

نیمرخ رشد زبان دانش آموزان با وبدون اختلال

نارسایی توجه / بیش فعالی

*حمید علیزاده^۱، سارا اکبری^۲، فریبا یادگاری^۳

چکیده

هدف: هدف تحقیق حاضر بررسی نیمرخ رشد زبان دانش آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی است.

روش بررسی: در این پژوهش مقایسه‌ای مورد-شاهدی، از بین دانش آموزان پایه اول ابتدایی شهر قزوین ۳۰ کودک (۱۵ پسر و ۱۵ دختر) با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با نمونه‌گیری ساده و ۳۰ کودک سالم که با گروه مورد هم‌تاسازی شده بودند شرکت کردند. ابزارهای به‌کار رفته، آزمون رشد زبان (TOLD-P:3) برای ارزیابی زبان و گفتار، مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمان به‌منظور ارزیابی اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و آزمون ریون برای ارزیابی هوش بودند. داده‌های حاصل با روش تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بین نیمرخ رشد زبان دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان سالم تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$)، اما در بین گروه‌های جنسی در هر یک از گروه‌های مورد ($P = 0/254$) و شاهد ($P = 1/00$) تفاوت معنادار آماری وجود نداشت. واژگان تصویری، واژگان ربطی، واژگان شفاهی، درک دستوری، تمایزگذاری کلمه، گوش کردن، سازماندهی، صحبت کردن، معنی شناسی و نحو در گروه مورد به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه شاهد بود، اما در تقلید جمله، تحلیل واجی و تولید کلمه بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: کودکان با نارسایی توجه/ بیش فعالی در برخی از جنبه‌های رشد زبان از سطح پایین‌تری نسبت به کودکان طبیعی برخوردارند.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی / رشد زبان / گفتار

- ۱- دکترای روانشناسی کودکان استثنائی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
- ۲- کارشناس ارشد کودکان استثنائی، دانشگاه علامه طباطبائی
- ۳- دانشجوی دکترای گفتاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۵/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۵

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، بزرگراه همت، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه کودکان استثنائی

تلفن: ۴۴۷۳۷۵۱۰

*E-mail: hamidalizadeh1@yahoo.com



مقدمه

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اختلالی است که در آن بی توجهی، بیش فعالی و رفتارهای تکانشی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد و این نوع مشکلات اصولاً پیش از ۷ سالگی قابل مشاهده است. یکی از کارکردهای شناختی که در کودکان با اختلالات نارسایی توجه / بیش فعالی مورد مطالعه قرار گرفته زبان است. بارکلی^۱ می نویسد که حدود ۵۴ درصد از این کودکان در حیطه زبان مشکل دارند. یافته‌ها نشان می‌دهند که این کودکان دارای اختلالات ارتباطی قابل توجهی هستند و در فهم زبان و یادگیری حرف زدن کند هستند و مشکلاتی در زمینه‌های خواندن و نوشتن از خود نشان می‌دهند (۱).

کودکان با نارسایی توجه / بیش فعالی بیش از کودکان عادی در معرض خطر اختلالات زبانی هستند. از جمله، تأخیر در کاربرد اولین واژه‌ها و ترکیب آنها، عملکرد ضعیف در آزمونهای استاندارد (واژه، ترکیب واژه‌ها، روانی خواندن و حافظه کوتاه مدت) و محدودیت‌های گفتاری که باعث بروز مشکلاتی در گفتار پیوسته و مشارکتها و کاربردهای نامناسب گفتاری می‌شود. مطالعات همه گیرشناسی با استفاده از مجموعه آزمونهای زبانی استاندارد نشان داده که در ۳۵ تا ۵۰ درصد کودکانی که اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارند، سطوح بالای اختلال زبان دیده می‌شود و بیش از ۹۰ درصد آنها به کلینیک‌های توانبخشی ارجاع داده می‌شوند (۲).

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این میزان بالای نارسایی گفتار و زبان در جمعیت کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به‌تنهایی با تأخیر زبانی عمده در استفاده از نحو یا معنا همراه نیست، ولی رابطه قابل توجهی با سایر اختلالات ارتباطی به ویژه نارسایی سازمان دهی بیانی، عملی و گفتاری دارد (۳).

بیچمن^۱ و همکاران با استفاده از آزمون‌های روانی-زبانی و مقیاس‌های درجه بندی رفتار، همپوشی قابل ملاحظه‌ای را بین کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و کودکان با اختلال ویژه نارسایی زبان گزارش نمودند. همچنین چندین گزارش مختلف بیانگر این موضوع است که کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و اختلال ویژه زبان، نیمرخ‌های روان شناختی و زبانی یکسانی نشان می‌دهند. ردموند بیان می‌کند که اطلاعات بسیار اندکی درباره تولید کلامی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی وجود دارد، ولی با این حال کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در آزمون‌های روانی کلامی بسیار ضعیف عمل می‌کنند. مهمتر این که هیچ مقایسه مستقیمی از ویژگیهای محاوره‌ای کودکان با اختلال نارسایی توجه /

بیش فعالی و کودکان با اختلال ویژه زبان در دست نیست، بنابراین اینکه تا چه اندازه تحلیل نمونه‌های زبانی می‌توانند به فرآیند تشخیص افتراقی در این دو اختلال متداول رشدی کمک کنند امری ناشناخته است. تانوک و شاکار^۳ خاطر نشان کردند که نشانه نارسایی زبان مرتبط با نارسایی توجه / بیش فعالی در بعد زبان بیانی (شکل گفتار، حفظ مطلب، قطع مکالمه، صحبت متوالی) و بعد زبان دریافتی (واج‌شناسی، ترکیب، معنا) ظاهر می‌شود (۲).

لودلو و همکاران^۴ الگوهای زبانی کودکان ۱۲-۶ ساله عادی و کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را مورد بررسی قرار دادند و تفاوت‌هایی را بین دو گروه به دست آوردند. اما از سوی دیگر، بر اساس تحقیقات بیچ و نانسی کوهن به نقل از کاشانی، نیمرخ روان شناختی و زبانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و کودکان با اختلال زبانی یکسان است (۴).

اختلالات زبانی درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان به دلیل رفتارهای آزارشی آنان از نظر پنهان می‌ماند، از این رو بررسی مداوم زبان در جمعیت کودکان دارای اختلال‌های روان شناختی از جمله اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ضروری است. تقریباً نیمی از کودکان با اختلال زبانی یک اختلال روانشناختی با خود دارند و عکس این قضیه هم صادق است، یعنی کودکانی با اختلال روان شناختی، یکی از اختلالات زبانی را نیز نشان می‌دهند. نیمی از کودکانی که اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی داشته و تحت درمان بوده‌اند، اختلالات خفیف تا شدید زبانی نیز دارند که قبلاً این اختلالات تشخیص داده نشده بودند (۵).

با توجه به ناهمگونی یافته‌های پژوهش، ناکافی بودن آنها و نبود پژوهش در ایران، در این پژوهش قصد بر این است که کودکان گروه سنی ۷ ساله عادی و مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از نظر رشد زبان مورد بررسی قرار گیرند. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد هدف این پژوهش مقایسه نیمرخ رشد زبان دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی است.

روش بررسی

در این پژوهش مقایسه‌ای مورد-شاهدی، جامعه آماری دانش آموزان دختر و پسر پایه اول ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه یک و دو شهر قزوین (که منطقه ای فارس زبان است) در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ و حجم نمونه مورد نظر ۶۰ نفر بود که از این تعداد ۳۰ کودک (۱۵ دختر و ۱۵ پسر)

1- Barkley
3- Tannok & Shachar

2- Beitchman
4- Ludlow



در تحقیق حاضر برای تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمان استفاده شد. نتایج نشان داده که معلمان می‌توانند اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را در کودکان ۶ تا ۱۳ ساله شناسایی کنند. این مقیاس دارای ۲۸ پرسش است که ۷ سؤال برای ارزیابی اختلال بیش فعالی اختصاص داده شده است. پژوهش انجام شده توسط ترانیز و همکاران نشان می‌دهد که این مقیاس در مورد کودکان ۴ تا ۱۲ ساله از اعتبار اندازه گیری بالای ۰/۹۰ برخوردار است (۱).

ماتریس‌های پیشرونده یکی از آزمون‌های غیرکلامی هوش عمومی است و دارای سی و شش سؤال است که در هر یک از آنها طرح یا نقشی داده شده است که قسمتی از آن حذف شده است و آزمودنی باید از بین شش یا هشت قطعه کوچکتر که در پایین طرح اصلی داده شده‌اند، قسمت حذف شده را پیدا کند. در این پژوهش از فرم رنگی سی و شش سئوالی که برای کودکان شش تا نه ساله است استفاده شد. اجرای آزمون هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی میسر است. ضرایب اعتبار آزمون در گروه‌های مختلف در سنین بالاتر بین ۰/۷۰ و ۰/۹۰ و در سنین پایین‌تر تا حدودی کمتر و در مجموع از اعتبار لازم برخوردار است (۱۵). همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی دیگر از قبیل نقاشی شکل آدم، مازهای پورتوس، استنفوردبینه، وکسلر و همچنین آزمون‌های گروهی بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ است، اما همبستگی آن با آزمون‌های کلامی هوش از این مقادیر کمتر است. توانایی ماتریس‌های پیشرونده در پیش بینی موفقیت تحصیلی بین ۰/۳۵ تا ۰/۶۰ بوده است. روان‌شناسانی که این آزمون را در کشورهای مختلف به کار برده‌اند کارایی آن را به عنوان شاخص هوش عمومی تأیید کرده‌اند.

آزمون رشد زبان (TOLD-P:3):

این آزمون برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ و با نام آزمون رشد زبان انتشار یافت. در سال ۱۹۸۲ یک مجموعه تغییرات مهم در آن به عمل آمد و به TOLD-P تغییر نام یافت. در سال ۱۹۸۸ ویراست دوم TOLD-P تحت عنوان TOLD-P:2 انتشار یافت. در سال ۱۹۸۸ سازندگان آزمون بر اساس اندوخته‌های تجربی خود و پیشنهادهای افرادی که از TOLD-P:2 استفاده می‌کردند، تغییراتی را در آزمون بوجود آوردند و بدین ترتیب TOLD-P:3 جهت استفاده کودکان ۴ - ۱۱ تا ۸ - ۱۱ شکل گرفت.

دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان گروه مطالعه و ۳۰ کودک (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) عادی از طریق همتاسازی با گروه مورد به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

با استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمان، دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شناسایی شدند. با توجه به اینکه عواملی همچون هوش، سن، شنوایی، دوزبانه بودن، ترتیب تولد، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، مشکلات گفتاری، سابقه گفتاردرمانی، بیماری‌ها و داروها بر رشد زبان تأثیر دارد، محقق این عوامل را در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مورد بررسی و توجه قرار داد. هوش کودکان با استفاده از آزمون ریون، شنوایی با آزمون سنجش غیر رسمی شنوایی و اظهارات معلم و پایگاه اجتماعی - اقتصادی (سطح تحصیلات والدین) ارزیابی شد. میزان تحصیلات والدین، سن، یک زبانه بودن (فارسی)، ترتیب تولد، مشکلات گفتاری و سابقه گفتاردرمانی، بیماری و مصرف دارو با استفاده از پرسشنامه سابقه دانش آموزان کنترل شد. سپس ۳۰ دانش آموز (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی یک زبانه، با شنوایی و هوش عادی که بیماری خاصی نداشته و از دارو استفاده نمی‌کردند، مشکلات گفتاری و سابقه گفتاردرمانی در آنان و بستگان شان نبود و از نظر سنی متولد نیمه اول سال ۱۳۷۷ تا نیمه دوم سال ۱۳۷۸ یعنی در محدوده سنی ۶ تا ۷/۵ انتخاب شدند.

میانگین هوش، میانگین سن، میانگین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و میانگین ترتیب تولد ۳۰ دانش آموز دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی محاسبه شد. سپس ۳۰ دانش آموز عادی یک زبانه که از نظر جسمی و شنوایی سالم بوده، بیماری خاصی نداشته و از دارو استفاده نمی‌کردند، همچنین مشکلات گفتاری و سابقه گفتاری در آنان و بستگانشان نبود و میانگین سن، هوش، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و ترتیب تولد و همچنین ترکیب جنسیتی آنها با گروه مطالعه برابر بود انتخاب شدند.

همچنین دختر و پسر هر دو گروه (با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی) طوری انتخاب شدند که میانگین سن، میانگین هوش، میانگین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و میانگین ترتیب تولد ۱۵ دختر عادی با میانگین‌های ۱۵ پسر عادی برابر باشد و میانگین‌های ۱۵ پسر دارای اختلال با ۱۵ دختر دارای اختلال با هم برابر باشد و در نهایت میانگین‌های ۳۰ دانش آموز عادی با میانگین‌های ۳۰ دانش آموز دارای اختلال با هم برابر شد.



پایگاه اقتصادی - اجتماعی (بر اساس تحصیلات والدین) و ترتیب تولد آزمودنی‌های دو گروه ارائه شده است.

جدول ۲ - ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه

گروه	هوش	سن	پایگاه اقتصادی-اجتماعی	ترتیب تولد
با اختلال	۱۰۲	۷-۱	۲۲/۱ *	۱/۳
بدون اختلال	۱۰۴	۷-۱	۲۲/۶ *	۱/۲

* میانگین مجموع تحصیلات والدین آزمودنیها

در جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس داده‌های حاصل از آزمون رشد زبان ارائه شده است. چنانچه مشاهده می‌شود مقدار اف ۱۸/۸۳۲ و مقدار احتمال $< 0/001$ است. یعنی میانگین نمرات استاندارد زبان گفتاری (نیمرخ رشد زبان) در چهار گروه (دختران و پسران با و بدون اختلال) تفاوت معناداری دارد و این بدین معنی است که گروه با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی از گروه بدون اختلال در رشد زبان از سطح پایین تری برخوردارند (جدول ۳).

جدول ۳ - نتایج تحلیل واریانس آزمون رشد زبان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	میانگین مجموع مربعات	آماره اف	مقدار احتمال
بین گروهی	۲۷۳۸/۳۳۳	۹۱۲/۷۷۸	۱۸/۸۳۲	$< 0/001$
درون گروهی	۲۷۱۴/۲۶۷	۴۸/۴۶۹		
کل	۵۴۵۲/۶۰۰			

با توجه به اینکه مقدار F مشاهده ۱۸/۸۳۲ بوده و فرض صفر رد شده است، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که اطلاعات حاصله نشانگر تفاوت در گروه‌های با و بدون اختلال است. این آزمون مشخص می‌کند که بین نیمرخ رشد زبان دانش آموزان با و بدون اختلال تفاوت وجود دارد. اما این تفاوت در بین گروه‌های جنسی دانش آموزان (با و بدون اختلال) وجود ندارد (جدول ۵).

مطابق نیمرخ کلی نمرات، واژگان تصویری، واژگان ربطی، واژگان شفاهی، درک دستوری، تمایزگذاری کلمه، گوش کردن، سازماندهی، صحبت کردن، معنی شناسی و نحو گروه با اختلال، به طور معناداری پایین‌تر از گروه بدون اختلال است. اما در تقلید جمله، تحلیل واجی و تولید کلمه دو گروه با و بدون اختلال تفاوتی وجود ندارد. نتیجه گیری می‌شود که کودکان با نارسایی توجه/بیش فعالی در برخی از جنبه‌های رشد زبان از سطح پایین تری برخوردارند. نیمرخ کلی نمرات در زبان و گفتار در دو گروه در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است.

در سال ۱۳۸۰ سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور آزمون رشد زبان TOLD-P:3 را بر روی ۱۲۳۵ کودک اجرا و جداول هنجاری بر اساس نتایج حاصل از این تعداد را تهیه نموده و در سال ۱۳۸۱ آزمون را به چاپ رسانیده است. این آزمون مبتنی بر یک مدل دو بعدی است که در یک بعد آن نظام‌های زبان‌شناختی با مؤلفه‌های گوش کردن، سازماندهی و صحبت کردن قرار دارد و در بعد دیگرش مختصات زبان‌شناختی با مؤلفه‌های معناشناسی، نحو و واج شناسی قرار دارد. الگوی دو بعدی مورد اشاره اساس نظری تهیه ۹ خرده آزمون است. ۶ خرده آزمون مربوط به معناشناسی و نحو که جزء آزمونهای اصلی هستند و ۳ خرده آزمون مربوط به واج شناسی که جزء خرده آزمونهای تکمیلی می‌باشند.

جدول ۱ - مدل دو بعدی به کار رفته در ساخت TOLD-P3 (حسن زاده و مینایی، ۱۳۸۱)

مختصات زبان	نظامهای زبان شناختی
شناختی	گوش کردن
معنا شناسی	واژگان تصویری
نحو	درک دستوری
واج شناسی	تمایزگذاری کلمه
	صحت کردن
	واژگان ربطی
	تقلید جمله
	تحلیل واجی
	واژگان شفاهی
	تکمیل دستوری
	تولید کلمه

آزمون مورد نظر از نظر اعتبار آزمون بسیار معتبر است و می‌توان نتایج آن را با اطمینان مورد استفاده قرار داد و همچنین یک آزمون روا، در سنجش زبان است و کاربران می‌توانند با اطمینان خاطر از آن استفاده نمایند. در تمامی خرده آزمونها جواب درست به هر گویه نمره یک و جواب غلط نمره صفر می‌گیرد. جواب به هر گویه باید دقیقاً همان باشد که در آزمون مشخص شده است. اگر آزمودنی به ۵ گویه پشت هم در خرده آزمونهای اصلی (۱ الی ۶) پاسخ غلط بگوید، اجرا متوقف می‌شود. اما در ۳ خرده آزمون تکمیلی (۷ الی ۹) بدون در نظر گرفتن پاسخ کودک تمامی گویه‌ها اجرا می‌گردد.

برای تحلیل داده‌های جمع آوری شده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. از روش‌های آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف استاندارد و رسم نمودار و جداول و همچنین برای تحلیل نتایج تحقیق از روش تحلیل واریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

در جدول (۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به هوش، سن،



جدول شماره ۴ - زبان گفتاری شفه

کد (I)	کد (J)	میانگین اختلاف‌ها	خطای استاندارد	فاصله اطمینان برای میانگین اختلاف‌ها ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
پسران بدون اختلال		۱۰/۲۷*	۲/۵۴	۰/۰۰۲	۲/۹۴
پسران با اختلال		-/۲۷	۲/۵۴	۱/۰۰۰	-۷/۵۹
دختران بدون اختلال		۱۵/۴۷*	۲/۵۴	<۰/۰۰۱	۸/۱۴
دختران با اختلال		-۱۰/۲۷*	۲/۵۴	۰/۰۰۲	-۱۷/۵۹
پسران بدون اختلال		-۱۰/۵۳*	۲/۵۴	۰/۰۰۲	-۱۷/۸۶
دختران بدون اختلال		۵/۲۰	۲/۵۴	۰/۲۵۴	-۲/۱۳
دختران با اختلال		۰/۲۷	۲/۵۴	۱/۰۰۰	-۷/۰۶
پسران بدون اختلال		۱۰/۵۳*	۲/۵۴	۰/۰۰۲	۳/۲۱
پسران با اختلال		۱۵/۷۳*	۲/۵۴	<۰/۰۰۱	۸/۴۱
دختران با اختلال		-۱۵/۴۷*	۲/۵۴	<۰/۰۰۱	-۲۲/۷۹
پسران بدون اختلال		-۵/۲۰	۲/۵۴	۰/۲۵۴	-۱۲/۵۳
پسران با اختلال		-۱۵/۷۳*	۲/۵۴	<۰/۰۰۱	-۲۳/۰۶
دختران بدون اختلال					

جدول ۵ - تعیین زیرگروه‌های همگن زبان گفتاری (آزمون شفه)

کد	N	۰/۵	
		گروه اول	گروه دوم
دختران با اختلال	۱۵	۹۴/۶۰	
پسران با اختلال	۱۵	۹۹/۸۰	
پسران بدون اختلال	۱۵		۱۱۰/۰۷
دختران بدون اختلال	۱۵		۱۱۰/۳۳
مقدار احتمال		۰/۲۵۴	۱/۰۰۰

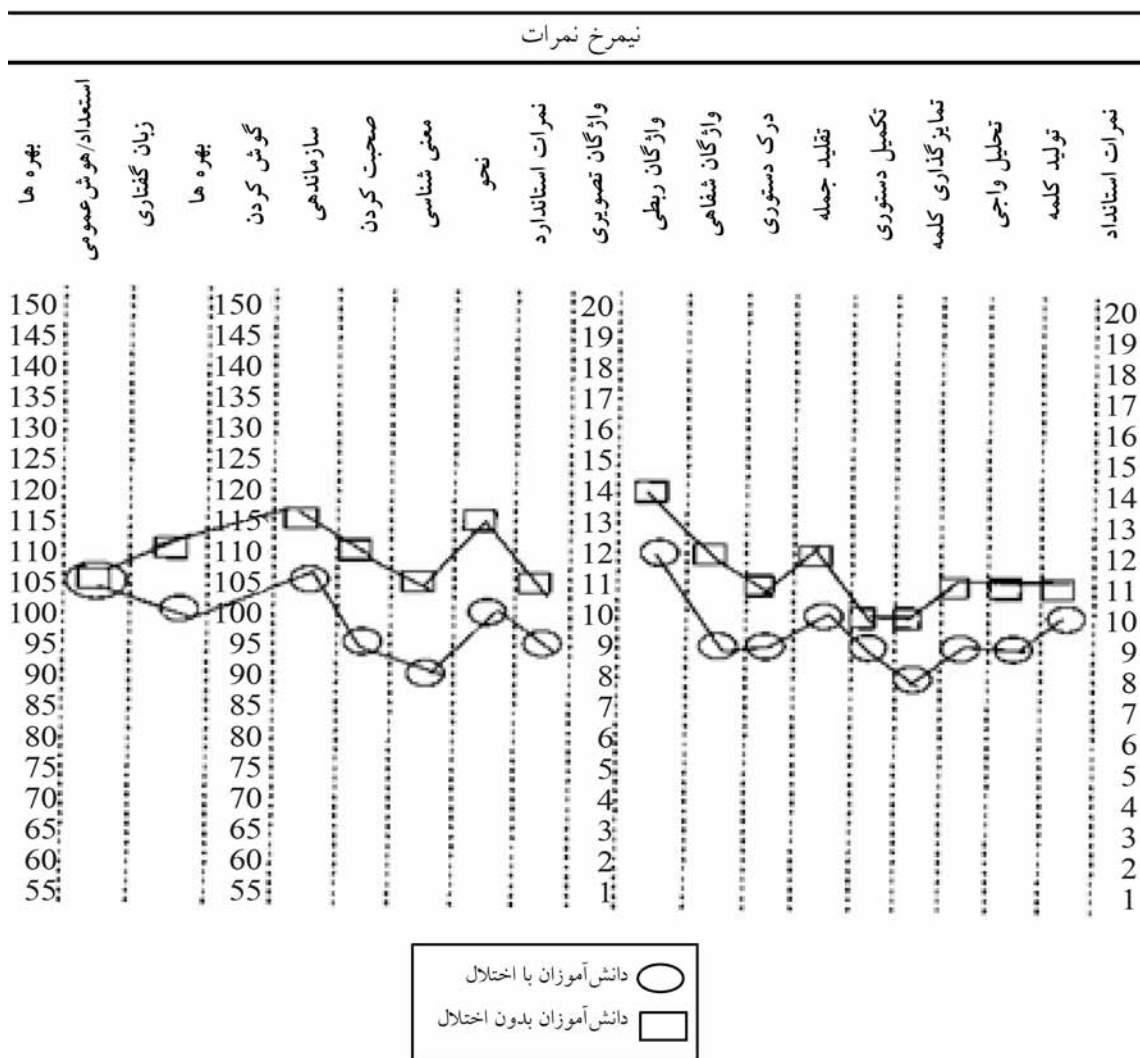
بحث

جوز و همکاران رابطه دو سویه رشد زبان و تکانشگری را مورد بحث قرار دادند (۷). کوهن سوابق پژوهشی مربوط به اختلالات زبان و گفتار را در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار داد (۵). آنها الگوی ثابتی از نرخ افزایشی اختلالات زبان/گفتار در افراد با نارسایی توجه/ بیش فعالی و نرخ افزایشی نارسایی توجه/ بیش فعالی در افراد با اختلالات زبان/گفتار را پیدا کردند. کودکان با نارسایی توجه/ بیش فعالی و اختلال زبان/گفتار از نظر زبانی یک گروه ناهمگون دارای نقص‌ها و اشکالاتی با دامنه خفیف تا شدید هستند. طبق نظر کوهن وقتی کودکان بی توجه هستند، کمتر احتمال

دارد که رشد زبانی آنان به صورت طبیعی پیش رود و وقتی تکانشی هستند، احتمال یادگیری آنان از تجربیات عملی کمتر است (۸).
تانوک و شاکار معتقدند که آسیب در کارکردهای اجرایی مرتبط با نارسایی توجه / بیش فعالی (برای مثال، محدودیت در انجام فعالیت‌های خود محور و رفتارهای هدف مدار، سازماندهی رفتار و استفاده از طرح‌ها) می‌تواند به عنوان علائم اصلی اختلال‌ها و نیز رشد نشانگان مشترک زبان / یادگیری در این کودکان مورد توجه قرار گیرد. به علاوه، وجود کارکردهای اجرایی می‌تواند نیمرخی واحد از نشانگان زبانی مرتبط با نارسایی توجه / بیش فعالی ایجاد کند که قابل تمیز از نیمرخ‌های مرتبط با زبان، یادگیری و ناتوانی‌های خواندن می‌باشد. شواهد موجود با چندین گزارش مختلف عنوان کرده‌اند که کودکان با نارسایی توجه/ بیش فعالی و کودکان با اختلال ویژه زبان نیمرخ‌های روان‌شناختی و زبانی یکسانی را نمایش می‌دهند (۴، ۲).
در این پژوهش نیز نیمرخ رشد زبان دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی متفاوت از دانش‌آموزان بدون اختلال است.
کودکان با نارسایی توجه / بیش فعالی نه تنها نقص‌های روان‌شناختی و نقص‌های زبانی دارند، بلکه برخی مشکلات گفتاری نیز دارند که جدا از این دو مقوله هستند. مشکلات مضاعف با اشارات و اسنادهای

ضمیری نشان می‌دهد که کودکان با آسیب‌های زبانی و اختلال روانشناختی بیشترین مشکل را در زمینه درک سیستم «فرد» دارند. رابطه بین افراد و رویدادها در روایت‌ها با استفاده از ضمیر فردی ایجاد می‌شود. این ضمیر ما را قادر می‌سازد تا پی ببریم فردی که در یک متن درباره او سخن گفته می‌شود، همان است که قبلاً در متن دیگری به او اشاره شده است. توانایی ایجاد زنجیره‌های معنایی بین رویدادها و

شکل ۱- نیمرخ کلی نمرات در زبان و گفتار در دو گروه



تانوک و شاکار مشکلاتی را در واج شناسی کودکان با نارسایی توجه / کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و کودکان عادی بدست بیش فعالی گزارش کرده‌اند، اما در پژوهش حاضر تفاوتی در بین دو گروه با و بدون اختلال در این زمینه دیده نشد. این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در آزمون‌های به کار رفته و همچنین محدود بودن نمونه مورد بررسی باشد (۲).

بارکلی و همکاران بیان نمودند که تولیدات محاوره‌ای کودکان با نارسایی توجه / بیش فعالی متناسب با انتظارات سنی شان بوده است. همچنین زانتال، لودلو و همکاران، تفاوت‌های بسیار ناچیزی را بین

توانوک و شاکار مشکلاتی را در واج شناسی کودکان با نارسایی توجه / کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و کودکان عادی بدست آورده‌اند (۲). در حالی که بارکلی بیان می‌کند کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در آزمون‌های روانی کلامی بسیار ضعیف عمل کرده‌اند (۱۰). تانوک و شاکار نیز خاطر نشان کردند که کودکان با نارسایی توجه / بیش فعالی مشکلاتی را در ترکیب کردن دارند (۲). در پژوهش حاضر نیز دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در ترکیب‌ها پایین‌تر از دانش آموزان بدون اختلال بودند (شکل ۱- نیمرخ نمرات).



نقص زبان و اختلال رفتار با وجود ناتوانی خواندن تعدیل می‌گردد. به عبارت دیگر، وجود اختلالات رفتاری در این نمونه از کودکان با نقص‌های زبانی ظاهراً با مشکلات خواندن و افت تحصیلی بستگی دارد (۱۴، ۱۳). دوپل و استاتر نشان دادند که از هر سه کودک با نارسایی توجه / بیش‌فعالی یک کودک دارای مشکلات خاص یادگیری است، همان‌طور که بارکلی اظهار می‌دارد شیوع ناتوانی‌های یادگیری در بین گروه‌های بدون اختلال خیلی پایین‌تر از پایین‌ترین میزان تخمین زده برای تقریباً ۲۰ درصد کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی است (۸). با توجه به آنکه تأثیر تأخیرات دریافتی و بیانی زبان بر افت تحصیلی کاملاً نشان داده شده است (۷، ۲) و نوعی رابطه قوی بین توانایی رشد قابلیت‌های زبان و یادگیری خودکنترلی وجود دارد (۵)، می‌توان پیش‌بینی کرد که نقص‌های زبانی کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی موجب مشکلاتی در خودکنترلی و افت تحصیلی آنان می‌شود. همچنین تأخیر در درونی‌سازی زبان موجب بروز مشکلات و دشواریها با رفتار قانون‌مدار در این کودکان می‌شود (۱۰، ۳). بر همین اساس در مورد سایر کاربردهای این پژوهش می‌توان گفت که با شناسایی نقص‌های زبان کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مراحل اولیه و اصلاح آن از افت تحصیلی این کودکان جلوگیری می‌شود. همچنین با شناسایی نقص‌های زبانی و آموزش درونی‌سازی زبان، این کودکان می‌توانند خودکنترلی را یاد بگیرند و در رفتار قانون‌مدار با مشکل کمتری مواجه شوند (۱).

از محدودیت‌ها و ملاحظه‌های پژوهش حاضر می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه، عدم استفاده از روش تصادفی برای انتخاب آزمودنی‌ها به دلیل کم بودن کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی و استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمان اشاره کرد. بنابر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده، بررسی‌هایی در سایر پایه‌ها نیز انجام بگیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود رشد زبان در سه زیر نوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مورد پژوهش قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر وجود تفاوت بین نیمرخ رشد زبان دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با دانش‌آموزان عادی است. با توجه به نقش و اهمیتی که استفاده از زبان و گفتار در هدایت تفکر و کنترل رفتار دارد (۱)، می‌توان نتیجه‌گیری کرد وجود آسیب‌های زبانی و گفتاری در این کودکان احتمالاً با مشکلاتی که این کودکان در کنترل و تفکر دارند رابطه دارد.

در مقایسه با کودکان بدون اختلال، کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکلاتی از قبیل برون داد کلامی افراطی در طول گفتار خودبخودی و کنار گذاشتن تکلیف دارند و در مقابل برای پاسخ به سئوالات چالش برانگیز در مقایسه با کودکان بدون اختلال تمایل دارند کمتر حرف بزنند. این کودکان همچنین در تکلیف حل مسئله کلامی، رقابت کمتری می‌کنند و در انتقال اطلاعات اساسی تکلیف با همسالان نشان در فعالیتهای مشترک توانمندی کمتری دارند. آنان اطلاعات اندک و کمتر سازمان یافته تری را در تکلیفی که مستلزم طرح‌ریزی و سازمان‌دهی کلامی می‌باشد فراهم می‌کنند. از قبیل داستان گویی یا توصیف راهبردهایی که در طول انجام تکلیف بکار می‌برند (۲). پژوهش حاضر بیانگر سازمان‌دهی ضعیف‌تر کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به کودکان بدون اختلال است (شکل ۱ - نیمرخ نمرات).

ردموند بیان می‌کند که کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکلاتی را در زبان بیانی دارند. بارکلی تولیدات محاوره‌ای این کودکان را متناسب با انتظارات سنی شان بیان نموده‌اند (۲). کارت و همکاران بیان نمودند که کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی در آزمونهای روانی کلامی بسیار ضعیف عمل کرده‌اند، اگر چه عده‌ای از پژوهشگران به هیچ تفاوتی در این زمینه دست نیافته‌اند. در پژوهش حاضر نیز تفاوتی در تولید کلمه بین دانش‌آموزان با و بدون اختلال مشاهده نشد. (شکل ۱ - نیمرخ نمرات)، اما در زبان بیانی دانش‌آموزان با اختلال در سطح پایین تری بودند. فیشر و همکاران بیان نمودند که تفاوت در یافته‌ها تا اندازه‌ای می‌تواند به علت نوع آزمون بکار رفته در این زمینه باشد. آزمون‌هایی که در آنها آزمودنی‌ها کلماتی را در مقوله‌های معنایی تولید می‌کنند، نظیر نام‌هایی برای جانوران یا گیاهان آسان‌تر بود و احتمالاً قادر به تفکیک کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی و کودکان گروه کنترل نیستند، در مقایسه با آن دسته از آزمون‌هایی که در آنها از علائم بسیار سازمان یافته و ظریف‌تری نظیر حروف استفاده می‌شود (۱۰).

ردموند بیان می‌کند که کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکلاتی را در معنا نشان می‌دهند (۲). کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأخیر در نحو و معنا نشان می‌دهند و در فهم جملات پیچیده نحوی مشکل دارند (۳). پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی از گروه بدون اختلال در نحو و معنا در سطح پایین تری هستند (شکل ۱ - نیمرخ نمرات).

نوعی رابطه دو جانبه بین زبان و خواندن وجود دارد، به طوری که گنجینه لغات و نحو از سن ۳ تا ۱۱ سالگی در کودکان با ناتوانی‌های خواندن ضعیف می‌گردد (۱۲). نتایج بیانگر آن است که رابطه بین



منابع:

- 1- Alizadeh H. [Attention deficit hyperactivity disorder (Persian)]. Tehran. Roshd Publication; 2004.
- 2- Redmond S.M. Conversational profiles of children with ADHD, SLI and typical development. *Clinical Linguistics and Phonetics* 2004; 18(2): 107-125.
- 3- Watson S. Perspectives on ADHD: Executive function, working memory, and language disabilities. Published in: *Seminars in Speech and Language* 2003; 25(3): 241-254.
- 4- Mobasher Kashani L. [Cognitive characteristics of 7-11 year old students with ADHD (Persian)]. Thesis for Master of Arts in Psychology. Allameh Tabataba'i University; 2002.
- 5- Cohen N.J. Language, social cognitive, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 1998; 39(6): 853-864.
- 6- Niokamer F, Hamil D. Language development test (bita). Standardization and normalization. Hassanzade S, Minaie A. (Persian translators) Tehran. Iranian Organization for Exceptional Children. 2002.
- 7- Jones C B, Braswell L, Sherdan S. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioners. Guilford; 1999.
- 8- Cohen N.J. Overlap of communication impairments and social-emotional problems in infants. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project* 2003; 37: 19-21.
- 9- Vallance D, Cohen N.J. Discourse deficits associated with psychiatric disorders and with language impairments in children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 1999; 40(5): 693-704.
- 10- Barkley A.R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford: in Press; 1999.
- 11- Capla R, Guthrie D. Thought disorder in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40(8): 965-971.
- 12- Cohen N.J. Unsuspected language impairments in psychiatrically disturbed children: developmental issues and associated conditions. *Unsuspected Language Impairments*. Cambridge University: in Press; 1996.
- 13- Redmond S.M. The use of rating scales children who have language impairments. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2002; 11: 124-138.
- 14- Breier J.I. Perception of speech and non speech stimuli by children with and without reading disability and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Experimental Child Psychology* 2002; 82: 226-250.
- 15- Pashasharifi H. [Theories and application of personality and intelligence tests (Persian)]. First edition. Tehran. Sokhan publication; 1997.