



## ارتباط اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه با اختلال یادگیری در پسران ۱۲-۷ ساله

دکتر جواد علاقبند راد<sup>##</sup>، فرزاد مؤمنی<sup>##</sup>

### چکیده

**هدف:** اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و ناتوانی یادگیری از مهمترین اختلالهای روانپزشکی کودکان می‌باشند و در بسیاری از موارد با هم در بیمار دیده می‌شوند. این پژوهش به منظور بررسی رابطه میان اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و اختلال یادگیری انجام شده است. **روش:** ۳۰ کودک پسر مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه که بیماری در آنها توسط متخصص روانپزشکی کودکان بر اساس معیارهای DSM-IV تشخیص داده شده بود و ۳۰ کودک سالم که از نظر ویژگیهای فرهنگی - اقتصادی و سن با کودکان گروه بیمار همسان بودند مورد بررسی قرار گرفتند و با یکدیگر مقایسه شدند. از مقیاس والدین کانرز به عنوان بهترین ابزار درجه بندی شده قابل دسترس برای سنجش اختلال یادگیری استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آماری توصیفی و آزمون آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان دادند که ۱۳ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه (۴۳/۳٪) و ۳ نفر از کودکان عادی (۹/۹۶٪) مبتلا به اختلال یادگیری بودند و تفاوت دو گروه از نظر ابتلا به اختلال یادگیری معنی دار بود.

Andeeshah  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۳۲

### کلید واژه: اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه، اختلال یادگیری، مقیاس درجه بندی والدین کانرز

#### مقدمه

کودکان و ۵-۳٪ کودکان سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند (کاپلان<sup>(۲)</sup> و سادوک<sup>(۳)</sup> ۱۹۹۵). در نمونه‌های بالینی این نسبت ۹ به ۱ و در بررسیهای همه گیرشناسی ۴ به ۱ بوده است (کانت ول<sup>(۴)</sup>، ۱۹۹۶).

اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه<sup>(۱)</sup> یکی از مهمترین و شایعترین اختلالهای روانپزشکی کودکان است. بیش از ۵۰٪ مراجعین به درمانگاههای روانپزشکی

<sup>##</sup> روانپزشک، رئیس بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه.  
<sup>##</sup> فرزاد مؤمنی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و روانشناسی تربیتی، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه.

1-attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

2-Kaplan

3-Sadock

4-Cantwell

در یک بررسی همه گیر شناسی در آمریکا نسبت پسر و دختر ۵ به ۱ و میزان شیوع آن ۶/۷٪ بوده است (مولدین<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۹).

اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه با توجه کوتاه مدت که از نظر رشد با ویژگیهای سنی متناسب نیست و با بیش فعالی یا رفتار تکانشی، یا هر دو همراه است. برای انطباق با ملاکهای تشخیصی، این اختلال باید حداقل ۶ ماه دوام داشته، در عملکرد اجتماعی و تحصیلی اختلال ایجاد نموده و پیش از ۷ سالگی روی دهد.

بر پایه چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>(۲)</sup> وجود نشانه‌های گوناگون بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری یا هر دو برای عنوان کردن این تشخیص ضروری است.

از جمله ملاکهای تشخیصی دیگر DSM-IV وجود نشانه‌های اختلال در دو یا چند موقعیت مانند مدرسه، خانه یا محیط کار است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

این اختلال یک مشکل پایدار است که ممکن است نشانه‌های آن با افزایش سن از دوران پیش از مدرسه به دوره بلوغ و پس از آن گسترش یابد.

این بیماری روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبرو می‌کند که اگر درمان نشود، آمادگی کودک برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت اما اگر به موقع تشخیص داده شود، به خوبی درمان شدنی است (کانت ول، ۱۹۹۶).

اختلال یادگیری<sup>(۳)</sup> نیز یکی از مهمترین اختلال‌های روانپزشکی کودکان می‌باشد. از آنجا که این اختلال در انجام تکالیف مدرسه و انجام کارهای روزانه مشکل ایجاد می‌کند، مورد توجه می‌باشد. گفته می‌شود که ۵۰٪ دانش‌آموزان در مدارس ایالات متحده آمریکا دست کم یک نوع اختلال یادگیری دارند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). اختلال یادگیری، اختلال در یک یا چند فرآیند روانی پایه است که به دشواری درک گفتار یا نوشتار می‌انجامد و

می‌تواند به شکل ناتوانایی کامل در گوش دادن، اندیشیدن، سخن‌گفتن، نوشتن، هجی‌کردن یا انجام محاسبه‌های ریاضی نمایان شود. این دانشواژه شریطی چون ناتوانیهای ادراکی، آسیب دیدگی‌های مغزی، نارسایی جزئی در کار مغز، نارساخوانی<sup>(۴)</sup> و آفازی رشدی را در بر می‌گیرد.

از سوی دیگر این دانشواژه در برگیرنده کودکانی که به واسطه محدودیتهای دیداری، شنیداری یا حرکتی، همچنین عقب ماندگی ذهنی یا محرومیت‌های محیطی، فرهنگی و اقتصادی دچار اختلال یادگیری هستند، نیست (بیچمن<sup>(۵)</sup> و یانگ<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۷).

بررسیها نشان داده‌اند که در بسیاری از موارد اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و اختلال یادگیری همبودی دارند. گفته می‌شود که ۲۵-۲۰٪ کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه مبتلا به یادگیری می‌باشند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵؛ لوئیس<sup>(۷)</sup>، ۱۹۹۱).

رابطه میان اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و اختلال یادگیری این پرسش را مطرح می‌کند که آیا رابطه علت و معلولی میان اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و اختلال یادگیری برقرار است یا یک اختلال زمینه‌ای و علت مشترک باعث بروز هر دو اختلال در بیماران می‌شود؟ پاسخ به این پرسش نیاز به بررسیهای بیشتر و گسترده‌تر دارد. البته برخی بررسیها گزارش نموده‌اند اختلال یادگیری و اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه دارای زمینه‌های مشترک عصبی - کالبد شناختی و عصبی - فیزیولوژیک هستند (دنکلا<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۶).

- 1-Moldin
- 2-Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMIV)
- 3-learning disorder
- 4-dyslexia
- 5-Beitchman
- 6-Young
- 7-Lewis
- 8-Denckla

کاهش توجه و اختلالهای دیگر همچون اختلال یادگیری بیش از سایر مقیاسها در جهان به کار رفته است. بررسیها نشان داده‌اند که مقیاس درجه بندی والدین و معلم کانرز از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. یافته‌های تحلیل عاملی این مقیاس در تأیید این بررسیها می‌باشد (ساتلر، ۱۹۹۲). همچنین بررسیهای انجام شده در مورد بررسی روایی مقیاس کانرز در ایران روایی این مقیاس را در سطح مناسبی گزارش نموده‌اند (صالح مجتهد، ۱۳۷۳).

### یافته‌ها

همانگونه که بیان شد این بررسی بر روی دو گروه، کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و کودکان سالم به عنوان گروه گواه صورت گرفته است. توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش در گروه مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و کودکان عادی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ - توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه و کودکان عادی بر حسب گروه سنی

گروه سنی	کودکان مبتلا به ADHD		کودکان عادی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۷-۸	۱۲	۴۰	۱۱	۳۶/۷
۹-۱۰	۹	۳۰	۱۲	۴۰
۱۱-۱۲	۹	۳۰	۷	۲۳/۳

توزیع فراوانی آزمودنیهایی که در دو گروه مورد بررسی مبتلا به اختلال یادگیری شناخته شدند در جدول ۲ نشان داده شده‌اند، همان گونه که در جدول یاد شده دیده می‌شود، شمار کودکانی که مبتلا به اختلال یادگیری شناخته شده‌اند در میان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه بیشتر از کودکان عادی بوده است.

آزمودنیهای پژوهش را ۳۰ پسر ۷-۱۲ ساله که در سال ۱۳۷۸ به مطب روانپزشکان کودک و درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه مراجعه کرده و بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و مقیاس کانرز فرم والدین و معلم دارای اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه تشخیص داده شده بودند، تشکیل داده‌اند. ۳۰ کودک عادی (بدون تشخیص اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه) به عنوان گروه گواه به صورت نمونه‌گیری تصادفی از مدارس عادی انتخاب شده بودند و از نظر ویژگیهای مؤثر در متغیر مورد بررسی با کودکان دارای اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه هم‌تاسازی شدند. میانگین هوشبهر آزمودنیها بر اساس تست ریون بین ۹۵-۱۱۵ بوده است. ابزار پژوهش مقیاس والدین کانرز بوده است. دو نسخه از این مقیاس در دست است. نسخه ۹۳ ماده‌ای و نسخه ۴۸ ماده‌ای. نسخه ۴۸ ماده‌ای که در پژوهش حاضر به کار رفته است، پنج عامل را می‌سنجد که شامل مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، روان تنی - تکانشگری، بیش فعالی و اضطراب است. نشانه‌ها در یک مقیاس ۴ گزینهای (۳-۰) درجه بندی می‌شوند و نمرات هر ماده به نمرات ۱ با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ تبدیل می‌شود. نمرات تا که ۲ انحراف بالاتر از میانگین باشند، نشانگر وجود مشکل در فرد تلقی می‌شوند (ساتلر<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۲؛ کانرز<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۰). مقیاس درجه بندی آموزگار کانرز را می‌توان برای تشخیص اختلالهای رفتاری کودکان ۴-۱۲ سال به کار برد. این مقیاس مکمل مقیاس والدین کانرز است و دو نسخه ۲۸ و ۳۹ ماده‌ای از آن موجود است. مقیاس آموزگار کانرز ۶ عامل را می‌سنجد: بیش فعالی، نقص توجه، مشکلات سلوک، افراط هیجانی، اضطراب - انفعال، غیر اجتماعی بودن، خیالبافی - بی توجهی. میانگین و انحراف معیار این آزمون به ترتیب ۵۰ و ۱۰ می‌باشد. بر پایه بررسیهای انجام شده، مقیاس والدین - معلم کانرز برای اندازه‌گیری اختلال بیش فعالی همراه با

جدول ۲ - توزیع فراوانی آزمودنی‌هایی که مبتلا به اختلال یادگیری شناخته شده‌اند در دو گروه مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه و کودکان عادی بر حسب گروه سنی

گروه سنی	کودکان مبتلا به ADHD		کودکان عادی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۷-۸	۵	۴۵/۴	۱	۳/۳
۹-۱۰	۶	۲۰	۲	۶/۷
۱۱-۱۲	۲	۱۸/۱	-	-

توزیع فراوانی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در دو گروه مورد بررسی در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳ - توزیع فراوانی آزمودنی‌های مبتلا به اختلال یادگیری در دو گروه مورد بررسی

گروه	شماره آزمودنی‌ها		فراوانی		درصد
	ADHD	عادی	فراوانی	درصد	
گروه ADHD	۳۰	۱۳	۳۳/۳	۱۷	۵۶/۷
گروه عادی	۳۰	۳	۱۰	۲۷	۹۰
جمع	۶۰	۱۶	۵۳/۳	۴۴	۱۴۶/۷

این بررسی نشان داد که میانگین نمرات اختلال یادگیری گروه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه ۶۷/۸ و در کودکان عادی ۴۸/۵ بوده است. که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ( $t=7/27, df=58, p<0/01$ ).

### بحث

این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر شیوع اختلال یادگیری میان دو گروه مورد بررسی وجود دارد. میزان اختلال یادگیری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه بیشتر از کودکان غیر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه بوده است و ۴۳/۳٪ پسران ۷-۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی

همراه با نقص توجه، اختلال یادگیری داشتند که از میزان گزارش شده در پژوهش‌های پیشین بیشتر است. برای نمونه در پژوهش‌های پیشین (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵؛ کانت ول، ۱۹۹۶؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) به رقمی در حدود ۲۵-۲۰٪ اشاره شده است.

از آنجایی که سازوکار<sup>(۱)</sup> بروز این اختلالها هنوز به خوبی روشن نشده است، نمی‌توان گفت که اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه عامل بروز اختلالهای یادگیری است. ولی با توجه به کم بودن دامنه توجه در این کودکان شاید بتوان گفت که اختلال یادگیری در این کودکان بیشتر است.

### منابع

صالح مجتهد، منیر (۱۳۷۳). بررسی میزان اختلال کاهش توجه در دانش‌آموزان پسر. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۲ و ۳، ۹۲-۸۷.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Beitchman, T. H., & Young, A. (1997). Learning disorders with a special emphasis on reading disorders. *American Journal of child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1020-1023.

Cantwell, D. (1996). Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years. *American Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 978-988.

Conners, K. (1990). *ADD children*. New York: Prima Publishing Co.

Denckla, M. B. (1996). Biological correlates of learning and attention. *Biological Psychiatry*, 45, 573-574.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive*

*textbook of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Lewis, M. (1991). *Child psychiatry textbook* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Moldins, S. (1999). Attention deficit hyperactivity

disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 573-575.

Sattler, T. M. (1992). *Assessment of adaptive behavior and behavior problem*. Sandiego: Saunders Publishing Inc.

ما به روانشناسانی نیازمندیم که با خانواده‌ها، مدرسه‌ها، انجمن‌های مذهبی و سازمانها همکاری نمایند، نقش اساسی این نهادها را در راستای باروری و پیشرفت توانمندیهای گروههای زیر پوشش خود روشن نموده و به درجات عالی ارتقاء دهند.

از سخنان پروفیسور مارتین ای. پی. سلیگمن رئیس *APA* در هنگام گشایش صد و ششمین کنگره سالیانه

انجمن روانشناسی امریکا (اوت ۱۹۹۸).