



۱۵۹.۲. - ۲.۳۵۲۵۱



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی

بررسی اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نقص توجه و بیش‌فعالی

دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان

استادان راهنما

دکتر شعله امیری

دکتر محمدباقر کجباف

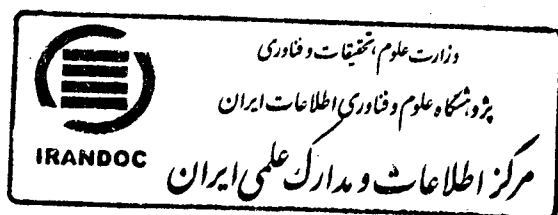
استاد مشاور

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر

فاطمه صاحبان

آبان‌ماه ۱۳۸۹



۱۵۹۰۲۰

۱۳۹۰/۳/۱۸

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روانشناسی

## پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

خانم فاطمه صاحبان

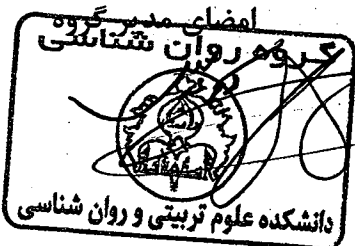
تحت عنوان

بررسی اثربخشی آموزش کارکرد اجرایی بر نقص توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان

پسر ابتدایی شهر اصفهان

در تاریخ ۸/۰۸/۸۹ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- |       |                          |                         |                             |
|-------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| امضا  | با مرتبه‌ی علمی دانشیار  | دکتر شعله امیری         | ۱- استاد راهنمای پایان‌نامه |
| امضا  | با مرتبه‌ی علمی دانشیار  | دکتر محمدباقر کجباف     | ۱- استاد راهنمای پایان‌نامه |
| امضا  | با مرتبه‌ی علمی استادیار | دکتر احمد عابدی         | ۲- استاد مشاور پایان‌نامه   |
| امضا  | با مرتبه‌ی علمی استاد    | دکتر حمیدظاهر نشاط دوست | ۳- استاد داور داخل گروه     |
| امضای | با مرتبه‌ی علمی استادیار | دکتر عذرا اعتمادی       | ۴- استاد داور خارج از گروه  |



## تقدیر و تشکر

پروردگار مهربان را سپاس می گویم که در پناه الطاف خاصه اش این توفیق را داشته ام که در

راه پر خیر و برکت علم و دانش قدمی هر چند ناچیز بردارم بر خود لازم می دارم از اساتید

بزرگ و فرزانه سرکار خانم دکتر شعله امیری، جناب آقای دکتر محمدرضا کجاف و جناب

آقای دکتر احمد عابدی تشکر کنم که راهنمایی و ارشادهای عالمانه شان در پربار شدن این

پایان نامه رو تشکر را هم بود در خاتمه از تمام کسانی که به نحوی مریاری داده اند قدر دانی می کنم

زحمات بی شماری آنها را ارج می نمم و برایشان آرزوی موفقیت دارم.

تقدیم بہ پیشگاہ قطب عالم امکان؛

ہمانہ می ہستی؛ رشتہ می فیض الہی؛

حضرت ولی عصر (عجل اللہ تعالیٰ فرجہ الشریف)

تقدیم به سرمایه‌های زندگیم؛

پدر و مادر و خواهران مهربانم

که در پرتو وجودشان بالیدن را آموختم

تقدیم به همسر

به او که عشق را برایم معنا کرد

به او که محطه‌ای از یاریم دین نکرد



## چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر کاهش نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی انجام شده است. طرح پژوهش به صورت آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان که علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را داشته و در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. بدین منظور از بین دانش‌آموزان ناحیه ۳ دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعال ۲۰ دانش‌آموز عمدتاً نقص توجه و ۲۰ دانش‌آموز عمدتاً بیش‌فعال انتخاب و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند (۱۰ نفر گروه نقص توجه، ۱۰ نفر گروه بیش‌فعال، ۱۰ نفر گروه کنترل نقص توجه و ۱۰ نفر گروه کنترل بیش‌فعال). ابزار مورد استفاده، پرسشنامه نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بر اساس DSM-IV بود و آموزش براساس تکنیک بازداری از طریق بازی به مدت ۱۰ جلسه انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج، تفاوت معنی‌داری ( $p = 0/0001$ ) را در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل در گروه عمدتاً بیش‌فعال و عمدتاً نقص توجه نشان داد. با توجه به وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون می‌توان گفت که برنامه آموزشی کارکرد اجرایی بازداری، در دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعال اثربخش بوده است و می‌توان از این روش برای کاهش علائم آنها بهره برد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، کارکرد اجرایی، بازداری

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مساله	۲
۳-۱	اهمیت و ارزش تحقیق	۵
۴-۱	کاربرد نتایج	۶
۵-۱	اهداف تحقیق	۶
۶-۱	فرضیه های پژوهش	۶
۷-۱	تعاریف اصطلاحات و مفاهیم	۶
۱-۷-۱	تعریف مفهومی	۶
۲-۷-۱	تعریف عملیاتی	۷

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱-۲	اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۹
۲-۲	نشانه های اصلی اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۱۰
۱-۲-۲	بی توجهی	۱۰
۲-۲-۲	بیش فعالی	۱۲
۳-۲-۲	تکانشگری	۱۳
۳-۲	تشخیص و طبقه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۱۳
۱-۳-۲	ملاک های تشخیص اختلال نقص توجه-بیش فعالی بر اساس DSMIV-TR	۱۳
۲-۳-۲	طبقه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۱۵
۱-۲-۳-۲	اختلال بیش فعالی/کمبود توجه، نوع مرکب	۱۵
۲-۲-۳-۲	اختلال بیش فعالی/کمبود توجه، عمدتاً نوع بی توجه	۱۵
۳-۲-۳-۲	اختلال نقص توجه-بیش فعال، نوع بیش فعال-تکانشگر	۱۶
۴-۲-۳-۲	اختلال بیش فعالی/کمبود توجه که به گونه ای دیگر مشخص نشده است	۱۶
۴-۲	شیوع	۱۷
۵-۲	شکل گیری اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۱۷
۱-۵-۲	دوره حسی حرکتی (نوزادی و خردسالی)	۱۷

- ۱۸-۲-۵ دوره پیش عملیاتی (کودکان پیش دبستانی)..... ۱۸
- ۱۸-۲-۵ دوره عملیات عینی (کودکان دبستانی)..... ۱۸
- ۱۹-۲-۵ دوره تفکر انتزاعی (نوجوانی)..... ۱۹
- ۱۹-۲-۵ در امتداد دوره تفکر انتزاعی (بزرگسالی)..... ۱۹
- ۲۱-۲-۶ مشکلات توأم با اختلال نقص توجه- بیش فعالی..... ۲۱
- ۲۱-۲-۶ ناتوانی های یادگیری..... ۲۱
- ۲۲-۲-۶ مشکلات اجتماعی..... ۲۲
- ۲۳-۲-۶ نارسایی های شناختی..... ۲۳
- ۲۳-۲-۶ مشکلات هیجانی..... ۲۳
- ۲۴-۲-۶ مشکلات حرکتی..... ۲۴
- ۲۴-۲-۷ سبب شناسی اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۲۴
- ۲۵-۲-۷ عوامل ژنتیکی..... ۲۵
- ۲۵-۲-۷ آسیبهای مغزی..... ۲۵
- ۲۷-۲-۷ عوامل نوروشیمیایی..... ۲۷
- ۲۷-۲-۷ عوامل مربوط به تغذیه..... ۲۷
- ۲۷-۲-۷ عوامل روانشناختی..... ۲۷
- ۲۸-۲-۷ عوامل روانی- اجتماعی..... ۲۸
- ۲۸-۲-۷ الگوی بازداری رفتاری..... ۲۸
- ۳۴-۲-۷-۱ ساخت، روانی و کنترل حرکتی..... ۳۴
- ۳۴-۲-۷-۲ جایگاه نارسایی توجه در الگوی بازداری رفتاری..... ۳۴
- ۳۷-۲-۷-۸ عوامل دیگر..... ۳۷
- ۳۷-۲-۹ درمان اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۳۷
- ۳۷-۲-۹ دارو درمانی..... ۳۷
- ۳۸-۲-۹ درمان رفتاری و اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۳۸
- ۳۹-۲-۹ درمان شناختی-رفتاری در اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۳۹
- ۴۱-۲-۹ درمان ترکیبی اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۴۱
- ۴۱-۲-۱۰ تحقیقات انجام شده در خارج و داخل ایران..... ۴۱

عنوان	صفحه
۱-۱۰-۲ تحقیقات انجام شده در خارج .....	۴۱
۲-۱۰-۲ تحقیقات انجام شده در ایران .....	۴۳
<b>فصل سوم: روش پژوهش</b>	
۱-۳ مقدمه .....	۴۵
۲-۳ روش تحقیق .....	۴۵
۳-۳ جامعه آماری .....	۴۶
۴-۳ نمونه و روش نمونه گیری .....	۴۶
۵-۳ شرایط شرکت در پژوهش .....	۴۷
۶-۳ متغیر های پژوهش .....	۴۷
۷-۳ ابزار پژوهش .....	۴۷
۱-۷-۳ پرسشنامه تشخیص نشانه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی .....	۴۷
۲-۷-۳ مصاحبه بالینی .....	۴۸
۸-۳ شیوه اجرا .....	۴۸
۱-۸-۳ محتوای جلسات .....	۴۸
۹-۳ روش تجزیه و تحلیل آماری .....	۴۹
<b>فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها</b>	
۱-۴ تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه اول .....	۵۰
۲-۴ تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه دوم .....	۵۲
۳-۴ تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه سوم .....	۵۴
<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>	
۱-۵ خلاصه طرح و نتایج پژوهش .....	۵۶
۲-۵ بحث و نتیجه گیری .....	۵۷
۳-۵ اعتبار تحقیق .....	۶۱
۴-۵ محدودیتهای پژوهش .....	۶۲
۵-۵ پیشنهادات .....	۶۲
۱-۵-۵ پیشنهادات کاربردی .....	۶۲
۲-۵-۵ پیشنهادات پژوهشی .....	۶۳

صفحه

عنوان

٦٤.....	پیوست ١
٦٥.....	پیوست ٢
٦٨.....	منابع و مأخذ

فهرست شکل‌ها

صفحه

عنوان

شکل ۱-۲- الگوی بازداري رفتاري ..... ۳۶

## فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان
۱۶.....	جدول ۱-۲: تفاوت کودکان با نقص توجه همراه با بیش‌فعالی و بدون بیش‌فعالی.....
۲۰.....	جدول ۲-۲ شکل‌گیری اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در دوره‌های مختلف رشد.....
۳۸.....	جدول ۳-۲ اثرات جانبی مصرف دارو.....
۴۶.....	جدول ۱-۳ دیاگرام تحقیق.....
۴۸.....	جدول ۳-۲ نمره گذاری پرسشنامه نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بر اساس.....
۵۰.....	جدول ۴-۱ میانگین و انحراف معیار نمرات دانش آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی.....
۵۱.....	جدول ۴-۲ آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات دانش آموزان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....
۵۱.....	جدول ۴-۳ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانسها در نمره دانش آموزان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....
۵۱.....	جدول ۴-۴ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش کارکرد اجرایی بازداري بر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....
۵۲.....	جدول ۴-۵ تعداد، میانگین و انحراف معیار گروه بیش‌فعال.....
۵۳.....	جدول ۴-۶ آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات بیش‌فعالی.....
۵۳.....	جدول ۴-۷ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانسها در نمره بیش‌فعالی دانش آموزان.....
۵۳.....	جدول ۴-۸ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش کارکرد اجرایی بازداري بر بیش‌فعالی دانش آموزان.....
۵۴.....	جدول ۴-۹ تعداد، میانگین و انحراف معیار گروه نقص توجه.....
۵۴.....	جدول ۴-۱۰ آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات بیش‌فعالی.....
۵۴.....	جدول ۴-۱۱ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانسها در نمره بیش‌فعالی دانش آموزان.....
۵۵.....	جدول ۴-۱۲ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش کارکرد اجرایی بازداري بر نمرات نقص توجه.....

## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### ۱-۱ مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یکی از رایج‌ترین و عمومی‌ترین اختلال‌های رفتاری و مشکلات روانشناختی کودکان است. امروزه از میان اختلالات دوران کودکی، توجه زیادی از طرف متخصصین، معلمان و والدین به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی شده است. برای مثال در طی دهه‌ی گذشته این اختلال یکی از گسترده‌ترین اختلالات کودکی بوده که میزان مراجعه به مراکز درمانی از سایر اختلالات دیگر بیشتر بوده است (عابدی و قوامی، ۱۳۸۸). در خصوص توجه فراوان به این موضوع می‌توان گفت، اختلال نقص توجه-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. تشخیص و مداخله‌ی زود هنگام اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات همبود همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات تحصیلی کمک می‌کند (علیزاده، ۱۳۸۶).

در هر حال اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از گذشته مورد توجه بوده و در مورد آن نیز اصطلاح‌ها و همچنین علل گوناگونی ذکر شده است، ولی آنچه در این بین مهم می‌باشد این است که کودکان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از یک طرف فاقد مهارت‌هایی هستند که شاید بتوان گفت امروزه از مهمترین توانایی‌های



کسب درست و کامل اطلاعات و دانش از جهان خارج محسوب می‌شود و این امر خود ممکن است باعث بروز مشکلاتی در زمینه اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و غیره شود. از طرف دیگر این کودکان مشکلات هیجانی - رفتاری مختلفی نیز مانند: پرخاشگری، اختلال و خرابکاری، اضطراب و انگیزش اندک و عزت نفس پایین دارند (فیروزبخت، ۱۳۸۴).

این موارد می‌تواند برای کارکنان محیط‌های تربیتی، موسسه‌های مسئول نگهداری کودکان و خانواده‌های آنان چالش‌انگیز بوده و مشکلاتی را برای آنان ایجاد نماید. لیکن انتخاب روش مناسب برای کاهش نشانه‌های این اختلال در کودکان اهمیت زیادی دارد و نقش مهمی در ادامه زندگی و عملکرد تحصیلی آنها بازی می‌کند.

## ۲-۱ بیان مساله

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلالی عصبی تحولی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). از سال‌های نخست قرن ۲۰، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به عنوان اختلالی عصب شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. بررسی‌های تصویر نگاری عصبی نشان داده است که کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در مخچه و قطعه پیشانی که دارای کارکردهای اساسی در برنامه ریزی و سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، ادراک زمان، بازداری<sup>۲</sup> و تفکر هستند، مشکل دارند (بارکلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸).

معمولاً اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در کودکی تا نوجوانی و بیش از ۵۰ تا ۷۵ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. سن شروع این اختلال را بیش از ۵ یا ۷ سالگی تعیین کرده‌اند. ولی با این حال تعیین سن برای این اختلال کار دشواری است. بارکلی و بیدرمن<sup>۴</sup> معیار سن را در تشخیص اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مطالعه نموده و دریافته‌اند که براساس ملاحظه‌های تجربی، تاکید بر ملاک قرار دادن ۷ سالگی در تشخیص، کاربردی ندارد (علیزاده، ۱۳۸۶).

یکی از الگوهای مطرح برای سبب شناسی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، الگوی بازداری رفتاری بارکلی است. یکی از وجوه تمایز الگوی او رابطه‌ای است که او میان نارسایی بازداری و اختلال در ۵ توانایی عصب شناختی برقرار می‌کند که برای اجرای وظایف خود به بازداری وابسته‌اند. ۴ مورد از این توانایی‌ها در خودگردانی و پایداری هدف مدار نقش بسیار مهمی دارند. این توانایی‌ها را کارکردهای اجرایی می‌نامند (علیزاده، ۱۳۸۴).

1- American Psychiatric Association

2- Inhibition

3- Barkley

4- Barkley & Biderman

کارکردهای اجرایی مهارت‌هایی هستند که به ما کمک می‌کنند تا تصمیم بگیریم چه نوع فعالیت‌ها یا اهدافی باید مورد توجه قرار بگیرند، کدام یک انتخاب گردند و چگونه رفتارها سازمان دهی و برنامه ریزی گردند (داوسون و گویرا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴ و والرا<sup>۲</sup> و سیدمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر کارکردهای اجرایی، کارکردهای شناختی و فراشناختی هستند که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی شامل: خودگردانی، بازداری، برنامه ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه رابه انجام می‌رسانند. در واقع، کارکردهایی همچون سازمان دهی، تصمیم‌گیری، حافظه کاری، حفظ و تبدیل، کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان، پیش بینی آینده، بازسازی، زبان درونی و حل مساله را می‌توان از جمله مهمترین کارکردهای اجرایی عصب شناختی دانست که در زندگی و انجام تکلیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کند (بارکلی، ۱۹۹۸ و دنکلا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). بارکلی (۱۹۹۷) نیز کارکردهای اجرایی را اعمال خودفرمانی می‌داند که برای خودگردانی به کارگرفته می‌شوند. او معتقد است که به طور خلاصه می‌توان کارکردهای اجرایی را اعمالی دانست که فرد برای خود و برای هدایت خود انجام می‌دهد تا خودکنترلی، رفتار هدف مدار و بیشینه سازی پیامدهای آینده را به اجرا در آورد. در واقع از این طریق فرد می‌تواند ضمن کنترل رفتار در طول زمان، که بر اساس ادراک زمان رخ می‌دهد، پاسخ‌نهایی را به گونه‌ای اصلاح و هدایت کند که تقویت‌کننده بزرگ تری به دست آورد. او معتقد است که در فرآیند رشد، رفتارهای خود فرمان به تدریج درونی و ناآشکار می‌شوند.

کارکردهای اجرایی جزء مهارت‌های عصب شناختی محسوب می‌شود که ارتباط مستقیم با رشد قسمت‌های مشخصی از مغز دارند. محققین معقدند که سیستم‌های بخش قدامی مغز بنیاد عصب شناختی کارکردهای اجرایی را تشکیل می‌دهند. مطالعات عمیق بر روی کودکان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی شکل‌گیری نادرست کارکردهای اجرایی را علی‌رغم برخورداری این کودکان از هوش طبیعی گزارش داده‌اند (داوسون و گوآر، ۲۰۰۴ و تهرانی دوست و همکاران، ۱۳۸۲). در این‌الگو اعتقاد بر آن است که اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در اثر اختلال در ۴ کارکرد اجرایی حافظه کاری، خودگردانی هیجانی/انگیزش/برانگیختگی، کنترل درونی، بازسازی به وجود می‌آید که این اختلال در اثر عدم عملکرد درست کارکرد بازداری است و در نتیجه کارکرد خود کنترلی آسیب می‌بیند (علیزاده، ۱۳۸۶).

بارکلی، نارسایی خودکنترلی را هسته اصلی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دانسته و خودکنترلی را این‌گونه تعریف می‌کند: خودکنترلی هر پاسخ یا زنجیره‌ای از پاسخ‌ها بوسیله فرد است که می‌خواهد احتمال پاسخ بعدی به رویداد را تغییر دهد. می‌توان گفت کارکردهای اجرایی آن اعمالی هستند که ما برای خودمان انجام می‌دهیم تا با انجام خودکنترلی، رفتارهدف مدار و بیشینه‌سازی پیامدهای آنی، خود را هدایت کنیم (بارکلی، ۱۹۹۸ و علیزاده، ۱۳۸۴). نارسایی خودکنترلی با تکانشگری رابطه دارد و نشانگر ناتوانی در تفکر در مورد پیامد رفتار است. فکر براساس پیامد ولی عمل بر اساس خشنودی آنی، به رفتار بدون پیش‌بینی منجر می‌شود.

بارکلی (۱۹۹۸) این فرضیه را مطرح می‌کند که مشکل اساسی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، اختلال در مهار پاسخ‌ها می‌باشد، نه نقص توجه. براساس این فرضیه، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی ناتوان از کنترل پاسخ خود می‌باشند و آنها را بدون فکر ارائه می‌کنند و به همین دلیل است که این کودکان در تکلیفی که نیاز به توجه و تمرکز دارند، نقص نشان می‌دهند. بر اساس این فرضیه اگر ناتوانی این کودکان در مهار پاسخ‌ها اصلاح شود، تمرکز و توجه آنان نیز بهبود خواهد یافت (تهرانی دوست و همکاران، ۱۳۸۲). کنترل تداخل، که یکی از کارکردهای بازداری است، نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم واستحکام رفتار هدف‌مدار دارد که به اعتقاد بارکلی نوعی توجه پایدار است. براین اساس، نارسایی توجه در این اختلال نشانه اولیه نیست بلکه ثانویه است. نارسایی توجه پیامد آسیبی است که بازداری رفتاری و کنترل تداخل ضعیف در خودگردانی یا کنترل اجرایی رفتار ایجاد می‌کند (علیزاده، ۱۳۸۴).

کارکردهای اجرایی و توجه، کانون نظریه‌های اخیر عصب روان‌شناختی کودکان در معرض خطر ناتوانی، به ویژه کودکان ناتوان در یادگیری و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هستند (سیدمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). تحقیقات مارس، ملوکی، اسکوارتز و سینی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، فیشر، بارکلی اسمالیش و فلچر<sup>۳</sup> (۲۰۰۵)، گلدبرگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده‌اند آموزش کارکردهای اجرایی در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه موثر بوده است. مطالعات مک کلووسکی، پرکینس و دیونر (۲۰۰۹)، نشان داده‌اند که نقص در کارکردهای اجرایی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و کودکان را در انجام تکالیف مدرسه و امور شخصی با مشکل جدی روبرو کند. بنابراین تشخیص و مداخله‌ی به موقع این مشکلات در کودکان امری ضروری است.

1- Sidman

2- Mares, McLuckie, Schwartz & Saini

3- Fisher, Barkley, Smallish & Fletcher

4- Goldber & et all

هدف از پژوهش بررسی اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نقص توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان بود. دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در ۴ گروه (گروه عمدتاً بیش‌فعال، گروه عمدتاً نقص توجه، گروه کنترل بیش‌فعال و گروه کنترل نقص توجه) قرار گرفتند. گروه آزمایش، آموزش بازداری دریافت نموده و نتایج مورد بررسی قرار گرفت.

### ۱-۳ اهمیت و ارزش تحقیق

بیش‌فعالی اولین یا دومین اختلال فراوان در دوران کودکی است که حدود ۲ تا ۴ درصد از کودکان، در حد متوسط یا شدید، به این اختلال مبتلا هستند. البته میزان شیوع درجات خفیف‌تر آن، بیشتر از این حد است و پسران ۳ تا ۹ برابر بیشتر از دختران مبتلا می‌شوند (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳، ترجمه رفیعی و سبحانی، ۱۳۸۲).

کودک بیش‌فعال اصولاً از پیش از تولد به این اختلال مبتلا است و در صورتی که خدمات درمانی، آموزشی و روان‌شناختی دریافت نکند، ناتوانایی‌های قابل توجهی در زمینه عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی در آنان ایجاد می‌کند. تا چند سال پیش، بسیاری از صاحب‌نظران بر این باور بودند که اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در سال‌های پیش از نوجوانی از بین می‌رود. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که آثار این اختلال در عملکرد تحصیلی و توجه، عدم بازداری رفتار تا اواخر سال‌های نوجوانی، باقی می‌ماند. امروزه مشخص شده است که ۳۰ تا ۷۰ درصد افراد با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، ویژگی‌های بالینی این اختلال را همچنان تا سال‌های بزرگسالی نشان می‌دهند و بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تاثیر می‌گذارد (علیزاده، ۱۳۸۴). به طور کلی شناخت بهتر این اختلال، به شناخت بهتر بسیاری دیگر از اختلال‌های همبود، همچون اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

الگوی بازداری بارکلی در زمینه سبب‌شناسی این اختلال، تبیینی است در جهت کاهش نشانه‌های این کودکان. با توجه به شیوع روزافزون این اختلال در کودکان و نقص کارکردهای اجرایی در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، اهمیت آموزش این کارکردها برای رفع مشکلات کودکان ضروری به نظر می‌رسد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در مراکز آموزشی و تربیتی کودکان به خصوص مدارس ابتدایی کاربرد وسیعی داشته باشد و دست‌اندرکاران امور تربیتی و آموزشی به ویژه معلمان می‌توانند از نتایج حاصل از این پژوهش در جهت بهبود دانش‌آموزان، کمال استفاده را بنمایند. هم‌چنین با توجه به این که قابلیت‌شناسایی نقص کارکردهای اجرایی در دوران پیش‌دبستانی وجود دارد، والدین و مربیان مهد کودک‌ها هم می‌توانند از نتایج این پژوهش