



ISC  
دارنده مجوز  
۹۶۱۷۰-۱۲۸۰۲



## مقایسه نارسایی‌های ویژه در یادگیری دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار

فاطمه فولادی

کارشناس علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، پردیس شهید باهنر شهرکرد، ایران. (نویسنده اول)  
fateme.fooladi1374@gmail.com

مهدیس کاویانی بروجنی

کارشناس علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، پردیس شهید باهنر شهرکرد، ایران. (نویسنده دوم)  
mahdiskavyani@gmail.com

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی‌های ویژه در یادگیری دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار بود. روش تحقیق پژوهش با توجه به ماهیت آن توصیفی-مقایسه‌ای می‌باشد. نمونه پژوهش متشکل از دو گروه (۵۰ نفری) دانش آموزان مبتلا به بیش فعالی / نارسایی توجه و بهنجار بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین کودکان ۹-۱۲ ساله شهرستان شهرکرد انتخاب شدند. ابزار سنجش پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات یادگیری (CLDQ) بود. جهت تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات ۵ عامل اصلی مشکلات یادگیری (خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی) در بین دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و افراد گروه بهنجار در مؤلفه‌های خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی و عملکردهای فضایی، عملکرد بهتری نسبت به گروه دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی برخوردارند. این یافته‌ها حاکی از این است که توجه به اختلال نقص توجه / بیش فعالی می‌تواند عامل مؤثری در کار با دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری باشند.

واژه‌های کلیدی: نارسایی‌های ویژه در یادگیری، مشکلات یادگیری، اختلال نقص توجه / بیش فعالی



## مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، اختلالی عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نقص توجه/ بیش‌فعالی و تکانش‌گری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد. از شایع‌ترین اختلالات رفتاری - هیجانی دوران کودکی به شمار می‌آید. شیوع آن در پسران چهار برابر دختران بوده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). پرتحرکی، بی‌توجهی رفتارهای ناگهانی از نشانه‌های بارز این اختلال می‌باشد و اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می‌گردد و هر کلاس عادی حداقل یک کودک بیش‌فعال وجود دارد (علیزاده، ۱۳۸۳). این بیماری سال‌هاست که شناخته شده و عوامل زیادی در آن نقش دارد. کودکان مبتلا در قسمت‌های از مغز خود که مسئول توجه تمرکز و تنظیم فعالیت‌های حرکتی می‌باشد دچار نقص جزئی هستند. ارث و ژنتیک در این اختلال نقش دارد و هم‌چنین در بعضی موارد در جریان حاملگی یا زایمان یا پس از آن صدمات جزئی به ساختمان مغز وارد می‌شود که می‌تواند باعث این مشکل گردد (فیشر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). عدم توانایی آن‌ها در حفظ و تنظیم رفتارشان است، خوابیدن و غذا خوردن آن‌ها منظم نیست، مراقبت دائمی نیاز دارند، از نظر هیجانی ثبات ندارند، به‌طور ناگهانی می‌خندند و گریه می‌کنند، در فعالیت‌های خطرناک شرکت می‌کنند، در فعالیت و انجام تکالیف درسی نیز با کودکان دیگر شتاب‌زده عمل می‌کنند، رفتار کودکان روز عملکرد آنها در خانواده و اجتماع و مدرسه تأثیر سو می‌گذارد و ممکن است از مدرسه و اجتماع متنفر می‌گردند. این کودکان ممکن است دچار اختلالات ارتباطی و تحصیلی و اضطراب و افسردگی و بزهکاری شوند (کرامر، برنشتاین و پرز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). بارکلی و ادواردز<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) اظهار می‌دارند بهبودی در صورت وقوع معمولاً بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی رخ می‌دهد و بهبودی قبل از ۱۲ سالگی نادر است و گاهی علائم در بلوغ بهبود شود و یا ممکن است در بزرگسالی ادامه یابد. بدون درمان تنها یک سوم تا نصف کودکان دچار بیش‌فعالی می‌توانند با علائم خود در زندگی سازگار و منطبق باشند و بقیه مستعد بروز مشکلات ثانویه خواهند بود. شیوع از ۱۰۰ کودک ۵ کودک می‌توانند مبتلا به بیش‌فعالی باشند پسران ۳ برابر بیشتر از دختران در معرض ابتلاء قرار دارند (فیشر، ۱۹۹۷). بسیاری از این دسته دانش‌آموزان در تحصیل خود با شکست مواجه شده و در نهایت خیلی زود مدرسه را ترک می‌کنند، بنابراین اگر مشکلات آن‌ها شناسایی نشود و برنامه مداخله‌ای مطلوب فراهم نگردد احتمال بروز برخی اختلالات نظیر افسردگی، اضطراب و بزهکاری در این کودکان افزایش می‌یابد (ترات، وارتنگتن و هایبرت-مورفی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). یافته‌های پژوهشی در این حوزه نشان می‌دهد که مداخلات مرتبط با آموزش کارکردهای اجرایی مشتعل بر راهبردهای فراشناختی بر بهبود عملکرد دانش‌آموزان مبتلا مؤثر است (بلی و تورنتون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ اسونسون و جرمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ مک لوسکی، پرکینز و دیونر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹؛ میر، سلیم پور، وو، گری و منون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰ و گری<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). مک کینزی و همکاران<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۵) معتقدند نقص در توجه ممکن است علل متفاوتی هم‌چون حملات غیربالینی غش، خواب‌های آشفته ناشی از مصرف داروهای ضد‌سرع، اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و همچنین نارسایی در یادگیری باشد (اسکوپرت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). به‌همین جهت نیز مطالعات مبتنی بر تحلیل عوامل نشان می‌دهد که تفاوت‌های تحصیلی و رفتاری در بین کودکان با نارسایی‌های یادگیری با نقص توجه و بدون نقص توجه وجود دارد. اشکالات مربوط به زبان و رفتارهای برون‌سازی در

1 Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

2 American Psychiatric Association

3 Fischer

4 Kramer. Bernstein &amp; Douglas

5 Barkley &amp; Edwards

6 Trute, Worthington &amp; Hiebert-Murphy

7 Bley &amp; Thornton

8 Swanson &amp; Jerman

9 McCloskey, Perkins &amp; Divner

10 Meyer, Salimpoor, Wu, Geary &amp; Menon

11 Geary

12 Me kenzie et al

13 Schmitz



بین کسانی که نقص توجه دارند و اختلال بازشناسی و رفتارهای درون‌سازی یا روان‌نژندی در کسانی که نقص توجه ندارند دیده می‌شود. بنابراین اختلال نقص توجه بیش فعالی به عنوان یک اختلال همایند به نوعی نارسایی‌های ویژه در یادگیری در نظر گرفته شود (فرانک، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان می‌دهد که همایندی بالایی بین اختلال نقص توجه بیش فعالی و نارسایی در یادگیری وجود دارد (ولر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴، تورنتون و کارمودی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات ژنتیکی نیز نشان می‌دهد که نوعی هم‌پوش بین نارساخوانی، اختلال نقص توجه بیش فعالی و همچنین در خود ماندگی وجود دارد که در همه آن‌ها عدم تقارن مغزی و عدم غلبه طرف چپ برای زبان وجود دارد (آکادمی متخصصان کودک آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) اختلال بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری دوره کودکی است که می‌تواند به شکست‌های درس و اجتماعی عمده‌ای منجر شود و آینده بسیاری از کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. در حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد کودکان با نقص توجه بیش فعالی مشکلات یادگیری و درس از خود نشان می‌دهند و حدود ۵۰ درصد آنان مشکلات زبان و نوشتاری از خود نشان می‌دهد (بارکلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸) و حداقل یک انحراف استاندارد از میانگین گروه در زبان نوشتاری عقب‌تر هستند که گرچه عامل اصلی آن بی‌توجهی و تکانش بودن است اما اشکالات دیگری چون حافظه دیداری، تأخیر در مهارت‌های حرکتی ظریف و مهارت‌های زبانی نیز وجود دارد. شایسته است مطرح نماییم که مطالعه و شناخت هر چه بیشتر توانایی‌ها و ضعف آزمودنی‌ها در حیطه‌های مختلف یادگیری به ویژه در کودکان مبتلا به بیش فعالی/ نارسایی توجه که پژوهش‌های محدودی را به خود اختصاص داده است و با توجه به مطالب فوق، هدف اساسی پژوهش حاضر مقایسه نارسایی‌های ویژه در یادگیری دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بهنجار می‌باشد.

1 Voeller

2 Thornton & xdrmody

3 American Academy of pediatries

4 Barkley



## روش

با توجه به موضوع مطالعه حاضر مبنی بر مقایسه دانش آموزان مبتلا به بیش فعالی/ نارسایی توجه و بهنجار در متغیر نارسایی‌های ویژه در یادگیری، مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه و کودکان بهنجار شهرستان شهرکرد تشکیل می‌دهند که با انتخاب ۱۰۰ نفر به عنوان گروه نمونه که متشکل از دو گروه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه و کودکان بهنجار (۹-۱۲ ساله) می‌باشند. برای انتخاب نمونه کودکان مذکور، پس از هماهنگی‌های لازم یک مدرسه به‌طور تصادفی از هر گروه در شهرستان شهرکرد انتخاب و بر اساس فراوانی جامعه آماری ۵۰ نفر در گروه نمونه جای گرفتند، بر این اساس روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد. روش انتخاب نمونه در هر گروه به این صورت بود که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه (۹-۱۲ ساله) که در مدارس شهرستان شهرکرد مشغول به تحصیل بودند، از روی شماره فهرست اسامی و با توجه به حجم جامعه آماری به تعداد ۵۰ نفر انتخاب شدند و سپس گروه‌های هم‌تا از کودکان بهنجار به تعداد ۵۰ نفر از یک مدرسه به صورت تصادفی در گروه نمونه جای گرفتند.

## ابزار

**پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو ویلکات و همکاران (CLDQ):** پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو توسط ویلکات و همکاران (۲۰۱۱) تهیه شده و مشکلات یادگیری را متشکل از پنج‌عامل اساسی خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی می‌داند که موجب مشکلات یادگیری می‌شوند. این پرسشنامه که از ۲۰ آیتم تشکیل شده است، توسط والدین دانش آموزان تکمیل می‌شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن، توسط سازندگان پرسشنامه با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را به‌دست داده است (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). روایی تفکیکی و روایی‌سازه پرسشنامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مولفه-های این پرسشنامه با پرسشنامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴؛ ریاضی ۰/۴۴؛ شناخت اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و فضایی ۰/۳۰ (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰)، به منظور واریانس اعتبار پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شده است. همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برآورد گردید. در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰) به منظور کسب اطمینان از روایی CLDQ، روایی تفکیکی و سازه مورد بررسی قرار گرفته است. روایی محتوا در پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو توسط سازندگان پرسشنامه بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است، در این پژوهش نیز دقت و صراحت ترجمه از طریق ترجمه مستقیم از انگلیسی به فارسی و ترجمه معکوس از فارسی به انگلیسی مورد تأیید قرار گرفت. روایی سازه پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو به دو شیوه‌ی محاسبه ضریب همبستگی پرسشنامه با خرده‌مقیاس‌های آن و تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی مورد بررسی قرار گرفته است. بین پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو و خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه آن همبستگی بالایی وجود دارد. شدت ارتباط پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو با خرده‌مقیاس‌های خواندن ۰/۸۱، شناخت اجتماعی ۰/۷۸، اضطراب اجتماعی ۰/۷۶، مشکلات فضایی ۰/۷۰ و ریاضی ۰/۶۰ بدست آمده است. معناداری روابط مذکور در سطحی بالا بیانگر برخورداری پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو از روایی سازه‌ی مطلوب است.



## روش اجرا

شیوه جمع‌آوری داده‌ها به این طریق بود که پس از هماهنگی های لازم با سازمان آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری و مجوز لازم و به تبع آن مرکز ناتوانایی‌های یادگیری، ابتدا به مدرسی که کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و ناتوانایی یادگیری مشغول به تحصیل بودند، مراجعه گردید که در صورت تمایل دانش‌آموزان، اجرای تست و کسلر (ویرایش جدید) روی آن‌ها صورت گرفت و پس از اتمام کار، آزمون مذکور بر روی کودکانی که در مدارس عادی مشغول به تحصیل بودند، اجرا گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار SPSS-19 استفاده گردید. جهت تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید.

## یافته‌ها

براساس نتایج این پژوهش، میانگین سنی افراد در گروه مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه ۱۱/۱۳ (انحراف معیار ۲/۰۹) و کودکان بهنجار ۱۰/۹۸ (انحراف معیار ۲/۱۳) می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خواندن	کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۶/۳۴	۳/۰۵
	کودکان بهنجار	۷/۷۶	۲/۱۰
حساب کردن	کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۵/۱۵	۲/۱۸
	کودکان بهنجار	۶/۰۴	۲/۱۱
شناخت اجتماعی	کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۶/۷۰	۳/۲۰
	کودکان بهنجار	۷/۵۳	۲/۳۰
اضطراب اجتماعی	کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۴/۴۱	۲/۱۱
	کودکان بهنجار	۴/۷۱	۱/۴۱
عملکردهای فضایی	کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۵/۵۲	۲/۱۶
	کودکان بهنجار	۷/۱۳	۲/۳۵

به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهنجار از نظر اختلالات یادگیری از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون M باکس استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.



جدول ۲- آزمون M باکس همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۸/۴۸	۱/۴۰	۶	۸	۰/۲۱

باتوجه به نتایج جدول شماره ۲، مقدار معنی داری آزمون بزرگتر از ۰/۰۰۱ می باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ,  $F < ۴۰/۱$ ,  $M = ۸/۴۸$ ). بنابراین می توان گفت که داده ها از مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تخطی نکرده اند. به منظور بررسی یکسانی واریانس خطا که یکی دیگر از مفروضه های تحلیل واریانس چندمتغیره می باشد از آزمون لوین استفاده گردید، نتایج همگنی واریانس ها تأیید گردید و نشان می دهد که نتایج بعدی ما پایا می باشد. بنابراین با توجه به برقراری پیش شرطها تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره

شاخص آماری	لامبدای ویکلز	F	سطح معنی داری	مجذور اتای تفکیکی
منبع				
گروه	۰/۹۵۹	۴/۸۱	۰/۰۰۳	۰/۰۴۱

نتایج آزمون چندمتغیره نشان داد که تفاوت های آماری معنی داری بین گروهها در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد. مقدار لامبدای ویکلز ۰/۹۵۹، با مقدار معنی داری ۰/۰۰۳ به دست آمد که نشان می دهد تفاوت معنی داری در نمرات اختلالات یادگیری بین دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیره به شرح جدول شماره (۴) استفاده شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در بین دو گروه

متغیر	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری
اختلالات یادگیری	۶۷/۸۳۰	۴/۶۹۶	۰/۰۱۳

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، بین دو گروه دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ).

دارنده مجوز  
ISC ۱۳۸۰-۹۶۱۷

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه نارسایی‌های ویژه در یادگیری دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بهنجار انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات ۵ عامل اصلی مشکلات یادگیری (خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی) در بین دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ) و افراد گروه بهنجار در مؤلفه‌های خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی و عملکردهای فضایی، عملکرد بهتری نسبت به گروه دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی برخوردارند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات شویتزر<sup>۱</sup> و همکاران (2006)، شوین و ساکلوفسکی (۲۰۰۵؛ به نقل از ماتیسون و مایز؛ ۲۰۱۲)، وکسلر (2003)، ولر، ۲۰۰۴، تورنتون و کارمودی، ۲۰۰۵، همسو می‌باشد. در پژوهش ویانت و ویلیس (۱۹۹۴؛ به نقل از قمری‌گیوی و همکاران، ۲۰۱۰) حافظه‌ی فعال در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری و کودکان بهنجار مورد بررسی قرار گرفت که در این مطالعه از آزمون استروپ استفاده گردید. نتایج نشان داد که گروه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه نسبت به گروه بهنجار پاسخ‌های درست کمتری به این آزمون دادند. همچنین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی نسبت به مبتلایان اختلال یادگیری عملکرد بهتری داشتند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد. بارکلی (۱۹۹۷؛ به نقل از تادی و همکاران، ۲۰۱۱) معتقد است که در درجه اول کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه از طریق نقص اساسی در بازداری رفتاری تعریف می‌گردد که این نقایص به اختلالات ثانویه در مناطق دیگر از جمله حافظه‌ی فعال و اشکال در برنامه‌ریزی برای حل مشکلات منجر می‌گردد. تفاوت کودکان دچار ناتوانی یادگیری و کودکان بهنجار را می‌توان براساس نظر تیلزرو و بونارد<sup>۲</sup> (2002) تبیین نمود. این پژوهشگران مطرح نمودند که این دسته از کودکان به علت کنکاش ناکافی در محیط، ادراک ناقصی از محیط دارند و در استدلال، انعطاف‌پذیری، حل مسأله و درک روابط جزء و کل مشکل اساسی دارند، در نتیجه به دلیل سرعت پردازش پایین‌تر و حواس پرتی بیشتر نسبت به همسالان مدت زمان بیشتری را در پاسخ دادن طی می‌کنند، زمانی که این مشکلات با نقایص شناختی دیگر ترکیب می‌شوند وضعیت نامطلوبی را برای کنار آمدن با تغییرات زندگی به وجود می‌آورند. پیچیدگی نارسایی‌های ویژه در یادگیری ایجاب می‌کند که برای شناخت واقعی و کامل موقعیت کودک و عوامل ایجادکننده نارسایی‌های او افرادی با زمینه‌های تجربی و تخصصی گوناگونی به صورت تیمی در ارزیابی شرکت داده شوند.

تجربیات محیطی کودک در ۵ یا ۶ سال اولیه زندگی تأثیر عمیقی بر روی رشد شناختی و هوش او دارد. و زبان به عنوان یکی از ملزومات عمده بشر، همبستگی با این تجربیات اولیه کودک مخصوصاً با والدین دارد. والدین نه تنها موقعیت مناسب برای رشد کودک در زمینه‌های گوناگون به وجود می‌آورند، که می‌تواند به نوبه خود در اکتساب این زبان مؤثر باشد، بلکه خود آنها الگوی مناسبی نیز برای یادگیری کودک به شمار می‌روند. بنابراین اساس کارآمدی کودک در زبان، آن‌طوری که بعداً در مدرسه از او انتظار خواهد رفت، در خانه بنا نهاده می‌شود. تمامی رفتار انسان از مغز دستگاه عصبی مرکزی تأثیر می‌پذیرد. رفتار یادگیری یکی از مهمترین فعالیت‌های مغز است. ناتوانی‌های یادگیری، از یک بعد عصب شناختی، منعکس‌کننده کم‌کاری خفیفی در این پیچیده‌ترین عضو بدن انسان است. بر طبق نظریه‌های رشدی گذر از یک مرحله به مرحله بعدی موجب رشد می‌شود. از جهت اینکه این مراحل حالت سلسله مراتبی دارند برای رسیدن به یک مرحله معین کودک باید فرصت کافی در مرحله قبلی را داشته باشد. اما برنامه درسی عمومی طوری است که انتظار مفهوم‌سازی منطقی و عینی را بدون اینکه کودک در مرحله قبلی آن فرصت کافی داشته باشد به وجود می‌آورد و در نتیجه موجب نارسایی‌هایی در یادگیری می‌شود. در وجود هر انسانی توانایی‌های یادگیری نامحدودی وجود دارد چیزی که لازم است، آن توانایی‌ها باید شناخته شود، بیرون بیاید، شکوفا گردد و باقی بماند (سیدمن<sup>۴</sup> و

1 Schweitzer

2 Mattison &amp; Mayes

3 Telzrow &amp; Bonar

4 Seidman



همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود به اختلال نقص توجه / بیش فعالی به‌عنوان عامل مؤثری در کار با دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری توجه خاصی معطوف شود.

### سپاسگزاری

در پایان از همکاری صمیمانه مسئولین اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، مسئولین مدارس مجری طرح و اعضای گروه مشاوره دانشگاه فرهنگیان نهایت تقدیر و تشکر را به‌عمل می‌آوریم.

### منابع

حاجلو، نادر؛ رضایی شریف، علی (۱۳۹۰)، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو، مجله ناتوانی‌های یادگیری، پاییز و زمستان ۱۳۹۰، ۱(۱): ۲۴-۴۳.

علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه - فزون جنبشی، ویژگی‌ها و ارزیابی و درمان. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th revised ed). Washington, DC.

Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Gilford Press.

Bender, W. (2011). Learning disabilities, characteristics, identification, and teaching strategies. section III Placement, Services, and Educational Tr.

Bley, N. S. & Thornton, C. A. (2001). Anchoring adolescents understanding of math concepts in rich problemsolving environments. *Remedial and Special Education*, 22(5), 299-314.

Dennis, M., Francis, D. J., Cirino, P. T., Schachar, R., Barnes, M. A. & Fletcher, J. M. (2010). Why IQ is not a covariate in cognitive studies of neurodevelopmental disorders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 331-343.

Faraone, S. V. & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorders*, 9, 384-391.

Fischer, M. (1997). The persistence of ADHD into adulthood: It depends on whom you ask. *The ADHD Report*, 5:8-10.

Geary, D. C. (2010). Mathematical disabilities: Reflections on cognitive, neuro-psychological, and genetic components. *Learning an individual Differences*, 20(2), 130-133.

Ghamari Givi, H., Narimani, M. & Rabiee, Z. (2010). Comparison of executive functions among children with attention deficit hyperactivity disorder, learning disability and normal children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11(44), 322-333. (Persian).

Gresham, F. M. & Vellutino, F. R. (2010). What is the Role of Intelligence in the Identification of Specific Learning Disabilities? Issues and Clarifications. *Learning Disabilities Research and Practice*, 25 (4), 194-206.

Hale, J., Alfonso, V., Berninger, V., Bracken, B., Christo, C. & Clark, E. (2010). Critical issues in response-to-intervention, Comprehensive Evaluation, and Specific Learning Disabilities Identification and Intervention: an Expert White Paper Consensus. *Learning Disability Quarterly*, 33(3), 223-236.

Hofvander, B., Ossowski, D., Lundstrom, S. & Anckarsater, H. (2009). Continuity of aggressive antisocial / behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition *International Journal of psychiatry*, 32(4), 224-234.

Holtmann, M., B'olte, S. & Poustka, F. (2005). ADHD, Asperger syndrome, and high-functioning Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1101-1108.

Huang, L. V., Bardos, A. N. & D'Amato, R. C. (2010). Identifying students with learning disabilities: composite profile analysis using the cognitive assessment system. *Journal of Psychoeducation Assessment*, 28(1), 19-30.

Hummer, T. A., Kronenberger, W. G., Wang, Y., Dunn, D. W., Mosier, K. M., Kalnin, A. J. & Mathews, V. P. (2011). Executive Functioning Characteristics Associated with ADHD Comorbidity in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 11-19.



ISC  
دارلده مجور  
۹۶۱۷-۱۲۸۰۲

- Jepsen, J. R. M., Fagerlund, B. & Mortensen, E. L. (2009). Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 551-562.
- Kezer, F. & Arik, R. S. (2012). An examination and comparison of the revisions of the Wechsler Intelligence Scale for Children. *Social and Behavioral Sciences*, 46, 2104 – 2110.
- Largotta, D. (2009). Adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: WISC-IV working memory and processing speed indices. PhD dissertation. Farleigh Dickinson University.
- Mattison, R. E. & Mayes, S. D. (2012). Relationships between learning disability, executive function, and psychopathology in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 138-146.
- McCloskey, G., Perkins, L. & Divner, B. (2009). *Assessment and intervention for executive function difficulties*. New York: Routledge Press.
- Meyer, M. L., Salimpoor, V. N., Wu, S. S., Geary, D. C. & Menon, V. (2010). Differential Contribution of specific working memory components to mathematical achievement in 2nd and 3rd graders. *Learning and Individual Differences*, 20(2), 101-109.
- Moradian, Z., Mashhadi, A., Aghamohammadian, H. R. & Asghari-Nekah, M. (2014). The effectiveness of narrative therapy based on executive functions on the improvement of inhibition and planning /organizing performance of student with ADHD. *Journal of school psychology*, 3(2), 253-266. (Persian).
- Naglieri J. A., Salter, C. J. & Edwards, G. H. (2002). Assessment of Children with Attention and Reading Difficulties Using the PASS Theory and the Cognitive Assessment System. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 22(2), 93-105.
- Nigg, J. T. (2001). Is ADHD a disinhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.
- Oosterlaan, J., Scheres, A. & Sergeant, J. A. (2005). Which Executive Functioning Deficits Are Associated With AD/HD, ODD/CD and Comorbid AD/HD+ODD/CD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 69-85.
- Pinchen, Y., Chung-Ping, C., Chen-Lin, C., Tai-Ling, L., Hsiu-Yi, H. & Cheng-Fang, Y. (2013). Wechsler Intelligence Scale for Children 4th edition-Chinese version index scores in Taiwanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(2), 83-91.
- Rostami, R., Sadeghi, V., Zarei, J., Haddadi, P., Mohazzab-Torabi, S. & Salamati, P. (2013). Concurrent Validity of Persian Version of Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition and Cognitive Assessment System in Patients with Learning Disorder. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(2), 183-188.
- Sadeghi, A., Rabiei, M. & Abedi, M. R. (2011). Validation and Reliability of the Wechsler Intelligence Scale for Children- IV. *Developmental Psychology*, 7(28), 377-386. (Persian).
- Schmitz, N., Rubia, K., Daly, E., Smith, A., Williams, S. & Murphy, D. G. (2006). Neural correlates of executive function in Autistic Spectrum Disorders. *Biological Psychiatry*, 59(1), 7-16.
- Schweitzer, J. B., Hanford, R. B. & Medoff, D. R. (2006). Working memory deficits in adults with ADHD: Is there evidence for subtype differences? *Behavioural and Brain Functions*, 15(2), 1-11.
- Seidman L, Monuteaux D, Alysa E, Faraone SV. Neuropsychological functioning in girls with attention deficit/hyperactivity disorders with and without learning disabilities. *Neuropsychol* 2006; 15(4): 544-56.
- Sharifi, T. & Rabiei, M. (2013). Using wechsler intelligence scale-4 for diagnosing children with learning disorders (writing and math). *Journal of learning disabilities*, 2(2), 259-275. (Persian).
- Silver, C. H., Blackburn, L. B., Arffa, S., Barth, J. T., Bush, S. S., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Moser, R. S. & Elliott, R. W. (2006). The importance of neuropsychological assessment for the evaluation of childhood learning disorders NAN Policy and Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(7), 741-744.
- Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M. & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 111(7), 891-902.
- Swanson, H. L. & Jerman, O. (2006). Math Disabilities: A selective meta- Analysis of the literature. *Review of educational Research*, 76(2), 249-251.
- Taddei, S., Contena, B., Caria, M., Venturini, E. & Venditti, F. (2011). Evaluation of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disability on the WISC and Cognitive Assessment System (CAS). *Social and Behavioral Sciences*, 29, 574-582.
- Telzrow, C. F. & Bonar, A. M. (2002). Responding to students with nonverbal learning disabilities. *Teaching Exceptional Children*, 34(6), 8-13.



ISC  
دارلدو مچور  
۹۶۱۷۰-۱۳۸۰۲



- Thompson-Schill, S. L., Ramscar, M. & Chrysiou, E. G. (2010). Cognition without control: When a little frontal lobe goes a long way. *Current Directions in Psychological Science*, 18(5), 259–263.
- Trute, B., Worthington, C. & Hiebert-Murphy, D. (2008). Grandmother support for parents of children with disabilities: Gender differences in parenting stress. *Families, Systems & Health*, 26(2), 135-146.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children: Fourth edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.