

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

**تأثیر بازی‌های حرکتی کودکانه بر بهبود نشانگان بیش‌فعالی – کمبود توجه**

استاد راهنما:

دکتر احمدرضا موحدی

استادان مشاور:

دکتر شیلا صفوی همامی

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر:

رضا امانی

اسفند ماه ۱۳۹۱

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 تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته‌ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

گرایش رفتار حرکتی آقای رضا امانی

تحت عنوان

**تأثیر بازی‌های حرکتی کودکانه بر بهبود نشانگان بیش‌فعالی – کمبود توجه**

در تاریخ ۹۱/۱۲/۱۶ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- امضا ۱- استاد راهنمای پایان نامه، دکتر احمد رضا موحدی با مرتبه‌ی علمی استادیار
- امضا ۲- استاد مشاور پایان نامه، دکتر شیلا صفوی همایی با مرتبه علمی استادیار
- امضا ۳- استاد مشاور پایان نامه، دکتر احمد عابدی با مرتبه‌ی علمی استادیار
- امضا ۴- استاد داور داخل گروه، دکتر مریم نزاکت الحسینی با مرتبه علمی استادیار
- امضا ۵- استاد داور خارج گروه، دکتر سالار فرامرزی با مرتبه علمی استادیار

امضای مدیر گروه

## سپاسگزاری

سپاس بی حد ایند را سرود که بی آدم را صاحب علم و قلم نمود تا کرامتی در خور ما باشد.

بر خود لازم می دانم از تلاش های ارزشمند عزیزانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش سهم بوده اند، تقدیر و تشکر نمایم:

از جناب آقای دکتر احمد رضا موحدی استاد راهنمای این پژوهش که با حمایت همه جانبه و راهنمایی های ارزشمندشان در تمامی مراحل تحقیق یاری ام نمودند.

از اساتید مشاوران نامہ خانم دکتر شیلا صفوی و آقای دکتر احمد جلدی استاد مشاوران نامہ که زحمات زیادی را در انجام این پژوهش تحمل شدند.

از خانواده های محترم کودکان ADHD به خاطر همکاری بسیار صمیمانه شان، از مسئولین محترم آموزش و پرورش استان کرمانشاه به جهت همکاری و

فراهم نمودن شرایط انجام این پژوهش، از خانواده های عزیزم،

و از کلیه عزیزانی که به نوعی در کمک به انجام این تحقیق سهم بوده اند تقدیر و تشکر می نمایم.

تقدیم بہ

صاحبان فضل و معرفت کہ روشنی بخش عرصہ می کیتی شدند

آنانکہ بہ آموختند و در کشاکش دہر و عرصہ می پرتکاپوی حیات،

خالصانہ در خدمت تعالی انسان بودہ اند.

**هدف:** هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین تأثیر بازی‌های حرکتی کودکان بر بهبود مشکلات توأم با نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به این اختلال بوده است.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان پسر مبتلا به بیش‌فعالی - کمبود توجه مقطع ابتدایی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند (رده سنی ۸-۱۱ سال). آزمودنی‌ها پس از یکسان‌سازی با توجه به متغیرهای سن، جنسیت و میزان اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه در دو گروه تجربی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه تجربی به مدت ۶ هفته (۱۸ جلسه هر جلسه ۵۰ دقیقه) در بازی‌های حرکتی کودکان شرکت کردند. تغییرات در مشکلات توأم با بیش‌فعالی - کمبود توجه شامل پرخاشگری - بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و کمبود توجه از طریق پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر در پیش‌آزمون و دو روز پس از اتمام بازی‌ها در پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس مختلط دو عاملی، t مستقل و t همبسته استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شرکت در بازی‌های حرکتی منجر به کاهش معنادار در شدت بروز پرخاشگری - بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و بهبود توجه در گروه تجربی شد. با این حال، افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل تغییر معناداری در مشکلات توأم با بیش‌فعالی - کمبود توجه (پرخاشگری - بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و کمبود توجه) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان ندادند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ی پژوهش حاضر مشخص ساخت که بازی‌های حرکتی در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - کمبود توجه به بهبود نشانگان آن‌ها منجر می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، نشانگان ADHD، بازی‌های حرکتی کودکان.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: شرح و بیان مسئله پژوهشی

- ۱-۱- مقدمه..... ۱
- ۲-۱- تعریف مسئله و بیان سؤال‌های اصلی تحقیق..... ۲
- ۳-۱- اهمیت و ارزش تحقیق..... ۸
- ۴-۱- اهداف تحقیق..... ۹
- ۱-۴-۱- هدف کلی..... ۹
- ۲-۴-۱- اهداف اختصاصی..... ۹
- ۵-۱- فرضیه‌های یا سؤال‌های تحقیق..... ۱۰
- ۱-۵-۱- فرضیات اختصاصی..... ۱۰
- ۶-۱- واژه‌های کلیدی و تعاریف علمی و عملیاتی..... ۱۰
- ۱-۶-۱- تعاریف علمی..... ۱۰
- ۲-۶-۱- تعاریف عملیاتی..... ۱۲

### فصل دوم: پیشینه پژوهش

- ۱-۲- مقدمه..... ۱۳
- ۲-۲- نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی..... ۱۴
- ۱-۲-۲- بی‌توجهی..... ۱۴
- ۲-۲-۲- بیش‌فعالی..... ۱۶
- ۳-۲-۲- تکانشگری..... ۱۷
- ۳-۲- شیوع..... ۱۷
- ۴-۲- شکل‌گیری اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی..... ۱۸
- ۱-۴-۲- دوره‌ی حسی-حرکتی (نوزادی و خردسالی)..... ۱۸
- ۲-۴-۲- دوره‌ی پیش‌عملیاتی (کودکان پیش‌دبستانی)..... ۱۸
- ۳-۴-۲- دوره‌ی عملیات عینی (کودکان دبستانی)..... ۱۹
- ۴-۴-۲- دوره‌ی تفکر انتزاعی (نوجوانی)..... ۲۰



۲۰	۵-۴-۲- در امتداد دوره تفکر انتزاعی (بزرگسالی).....
۲۲	۵-۲- مشکلات توأم با اختلال بیش فعالی - نقص توجه.....
۲۲	۱-۵-۲- ناتوانی‌های یادگیری.....
۲۲	۲-۵-۲- مشکلات اجتماعی.....
۲۳	۳-۵-۲- مشکلات هیجانی.....
۲۴	۴-۵-۲- مشکلات حرکتی.....
۲۴	۶-۲- سبب شناختی اختلال کمبود توجه - بیش فعالی.....
۲۵	۱-۶-۲- عوامل ژنتیکی.....
۲۶	۲-۶-۲- آسیب‌های مغزی.....
۲۷	۳-۶-۲- عوامل نور و شیمیایی.....
۲۷	۴-۶-۲- اشعه X.....
۲۸	۵-۶-۲- عوامل مربوط به تغذیه.....
۲۸	۶-۶-۲- عوامل روانشناختی.....
۲۹	۷-۶-۲- عوامل روانی اجتماعی.....
۲۹	۷-۲- رویکردهای درمانی در درمان اختلال کمبود توجه - بیش فعالی.....
۳۰	۱-۷-۲- دارودرمانی.....
۳۱	۲-۷-۲- مداخله‌های رفتاری.....
۳۱	۳-۷-۲- مداخله‌های شناختی رفتاری با کودک.....
۳۱	۴-۷-۲- مداخله در سطح خانواده - آموزش والدین.....
۳۲	۵-۷-۲- مداخله در سطح مدرسه.....
۳۲	۸-۲- تعریف بازی.....
۳۳	۱-۸-۲- کاربردهای بازی در مدرسه.....
۳۴	۲-۸-۲- فواید بازی.....
۳۴	۹-۲- مطالعات و تحقیقات انجام شده.....
۳۴	۱-۹-۲- تحقیقات انجام شده در خارج از ایران.....
۳۷	۲-۹-۲- تحقیقات انجام شده در ایران.....

## فصل سوم: روش‌شناسی تحقیق

۳۹-۱-۳- مقدمه.....	۳۹
۳۹-۲-۳- جامعه آماری تحقیق.....	۳۹
۴۰-۳-۳- نمونه و روش نمونه‌گیری.....	۴۰
۴۰-۴-۳- روش تحقیق.....	۴۰
۴۱-۵-۳- متغیرهای پژوهش.....	۴۱
۴۱-۱-۵-۳- متغیر مستقل.....	۴۱
۴۱-۲-۵-۳- متغیر وابسته.....	۴۱
۴۱-۳-۵-۳- متغیرهای کنترل شده.....	۴۱
۴۱-۴-۵-۳- متغیرهای کنترل نشده.....	۴۱
۴۱-۷-۶-۳- ابزار گردآوری اطلاعات.....	۴۱
۴۱-۱-۶-۳- پرسشنامه کانرز.....	۴۱
۴۱-۲-۶-۳- پرسشنامه اختلالات رفتاری مایکل راتر.....	۴۱
۴۲-۳-۶-۳- مصاحبه بالینی.....	۴۲
۴۲-۸-۳- شیوه اجرا.....	۴۲
۴۳-۹-۳- روش‌های آماری.....	۴۳

## فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴۴-۱-۴- مقدمه.....	۴۴
۴۴-۲-۴- ویژگی شرکت‌کنندگان.....	۴۴
۴۶-۳-۴- یافته‌های توصیفی.....	۴۶
۴۷-۴-۴- یافته‌های استنباطی.....	۴۷
۴۷-۱-۴-۴- آزمون همسانی گروه‌های تجربی و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون.....	۴۷
۴۷-۲-۴-۴- آزمون فرض‌ها.....	۴۷

۴۷.....۴-۲-۱ فرضیه اول

۴۹.....۴-۲-۲ فرضیه دوم

صفحه عنوان

۵۰.....۴-۲-۳ فرضیه سوم

۵۱.....۴-۲-۴ فرضیه چهارم

۵۲.....۴-۲-۵ فرضیه پنجم

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵۴.....۱-۵-۱ مقدمه

۵۴.....۲-۵-۲ خلاصه پژوهش

۵۵.....۳-۵-۳ یافته‌ها به تفکیک مراحل تحقیق

۵۵.....۱-۳-۵-۱ پیش‌آزمون

۵۵.....۲-۳-۵-۲ پس‌آزمون

۵۶.....۴-۵-۴ بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های تحقیق

۵۶.....۱-۴-۵-۱ بازی‌های حرکتی کودکانه باعث کاهش پرخاشگری - بیش‌فعالی می‌شود

۵۷.....۲-۴-۵-۲ کاهش اضطراب و افسردگی متعاقب بازی‌های حرکتی از دیگر نتایج تحقیق است

۵۹.....۳-۴-۵-۳ کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضد اجتماعی از دیگر نتایج تحقیق است

۶۱.....۴-۴-۵-۴ بهبود توجه از دیگر فواید انجام بازی‌های حرکتی در کودکان ADHD است

۶۴.....۵-۵-۵-۵ پیشنهادهای تحقیقی برای پژوهشگران آینده

۶۵.....۶-۵-۶-۵-۶ پیشنهادهای کاربردی

۶۶.....پیوست‌ها

۶۷.....پیوست ۱. فرم رضایت‌نامه

۶۸.....پیوست ۲. پرسشنامه کانرز فرم والد

۶۹.....پیوست ۳. پرسشنامه راتر فرم معلم

۷۲.....پیوست ۴. بازی‌های حرکتی کودکانه

۷۵.....منابع و مأخذ

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲- شکل‌گیری اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی.....	۲۱
جدول ۱-۳- طرح تحقیق.....	۴۰
جدول ۱-۴- یافته‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در دو گروه تحت مطالعه.....	۴۵
جدول ۲-۴- یافته‌های توصیفی نمرات خام خرده‌مقیاس‌های تحت مطالعه.....	۴۶
جدول ۳-۴- آزمون همسانی گروه‌های تجرب و کنترل بر اساس تی مستقل در پیش‌آزمون.....	۴۷
جدول ۴-۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط دو عاملی بر روی نمرات خام خرده‌مقیاس پرخاشگری بیش‌فعالی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه تحت مطالعه.....	۴۸
جدول ۴-۵- مقایسه میانگین نمرات خام خرده‌مقیاس پرخاشگری- بیش‌فعالی بین دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های تحت مطالعه.....	۴۸
جدول ۴-۶- خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط دو عاملی بر روی نمرات خام خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه تحت مطالعه.....	۴۹
جدول ۴-۷- مقایسه میانگین نمرات خام خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی بین دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های تحت مطالعه.....	۵۰
جدول ۴-۸- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر بازی‌های حرکتی بر ناسازگاری اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه تحت مطالعه.....	۵۱
جدول ۴-۹- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس در مورد تأثیر بازی‌های حرکتی بر رفتارهای ضد اجتماعی بین دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های تحت مطالعه.....	۵۱
جدول ۴-۱۰- خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط دو عاملی بر روی نمرات خام خرده‌مقیاس کمبود توجه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه تحت مطالعه.....	۵۲

## فصل اول

### شرح و بیان مسئله پژوهشی

#### ۱-۱) مقدمه

دنیای کودک سرشار از تحرک و نشاط است، اما اختلال بیش فعالی - کمبود توجه این مرز فطری و طبیعی تحرک را شکسته و به عنوان یک نابهنجاری روانی و رفتاری، مشکلات فراوانی را در زندگی روزمره کودک به وجود می آورد که نه فقط کودک بلکه خانه، مدرسه و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می دهد.

اختلال نقص توجه-بیش فعالی یکی از رایج ترین و عمومی ترین اختلال های رفتاری و مشکلات روانشناختی کودکان است. امروزه از میان اختلالات دوران کودکی، توجه زیادی از طرف متخصصین، معلمان و والدین به اختلال نقص توجه-بیش فعالی شده است. برای مثال در طی دهه ی گذشته این اختلال یکی از گسترده ترین اختلالات کودک بوده که میزان مراجعه به مراکز درمانی به خاطر آن از سایر اختلالات دیگر بیشتر بوده است (عابدی و قوامی، ۱۳۸۸). در خصوص توجه فراوان به این موضوع می توان گفت اختلال نقص توجه-بیش فعالی برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آنها ایجاد می کند. تشخیص و مداخله ی زود هنگام این اختلال به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات همبود همچون اختلال نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، ناتوانی های یادگیری و مشکلات تحصیلی کمک می کند (علیزاده، ۱۳۸۶).

کودک پرتحرک فردی است که نسبت به سایر کودکان انرژی بیشتری دارد و نیاز دارد راهی برای به جریان انداختن این انرژی پیدا کند. انرژی و تحرک کودک پرتحرک را نمی‌توان سرکوب کرد اما تا حدودی می‌توان آن را تعدیل نمود یا به آن جهت داد (کلانتری، ۱۳۷۹).

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.

امروزه از ورزش به عنوان یک راهکار مداخله‌ای برای تعدیل اختلالات رفتاری کودکان از جمله کودکان مبتلا به ADHD استفاده می‌شود. انجام پژوهش در این زمینه به توسعه راهکارهای مداخله‌ای مبتنی بر فعالیت بدنی کمک می‌کند. پژوهش حاضر نقش فعالیت بدنی بر بهبود نشانگان ADHD شامل پرخاشگری - بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و کمبود توجه را اندازه‌گیری می‌کند.

## ۱-۲) تعریف مسئله و بیان سؤال‌های اصلی تحقیق

بیش‌فعالی/ نارسایی توجه<sup>۱</sup> مجموعه‌ای از نشانگان است که کوتاهی دامنه توجه، مشکل در تمرکز، کنترل ضعیف تکانه و بیش‌فعالی را شامل می‌شود (محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). این اختلال به عنوان یک مسأله برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، والدین و معلمان مطرح گردیده است، زیرا ویژگی‌های رفتاری کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی،

<sup>1</sup> Attention-deficit hyperactivity disorder

برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی، معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشگاهی به شمار می‌آید و به فرآیند تحول استعدادهای ذهنی و مهارت‌های اجتماعی-عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند. به طوری که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، بزهکاری، افسردگی، عزت نفس پایین، اختلالات شخصیت، الکلیسم، سوء مصرف مواد، مشکلات زناشویی و شغلی در بزرگسالی این کودکان به طرز معنی‌داری از جمعیت عادی بیشتر است (مهری نژاد و همکاران، ۱۳۷۹).

سه نوع فرعی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد: نوع بی‌توجه، نوع بیش‌فعال-تکانشگر و نوع مرکب (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳<sup>۱</sup>).

۱- نوع بی‌توجه در این نوع، فرد نمی‌تواند روی تکلیفی که به او می‌دهند و یا یک فعالیت خاص تمرکز داشته باشد. این دسته از افراد غالباً:

- توجه زیادی به جزئیات ندارند.

- بر کارهای مدرسه نمی‌توانند تمرکز داشته باشند.

- کارهای مدرسه و فعالیت‌های روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی‌کنند و آن‌ها را به پایان نمی‌رسانند.

- نمی‌توانند یک وظیفه یا تکلیف را تمام و کمال انجام دهند.

- اسباب بازی‌ها، کتاب‌ها و وسایلشان را اغلب گم می‌کنند.

2- نوع تکانشی - بیش‌فعالی

این کودکان قبلاً از این که راجع به عملی فکر کنند، آن را انجام می‌دهند (تکانشی). کودک همیشه در حال انجام کاری می‌باشد. ممکن است سطح بیش‌فعالی با افزایش سن کاهش یابد.

مشخصه کودکانی که این اختلال را با هم دارند بدین گونه است:

- بی‌قراری و ناآرامی

- دویدن مداوم از سوئی به سوی دیگر و یا بالا رفتن از چیزی.

- پرسر و صدا بازی کردن.

- بیش از حد صحبت کردن.

- پاسخ دادن ناگهانی و بدون فکر به پرسشی که هنوز تمام نشده است.

- عدم توانایی در صبر کردن برای نوبت خود.

- بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن.

- وسط صحبت دیگران پریدن.

۳- نوع ترکیبی

<sup>1</sup> Kaplan & Sadock

در این نوع، کودکان نشانه‌هایی از هر دو نوع قبل را دارا می‌باشند. آن‌ها در توجه کردن، فعال بودن و کنترل تکانش‌های خود دچار مشکل هستند. البته گاهی تمام کودکان بی‌توجه هستند و یا اینکه بیش از حد فعالیت می‌کنند و حرکات تکانشی دارند.

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، اختلالی عصبی تحولی است که بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). از سال‌های نخست قرن ۲۰، این اختلال به عنوان اختلالی عصب شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. بررسی‌های تصویرنگاری 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 بیش - فعالی در کودکی تا نوجوانی و بیش از ۵۰ تا ۷۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. سن شروع این اختلال را پیش 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 بر اساس ملاحظه‌های تجربی، تاکید بر ملاک قرار دادن ۷ سالگی در تشخیص، کاربردی ندارد (علیزاده، ۱۳۸۶).

شیوع این اختلال در ایالات متحده حدود ۷ درصد و در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (بارکلی ۱۹۹۸). این اختلال به طور محتاطانه ۳ تا ۵ درصد کودکان مدارس ابتدایی را شامل می‌شود و در بعضی از شهرهای ایران شیوع سنجی شده از جمله در شهرهای کرمان ۷ درصد، زاهدان ۸ درصد و کرمانشاه ۵/۱۹ درصد گزارش شده است (عزیزی و جاسمی، ۱۳۸۰). مدارک موجود نشان می‌دهد که شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در کودکان به جنس نیز وابسته است و پسران ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از دختران تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

دانش آموزان مبتلا به ADHD در معرض خطر مشکلات زیاد و متنوعی در حوزه‌های کارکردی هستند به نظر می‌رسد اگرچه این مشکلات به بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی مربوطند ولی خود به عنوان یک آهنگر برای سایر مشکلاتی که در برخی موارد شدیدتر از نقایص اساسی ADHD هستند عمل می‌کنند. نزدیک به ۸۰ درصد کودکان مبتلا به این اختلال مشکلاتی در عملکرد تحصیلی نشان می‌دهند (کانتول و

<sup>1</sup> American Psychiatric Association

<sup>2</sup> Inhibition

<sup>3</sup> Barkley

<sup>4</sup> Barkley & Biderman



بیکر،<sup>۱</sup> (۱۹۹۱). نتایج مطالعات بلند مدت کودکان مبتلا به ADHD در نوجوانی و اوایل بزرگسالی نشان دهنده‌ی افزایش خطر شکست تحصیلی است که با نرخ بالاتر مردودی و اخراج از مدرسه نسبت به همسالان سنجیده می‌شود (بارکلی، فیشر و همکاران<sup>۲</sup> ۱۹۹۰). نوشته‌های پژوهشی همبستگی بالایی بین بیش‌فعالی و پرخاشگری را به خوبی ثبت کرده‌اند (لندا و ملیچ،<sup>۳</sup> ۱۹۸۲ به نقل از مور ۱۹۹۲). مشکلات پرخاشگری همراه با ADHD شامل مقابله با نافرمانی از دستورات مراجع قدرت، ضعف کنترل خشم، و خصومت کلامی است که در حال حاضر در روانپزشکی به عنوان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای طبقه‌بندی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰). رفتارهای ضد اجتماعی جدی‌تر (مثلاً دزدی، مدرسه‌گریزی) توسط ۲۵ درصد یا بیشتر دانش‌آموزان مبتلا به ADHD نشان داده می‌شود (بارکلی، فیشر و همکاران ۱۹۹۰).

مشکل ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در بین کودکان است. از درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی به طور قابل توجهی برای درمان این اختلال استفاده شده و تاکنون تحقیقات زیادی در این رابطه انجام پذیرفته است. رویکردهای روان‌شناختی برای درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بیشتر بر آموزش مهارت‌های ضروری برای توجه کردن، کنترل خود و کاهش یا بهتر کردن فعالیت‌های حرکتی شدید تاکید دارند (کندال، ۲۰۰۰ ترجمه رضا زاده، ۱۳۸۲). این درمان‌های محدود روان‌شناختی جوابگوی این مهم یعنی گشودن راهی برای کاهش دادن علائم این اختلال نبوده است. درمان دارویی این اختلال نیز شامل محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. در درجه اول دکستروآمفتامین برای کودکان زیر ۶ سال و متیل‌فندریت برای کودکان ۶ سال و بالاتر از رایج‌ترین داروها هستند، لیکن مصرف دارو به تنهایی به ندرت می‌تواند نیازهای درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده کند و لازم است با دیگر مداخلات درمانی همراه گردد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۲). علاوه بر آن والدین تصور مثبتی از دارودرمانی ندارند، در تحقیق زارعی (۱۳۷۹) در مورد مقایسه‌ی تأثیر آموزش والدین و دارودرمانی بر کاهش علائم بیش‌فعالی کودکان، ۲۷ درصد والدین گروه دارودرمانی به روان‌پزشک و دریافت دارو برای کودکانشان امتناع کردند درمان‌های غیر دارویی همچون روان‌درمانی و مشاوره‌ی کودکان، با استفاده از شیوه‌های بازی درمانی، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان، نتیجه بخش بوده است. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان برای

<sup>1</sup> Cantwell & Baker

<sup>2</sup> Barkley, Fischer & et al

<sup>3</sup> Landau & Milich

ابراز آنچه آنها را ناراحت کرده است، استفاده می کنند (جیل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). در بازی درمانی اسباب بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی زبان کودک است (لندرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). تحقیقات مختلف، تأثیر بازی درمانی را در زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکل‌هایی که به محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی، بستری شدن در بیمارستان، سو استفاده‌های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می‌شود تایید می‌کند (پدرو کارل و ردی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (کارمیخایل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶، لندرت، ۲۰۰۲، اوکانر و شافر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزند (پدرو- کارول و ردی، ۲۰۰۵). رابطه‌ی حسنه‌ای که بین درمانگر و کودک در طول جلسه‌های بازی درمانی شکل می‌گیرد، تجربه‌ی مهمی را که برای درمان لازم است فراهم می‌کند (موستاکس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند نشان دهد (وتینگتون و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند. از طریق بازی کودک می‌تواند مهارت‌های کنترل خود را بهتر فرا گیرد. مک گیو<sup>۸</sup> (۲۰۰۰) تأثیر بازی درمانی را در کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری رفتاری و عاطفی، بهبود مفهوم خود و افزایش خود کنترلی بررسی کرده است این پژوهش که بر روی کودکان پیش دبستانی انجام شد، تغییر معناداری از لحاظ آماری نشان نداد ولی تمایلات مثبت در رفتار کودکان، خود کنترلی و مفهوم خود در کودکان گروه آزمایشی مشاهده گردید. باگرلی و پارکر<sup>۹</sup> (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی درمانی بر یادگیری، خود کنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس،

---

<sup>1</sup> Jill

<sup>2</sup> Landreth

<sup>3</sup> Pedro-Carrpll & Reddy

<sup>4</sup> Carmichael

<sup>5</sup> Shawfer

<sup>6</sup> Moustakas

<sup>7</sup> Wethington & et all

<sup>8</sup> McGive

<sup>9</sup> Baggerly, Parker

کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. لندرت، ری و براتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) بیان می‌کنند بازی درمانی کودک محور تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد.

معلم یا مربی می‌تواند با استفاده از بازی در آرام ساختن و متمرکز کردن کودکانی که بیش از حد ناآرام، بی‌توجه و شلوغ هستند اقدام نماید. در بازی فرض بر این است که اگر کودک در تمرینات آزمایشی موفق عمل کند در موقعیت‌های واقعی نیز موفق خواهد بود (کرتی<sup>۲</sup>، ترجمه تن‌ساز، ۱۳۷۳). بازی نه تنها بر رفتارهای هوشمندانه و قابل مشاهده کودک اثر دارد، بلکه بر ساخت فیزیولوژیکی مغز نیز تأثیر غیر قابل انکاری دارد (موثقی، ۱۳۸۰).

با توجه به این شواهد و تأثیر فعالیت‌های بدنی بر کاهش نشانگان ADHD تا کنون به اعمال این تأثیر از طریق بازی‌های حرکتی کودکانه توجه کافی نشده و تحقیقات موجود داخلی بیشتر به بررسی بازی‌های با رویکرد شناختی- رفتاری (سیما جنتیان و همکاران ۱۳۸۵) و تمرینات ادراکی- حرکتی (فائزه دهقان و همکاران ۱۳۸۹) پرداخته‌اند و چندان به حرکت که عامل تأثیرگذار در این اختلال است توجه کافی نشده و عناصر شناختی در این پژوهش‌ها بر عوامل حرکتی غلبه داشته‌اند. از طرفی مطالعات خارجی انجام شده بر تأثیر مثبت بازی (بلین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ ری، شاتل کورب و سای<sup>۴</sup> ۲۰۰۷؛ شاتل کورب و ری ۲۰۰۹). و تأثیر فعالیت‌های هوازی (آلیسون<sup>۵</sup> و همکاران ۱۹۹۵؛ مک کوئین<sup>۶</sup> ۲۰۰۳؛ مدینا و همکاران ۲۰۰۹؛ گپین و ایتنر<sup>۷</sup> ایتنر<sup>۸</sup> ۲۰۱۰؛ گپین، جفری و ایتنر ۲۰۱۱) بر کاهش علائم و نشانگان ADHD تاکید داشته‌اند. تحقیقات مذکور نیز یک اشکال عمده دارند و آن اینکه در این تحقیقات بیشتر بر دوییدن تاکید شده درحالی که حتی با وجود اثرات مثبت دوییدن‌های طولانی بر بهبود این اختلال، به دلیل عدم جذابیت و تنوع، کودکان علاقه‌ی زیادی به دوییدن ندارند. به همین دلایل و با توجه به کمبود اطلاعات مفید در خصوص تأثیر بازی‌های حرکتی و از آنجا که کودکان علاقه و انگیزه‌ی بیشتری به انجام فعالیت از طریق بازی خواهند داشت تحقیق حاضر بر آن است که به بررسی این مطلب بپردازد که آیا بازی‌های حرکتی کودکانه بر بهبود نشانگان این اختلال در

<sup>1</sup> Ray, Bratton

<sup>2</sup> Cratty

<sup>3</sup> Blin

<sup>4</sup> Ray, Schottelkorb & Tsai

<sup>5</sup> Allison

<sup>6</sup> McKune

<sup>7</sup> Medina & et al

<sup>8</sup> Gapin & Etnier

کودکان مبتلا تأثیر می‌گذارد؟ چنانچه انجام بازی‌های حرکتی کودکان در کاهش نشانگان اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی موثر باشند، می‌توان اجرای آنها را در مراکز آموزشی و درمانی توصیه کرد.

### ۱-۳) اهمیت و ارزش تحقیق

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یکی از اختلال‌های متداول دوران کودکی است که میزان مراجعه به مراکز درمانی به علت آن از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است. بیش از ۶۰ درصد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به داشتن مسائلی در زندگی آینده ادامه می‌دهند (علیزاده ۱۳۸۳). 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). کودکان بیش‌فعال اصولاً از پیش از تولد به این اختلال مبتلا است و در صورتی که خدمات مناسب را دریافت نکنند، ناتوانی‌های قابل توجهی در زمینه عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی در آنها ایجاد خواهد شد. 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، 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 تأثیر می‌گذارد (علیزاده، ۱۳۸۴). ویژگی‌های این بزرگسالان عبارتست از: ضعف حافظه، مشکل در تمرکز، فقدان سازمان‌دهی، مشکل در خود نظم‌دهی، تکانشگری، اعتماد به نفس پایین، بی‌قراری ذهنی، ناکامی‌های اجتماعی و کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی (والدیزان و ایزاگوری ۲۰۰۹). شیوع بالای اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و خطر ابتلا بیشتر این کودکان به سایر اختلالات روانی و نیز تبدیل شدن آن به دیگر اختلالات رفتاری دوره نوجوانی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء استفاده از مواد و الکلیسم بر لزوم مداخله زودتر در جهت درمان این اختلال تأکید می‌کند. بنابراین هر نوع مداخله درمانی در درمان این اختلال از اهمیت بسزایی برخوردار است تا از شدت علائم کاسته شود و مبتلایان در زمینه‌های شخصی، تحصیلی و اجتماعی در آینده دچار مشکل نشوند (علیزاده ۱۳۸۳).

روان‌پزشکان و روانشناسان بالینی از درمان‌های دارویی و درمان‌های شناختی برای درمان اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه استفاده کرده‌اند، اما هنوز روش درمانی قطعی خاصی برای این اختلال توصیه نشده است.