

## مقایسه‌ی ادراک خود و مشکلات خواب در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، اختلال یادگیری و دانش‌آموزان عادی زهرا رستم اوغلی<sup>۱</sup>، ستاره جانی<sup>۲</sup>، اصغر پوراسمعی<sup>۳</sup> و مجتبی صالحی<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر جهت مقایسه‌ی ادراک خود و مشکلات خواب در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، اختلال یادگیری و دانش‌آموزان عادی انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش مقایسه‌ای حاضر، شامل دانش‌آموزان مقطع پنجم ابتدایی (۱۳۹۱) در مدارس عادی شهرستان پارس‌آباد بودند. ۶۰ دانش‌آموز (۲۰ نفر بیش‌فعال/کاستی توجه، ۲۰ نفر دارای اختلال یادگیری، ۲۰ نفر عادی) با نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌های کانرز، یادگیری کلورادو، ادراک خود و عادات خواب گردآوری شد و با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD تحلیل گردید. نتایج نشان داد دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در شایستگی تحصیلی، مقبولیت اجتماعی، سلوک رفتاری، ظاهر فیزیکی و ارزش کلی خود و دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه در مقبولیت اجتماعی و سلوک رفتاری به‌طور معناداری ضعیف‌تر از گروه عادی هستند و کودکان دارای اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه، مشکلات خواب بیش‌تری از گروه عادی داشتند. بنابراین توجه به برنامه‌های آموزشی و درمانی مؤثر بر ادراک خود و خواب در این دانش‌آموزان اهمیت ویژه‌ای دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات یادگیری، بیش‌فعالی / کاستی توجه، ادراک خود، مشکلات خواب

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس‌آباد مغان

۳. نویسنده رابط: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی asgharpouresmali@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۳۰

## مقدمه

براساس چهارمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری<sup>۲</sup> دانش‌آموزانی هستند که ویژگی بارز آن‌ها مشکلاتی در کارکرد تحصیلی است که با در نظر گرفتن سن تقویمی و هوش اندازه‌گیری شده و تحصیلات متناسب با سن شخص، به میزان قابل توجهی پایین‌تر از حد انتظار بوده، این مشکلات یادگیری در پیشرفت تحصیلی و فعالیت‌های روزمره‌ای که مستلزم مهارت خواندن، ریاضیات و نوشتن است، به میزان قابل توجهی اختلال ایجاد کنند. شیوع اختلالات یادگیری از ۲ تا ۱۰ درصد ذکر شده است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). یکی دیگر از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی، اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه<sup>۳</sup> است. این اختلال، الگوی ثابت بی‌توجهی و بیش‌فعالی است. بیش‌ترین خصوصیتی که در این کودکان دیده می‌شود، شامل بیش‌فعالی، اختلال حرکتی-ادراکی، بی‌ثباتی هیجانی، کمبود هماهنگی کلی، اختلال توجه، رفتار خلق‌الساعه، اختلالات حافظه و تفکر، مشکلات یادگیری، اختلال تکلم و شنوایی و نشانه‌های عصبی است (کاپلان، سادوک و گرب، ۲۰۰۲؛ ترجمه‌ی پور افکاری، ۱۳۸۲). شیوع این اختلال دامنه‌ای از ۳ تا ۵ درصد است (به پژوه، غباری بناب، علی‌زاده و همتی علمدارلو، ۱۳۸۶).

کودکان دارای اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه به دلیل شرایط خاصی که دارند، دچار مشکلات متعددی در زمینه‌ی اجتماعی، هیجانی و رفتاری هستند. ادراک از خود<sup>۴</sup> یکی از متغیرهایی است که در دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری آسیب می‌پذیرد. ادراک از خود، دید جامع فرد درباره‌ی خودش است که با تجربه‌ی فرد و تفسیر دیگران از آن تجربه، شکل می‌گیرد و متحول می‌شود (کاوسیان و کدیور، ۱۳۸۴). هارتر<sup>۵</sup> (۱۹۸۰) متذکر می‌گردد که از سن ۸ سالگی

<sup>۱</sup> . Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)

<sup>۲</sup> . learning disorder

<sup>۳</sup> . Attention Deficit/Hyperactivity

<sup>۴</sup> . self perception

<sup>۵</sup> . Harter

به بعد فرد به یک قضاوت کلی در مورد ارزشمندی خود دست می‌یابد که نشانگر آن است، فرد تا چه حد خود را خوب و مفید ارزشیابی می‌کند و برای خویشتن خود ارزش قائل است (هارتر، ۱۹۸۵). ادراک از خود دانش‌آموزان در موقعیت آموزشی توسط فرایند مقایسه‌ی اجتماعی شکل می‌گیرد. در واقع دانش‌آموزان خود را با دانش‌آموزان دارای توانایی بالاتر مقایسه می‌کنند و در نتیجه، خود ادراکی و مفهوم خود تحصیلی پایین‌تری به دست می‌آورند (مارش<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷).

برخی پژوهش‌ها نشان داده است که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری در تمام ابعاد ادراک از خود در مقایسه با دانش‌آموزان عادی ضعیف‌تر هستند (سولانا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳؛ چوام و مریسون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴؛ به نقل از رضایی جمالویی، ۱۳۸۹). چوام و مریسون (۱۹۸۹) نیز نشان دادند که میان توانایی‌های تحصیلی و ادراک از خود رابطه‌ی مثبتی وجود دارد. همچنین مطالعه‌ی بی‌یر، مینک و مینگ<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) نشان داد که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، دارای ادراک از خود ضعیف، به‌ویژه در زمینه‌ی تحصیلی هستند؛ در حالی که برخی پژوهش‌ها نشان داده است که این دانش‌آموزان در برخی از ابعاد ادراک از خود، مانند ادراک از خود بدنی، اجتماعی (وین، وودلندز و وونگ<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲) و ابعاد تحصیلی (چاپمن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) برتر از افراد عادی هستند. با وجود این، در مطالعه وین و همکاران (۱۹۸۲) ادراک از خود تحصیلی در گروه‌های عادی و تیزهوش از افراد ناتوان در یادگیری بالاتر بود و در پژوهش مونتاگو و گاردن<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) ادراک از خود دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری از جهت عمل کرد تحصیلی کم‌تر از همسالان نرمالشان نبود.

<sup>1</sup>. Marsh

<sup>2</sup>. Solana

<sup>3</sup>. Chovam & Morrison

<sup>4</sup>. Bear, Minke & Manning

<sup>5</sup>. Winne, Woodlands & Wong

<sup>6</sup>. Chapman

<sup>7</sup>. Montague & Gardren

کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص‌توجه نیز مشکلات متعددی در زمینه‌های تحصیلی (استونر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳)، برخوردهای اجتماعی (اونز، گالدفین، ایونجلیستا، هوزا و کایسر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷)، مهارت‌های محاوره‌ای، روش‌های مؤثر ابراز خشم (گنتسچل و مک لاگلین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) دارند؛ بنابراین انتظار می‌رود این مشکلات ادراک از خود تحصیلی و رفتاری کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی‌توجه را به شکل منفی تحت تأثیر قرار دهد (اونز و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها در ارتباط با عوامل روانی و اجتماعی مرتبط با اختلال بیش‌فعالی / کاستی‌توجه و این‌که این عوامل چه‌طور ادراک از خود این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به نتایج متناقضی دست یافته‌اند. باربر، گروبز و کاترل<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که کودکان دارای بیش‌فعالی / کاستی‌توجه، ادراک از خود پایین‌تری از کودکان به‌هنجار دارند. همچنین پژوهش دوماس و پلتیر<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) نشان داد که ادراک خود در کودکان دارای بیش‌فعالی / کاستی‌توجه کم‌تر از کودکانی است که این اختلال را ندارند. برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد علاوه بر مشکلات متعددی که این کودکان دارند، آن‌ها شایستگی و توانایی خود را بیش از حد واقعی برآورد می‌کنند (اونز و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود کمبودها و مشکلاتشان، در ادراک‌های شخصی خود، در بالاترین حد مبالغه می‌کنند (ایونجلیستا، اونز، گلدن و پلهام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

متغیر دیگری که در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفته است، مشکلات خواب است. اصطلاح مشکلات خواب به مشکلات ذهنی و نیز مشکلات عینی و قابل اندازه‌گیری رفتارهای غیرعادی در خواب اشاره دارد (مایلمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). به‌غیر از شواهد فراوانی که ارتباط کیفیت و کمیت خواب ضعیف با مشکلات یادگیری را نشان می‌دهد، به رابطه‌ی بین مشکلات خواب و مشکلات

<sup>1</sup> . Stoner

<sup>2</sup> . Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza & Kaiser

<sup>3</sup> . Gentschel & McLaughline

<sup>4</sup> . Barber, Grubbs & Cottrell

<sup>5</sup> . Dumas & Pelletier

<sup>6</sup> . Pellham

<sup>7</sup> . Millman

یادگیری نیز توجه کمی مبذول شده است، اگرچه چندین مطالعه میزان بالایی از مشکلات خواب را در کودکان دارای اختلال خواندن و مشکلات اساسی یادگیری (مرسیر، پیویک و باسی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳) نسبت به کودکانی که رشد طبیعی دارند را نشان داده است (به نقل از فاکیر و وایلد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). میکو پائلو، بلسیوتی، گائولا و تاکاتلیدائو و پانتازوپائلو<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که ۲۰/۲ درصد از کودکان دارای ناتوانی یادگیری خواب آشفته یا کم دارند، ۲۲/۸ درصد در طول شب بیدار می‌شوند، ۱۷/۶ درصد در طول خوابشان صحبت می‌کنند، ۱۴/۱ درصد کابوس می‌بینند، ۸/۸ درصد شب ادراری، ۳/۳ درصد در خواب راه می‌روند، ۴۵/۵ درصد به خاطر تاریکی به وحشت می‌افتند، ۳۱ درصد از تنها خوابیدن می‌ترسند و ۱۵/۱ درصد هم می‌ترسند که به رختخواب بروند. مطالعه فاکیر و وایلد (۲۰۱۱) نیز نشان داد که کودکان ناتوان یادگیری مشکلات خواب بیش‌تری از کودکان عادی دارند.

شکایت از مشکلات خواب در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه نیز غیرمعمول نیست. کورکام، تناک و مالدوفسکی<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) گزارش می‌کنند که بالای ۵۰ درصد از این کودکان دارای مشکلات خواب هستند. بر اساس پژوهش‌های ساده، راویو و گروبر<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) و البی، جورگنسن و بیلنبرگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۹)، ۲۵ تا ۵۰ درصد کودکان و بیش‌تر از ۵۰ درصد بزرگ‌سالان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه از مشکلات خواب رنج می‌برند، درحالی‌که برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که در خواب این کودکان هیچ‌گونه وضعیت غیرعادی وجود ندارد (سانگال<sup>۷</sup>، اونز و سانگال، ۲۰۰۵؛ ویگز، مونتگومری و استورز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ چروین و آرچولد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از

<sup>۱</sup> . Mercier, Pivik & Buusby

<sup>۲</sup> . Fakier & Wild

<sup>۳</sup> . Micchopoulou, Belesioti, Goula, Tokatlidou & Pantazopoulou

<sup>۴</sup> . Corkum, Tannock & Moldofsky

<sup>۵</sup> . Sadeh, Raviv & Gruber

<sup>۶</sup> . Hvolby, Jorgensen & Bilenberg

<sup>۷</sup> . Sangal

<sup>۸</sup> . wiggs, Montgomery & Stores

<sup>۹</sup> . Chervin & Archbold

یون، جین و شاپیرو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

در مجموع با توجه به شیوع بالای اختلال‌های یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه و زیان‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و فردی حاصل از این اختلال‌ها، اهمیت «مشکلات خواب» و «ادراک از خود» به‌عنوان عوامل مؤثر در موفقیت، پیشرفت، سلامت و کاهش مشکلات روان‌شناختی این دانش‌آموزان و شناسایی عوامل تشدیدکننده و پیش‌گیری از پیامدهای آن ضروری به نظر می‌رسد و نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای مسئولین و خانواده‌ها، راه‌کارهایی را برای استفاده از روش‌های مناسب آموزشی، تربیتی و تقویتی ارائه نماید. همچنین خلأهای پژوهشی، ناهمسو بودن برخی از مطالعات، از اهمیت دیگر این تحقیق می‌باشد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی ادراک خود و مشکلات خواب در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری، بیش‌فعالی / کاستی توجه و دانش‌آموزان عادی است.

## روش

طرح پژوهشی حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش در مقوله‌ی مطالعات علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی)، قرار می‌گیرد.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر و دختر دارای اختلال ناتوانی یادگیری، بیش‌فعالی / کاستی توجه و دانش‌آموزان عادی پایه‌ی پنجم ابتدایی بود که در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ در مدارس ابتدایی عادی و دولتی شهرستان پارس‌آباد مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ابتدا به‌صورت تصادفی ۵ مدرسه دخترانه و ۴ مدرسه پسرانه و از هر کدام از این مدارس ۳ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شد. از میان کلاس‌های مذکور با توضیح علایم ناتوانی‌های یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه به معلمان و نظر آنان دانش‌آموزان مشکوک به ناتوانی یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه انتخاب شدند. سپس به‌منظور تشخیص

<sup>1</sup>. Yoon, Jain & Shapiro

دقیق کودکان، از مصاحبه‌ی تشخیصی با توجه به ملاک‌های DSM-IV و اجرای آزمون‌های مشکلات یادگیری کلورادو (فرم والدین) و پرسش‌نامه کانرز (فرم معلم) استفاده شد. به منظور تشخیص افتراقی و عدم همپوشی اختلال‌ها در افراد نمونه‌ی پرسش‌نامه‌ی یادگیری کلورادو و کانرز بر روی هر سه گروه اجرا شد و در نهایت ۲۰ دانش‌آموز دارای ناتوانی یادگیری (۱۰ پسر، ۱۰ دختر)، ۲۰ دانش‌آموز دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه (۱۰ پسر، ۱۰ دختر) انتخاب شد. ۲۰ دانش‌آموز عادی (۱۰ پسر، ۱۰ دختر) نیز بعد از همتاسازی براساس جنس، سن، مدرسه و پایه‌ی تحصیلی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. سپس برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

**پرسش‌نامه‌ی کانرز<sup>۱</sup>:** برای سنجش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه از پرسش‌نامه کانرز، فرم معلم استفاده شد که دارای ۳۹ گویه است. این پرسش‌نامه در اغلب نقاط دنیا به‌عنوان رایج‌ترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مورد استفاده قرار گرفته است (لینت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). این پرسش‌نامه به‌صورت چهار گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی صفر برای «هرگز» تا سه برای «خیلی زیاد» مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ی خوشابی (۱۳۸۱) با استفاده از روش همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ، همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست ( $\alpha=0/93$ ) ارزیابی شد. همچنین فرمند (۱۳۸۵) اظهار داشته با مراجعه به پرسش‌نامه مقیاس والدین کانرز درمی‌یابیم که کانرز نقطه‌ی برش خاصی را برای تعیین مشکلات با اهمیت بالینی پیشنهاد نکرده است، ولی نمرات بالای ۶۰ را بالاتر از حد متوسط نامیده است. لذا در این پژوهش نقطه‌ی برش ۶۰ جهت غربال کودکان دچار بیش‌فعالی / کاستی توجه با توجه به مطالعه‌ی خوشابی در نظر گرفته شد.

1. Conners' Questionnaire
2. Linnet

**پرسش‌نامه‌ی مشکلات یادگیری کلورادو<sup>۱</sup> (CLDQ):** این پرسش‌نامه توسط ویلکات، بودا، ریدل، چاپیلداس، دیفرس و پنونگتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ به نقل از حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰) تهیه شده، مشکلات یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی می‌داند که موجب مشکلات یادگیری می‌شوند. این پرسش‌نامه از ۲۰ آیتم تشکیل شده است و توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل می‌شوند. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. روایی تفکیکی و روایی سازه پرسش‌نامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴؛ ریاضی ۰/۴۴؛ شناخت اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۶۴ و فضای ۰/۳۰ (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰). حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰) نیز همسانی درونی کل و خرده مقیاس‌های آن را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به این ترتیب گزارش کرده‌اند: خواندن ۰/۸۸؛ ریاضی ۰/۷۱؛ شناخت اجتماعی ۰/۸۳؛ اضطراب اجتماعی ۰/۸۵؛ فضای ۰/۷۲ و کل ۰/۹۰ (حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰).

**مقیاس ادراک خود<sup>۳</sup> (SPPC):** مقیاس ادراک از خود توسط هارتر (۱۹۸۵) برای شناسایی ادراک فرد از کفایت و شایستگی خود در قلمروهای گوناگون و همچنین احساسات کلی درباره‌ی ارزش خودِ کودکان ۸ تا ۱۴ ساله ساخته شده است و دارای ۳۶ آیتم می‌باشد. این آزمون دارای ۶ خرده آزمون مقیاس شایستگی تحصیلی، مقبولیت اجتماعی، صلاحیت ورزشی، سلوک رفتاری، ظاهر فیزیکی و ارزش کلی خود می‌باشد. سؤالات با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. هارتر (۱۹۸۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را از ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین این ضریب را

1. Colorado Learning Difficulties Questionnaire
2. Willcutt, Boada, Riddle, Chhabildas, DeFries & Pennington
3. Self Perception Profile for Children (SPPC)



برای شایستگی آموزشگاهی ۰/۸۰، شایستگی تحصیلی ۰/۸۲ و پذیرش اجتماعی ۰/۷۵ گزارش کرده است. روایی این آزمون در پژوهش رضایی جمالویی (۱۳۸۹) مناسب ارزیابی شده و همچنین ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

**ابزار سنجش عادات خواب کودکان (CSHQ):**<sup>۱</sup> این ابزار توسط اونز، اسپریتو، مک گوین و نویل<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) ساخته شده و مشتمل بر ۳۳ قسمت می‌باشد که از آن برای غربالگری اختلالات خواب در کودکان ۱۲-۳ ساله استفاده می‌شود. سؤالات به صورت چند گزینه‌ای بوده، از آن‌ها خواسته شد در صورت تکرار رفتار به صورت ۷-۵ روز در هفته گزینه‌ی «معمولاً» (امتیاز ۳)، ۴-۲ بار در هفته گزینه «گاهی اوقات» (امتیاز ۲)، ۱-۰ بار در هفته، گزینه‌ی «ندرتاً» (امتیاز ۱) را علامت‌گذاری نمایند. روایی ابزار با استفاده از روش اعتبار محتوای ارزیابی شد و پایایی آن با روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ کودک ۱۱-۶ ساله تعیین گردید (I=۰/۹۷). هرچه امتیاز بیش‌تر باشد اختلال خواب شدیدتر خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه طی دو مطالعه، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمده است (گودلاین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ اونز، اسپریتو و مک گوین، ۲۰۰۰ به نقل از نجفی، عطاری، مراثی و معین، ۱۳۹۰).

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:** برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است، به طوری که برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و در آمار استنباطی به منظور تعیین میزان تفاوت زیرمؤلفه‌های ادراک از خود و مشکلات خواب در بین دانش‌آموزان عادی، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

<sup>۱</sup> . Child Sleep Habits Questionnaire

<sup>۲</sup> . Owens, Spirito, McGuinn & Nobile

<sup>۳</sup> . Goodline

## نتایج

جدول ۱. یافته‌های توصیفی ادراک از خود (با زیرمؤلفه‌های آن) و مشکلات خواب به تفکیک گروه‌های پژوهشی

گروه‌ها									متغیرها
اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی			اختلال یادگیری			عادی			
N	SD	M	N	SD	M	N	SD	M	
۲۰	۱/۱۲	۲۰/۰۰	۲۰	۱/۶۸	۱۶/۷۰	۲۰	۲/۹۰	۲۰/۹۰	شایستگی تحصیلی
۲۰	۲/۴۳	۱۸/۵۵	۲۰	۲/۱۸	۱۸/۱۵	۲۰	۳/۳۶	۲۴/۱۵	مقبولیت اجتماعی
۲۰	۲/۸۱	۲۷/۶۵	۲۰	۴/۴۰	۲۱/۹۵	۲۰	۵/۱۹	۲۳/۶۰	صلاحیت ورزشی
۲۰	۲/۰۴	۱۷/۹۰	۲۰	۳/۰۶	۲۰/۸۵	۲۰	۳/۰۰	۲۴/۲۵	سلوک رفتاری
۲۰	۲/۸۳	۲۲/۹۵	۲۰	۲/۴۶	۲۰/۱۰	۲۰	۳/۵۳	۲۴/۴۰	ظاهر فیزیکی
۲۰	۲/۹۸	۲۵/۵۰	۲۰	۲/۱۰	۱۷/۳۵	۲۰	۲/۵۶	۲۶/۸۵	ارزش کلی خود
۲۰	۵/۶۷	۱۳۱/۸۰	۲۰	۶/۴۵	۱۱۴/۸۵	۲۰	۹/۲۱	۱۴۵/۶۵	ادراک از خودکلی
۲۰	۱۰/۴۸	۹۲/۵۰	۲۰	۶/۲۹	۷۸/۸۵	۲۰	۱۰/۸۰	۶۵/۳۵	مشکلات خواب

به منظور بررسی و تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها (عادی، اختلال یادگیری و اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه) در زیر مؤلفه‌های ادراک از خود و مشکلات خواب، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جداول زیر ارائه شده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل واریانس چندمتغیره رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). با این وجود در ابتدا از آزمون لامبدای ویلکز جهت تعیین اثر کلی متغیر گروه بر متغیرهای پژوهشی استفاده شد، که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

## جدول ۲. آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	F	df1	df2	P
شایستگی تحصیلی	۲/۰۶۷	۲	۵۷	۰/۱۲۹
مقبولیت اجتماعی	۱/۶۶۴	۲	۵۷	۰/۱۹۸
صلاحیت ورزشی	۲/۲۴۱	۲	۵۷	۰/۱۰۱
سلوک رفتاری	۱/۱۱۴	۲	۵۷	۰/۳۳۵
ظاهر فیزیکی	۱/۲۲۳	۲	۵۷	۰/۳۰۲
ارزش کلی خود	۲/۰۵۶	۲	۵۷	۰/۱۳۷
مشکلات خواب	۲/۷۵۵	۲	۵۷	۰/۰۷۲

## جدول ۳. آزمون معناداری مانوا

آزمون	ارزش	F	df	df	P	Eta
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۲	۲۸/۱۲۹	۱۴/۰۰۰	۱۰۲/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۴

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنادار است، چرا که  $F$  مربوط به آزمون لامبدای ویلکز با  $(۲۸/۱۲۹)$  با درجه آزادی  $(۱۴)$  در سطح  $P < ۰/۰۰۰۱$  معنادار است. یعنی بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهشی تفاوت معناداری وجود دارد. جهت تعیین این که این تأثیر کلی در گروه‌ها و متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴ ارائه شده است.

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (عادی، اختلال یادگیری و اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه) در زیر مؤلفه‌های ادراک از خود و مشکلات خواب در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنادار است.

از آنجایی که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهشی را به صورت کلی نشان می‌دهد، جهت تعیین این که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون مانوا برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

منبع تغییرات	متغیرها	SS	df	MS	F	P
گروه‌ها	شایستگی تحصیلی	۱۹۵/۶۰	۲	۹۷/۸۰	۱۵/۱۴	۰/۰۰۰۱
	مقبولیت اجتماعی	۴۵۰/۱۳	۲	۲۲۵/۰۶	۳۰/۶۸	۰/۰۰۰۱
	صلاحیت ورزشی	۳۴۴/۱۰	۲	۱۷۲/۰۵	۹/۵۰	۰/۰۰۰۱
	سلوک رفتاری	۴۰۳/۹۰	۲	۲۰۱/۹۵	۳۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
	ظاهر فیزیکی	۱۹۱/۴۳	۲	۹۵/۷۱	۸/۲۷	۰/۰۰۱
	ارزش کلی خود	۱۰۵۶/۶۳	۲	۵۲۸/۳۱	۷۹/۶۴	۰/۰۰۰۱
	مشکلات خواب	۷۳۷۱/۳۰	۲	۳۶۸۵/۶۵	۴۱/۵۵	۰/۰۰۰۱

جدول ۵. آزمون تعقیبی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین	SD	P
شایستگی تحصیلی	عادی	LD	*۴/۲۰	۰/۸۰۳	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*-۳/۳۰	۰/۸۰۳	۰/۰۰۰۱
مقبولیت اجتماعی	عادی	LD	*۶/۰۰	۰/۸۵۶	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*۵/۶۰	۰/۸۵۶	۰/۰۰۰۱
صلاحیت ورزشی	عادی	ADHD	*-۴/۰۵	۱/۳۴۵	۰/۰۰۱
	ADHD	LD	*-۵/۷۰	۱/۳۴۵	۰/۰۰۰۱
سلوک رفتاری	عادی	LD	*۳/۴۰	۰/۸۱۸	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*۶/۳۵	۰/۸۱۸	۰/۰۰۰۱
ظاهر فیزیکی	عادی	LD	*۴/۳۰	۱/۰۷۵	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*-۲/۸۵	۱/۰۷۵	۰/۰۱۰
ارزش کلی خود	عادی	LD	*۹/۵۰	۰/۸۱۴	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*-۸/۱۵	۰/۸۱۴	۰/۰۰۰۱
مشکلات خواب	عادی	LD	*-۱۳/۵۰	۲/۹۷۸	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*-۲۷/۱۵	۲/۹۷۸	۰/۰۰۰۱
	ADHD	LD	*-۱۳/۶۵	۲/۹۷۸	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول تعقیبی ۵ نشان می‌دهد که در ۵ زیر مؤلفه‌ی ادراک از خود (شایستگی تحصیلی، مقبولیت اجتماعی، سلوک رفتاری، ظاهر فیزیکی و ارزش کلی خود) بین دو گروه دانش‌آموزان

عادی و دانش‌آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  وجود دارد به طوری که دانش‌آموزان گروه عادی نمرات بالاتری نسبت به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری کسب کردند، بین دو گروه در زیرمؤلفه صلاحیت ورزشی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در نمرات سه زیرمؤلفه ادراک از خود (مقبولیت اجتماعی، صلاحیت ورزشی و سلوک رفتاری) در افراد گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  وجود دارد، به طوری که در دو زیرمؤلفه‌ی مقبولیت اجتماعی و سلوک رفتاری دانش‌آموزان گروه عادی نمرات بالاتری نسبت به دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه کسب کردند و در زیرمؤلفه صلاحیت ورزشی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه نمرات بالاتری نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب کردند. بین دو گروه در زیرمؤلفه‌های شایستگی تحصیلی، ظاهر فیزیکی و ارزش کلی خود تفاوت معناداری مشاهده نشد. در نهایت نتایج جدول تعقیبی نشان می‌دهد که به‌جز زیرمؤلفه مقبولیت اجتماعی در سایر زیرمؤلفه‌های ادراک از خود بین دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  وجود دارد. به طوری که در زیرمؤلفه سلوک رفتاری دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و در سایر زیرمؤلفه‌ها دانش‌آموزان مبتلابه بیش‌فعالی / نقص توجه نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

نتایج جدول تعقیبی ۵ راجع به مشکلات خواب نشان می‌دهد که بین نمرات مشکلات خواب دانش‌آموزان عادی با دو گروه دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه در سطح  $P < 0/01$  تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه، مشکلات خواب بیش‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند. همچنین بین دو گروه دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه نیز در متغیر مشکلات خواب تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/01$  مشاهده شد به طوری که دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه نسبت به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری مشکلات خواب بیش‌تری دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ادراک خود و مشکلات خواب در دانش‌آموزان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی / کاستی‌توجه، ناتوانی یادگیری و عادی آن‌جام گرفت. یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری نسبت به دانش‌آموزان عادی در شایستگی تحصیلی، مقبولیت اجتماعی، سلوک رفتاری، ظاهر فیزیکی و ارزش کلی خود، ادراک خود ضعیف‌تری دارند، ولی دو گروه در زیرمؤلفه‌ی صلاحیت ورزشی تفاوتی ندارند. این یافته‌ها با یافته‌های بی‌یر و همکاران (۲۰۰۲)، (سولانا، ۱۹۸۳ و چوام و مریسون، ۱۹۸۴؛ به نقل از رضایی جمالویی، ۱۳۸۹) و نیز چوام و مریسون (۱۹۸۹) همسو می‌باشد. مطالعه‌ی وین و همکاران (۱۹۸۲) نشان دادند دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری در ادراک خود بدنی، اجتماعی و مطالعه چاپمن (۱۹۹۸) که نشان داد این افراد در ابعاد تحصیلی برتر از افراد عادی هستند، ناهمسو می‌باشد. هم‌چنین ناهمسو با پژوهش مونتاگو و گاردن (۲۰۰۳) می‌باشد که نشان داد ادراک خود این کودکان از جهت عمل کرد تحصیلی کم‌تر از همسالان عادی نبود.

در تبیین این یافته‌ها باید به این نکته توجه کرد که شکست‌های پی‌درپی و عدم موفقیت دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری به‌خصوص در حوزه‌ی تحصیلی سبب ایجاد ادراک خود منفی می‌شود (می‌یر، ۱۹۸۳). وقتی کودکان ناتوان در یادگیری دچار مشکلات جدی در خواندن، نوشتن و حساب هستند به تدریج دچار احساس حقارت می‌شوند و والدین آن‌ها نیز که اغلب از دلایل ناتوانی آن‌ها بی‌خبر هستند با فشارهایی که به کودک می‌آورند مشکلات را چند برابر می‌کنند (احدی و کاکاوند، ۱۳۸۸). بنابراین به خاطر تصور منفی‌ای که اطرافیان از دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری دارند، این نگرش منفی به این دانش‌آموزان منتقل می‌شود و سبب می‌شود که آن‌ها نقایص خود را تعمیم داده، خودشان نیز به تصویری کاملاً منفی درباره‌ی خویش برسند (هیمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

همچنین نتایج نشان داد که در مقبولیت اجتماعی و سلوک رفتاری، دانش‌آموزان گروه عادی نسبت به دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، ادراک از خود بالاتری دارند، ولی در صلاحیت ورزشی دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه نسبت به دانش‌آموزان عادی ادراک از خود بالاتری دارند و بین دو گروه در سایر زیرمؤلفه‌ها تفاوتی وجود ندارد. این یافته‌ها همسو با یافته‌های باربر و همکاران (۲۰۰۵) و دئوماس و پلیتر (۱۹۹۹) می‌باشد که نشان دادند کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، ادراک از خود پایین‌تری نسبت به کودکان عادی دارند. همچنین این نتیجه با یافته‌های اونز و همکاران (۲۰۰۷) و ایونجلیستا و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد که نشان دادند علاوه بر مشکلات متعددی که این کودکان دارند آن‌ها شایستگی و توانایی خود را بیش از حد واقعی برآورد می‌کنند و در ادراک‌های شخصی خود در بالاترین حد، مبالغه می‌کنند.

در زمینه‌ی تبیین برتری کودکان عادی در برخی از جنبه‌های ادراک خود نسبت به کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، می‌توان به مدل انگیزشی هارتر (۱۹۸۵) اشاره کرد. هارتر (۱۹۸۵) بیان می‌کند که ادراک‌های شخصی کودکان از کنترل و صلاحیت، بر انگیزه آن‌ها تأثیر می‌گذارند. کودکان با تجربه‌ی شکست احساس عدم صلاحیت داشته، انگیزه‌ی آن‌ها برای شرکت در کارهای چالش‌آور و جدید بعدی کاهش می‌یابد. از آن‌جا که بسیاری از کودکان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه به‌طور پیوسته بازخوردهای منفی به چالش‌های پایدار را تجربه می‌کنند (بندر و پلهام، ۱۹۹۷) بنابراین تأثیر تجمعی سال‌های منفی‌گری و طرد اجتماعی می‌تواند منجر به کمبود اعتماد به‌نفس و ادراک خود منفی شود (گنتسچل و مک لاکلین، ۲۰۰۰). در عین حال این که این کودکان با وجود مشکلات متعدد در برخی زمینه‌ها، ادراک از خود بالاتری دارند یا تفاوت محسوسی با کودکان عادی ندارند، احتمالاً با توجه به مفهوم «سوگیری فریبنده» (اونز و همکاران، ۲۰۰۷) قابل تبیین می‌باشد. کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه به

## 1. Illusory Bias

بزرگ‌نمایی شایستگی خود در زمینه‌های متعدد (تحصیلی، ورزشی و فیزیکی) تمایل دارند. دلیل این بزرگ‌نمایی که سوگیری فریبده‌ی مثبت<sup>۱</sup> نامیده می‌شود، ناشناخته است و عاملی است که در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه، از شناسایی و یا ادراک آن‌ها در زمینه‌های کاستی‌هایشان جلوگیری می‌کند (اونز و همکاران، ۲۰۰۷).

در نهایت نتایج نشان داد که به‌جز زیرمؤلفه‌ی مقبولیت اجتماعی که تفاوت معناداری بین دو گروه دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه وجود ندارد، در سایر زیرمؤلفه‌های ادراک از خود، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری، ادراک از خود بالاتری نسبت به دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه دارند. با توجه به این که مشکلاتی که کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه نسبت به کودکان دارای اختلال یادگیری گسترده‌تری است و این که نتایج برخلاف انتظار نشان می‌دهد کودکان دارای اختلال یادگیری ادراک خود بالاتری از کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه دارند. احتمالاً این یافته نیز با توجه به مفهوم «سوگیری فریبده‌ی مثبت» قابل تبیین باشد که این دانش‌آموزان برخلاف مشکلاتی که دارند در برخی از توانایی‌های خود اغراق می‌کنند.

همچنین نتایج در زمینه‌ی مشکلات خواب در بین گروه‌های مورد مطالعه نشان داد، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه مشکلات خواب بیش‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند. همچنین دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه نسبت به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری مشکلات خواب بیش‌تری دارند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های (مرسیر و همکاران، ۱۹۹۳؛ گوین، ۱۹۹۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از فاکیر و وایلد، ۲۰۱۱) و مطالعه‌ی فاکیر و وایلد (۲۰۱۱) می‌باشد که میزان بالایی از مشکلات خواب را در کودکان دارای مشکلات یادگیری نسبت به کودکان عادی نشان داده‌اند. همچنین این نتیجه با مطالعه‌ی میکوپاتلو و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد که نشان دادند، کودکان دارای ناتوانی یادگیری مشکلات



متعدد خواب را دارند.

باتوجه به این که دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری مشکلات هیجانی و اجتماعی قابل ملاحظه‌ای دارند و نسبت به هم‌تایان عادی خود در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به انواع مشکلات هیجانی و اجتماعی قرار دارند (احدی و کاکاوند، ۱۳۸۸) این امر احتمالاً آن‌ها را بیش‌تر مستعد مشکلات خواب می‌کند چرا که الگوهای خواب آشفته می‌تواند انعکاس دهنده‌ی اضطراب یا نگرانی‌های هیجانی اساسی درباره‌ی شایستگی هوشی و تحصیلی باشد (دولینگر، هورن و بوارینی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸). از دلایل احتمالی دیگر برای شیوع بالای مشکلات خواب در بین کودکان دارای مشکلات یادگیری می‌توان به تأخیر در بلوغ، الگوهای فرزندپروری به‌وسیله‌ی والدین دلواپسی که مشکلات خواب کودکان را به‌صورت غیرعمدی تشویق و حمایت می‌کنند، اشاره کرد (به نقل فاکیرو وایلد، ۲۰۱۱). یافته‌های فوق همچنین با یافته‌های کورکام و همکاران (۱۹۹۸)، (ساده و همکاران، ۲۰۰۰؛ والبی و همکاران، ۲۰۰۹؛ کروین و آرچبولد، ۲۰۰۱؛ به نقل از یون و همکاران، ۲۰۱۲) است که نشان دادند کودکان دارای بیش‌فعالی / نقص توجه به میزان قابل توجهی از مشکلات خواب رنج می‌برند و ناهمسو با مطالعات (سانگال و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویگز و همکاران، ۲۰۰۵؛ کروین و آرچبولد، ۲۰۰۱؛ به نقل از یون و همکاران، ۲۰۱۲) می‌باشد که گزارش کردند که در خواب کودکان دارای اختلال یادگیری هیچ وضعیت غیرمعمولی وجود ندارد.

ارتباط بین بیش‌فعالی / کاستی توجه و مشکلات خواب مبهم و نامشخص است. بیماران دارای اختلال‌های خواب می‌توانند همان نشانه‌های بیش‌فعالی / کاستی توجه را نشان دهند و بیماران بیش‌فعالی / کاستی توجه می‌توانند از ویژگی‌های اختلال‌های خواب رنج ببرند. برخی پژوهشگران عقیده دارند که مشکلات خواب جز خصوصیات اصلی بیش‌فعالی / کاستی توجه نیست و تنها در حضور هم‌ایندی با اختلال‌ها و مشکلات خلقی مانند افسردگی و اضطراب که زیربنایی برای

1. Dollinger, Horn & Boarini

اختلال‌های خواب هستند یا در اثر استفاده از محرک‌های پزشکی، اتفاق می‌افتد (مایز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ استین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از یون و همکاران، ۲۰۱۲). برخی مطالعات نیز ذکر می‌کنند که همپوشی اختلال‌های خواب و بیش‌فعالی / کاستی توجه این احتمال را برجسته می‌کند که ممکن است مکانیسم‌های عمومی وجود داشته باشد که هر دو اختلال را ایجاد کند. برخی از مناطق مغز که در بیش‌فعالی / نقص توجه تأثیر دارند، همان ساختارهایی هستند که در نظم‌دهی خواب دخیل‌اند (آرنستن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ پاتر، نیو هائوس و بوکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). با این وصف، این امکان وجود دارد که آسیب‌های خواب بخشی از نشانه‌شناسی بیش‌فعالی / کاستی توجه باشد (یون و همکاران، ۲۰۱۲).

فقدان کنترل پایگاه اجتماعی-اقتصادی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بر مبنای نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد با توجه به اهمیت «ادراک خود» و اکتسابی بودن این متغیر، با استفاده از راهبردهای مناسب، میزان آن در دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه و اختلال یادگیری افزایش یابد و همچنین با توجه به دوسویه بودن ارتباط مشکلات خواب و ناتوانی یادگیری و بیش‌فعالی / کاستی توجه، مدیریت مشکلات خواب در این بین می‌تواند بطور معناداری مشکلات شدید رفتاری را کاهش دهد و کیفیت زندگی این کودکان و خانواده آن‌ها را تغییر دهد. در نهایت از تمامی معلمان، والدین و مسئولانی که در به آن‌جام رساندن پژوهش حاضر همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

## منابع

احدی، حسن؛ کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۸). *اختلالات یادگیری از نظریه تا عمل*. تهران: نشر ارسباران.

1. Mayes
2. Stein
3. Arnsten
4. Potter, Newhouse & Bucci

انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده‌ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR). ترجمه‌ی هامایاک آوادیس یانس و محمد رضا نیکخواه (۱۳۸۸). چاپ اول، تهران، نشر سخن.

به‌پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ علی‌زاده، حمید؛ همتی‌علمدارلو، قربان (۱۳۸۶). تأثیر آموزش و توان کنترل خود بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، فصل‌نامه‌ی پژوهش‌کنده کودکان استثنایی، ۱(۲۳)، ۱۸-۱.

حاجلو، نادر و رضایی شریف، علی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی مشکلات یادگیری کلورادو. فصل‌نامه‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۴۳-۲۴.

خوشابی، کتایون (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رضایی جمالویی، حسن (۱۳۸۹). مقایسه‌ی پذیرش همسالان، سازگاری و ادراک از خود در دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری و دانش‌آموزان عادی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه محقق اردبیلی.

فرمند، آتوسا (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزند پروری مثبت و دارو درمانی، بر علایم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، در مقایسه با هر یک از این درمان‌ها به تنهایی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کاوسیان، جواد و کدیور، پروین (۱۳۸۴). نقش برخی از عوامل خانوادگی در خودپنداره خانوادگی دانش‌آموزان دبیرستانی. فصل‌نامه‌ی رفاه اجتماعی، ۵(۲۹)، ۱۱۲-۹۱.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین و گرب، جان (۲۰۰۲). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه‌ی نصرت‌اله پور افکاری (۱۳۸۲). تهران، شهر آب.

نجفی، مصطفی؛ عطاری، عباس؛ مراثی، محمدرضا و معین، یاسر (۱۳۹۰). مقایسه‌ی وضعیت خواب کودکان ۳ تا ۷ ساله‌ی مبتلا به خود ارضایی با گروه شاهد در شهر اصفهان. مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی اصفهان، ۲۹ (۱۶۹)، ۲۶۱۱-۱۶۰۵.

Arnsten, A. F. T. (2006). Fundamental of attention deficit hyperactivity disorder: circuits and pathways. *J Clin Psychiatry*, 67(9), 7-12.

- Barber, S., Grubbs, L. & Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of pediatric Nursing*, 20, 46-75.
- Bear, G. G., Minke, K. M. & Manning, M. A. (2002). self-concept of students with learning disabilities: A meta-analysis. *school psychology Review*, 31, 405-427.
- Bender, M. E. & Pelham, W. E. (1997). Peer relationship in hyperactive children. description and treatment. In K. D. Gadow & I. Bialer (Eds), *Advances in learning and behavioral disabilities*, 1, 365-436.
- Chapman, J. W. (1988). Learning disabled children's self-concepts. Review of educational research, 58, 347-371.
- Chovam, W. L. & Morrison, E. R. (1989). Correlates of self-perception among variant children. *psychological Reports*, 54(2), 8-536.
- Corkum, P., Tannock, R. & Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 637-646.
- Dumas, D., Pelletier, L. (1999). Perception in hyperactive children. *Journal of maternal child Nursing*, 24, 12-19.
- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M. & Pelham, W. E. (2008). The positive illusory bias in children with ADHD: Do positive illusory perceptions generalize to perceptions of others? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 779-791.
- Fakier, N. & Wild, L. G. (2011). Associations among sleep problems, learning difficulties and substance use in adolescence. *Journal of adolescence*, 34, 717-726.
- Gentschel, D. A., McLaughline, T.F. (2000). Attention deficit /hyperactivity disorder as a social disability: characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of developmental and psysical Disabilities*, 12, 333-317.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, Colo: University of Denver.
- Heyman, W. B. (1990). The self perception of a learning disabilities and its relationship to academic self-perception and self-esteem. *Journal of learning disabilities*, 23(8), 472-475.
- Hvolby, A., Jorgensen, J. & Bilenberg, N. (2009). Parental rating of sleep in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(7), 429-438.
- Linnert, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B. & Rodrigues, A. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit/ hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal Psychiatry*, 160(6), 1028-1040.
- Marsh, H. W. (1987). the big-fish-little-pond effect on academic achievement. *Journal of educational psychology*, 79(3), 280-295.
- Meyer, A. (1983). Origins and prevention of emotional disorder among learning disabled children. *Topics in learning and learning disabilities*, 3, 59-70.
- Micchopoulou, A., Belesioti, B., Goula, V., Tokatlidou, A. & Pantazopoulou, A. (2007). sleep disorders in children with learning difficulties, 22, 282-283.

- Montague, M. & Gardren, D. V. (2003). A cross-sectional study of mathematics Achievement, estimation skills and academic self –perception in students of varying ability. *Journal of learning disabilities*, 36, 437-448.
- Owens, J. A., Spirito, A., McGuinn, M. & Nobile, C. H. (2000). sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21 (1), 27-36.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M, Hoza, B. & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *clinical child and family psychology Review*, 10, 335-351.
- Potter, A. S., Newhouse, P. A. & Bucci, D. J. (2006). Central nicotinic cholinergic systems: a role in the cognitive dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Brain Res*, 175, 201–211.
- Sadeh, A., Raviv, A. & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school – age children. *Developmental psychology*, 36, 291-301.
- Winne, P.H., Woodlands, M.J., Wong, B.Y, (1982). Comparability of self-perception among learning disabled, normal, and gifted students. *Learning Disabilities*, 15(8), 470-475.
- Yoon, S. Y. R., Jain, U. & Shapiro, C. (2012). Sleep in attention–deficit/hyperactivity disorder in children and adults .past, present and future. *Sleep Medicine Reviews*, 16(4), 371-88.

## **A comparison of self-perception and sleep problems among students with hyperactivity disorder, attention-deficit/learning disorder and normal students**

**Z. Rostam Oghli<sup>1</sup>, S. Jani<sup>2</sup>, A. Pouresmali<sup>3</sup> & M. Salehi<sup>4</sup>**

### **Abstract**

The present research was conducted to compare the self-perception and sleep problems among the students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), learning disability (LD) and normal students. The participants of this comparative study were students of 5<sup>th</sup> grade of normal schools in 2013 in Parsabad city. Sixty students (20 ADHD, 20LD & 20 normal) were selected by multi-stage cluster sampling method. Data were collected through Conners's questionnaire, CSHQ, CLDQ and SPPC and analyzed through the multiple analyses of variance (MANOVA) and least significant difference (LSD) post hoc tests. Results showed that students with LD have significant difficulty in scholastic competence, social acceptance, behavioral conduct, physical appearance and global self-worth in comparison with normal students. ADHD students have significant difficulty in social acceptance and behavioral conduct in comparison with normal students. ADHD group out performed the normal students in terms of athletic competence. ADHD and LD students obtained higher scores in sleep problems in comparison with normal group. Findings under score the importance of effective management and training of self-perception and sleep for LD and ADHD students.

**keywords:** learning disorder, hyperactivity, attention deficit, self-perception, sleep problems

---

1. M. A. of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University.

2. M. A. of Psychology, Department of Counseling, Parsabad Moghan Branch, Islamic Azad University

3. Corresponding Author: Ph.D student of general Psychology, University of Mohaghegh Ardabil (asgharpouresmali@yahoo.com).

4. M.A of psychology, Tabriz University