

# اثر بخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان پیش دبستانی

مژگان شوشتری<sup>۱</sup>  
احمد عابدی<sup>۲</sup>  
فرشته گلشنی<sup>۳</sup>  
راضیه اهرمی<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۹۰/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱۰

## چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی / تکانشگری پیش دبستانی انجام گرفته است. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری، شامل کلیه کودکان پسر پیش دبستانی مبتلا به اختلال ADHD شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. به منظور انجام گرفتن این پژوهش، ۳۰ کودک با نشانگان ADHD به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و با روش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه کنترل). ابزار مورد استفاده، پرسشنامه کانرز والدین و مصاحبه بالینی بود. مداخلات بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج پژوهش

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی

۲- استادیار دانشگاه اصفهان، دکتری روان‌شناسی

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی دانشگاه علامه طباطبائی

۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی

نشان داد که مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازیهای کودک محور بر میزان بیش‌فعالی- تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی/ تکانشگری بیش‌دبستانی مؤثر است. نتیجه‌گیری: توجه به تشخیص و مداخلات زودهنگام می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی- تکانشگری باشد.

**واژگان کلیدی:** مداخلات زودهنگام، بازی‌های کودک محور، بیش‌فعالی - تکانشگری.

### مقدمه

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان و متخصصین بالینی را به خود جلب کرده، اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی است (بوسینگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). این اختلال در حدود سنین ۲ تا ۴ سالگی، شروع می‌شود (کانر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) و از شایع‌ترین اختلالات عصبی- رفتاری دوران کودکی است، به طوری که ۳ تا ۷ درصد کودکان (انجمن روان‌پزشکی امریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) بدان مبتلا هستند (فارون<sup>۴</sup>، سرجنت<sup>۵</sup>، گیلبرگ<sup>۶</sup> و بیدرمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). اختلال ADHD، الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه‌ها بیش از سن ۷ سالگی ظاهر شوند. اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد،

1. Bussing & et al
2. Conner
3. American Psychiatric Association
4. Faraone
5. Sergeant
6. Gillberg
7. Biederman

در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نباید مطرح شود و نیز یک اختلال روانی دیگر، توجیه بهتری برای آن نباشد (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). همچنین اختلال ADHD، سندرمی عصب شناختی است که معمولاً با ویژگی‌های تکانشگری، حواسپرتی و بیش فعالی مشخص می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). میزان تشخیص این اختلال از آن جهت که نشانه‌ها و نقائص آن از حدود دو سالگی قابل ردگیری هستند در حال افزایش می‌باشد (دالی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). مدل‌های سبب شناسی که برای این اختلال وجود دارد، بر تعامل عوامل ژنتیک، زیست‌شناختی، محیطی، روانی- اجتماعی، روان‌شناختی، نوروشیمیایی و عوامل مربوط به تغذیه تأکید می‌کند (کاستلانوس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بارکلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، بیان می‌کند که ژنتیک و متغیرهای زیستی - عصبی، بیشترین سهم را در نشانه‌های اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه دارند. بسیاری نیز مطرح می‌کنند که شایع‌ترین مسیر در تحول این اختلال، آن مسیری می‌باشد که کودکان با یک آمادگی ژنتیکی از مادر متولد می‌شوند و همچنین تخمین زده می‌شود که عوامل ژنتیکی، قریب به ۸۰ درصد در این اختلال سهم هستند (لین و چانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). مشخص شده است اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی که در سنین پیش دبستانی ظهور می‌کند در طی زمان مزمن و پایدار است و یک عامل خطر ساز نیرومند برای مشکلات رفتاری بعدی در سنین دبستانی می‌باشد (دالی، ۲۰۰۶).

1. Kaplan & Sadock
2. Daley
3. Castellanos
4. Barkley
5. Lin & Chang

در خصوص توجه فراوان به این موضوع می‌توان گفت، اختلال نقص‌توجه / بیش‌فعالی برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آنها ایجاد می‌کند. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل رو به رو می‌کند که در صورت عدم درمان، آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد. یکی از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری پیش از دبستان که توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران را به خود جلب نموده، بیش‌فعالی - تکانشگری است (سمرود - کلیکمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ فلچر، لیون، فوکس و بارنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، ملتزر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷، مک‌کلوسکی، پرکینس و دیونر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

بیش‌فعالی و تکانشگری، از جدی‌ترین مشکلات کودکان دارای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی است. اغلب کودکان مبتلا به اختلال ADHD، دارای مشکلاتی در زمینه تکانشگری می‌باشند. وندر<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) و بارکلی (۲۰۰۶)، اعتقاد دارند که ناتوانی در مهار برانگیختگی، نقش بنیادی در این اختلال دارد. عمل تکانشی بدون تفکر صورت می‌گیرد. گرچه برخی از کودکان نیز که مشکل ندارند ممکن است تکانشگر باشند، اما تکانشگری ADHD به این صورت است که به طور معمول حرف دیگران را قطع می‌کنند، بی‌موقع به سؤالات پاسخ می‌دهند و نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند (بارکلی، ۱۹۹۷). تکانشگری نیز مانند بی‌توجهی، در افراد با توجه به شرایط و موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند و بسیاری از

1. Semrud-klikeman
2. Fletcher, Lyon, Fuchs, & Barnes
3. Meltzer
4. McCloskey, Perkins & Divner
5. Wender

1. Frick
2. Lahey
3. Steel
4. Dowker
5. Gersten, Jordan & Flojo
6. Coleman, Buysse, & Neitzel

ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات تحصیلی کمک می‌کند (داس بنرجی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). تشخیص و مداخله زود هنگام برای کودکان خردسال در معرض ابتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری مقوله‌ای جدید می‌باشد. تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که تشخیص و مداخله زود هنگام در بهبود بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان خردسال و کاهش نشانگان ADHD مؤثر است (مونتویا و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱، توپلاک و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸، کلمن و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین راپاپورت و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۸)، تام و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)، نیز به اثربخشی مداخلات زود هنگام در توانبخشی و بهبود نشانگان ADHD در کودکان مبتلا به این اختلال اشاره نموده‌اند. لذا، می‌توان با تشخیص و مداخله زود هنگام به کودکان بویژه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-تکانشگری پیش‌دبستانی کمک نمود. لذا ضروری است این مشکلات در کودکان پیش‌دبستانی به موقع تشخیص داده شوند و برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام برای بهبود آنها فراهم شود. با توجه به نتایج تحقیقات فوق، اهداف کلی پژوهش حاضر، عبارت از بررسی اثربخشی مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازیهای کودک محور بر میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری پیش از دبستان است. با توجه به نتایج تحقیقات مطرح شده، فرضیه و سؤال اساسی این پژوهش این است که «آیا مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی/ تکانشگری پیش‌دبستانی مؤثر است؟». همچنین پیشنهاد می‌گردد تأثیر این مداخله‌ها

1. Das Banerjee et al
2. Montoya et al
3. Toplak et al
4. Rappaport at al
5. Tamm et al

بر سایر مشکلات تحصیلی در دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری از قبیل اختلال خواندن و نوشتن و اختلال ریاضی بررسی شود.

### روش انجام پژوهش

در این پژوهش با توجه به ماهیت و اهداف پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گزینش تصادفی آزمودنی‌ها استفاده شده که متغیر مستقل آن عبارت از مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور و متغیر وابسته نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسشنامه کانرز والدین است.

جدول ۱. شمایه طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

گروه	گزینش تصادفی آزمودنی‌ها	پیش‌آزمون متغیر مستقل	پس‌آزمون مداخلات
گروه آزمایش	R	$X_1$	$X_2$
گروه کنترل	R	$T_1$	کنترل

### جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه کودکان پسرپیش از دبستان مبتلا به اختلال ADHD شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بودند.

### نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش، برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. بدین ترتیب که ابتدا از هریک از نواحی پنجگانه شهر اصفهان دو مرکز پیش دبستانی انتخاب شد. سپس از میان

مراکز پیش دبستانی شهر اصفهان ۱۵ کلاس به صورت تصادفی برگزیده شدند که ۴۰۸ کودک را شامل می‌شد. از بین این کودکان که همگی پسر بودند ۳۱۳ نفر تک فرزند و حداقل یکی از والدین آنها باسواد بود. میانگین سنی این کودکان بین ۵-۶ سال بود. سپس از میان کلاس‌های مذکور ۹۳ کودک، براساس پرسشنامه کانرز که توسط والدین کودکان تکمیل می‌شد و مصاحبه بالینی که مطابق با DSM.IV که با والدین و مربیان کودکان انجام شد، تعداد ۳۰ نفر کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی - تکانشگری انتخاب شدند. سپس به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند و گروه آموزش تحت آموزش مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور قرار گرفت. بعد از پایان آموزش، والدین هر دو گروه از دانش‌آموزان، دوباره پرسشنامه را تکمیل کردند. در پایان، نتایج هر دو مرحله (پیش و پس از آموزش) تجزیه و تحلیل شد از آنجا که کار با دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مشکل است، آزمودنی‌های آزمایش به گروه‌های سه، چهار نفره تقسیم شدند و در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت زیر تحت و آموزش قرار گرفتند. در اولین جلسه پیش‌آزمون و در آخرین جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

جلسه اول: آشنایی با روش. در این جلسه ابتدا درباره اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی-تکانشگری برای والدین توضیح داده شد. سپس درباره هدف و ضرورت روش مداخلات زودهنگام برای آنها توضیح داده شد و پیش‌آزمون که پرسشنامه کانرز بود اجرا گردید.

جلسه دوم: در این جلسه بازی مجسمه با کودکان انجام شد. این بازی به این صورت بود که به کودکان گفته شد زمانی که کلمه مجسمه گفته می



شود باید به حالت مجسمه در بیایند و هیچ حرکتی از خود نشان ندهند. این بازی به کاهش رفتارهای تکانشگری کودکان کمک می‌کند.

جلسه سوم: در این جلسه بازی که با کودکان انجام شد به این صورت بود که ۳ صندلی چیده شده و از ۴ کودک خواسته شد که با پخش آهنگ به دور صندلی‌ها بچرخند و همزمان با قطع شدن آهنگ بر روی صندلی‌ها بنشینند. کودکان باید زود عکس العمل نشان می‌دادند و برای خود صندلی انتخاب می‌کردند چون نهایتاً یکی از کودکان بدون صندلی می‌ماند، از بازی کنار گذاشته می‌شد. و این بازی مکرراً تا اتمام زمان جلسه انجام می‌شد. این بازی نیز به کاهش رفتارهای تکانشگری کودکان کمک می‌کند.

۴- جلسه چهارم: بازی که در این جلسه با کودکان انجام شد به این صورت بود که از آنها خواسته شد که با شنیدن شماره ۱ بنشینند و با شنیدن شماره ۲ بایستند. این بازی تا دقایقی انجام شد و سپس از کودکان خواسته شد که هنگامی که به آنها می‌گوییم بنشین بایستند و هنگامی که از آنها می‌خواهیم بایستند، بنشینند. این بازی نیز به کاهش رفتارهای تکانشگری کودکان کمک می‌کند.

۵- جلسه پنجم: در این جلسه بازی کلاغ پر با کودکان انجام شد. به این صورت که از آنها خواسته شد که فقط با شنیدن اسم گنجشک و کلاغ انگشتان خود را بالا ببرند. این بازی نیز کمک شایانی به کاهش رفتارهای تکانشگری کودکان می‌کند.

۶- جلسه ششم: در این جلسه ترکیبی از بازیهای جلسه قبل با کودکان انجام شد.

۷- جلسه هفتم: اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس: دانش‌آموز می‌بایست ابتدا دستورات را به صورت متوالی از اول به آخر اجرا کند، سپس

دستورات جدید را از آخر به اول به انجام رساند و سپس آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کند.

۸- جلسه هشتم: بازی چشم در چشم: کودک دست‌هایش را در دست‌های درمانگر قرار می‌دهد و به چشمان او نگاه می‌کند. آزمونگر سؤال می‌پرسد و تا وقتی دست‌های دانش‌آموز را فشار نداده است، او نباید پاسخ دهد. دانش‌آموزان در قالب مسابقه بازی را به صورت دو نفره ادامه می‌دهند.

۹- جلسه نهم: در این جلسه کادوهای برای کودکان گرفته شده بود و در معرض دید آنها گذاشته شد. اما از کودکان خواسته شد تا زمانی که به آنها گفته نشود، کادوها را باز نکنند. این قسمت از بازی روشی برای آموزش صبر به کودکان تکانشگر است.

۱۰- جلسه دهم: بازی‌های مربوط به حافظه مستقیم و معکوس: دانش‌آموز می‌بایست ابتدا اسامی اشیاء ارائه شده به وسیله آزمونگر را به صورت مستقیم و سپس اسامی جدید را به صورت معکوس بیان نماید و بعد آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کند.

۱۱- جلسه یازدهم: ساختن برج است که به کودکان آموزش داده می‌شود. مطابق الگوها نسبت به ساختن برج اقدام نمایند. خوب به تصاویر توجه کنند، فکر کنند و سپس آنها را طراحی نمایند.

۱۲- جلسه دوازدهم: اجرای پس آزمون. اجرای مجدد پرسشنامه کانرز.

### ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه کانرز والدین (CPRS-48): فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۲۷ سؤال است و به وسیله والدین کودک تکمیل می‌گردد. نمره دهی سؤالات این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (از اصلاً تا بسیار زیاد) انجام می‌گیرد. این ابزار برای اندازه‌گیری شدت علایم اختلال ADHD به

کار می‌رود. در پژوهشی که توسط (شهایان و همکاران، ۱۳۸۶) به منظور هنجاریابی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز انجام گرفت، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ به دست آمد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

**۲- مصاحبه بالینی:** در این پژوهش آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه کانرز نمره‌های بالایی به دست آورده بودند، مورد مصاحبه بالینی سازمان یافته قرار گرفتند. آزمودنی‌هایی که ملاک‌های تشخیص را دارا بودند در نمونه نهایی پژوهش قرار گرفتند. این مصاحبه به منظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری انجام گرفت. به منظور بررسی روایی و پایایی مصاحبه بالینی، ضریب توافق بین مصاحبه‌کنندگان (۳ نفر مصاحبه‌کننده که از دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی بودند) محاسبه گردید که ۰/۸۳ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل و سپس تحلیل کواریانس برای تفاوت‌گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و شاهد (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در پرسشنامه کانرز والدین (میزان بیش‌فعالی - تکانشگری)

گروه	شاخص آماری		قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایشی	۲۷/۸	۵/۸	۱۸/۶	۳/۸		
گروه کنترل	۲۶/۴۶	۷/۴۶	۲۴/۰۶	۶/۵۱		

اطلاعات جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون میزان بیش‌فعالی - تکانشگری را نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین‌های گروه‌های آزمایش، پس از مداخلات کاهش داشته است. و این نشان دهنده این موضوع است که مداخلات مؤثر بوده است و میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کمتر شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در پرسشنامه کانرز والدین

شاخص آماری منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۵۷۳/۷۷۲	۱	۷۷۲	۷۲۱/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱/۰۰
گروه	۶۱۱ /	۱	۶۱۱	۴۸۰/۳۵	--	۰/۵۶	۱/۰۰
خطا (درون گروهی)	۳۰۰	۲۷	۳۰۰/۸	۴۷۳/۸	--		
	۷۶۱						
	۲۲۸/						

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله مبتنی بر بازی‌های کودک محور منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل شده است ( $p < ۰/۰۰۰$ ). میزان تأثیر ۰/۵۶ بوده است. یعنی ۵۶ درصد واریانس پس‌آزمون مربوط به مداخله مبتنی بر بازی‌های کودک محور می‌باشد. به عبارت دیگر، ۵۶ درصد اختلاف بین گروه آزمایش و گروه کنترل در پس‌آزمون ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌فرمایید مجموع مجذورات بین‌گروهی نسبت به مجموع مجذورات درون گروهی بیشتر است یعنی نشان می‌دهد که مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی- تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/ تکانشگری پیش‌دبستانی مؤثر است.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش فعالی/ تکانشگری کودکان پیش دبستانی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون، به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، که مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش فعالی/ تکانشگری کودکان پیش دبستانی مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی مونتویا و همکاران (۲۰۱۱)، توپلاک و همکاران (۲۰۰۸)، کلمن و همکاران، (۲۰۰۶)، تام و همکاران (۲۰۰۵) راپاپورت و همکاران (۱۹۹۸)، در خصوص اثر بخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش فعالی/ تکانشگری کودکان پیش دبستانی همسو بود.

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین استنباط می‌گردد که بازداری از پاسخ از جمله توانایی‌هایی هست که کودکان در آینده برای یادگیری‌های مدرسه‌ای به آنها نیازمندند (ملترز، ۲۰۰۷، مک کلو سکی، پرکینس و دیونر، ۲۰۰۹). شکل‌های اولیه بازداری از پاسخ و دیگر کارکردهای اجرایی خیلی زود در زندگی به وجود می‌آیند و یک تحول سریع را در طول دوران پیش دبستانی و سال‌های اولیه دبستان از خود نشان می‌دهند (دیویدسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ زلازو و مولر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). کارکردهای اجرایی از جمله بازداری از پاسخ با توانایی‌هایی از قبیل پیشرفت تحصیلی مرتبط می‌باشند (ترل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد رشد و آموزش کارکردهای اجرایی نقش کلیدی در گسترش توانایی‌های تحصیلی و

1. Davidson
2. Zelazo & Muller
3. Thorell

اجتماعی کودکان بازی می‌کند (هوگس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸)، و همچنین در آمادگی اجتماعی و تحصیلی آنها برای ورود به مدرسه نیز اهمیت ویژه‌ای دارد (سمرود-کلیمن، ۲۰۰۵). در تبیین این موضوع می‌توان اشاره نمود بهبود بیش‌فعالی-تکانشگری تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد. کودک تجارب خود را از طریق گوناگون به ویژه بازی‌ها در طی دوران رشد به دست می‌آورد. بنابراین، اگر بتوان به غنی‌سازی محیط و بستر سازی برای بازی‌های گروهی و حرکتی اقدام نمود احتمالاً به رشد و بهبود بیش‌فعالی-تکانشگری کودکان کمک خواهد شد. در این خصوص پیشنهاد می‌گردد مدیران و مربیان مراکز پیش‌دبستانی محیط‌های آموزشی غنی همراه با بازی‌ها طراحی نمایند تا کودکان حداکثر استفاده را در جهت تقویت و بهبود پیش‌نیازهای مدرسه همچون توجه، و کاهش رفتارهای تکانشگرانه ببرند. با مداخلات زودهنگام (مخصوصاً مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور) که نقش مهمی در عملکرد کارکردهای دخیل در اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی دارند، می‌توان از بسیاری مشکلات تحصیلی و اقتصادی جلوگیری کرد. بدین منظور درمانگران و والدین و معلمان می‌توانند از آموزش و بازی‌های مربوط به رفتارهای تکانشگرانه در زمینه کاهش مشکلات تحصیلی و راهبردهای زندگی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی (و حتی کودکان عادی) در یک محیط آموزشی مناسب بهره ببرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم استفاده از گروه عادی در پژوهش حاضر بود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، عدم استفاده از آزمودنی‌های دختر و همچنین عدم بررسی تأثیر این آموزش‌ها در درازمدت بود که پژوهشگران می‌توانند

---

1. Hughes

در پژوهش‌های آتی خود این موضوع را در نظر بگیرند. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی آموزش بازداری از پاسخ را در دو گروه عادی و آزمایش با یکدیگر مقایسه کنند. آنها همچنین می‌توانند اثر بخشی مداخلات زودهنگام را بر سایر مؤلفه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی شامل توجه را نیز بررسی نمایند. همچنین با توجه به این که این مداخلات در سنین اولیه تأثیر بیشتر و پایدارتری بر کودکان دارد، پیشنهاد می‌گردد با مطالعه و پژوهش‌های بیشتر در زمینه شناسایی هر چه زودتر کودکان، آموزش را شروع و از مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنها پیشگیری نمود. توجه به تشخیص و مداخلات زودهنگام می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان نشانگان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری باشد.

### منابع فارسی

دادستان، پریرخ. (۱۳۷۸). *اختلال‌های زبان روش‌های تشخیص و بازپروری*، تهران: انتشارات سمت.  
درسنامه درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی / نارسایی توجه، الهه محمد اسماعیل، نشر دانژه، ۱۳۸۵، تهران.  
شهبان، آمنه، شهیم، سیما، بشاش، لعیا، یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). *هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز*. مطالعات روان‌شناختی، دوره ۳، شماره ۳، صفحات ۹۷-۱۲۰.  
کاپلان، هارلود، ای؛ سادوک، بنیامین. جی. (۲۰۰۳). *خلاصه روان‌پزشکی جلد سوم*. ترجمه نصرت الله پورافکاری (۱۳۸۵). تهران: شهر آب.

### منابع لاتین

- American Psychiatric Association .(2000).*Diagnostic and statistical manual of mental disorder(3<sup>rd</sup> ed .,rev)*.Washington ,DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 , 65-94 .
- Barkley, R. A. (2006). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions:Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Bussing,R,Mason D.M,Bell .L,Porter .P H ,Garvan.C.(2010).Adolescent outcom of childhood attention –deficit/hyperactivity disorder in a diverse Community sample .*Journal of American Academy of Child and Adolscent Psychiatry*,49 (6), 565-605.
- Castellanos ,F.X.(2008).Toward a pathophysiology of attention deficit/hyperactivity. *Clinical pediatric* ,36:370-383.
- Coleman,M.R.,Buysse,V.,& Neitzel,J.(2006).*Recognition and response:An early intervetion system for young children at-risk for learning disabilities*.Full report.Chapel Hill:The University of North Carollina, Frank Porter Graham Child Development Institute.
- Conners , C.K.(2002).*Food additives and hyperactive children* .New York :Plenum . Prees.
- Daley,D.(2006).*Attention deficit hyperactivity disorder :A review of the essential facts*.child:care,Health &Development,32,193-204.
- Das Banerjee ,T.D.,Middleton,F.,&Faraone .S.V(2007).Environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder.*Acta Paediatrica* ,96,1269-1274.
- Davidson, M.C., Amso, D., Anderson, C., & Diamond, A. (2006). Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition and task switching. *Neuropsychologia*, 44, 2037-2078
- Dowker,A.,(2005).Eerly Identification and Intervention for Students With Mathematics Difficulties.*Journal of Learning Disabilities* ,38,p328-331.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.
- Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2007). *Learning disabilities: From identification to intervention*. New York: Guilford Press.
- Gersten, R.,Jordan, N , &Flojo,J. R.(2005). Early Identifi cation and Interventions for students with Mathematics Difficulties.*Journal of Learning Disabilities*, 38,293-304
- Hughes, C. (1998). Executive function in preschoolers: Links with theory of mind and verbal ability. *British Journal of Developmental Psychology*, 16, 233-253.
- Lin,Y.F,Chung,H.H.(2002).parenting stress and parent,s willingness to accept treatment in relation to Behavioral problem of children with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder .*Journal of Nursing Resource* .10:43-56
- McCloskey, G.,Perkins,L.,& Divner,B. (2009). Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties. *New York: Routledge Press*.



- Meltzer, L. (Ed.) (2007). Executive function in education: From theory to practice. *New York: Guilford Press.*
- Montoya.A,Colom.F,Ferrin .M,(2011).Is psychoeducational for parents and teachers of children and adolescent with ADHD efficacious ? *Asystematic literature review :European psychiatry* 26(2011)166-175.
- Rappaport G C ,Ornoy A ,Tenenbaum A (1998).Is early intervention effectiveness in preventing ADHD?*Isr Psychiatry relate SCI* 1998:35(4)271-290.
- Semrud – clikeman,M(2005). Neuropsychological. Aspects for Evaluating Disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 38,563,568.*
- Steele,M.(2004).Making The Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities.*Children Education Journal,32(2),75-79.*
- Tamm L ,Swanson J M .Lerner M A ,Childress C ,Patterson B,Lakes K ,Ngugen A.S,Kudo M ,Altamirano W ,Miller J ,Sontoyo R & et al....Intervention for preschoolers at risk for Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD).Service before diagnosis.*Clinical Neuroscience Research.5(2005)247-253.*
- Thorell, L.B., Lindqvist, S., Nutley, S.B., Bohlin, G., & Klingberg, T. (2009). Training and transfer effects of executive functions in preschool children. *Journal of developmental scienc., 12:1, 106*
- Toplak.Maggie E ,Laura Connors ,Jill Shuster ,Bojana Knezevic,sandy parks .(2008). Review of cognitive ,cognitive Behavioral ,and neural –based interventions for Attention –Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).*Clinical psychology Review* 28(2008)801-823.
- Wender.P.H.(1987).The hyperactive Child ,adolescent and adult .New York:Oxford university press.
- Zelazo,P. D. & Muller, U. (2002). Executive function in childhood. *Trends in Cognitive Sciences, 8,12-17.*