

## مقایسه‌ی اختلال‌های نقص توجه/بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای و سلوک در دانش‌آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی

ناصر یوسفی<sup>۱</sup>، قادر نعیمی<sup>۲</sup>، علی قائدنیای جهرمی<sup>۳</sup>، حاتم محمدی<sup>۴</sup> و شیوا فرمانی شهرضا<sup>۵</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی بود. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۳۸۱ دانش‌آموز عادی (۱۹۳ دختر و ۱۸۸ پسر) و ۸۰ دانش‌آموز با ناتوانی یادگیری (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) بودند که گروه اول به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و گروه دوم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از فرم گزارش معلم آخنباخ استفاده شد. داده‌های پژوهشی با آزمون مجذور خی (کای) تحلیل شد. نتایج نشان داد که: دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری و عادی در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال رفتار مقابله‌ای تفاوت معناداری دارند، اما در اختلال سلوک تفاوت معنادار نیست. این یافته‌ها حاکی از این است که توجه به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال رفتار مقابله‌ای می‌تواند عوامل مؤثری در کار با دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری باشند. **واژه‌های کلیدی:** ناتوانی یادگیری، اختلال‌های رفتاری، بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای.

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه کردستان

۲. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی Ghader.naimi64@gmail.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۴. کارشناس ارشد آموزش و روان‌شناسی کودکان استثنایی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشگین شهر

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۷/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۲۶

## مقدمه

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آن‌ها، کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده، نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (خدام، مدانلو، ضیایی و کشتکار، ۱۳۸۸). در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (خدام و همکاران، ۱۳۸۸). اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراهند (اسلامیه، ۱۳۸۷). محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (یوسفی، ۱۳۷۷). اختلالات رفتاری در جوامع مختلف شیوع نسبتاً یکسانی دارد (رسکورلا، آخنباخ، ایوانوآ، دومنسی، آلم گوئیست و بیلنبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). و آمار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ درصد تا ۲۵/۷ درصد متغیر است و تأثیر عواملی همچون سن، جنس، ساختار و وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده در بروز آن مطرح گردیده است (تانایلا، ایننگ، هیکوراو جارولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ اپن، اسوادی، صبری و ابوصالح<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). اختلال‌های رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (فروع‌الدین، ۱۳۷۲). در واقع، دقت به انواع ناهنجاری‌های رفتاری و تقسیم آن به مقیاس‌های متفاوت از جنبه‌های مختلف مهم است (موسوی و احمدی، ۱۳۹۱). شناسایی مواردی که مشکلات بالینی دارند و بررسی نوع، شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلال‌های کودکان، می‌تواند به منظور ارزیابی میزان شیوع آشفتگی‌های روان‌شناختی، تعیین روند کنونی

1. Rescorla, Achenbach, Ivanova, Dumenci, Almqvist & Bilenberg
2. Taanila, Ebeing, Heikura & Jarvelin
3. Eapen, Swadi, Sabri & Abou-saleh

آن‌ها و تحول فرضیه‌های سبب‌شناسی، بکار رود (کانینو، ببرد، رویواستیپس و براوو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). از جمله اختلال‌های رفتاری که در این مطالعه بررسی شده است، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

شیوع این اختلال‌ها در میان دانش‌آموزان، از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها، مدارس و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال‌ها نه تنها کودک و خانواده وی را در زمان حال درگیر می‌سازند، بلکه آینده‌ی ناخوشایندی را برای کودکان و اطرافیان آن‌ها در پی دارند (خدا و همکاران، ۱۳۸۸).

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان‌پزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری را دارد (کروس، کسلز و کالف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ بیدرمن و فاراوان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه‌ی ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون شکنی زیاد، همراه است و احتمال همراه شدن با سایر اختلال‌ها را در بردارد (دیوید و گاستپار<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). پسران احتمالاً سه برابر دختران به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مبتلا می‌شوند و به علت ابتلا به این اختلال، بیشتر از دختران به مشاور، ارجاع داده می‌شوند (کلاسن، میلر و فاین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) تشخیص دیر هنگام این اختلال می‌تواند پیامدهای زیانباری از جمله سوء مصرف مواد و اختلال در روابط اجتماعی، تحصیلی و شغلی را به دنبال داشته باشد (فاراوان، بیدمان، میلبرگر، واربورتون و توسوانگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ آخوندزاده و

1. Canino, Bird, Rubio-Stipec & Bravo
2. Kroes, Kessels & Kalff
3. Biederman & Faraone
4. Davids & Gastpar
5. Klassen, Miller & Fine
6. Faraone, Biederman, Millberger, Warburton & Tsuang

همکاران، ۲۰۰۳؛ غنی‌زاده، بهردار و عینی، ۲۰۰۶) و در صورت ناشناخته ماندن این اختلال، عوارضی چون شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نا یافتگی عزت نفس در کودک مبتلا پیش خواهد آمد؛ بنابراین، نکته‌ی قابل توجه این است که اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی باید بموقع شناسایی و قبل از تضعیف عملکرد تحصیلی کودک و تنش در روابط کودک - والدین، تشخیص داده شود (کاراندی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است (استینر و رمسینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). این اختلال در طبقه اختلالات رفتاری ایذایی قرار می‌گیرد که از بزرگ‌ترین گروه اختلالات ارجاعی به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان است (کوستین، لیچته، هیل اسمیت، و انس و لوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). میزان شیوع این اختلال با توجه به نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی که به کار گرفته می‌شود، در محدوده‌ی وسیعی بین ۲ تا ۱۶ درصد در سنین پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه گزارش شده است (استینر و رمسینگ، ۲۰۰۷). اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوعی اختلال شایع روان‌پزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوی رفتاری مکرر منفی گرایانه، خصومت و لجبازی در برابر مظاهر قدرت، مشخص می‌شود و دست کم باید ۶ ماه ادامه داشته باشد (محمداسماعیل، ۱۳۸۰). اختلال سلوک، مجموعه‌ای از رفتارهای ضد اجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه‌ی عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است (فاندنیای جهرمی، ۱۳۹۰). براساس تعریف تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای مربوط به دوران کودکی و نوجوانی هستند. علامت اساسی اختلال سلوک، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران متناسب با سن فرد نقض می‌شود. این گونه رفتارها در سه مورد (یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته باید وجود داشته باشند: رفتار پرخاشگرانه که موجب

1. Karande
2. Steiner & Remsing
3. Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance & Luk

تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می‌شود، رفتاری که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می‌شود، فریبکاری یا دزدی، نقض جدی مقررات (سادوک و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). با توجه به این که اختلال‌های رفتاری، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هر گونه تلاشی که در زمینه‌ی شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است (فاندنیای جهرمی، ۱۳۹۰).

ناتوانی یادگیری به گروه ناهمگنی از اختلالات گفته می‌شود که دارای مشخصه‌هایی نظیر دشواری در فراگیری و کارکرد گوش دادن، سخن گفتن، خواندن، نوشتن و محاسبه هستند. این اختلالات پایه‌ی عصب شناختی و روندی تحولی دارند که پیش از دبستان شروع و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند (گارتلند و استروس مندر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). ناتوانی‌های یادگیری، یکی از بزرگ‌ترین و شاید جنجال برانگیزترین مقوله‌های آموزش و پرورش استثنایی است. ناتوانی یادگیری در ایالات متحده آمریکا اصطلاحی برای توصیف کودکانی است که در رشد زبان و مهارت‌های ارتباطی، دارای اختلال هستند. کودکانی که مشکلات یادگیری آن‌ها در درجه‌ی اول به علت نقص ینایی، شنوایی، حرکتی و یا مشکلات هیجانی، محدودیت فرهنگی یا عقب‌ماندگی ذهنی کلی است، جزء این گروه محسوب نمی‌شوند (فلتچر، ریدلیون، فاجس و بارنس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). این دسته از کودکان و نوجوانان با اینکه هوششان پایین‌تر از همکلاسی‌هایشان نیست، ظاهری طبیعی دارند، رشد وزن و قدشان طبیعی است و مثل سایر کودکان بازی می‌کنند، اما در فعالیت‌هایی چون خواندن، نوشتن، سخن گفتن و فهم ریاضی دچار مشکل بوده، در انجام تکالیف مدرسه دچار اشکال جدی می‌باشند (داکرل و مک شین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از نریمانی و

1. Sadok & Sadok
2. Gartland & Strosnider
3. Fletcher, Reid Lyon, Fuchs & Barnes
4. Dacrel & Mac-shin

رجبی، ۱۳۸۴). امروزه، بزرگ‌ترین گروه کودکان استثنایی را که در تمام مدارس استثنایی ثبت نام می‌شوند (حدود ۴۰ درصد از کل) کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری تشکیل می‌دهند (کیرک، گالاگ، کلیمان و آناستاسیو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). هالاهان<sup>۲</sup> (۲۰۰۵؛ به نقل از حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰) میزان شیوع ناتوانی‌های یادگیری را در نقاط مختلف جهان بین ۳ تا ۱۲ درصد گزارش کرده‌اند. مرویان حسینی<sup>۳</sup> (۱۳۷۶) میزان شیوع اختلالات یادگیری را ۸ درصد و نریمانی و رجبی<sup>۴</sup> (۱۳۸۴) میزان شیوع این اختلالات را ۱۳ درصد گزارش نموده‌اند.

ناتوانی‌های یادگیری سبب ایجاد مشکلاتی در زمینه‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی برای دانش‌آموزان می‌شود (فریلیچ و شتمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) که فهم کامل آن نیازمند توجه به حوزه‌های اجتماعی، عاطفی و رفتاری زندگی فرد است (لرنر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). با توجه به این که ناتوانی‌های یادگیری سبب مشکلات اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌شود بنابراین می‌تواند پیش‌آگهی برای مبتلایان افراد به اختلالات رفتاری باشد.

غالب کودکان دارای ناتوانی یادگیری متعلق به خانواده‌هایی هستند که در دوران رشد خود پیوندهای عاطفی لازم با والدین خود نداشته‌اند (افروز، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر این کودکان از نظر ارتباطات عاطفی روانی با والدینشان، خاطرات و تجارب خوشایندی ندارند. آن‌ها در بسیاری موارد از سوی والدین مورد سرزنش، تحقیر، تهدید و احیانا تنبیه بدنی واقع شده‌اند (افروز، ۱۳۸۵). بنابه نظر کراوتز و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) ادراک بین فردی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری بسیار خودمدارانه است و کمتر از دیدگاه دیگران تأثیر می‌پذیرد و بروز برخی رفتارهای نامناسب توسط آن‌ها به دلیل فقدان درک دیدگاه دیگران است (جمشیدی، ۱۳۸۳).

دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری که مداوم و مکرر شکست تحصیلی را تجربه می‌کنند نسبت به

1. Kirk, Gallaghe, Coleman & Anastasiow
2. Hallahan
3. Freilich & Shechtman
4. Lerner
5. Kraetz & et al

مشکلات رفتاری و اجتماعی - هیجانی آسیب پذیرترند. انتظار می‌رود این دانش‌آموزان پس از تجربه شکست و احساس ناشایستگی در چند سال متوالی تحصیلی علایمی از پریشانی و بیگانگی از دنیای مدرسه و بزرگسالان بروز دهند (رضایی، ۱۳۸۵). آنان نمی‌توانند آنچه دیگران که در سطح هوشی مشابه انجام می‌دهند، بدون برخورداری از آموزش‌های ویژه انجام دهند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۴). بنابراین اکثر دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری در جریان فرایند یادگیری و جامعه‌پذیری، شکست‌هایی را تجربه می‌کنند که ممکن است این شکست‌ها به اختلالات رفتاری در این کودکان بینجامد. با توجه به این‌که، متخصصان امر روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، میزان شیوع نارسایی‌های ویژه در یادگیری از ۱ تا ۳۰ درصد برآورد کرده‌اند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۴). در همین راستا، بررسی میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و مقایسه‌ی آن با دانش‌آموزان عادی می‌تواند مؤید این مطلب باشد که دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری باید از منظره‌ی که دچار نوعی از اختلالات رفتاری اند نگریسته شوند تا آموزش و ترمیم این نارسائی کامل‌تر و نتیجه‌بخش‌تر باشد. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری است.

## روش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای<sup>۱</sup> است. در پژوهش حاضر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری و دانش‌آموزان عادی مورد مقایسه قرار گرفته است.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر و پسر عادی و با ناتوانی یادگیری شهر کرج که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در مدارس ابتدایی مشغول به تحصیل بودند. تعداد دانش‌آموزان دبستانی شهر کرج ۵۲۳۶۰ نفر بود.

### 1. Causal-comparative

که از این تعداد، ۱۱۱۵۳ نفر در آموزشگاه‌های ابتدایی ناحیه‌ی یک، ۱۲۳۷۰ نفر در آموزشگاه‌های ابتدایی ناحیه‌ی دو، ۱۳۲۴۵ نفر در آموزشگاه‌های ابتدایی ناحیه‌ی سه، ۱۵۴۹۲ نفر در آموزشگاه‌های ابتدایی ناحیه‌ی چهار مشغول به تحصیل بودند (به نقل از دایره‌ی آمار و بودجه‌ی اداره‌ی کل آموزش و پرورش استان البرز، آبان ۱۳۹۰).

برای انتخاب گروه نمونه دانش‌آموزان عادی از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. با توجه به این که مدارس شهر کرج در چهار ناحیه قرار دارند و ناحیه‌ی یک ۲۱/۳ درصد، ناحیه‌ی دو ۲۳/۶ درصد، ناحیه‌ی سه ۲۵/۲ و ناحیه‌ی چهار ۲۹/۵۸ درصد دانش‌آموزان را تحت پوشش دارند؛ بدین ترتیب با توجه به جمعیت دانش‌آموزی از ناحیه‌ی یک ۴ آموزشگاه (۲ آموزشگاه پسرانه و ۲ آموزشگاه دخترانه) و از ناحیه‌ی دو ۴ آموزشگاه (۲ آموزشگاه پسرانه و ۲ آموزشگاه دخترانه) و از ناحیه‌ی سه ۵ آموزشگاه (۳ آموزشگاه پسرانه و ۲ آموزشگاه دخترانه) و از ناحیه‌ی چهار ۷ آموزشگاه (۳ آموزشگاه پسرانه و ۴ آموزشگاه دخترانه) و از هر آموزشگاه نیز، نمونه‌های مورد نظر به صورت تصادفی از پایه‌های مختلف انتخاب شدند.

برای انتخاب گروه نمونه دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که تعداد ۸۰ نفر از دانش‌آموزان از بین ۱۰۷ نفری که در سه ماه اول سال تحصیلی ۹۰-۹۱ به مرکز آموزشی و توان‌بخشی اختلالات یادگیری کرج ارجاع داده شده بودند و به عنوان دانش‌آموز با ناتوانی یادگیری شناخته شده بودند، انتخاب شدند تا ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات روی آنها اجرا شود:

**نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ (ASEBA):** برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون آخنباخ (نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ) استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ یک مدل چند محوری است که چارچوبی برای سازماندهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف فراهم می‌آورد. در نظام آخنباخ برای به‌دست



آوردن اطلاعات از ۳ منبع والدین، معلم و خود کودک از مقیاس‌های مختلف درجه بندی رفتار استفاده می‌شود. این مقیاس‌ها به ترتیب عبارت‌اند از: سیاهه‌ی رفتاری کودک (CBCL)<sup>۱</sup>، پرسش‌نامه خودسنجی (YSR)<sup>۲</sup> و فرم گزارش معلم (TRF)<sup>۳</sup>. این مقیاس‌ها را آخنباخ براساس شیوه‌های آماری مانند تحلیل عوامل تهیه کرده است و به دو عامل کلی که آن‌ها را اصطلاحاً «درونی‌سازی و برونی‌سازی» می‌نامد دست یافته است (مینایی، ۱۳۸۴). اصلی‌ترین کاربرد مقیاس‌های نظام سنجش آخنباخ، شناسایی افراد مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری است.

بنابراین انتظار می‌رود که نمره افراد مبتلا به اختلالات عاطفی - رفتاری در مقیاس‌های سندرمی (اضطراب/افسردگی - گوشه‌گیری/افسردگی - شکایات جسمانی - مشکلات اجتماعی - مشکلات تفکر - مشکلات توجه - رفتار قانون‌شکنی - رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات) بالاتر از افراد عادی باشد (مینایی، ۱۳۸۴). مینایی (۱۳۸۴) به انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک، در پرسش‌نامه‌ی خودسنجی و فرم گزارش معلم برای دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌های ابتدایی و راهنمایی و متوسطه در نمونه‌ی متشکل از ۱۴۳۷ نفری اقدام نموده و به این نتیجه دست یافته است که دامنه‌ی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ است و ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز با استفاده از روش آزمون - باز آزمون با فاصله‌ی زمانی ۵ - ۸ هفته بررسی شده و دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. توافق بین پاسخ دهندگان نیز بررسی شده است دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. در خصوص روایی این فرم‌ها نیز تحلیل‌های مختلفی صورت گرفته از جمله می‌توان به همبستگی درونی مقیاس‌های هر فرم، همبستگی سؤال - نمره‌ی کل، تمایزگذاری گروهی، قدرت تمایزگذاری و تحلیل عاملی اشاره کرد. نتایج حاصل از تحلیل ضریب همبستگی این فرم‌ها نشان داده است همه‌ی ضرایب همبستگی مقیاس‌ها در سطح  $(p < 0/05)$  از لحاظ آماری معنادارند.

1. Child Behavior Check List
2. Youth Self Report
3. Teachers Report Form

**فرم گزارش معلم (TRF):** فرم گزارش معلم که برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله هنجار شده است، توسط معلم و یا سایر کارکنان مدرسه، مانند مشاوران، مدیر یا معاون و مربی ویژه که با عملکرد دانش‌آموز در مدرسه آشنا است تکمیل می‌گردد. این فرم روشی کارآمد و اقتصادی برای به‌دست آوردن یک تصویر فوری از عملکرد کودک در مدرسه از نقطه نظر معلم یا سایر کارکنان فراهم می‌آورد. پاسخ دهنده براساس وضعیت کودک در دو ماه گذشته، هر سؤال را به صورت (۰ = نادرست است)، (۱ = تاحدی یا گاهی درست است) و (۲ = کاملاً یا غالباً درست است) درجه‌بندی می‌کند.

**روش اجرا:** روش جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، روش انفرادی بود که در اجرای آن از فرم گزارش معلم (TRF) برای هر دو گروه (دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری) استفاده شد. این فرم‌ها توسط معلمان همگی دانش‌آموزان گروه نمونه تکمیل شدند. در این پژوهش چون داده‌های به‌دست آمده به صورت فراوانی و درصد هستند. همچنین پاسخ هر فرد در داخل یک گروه است و مقیاس اندازه‌گیری متغیرها اسمی است، از آزمون مجذور خی (کای<sup>۱</sup>) استفاده می‌شود.

## نتایج

دامنه‌ی سنی دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ سال با میانگین  $8/9$  ( $SD=1/02$ ) بود. بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی و یافته‌های توصیفی (فراوانی و درصد)، از کل دانش‌آموزان عادی ۱۹۳ دانش‌آموز (۵۰/۶٪) دختر و ۱۸۸ دانش‌آموز (۴۹/۴٪) پسر و از کل دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری ۴۰ دانش‌آموز (۵۰٪) دختر و ۴۰ دانش‌آموز (۵۰٪) پسر بودند. همچنین براساس پایه‌ی تحصیلی در مدارس عادی ۸۳ دانش‌آموز (۲۱/۷٪) اول ابتدایی، ۶۳ دانش‌آموز (۱۶/۵٪) دوم ابتدایی، ۷۵ دانش‌آموز (۱۹/۶۸٪) سوم ابتدایی، ۷۹ دانش‌آموز (۲۰/۷۳٪) چهارم ابتدایی، ۸۱ دانش‌آموز (۲۱/۲۵٪) پنجم ابتدایی و در مرکز اختلالات یادگیری نیز از هر پایه‌های تحصیلی ۱۶ دانش‌آموز

1. chi- square

## جدول ۱. مقایسه‌ی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در گروه‌های عادی و LD

کل		دامنه‌ی بالینی		دامنه‌ی مرزی		دامنه‌ی نرمال		شاخص‌ها
P	F	P	F	P	F	P	F	گروه‌ها
۱۰۰	۳۸۱	۲/۴	۹	۴/۰	۱۵	۹۵/۵	۳۵۷	عادی
۱۰۰	۸۰	۱۰/۰	۸	۲۳/۸	۱۹	۶۶/۲	۵۳	LD
				$\chi^2$ محاسبه شده		$\chi^2$ جدول بحرانی		نتیجه
				$\chi^2_m = ۴۹/۸۴$		$\chi^2_b = ۵/۹۹$		معنادار است
				سطح اطمینان $\alpha = ۵\%$		df=2: درجه‌ی آزادی:		

چون  $\chi^2_m = ۴۹/۸۴$  با درجه‌ی آزادی (df=2) و سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha = ۵\%$ ) از  $\chi^2_b = ۵/۹۹$  بزرگ‌تر است، بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به عبارتی دیگر، بین میزان شیوع انواع اختلال توجه / بیش‌فعالی در گروه نمونه با ناتوانی یادگیری و عادی این پژوهش تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

## جدول ۲. مقایسه‌ی میزان شیوع اختلال رفتار مقابل ای در گروه‌های عادی و LD

کل		دامنه‌ی بالینی		دامنه‌ی مرزی		دامنه‌ی نرمال		شاخص‌ها
P	F	P	F	P	F	P	F	گروه‌ها
۱۰۰	۳۸۱	۱/۱	۴	۴/۸	۱۸	۹۴/۲	۳۵۹	عادی
۱۰۰	۸۰	۰/۰	۰	۱۲/۵	۱۰	۸۷/۵	۷۰	LD
				$\chi^2$ محاسبه شده		$\chi^2$ جدول بحرانی		نتیجه
				$\chi^2_m = ۷/۶۸$		$\chi^2_b = ۵/۹۹$		معنادار است
				سطح اطمینان $\alpha = ۵\%$		df=2: درجه‌ی آزادی:		

چون  $\chi^2$  محاسبه شده ( $\chi^2_{\text{م}}=7/68$ ) با درجه‌ی آزادی ( $df=2$ ) و سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/5$ ) از  $\chi^2$  جدول بحرانی ( $\chi^2_{\text{ب}}=5/99$ ) بزرگ‌تر است، بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به عبارتی دیگر، بین میزان شیوع انواع اختلال رفتار مقابله‌ای در گروه نمونه با ناتوانی یادگیری و عادی این پژوهش تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

جدول ۳. مقایسه‌ی میزان شیوع اختلال سلوک در گروه‌های عادی و LD

کل		دامنه‌ی بالینی		دامنه‌ی مرزی		دامنه‌ی نرمال		شاخص‌ها
P	F	P	F	P	F	P	F	گروه‌ها
۱۰۰	۳۸۱	۰/۳	۱	۲/۱	۸	۹۷/۶	۳۷۲	عادی
۱۰۰	۸۰	۲/۵	۲	۱/۳	۱	۹۶/۲	۷۷	LD
				$\chi^2$ محاسبه شده		$\chi^2$ جدول بحرانی		نتیجه
				$\chi^2_{\text{م}}=1/51$		$\chi^2_{\text{ب}}=5/99$		معنادار است
				سطح اطمینان $\alpha=0/5$		درجه‌ی آزادی: $df=2$		

چون  $\chi^2$  محاسبه شده ( $\chi^2_{\text{م}}=1/51$ ) با درجه‌ی آزادی ( $df=2$ ) و سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/5$ ) از  $\chi^2$  جدول بحرانی ( $\chi^2_{\text{ب}}=5/99$ ) کوچک‌تر است، بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرضیه پژوهش رد می‌شود. به عبارت دیگر، بین میزان شیوع انواع اختلال سلوک در گروه نمونه با ناتوانی یادگیری و عادی این پژوهش تفاوت معنادار آماری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی بود. با توجه به یافته‌های آماری می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین میزان شیوع انواع مشکلات نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد و این تفاوت به نفع دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری است. بدین معنی که دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری در مقیاس

انواع مشکلات نقص توجه/بیش‌فعالی نمرات بیشتری را نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب می‌کنند. این یافته با نتایج علاقه‌بندراد و مؤمنی (۱۳۸۱) همخوانی دارد. همچنین رجبی و پاکیزه (۱۳۹۱) در مقایسه‌ی نیم‌رخ حافظه و توجه دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با دانش‌آموزان عادی به نتیجه همخوان با این پژوهش ما دست یافتند؛ بدین گونه که دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری در مقایسه با سایر دانش‌آموزان عادی از میزان توجه و توانایی حافظه‌ی پایین‌تری برخوردار بودند. همچنین لرنر و لونتال و لرنر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در پژوهش خود نشان داده‌اند که اعمال دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری توأم با نقص توجه در مدرسه چندان اختیاری نیست. در کلاس زیاد سرو صدا می‌کنند، دائماً سؤال دارند و پیشنهادهای و درخواست‌هایی مطرح می‌کنند. این کودکان اعضای چندان محبوبی در کلاس نیستند. اگر رفتار این دانش‌آموزان گاهی آزار دهنده است، معلم باید بفهمد که رفتار آن‌ها عمدی یا از روی بی‌احترامی به اولیای مدرسه نیست. دانش‌آموزان با اختلال‌های نقص توجه همیشه قادر به مهار ارادی سطح فعالیت خود نیستند (جمشیدی، ۱۳۸۴). ولی این نتیجه با پژوهش رفیعی (۱۳۸۰) مغایرت دارد. رفیعی در پژوهش خود بین دانش‌آموزان عادی و دارای اختلال یادگیری از نظر میزان بروز اختلالات رفتاری تفاوت معناداری به دست نیاورد و در سایر حوزه‌های مورد سنجش از جمله بیش‌فعالی، پرخاشگری، کمبود توجه، ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضد اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. در تبیین این مسأله می‌توان گفت دانش‌آموزان با مشکلات نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل بی‌توجهی (اغلب در تمام کارهایی که شروع کرده‌اند باشکست مواجه می‌شوند، اغلب به نظر می‌رسد که گوش نمی‌کنند، به آسانی برآشفته می‌شوند، در تمرکز نمودن روی کارهای مدرسه یا سایر وظایفی که نیاز به توجه طولانی دارد دچار اشکال هستند) و انگیزختگی ناگهانی (اغلب پیش از فکر کردن عمل می‌کنند، به طور افراطی از یک فعالیت به فعالیت دیگر می‌روند، از لحاظ نظم در کارها دچار اشکال هستند، نیاز به مراقبت زیاد دارند، مرتباً در کلاس فریاد می‌زنند، در

---

1. Lerner, Lounal & lerner

موقعیت‌های گروهی و بازی‌ها رعایت نوبت نمی‌کنند) و بیش‌فعالی (مرتباً در اطراف می‌دوند و از در و دیوار بالا می‌روند، در آرام نشستن دچار اشکال بوده و دائماً وول می‌خورند و تحمل نشستن درجایی را نداشته و از این حیث دچار اشکال‌اند، همیشه در حال رفتن و عمل کردن هستند، چنان‌که توسط یک موتور تحریک می‌شوند) نمی‌توانند مطالب ارائه شده در کلاس را به خوبی فراگیرند. بنابراین احتمال ابتلا دانش‌آموزان با نقص توجه و بیش‌فعالی به ناتوانی یادگیری بیشتر از سایر کودکان است و این می‌تواند دلیل موجهی برای بالا بودن نرخ ابتلا در این دانش‌آموزان است.

با توجه به یافته‌های آماری می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین میزان شیوع انواع مشکلات رفتار مقابله‌ای در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد و این تفاوت به نفع دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری است. بدین معنی که دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری در مقیاس انواع مشکلات رفتار مقابله‌ای نمرات بیشتری را نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب می‌کنند. بنابراین میزان شیوع انواع مشکلات رفتار مقابله‌ای در گروه دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری بیشتر از گروه دانش‌آموزان عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اباذری (۱۳۸۵) و جمشیدی (۱۳۸۴) همخوان می‌باشد و با نتیجه پژوهش رفیعی (۱۳۸۰) مغایرت دارد. در تبیین تفاوت رفتار مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری و دانش‌آموزان عادی نیز می‌توان گفت این کودکان که در ابتدا اطمینان کافی به پیشرفت تحصیلی خود دارند، به تدریج درمی‌یابند سایر کودکان وضع درسی بهتری از آنان دارند، با گذشت چند ماهی از سال اول تحصیل در دبستان، کم‌کم خود را متفاوت از دیگران می‌بینند و چه بسا احساس حقارت به آنان دست دهد و یا اگر معلم کلاس و سایر همسالان آن‌ها را سرزنش کنند به بیزاری از درس و مدرسه و معلم و دانش‌آموزان نیز دچار می‌شوند. پدران و مادران این گروه از کودکان، که غالباً بی‌خبر از ریشه‌ها و علل ناتوانی یادگیری فرزندان خودند، مشکل را بغرنج‌تر می‌کنند و با فشارهایی که به کودک وارد می‌آورند، دشواری مضاعفی را برای او پدید می‌آورند. مقایسه‌های ناروا و غالباً تحقیرآمیزی، که

معلم و والدین و نزدیکان میان این و همسالان و هم کلاسی‌های آن‌ها انجام می‌دهند، اندک اندک اضطراب و بی‌اعتمادی را در کودکان دامن می‌زند و مشکل را کاملاً درونی و گاه به کلی علاج ناپذیر می‌کند (والاس و مک لافین، ۱۹۸۴<sup>۲</sup>، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۶) لذا این کودکان برای دفاع از خود در برابر مقایسه‌های نادرست، درماندگی، اضطراب، بی‌اعتمادی و فقدان عزت نفس رفتار مقابله جویانه را به صورت افراطی از خود نشان می‌دهند.

همچنین با توجه به یافته‌های آماری می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین میزان شیوع انواع مشکلات سلوک در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری و عادی تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. بدین معنی که دانش‌آموزان با ناتوان یادگیری در مقیاس انواع مشکلات سلوک نمرات برابری را نسبت به دانش‌آموزان عادی کسب می‌کنند. در مقیاس انواع مشکلات سلوک و در گروه دانش‌آموزان عادی ۹۷/۶ درصد در دامنه‌ی نرمال (بدون اختلال)، ۲/۱ درصد در دامنه‌ی مرزی (مشکوک به اختلال) و ۰/۳ درصد در دامنه‌ی بالینی (با اختلال) قرار گرفته‌اند. این در حالی است که در گروه دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری، ۹۶/۲ درصد در دامنه‌ی نرمال (بدون اختلال)، ۱/۳ درصد در دامنه‌ی مرزی (مشکوک به اختلال) و ۲/۵ درصد در دامنه‌ی بالینی (با اختلال) قرار گرفته‌اند. بنابراین میزان شیوع انواع مشکلات سلوک در گروه دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری تفاوت معناداری نسبت به گروه دانش‌آموزان عادی ندارد. این نتیجه با پژوهش رفیعی همخوان می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های فرهادیان (۱۳۷۸) و کرمعلی اسماعیلی (۱۳۸۵) همخوانی ندارد، ولی با نتایج پژوهش رفیعی زاده (۱۳۸۰) همخوانی دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم سنجش کودکان از طریق والدین آنان، همکاری نکردن برخی از کارکنان مرکز آموزشی و توان‌بخشی اختلالات یادگیری و بعضی از معلمان و کارکنان مدارس که به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شده بودند و همچنین به سن دانش‌آموزان که در محدوده بین ۷ تا ۱۱ سال بودند و محل اجرای پژوهش اشاره کرد. با توجه به این که بیشتر پژوهش‌های انجام یافته و اجرا شده قبل از این پژوهش برای تعیین میزان شیوع اختلالات رفتاری

از پرسش‌نامه‌ی راتر استفاده کرده‌اند. بنابراین، مقایسه‌ی کامل نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی با محدودیت همراه بود.

پیشنهاد می‌شود میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در زیرگروه‌های ناتوانی‌های یادگیری (حساب‌نارسایی، نارساخوانی، نارسانویسی و نارسایی‌های غیرکلامی) برای شناخت بهتر ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری انجام گیرد. همچنین از نتایج این پژوهش در فراهم‌سازی خدمات روان‌شناختی بهتر در کنار خدمات آموزشی جهت کمک به درمان ناتوانی‌های یادگیری (علاوه بر آموزش دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری به درمان اختلالات رفتاری آن‌ها) اقدام شود.

## منابع

- آخبناخ، توماس و رسکورلا، لیلی (بی تا). کتابچه‌ی راهنمای فرم‌های سن مدرسه مبتنی بر نظام تجربه‌ی سنجش آخبناخ. ترجمه و هنجاریابی اصغر مینایی (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.
- اسلامیه، محمد مهدی (۱۳۸۷). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، ۸(۱)، ۹۸-۱۰۹.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۵). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- جمشیدی، امیر (۱۳۸۳). مقایسه‌ی مهارت‌های اجتماعی بین دانش‌آموزان با مشکلات یادگیری خاص و دانش‌آموزان نرمال ۸ تا ۱۲ ساله. مجله‌ی آموزش استثنایی، ۲(۱۲)، ۲۲-۳۱.
- جمشیدی، عفت (۱۳۸۴). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی‌های ویژه در یادگیری و دانش‌آموزان عادی ۸ تا ۱۲ ساله. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، ۱۵، ۶۹-۸۶.
- حاجلو، نادر و رضایی شریف، علی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی مشکلات یادگیری کلورادو. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۲۴-۴۳.
- خدا، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه و کشتکار، عباسعلی (۱۳۸۸). اختلالات رفتاری و برخی



- عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه‌ی شهر گرگان. پژوهش پرستاری، ۴(۱۴)، ۲۹-۳۷.
- رجبی، سوران و پاکیزه، علی (۱۳۹۱). مقایسه‌ی نیم رخ حافظه و توجه دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با دانش‌آموزان عادی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۳)، ۸۴-۶۳.
- رضایی، اکبر و سیف نراقی، مریم (۱۳۸۵). مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان نارسانویس و عادی پایه‌ی سوم ابتدایی. *پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، ۶(۱۹)، ۵۱۴-۴۹۷.
- سیف‌نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۸۴). *نارسایی‌های ویژه در یادگیری (چگونگی تشخیص و روش‌های بازپروری)*. تهران: انتشارات مکیال.
- علاقیند راد، جواد و مؤمنی، فرزاد (۱۳۷۹). ارتباط اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه با اختلال یادگیری در پسران ۱۲-۷ ساله. *فصل‌نامه‌ی اندیشه و رفتار*، ۲۳(۲۲)، ۳۶-۳۲.
- فروع الدین عدل، اصغر (۱۳۷۲). تأثیر به‌کارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اختلال‌گرایانه کودکان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- فرهادیان، علی (۱۳۷۸). *رابطه اختلال سلوک با اختلال یادگیری*. پایان‌نامه کارشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی. چاپ نشده.
- غباری‌بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ موللی، گیتی و نعمتی، شهرروز (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر کرج. *پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، ۹(۳)، ۲۳۸-۲۲۳.
- قاندنیای جهرمی، علی (۱۳۹۰). *مقایسه‌ی اختلالات رفتاری کودکان در مادران شاغل و غیر شاغل هشتگرد کرج*. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی بالینی. دانشگاه خوارزمی. چاپ نشده.
- کرمعلی اسماعیلی، سمانه و بیان زاده، سید اکبر (۱۳۸۵). مهارت حل مساله اجتماعی در دانش‌آموزان دچار ناتوانی یادگیری. *فصل‌نامه‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۴۴، ۳۹-۳۴.
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسش‌نامه‌ی علائم مرضی کودکان (CSİ\_4) بر روی دانش‌آموزان ۶-۱۴ ساله‌ی مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده‌ی کودکان استثنایی.

- مرویان حسینی، رضا (۱۳۷۶). شناسایی، تحلیل و مقایسه مشکلات رفتاری با رشد اجتماعی و عزت نفس دانش‌آموزان عادی. سومین سمینار سراسری اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، استان زنجان.
- موسوی، سیدمحمد و احمدی، مهشید (۱۳۹۱). اختلالات رفتاری در کودکان مادران مبتلا به افسردگی. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۴(۳)، ۱۲۰-۱۱۵.
- نریمانی، محمد و رجبی، سوران (۱۳۸۴). بررسی شیوع و علل اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان دوره‌ی ابتدایی. *پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، ۵(۳)، ۲۵۲-۲۲۱.
- والاس، جerald و مک لافین، جیمز (۱۹۸۴). ناتوانی‌های یادگیری. ترجمه‌ی تقی منشی طوسی (۱۳۶۹)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. *مجله‌ی علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۳(۱ و ۲)، ۲۴-۱.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C. & Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen- years olds. *Monograph of the Society for Research in child Development*, 56 (3), 225-231.
- Akhonzadeh, S., Tavakolian, R., Davari Ashtiani, R., Arabgol, F., & Amini, H. (2003). Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 841-854.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attentiondeficithyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-48.
- Canino, G. Bird HR, Rubio-Stipeec, M. & Bravo, M. (1995). Child psychiatric epidemiology:What we have learned and what we need to learn. *Int Journal Meth Psychiatr Res* 5, (2), 79-92.
- Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A. & Luk, E. (2004). *Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder*. Australian Network for Promotion.
- Dauids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and border line personality disorder. *Progressive Neuropsychopharmacology and Biology of Psychiatry*, 29, 865-77.
- Eapen, V., Swadi, H., Sabri, S. & Abou-saleh, M. (2007). childhood behavioural disturbanace in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 428-34.
- Fletcher, J. M., Reid Lyon, G., Fuchs, L. S. & Barnes, M. A. (2007). Learning disabilities: from identification to intervention. 1st ed. New York: Guilford Press.

- Freilich, R. & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic Adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 97-105.
- Faraone, S. V., Biderman, J., Millberger, S., Warburton, R. & Tsuang, M., T. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder. Gender psychiatric comorbidity and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 334-345.
- Gardner, F., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Burton, J. & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal Fam Psychology*, 21(3), 398-406.
- Gartland, D. & Strosnider. R. (2007). Learning disabilities and young children Identification and intervention. *Learning Disability Quarterly*, 30(1), 63-72.
- Gershuny, BS., Baer, L., Radosky, AS., Wilson, KA. & Jenike, MA. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaveoir Research Therapy*, 41(9), 1029-41.
- Ghanizade, A. Bahredar, M. J. & Moeni, S. R. (2006). Knowledge of attitude towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Journal of Patient Education & Counseling*, 25, 221-235.
- Lerner, J. (1997). *Learning disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies*. Boston: Houghtom Mifflin.
- Karande, S. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder, A Review for Family Physicians. *Indian Journal of Medical Sciences*, 59, 546-555.
- Klassen, A. F., Miller, A. & Fine, S. (2004). "Health related quality of life in children and adolescent who have diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder". *Pediatrics*, 114, 541-7.
- Kirk, S., Gallaghe, J., Coleman, MR. & Anastasiow, NJ. (1999). *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Kroes, M., Kessels, A. G. & Kalff, A. C. (2002). Quality of movement as predictor of ADHD, result from a prospective population study in 5- and 6- year- old children. *Development of Medicine and Child Neurology*, 44, 753-60.
- Sadok, B. & Sadok, V. A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th ed.)*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Steiner, H. & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-41.
- Rescorla, L., Achenbach, Th., Ivanova, MY., Dumenci, L., Almqvist, F. & Bilenberg, N. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal Emotion Behavaior Disorder*, 15(3), 130-42.
- Taanila, A., Ebeing, H., Heikura, U. & Jarvelin, MR. (2003). Behavioral Problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *Journal of Pediatric Neurology*, 1(1), 15-24.

## **A comparison of ADHD and oppositional behavioral and conduct disorders in elementary students with learning disabilities and normal students**

**N. Yousefi<sup>1</sup>, Gh. Naimi<sup>2</sup>, A. Ghaedniyajahromi<sup>3</sup>, H. Mohammadi<sup>4</sup> & Sh. Farmani Shahreza<sup>5</sup>**

### **Abstract**

The goal of the present study was to compare ADHD and oppositional behavioral disorder and conduct disorder in elementary students with learning disabilities and normal students. The sample group included 381 normal student (193 girls and 188 boys) and 80 students suffering learning disability (40 girls and 40 boys). The method of sampling for the first group was clustered multi-phased and the second group were chosen by the method of accessible sampling. The research method was causal-comparative. To collect the data, Achenbach teacher report forms (TRF) were used. The research data were analyzed by means of chi-square test. The result showed that students with learning disability and normal ones have meaningful difference in ADHD and Oppositional behavioral disorder, but the difference in conduct disorder is not significant. The findings indicate that the attention to ADHD and oppositional behavioral disorder can be important factors in working with students with learning disabilities.

**Keywords:** learning disabilities, behavior disorders, hyperactivity, oppositional, behavioral disorder

---

1 . Assistant Professor, Kordestan University

2 . Corresponding Author: M.A Student of Family Counseling University of Kharazmi

3 . M.A Student of Clinical Psychology, University of Kharazmi

4 . M.A in Education and Psychology of Exceptional Children , Islamic Azad University, Meshginshahr

5 . M.A Student of Family Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Science