

مقایسه پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی مبتلا و غیرمبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۱۰

احمد به پژوه^۱، اکرم پرند^۲، ناهید امامی^۳، سیده زهرا سیدنوری^۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، یکی از شایع ترین اختلال های دوران کودکی است که می تواند عملکرد و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان را با مشکل روبه رو سازد. پژوهش حاضر باهدف مقایسه پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در شهر تهران انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان ابتدایی آموزش و پرورش منطقه هفده شهر تهران بود که از این میان نمونه ای به حجم ۱۶۰ دانش آموز ابتدایی در پایه های پنجم، چهارم و سوم (۸۰ دانش آموز با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی و ۸۰ دانش آموز بدون این اختلال) به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. برای تشخیص اختلال مورد نظر در دانش آموزان، فهرست بررسی هجده سوالی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی (غنی زاده و جعفری، ۲۰۱۰) توسط معلمان تکمیل شد. در این پژوهش، ملاک پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در دو گروه با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، محاسبه میانگین نمرات دروس فارسی، دیکته، ریاضی و علوم در پایه های تحصیلی گذشته بود. به منظور تحلیل داده ها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد که پیشرفت تحصیلی دانش آموزان مبتلا به این اختلال نسبت به دانش آموزان بدون این اختلال کمتر است ($p < 0/01$). همچنین پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در مقایسه با دانش آموزان پسر، بالاتر است ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: به منظور پیشگیری از افت تحصیلی دانش آموزان ابتدایی مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، شناسایی به موقع این گونه دانش آموزان و اجرای راهبردهای درمانی مناسب برای آنها توصیه می شود.

کلیدواژه ها: اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، پیشرفت تحصیلی، دانش آموزان ابتدایی

۱. *نویسنده مسئول: استاد، گروه روان شناسی کودکان با نیازهای ویژه، دانشگاه تهران، تهران، ایران (behpajoooh@ut.ac.ir)

۲. پسادکتری روان شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

مقدمه

مشخصه اصلی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، وجود الگوی پایدار و مستمر کاستی توجه، بیش فعالی و تکانش وری است که سبب اختلال در عملکرد تحصیلی فرد می شود. کاستی توجه در این اختلال با رفتارهایی، مانند ناتمام رها کردن کارها، نداشتن پشتکار و مشکل در حفظ توجه همراه است که ناشی از نافرمانی یا عدم درک مطلب نیست. بیش فعالی، به افزایش فعالیت های حرکتی در مواقع نامناسب، وول خوردن زیاد، بازی با انگشتان یا زیاده گویی اشاره دارد. تکانشی عمل کردن نیز به معنای اعمال شتاب زده و عجولانه ای است که بدون هرگونه تفکر صورت می گیرد و می تواند سبب آسیب به فرد شود. همچنین از ویژگی های تشخیصی این اختلال، نمود آن در بیش از یک موقعیت و مکان است (۱). امروزه این اختلال به دلایل گوناگونی مورد توجه روان شناسان و مشاوران واقع شده است، از جمله این که این اختلال اولین یا دومین اختلال شایع در دوران کودکی و نوجوانی است که بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی فرد مبتلا به این اختلال و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی او تأثیر منفی می گذارد (۲ و ۳). پژوهش ها نشان داده اند که اختلال کاستی توجه و بیش فعالی با پیامدهای نامطلوبی، مانند اختلال در ارتباط دوستی و خانوادگی، کاهش مشارکت در فعالیت های عملکردی داخل و خارج مدرسه، سوء استعمال مواد، بزه و جرم، تأثیر بر سلامت روانی والدین و هزینه های خانوادگی و اجتماعی ارتباط دارد (۴).

برآورد شده است که حدود سه تا هفت درصد کودکان در سنین مدرسه از این اختلال رنج می برند. این اختلال به طور معمول در سال های اول دبستان، یعنی زمانی که سازش یافتگی در مدرسه مورد نیاز است، تشخیص داده می شود و بیشتر شایع است. دلیل این امر شاید این باشد که در مدرسه امکان مقایسه میان دانش آموزان فراهم می شود (۵، ۶). برخی از پژوهش ها نشان داده اند که کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از عملکرد تحصیلی پایینی برخوردارند (۷ و ۸). همچنین شواهد

پژوهشی نشان داده اند که این گونه دانش آموزان نسبت به دانش آموزان عادی، در آزمون های استاندارد تحصیلی به ویژه در خواندن و نوشتن نمرات ضعیف تری کسب می کنند، تکالیف درسی را کمتر و دیرتر تمام می کنند، از کلاس بیشتر غیبت می کنند، به احتمال بیشتری تنبیه و اخراج می شوند و در نهایت از مدرسه کمتر فارغ التحصیل می شوند (۹ و ۱۰). از این رو، با توجه به این که موفقیت تحصیلی در مدرسه، عاملی مؤثر و مهم بر اشتغال، عملکرد شغلی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در بزرگسالی است (۴) و مشکلات تحصیلی از دلایل عمده کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی برای مراجعه و درخواست درمان به مراکز مشاوره ای است (۹)، اهمیت مطالعه و توجه به این اختلال دو چندان می شود. بنابراین، همه اولیا و معلمان باید نشانه های این اختلال را بشناسند، زیرا با توجه به میزان بالای شیوع این اختلال، انتظار می رود که در هر کلاسی حداقل یک دانش آموز با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی وجود داشته باشد و برخلاف گزارش رسانه ها و نظراتی که در مورد تشخیص و شناسایی آسان این اختلال وجود دارد، شواهد کافی در حمایت از این عقیده که اختلال کاستی توجه و بیش فعالی به راحتی تشخیص داده می شود، وجود ندارد (به نقل از ۱۱).

اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از اختلال های رایج در دانش آموزان ابتدایی است، به طوری که ۱۹ تا ۲۰ درصد از این کودکان، نشانه های ناتوانی یادگیری را به ویژه در حیطه های خواندن، ریاضی و هجی کردن به طور همبودی نیز نشان می دهند (۱۲، ۱۳ و ۱۴). براساس مطالعات بارکلی (۱۳) ۴۶ درصد از کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی که از مدارس به مراکز مشاوره ارجاع داده شده بودند، ناتوانی یادگیری هم داشتند. بیدرمن و همکاران (۱۵)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دانش آموزان نه تا هجده ساله مبتلا به این اختلال، سرعت کمی در خواندن داشتند. برخی از یافته های پژوهشی بیانگر این است که میان اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از نوع کاستی توجه و ناتوانی یادگیری

و همکاران (۲۵) نیز در یافتند که دانش آموزان مبتلا به این اختلال در مقایسه با دانش آموزان عادی معدل تحصیلی پایین تری دارند. مرل و تیمس (۲۶)، گزارش کرده اند کودکانی که نشانه های این اختلال را به میزان بیشتری نشان می دهند، در مقایسه با کودکانی که نشانه های کمتری را از خود نشان می دهند، در دروس ریاضی و خواندن مشکلات بیشتری دارند. دوپل و استونر (۲۴) درباره رابطه این اختلال و مهارت های

تحصیلی سه فرضیه مطرح کرده اند: اول، فرضیه ای که نشانه های این اختلال را با مشکلات مهارت های تحصیلی مرتبط می داند. دوم، فرضیه ای که نشانه های این اختلال را به اکتساب و عملکرد از هم گسیخته مهارت های تحصیلی مرتبط می داند. سوم، فرضیه ای که هر دو کاستی توجه و بیش فعالی، و مشکلات یادگیری را به متغیر سوم، مانند نقایص عصب شناختی و نارسایی در کنش های اجرایی مرتبط می داند.

در یک مطالعه، نتایج مقایسه گروهی از افراد فقط مبتلا به این اختلال با افراد مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی و سو مصرف مواد، نشان داد که گروه دوم نرخ بالاتری از همبودی اختلال نافرمانی مقابله ای^۱، اختلال رفتار هنجاری^۲، صفات مزاجی دشوار، مانند لجاجت، مزاج^۳ دشوار، رفتار تکانشی، رفتارهای سازش نایافته در مدرسه، تاریخچه خانوادگی مصرف مواد و بد رفتاری در دوران کودکی مشاهده شد (۲۷).

بنابراین با توجه به پیشینه موجود و آثار کاستی توجه و بیش فعالی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان و با عنایت به پیامدهای اجتماعی، روانی و خانوادگی آن (از جمله ترک تحصیل، ورود به گروه های ضد اجتماعی و بزهکاری)، ضرورت دارد این موضوع بیش از پیش مورد بررسی قرار گیرد. از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان پایه های پنجم، چهارم و سوم ابتدایی با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بود.

ارتباط بیشتری وجود دارد. گاهی در افراد مبتلا به این اختلال، مشکلات عاطفی و رفتارهای پرخاشگرانه بروز می کند و این مسئله بر عملکرد تحصیلی و تعامل آنها با هم سالان و دیگران تأثیر منفی برجای می گذارد (۱۶). بنابراین اهمیت تشخیص اولیه و زودهنگام این اختلال می تواند نقش مهمی در پیشگیری و کاهش عوارض جانبی و پیامدهای نامطلوب این اختلال داشته باشد (۱۷).

بارکلی و همکاران (۱۸) گزارش کرده اند که بیشتر از یک سوم کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی قبل از رسیدن به دبیرستان حداقل در یک پایه تحصیلی مردود می شوند و مسائلی، مانند ترک تحصیل و اخراج از مدرسه، در میان آنها شایع است. فرید و همکاران (۱۷) و مولینا و همکاران (۱۹) نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده اند. در مطالعه اولیه کانتول و ساترفیلد (۲۰)، میزان شیوع بالایی از مسائل تحصیلی در پسران با این اختلال در مقایسه با پسران عادی همسالان شان که از نظر هوش بهر، مشابه بودند، به دست آمد. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشتر از یک سوم پسران با این اختلال، در دروس هجی کردن، خواندن و ریاضیات نسبت به سطح مورد انتظار، حدود یک سال عقب ماندگی داشتند.

لمبرت و سندووال (۲۱)، افت تحصیلی را در میان دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در یکی از دروس خواندن و ریاضیات، گزارش کرده اند. چندین مطالعه همه گیرشناسانه نیز ارتباط بین کاستی توجه و بیش فعالی و مشکلات یادگیری را تأیید کرده اند. در پژوهشی که توسط هالبرو و بری (۲۲) انجام شد، این نتیجه گزارش شده است که ۲۷ درصد کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی دچار مشکلات یادگیری بودند.

آندر سن و همکاران (۲۳)، عقب ماندگی تحصیلی در حد دو سال را بین این دانش آموزان در دروس خواندن، نوشتن و ریاضیات گزارش کرده اند. دوپل و استونر (۲۴) و هلی جنستین

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در مدارس ابتدایی آموزش و پرورش منطقه هفده شهر تهران تشکیل می‌داد. به منظور انتخاب نمونه مورد مطالعه، ۸۰ نفر دانش آموز دختر و پسر با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (۴۰ دختر و ۴۰ پسر)، با استفاده از فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (۲۸) و تکمیل آن توسط معلمان آنها انتخاب شدند. این دانش آموزان در پایه‌های پنجم، چهارم و سوم ابتدایی مشغول به تحصیل بوده و در طیف سنی ۹ تا ۱۱ سال قرار داشتند. همچنین ۸۰ نفر از دانش آموز دختر و پسر (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) از میان دانش آموزان بدون اختلال همان مدارس و همان کلاس‌ها که دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در آن تحصیل می‌کردند، به طور خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

ب) ابزار

۱. فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری اطلاعات لازم از فهرست بررسی ۱۸ سوالی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی غنی‌زاده و جعفری (۲۰۱۰) استفاده شد. این فهرست بررسی، بر اساس معیارهای ارائه‌شده در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تهیه شده است. هدف از اجرای این فهرست بررسی، شناسایی دانش آموزان با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بود. این فهرست بررسی که توسط معلمان تکمیل شد، بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات و هرگز) درجه‌بندی شده است. این

پرسشنامه هر سه مقوله کاستی توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌وری را می‌سنجد. در این فهرست بررسی به هر یک از گزینه‌ها نمره خاصی تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب که به پاسخ همیشه، نمره (۳)، به پاسخ بیشتر اوقات، نمره (۲)، گاهی اوقات، نمره (۱) و به هرگز، نمره (صفر) تعلق می‌گیرد. بنابراین دامنه نمره‌ها در این فهرست بررسی، از صفر تا پنجاه و چهار در نوسان بود.

بر طبق ملاک‌های مندرج در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، زمانی کودک مبتلا که اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی معرفی می‌شود که حداقل شش ملاک از نه ملاک کاستی توجه و سه ملاک از نه ملاک بیش‌فعالی و تکانش‌گری را برای مدت حداقل شش ماه دارا باشد. بنابراین زمانی که فردی نمره ۲۷ و بیشتر از ۲۷ بگیرد، با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی معرفی می‌شود و زمانی که نمره ۲۶ و زیر ۲۶ بگیرد، فاقد این اختلال خواهد بود. این فهرست بررسی از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). با وجود این، برای محاسبه اعتبار آن، ضریب آلفای کرونباخ سؤالات فهرست بررسی که توسط سی نفر از معلمان تکمیل شده بودند، محاسبه شد و $\alpha = 0.79$ به دست آمد.

۲. پیشرفت تحصیلی

در این پژوهش، ملاک پیشرفت تحصیلی برای دانش آموزان پایه پنجم، میانگین نمرات دروس (فارسی، دیکته، ریاضی و علوم) طی چهار سال تحصیلی گذشته و برای دانش آموزان پایه چهارم، میانگین نمرات دروس مذکور، طی سه سال تحصیلی گذشته و برای دانش آموزان پایه سوم، میانگین نمرات دروس یادشده، طی دو سال تحصیلی گذشته محاسبه شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مقایسه پیشرفت تحصیلی در دو گروه دانش آموزان با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	Df	P
با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی	۸۰	۱۷/۱۰	۲/۳۴	۴/۷۸	۱۵۸	۰/۰۱
بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی	۸۰	۱۸/۶۱	۱/۵۵			

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود نتایج آزمون تی مستقل (جدول ۱) نشان می دهد که بین پیشرفت تحصیلی کودکان با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در سطح $p < 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب پیشرفت تحصیلی دانش آموزان بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی،

بهرتر از پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی است

برای مقایسه پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بر حسب جنسیت نیز از آزمون تی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: مقایسه پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بر حسب جنسیت

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	Df	P
پسران	۴۰	۱۶/۵۳	۲/۸۱	۲/۲۳	۷۸	۰/۰۵
دختران	۴۰	۱۷/۶۷	۱/۵۸			

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر مبتلا به این اختلال نسبت به دانش آموزان پسر مبتلا بهتر بوده و در سطح کمتر از $p < 0/05$ تفاوت معناداری بین پیشرفت تحصیلی آنها وجود دارد.

(۲۳)، هالبرو و بری (۲۲)، مرل و تیمس (۲۶)، هلی جنستین و همکاران (۲۵)، تیروش و همکاران (۲۹) همخوانی دارد. نشانه های اختلال کاستی توجه و بیش فعالی را می توان به سبب شناسی این اختلال نسبت داد، چرا که در ایجاد این اختلال بدکارکردی در بخش هایی از مغز از علل اصلی آن به شمار می رود. در این زمینه مدل های متفاوتی مطرح شده است. برای مثال کوای (۳۰) با استفاده از الگوی عصب شناختی بیان داشته است که تکانش وری کودکان با این اختلال از کاهش فعالیت سیستم بازداری رفتاری مغز ناشی می شود که به حساسیت کمتر این کودکان نسبت به تنبیه منجر می گردد. الگوی فعال شناختی سرجیانت و وندر میر (۳۱) که بر اساس نظریه پردازش اطلاعات ارائه شده است نیز بیان می دارد که این اختلال از سطح پایین برانگیختگی و ظرفیت فعال شناختی ناشی و موجب می شود که این گروه از کودکان از عهده انجام تکالیف خود برنایند و پیشرفت تحصیلی آنها دچار تأخیر شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش فعالی اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داد که پیشرفت تحصیلی دانش آموزان مبتلا به این اختلال نسبت به دانش آموزان بدون این اختلال کمتر است. همچنین پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در مقایسه با دانش آموزان پسر، بالاتر است. این یافته ها با نتایج دوپول و لانگ برگ (۷)، کولیان و همکاران (۸)، لو و فلدمن (۹)، کنت و همکاران (۱۰)، فرید و همکاران (۱۷)، مولینا و همکاران (۱۹) بارکلی و همکاران (۱۸)، دوپول و استونر (۲۴) کانتول و ساترفیلد (۲۰)، آندرسن و همکاران

مطالعه از میان دانش آموزان آموزش و پرورش منطقه هفده شهر تهران انتخاب شده بودند، بنابراین امکان تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر مناطق و شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی با محدودیت رو به رو است. این پژوهش از محدودیت طرح‌های پس‌رویدادی نیز برخوردار است و نتایج حاصل از آن، از دقت نتایج طرح‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی برخوردار نیست. گفتنی است که نمرات دروس فارسی، ریاضی، دیکته و علوم به نمرات استاندارد تبدیل نشده بود.

در پایان بر اساس یافته‌های به دست آمده در این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، به پژوهشگران، مشاوران، برنامه‌ریزان و کارشناسان توصیه می‌شود به منظور پیشگیری از افت تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، ضرورت دارد این گونه دانش آموزان هر چه زودتر شناسایی و برای دریافت خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به مراکز مشاوره ارجاع داده شوند؛ به منظور پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری دانش آموزان، ضرورت دارد کارشناسانی از میان فارغ‌التحصیلان رشته‌های مشاوره، روان‌شناسی و علوم تربیتی انتخاب و به طور رسمی استخدام شوند و در مدارس ابتدایی حضور یابند؛ برای جذاب کردن محیط مدرسه و کلاس و ایجاد انگیزه و جلب توجه و تمرکز در کودکان با اختلال مذکور، برنامه‌های مناسب توسط معلمان و مشاوران طراحی و اجرا شود؛ و یکی از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از افت تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، آموزش اولیا و معلمان درباره نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و پیامدهای ابتلا به این اختلال بر رفتار کودک در خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی است. هنگامی که اولیا و معلمان نسبت به این اختلال آگاهی لازم را کسب می‌کنند، قادر خواهند بود که شیوه ارتباط خود را با کودک به درستی تنظیم کنند، موقعیت مناسب فراهم نمایند و به کودک کمک کنند تا بر مشکلات خود غلبه نماید. معلمانی که نسبت به نشانه‌های این اختلال آگاهی دارند، هیچ‌گاه پدر و

به نظر لومان، اوسترلان و سرجیانت (۳۲) افراد دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در شروع پاسخ‌بازداری و تغییر پاسخ با توجه به الزام‌های تکلیف و محیط در مقایسه با افراد عادی کندتر عمل می‌کنند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، عوامل محیطی در مقایسه با عوامل زیستی در بروز نشانگان این اختلال نقش کمتری دارند. البته عوامل محیطی در شکل‌گیری اختلال‌های همبود نقش به‌سزایی دارند که یکی از آنها بروز مشکلات یادگیری است که بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا تأثیر می‌گذارد. افزون بر این، برخی از کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، نشانه‌هایی از وجود مشکلات رفتاری از خود نشان می‌دهند، بنابراین بروز این مشکلات و عملکرد تحصیلی پایین می‌تواند زمینه‌ساز طرد و بدرفتاری با این کودکان را فراهم کرده و به دور باطل مشکلات تحصیلی این کودکان بیفزاید.

نظر به این که این دانش آموزان بخشی از اوقات خود را در مدرسه می‌گذرانند، بسیاری از ناهنجاری‌های رفتاری آنها توسط معلمان، کارکنان و مسئولان مدرسه قابل مشاهده است، بنابراین، نقش روان‌شناس و مشاور مدرسه در آگاه کردن سایر کارکنان مدرسه نسبت به عوامل خطر ساز و نشانه‌های نگران‌کننده اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اهمیت بسیاری دارد. همچنین اگر به اهمیت سنین حساس یادگیری برخی از مهارت‌ها بنگریم، اهمیت آشنایی کارکنان مدرسه با مشکلات رفتاری دانش آموزان دو چندان می‌شود (۱۱). از این رو، آگاهی دادن به والدین و مربیان مدرسه از نظر علت‌شناسی بروز این اختلال، به ویژه عوامل ژنتیکی و پیش از تولد، از اهمیت خاصی برخوردار است. شایان ذکر است که هنگام مواجهه با کودکان مبتلا به این اختلال، نباید آنان را مقصر دانست و سرزنش کرد، بلکه باید با پذیرش و درک شرایط و مشکلات آنها، نسبت به درمان و کمک به بهبود عملکرد این قبیل کودکان گام برداشت.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. نظر به این که گروه مورد

مادر یا کودک را سرزنش نمی‌کنند، بلکه تلاش می‌کنند با همکاری متخصصان و مشاوران تحصیلی، برنامه‌های مداخله‌ای و راهبردهای درمانی گوناگون را اجرا نمایند (۳۳).

با توجه به فزونی در میزان شیوع دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و تأثیرات منفی این اختلال بر عملکرد تحصیلی و سازشی کودکان در مدارس پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی درباره میزان شیوع و بروز این

اختلال و عوامل همبسته با آن در شهرهای و محیط‌های اجتماعی اقتصادی مختلف صورت گیرد تا برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای لازم توسط دست‌اندرکاران مختلف آموزشی و بهداشتی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: از تمامی دانش‌آموزان و مربیان شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر همکاری در انجام این پژوهش تشکر می‌گردد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5™). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Beh-Pajoo A, Fatemi SM, Ghobari Bonab B, Alizadeh H, Hemmati G. The impact of a self-control training program on enhancement of social skills in students with ADHD. *J Psychol*. 2012; 3(8): 616-620.
3. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. Worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition?. *World Psychiatry*. 2003; 2(2): 104-113.
4. Sayal K, Washbrook E, Propper C. Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(5):360-368.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Conners CK, Jett JL. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. Kansas City: Compact Clinical; 1999.
7. DuPaul G J, Langberg JM. Educational impairments in children with ADHD. In: Barkley RA, editor. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for Diagnosis and treatment. Fourth edition. New York, NY: Guilford Publications; 2014.
8. Kuriyan AB, Pelham WE, Molina BS, Waschbusch DA, Gnagy EM, Sibley MH, Babinski DE, et al. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41(1): 27-41.
9. Loe IM, Feldman HM. Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(6): 643-654.
10. Kent KM, Pelham WE, Molina BSG, Sibley MH, Waschbusch DA, Yu J, Gnagy EM, et al. The academic experience of male high school students with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2011; 39(3):451-462.
11. Hosseinkhanzadeh AA, Taher M, Yeganeh T. Identification and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Schools. *Journal of Exceptional Education*. 2013; 13(6):39-52. [Persian].
12. Neshatdoost M, Klantari M, Yusefi A. The prevalence of attention deficit disorder and hyperactivity in First and second grade students of elementary school. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 1997; 1(1): 52-37. [Persian].
13. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press; 2006.
14. Brown TE. Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. New Haven and London: Yale University Press; 2005.
15. Biederman J, Monuteaux MC, Doyle AE, Seidman LJ, Wilens TE, Ferrero F, Morgan CL, Faraone SV. Impact of executive function deficits and ADHD on academic outcomes in children. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(5): 757-766.
16. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56(12): 1073-1086.
17. Fried R, Petty C, Faraone SV, Hyder LL, Day H, Biederman J. Is ADHD a Risk Factor for High School Dropout? A controlled study. *J Atten Disord*. 20(5):383-9.
18. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991; 32 (2): 233-255.
19. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, Houck PR. The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(5): 484-500.
20. Cantwell DP, Satterfield JH. Prevalence of Academic Underachievement in Hyperactive Children. *J Pediatr Psychol*. 1978; 3(4): 168-171.

21. Lambert NM, Sandoval J. The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *J Abnorm Child Psychol.* 1980; 8(1): 33-50.
22. Holborow PL, Berry PS. Hyperactivity and learning difficulties. *J Learn Disabil.* 1986; 19(7): 426-431.
23. Anderson CA, Hinshaw SP, Simmel C. Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behaviors. *J Abnorm Child Psychol.* 1994; 22(2): 247-265.
24. Dupul GJ, Stoner G. *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies.* New York: Guilford Press, 1994.
25. Heiligenstein E, Guenther G, Levy A, Savino F, Fulwiler J. Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Coll Health.* 1999; 47(4): 181-185.
26. Merrel C, Tymms PB. Inattention, hyperactivity and impulsiveness: Their impact on academic achievement and progress. *Br J Educ Psychol.* 2001; 71(pt1): 43-56.
27. Nogueira M, Bosch R, Palomar G, Corrales M, Gómez N, Ramos-Quinoa JA, Casas M. Childhood risk factors for substance use disorders in attention deficit hyperactivity Disorder subjects. *Eur Psychiatry.* 2011; 26(1):89.
28. Ghanizadeh A, Jafari P. Cultural structures of the Persian parents' ratings of ADHD. *J Atten Disord.* 2010; 13(4): 369-373.
29. Tirosh E, Berger J, Cohen M, Davidovitch M, Cohen A. Learning disabilities with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Parents and teachers perspectives. *J Child Neurol.* 1998; 13(6): 270-276.
30. Quay HC. Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. In: Bloomingdale LM, Sergeant J, editors. *Attention Deficit Disorder: Criteria, Cognition, Intervention.* New York: Pergamon Press; 1988, pp: 117-126.
31. Sergeant JA, Vander Meere J. What happens when the hyperactive child commit an error?. *Psychiatry Research.* 1988; 24(2): 157-164.
32. Luman M, Oosterlaan J, Sergeant JA. The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *J Clin Psychol.* 2005; 25(4): 183-212.
33. Behpajoo A. *Family and Children with Special Needs.* Second edition. Tehran: Avaye Noor; 2015. [Persian].

Comparison of Academic Achievement in Elementary Students with and without Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

Ahmad Beh-Pajoo¹, Akram Parand², Nahid Emami³, Seyyedeh Zahra Seyyed Noori⁴

Received: June 02, 2016

Accepted: August 31, 2016

Abstract

Background and Purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent childhood disorders which can affect children's academic achievements and performance. The purpose of the present study was to compare the academic achievement in elementary students with and without Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Tehran, Iran.

Method: Present study had causal-comparative design. The study population consisted of all elementary students in the city of Tehran. Sample consisted of 160 third to fifth elementary school students (80 students with ADHD and 80 students without ADHD) who were selected using random sampling method. For diagnosis of ADHD, the 18-item ADHD checklist (Ghanizadeh & Jafari, 2010) was completed by the teachers. Academic achievement of two groups was calculated using students' GPA on four courses (Persian, Writing, Math, and Science) in previous academic years. Independent sample t-test was used for data analysis.

Results: Results indicated that ADHD group had a significantly lower academic achievement comparing to normal group ($p < .01$). In addition, female students with ADHD showed higher academic achievement comparing to male students with ADHD ($p < .05$).

Conclusion: In order to prevent academic wastage among elementary students with ADHD, early identification and treatment of such children is recommended.

Keywords: Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, academic achievement, elementary students

1. *Corresponding Author: Professor of Psychology, Department of psychology of exceptional children, University of Tehran, Tehran, Iran (behpajoo@ut.ac.ir)

2. Postdoctorate in Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

3. M.A. in Psychology & Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

4. M.A. in Psychology, University of Guilan, Guilan, Iran