;0/01



شکل 1- نمونه‌هایی از ترسیم شکل ساعت در آزمودنی‌های مبتلا به حساب نارسایی

## بحث

خود را پاک کرده، برای ترسیم آن دو یا چند بار تلاش کردند. هرچند پاک کردن در کودکان عادی گروه همتا نیز وجود داشت، میزان آن حدود 26 درصد و در بیشتر موارد جزئی بود، در حالی که میزان پاک کردن در آزمودنی‌های با حساب نارسایی 75 درصد بود. در گروه همتا به‌طور تقریبی هیچ کودک بالاتر از 9/5 سال هنگام ترسیم ساعت از ربع دایره غفلت نکرده بود، در حالی که این امر حتی تا 11/5 سالگی در گروه با حساب نارسایی به چشم می‌خورد. این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها (1، 11، 39) هماهنگ است. غفلت از هر دو ربع بالا و پایین سمت چپ در گروه همتا حدود 7 درصد بود. این الگو شبیه عملکرد گروه نمونه عادی کوهن و همکاران (1) و کیبی و همکاران (11) است که نشان دادند غفلت از ربع دایره در کودکان عادی در وهله اول ناشی از

پژوهش حاضر با هدف تعیین الگوی ترسیم ساعت در کودکان با و بدون حساب نارسایی انجام شد. یافته‌ها نشان داد عملکرد گروه مبتلا به حساب نارسایی در ترسیم شکل ساعت از گروه همتا ضعیف‌تر است. هم‌چنین یافته‌ها نشان‌گر عملکرد بسیار ضعیف‌تر گروه مبتلا به حساب نارسایی در جایگزینی عقربه‌ها برای نشان دادن زمان مورد درخواست در مقایسه با گروه همتا بود. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش ایدن و همکاران (38) هماهنگی و با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (11، 15، 20، 39) هم‌سویی دارد.

از نظر کیفی، آزمودنی‌های با حساب نارسایی به‌طور تقریبی در تمامی سنین و پایه‌های تحصیلی در یک یا چند مورد اقدام به پاک کردن نموده، گاهی تمام شکل ترسیمی

پذیرش از سوی افراد، اجرا و نمره گذاری و تفسیر آسان، ناسستگی به فرهنگ و زبان و تحصیلات و پایایی بین ارزیاب‌های بالا می‌توان نتیجه گرفت که CDT می‌تواند به‌عنوان بخشی از مجموعه آزمون‌های بالینی در غربال‌گری و تشخیص حساب‌نارسایی استفاده شود. این یافته‌ها با توجه به آن‌که پژوهش‌های اندکی در زمینه ترسیم ساعت و حساب‌نارسایی انجام شده، از اهمیت خاصی برخوردار است.

پژوهش حاضر یکی از نخستین پژوهش‌هایی است که به بررسی CDT روی جمعیت بالینی کودکان با گروه هم‌تا پرداخت. پژوهش‌های آتی بایستی روی نمونه‌های بزرگ‌تر و سایر جمعیت‌های عادی و بالینی اجرا شده، بر توسعه روش‌های اجرا و نمره گذاری و مقایسه آن‌ها تمرکز کند. بررسی مقایسه‌ای جنبه‌های گوناگون CDT با سایر آزمون‌های تشخیصی و غربال‌گری نیز سودمند است. مقایسه روش اجرا و نمره گذاری کوهن و همکاران (1)، کرک و همکاران (به نقل از 1) و ایدن و همکاران (38) در تشخیص و غربال‌گری حساب‌نارسایی نیز می‌تواند افق‌های روشنی فراروی پژوهشگران بگشاید. هم‌چنین پرداختن به نقایص کارکردهای اجرایی و دیداری-فضایی، کارایی روش نمره گذاری کوهن و همکاران (1) و حساسیت آن نسبت به جنبه‌های گوناگون کارکرد عصب‌روان‌شناختی در پژوهش‌های آتی مشخص خواهد شد. به کارگیری CDT برای تمیز میان کودکان در محیط‌های بالینی و کودکان عادی و توانایی آن در تشخیص افتراقی یا شدت اختلال‌های گوناگون نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی بررسی شود.

با توجه به محدود بودن نمونه به کودکان با حساب‌نارسایی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خصوصی روان‌ایستیس، باید در تعمیم‌پذیری یافته‌ها احتیاط کرد. این احتمال وجود دارد که اگر گروه مورد بررسی از مراکز آموزشی انتخاب می‌شدند و به نوع خفیف‌تری از اختلال مبتلا بودند، تفاوت میان گروه‌ها کمتر بود. روش نمونه‌گیری در دسترس نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان‌گر عملکرد بهتر دخترها نسبت به پسرها در ترسیم شکل ساعت و جایگزینی عقربه‌ها برای نشان دادن زمان است (15، 16). بنابراین حجم اندک گروه نمونه و تعداد کم دخترها ممکن است باعث عدم دستیابی به تفاوت معنادار میان دخترها و پسرها در این پژوهش شده باشد. انجام پژوهش با نمونه بزرگ‌تر می‌تواند این امر را روشن سازد. با

مهارت‌های برنامه‌ریزی است، تا غفلت نیمه‌دیداری - فضایی مربوط به بدکار کردن آهانه‌ای.

در پژوهش حاضر آزمودنی‌های با و بدون حساب‌نارسایی هر دو در تمام سنین از خود خطای فاصله‌گذاری نشان دادند، با این حال، خطای فاصله‌گذاری در گروه هم‌تا با افزایش سن، به تدریج کاهش می‌یافت، در حالی که تمام کودکان با حساب‌نارسایی 10 تا 11/5 ساله هم‌چنان این خطا را مرتکب می‌شدند. این یافته نیز با پژوهش کیسی و همکاران (11) هم‌خوانی دارد. این یافته‌ها با ادبیات پژوهشی مبنی بر این‌که کودکان با حساب‌نارسایی همانند کودکان مبتلا به ADHD در کارکردهای اجرایی (17، 18، 30، 31، 49)، به‌ویژه در حیطه برنامه‌ریزی و مهارت سازمان‌دهی در فعالیت‌های نیازمند هماهنگی (51، 52) ضعف دارند، هماهنگ است. خطا در فاصله‌گذاری مناسب برای قراردادن شماره‌ها به‌طور معمول در بزرگسالان با آسیب‌های قطعه‌پیشانی دیده می‌شود (9) و ممکن است نشان‌گر رشدنیافتن قطعه‌پیشانی در کودکان باشد (1). خطا در جایگزینی درست عقربه‌ها نیز به‌طور معمول در بزرگسالان با آسیب‌های پیشانی دیده می‌شود (9).

آزمون ترسیم ساعت در جمعیت‌های بزرگسال مورد استفاده قرار گرفته و مشخص شده است که مقیاس کارآمدی برای بررسی مهارت‌های دیداری-فضایی و توانایی‌های حرکتی-نوشتاری، هم‌چنین کارکردهای هماهنگ‌سازی یا اجرایی است (53). این آزمون هم‌چنین نسبت به توانایی‌های تفکر کلامی (54)، درک زبانی و بازیابی دیداری-فضایی (55) حساس است. بدین ترتیب ممکن است یکپارچگی قطعه آهانه‌ای و پیشانی، نواحی میانی گیجگاهی و قطعه چپ گیجگاهی (9) را ارزیابی کند. پژوهشگران نشان داده‌اند این آزمون ابزار غربال‌گری سودمند و هم‌چنین ابزار تکمیلی ارزشمندی برای ارزیابی جامع عصب‌روان‌شناختی است (9، 59-56). با توجه به این‌که کودکان با حساب‌نارسایی در کارکردهای عصب‌شناختی اجرایی مانند سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و کارکرد ادراکی - حرکتی مشکل دارند، می‌توان نتیجه گرفت که آزمون ترسیم ساعت نیز با توجه به ماهیت و ساختار خود، نسبت به این‌گونه کارکردها حساس است (9، 57).

با توجه به تحلیل‌های کمی و کیفی انجام شده و تفاوت میان الگوی ترسیم ساعت کودکان با و بدون حساب‌نارسایی و ویژگی‌های مناسب CDT، از جمله کوتاهی زمان اجرا،

- clinical factors in the stroke population. *Aust Occup Ther J.* 2011; 57:183-9.
4. Brodaty H, Moore M. The clock drawing test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997; 12:619-27.
  5. O'Rourke N, Tuokko H, Hayden S, Beattie BL. Early identification of detention: Predictive validity of the clock test. *Arch Clin Neuropsychol.* 1997; 12:257-67.
  6. Rouleau I, Salmon DP, Butters N. Longitudinal analysis of clock drawing in Alzheimer's disease patients. *Brain Cogn.* 1996; 31:17-34.
  7. Libon DJ, Malamut BL, Swenson R, Sands LP, Cloud BS. Further analyses of clock drawings among demented and no demented older subjects. *Arch Clin Neuropsychol.* 1996; 11, 193-205.
  8. Pinto E, Peters R. Literature review of the clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dementia Greater Cogn Disord.* 2009; 27:201-13.
  9. Freedman M, Leach L, Kaplan E, Wincor G, Shulman KI, Delis DC. *Clock drawing: A neuropsychological analysis.* New York: Oxford University Press; 1994.
  10. Royall DR. Executive cognitive impairment: A novel perspective on dementia. *Neuroepidemiol.* 2000; 19: 293-9.
  11. Kibby MY, Cohen MJ, Hynd GW. Clock face drawing in children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Arch Clin Neuropsychol.* 2002; 17,531-46.
  12. Becker MG, Isaac W, Hynd GW. Neuropsychological development of nonverbal behaviors attributed to frontal lobe functioning. *Dev Neuropsychol.* 1987; 3:275-98.
  13. Passler MA, Isaac W, Hind GW. Neuropsychological development of behavior attributed to frontal lobe functioning in children. *Dev Neuropsychol.* 1985; 1: 349-70.
  14. Welsh MC, Pennington BF, Groisser DB. A normative-developmental study of executive function: A window of prefrontal function in children. *Dev Neuropsychol.* 1991; 7:131-49.
  15. Ganji K, Delavar A, Zabihi R. Preliminary study of developmental progression of clock face drawing in

توجه به این که مهارت ترسیم ساعت به احتمال زیاد تا حدود 12-13 سالگی به پیشرفت خود ادامه می دهد و از سوی دیگر حساب نارسایی در مقاطع بالاتر تحصیلی نیز دیده می شود، گسترش دامنه پژوهش به سنین و مقاطع تحصیلی بالاتر نیز سودمند خواهد بود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از کودکان عزیز، پدر/ مادر و معلمان آنها، که در انجام پژوهش حاضر، صمیمانه همکاری کردند، هم چنین از همکار ارجمندمان خانم رؤیا فرج الهی که در انجام آزمون ها تلاش ارزشمندی کردند، صمیمانه قدردانی می شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. Cohen MJ, Riccio CA, Kibby MY, Edmonds JE. Developmental progression of clock face drawing in children. *Child Neuropsychol.* 2000; 6, 64-76.
2. De Pandis MF, Galli M, Vimercati S, Cimolin V, De Angelis MV, Albertini G. A new approach for the quantitative evaluation of the clock drawing test: Preliminary results on subjects with Parkinson's disease. *Neurol Res Int.* 2010; 28:1-7.
3. Cooke DM, Gustafsson L, Tardiani DL. Clock drawing from the occupational therapy adult perceptual screening test: Its correlation with demographic and children. *J Iran Psychologists.* 2011; 7(27):231-43. [Persian]
16. Ganji K, Asgari M, Torkashvand S. A study of developmental progression of clock face drawing and conceptualization of time in children. *Adv Cogn Sci.* 2011; 13(3):41-54. [Persian]
17. Castellanos EX. Toward a path physiology of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Clin Pediatr.* 1997; 36:381-93.
18. Barkley RA. Attention deficit/ hyperactivity disorder: A clinical handbook. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2006.

19. Brock SE, Jimerson SR, Hansen RL. Identifying, assessing, and treating ADHD at school. New York: Springer; 2009.
20. Ganji K, Zabihi R. Clock drawing pattern in children with and without attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) in Iran. Oral presentation at the ICBEPS 2010: International conference on behavioral, cognitive and psychological science, Paris, France.
21. Ganji K, Delavar A, Ahadi H. The clock drawing test in children with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Iran J Except Child*. 2010; 10(4):321-34. [Persian]
22. Hallahan DP, Kauffman TM. Exceptional Learners: Introduction to special education. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Allyn and Baco; 2003.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
24. Behrad B. Meta-analysis of the prevalence of learning disabilities in elementary students of Iran. *Res Except Child*. 2006; 18(4):417-36. [Persian]
25. Gersten R, Jordan N, Flojo JR. Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. *J Learn Disabil*. 2005; 38(4):293-304.
26. Dowker A. Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. *J Learn Disabil*. 2005; 38(4):324-32.
27. Fuches LS, Fuches D. Mathematical problem-solving profiles of students with mathematics disabilities with and without comorbidity reading disabilities. *J Learn Disabil*. 2005; 35(6):563-74.
28. De Visscher A, Noel M-P. A case study of arithmetic facts dyscalculia caused by a hypersensitivity-to-interference in memory. *Cortex*. 2012; 33(4):1-21.
29. Ramezani M. Study of prevalence rate of dyscalculia in fourth and fifth grade students of Tehran. Tehran: Research Institute Exceptional Children; 2001. [Persian]
30. Kirk SA, Gallagher JJ, Anastasiow NJ, Coleman MR. *Educating Exceptional Children*. Boston: Houghton Mifflin; 2006.
31. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Re*. 2006; 26:466-85.
32. Wang Li C, Tasi H, Yang HM. Cognitive inhibition in students with and without dyslexia and dyscalculia. *Res Dev Disabil*. 2012; 33:1453-61
33. Geary DC. Mathematics and learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2004; 37(1): 4-15.
34. Dawson P, Guare R. *Executive skills in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2004.
35. Daimond A. Preschool children's performance in cognitive functions. *J Dev Neuropsychol*. 2000; 28: 689-729.
36. Blair C, Zelazo D, Greenberg M. The measurement of executive functions in early childhood. *J Dev Neuropsychol*. 2005; 28:561-71.
37. Brocki KC, Eninger L, Thorell LB, Bohlin G. Interrelations between executive function and symptoms of hyperactivity/impulsivity and inattention in preschoolers: A two year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol*. 2010; 38(2):163-71.
38. Eden GF, Wood F, Stein JF. Clock drawing in developmental dyslexia. *J Learn Disabil*. 2003; 36(3):216-28.
39. Ganji K, Zabihi R, Khodabakhsh R. A preliminary study of the clock drawing pattern in children with and without dyslexia. *J Learn Disabil*. 2012; 1(2):116-39. [Persian]
40. Hooman HA, Ganji K, Farajolahi R. The study of possibility, reliability, validity and norm finding of clock drawing test (CDT) in elementary school children of Tehran city. *Educ Meas*. 2011; 2(2):137-61. [Persian]
41. Seif-Naraghi M, Naderi E. *Special learning disabilities*. Tehran: Arasbaran Pub; 2010. [Persian]
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4<sup>th</sup>ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
43. Gadow KD, Sprafkin J. *Child symptom inventories manual*. Stony Brook. New York: Checkmate Plus Ltd; 1994.
44. Mohammad Esmael E. The study of validity, reliability and cut-off points of disorders of CSI-4 on 6-14 ages of

- elementary and guidance students of Tehran city. Tehran: Research Institute Exceptional Children (RIEC); 2005. [Persian]
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup>ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
46. Rahimzadeh S, Pooretamad, HR, Samei-ei Karani S, Zadeh Mohammadi A. Assessing the mental health of parents with ADHD children and suggesting the methods of intervention. *J Iran Psychologists*. 2008; 4(16):355-65. [Persian]
47. Ghasabi S, Tajrishi M, Mir Zamani SM. The effect of self-instruction training on decreasing of impulsivity symptoms of ADHD children. *J Iran Psychologists*. 2009; 5(19): 209-20. [Persian]
48. Wechsler P. Manual for the Wechsler intelligence scale for children-revised. New York: Psychological Corporation; 1974.
49. Shahim S. Wechsler intelligence scale for children (WISC-R), adjustment and norm finding. 3<sup>rd</sup> ed. Shira: Shiraz University Pub; 1995. [Persian]
50. Mohammad Esmael E. Adjustment and norm finding of mathematics achievement test, Iran Kay Mat. Tehran: Research Institute Exceptional Children (RIEC); 2000. [Persian]
51. Denckla MB. Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention deficit/ hyperactivity disorder? *J Dev Behav Pediatr*. 1996; 17:114-9.
52. Carte ET, Nigg JT, Hinshaw SP. Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 1996; 24:481- 9.
53. Nigg JT, Hinshaw SP, Carte ET, Treuting JJ. Neuropsychological correlates of childhood attention deficit/ hyperactivity disorder: Explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? *J Abnorm Psychol*. 1998; 107:468-80.
54. Purvis KL, Tannock R. Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities and normal controls. *J Abnorm Child Psychol*. 1997; 25:133-44.
55. Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: An executive clock drawing task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998; 64:588-94.
56. Ishiai S, Sugishita M, Ichikawa T, Gono S, Watabiki S. Clock drawing test and unilateral spatial neglect. *Neurol*. 1996; 43:106-10.
57. Delis DC, Kaplan E. The neuropsychology of 10 after 11. Paper presented at the annual meeting of the international neuropsychological society. Mexico City, Mexico: 1983.
58. Shulman KI, Feinstein A. Quick cognitive screening for clinicians. London: Martin Dunitz; 2004.
59. Shulman KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15:548-61.

Original Article

Preliminary Study of the Clock Drawing Pattern  
in Children with and without Dyscalculia

**Abstract**

**Objectives:** The present research was aimed to determine the clock drawing pattern in children with and without dyscalculia, and to assess Clock Drawing Test (CDT) as a screening measure in Iranian children population. **Method:** In current ex post facto study, 45 children with dyscalculia aged 9.5-11.7 years and 45 normal controls matched for age, gender, handedness, grades and IQ were selected through accessible sampling method. Participants were selected after completing the teacher's and parent's form of Children Symptom Inventory (CSI), Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-R), Iran Keymath Mathematic Test (IKMT) and semi-structure interview according to American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). Hereafter, CDT was administered. Conceptualization of time and construction of the clock face drawing were assessed separately using Cohen and colleagues scoring system. Data were analyzed using multivariate analysis of variance. **Results:** The performance of children with dyscalculia was poorer than the normal children. The qualitative analysis of performance revealed errors that were subsequent to poor planning during execution of coordinative tasks. **Conclusion:** According to quantitative and qualitative analyses and the difference between clock drawing pattern in children with and without dyscalculia, the clock drawing test is a suitable screening measure, and a useful addition to comprehensive neuropsychological evaluation in Iranian children with dyscalculia.

**Key words:** clock drawing test; dyscalculia; neuropsychological assessment; executive functions

[Received: 5 June 2012; Accepted: 9 December 2012]

Kanran Ganji \*, Rozita Zabihi <sup>a</sup>,  
Roshanak Khodabakhsh <sup>b</sup>

\* Corresponding author: Malayer Branch,  
Islamic Azad University (IAU), Malayer, Iran,  
IR.

Fax: +98851-2231017

E-mail: ganji@iau-malayer.ac.ir

<sup>a</sup> Islamshahr Branch Islamic Azad University  
(IAU), Islamshahr, Iran; <sup>b</sup> Alzahra University,  
Tehran, Iran.

222  
222