

شیوع ناتوانیهای خاص خواندن و نوشتن در دانش آموزان دوره ابتدایی

Prevalence of Reading and Writing Disabilities among Primary School Students

علی حسینی
مربی جهاد دانشگاهی
واحد تربیت معلم

احمد آقاجانی
کارشناس ارشد روان شناسی

Ahmad Aghajani
MA in Psychology

Ali Hosseinaee
Jahad Daneshgahi
Tarbiat Moalem Branch

اعظم نوفرستی
مربی جهاد دانشگاهی
واحد تربیت معلم

Azam Nofresti
Jahad Daneshgahi
Tarbiat Moalem Branch

چکیده

به منظور تعیین میزان شیوع ناتوانیهای خاص خواندن و نوشتن در دانش آموزان مقطع ابتدایی، ۳۲۸۲ نفر از دانش آموزان پایه های سوم، چهارم و پنجم مناطق هفت گانه آموزشی استان قم براساس روش نمونه برداری طبقه ای انتخاب شدند. در وهله اول، معلمان فهرست نشانه های ناتوانیهای یادگیری (فوست و لو، ۱۹۹۵) را برای هر دانش آموز تکمیل کردند. سپس، کسانی که بیش از سه نشانه ناتوانی خاص یادگیری را داشتند به آزمونهای خواندن و نوشتن محقق ساخته پاسخ دادند. ماتریسهای پیشرونده ریون (ریون، ۱۹۵۶) در مورد دانش آموزانی که نمره پایین تر از نمره ملاک گرفتند، اجرا شد. در نهایت، ۳۱۳۰ دانش آموز که نمره های آنها در آزمونهای خواندن و نوشتن پایین تر از نمره ملاک بود و فاقد نقایص هوشی، بینایی، شنوایی و حرکتی بودند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. یافته ها نشان دادند که (۱) میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن در استان قم، ۱/۵۵ درصد و ناتوانی خاص نوشتن، ۱/۳۴ درصد است، (۲) بین دختران و پسران تفاوت معنادار وجود ندارد، (۳) سه پایه تحصیلی از نظر میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن تفاوت معنادار دارند و (۴) بین مناطق هفت گانه استان قم در میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن و نوشتن تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر که نمایانگر تعداد قابل توجه دانش آموزان مبتلا به ناتوانیهای خاص است، نیاز به اقدام پیشگیرانه و درمانی در این زمینه آشکار می شود.

واژه های کلیدی: ناتوانی یادگیری، ناتوانی خواندن، ناتوانی نوشتن، دانش آموزان ابتدایی

Abstract

In order to determine the prevalence of reading and writing disabilities among primary school students, 3282 students in third-, fourth-, and fifth- grade were selected from seven educational districts of Qom State by stratified sampling. First, teachers completed the Learning Disabilities Symptoms Checklist (Fawcett, & Lowe, 1995). Then those who met more than three symptoms, completed a researcher-devised Reading and Writing Test. The students who obtained scores lower than the criterion score administered the Raven Progressive Matrices (Raven, 1956). Finally, 3120 students without mental, visual, auditory, and motor deficiencies consisted the research sample. The findings indicated that (1) the prevalence of reading and writing disabilities were 1.55% and 1.34% respectively, (2) no significant difference was found between the males and the females, (3) the prevalence of reading disability was significantly different among third-, fourth-, and fifth- grade, and (4) the prevalence of reading and writing disabilities were significantly different among seven districts of Qom. Given the research findings, there are considerable number of students with reading and writing disabilities, which suggest that preventive and remedial actions are needed.

Key words: learning disability, reading disability, writing disability, primary school students

received: 23 Feb 2010

accepted: 8 March 2011

دریافت: ۸۸/۱۲/۴

پدیداری: ۸۹/۳/۸ SID.ir

مقدمه

ناتوانیهای خاص یادگیری^۱ از دهه ۱۹۶۰ به عنوان جدیدترین حوزه فرعی در قلمرو کودکان استثنائی محسوب شده است (احدی و کاکاوند، ۱۳۸۲). بر طبق نسخه بازنگری شده چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالهای روانی^۲، ناتوانیهای خاص یادگیری زمانی مطرح می‌شوند که عملکرد تحصیلی دانش‌آموز از میزان مورد انتظار و نسبت به همسالان وی کمتر باشد. این ناتوانیها شامل ناتوانی خاص خواندن، نوشتن و ریاضی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰ نقل از سادوک^۳ و سادوک^۴، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

ناتوانی خاص خواندن یا اختلال خواندن^۵ حالتی است که در آن پیشرفت خواندن کودک با توجه به سن، آموزش و هوش او پایین‌تر از حد مورد انتظار است. این ناتوانی به میزان زیادی از موفقیت تحصیلی یا فعالیت روزانه کودک که مستلزم خواندن است، جلوگیری می‌کند. در صورت وجود یک اختلال عصبی یا حسی، میزان ناتوانی خواندن بیش از آن حدی است که معمولاً در آن ناتوانی دیده می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن، بنا به تعریف ناتوانی، ابزار اندازه‌گیری و ناحیه جغرافیایی متفاوت است (داکرل^۶ و مک‌شین^۷، ۱۳۷۶/۱۹۹۳). بررسیها ناتوانیهای خواندن را اغلب در سه سطح قرار داده‌اند: میزان شیوع بالاترین سطح، بیش از ۲۰ درصد است و مشکل خواندن یکی از جنبه‌های آن محسوب می‌شود. گروه میانی، بسته به نوع ملاک، ۵ تا ۱۵ درصد و در نهایت، گروه سوم که مشکلات حاد و اختصاصی خواندن را در بر می‌گیرد، ۲ تا ۵ درصد شیوع دارند (تانسلی^۸ و پانک هرست^۹، ۱۹۸۱ نقل از داکرل و مک‌شین، ۱۳۷۶/۱۹۹۳).

در یک بررسی طولی، شایویتز، شایویتز، فلچر و اسکوبار (۱۹۹۰) گزارش کرده‌اند که ۸/۲ درصد دانش‌آموزان پایه دوم و ۷ درصد دانش‌آموزان پایه سوم، از سوی مدرسه دارای ناتوانی خواندن تشخیص داده شده‌اند.

در مطالعه دیگری ون‌بون، بومنز و برودرز (۲۰۰۶) در مورد کودکان هلندی به این نتیجه دست یافتند که ۹ درصد دانش‌آموزان ابتدایی عادی و کمتر از ۷۳ درصد دانش‌آموزان ابتدایی دارای آموزش ویژه، در خواندن ضعیف‌اند. ریگوسا و دیگران (۲۰۰۸) میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن را در دانش‌آموزان کلاس دوم تا نهم هاوانا، ۱۴/۸ درصد و در کودکان شهری و روستایی آمریکا، ۶/۳۵ درصد برآورد کرده‌اند. این پژوهشگران گزارش کرده‌اند که پسران بیش از دختران این ناتوانی را دارند. لاگه (۲۰۰۸) معتقد است که در حدود ۵ درصد کودکان سنین مدرسه دارای مشکلات یادگیری‌اند و عواملی مانند سن، سلامت جسمانی، تاریخچه خانوادگی و بهره هوشی در این امر مشارکت دارند. ایوانز (۲۰۱۰) شیوع اختلالهای یادگیری را در کودکان سنین مدرسه حدود ۷ درصد و نسبت دختران به پسران را ۱ به ۱/۱ تخمین زده است. مجموعه تشخیصی و آماری اختلالهای روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا نیز میزان شیوع ناتوانی خواندن را حدود ۴ درصد برآورد کرده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

در پژوهشهای ایرانی نیز در قلمرو برآورد میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن هماهنگی چندانی مشاهده نمی‌شود. این پژوهشها میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن در دانش‌آموزان ابتدایی را ۲/۳ درصد تا ۱۲/۱ درصد برآورد کرده‌اند (آزاد، ۱۳۵۲؛ دانه‌کار، ۱۳۷۶؛ محمدی، ۱۳۸۲). در پژوهش محمدی (۱۳۸۲) فراوانی ناتوانی خواندن و اختلال زبان نوشتاری^{۱۰} بین دختران و پسران تفاوت معنادار داشت. در ناتوانی خاص زبان نوشتاری، مهارتهای نگارشی با توجه به سن، ظرفیت هوشی و آموزشی پایین‌تر از حد مورد انتظار است. این ناتوانی با عملکرد تحصیلی فرد و امور روزمره وی که مستلزم نوشتن است، تداخل می‌کند. به علاوه، در چهارمین نسخه مجموعه تشخیصی و آماری اختلالهای روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، افزون بر موارد فوق اگر یک نقص حسی وجود داشته باشد باید

1. specific learning disabilities
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV- Revised)
3. Sadock, B. J.
4. Sadock, V. A.

5. reading disorder
6. Dockrell, J.
7. McShane, J.
8. Tansley, P.
9. Pankhurst, J.

10. Writing Language Disorder

دادستان، ۱۳۷۹) بر این باورند که نارسایی نوشتاری در پسران بیش از دختران است، اما اگر ضابطه بهره هوشی در نظر گرفته شود، تفاوتی بین دو جنس مشاهده نمی‌شود. پژوهش برنینگر، نیلسن، ابوت، ویجسمن و رسکیند (۲۰۰۷) در مورد تفاوت‌های جنسی در ناتوانی نوشتن نشان داد که جنس مذکر نسبت به جنس مؤنث در مهارت‌های املا صحت مشکل بیشتری دارند که این ممکن است ناشی از مهارت‌های حرکتی - و نه تفاوت‌های جنسی - باشد.

اگرچه مطالعه‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که میزان ناتوانی خواندن در پسران و دخترها مشابه است، اما به دلیل شیوع بیشتر بعضی از مشکلات رفتاری مثل پرخاشگری در پسران دارای اختلال یادگیری، پسران ۳ تا ۴ برابر دختران دارای اختلال یادگیری به مراکز بالینی ارجاع داده می‌شوند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳). اسمیت^۵ (۱۹۹۱ نقل از فلاح‌چای، ۱۳۷۷) با اشاره به مطالعه شمارش سراسری دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری در سال ۱۹۷۰ بیان می‌دارد که میزان شیوع ناتوانی‌های یادگیری در مدارس که از نظر اقتصادی - اجتماعی در سطح پایین‌تری قرار دارند، بیشتر است. در همین جهت، دادستان (۱۳۷۹) عقیده دارد که برطبق دیدگاه فرهنگی - اجتماعی، نارساخوانی سرپوشی بر یک سازش‌نیافتگی فرهنگی است چرا که کودکان طبقات اجتماعی نامرغه هنگام ورود به مدرسه ابتدایی به یک طراز تحول زبان شناختی در حدّ کودکانی که به طبقات اجتماعی - اقتصادی بالاتر تعلق دارند دست نیافته‌اند؛ محیط فرهنگی - اجتماعی که طبقه اجتماعی و شرایط آموزش خواندن را دربرمی‌گیرد بر این ناتوانیها مؤثرند.

با توجه به آنچه پیشتر بیان شد مشخص می‌شود که اگرچه پژوهش‌های متعددی در مورد میزان شیوع ناتوانی‌های خاص خواندن و نوشتن انجام شده‌اند، میزان شیوع این ناتوانیها و تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر میزان شیوع آنها متفاوت بوده‌اند. افزون بر این، با توجه به زمینه‌های فرهنگی مختلف نمی‌توان نتایج پژوهش‌های پیشین را به تمام جوامع تعمیم داد. همچنین، با توجه به اهمیت

مشکلات موجود در مهارت‌های نگارشی فراتر از حدّی باشد که معمولاً با آن نقص همراه است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

در مورد شیوع ناتوانی نوشتن نیز مانند ناتوانی خواندن اختلاف‌نظر وجود دارد؛ برای مثال، به عقیده باسو، تابرلی و ویگنولو (۱۹۷۸) ناتوانی نوشتن به تنهایی بسیار نادر است و شیوع آن یک در ۲۵۰ آزمودنی است، اما برآوردهای جدیدتر مثل ماش^۱ و بارکلی^۲ (۱۹۹۶) نقل از دادستان، ۱۳۷۹) حاکی از آنند که با در نظر گرفتن اختلال‌های تحولی زبان در کل جامعه (۸ تا ۱۵ درصد) و فراوانی معنادار این اختلالها در زمینه مهارت‌های پایدار خواندن (۱۵ تا ۲۰ درصد) می‌توان پیش‌بینی کرد که ناتوانی‌های زبان نوشتاری دست کم در ۱۰ درصد جامعه دانش‌آموزان وجود داشته باشد. هوپر و مونتگومری (۱۹۹۳) با در نظر گرفتن پژوهش‌های مختلف میزان شیوع ناتوانی خاص نوشتن را از ۰/۴ درصد تا ۶ درصد ذکر کرده‌اند.

بررسی‌های انجام شده در ایران نیز میزان شیوع ناتوانی نوشتن را متفاوت ذکر کرده‌اند. این میزان، بین ۱/۰۵ درصد تا ۱۰ درصد بوده است (بذرافشان، ۱۳۷۷؛ بشردوست، اسدالهی و صهباء، ۱۳۷۶؛ راستخانه، ۱۳۷۴؛ محمدی، ۱۳۸۲). مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا با توجه به تشابه این ناتوانی با ناتوانی خواندن میزان شیوع آن را برای کودکان سنین مدرسه ۴ درصد برآورد کرده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد تفاوت‌های جنسی در این قلمرو نیز متناقض است. برخی از پژوهشگران معتقدند که فراوانی این ناتوانیها در پسران بیش از دختران است (راتر و دیگران، ۲۰۰۴؛ فلانری، لیدرمن، دالی و شولتز، ۲۰۰۰؛ فینوچی و چایلد، ۱۹۸۱؛ فلاح‌چای، ۱۳۷۷) و برخی دیگر، میزان شیوع آن را در دو جنس یکسان می‌دانند (فلین و رهبر، ۱۹۹۴؛ محمدی، ۱۳۸۲؛ بذرافشان، ۱۳۷۷). برنینگر^۳ و فولر^۴ (۱۹۹۲) نقل از

1. Mash, E. J.
2. Barkley, R. A.

3. Berninger, V. W.
4. Fuller, F.

5. Smith, C. R.

خواندن و نوشتن (مرویان حسینی، ۱۳۷۵ برگرفته از فاوست^۳ و لوه^۴، ۱۹۹۵) را برای هر دانش‌آموز تکمیل کرد. دانش‌آموزانی که دارای حداقل ۳ نشانه از نشانگان موجود در فهرست بودند به عنوان افراد مشکوک به ناتوانی یادگیری در نظر گرفته شدند. سپس آزمونهای محقق ساخته خواندن و نوشتن در مورد دانش‌آموزان اجرا شد. همچنین، به منظور بررسی توانایی هوشی دانش‌آموزان که برای تشخیص اختلال یادگیری ضروری است، آزمون هوشی ریون نیز در مورد دانش‌آموزان اجرا گردید. دانش‌آموزانی که براساس پرونده بهداشتی دارای مشکلاتی چون ناشنوایی (یا کم شنوایی)، نابینایی (یا کم بینایی) و مشکلات حرکتی بودند، از پژوهش حذف شدند. پرونده بهداشتی شامل اطلاعات سلامت جسمانی است. در این پرونده، مشکلات و بیماریهای خاص دانش‌آموزان و برخی از درمانها از جمله واکسینا و ... یادداشت می‌شود. در نهایت، ۳۱۳۰ دانش‌آموز که نمره‌های آنها در آزمونهای خواندن و نوشتن پایین‌تر از نمره ملاک بود و فاقد نقایص هوشی، بینایی، شنوایی و حرکتی بودند، دانش‌آموزان دارای ناتوانی خاص خواندن و نوشتن به شمار آمدند.

متوسط سن در پایه سوم، ۹ سال، در پایه چهارم، ۱۰ سال و در پایه پنجم، ۱۱ سال بود. مناطق ۱، ۲، ۳ و ۴

همه‌گیری‌شناسی در فهم علتها، درمان و پیشگیری، تعیین میزان شیوع این اختلالها به برنامه‌ریزی کلی در زمینه بهداشت روانی در سطوح ملی و محلی کمک می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع ناتوانیهای خاص خواندن و نوشتن در دانش‌آموزان ابتدایی استان قم می‌پردازد تا ضمن تعیین میزان شیوع این ناتوانیها و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آنها به امر تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی در مورد پیشگیری و درمان آنها کمک کند.

روش

این پژوهش در قالب یک طرح زمینه‌یابی (پیمایشی) اجرا شد. از جامعه دانش‌آموزان پایه‌های سوم، چهارم و پنجم ابتدایی استان قم^۱ که بالغ بر ۵۳۲۵۵ نفر بودند، یک گروه نمونه به حجم ۳۲۸۲ نفر (۶/۲ درصد جامعه) به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند (جدول ۱). بدین ترتیب که ابتدا نسبت دانش‌آموزان هر یک از مناطق هفت‌گانه استان قم، به تفکیک جنس، منطقه و پایه تحصیلی، به کل دانش‌آموزان مشخص شد. سپس از هر منطقه، به طور تصادفی (براساس سهم هر منطقه) چند مدرسه و از هر مدرسه چند کلاس انتخاب شدند. در ادامه، در هر کلاس، معلم فهرست ناتوانی یادگیری^۲

جدول ۱.

فراوانی افراد نمونه برحسب جنس، منطقه و پایه تحصیلی

مناطق	دختر						پسر					
	پایه سوم		پایه چهارم		پایه پنجم		پایه سوم		پایه چهارم		پایه پنجم	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
ناحیه ۱	۵/۶۸	۹۵	۵/۹۰	۹۳	۵/۹۲	۹۲	۵/۹۲	۹۲	۵/۹۲	۹۲	۵/۹۲	۹۲
ناحیه ۲	۵/۸۴	۱۴۷	۵/۹۰	۱۵۵	۵/۹۲	۱۶۷	۵/۸۸	۱۵۴	۵/۹۱	۱۶۸	۵/۸۶	۱۷۹
ناحیه ۳	۵/۸۹	۱۲۷	۵/۸۵	۱۳۲	۵/۸۲	۱۳۲	۵/۹۲	۱۳۳	۵/۸۹	۱۴۴	۵/۸۶	۱۴۴
ناحیه ۴	۵/۸۸	۱۰۶	۵/۸۵	۱۰۵	۵/۸۹	۱۰۴	۵/۸۷	۱۱۰	۵/۸۶	۱۱۴	۵/۸۵	۱۱۲
خلجستان	۲۶/۶۷	۱۲	۲۷/۰۹	۱۳	۲۱/۳۱	۱۳	۲۸/۲۶	۱۳	۲۶/۴۲	۱۴	۲۲/۷۳	۱۵
کهک	۱۱/۶۳	۱۵	۱۱/۴۵	۱۵	۱۳/۲۸	۱۷	۱۱/۱۹	۱۵	۱۱/۳۵	۱۶	۱۰/۸۷	۱۵
جعفرآباد	۱۰/۵۳	۱۴	۱۱/۵۹	۱۶	۱۰/۳۷	۱۷	۱۱/۵۱	۱۶	۱۱/۳۳	۱۷	۱۰/۱۱	۱۸

۱. دلیل حذف پایه‌های اول و دوم این بود که نمی‌توان یک کودک را قبل از ۷ تا ۸ سالگی نارساخوان دانست، زیرا اشتباههایی که در نارساخوانی دیده می‌شود تا قبل از پایان سال دوم ابتدایی، فراوان و پیش پا افتاده‌اند (دادستان، ۱۳۷۹). افزون بر این، در دو یا سه سال اول دبستان کودک مبتلا به ناتوانی خاص یادگیری با اتکا به حافظه طولی‌وار ممکن است در حال پیشرفت به نظر برسد، ولی در سطوح پیشرفته‌تر که مستلزم تمیز و دستکاری روابط فضایی و عددی است، وجود ناتوانی روشن می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳).

۲. Learning Disability Symptoms Checklist

۳. Fawcett, A.

۴. Lowe, C. H.

این آزمون براساس میزان کلمه‌های صحیح نوشته شده بود.

۱۰ نفر متخصص و آشنا با کتاب فارسی مقطع ابتدایی، روایی محتوای این آزمونها را تأیید کردند. سپس، در مورد ۱۰۰ دانش‌آموز ابتدایی، اعتبار آنها به روش دو نیمه‌سازی بررسی شد (جدول ۲).

نمره ملاک براساس تعریف عملیاتی برای ناتوانی خواندن، غلط خواندن بیشتر از ۱۰ درصد متن و فهم کمتر از ۵۰ درصد متن و برای آزمون نوشتن، غلط نوشتن بیش از ۲۵ درصد لغات متن بود. کرک^۱ و چالفنت^۲ (۱۹۸۴) نقل از فلاح‌چای، (۱۳۷۷) این ملاک را تعیین کرده‌اند و بسیاری از مؤلفان (برای مثال، هامیل^۳، ۱۹۷۵، لرنر^۴، ۱۹۹۳ نقل از فلاح‌چای، (۱۳۷۷) آن را به کار برده‌اند. در آزمون خواندن، برای سنجش فهم آزمودنی پنج سؤال در ارتباط با متن از او پرسیده می‌شد. با توجه به اینکه تعداد نمره کلی، حاصل جمع نمره خواندن متن (تعداد لغات صحیح) با نمره فهم (نمره حاصل از پرسیدن سؤالها) بود. در واقع، فرد نمره کلی را وقتی می‌گیرد که تمام متن را صحیح بخواند و به همه سؤالها پاسخ درست دهد. دلیل تفاوت زیاد بین نمره کلی و نمره ملاک این است که در آزمون خواندن این نمره دربرگیرنده ۱۰ درصد خواندن

جدول ۲.

نمره‌های ملاک آزمونهای خواندن و نوشتن و ضریب اعتبار

پایه	نمره کل	نمره ملاک	M	SD	α
خواندن					
سوم	۸۰	۱۱	۶۹/۹۶	۹/۴۷	۰/۶۰
چهارم	۷۰	۱۰	۵۹/۶۲	۹/۵۷	۰/۶۶
پنجم	۷۶	۱۱	۶۹/۹۶	۴/۴۸	۰/۶۴
نوشتن					
سوم	۱۲۰	۳۰	۹۷/۸۲	۲۱/۶۱	۰/۹۶
چهارم	۱۳۰	۳۲	۱۱۳/۱۱	۱۷/۲۴	۰/۷۹
پنجم	۱۳۲	۳۰	۱۱۸/۲۳	۱۳/۰۶	۰/۸۶

* دلیل این امر آن است که کلمه‌های با فراوانی زیاد ممکن است به دلیل تکرار زیاد، طوطی‌وار یاد گرفته شده باشند و کلمه‌های با فراوانی کم ممکن است به دلیل

استان قم مناطق شهری و مناطق خلجستان، کهک و جعفرآباد، مناطق روستائی این پژوهش بودند. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

• فهرست نشانگان ناتوانی خاص خواندن و نوشتن

(مرویان حسینی، ۱۳۷۵ برگرفته از فاوست و لوه، ۱۹۹۵): این فهرست با بهره‌گیری از نشانگان پیشنهادی انجمن بین‌المللی نارساخوانی و مجموعه تشخیصی و آماری اختلالهای روانی ساخته شده و آن را مرویان حسینی (۱۳۷۵) ترجمه کرده است. روایی این فهرست از سوی سازندگان آن تأیید شده است و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است. بنابر نظر رید (۱۹۹۸) این فهرست نشانگان، ارزش تشخیصی قطعی ندارد و یک غربالگری اولیه برای ارزیابی دقیقتر است. در پژوهشهای قبلی نیز از این فهرست نشانگان استفاده شده است (بذرافشان، ۱۳۷۷؛ مرویان حسینی، ۱۳۷۵؛ یعقوبی، ۱۳۸۳) ولی چون در این پژوهشها برای غربالگری اولیه به کار برده شده است در هیچ یک، روایی و اعتبار فهرست گزارش نشده است. معلم این فهرست را در مورد دانش‌آموزان مشکوک به ناتوانی خاص یادگیری تکمیل می‌کند. چنانچه دانش‌آموزی ۳ مورد یا بیشتر از این نشانه‌ها را داشته باشد، برای ارزیابی دقیق‌تر انتخاب می‌شود.

• آزمونهای خواندن و نوشتن: محقق این آزمونها را

براساس کتابهای فارسی پایه‌های سوم، چهارم و پنجم ابتدایی ساخت. برای تهیه آزمونها ابتدا کلمه‌ها براساس فراوانی مرتب شدند و کلمه‌های با فراوانی زیاد (بیش از ۱۰ بار تکرار) و کلمه‌های با فراوانی بسیار کم (کمتر از ۳ بار تکرار) حذف و کلمه‌های با فراوانی متوسط (حدود ۶۰ تا ۱۲۰ کلمه) در یک متن گنجانده شدند*. در آزمون خواندن، پس از آنکه دانش‌آموز متن را به طور صحیح می‌خواند چند سؤال برای سنجش درک و فهم متن از وی پرسیده می‌شد. نمره‌گذاری آزمون خواندن براساس تعداد کلمه‌های صحیح و پاسخ درست به سؤالها صورت گرفت. در آزمون نوشتن از دانش‌آموز خواسته می‌شد تا متنی را که برای وی خوانده می‌شود، از حفظ بنویسد. نمره‌گذاری

استفاده اندک هنوز یاد نگرفته شده باشند، بدین ترتیب ارزش تشخیصی ندارند.

این آزمون در گروههایی از کودکان سنین بالا و بزرگسالان همسن ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همبستگی این آزمون با آزمونهای کلامی و عملی هوش نیز ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ است (ازخوش، ۱۳۷۹). نمره ملاک برای اجرای گروهی در کودکان ایرانی برای پایه سوم (۹ ساله)، ۱۱، برای پایه چهارم (۱۰ ساله)، ۱۱ و پایه پنجم (۱۱ ساله)، ۱۴ است (کرمی، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

فراوانی و درصد افراد مشکوک به ناتوانی خاص خواندن و نوشتن براساس جنس، پایه و ناحیه در جدول ۳ آمده است.

لغات و ۲۵ درصد فهم و در آزمون نوشتن نیز کمتر از ۲۵ درصد لغات است. نمره کلی، نمره ملاک، میانگین، انحراف استاندارد و ضریب اعتبار برای آزمونهای خواندن و نوشتن در جدول ۲ آمده است.

• **ماتریسهای پیشرونده ریون:** ریون^۲ (۱۹۳۸) نقل از ازخوش، (۱۳۷۹) این آزمون را ساخته و در سال ۱۹۵۶ مورد تجدیدنظر قرار داده است. این آزمون شامل توالی اشکال یا نمودارهایی است که به شکلی خاص تنظیم شده‌اند. در هر یک از این اشکال و نمودارها قطعه‌ای از شکل حذف شده است. آزمودنی باید از بین قطعه‌های مشابه، قطعه مناسب با قطعه حذف شده را انتخاب کند تا شکل یا نمودار کامل شود (ازخوش، ۱۳۷۹). روایی

جدول ۳.

فراوانی و درصد افراد مشکوک به ناتوانی خاص خواندن و نوشتن برحسب جنس، منطقه و پایه تحصیلی

مناطق	پسر						دختر							
	پایه پنجم		پایه چهارم		پایه سوم		پایه پنجم		پایه چهارم		پایه سوم			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
خواندن	ناحیه ۱	۱۰/۵۳	۱۰	۴/۲۱	۴	۱۰/۳۱	۱۰	۴/۲۱	۴	۷/۲۲	۷	۴/۱۲	۴	
	ناحیه ۲	۶/۹۸	۱۲	۷/۴۵	۱۲	۷/۳۳	۱۱	۵/۸۱	۱۰	۴/۹۷	۸	۱۰/۶۷	۱۶	
	ناحیه ۳	۶/۹۲	۹	۷/۲۵	۱۰	۶/۹۲	۹	۴/۳۵	۶	۷/۲۵	۱۰	۶/۹۲	۹	
	ناحیه ۴	۲/۷۸	۳	۱/۸۳	۲	۳/۷	۴	۹/۲۶	۱۰	۱۴/۶۸	۱۶	۰/۹۳	۱	
	خلیجستان	۱۵/۳۸	۲	.	.	۸/۳۳	۱	.	.	.	.	.	.
	کهک	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۲	.	.	.	.	۱۳/۳۳	۲	۲۰	۳
	جعفرآباد	۱۷/۶۵	۳	۲۵	۴	۳۳/۳۳	۵	۱۷/۶۵	۳	۱۸/۷۵	۳	۱۳/۳۳	۲	
	کل	۷/۳۱	۴۱	۶/۱۹	۳۴	۷/۵۷	۴۰	۵/۸۹	۳۳	۸/۳۶	۴۶	۶/۶۲	۳۵	
	نوشتن	ناحیه ۱	۷/۳۷	۷	۹/۲۸	۹	۹/۲۸	۹	۷/۳۷	۷	۶/۱۹	۶	۴/۱۲	۴
		ناحیه ۲	۵/۸۱	۱۰	۱۱/۸۰	۱۹	۸/۶۷	۱۳	۶/۹۸	۱۲	۶/۸۳	۱۱	۱۱/۳۳	۱۷
ناحیه ۳		۴/۳۵	۶	۵/۸۰	۸	۶/۹۲	۹	۷/۹۷	۱۱	۴/۳۵	۶	۸/۴۶	۱۱	
ناحیه ۴		۵/۵۶	۶	۱/۸۳	۲	۴/۶۳	۵	۷/۴۱	۸	۱۸/۳۵	۲۰	۰/۹۳	۱	
خلیجستان		.	.	.	.	.	.	۱۵/۳۸	۲	.	.	.	.
کهک		۲۵	۴	۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۱	۶/۲۵	۱	۱۳/۳۳	۲	۲۶/۶۷	۴	
جعفرآباد		۱۷/۶۵	۳	۱۸/۷۵	۳	۲۶/۶۶	۴	۱۱/۷۶	۲	۱۲/۵	۲	۱۳/۳۳	۲	
کل		۶/۴۲	۳۶	۷/۴۴	۴۱	۷/۷۷	۴۱	۷/۶۶	۴۳	۸/۵۳	۴۷	۷/۳۹	۳۹	

جدول ۳ نشان می‌دهد که بیشترین درصد افراد مشکوک به ناتوانی یادگیری به ترتیب به مناطق جعفرآباد، کهک، ناحیه ۲، ناحیه ۳، ناحیه ۱، ناحیه ۴ و خلیجستان

اختصاص دارد. در بین پایه‌ها، بیشترین درصد افراد مشکوک به ترتیب در پایه‌های چهارم، سوم و پنجم قرار دارند. همچنین، درصد کل پسران مشکوک به ناتوانی

نفر (۱/۳۴٪) دارای ناتوانی خاص نوشتن بودند. در جدول ۵ نتایج آزمون χ^2 برای مقایسه گروههای مختلف دانش‌آموزان ارائه شده است.

جدول ۴.
فراوانی و درصد ناتوانی خاص خواندن و نوشتن در دانش‌آموزان ابتدایی استان قم

ناتوانی	n	N	%
خواندن	۵۱	۳۲۸۲	۱/۵۵
نوشتن	۴۴	۳۲۸۲	۱/۳۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهند که میزان شیوع

خواندن (۷/۰۱ درصد) بیش از دختران (۶/۹۵ درصد) و درصد کل دختران مشکوک به ناتوانی نوشتن (۷/۸۶ درصد) بیش از پسران (۷/۱۹ درصد) بود.

برای مشخص شدن میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن و نوشتن در دانش‌آموزان ابتدایی، فراوانی و درصد افراد دارای ناتوانی خاص خواندن و نوشتن براساس نتایج آزمونهای خواندن و نوشتن محاسبه شد (جدول ۴). برای محاسبه درصد تعداد افراد دارای ناتوانی، نسبت این افراد به کل افراد جامعه در نظر گرفته شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که از مجموع ۳۲۸۲ نفر بررسی شده ۵۱ نفر (۱/۵۵٪) دارای ناتوانی خاص خواندن و ۴۴

جدول ۵.
درصد ناتوانی خواندن و نوشتن در گروههای متفاوت دانش‌آموزان ابتدایی استان قم و آزمون χ^2 برای مقایسه آنها

متغیرها	خواندن				نوشتن			
	n	%	χ^2	P	n	%	χ^2	P
جنس								
دختر	۲۰	۱/۲۲	۱/۵۲	۰/۸	۲۳	۱/۴۰	۰/۳۰	۰/۹۰
پسر	۳۱	۱/۸۹			۲۱	۱/۲۸		
پایه								
سوم	۲۰	۱/۸۸	۶/۸۱	۰/۰۳	۱۹	۱/۷۹	۳/۸۶	۰/۲۰
چهارم	۲۲	۲/۲			۱۸	۱/۶۲		
پنجم	۹	۰/۸۴			۹	۰/۸۴		
منطقه								
ناحیه ۱	۸	۱/۵۵	۱۳/۰۳	۰/۰۳	۶	۱/۰۴	۱۴/۹۵	۰/۰۲
ناحیه ۲	۲۵	۲/۷۲			۲۰	۲/۰۶		
ناحیه ۳	۱۴	۱/۷۲			۱۱	۱/۳۵		
ناحیه ۴	۱	۰/۱۵			۳	۰/۴۷		
خلجستان	—	—			—	—		
کهنک	۱	۲/۱۵			۰	۰		
جعفرآباد	۲	۳/۰۳			۴	۴/۰۴		

ناتوانی خواندن به ترتیب مربوط به پایه‌های چهارم (۲/۲ درصد)، سوم (۱/۸۸ درصد) و پنجم (۰/۸۴ درصد) است و تفاوت آنها از لحاظ آماری معنادار است ($\chi^2=۶/۸۱$ ، $P=۰/۰۳$). در ناتوانی نوشتن، بیشترین میزان شیوع به ترتیب، به پایه‌های سوم (۱/۷۹ درصد)، چهارم (۱/۶۲ درصد) و پنجم (۰/۸۴ درصد) اختصاص دارد، اما تفاوت

ناتوانی خواندن در پسران (۱/۸۹ درصد) بیش از دختران (۱/۲۲ درصد) است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست ($\chi^2=۱/۵۲$ ، $P=۰/۰۸$). شیوع ناتوانی نوشتن در دختران (۱/۴۰ درصد) بیش از پسران (۱/۲۸ درصد) است، اما این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار نیست ($\chi^2=۰/۳۰$ ، $P=۰/۰۹$). در بین پایه‌ها، بیشترین میزان شیوع

شیوع ناتوانی خاص یادگیری نوشتن در این پژوهش با برخی از پژوهشهای انجام شده همخوان است (برای مثال، باسو و دیگران، ۱۹۷۸؛ هوپر و مونتگومری، ۱۹۹۳؛ بذرافشان، ۱۳۷۷) و با برخی دیگر همخوان نیست (برای مثال، ماش و بارکلی، ۱۹۹۶ نقل از دادستان، ۱۳۷۹؛ بشردوست و دیگران، ۱۳۷۶؛ راستخانه، ۱۳۷۴؛ محمدی، ۱۳۸۲).

این یافته‌ها را می‌توان به علل مختلف نسبت داد؛ برای مثال، برخی از این پژوهشها در سالهای نسبتاً دور انجام شده‌اند و شاید تغییر و تحولات نظام آموزشی منجر به کاهش این ناتوانیها شده است. علاوه بر این، ممکن است در بسیاری از موارد تشخیصها نادرست بوده‌اند؛ برای مثال، کودکان دارای نقص جسمانی یا هوشی به اشتباه واجد ناتوانی یادگیری تشخیص داده شده باشند. به علاوه، تأسیس مراکزی برای درمان این ناتوانیها، بهبود وضعیت بهداشتی نوزادان و کودکان در سالهای اخیر، پیشرفتهای پزشکی و غیره می‌توانند در کاهش ناتوانیها دخالت داشته باشند.

اگرچه در برخی از پژوهشها (برای مثال، شایوتیز و دیگران، ۱۹۹۰؛ برنینگر و دیگران، ۲۰۰۷؛ بذرافشان، ۱۳۷۷؛ سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳) میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن در دانش‌آموزان پسر بیش از دختران گزارش شده‌اند، برخی دیگر (برای مثال، فلین و رهبر، ۱۹۹۴؛ محمدی، ۱۳۸۲) به عدم تفاوت دو جنس در ناتوانی خاص خواندن اشاره کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز تفاوت بین دو جنس در ناتوانی خاص خواندن معنادار نیست. در تبیین این امر می‌توان گفت که شاید پسران بیش از دختران به دلیل ناتوانی خاص یادگیری ارجاع داده می‌شوند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵/۲۰۰۳) چرا که ناتوانی خاص یادگیری در پسران بیشتر با رفتارهای اغتشاش‌گر همراه است (دادستان، ۱۳۷۹).

در مورد ناتوانی خاص نوشتن نیز بعضی پژوهشها (برای مثال، هوپر و مونتگومری، ۱۹۹۳؛ برنینگر و دیگران، ۲۰۰۷) تفاوت بین پسران و دختران را گزارش کرده‌اند، اما در برخی دیگر (برای مثال، برنینگر و فولر، ۱۹۹۲ نقل از داکرل و مک‌شین، ۱۳۷۶/۱۹۹۳؛ فینوچی

آنها از لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/2$ ، $\chi^2=3/86$). در بین مناطق بیشترین میزان شیوع ناتوانی خواندن به ترتیب به مناطق جعفرآباد (۳/۰۳ درصد)، ناحیه ۲ (۲/۷۲ درصد)، کهک (۲/۱۵ درصد)، ناحیه ۳ (۱/۷۲ درصد)، ناحیه ۱ (۱/۵۵ درصد) و ناحیه ۴ (۰/۱۵ درصد) تعلق دارد و تفاوت آنها از لحاظ آماری معنادار است ($\chi^2=13/03$ ، $P=0/03$). در ناتوانی خاص نوشتن، بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به مناطق جعفرآباد (۴/۰۴ درصد)، ناحیه ۲ (۲/۰۶ درصد)، ناحیه ۳ (۱/۳۵ درصد)، ناحیه ۱ (۱/۰۴ درصد)، ناحیه ۴ (۰/۴۷ درصد) و کهک (۰) است و تفاوت آنها از لحاظ آماری معنادار است ($\chi^2=14/95$ ، $P=0/02$).

بحث

همان‌طور که پیشتر بیان شد میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن در دانش‌آموزان ابتدایی استان قم ۱/۵۵ درصد است. پژوهشهای مختلف این میزان را بین ۲ تا ۲۰ درصد ذکر کرده‌اند (تانسلی و پانک هرست، ۱۹۸۱ نقل از داکرل و مک‌شین، ۱۳۷۶/۱۹۹۳؛ شایوتیز و دیگران، ۱۹۹۰؛ ون‌بون و دیگران، ۲۰۰۶؛ ریگوسا و دیگران، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد عوامل مختلفی مانند معیار سنجش، منطقه جغرافیایی، تعریف ناتوانی و دقت سنجش بر میزان شیوع ناتوانی اثر می‌گذارند و باعث می‌شوند که برآورد میزان شیوع آن متفاوت باشد. در ایران نیز میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن برای دانش‌آموزان ابتدایی ۲/۳ درصد تا ۱۲/۱ درصد برآورد شده است (آزاد، ۱۳۵۲؛ دانه‌کار، ۱۳۷۶؛ محمدی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، میزان شیوع پایین‌تر از یافته‌های پیشین است.

میزان شیوع ناتوانی خاص یادگیری نوشتن در این پژوهش ۱/۳۴ درصد است. در مورد ناتوانی خاص نوشتن نیز میزان شیوع برحسب معیارهای به کار برده شده، مناطق جغرافیایی، جمعیت مطالعه شده و غیره متفاوت گزارش شده است. این میزان در پژوهشهای خارج از ایران ۰/۴ درصد تا ۱۰ درصد (برنینگر و دیگران، ۲۰۰۷؛ باسو و دیگران، ۱۹۷۸) و در ایران ۱/۰۵ درصد تا ۱۰ درصد گزارش شده است (بذرافشان، ۱۳۷۷؛ بشردوست و دیگران، ۱۳۷۶؛ راستخانه، ۱۳۷۴؛ محمدی، ۱۳۸۲). میزان

می‌توانند بر میزان شیوع ناتوانی خاص یادگیری تأثیر گذارند (دادستان، ۱۳۷۹؛ راتر و دیگران، ۲۰۰۴؛ هویپر و مونتگومری، ۱۹۹۳؛ دانه‌کار، ۱۳۷۶). در سطح کلان، تفاوت بین کشورها و شهرها مطرح است، اما در سطح خرد نیز شاید بتوان گفت مناطق و نواحی شهری ممکن است بر میزان شیوع ناتوانی خاص یادگیری مؤثر باشند. در بسیاری از موارد منطقه زندگی شهری نماینده وضعیت اجتماعی-اقتصادی دانش‌آموز نیز هست (بهرنگی، حسینیان و شریفی، ۱۳۷۶؛ آزاد، ۱۳۵۲؛ شونه‌هاوت^۱ و ساتز^۲، ۱۹۸۳؛ نقل از شاپیرو، ۱۹۹۶). در پژوهش حاضر میزان شیوع ناتوانی خاص یادگیری خواندن و نوشتن در مناطق نواحی هفت‌گانه قم تفاوت معنادار دارند. در تبیین تفاوت ناتوانی‌های خاص یادگیری در بین مناطق و نواحی هفت‌گانه می‌توان به چند موضوع اشاره کرد: اول آنکه، در مناطق و نواحی دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر ممکن است والدین امکانات اقتصادی بیشتری برای بهره‌گرفتن از مداخله‌های جبرانی و درمانی در مورد کودکان خود داشته باشند. دوم آنکه، مدارس مناطق و نواحی واجد وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر ممکن است وضعیت آموزشی بهتر، معلمان باتجربه‌تر، امکانات یادگیری بیشتر و غیره داشته باشند که به نبود ناتوانی خاص یادگیری کمک می‌کند. سوم آنکه، ممکن است در مناطق و نواحی دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر جمعیت کلاسها کمتر و رسیدگی به مشکلات دانش‌آموزان از سوی معلم و مسئولین مدرسه بیشتر باشد، در حالی که در مناطق و نواحی واجد وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین چنین فرصتی فراهم نباشد. چهارم آنکه، ممکن است اهمیت تحصیل، مشکل بودن دروس خاص، اهمیت دروس خاص و حتی نحوه مطالعه در خرده فرهنگهای گوناگون، متفاوت باشند و این امر بر میزان شیوع یک ناتوانی خاص یادگیری تأثیر گذارد، و در نهایت نحوه برخورد معلمان مناطق و نواحی مختلف با اجرای فهرست نشانگان یا آزمون، متفاوت باشد.

در مجموع باید گفت اگرچه میزان شیوع ناتوانی‌های خاص یادگیری در استان قم از میزان شیوع گزارش شده

و چایلد، ۱۹۸۱؛ بشردوست و دیگران، ۱۳۷۶؛ بذرافشان، ۱۳۷۷؛ محمدی، ۱۳۸۲) بین دختران و پسران تفاوت معنادار گزارش نشده است. در پژوهش حاضر نیز تفاوت بین دختران و پسران در ناتوانی یادگیری نوشتن معنادار نبود. در تبیین این مورد نیز علاوه بر موارد گفته شده در مورد ناتوانی خاص خواندن می‌توان گفت که اگر ضابطه بهره هوشی در نظر گرفته شود بین پسران و دختران تفاوتی در ناتوانی خاص نوشتن وجود ندارد (برنینگر و فولر، ۱۹۹۲؛ نقل از داکرل و مک‌شین، ۱۳۷۶/۱۹۹۳). در پژوهش حاضر این ضابطه در نظر گرفته شده است. افزون بر این، در ناتوانی خاص نوشتن مهارتهای حرکتی نیز نقش دارند که ممکن است به نوبه خود بر میزان شیوع و چگونگی این ناتوانی مؤثر باشند. نکته دیگر آن است که در این پژوهش بیشتر بعد املایی نوشتن در نظر گرفته شده است و ممکن است اگر به بعد انشایی و بیان نظرات توجه شود بین دختران و پسران تفاوت وجود داشته باشد چرا که دختران در مهارتهای کلامی از پسران برترند (برک^۱، ۲۰۰۱/۱۳۸۵).

موضوع دیگری که در این پژوهش به آن توجه شده است تفاوت بین میزان شیوع ناتوانیها در پایه‌های مختلف تحصیلی است. این موضوع در برخی پژوهشها مانند شایویتز و دیگران (۱۹۹۰) و بذرافشان (۱۳۷۷) مورد توجه قرار گرفته است. در پژوهش حاضر فقط در ناتوانی خاص خواندن بین پایه‌های تحصیلی، تفاوت معنادار وجود داشت. با توجه به اینکه هر یک از آزمونهای تشخیصی ناتوانی یادگیری خواندن و نوشتن براساس کتابهای همان پایه تهیه شده و بهره هوشی نیز کنترل شده است، طبیعی است که بین دو گروه از نظر ناتوانی نوشتن تفاوت معنادار وجود نداشته باشد. با این وجود، در ناتوانی خاص خواندن تفاوت پایه پنجم با دیگر پایه‌ها معنادار بود. این احتمال وجود دارد که کودکان پایه پنجم که سالهای بیشتری از مشکل خواندن رنج برده‌اند به دنبال تجربه‌های درمانی یا جبرانی بیشتری نسبت به بقیه پایه‌ها بوده‌اند که همین مسأله باعث کاهش مشکل خواندن در آنها شده است. همان‌طور که پیشتر اشاره شد، مناطق جغرافیایی

در بسیاری از پژوهشها پایین‌تر است، باز هم حدود ۲/۸۹ درصد دانش‌آموزان ابتدایی استان قم دچار ناتوانی خاص خواندن و نوشتن هستند و با در نظر گرفتن تعداد کل دانش‌آموزان قم (۸۹۱۹۳) بر مبنای آمار سال تحصیلی ۱۳۸۵-۸۶، ۲۶۰۰ دانش‌آموز ابتدایی مبتلا به ناتوانی خاص خواندن و نوشتن هستند. این آمار، قابل توجه است و نیاز به مداخله‌های درمانی مناسب و توانبخشی را مطرح می‌کند و ایجاد و فعال نمودن مراکز درمانی مربوط به این ناتوانیها را ایجاب می‌کند.

پژوهش حاضر دارای محدودیتهایی مانند اشتباه احتمالی معلمان در تکمیل فهرستهای نشانگان ناتوانیهای یادگیری و فقدان آزمون استاندارد در سطح کشور برای تشخیص ناتوانیهای خواندن و نوشتن است.

پیشنهاد می‌شود که پژوهشهای بعدی بر تهیه ابزار مناسب برای سنجش توانایی و ناتوانی خواندن و نوشتن در سطح ملی، برآورد و ارزیابی ناتوانیهای یادگیری با ابزارهای استاندارد، سبب‌شناسی ناتوانیهای یادگیری، مقایسه نتایج پژوهشها در مناطق مختلف کشور، انجام‌دادن فراتحلیلی در مورد همه‌گیری‌شناسی ناتوانیهای یادگیری، بررسی میزان آگاهی معلمان در مورد ناتوانیهای یادگیری و نحوه برخورد و رفتار آنها با دانش‌آموزان دارای این اختلال، متمرکز شوند.

منابع

- ازخوش، م. (۱۳۷۹). کاربرد آزمونهای روانی و تشخیص بالینی، تهران: روان.
- بیات، م. (۱۳۸۷). بازی درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۲۷۶-۲۶۷.
- بیاتانه، م. (۱۳۸۷). تاثیر بازی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی (اضطراب) کودکان دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- تامپسون، ج. ل. و رودلف، ل. (۱۳۸۴). مشاوره با کودکان، ترجمه: ج. طهوریان. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۶).
- جلالی، س. (۱۳۸۷). تاثیر بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی کودکان ۵-۱۱ ساله شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد،

دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

دادستان، پ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی (جلد اول). تهران: نشر سمت.

گلدارد، ک. و گلدارد، د. (۱۳۸۷). مشاوره با کودک با روش بازی درمانی. ترجمه ز. ارجمندی. تهران: نشراندیشه‌آور (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).

لندرت، گ. (۱۳۶۹). بازی درمانی (دینامیسم مشاوره با کودکان)، ترجمه خ. آرین. تهران: نشر اطلاعات (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۳۷).

ماش، ا. و بارکلی، ر. (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی کودک: آسیب-شناسی روانی کودک (جلد اول). ترجمه ح. تونزنده‌جانی، ج. توکلی‌زاده و ن. کمال‌پور. مشهد: نشر آوای کلک (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۳ الف). بازی درمانی: نظریه‌ها، روشها و کاربردهای بالینی. تهران: نشر دانژه.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۳ ب). بررسی اعتبار و روایی و تعیین برش اختلالهای پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهشکده کودکان استثنایی.

نرسی، م. (۱۳۸۳). اثر تکنیکهای بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش سطح احساسات مثبت و سازگاری عمومی در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

هالچین، ر. پ. و ویتبورن، س. ک. (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالهای روانی (جلد اول). ترجمه ی. سیدمحمدی. تهران: نشر روان (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

هیوز، ف. پ. (۱۳۸۷). روان‌شناسی بازی کودکان، بازی و رشد، ترجمه ک. گنجی. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

یوسفی، ر. مظاهری، م. ع. و ادهمیان، ا. (۱۳۸۷). احساس کمتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۶۸-۶۳.

Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 62-68.

Baggry, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys

- ment. Boston: Allyn & Bacon.
- Landreth, G. L. (1982).** Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28 (1), 17-29.
- Lewis, M. (2002).** *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive, textbook* (3rd Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lundberg, A. M. (2004).** *Practitioners perceptions of the effectiveness of play therapy and their utilization of play therapy methods.* Unpublished master thesis, Miami University.
- Rubin, K. H., Fein, G. G., & Vandenberg, B. (1983).** Play. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (pp. 693-774). New York: John Wiley & Sons.
- Santacruz, L. Mendez. F. J., & Meca. J. (2006).** Play therapy applied by parents for children with darkness phobia comparison of two programmes. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 28, 19-35.
- Wren, B. P. (2006).** *Gestalt play therapy with children receiving remedial intervention.* Unpublished master thesis, University of South Africa.
- at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396.
- Barrett, P. M. (2004).** Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychology*, 20, 479-494.
- Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005).** Behavioral Disorders. *International Journal of Play Therapy*, 10, 85-108.
- Cox, F. (1953).** Sociometric status before and after play therapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 354-356
- Fine, S. (2003).** *Play therapy.* Retrieved August 27, 2005, from: <http://www.healthline.com>
- Fritscher, L. (2008).** *Play therapy in children with phobias.* Retrieved March 6, 2008 from: <http://www.about.com>
- Hatton, S., Schernitz, T., & Gomersall, H. (2004).** Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion. *Journal Behavior Research and Therapy*, 43, 131-141.
- Huberty, T. J. (2004).** *Anxiety and anxiety disorders in children: Information for parents.* Retrieved January 13, 2006, from: <http://www.nasponline.org>
- Hughes, F. P. (1995).** *Children, play and develop-*