

رسالة محمد بن عبد الله

2014 ✓



دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

موضوع:

بررسی تأثیر فن لمس درمانی

در درمان اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در کودکان ۱۲- ۸ ساله

استاد راهنما:

دکتر فریدون یاریاری

استاد مشاور:

دکتر علیرضا مرادی

دانشجو:

فائزه مستوفی

شهریور ۱۳۸۶

۱۳۸۶ / ۱۲ / ۱۱

۶۵۸۴

صور تجلسه دفاع پایان نامه

جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد فائزه مستوفی

دانشجوی رشته: روانشناسی عمومی

تحت عنوان:

بررسی تأثیر فن (تکنیک) لمس درمانی در درمان اختلال کمبود توجه / بیش فعالی

در کودکان ۸-۱۲ ساله

در ساعت ۱۲ روز سه شنبه مورخ ۱۳۸۶/۶/۲۰ در سالن مولتی مدیا حضور کمیته ای مرکب از استاد راهنما، استاد مشاور، استادان داور، مدیر گروه ( نماینده تحصیلات تکمیلی) دفاع کردند.

کمیته مذکور پس از شنیدن گزارش دانشجو و چگونگی پاسخگویی نامبرده به پرسش های مطرح شده در ارتباط با رساله یاد شده، پایان نامه مذکور با نمره ۱۹/۲۵ (حروف: نوزده و بیست و پنج صدم) و با درجه عالی مورد تأیید قرار گرفت.

استاد راهنما: آقای دکتر فریدون یاریاری

استاد مشاور: آقای دکتر علیرضا مرادی

استاد داور داخلی: آقای دکتر شهرام محمدخانی

استاد داور خارجی: آقای دکتر ولی اله فرزاد

مدیر گروه و نماینده تحصیلات تکمیلی: آقای دکتر علیرضا مرادی

اول و آخر تویی ما در میان

هیچ هیچی که نیاید در بیان

تقدیم به:

مهربان پدر نازنینم

نازنین مادر مهربانم

و

همسرم، آرام جانم

به پاس مهربانی های بی کران و همراهی های همواره اشان

با سپاس فراوان از:

دکتر فریدون یاریاری

دکتر علیرضا مرادی

و

دکتر الهام نیسانی سامانی

دکتر علیرضا صرامی

برای:

تمام کودکانی که شادی‌ها و شیطنت‌هایشان در دنیای خموده ما

رنگ می‌بازد.

## فهرست مطالب

چکیده

### فصل اول

۱	مقدمه
۳	بیان مسأله
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	اهداف پژوهش
۱۱	فرضیه های پژوهش
۱۱	سؤالهای پژوهش
۱۲	متغیرهای پژوهش
۱۳	تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

### فصل دوم

۱۷	مقدمه
۱۷	پیشینه تاریخی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۲۰	تعریف ها و توصیف های اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۲۱	معیار های تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۲۳	نشانه های اصلی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۳۲	شیوع و همه گیر شناسی
۳۳	همبودی سایر اختلالات با اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۳۴	سبب شناسی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۳۵	نظریه های زیستی
۳۸	نظریه های درون روانی
۴۰	نظریه های سیستمی
۴۱	رویکردهای درمانی به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۴۲	دارو درمانی
۴۷	رفتار درمانی
۴۸	رفتار درمانی شناختی
۴۹	مشاوره و آموزش والدین



۵۱	درمان های مکمل و جایگزین
۵۳	لمس درمانی
۵۵	پیشینه تاریخی لمس درمانی
۵۷	مبانی نظری لمس درمانی
۶۵	مروری بر پژوهش های خارجی
۷۱	مروری بر پژوهش های داخلی
۷۳	فرایند لمس درمانی

### فصل سوم

۷۸	جامعه آماری
۷۸	نمونه آماری و روش نمونه گیری
۷۸	روش اجرای پژوهش
۷۹	ابزار پژوهش
۸۶	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

### فصل چهارم

۸۸	یافته های توصیفی
۹۵	یافته های استنباطی

### فصل پنجم

۱۰۰	بحث و نتیجه گیری
۱۰۳	محدودیت های پژوهش
۱۰۴	پیشنهادات پژوهش
۱۰۶	منابع
۱۲۰	پیوست ها
۱۲۵	چکیده انگلیسی

## فهرست جدول ها


صفحه	جدول
۲۰	جدول ۱-۲، پیشینه تحول اصطلاح شناسی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۲۲	جدول ۲-۲، ملاک های تشخیصی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی براساس DSM-IV
۳۲	جدول ۲-۳، خلاصه مطالعات شیوع شناسی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی با استفاده از معیار های DSM/ICD
۵۱	جدول ۲-۴، طبقه بندی درمان های مکمل و جایگزین
۵۴	جدول ۲-۵، فراوان ترین موارد درمان شده توسط لمس درمانی
۸۲	جدول ۳-۱، فاکتور های خونی
۸۲	جدول ۳-۲، فاکتور های هورمونی
۸۹	جدول ۱-۴، میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت و گروه
۸۹	جدول ۲-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس تعداد فرزندان
۹۰	جدول ۳-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس وزن هنگام تولد آزمودنی
۹۰	جدول ۴-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس مدت زمان بارداری مادر
۹۱	جدول ۵-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس مصرف دارو در دوران بارداری
۹۱	جدول ۶-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس نوع زایمان مادر
۹۲	جدول ۷-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی
۹۲	جدول ۸-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس تحصیلات پدر و مادر
۹۳	جدول ۹-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس شغل پدر و مادر
۹۳	جدول ۱۰-۴-۱، فراوانی و درصد نمونه مورد مطالعه براساس درآمد ماهیانه خانواده
۹۳	جدول ۱۱-۴-۱، میانگین و انحراف استاندارد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر های بیش فعالی، کمبود توجه، تکانشگری و ارتباط با همسالان
۹۴	جدول ۱۲-۴-۱، میانگین و انحراف استاندارد فاکتور های خونی بین گروه آزمایش و کنترل
۹۵	جدول ۱۳-۴-۱، میانگین و انحراف استاندارد فاکتور های هورمونی بین گروه آزمایش و کنترل
۹۵	جدول ۱۴-۴-۱، میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در گروه آزمایش و کنترل
۹۶	جدول ۱-۲-۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس متغیرهای بیش فعالی، کمبود توجه، تکانشگری و ارتباط با همسالان بین گروه های کنترل و آزمایش
۹۷	جدول ۲-۲-۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس فاکتور های خونی بین گروه کنترل و آزمایش
۹۸	جدول ۳-۲-۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس فاکتور های هورمونی بین گروه کنترل و آزمایش

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر فن لمس درمانی در درمان اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در کودکان ۸-۱۲ ساله است. در این پژوهش از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکانی است که از سال ۱۳۸۵ در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهرهای تهران و کرج پرونده‌هایی با تشخیص اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی داشته‌اند. از میان افراد فوق، ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد پس از تشخیص متخصصین براساس معیارهای DSM-IV-TR و نمرات مقیاس ارزیابی والدین کانرز به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایش یا کنترل جایگزین شدند. سپس هر دو گروه مورد ارزیابی خونی و هورمونی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت چهار هفته (هفته‌ای یک جلسه) تحت لمس درمانی قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از این مدت، هر دو گروه دوباره به مقیاس ارزیابی والدین کانرز پاسخ دادند و مورد ارزیابی خونی و هورمونی قرار گرفتند. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش، با آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان دادند که لمس درمانی نتوانسته است کمبود توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی کودکان را به صورت معنادار آماری کاهش دهد. همچنین این فن، تغییر معناداری در میزان سطوح فاکتورهای خونی (گلبول‌های سفید، گلبول‌های قرمز و اندیس‌های آن، پلاکت‌ها، هموگلوبین، هماتوکریت، قند ناشتای خون، آهن خون و فریتین) و فاکتورهای هورمونی (تیروکسین، تری‌یودوتیرونین و هورمون محرک تیروئید) کودکان ایجاد نکرده است. اما، توانسته است ارتباط با همسالان را به صورت معناداری ( $p < 0/05$ ) افزایش دهد.

## واژگان کلیدی:

اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی، لمس درمانی



فصل اول  
موضوع پژوهش



## مقدمه

بازی و بازیگوشی، شیطنت و شادی، دویدن و جست و خیز کردن و توجه نکردن به حرفهای بزرگترها از ارکان جدانشدنی دوران کودکی هستند. لحظه های کودکی سرشار از انرژی و بالا پایین پریدن هستند. اما گاهی این رفتارها در برخی از کودکان پر رنگ تر می شوند. کودکانی که دیگران آنها را "زلزله" خطاب می کنند و برای به سر بردن چند ساعت با آنها درمانده می شوند. کودکانی که علیرغم هوش زیاد، ممکن است چندان مورد علاقه معلم و اولیای مدرسه خود نباشند. کودکانی که سر کلاس روی نیمکت بند نمی شوند و به حرف های معلم توجهی نمی کنند و مدام تکان می خورند و با اطرافیان شان صحبت می کنند. کودکانی که در منزل نمی توانند لحظه ای ساکت باشند و ندوند. حتی نمی توانند کارتون مورد علاقه اشان را بدون بلند شدن از جایشان تا انتها دنبال کنند یا تکالیفشان را انجام دهند. کودکانی که مستعد خطرات فراوانی هستند. تحمل این کودکان حتی برای والدینشان نیز سخت و طاقت فرساست. آنها مجبورند کمتر با دیگران رفت و آمد کنند تا شرمنده رفتارهای کودکشان نشوند و همیشه شکایت های دیگران را درباره فرزندشان بپذیرند و عذرخواهی نمایند. خانواده های این کودکان با مشکلات فراوانی روبه رو می شوند که ممکن است برای رهایی از آنها و کمک به کودکشان به مراکز درمانی مراجعه نمایند و متحمل هزینه های زیادی گردند.

"اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی" نام علمی مشکل این کودکان است. اختلالی که چندان نادر نیست و در حال حاضر یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است و مشکلات رفتاری، تحصیلی، خانوادگی و.. فراوانی را به همراه دارد.

مطابق متن تجدید نظر شده چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی (ADHD)<sup>۲</sup> الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش فعالی است که شدیدتر و شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می شود. اختلال کمبود توجه با یا بدون بیش فعالی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است. میزان بروز ADHD در ایالات متحده از ۲ تا ۲۰ درصد در کودکان مدارس ابتدایی متغیر است اما رقم محتاطانه ۳ تا ۷ درصد می باشد (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۲۰۰۳). در ایران رقم ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (خوشابی و پور اعتماد، ۱۳۸۱).

<sup>۱</sup>.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV- Text Revised (DSM IV-TR)

<sup>۲</sup>.Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

<sup>۳</sup>.Kaplan & Sadock

ADHD در اغلب کشورها و فرهنگ ها دیده می شود. این اختلال از نظر دستیابی به اهداف تحصیلی، شغل با دوام و حرفه موفق می تواند ناتوان کننده باشد. همچنین این اختلال اثرات مخرب شدیدی بر نظام خانواده داشته و اکثر ابعاد توانایی برای عملکرد اثر بخش در یک جامعه پیچیده را تحت تأثیر قرار داده و در راه تنظیم و دستیابی به اهداف مهم زندگی می تواند مشکل ساز باشد (لوبار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). قبلاً تصور می شد با بزرگ شدن این کودکان اختلال از بین می رود، اما امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد این کودکان نمی توانند در آینده از پس مشکلات مرتبط با اختلال برآیند (لیندن و همکاران، ۱۹۹۶).

اگرچه در سبب شناسی اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی عوامل متعددی را نام می برند؛ اما علت اصلی این اختلال شناخته شده نیست. بنابراین، روش های درمانی متعدد و متنوعی برای بهبود این اختلال به کار گرفته شده است که از آن جمله می توان به دارو درمانی، رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی اشاره کرد. در سالهای اخیر گستره وسیعی از درمانهای مکمل و جایگزین (CAM)<sup>۲</sup> نیز بر این تنوع و تعدد افزوده اند. فن لمس درمانی<sup>۳</sup> که با بهره گیری از لمس و دست ها سعی در تعدیل انرژی میدان های مغناطیسی بدن دارد از جمله این درمان هاست.

در دامنه گسترده انواع درمان های موجود نمی توان یک درمان را به عنوان درمان قطعی و مؤثر ADHD نام برد. اکثر پژوهشگران درمان های چند وجهی و ترکیبی را کارآمدتر و اثرگذارتر قلمداد می کنند (کاربونل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ ریف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). فن لمس درمانی ممکن است در کاهش علائم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی مؤثر باشد و بتواند به عنوان درمانی جایگزین یا مکمل اثرات سایر درمان ها به کار رود.

در پژوهش حاضر، تأثیر فن لمس درمانی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار می گیرد. به این منظور، ۲۰ کودک ۷ تا ۱۲ ساله پس از تشخیص اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی و همتاسازی با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت چهار جلسه (هفته ای یک مرتبه) تحت لمس درمانی قرار گرفت و گروه کنترل در انتظار درمان باقی ماند و هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. داده های به دست آمده، با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در فصل های بعدی ارائه می گردد.

<sup>۱</sup>.Lubar

<sup>۲</sup>.Complementary & Alternative Medicine (CAM)

<sup>۳</sup>.Therapeutic Touch (TT)

<sup>۴</sup>.Carbonell

<sup>۵</sup>.Rief

## بیان مسأله

یکی از فراوان ترین تشخیص هایی که در سنین مدرسه برای اختلالات رفتاری کودکان داده می شود، اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی است (گمز و کول<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). هر درمانگری که در زمینه مشکلات کودکان کار می کند با خانواده هایی رو به رو خواهد شد که مشکلات فراوانی با این کودکان دارند (کوتکین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). ADHD الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می شود. این اختلال، عملکرد فرد را بسته به میزان رشد، در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل می نماید (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

ADHD یکی از نگران کننده ترین و نا امید کننده ترین اختلالات برای آموزگاران و والدین است؛ زیرا به نظر آنها تبیین روشنی برای مشکل رفتارهای بیش فعالانه وجود ندارد. بیشتر این کودکان دارای نقص های هوشی، اختلالات تفکر یا اختلالات هیجانی آشکاری نیستند که به سادگی تبیین کننده رفتارهایشان باشد. بنابراین، این کودکان مشکلات فراگیر تکانشی بودن، بی توجهی، بی قراری، تمرکز اندک، چالشهای بین فردی و خود گردانی ناکافی در موقعیت های گوناگون دارند (گمز و کول، ۱۹۹۱).

اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی به شکل های مختلف و با نامهای متفاوتی تعریف شده است؛ اما غالباً توافقی در زمینه تعریف آن وجود نداشته است. بارکلی<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) این اختلال را چنین تعریف می کند:

"کمبود توجه / بیش فعالی اختلالی رشدی در فراخوانی توجه، تکانشگری و یا بیش فعالی و نیز رفتارهای قاعده مند است که در آن، این کمبودها به طور قابل ملاحظه ای نافذ و موقعیتی اند، معمولاً در طول زمان پایدارند و نتیجه مستقیم تأخیرشدید زبان، ناشنوایی، نابینایی، اوتیسم یا روان پریشی دوران کودکی نیستند" (به نقل از کاربونل، ۲۰۰۳).

در تعریف دیگری، کمبود توجه/ بیش فعالی را نشانگان یا مجموعه ای از نشانه ها تعریف می کنند که شامل کوتاهی فراخوانی توجه، مشکل در تمرکز، کنترل تکانه ای ضعیف، حواس پرتی، خلیقات متغیر و در برخی موارد بیش فعالی می شود (فریدمن و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). با توجه به عدم

<sup>۱</sup>.Gomez & Cole

<sup>۲</sup>.Kotkin

<sup>۳</sup>.Barkley

<sup>۴</sup>.Friedman et al

توافق در پذیرش تعریف واحدی از این اختلال، بیشتر پژوهشگران و درمانگران از معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM) استفاده می کنند. برای شیوع این اختلال ارقام مختلفی ذکر شده است. رقم محتاطانه حدود ۳ تا ۷ درصد کودکان مدارس ابتدایی در سنین پیش از بلوغ است که در پسر ها به نسبت ۲ به ۱ تا ۹ به ۱ شایع تر از دخترها است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). در (DSM-IV) رقم ۳ تا ۵ درصد تخمین زده شده است و نسبت ابتلای پسران را ۴ به ۱ تا ۹ به ۱ بیش از دختران ذکر کرده است. ممکن است ذکر شیوع بیشتر در پسران، به علت ارجاع بیشتر پسرها به مراکز درمانی برای رفتارهای بیش فعالانه و پرخاشگرایانه باشد (کاربونل، ۲۰۰۳).

برای سبب شناسی این اختلال نیز، علل متعددی ذکر شده؛ اما علیرغم تبیین های مختلف هنوز علت شناسی این اختلال دقیقاً مشخص نشده است. برخی، از علل ژنتیکی، زیستی، عصب - شیمیایی و فیزیولوژیکی حمایت می کنند و برخی، عوامل روانی، خانوادگی و اجتماعی را مؤثر می دانند. از علل دسته اول می توان به موارد زیر اشاره کرد: زودرس بودن کودک به هنگام تولد، تأخیر در رشد مغز، آسیبها و صدمات فیزیکی مغزی ناشی از عفونت، التهاب و ضربه، فرضیه های مرتبط با انتقال دهنده های عصبی مانند: سروتونین، نورآدرنالین و دوپامین، مشکلات فیزیولوژیکی در ناحیه پیشانی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳)، حساسیت به مواد غذایی و افزودنی های خوراکی، مسمومیت در اثر سرب و اشعه، کمبود آهن و گلوکز در فرآیند متابولیسم بدن (کاربونل ۲۰۰۳، کنوفال<sup>۱</sup> ۲۰۰۴). در زمینه علل روانی - اجتماعی نیز مدلهای متعددی مطرح شده است که می توان به مدل تعاملی - شناختی داگلاس<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) درباره نقص های اولیه در فرآیندهای توجه، بازداری، برانگیختگی، میانجیگری و تقویت در این کودکان، دیدگاه برک و پوتز<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) درباره الگوهای خود تکلمی ناپخته و مدل عدم بازداری رفتاری بارکلی (۱۹۹۸) درباره نقص در بازداری رفتاری اشاره کرد (هاشمی، ۱۳۸۴).

رایج ترین درمان هایی که برای این اختلال به کار رفته است؛ درمانهای دارویی، رفتار درمانی و شناخت درمانی به صورت مجزا یا ترکیبی بوده است (گمز و کول، ۱۹۹۱). با این حال غالباً درمانهای چند وجهی توصیه می شوند (کاربونل، ۲۰۰۳). اگرچه درمان های دارویی در درمان این اختلال بسیار مؤثر هستند؛ اما نمی توانند تمامی نشانه ها را رفع نمایند و ممکن است اثرات جانبی نیز بر جای گذارند (سینها و افرن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). کاهش اشتها و بی خوابی از جمله اثرات جانبی هستند

<sup>۱</sup>.Konofal

<sup>۲</sup>.Douglas

<sup>۳</sup>.Berk & Pootz

<sup>۴</sup>.Sinha & Efron



که برای این داروها ذکر شده است. همچنین درمان های دارویی و اصلاحات رفتاری غالباً تا زمانی دوام دارند که درمان صورت می گیرد (فیلد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

در سالهای اخیر استفاده از درمانهای مکمل و جایگزین (CAM)<sup>۲</sup> در جمعیت عمومی برای درمان ADHD افزایش یافته است (سینها و افرن، ۲۰۰۵؛ راجس و چن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ هایمان و لوی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). این درمان ها حوزه گسترده ای را شامل می شوند و روشهای فراوانی را در بر می گیرند. برخی از این روشها که تا کنون در درمان ADHD به کار رفته اند، عبارتند از: اصلاح رژیم غذایی<sup>۵</sup>، پسخوراند زیستی<sup>۶</sup>، بازی توجه<sup>۷</sup>، هومیو پاتی<sup>۸</sup>، یوگا<sup>۹</sup>، ماساژ<sup>۱۰</sup> (راجس و چن، ۲۰۰۵)، گیاه درمانی<sup>۱۱</sup>، درمانی<sup>۱۱</sup>، انرژی درمانی<sup>۱۲</sup> مانند میدان های مغناطیسی<sup>۱۳</sup>، درمانهایی براساس لمس و دست<sup>۱۴</sup>، فن های ذهن - بدن<sup>۱۵</sup> و سایر نظام های درمانی غیرغربی<sup>۱۶</sup> (هایمان و لوی، ۲۰۰۵). کاهش نشانه های اختلال، افزایش اثرات درمان های مرسوم، پرهیز از عوارض جانبی و افزایش دخالت والدین در روند درمان از جمله علل گرایش بیشتر به این نوع درمانها در سالهای اخیر بوده است (سینها و افرن، ۲۰۰۵). استقبال از درمانهای مکمل و جایگزین، بررسی و مطالعه درباره اثر بخشی این نوع درمان ها را ضروری می سازد (سینها و افرن، ۲۰۰۵؛ راجس و چن، ۲۰۰۵).

لمس درمانی<sup>۱۷</sup> (TT) یکی از روشهای درمانی در حوزه درمانهای مکمل و جایگزین است که در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته است. این فن، شیوه نوینی از درمانی کهن است یعنی استفاده از لمس به عنوان ابزاری برای درمان و رفع ناراحتی (آدامز و رایت<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۱). این فن در اوایل دهه ۱۹۷۰ توسط کریگر<sup>۱۹</sup> - استاد دانشگاه نیویورک در رشته پرستاری - مطرح شد. در حال حاضر، حدود ۴۰۰۰۰ درمانگر در سراسر جهان با این فن به درمان می پردازند. این فن، در ۸۰ دانشگاه آمریکا و ۶۵ دانشگاه در کشورهای دیگر تدریس می شود (رابینسون<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۰).

<sup>1</sup>.Field

<sup>2</sup>.Complementary & Alternative Medicine

<sup>3</sup>.Rojas & Chan

<sup>4</sup>.Hyman & Levy

<sup>5</sup>.Diet Modification

<sup>6</sup>.Biofeedback

<sup>7</sup>.Play Attention

<sup>8</sup>.Homeopathy

<sup>9</sup>.Yoga

<sup>10</sup>.Massage

<sup>11</sup>.Herb Therapy

<sup>12</sup>.Energy Therapy

<sup>13</sup>.Magnetic Fields

<sup>14</sup>.Therapies Based on Touch & Manipulation

<sup>15</sup>.Mind -Body Techniques

<sup>16</sup>.Non - Western Healing Systems

<sup>17</sup>.Therapeutic Touch

<sup>18</sup>.Adams & Wright

<sup>19</sup>.Krieger

<sup>20</sup>.Robinson

این فن در واقع یکی از روشهایی است که براساس لمس<sup>۱</sup> صورت می گیرد. البته استفاده از عنوان لمس به مفهوم تماس مستقیم دستها نیست؛ بلکه در این فن دستها می توانند در فاصله چند سانتی متری از بدن بیمار قرار بگیرند (وربر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از جونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). منطق درمانی این روش به صورت ساده بر این اساس است که میدان هایی از انرژی در سراسر بدن و اطراف آن، در حالتی که فرد سالم است، قرار دارند (زیمر من<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰) که به هنگام بیماری، درد و جراحتهای ... دچار وقفه و عدم تعادل می شوند. درمانگر با گذر دستهایش بر روی بدن بیمار می تواند این نوسانات انرژی را کشف کرده و آنها را تعدیل نماید (رابینسون، ۲۰۰۰). به طور معمول این روش دارای ۴ مرحله است:

۱- درمانگر بر خودش متمرکز می شود.

۲- درمانگر دستهایش را نزدیک بدن بیمار می گیرد و آنها را در سراسر بدن بیمار حرکت می دهد تا تفاوت میدان های انرژی را در نقاط مختلف بدن بیمار ارزیابی نماید.

۳- درمانگر با حرکت دادن دستهایش میدان انرژی بدن بیمار را به حرکت در می آورد.

۴- درمانگر از طریق هدایت انرژی خود به بیمار، انرژی را در نواحی نامتعادل بدن وی تعدیل می کند (رابینسون، ۲۰۰۰؛ وربر و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از جونز، ۲۰۰۳).

درمانگران لمس درمانی معتقدند که برای به کار بردن این روش لازم نیست درمانگر حتماً دارای اعتقادات مذهبی باشد یا بیمار به این روش معتقد باشد. این روش بر یافته های پژوهشی متعدد استوار و قابل یادگیری است و حتی فرد بیمار نیز می تواند آن را بر روی خودش به کار برد (آدامز و رایت، ۲۰۰۱).

این روش تا کنون بسیار بحث برانگیز بوده است. برخی آن را می پذیرند و برخی با دیده شک به آن می نگرند. برخی دلایلی بر تأیید و برخی شواهدی بر رد آن می آورند. آنچه که می تواند در میان این شک و یقین راهگشا باشد، پژوهش و بررسی این روش در چهارچوب علم و روشهای تجربی است. در پژوهش حاضر، سعی شده است تأثیر درمانی این روش بر کودکان مبتلا به کمبود توجه همراه با بیش فعالی بررسی شود.

لمس درمانی، یک درمان طبیعی است. عوارض جانبی داروها را ندارد (آدامز و رایت، ۲۰۰۱). هزینه این روش نسبت به درمان های رایج بسیار کمتر می باشد. قابل آموزش به والدین و مربیان است و می تواند خانواده ها را در امر درمان تا حدود زیادی خود کفا نماید و از نگرانی های آنان

<sup>۱</sup>.Touch

<sup>۲</sup>.Warber & et al

<sup>۳</sup>.Jonas

<sup>۴</sup>.Zimmerman

بکاهد (سینها و افرن، ۲۰۰۵؛ راجس وچن، ۲۰۰۵). شاید این روش بتواند با برطرف نمودن نشانه های ADHD در پیشرفت تحصیلی کودکان مؤثر باشد و روابط بین فردی آنان را با بزرگسالان و همسالانشان بهبود بخشد. همچنین ممکن است، این روش بتواند جایگزین روشهای درمانی دیگر شود یا به صورت مکمل همراه با آنها به کار رود.

### اهمیت و ضرورت پژوهش

ADHD یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که ۵۰ درصد مراجعان به درمانگاههای روانپزشکی کودکان را تشکیل می دهد و یکی از بحث برانگیزترین اختلالات در حوزه تکامل و آسیب شناسی روانی کودکان است که بیش از همه مورد تحقیق قرار گرفته است، به طوری که از سال ۱۹۹۶ سالانه حدود ۴۰۰ مقاله در این حوزه منتشر شده است (لويس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (خوشابی و پور اعتماد، ۱۳۸۱). بنابراین و با توجه به آخرین آمار در دسترس از هرم سنی جمعیت ایران در سال ۲۰۰۰ که وجود حداقل ۱۲/۵ میلیون کودک و نوجوان ۱۴-۵ ساله را در کشور نشان می دهد، می توان حدود ۳۷۵ هزار کودک را مبتلا به ADHD فرض کرد (فرمند، ۱۳۸۵). ADHD اختلال پیچیده ای است که کلیه حوزه های عملکردی کودک را متأثر ساخته و نیازمند یک برنامه درمانی جامع و همه جانبه است. علایم آن ممکن است در سراسر زندگی از سنین پیش دبستانی تا بزرگسالی ادامه یابد و با افزایش سن فرد، با انواع مختلف اختلالات روانپزشکی همراه گردند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). با توجه به گوناگونی، تعدد و فراگیری مشکلات رفتاری مرتبط با ADHD در زمینه های مختلف یادگیری، تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی، خدمات درمانی گوناگونی از جمله درمان های دارویی، رفتاری و شناختی - رفتاری در دهه های اخیر ارائه شده است.

استفاده از داروهای محرک<sup>۲</sup> به خصوص ریتالین<sup>۳</sup> در درمان ADHD بسیار متداول است. اعتقاد بر این است که این داروها انتقال دهنده های شیمیایی دوپامین و نوراپی نفرین را تقویت می کنند. سوانسون و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) در یک مطالعه مروری دریافتند که این دارو برای ۲۵ تا ۴۰ درصد از کودکان مبتلا به این اختلال هیچ اثری ندارد. به علاوه بهبود تعداد زیادی از کودکان که به

<sup>۱</sup>.Lewis

<sup>۲</sup>.Stimulant Drug

<sup>۳</sup>.Ritalin

<sup>۴</sup>.Swanson et al

ریتالین پاسخ می دادند به اندازه کسانی بود که از دارونما<sup>۱</sup> استفاده می کردند. در کسانی که به دارو پاسخ می دادند، کنترل موقتی بیش فعالی، کم توجهی و تکانشگری قابل انتظار بود. به علاوه کاهش پرخاشگری و بهبود عملکرد تحصیلی نیز دیده می شد. اما علیرغم امیدواری والدین و متخصصان، پیشرفت و بهبود معنی داری در زمینه خواندن، مهارت های ورزشی، بازی و مهارت های اجتماعی دیده نمی شد. افزون بر آن بهبود طولانی مدتی از نظر تطابق و سازگاری حاصل از عملکرد تحصیلی و نیز کاهش در رفتارهای ضد اجتماعی یا میزان سرکشی ها مشاهده نشد.

عوارض جانبی و محدودیت های داروهای محرک عبارتند از: (۱) تأثیر کوتاه مدت (۴-۵ ساعت)؛ (۲) بازداری و ایجاد وقفه در فرآیند رشد؛ (۳) بی خوابی و کاهش اشتها؛ (۴) مشکلات قلبی - عروقی، تیک ها و اختلال توره که در تعداد اندکی از کودکان روی می دهد؛ (۵) دوزهای بالا موجب آسیب های شناختی می شوند؛ (۶) با قطع دارو اثر ماندگاری دیده نمی شود و (۷) تعداد اندک ولی معنی داری از کودکان عوارض جانبی منفی فیزیولوژیک نشان می دهند که در طول زمان و علیرغم قطع دارو برطرف نمی شوند (والن و هنکلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱).

رفتار درمانی یکی دیگر از درمان هایی است که به طور گسترده برای این اختلال به کار گرفته می شود. یکی از نکات مثبت رویکرد رفتاری، مشارکت والدین و معلمان است. درمانگران والدین و معلمان را آموزش می دهند تا به خاطر رفتارهای مناسب از اقتصاد ژتونی و توجه مثبت و به خاطر عدم متابعت، از محروم کردن و یا سایر تنبیه ها استفاده کنند (گادس و ایگل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴).

محدودیت های رفتار درمانی عبارتند از: (۱) تعداد قابل ملاحظه ای از کودکان به این روش پاسخ نمی دهند. گزارش شده است که درمان های رفتاری تنها برای ۴۰ تا ۶۰ درصد از موارد اثر بخش است؛ (۲) آموزش به رفتارهای آموزش داده نشده تعمیم نمی یابد؛ (۳) رفتارهایی که از طریق والدین یاد گرفته شده اند به کلاس منتقل نمی شوند و بالعکس؛ (۴) همانند دارو درمانی، به محض قطع درمان رفتارها به سطح خط پایه پیش از درمان می رسند؛ (۵) وابستگی زیادی به مشارکت والدین و معلمان وجود دارد و (۶) همانند مداخله های رفتاری سایر اختلالات، علت شکست ها و عود ها به عدم متابعت نسبت داده می شود به طوری که گزارش شده ۵۰ درصد از والدین نمی توانند رفتار درمانی را ادامه دهند (لوبار، ۲۰۰۳).

رفتار درمانی شناختی بیشتر از دارو درمانی و رفتار درمانی انعطاف پذیر است. به طور مثال، مهارت های مقابله ای خود گویی<sup>۴</sup> را می توان به کودک آموزش داد که قابل تعمیم به طیف

<sup>۱</sup>. Placebo

<sup>۲</sup>. Whalen & Henckler

<sup>۳</sup>. Gades & Egel

<sup>۴</sup>. Self talk