

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص

**بررسی اثر بخشی مداخلات زود هنگام روان‌شناختی – آموزشی بر میزان نشانگان
اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی / تکانشگری در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان**

استاد راهنما:

دکتر مختار ملک‌پور

استاد مشاور:

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر:

مژگان شوشتری

شهریورماه ۱۳۹۰

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



دانشگاه اصفهان



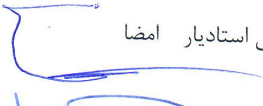

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

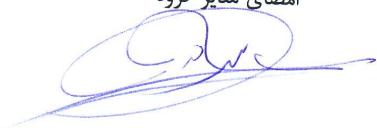
پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص
خانم مژگان شوشتری تحت عنوان

بررسی اثر بخشی مداخلات زود هنگام روان‌شناختی - آموزشی بر میزان نشانگان
اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی / تکانشگری در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان

در تاریخ ۱۳۹۰/۶/۲۹ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

| | | | |
|---|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|
|  | با مرتبه‌ی علمی استاد امضا | دکتر مختار ملک‌پور | ۱- استاد راهنمای پایان‌نامه |
|  | با مرتبه‌ی علمی استادیار امضا | دکتر احمد عابدی | ۲- استاد مشاور پایان‌نامه |
|  | با مرتبه‌ی علمی استادیار امضا | دکتر احمد یارمحمدیان | ۳- استاد داور داخل گروه |
|  | با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضا | دکتر مهرداد کلانتری | ۴- استاد داور خارج از گروه |

امضای مدیر گروه



رایا:

ن وان طان آ . ازداش یده ای ش زار بام و آ ن . زولای
مراه . ام رابا آ ونگاری وش رون وده ارا اوان ده و آن ش
نا ما بانماره یات وش نزاورداش ون ازجا وبام و
نان آ و . م و دوبار و ام یاری ص اوداده ارنده ای ش .
ای وویاوری وای ای نکا بام .

ان! ما و ررات دودا صاص ده و داش آ . راز و ق اشان ن
لازم ات ن طان . اک ردای و پاس دارم از اتاد . و اقدر
د مرتد ملک ورو اتاد شور دمرام عاری باوصه وواح اوان را ن
اجام ان وش ودر .

'مر و هم زین، ساق و دبر و' نند، از زوره راه جات

داور و راه جان و ترا اروم و در، آرمی را بی اخارات

ا وزن از آن ساق است و نشان را برای او وزن ده

تا نام را اون نام و پیام دشان را و وزم.

قدم :

مام

مرا حان و دوم

و

رم

وا و زرقام

و

ا م ش و رام وده ات.

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مداخلات زود هنگام روان‌شناختی - آموزشی بر میزان نشانگان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان پیش‌دبستانی انجام شده است. طرح پژوهش به صورت آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان پسر پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. بدین منظور، ۳۰ کودک با نشانگان نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، انتخاب و با روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه کنترل). ابزار مورد استفاده، پرسشنامه کانرز والدین بود و مداخلات روان‌شناختی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌های بدست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات زود هنگام روان‌شناختی - آموزشی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان پیش‌دبستانی مؤثر می‌باشد. توجه به تشخیص و مداخلات زود هنگام روان‌شناختی - آموزشی می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری باشد.

واژه‌های کلیدی : مداخلات زود هنگام، روان‌شناختی - آموزشی، نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|---------|---|
| | فصل اول: کلیات تحقیق |
| ۱-۱-۱ | مقدمه..... ۱ |
| ۲-۱ | شرح و بیان مسئله..... ۳ |
| ۳-۱ | اهمیت و ضرورت تحقیق..... ۶ |
| ۴-۱ | اهداف پژوهش..... ۷ |
| ۱-۴-۱ | اهداف اصلی..... ۷ |
| ۲-۴-۱ | اهداف فرعی..... ۷ |
| ۵-۱ | فرضیه‌های پژوهش..... ۸ |
| ۶-۱ | متغیرهای پژوهش..... ۸ |
| ۱-۶-۱ | متغیر مستقل..... ۸ |
| ۲-۶-۱ | متغیر وابسته..... ۸ |
| ۳-۶-۱ | متغیر کنترل..... ۸ |
| ۷-۱ | تعریف اصطلاحات و مفاهیم..... ۸ |
| ۱-۷-۱ | تعاریف مفهومی..... ۸ |
| ۱-۱-۷-۱ | اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی / تکانشگری..... ۸ |
| ۲-۱-۷-۱ | مداخلات زود هنگام روانشناختی - آموزشی..... ۹ |
| ۲-۷-۱ | تعاریف عملیاتی..... ۹ |
| ۱-۲-۷-۱ | اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی..... ۹ |
| ۲-۲-۷-۱ | مداخلات زودهنگام روانشناختی - آموزشی..... ۹ |
| | فصل دوم: پیشینه تحقیق |
| ۱-۲ | بخش اول: اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری..... ۱۰ |
| ۱-۱-۲ | تعریف ADHD..... ۱۱ |
| ۲-۱-۲ | تاریخچه اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی..... ۱۲ |
| ۳-۱-۲ | توصیف نشانه‌های اصلی ADHD..... ۱۴ |
| ۱-۳-۱-۲ | بیش‌فعالی..... ۱۴ |
| ۲-۳-۱-۲ | بی‌توجهی..... ۱۴ |

| عنوان | صفحه |
|--|------|
| ۳-۳-۱-۲ تکانشگری | ۱۵ |
| ۴-۱-۲ ملاک تشخیص کنونی ADHD | ۱۵ |
| ۵-۱-۲ مشکلات توام با اختلال ADHD در کودکان | ۱۷ |
| ۶-۱-۲ شیوع اختلال ADHD | ۱۸ |
| ۷-۱-۲ شکل‌گیری اختلال ADHD در طول رشد | ۱۹ |
| ۱-۷-۱-۲ فرآیند تحول نشانه‌ها در نوزادی و خردسالی | ۱۹ |
| ۲-۷-۱-۲ فرآیند تحول نشانه‌ها در کودکان پیش دبستانی | ۱۹ |
| ۳-۷-۱-۲ فرآیند تحول نشانه‌ها در دوره دبستان | ۲۰ |
| ۴-۷-۱-۲ فرآیند تحول نشانه‌ها در نوجوانی | ۲۱ |
| ۸-۱-۲ سبب‌شناسی | ۲۲ |
| ۱-۸-۱-۲ ژنتیک | ۲۳ |
| ۱-۱-۸-۱-۲ مطالعات خانوادگی | ۲۳ |
| ۲-۱-۸-۱-۲ مطالعات دوقلوها | ۲۴ |
| ۳-۱-۸-۱-۲ مطالعات فرزندخواندگی | ۲۴ |
| ۴-۱-۸-۱-۲ بررسی‌های ساختار ژنتیکی | ۲۴ |
| ۲-۸-۱-۲ عوامل عصبی - شیمیایی | ۲۵ |
| ۳-۸-۱-۲ آسیب مغزی | ۲۶ |
| ۴-۸-۱-۲ محیط | ۲۷ |
| ۵-۸-۱-۲ عوامل نوروشیمیایی | ۲۷ |
| ۶-۸-۱-۲ رژیم غذایی | ۲۷ |
| ۷-۸-۱-۲ عوامل روانی - اجتماعی | ۲۸ |
| ۸-۸-۱-۲ عوامل روانشناختی | ۲۸ |
| ۹-۸-۱-۲ مسمومیت با سرب | ۲۸ |
| ۱۰-۸-۱-۲ تأثیر تشعشع | ۲۹ |
| ۹-۱-۲ درمان | ۲۹ |
| ۱-۹-۱-۲ دارودرمانی | ۳۰ |
| ۲-۹-۱-۲ مداخله در سطح خانواده | ۳۱ |
| ۳-۹-۱-۲ مداخله در سطح مدرسه | ۳۲ |

| عنوان | صفحه |
|---|------|
| ۲-۱-۹-۴ مداخله‌های رفتاری و شناختی - رفتاری | ۳۳ |
| ۲-۱-۹-۵ مداخله‌های متمرکز بر کودک و آموزش مهارت‌های اجتماعی | ۳۳ |
| ۲-۱-۹-۶ رژیم غذایی | ۳۴ |
| ۲-۱-۹-۷ مداخلات روان شناختی - آموزشی | ۳۴ |
| ۲-۲-۲ بخش دوم: مداخله زود هنگام | ۳۵ |
| ۲-۲-۱ تاریخچه مداخله زود هنگام | ۳۵ |
| ۲-۲-۲ مداخله زود هنگام چیست؟ | ۳۶ |
| ۲-۲-۳ اهداف و دلایل مداخله زود هنگام | ۳۸ |
| ۲-۲-۴ تشخیص و مداخله زود هنگام کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی | ۴۰ |
| پیش‌دبستانی | ۴۰ |
| ۲-۲-۵ راهبردهای تشخیص و مداخله زود هنگام کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی - | ۴۳ |
| تکانشگری در مراکز پیش‌دبستانی | ۴۳ |
| ۲-۲-۶ فرآیند تشخیص زود هنگام کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی - تکانشگری | ۴۴ |
| ۲-۲-۷ برنامه‌های آموزشی زود هنگام برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی - تکانشگری | ۴۷ |
| ۲-۲-۸ مداخلات زود هنگام روانشناختی - آموزشی | ۴۹ |
| ۲-۲-۹ مداخله آموزشی برای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در سنین مدرسه | ۵۳ |
| ۲-۲-۹-۱ اصول طراحی برنامه آموزشی | ۵۳ |
| ۲-۲-۹-۲ راهبردهایی برای موفقیت در کلاس درس | ۵۵ |
| ۲-۳-۳ تحقیقات انجام شده در خارج و داخل ایران | ۵۸ |
| ۲-۳-۱ تحقیقات انجام شده در خارج | ۵۸ |
| ۲-۳-۲ تحقیقات انجام شده در داخل ایران | ۶۰ |
| فصل سوم: روش تحقیق | |
| ۳-۱ مقدمه | ۶۳ |
| ۳-۲ طرح کلی پژوهش | ۶۳ |
| ۳-۳ جامعه آماری | ۶۴ |
| ۳-۴ حجم نمونه و روش نمونه‌گیری | ۶۴ |
| ۳-۵ متغیرهای پژوهش | ۶۴ |
| ۳-۵-۱ متغیر مستقل | ۶۴ |

| عنوان | صفحه |
|--|------|
| ۳-۵-۲ متغیر وابسته..... | ۶۴ |
| ۳-۵-۳ متغیر کنترل..... | ۶۴ |
| ۳-۶-۱ ابزار پژوهش..... | ۶۴ |
| ۳-۶-۱ پرسشنامه کانرز والدین (CPRS)..... | ۶۴ |
| ۳-۶-۲ پایایی و روایی پرسشنامه کانرز والدین..... | ۶۵ |
| ۳-۷ شیوه اجرای پژوهش..... | ۶۵ |
| ۳-۸ محتوای جلسات آموزشی..... | ۶۵ |
| ۳-۹ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها..... | ۶۷ |
| فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها | |
| ۴-۱ مقدمه..... | ۶۸ |
| ۴-۲ یافته‌های توصیفی پیرامون نمونه تحقیق..... | ۶۹ |
| ۴-۲-۱ از نظر گروه‌های کنترل و آزمایش..... | ۶۹ |
| ۴-۳ تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه‌های تحقیق..... | ۷۳ |
| ۴-۳-۱ فرضیه اول تحقیق..... | ۷۳ |
| ۴-۳-۲ فرضیه دوم تحقیق..... | ۷۵ |
| ۴-۳-۳ فرضیه سوم تحقیق..... | ۷۷ |
| فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری | |
| ۵-۱ خلاصه طرح و نتایج پژوهش..... | ۷۹ |
| ۵-۲ بحث در یافته‌ها..... | ۸۰ |
| ۵-۳ اعتبار تحقیق..... | ۸۳ |
| ۵-۴ محدودیت‌های پژوهش..... | ۸۴ |
| ۵-۵ پیشنهادها..... | ۸۴ |
| ۵-۵-۱ پیشنهادهای پژوهشی..... | ۸۴ |
| ۵-۵-۲ پیشنهادات کاربردی..... | ۸۵ |
| پیوست ۱..... | ۸۶ |
| پیوست ۲..... | ۸۸ |
| منابع و مأخذ..... | ۹۳ |

فهرست شکل‌ها

| عنوان | صفحه |
|--|------|
| شکل ۴-۱ نمونه تحقیق به تفکیک گروه‌ها..... | ۶۹ |
| شکل ۴-۲ نمونه تحقیق از نظر وضعیت تحصیل پدران به تفکیک گروه‌ها..... | ۷۰ |
| شکل ۴-۳ نمونه تحقیق از نظر وضعیت تحصیل مادران به تفکیک گروه‌ها..... | ۷۱ |
| شکل ۴-۴ نمونه تحقیق از نظر تعداد فرزندان خانواده به تفکیک گروه‌ها..... | ۷۲ |

فهرست جدول‌ها

| عنوان | صفحه |
|---|------|
| جدول ۱-۲ ملاک‌های تشخیصی اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی بر اساس (DSM-IV-TR)..... | ۱۶ |
| جدول ۲-۲ مشکلات همراه با بیش‌فعالی- نارسایی توجه در کودکان..... | ۱۸ |
| جدول ۳-۲ اثرات جانبی مصرف دارو..... | ۳۱ |
| جدول ۱-۳ سیمای کلی پژوهش..... | ۶۳ |
| جدول ۲-۳ خلاصه جلسات آموزش مداخلات زودهنگام روانشناختی-آموزشی..... | ۶۶ |
| جدول ۱-۴ نمونه تحقیق به تفکیک گروهها..... | ۶۹ |
| جدول ۲-۴ نمونه تحقیق به تفکیک گروهها و وضعیت تحصیل پدران..... | ۷۰ |
| جدول ۳-۴ نمونه تحقیق به تفکیک گروهها و وضعیت تحصیل مادران..... | ۷۱ |
| جدول ۴-۴ نمونه تحقیق به تفکیک گروهها و تعداد فرزندان خانواده..... | ۷۲ |
| جدول ۴-۵ تعداد، میانگین و انحراف معیار گروه نقص توجه- بیش‌فعالی..... | ۷۳ |
| جدول ۴-۶ آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی..... | ۷۳ |
| جدول ۴-۷ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در نمره دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی..... | ۷۴ |
| جدول ۴-۸ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش مداخلات زودهنگام روان‌شناختی- آموزشی بر اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی..... | ۷۴ |
| جدول ۴-۹ تعداد، میانگین و انحراف معیار گروه نقص توجه..... | ۷۵ |
| جدول ۴-۱۰ آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات نقص توجه..... | ۷۵ |
| جدول ۴-۱۱ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در نمره نقص توجه کودکان..... | ۷۶ |
| جدول ۴-۱۲ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش مداخلات زودهنگام روان‌شناختی- آموزشی بر نقص توجه کودکان..... | ۷۶ |
| جدول ۴-۱۳ تعداد، میانگین و انحراف معیار گروه بیش‌فعالی/ تکانشگری..... | ۷۷ |
| جدول ۴-۱۴ آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات بیش‌فعالی/ تکانشگری..... | ۷۷ |
| جدول ۴-۱۵ نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در نمره بیش‌فعالی/ تکانشگری | |
| کودکان..... | ۷۸ |
| جدول ۴-۱۶ نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر آموزش مداخلات زودهنگام روان‌شناختی- آموزشی بر بیش‌فعالی/ تکانشگری کودکان..... | ۷۸ |

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)^۱، یکی از اختلالات شایع در کودکان است که با علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود و به ناتوانایی‌هایی در فعالیت‌های گوناگون زندگی منجر می‌گردد. در دهه‌های اخیر تحقیقات زیادی درباره این اختلال که بیش از هر اختلال دیگری کودکان را به مراکز سلامت روانی می‌کشاند، انجام گرفته است (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)^۴، این اختلال با تایید وجود علائم متعدد در زمینه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری و یا هر دو به عمل می‌آید و به سه نوع فرعی شامل، اغلب بی‌توجه، اغلب بیش‌فعال - تکانشگر و نوع مرکب تقسیم می‌شود.

DSM-IV، برای تشخیص این اختلال وجود ۶ تا ۹ نشانه خاص کمبود توجه و بیش‌فعالی و تکانشگری را به مدت ۶ ماه و قبل از سن ۷ سالگی ضروری می‌داند (کافمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی با مشکلات بسیاری در زمینه‌های مختلف آموزشی، عملکرد تحصیلی پایین، ضعف روحیه،

1- Attention Deficit –Hyperactivity Disorder

2- Kaplan

3- Sadock

4- Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder- 4th edition

5- Kaufman

پرخاشگری، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی و نقص در بسیاری از مهارت‌ها همراه است (علیزاده، ۱۳۸۸). این مشکل یک چالش اساسی و مهم برای کودکان سنین پیش‌دبستانی می‌باشد، زیرا ممکن است منشا پیامدهای طولانی‌ناگوار گردد و به فرآیند تحول استعدادها و ذهنی و مهارتهای اجتماعی - عاطفی کودک آسیب وارد کند.

از این رو، کودکان مبتلا به این اختلال نیازمند دریافت خدمات بهداشت روانی در کنار سایر شیوه‌های درمانی معمول برای این اختلال می‌باشند (وو^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). از جمله ارزش‌های تشخیصی و مداخله زود هنگام^۲ برای ADHD در کودکان پیش از دبستان این است که پایه‌ای را برای رشد بعدی ایجاد می‌کند و می‌تواند تجربیات تحصیلی مثبتی را برای این کودکان به وجود آورد. اگر بتوان کودکان مبتلا به ADHD را در دوران خردسالی تشخیص داد، موقعیت و فرصتی برای برنامه‌های مداخله زود هنگام به وجود می‌آید.

باید به این نکته توجه داشت که سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه و نسل‌های آینده اثرگذار است. بهداشت روانی و مطالعه در نحوه سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک می‌نماید و برعکس عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی، صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی فرد، خانواده و جامعه وارد خواهد آورد. بنابراین با توجه به اهمیت مسئله، لزوم برخورد با این مشکل در دوران کودکی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا اگر ADHD درمان نشود به اختلال‌هایی از قبیل رفتارهای مقابله‌ای متضاد و اختلال سلوک تبدیل می‌شود و آمادگی کودک برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت و بر رشد کودک از جمله در یادگیری تکلم و زبان تأثیر زیادی داشته و با بسیاری از مشکلات از قبیل مشکلات خواب، هیجانی، ارتباطی، رفتاری، تحصیلی و غیره در ارتباط است، اما اگر به موقع تشخیص داده شود، می‌تواند درمان شود (کانت ول^۳، ۱۹۹۶).

یکی از روش‌های مداخله به موقع، روش مداخلات زود هنگام روانشناختی - آموزشی می‌باشد. مداخلات روانشناختی - آموزشی به فرآیند ارزیابی روانی و به دنبال آن طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی اشاره دارد. در این برنامه‌ها سعی می‌شود که فرآیند یادگیری کودک با نیاز خاص تسهیل یابد (رینولدز و فلچر^۴، ۲۰۰۰). لذا با توجه به اهمیت موضوع، این کودکان نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام هستند تا مهارت‌های پیش‌نیاز لازم جهت موفقیت در یادگیری تحصیلی آینده را فرا بگیرند. تشخیص زود هنگام اختلال ADHD در کودکان پیش از

1- Wu
2- Early Intervention
3- Cantwell
4- Renolds & Fletcher

دبستان و تعیین نوع مشکل آنها و قرارداد آنها در مسیر مناسب آموزشی از مسایلی است که در سالهای اخیر مورد توجه متخصصان کودکان با نیازهای خاص، علوم تربیتی و روان‌شناسی است. لذا در این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات زودهنگام روانشناختی-آموزشی بر میزان نشانگان ADHD در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۲ شرح و بیان مسئله

در سال ۱۹۸۸ بارکلی^۱، ADHD را اینگونه تعریف کرد: ADHD عبارتست از اختلال رشدی فراخنای توجه، تکانشگری و یا بیش‌فعالی که در آن، این کمبودها به طور قابل ملاحظه‌ای نامتناسب با سن عقلی کودک است. او می‌گوید شروع آن در دوران کودکی است، نشانه‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای نافذ و موقعیتی هستند و معمولاً در طول زمان مزمن یا پایدار می‌شوند، این اختلال نتیجه مستقیم تاخیر شدید زبان، ناشنوایی، نابینایی، اتیسم، روان‌پریشی دوران کودکی و اختلالات عصب‌شناختی، حسی-حرکتی یا هیجانی نیست (کراتچویل و همکاران، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸). تاکنون این اختلال را با اصطلاحات متعددی چون سوء‌کارکرد جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و سندرم بیش‌فعالی نامیده‌اند. این اختلال که شایع‌ترین اختلال دوران کودکی است، یک اختلال پیچیده مغزی می‌باشد و ناهنجاریهای ظریف را که در عملکرد سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می‌شود، در بر می‌گیرد (کایلینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). به علاوه این اختلال یک اختلال تحولی با ویژگی‌های خاص، مشکل در حفظ توجه، حواسپرتی، بیش‌فعالی و کنترل تکانه می‌باشد و نسبتاً در طول زمان پایدار است و در بسیاری از موارد تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد (لئو^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). در گذشته تصور می‌شد که با افزایش سن کودک، این اختلال از میان می‌رود، اما مطالعات نشان می‌دهد که ۶۰-۳۰ درصد از افراد مبتلا علایم این اختلال را تا بزرگسالی نشان می‌دهند (هارپین^۴، ۲۰۰۵). تظاهرات بالینی کمبود توجه و بیش‌فعالی بسیار گوناگون است. برای برخی از کودکان بی‌توجهی برجسته‌ترین نشانه می‌باشد و برای گروه دیگر تمام رفتارهایی که نشانه بیش‌فعالی و بی‌توجهی می‌باشد تظاهر می‌کند. گاهی اوقات تمایز قایل شدن بین رفتارهای مرتبط با اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی و رفتارهای بهنجار دوران کودکی بسیار دشوار است. برای تشخیص بالینی این اختلال، نشانه‌ها باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند و قبل از سن ۷

1- Barkley
2- Kieling
3- Leo
4- Harpin

سالگی بروز کرده و مشکلات معناداری در زمینه تحصیلی، اجتماعی یا در خانه برای کودک ایجاد کرده باشند (انستیتو ملی سلامت روانی^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از جوکار، ۱۳۸۸).

در مورد شناسایی زود هنگام ADHD که در سنین پیش دبستانی بروز می کند چالش های بسیاری وجود دارد. تأثیر تغییرات تحولی که طی سالهای پیش دبستانی اتفاق می افتد و میزان بالای رفتارهای مرتبط با این اختلال که در کودکان بهنجار در این سن اتفاق می افتد، نمونه ای از این چالش ها می باشند. از سوی دیگر این اختلال می تواند تأثیرات فراوانی بر روی عملکرد روانی - اجتماعی خانواده بگذارد و والدین کودکان مبتلا به این اختلال اغلب در کنترل رفتار کودکان مشکل دارند و از طرفی دیگر مشکلات مرتبط با کمبود توجه و بیش فعالی باعث می شود که روابط کودک با والدین مختل شود و یک فضای ناشاد و توأم با استرس را بین اعضای خانواده ایجاد کند که گاهی می تواند تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا کند. همچنین این اختلال به عنوان یک مسئله اساسی و مهم در میان متخصصان و معلمان مطرح شده است، زیرا می تواند مشکلاتی از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی - مشکلات توجه - ناتوانی یادگیری و مشکلات تحصیلی را ایجاد نماید. علاوه بر این، این مشکل می تواند فرآیند تحول استعدادها، مهارت های حرکتی، مهارت های عاطفی و مهارت های اجتماعی کودک را دچار آسیب های جدی نماید. مشکلات تحصیلی، هوش، بزه کاری، افسردگی، حرمت خود پایین، اختلالات شخصیت، الکلیسم، سوء مصرف مواد در بزرگسالی این کودکان به طور معناداری از جمعیت عادی بیشتر است (رضازاده، ۱۳۸۳). بنابراین اگر ADHD به موقع تشخیص داده نشود می تواند در آینده خود را به صورت رفتارهای مقابله ای و مشکلات خواب، هیجانی، ارتباطی، رفتاری، تحصیلی و... نشان دهد، لذا تشخیص و مداخله زود هنگام می تواند از بروز این مشکلات در آینده جلوگیری کند. صاحب نظران زیادی با توجه به اهمیت و ارزش سالهای پیش از دبستان، موضوع تشخیص و مداخله زود هنگام را مورد تأیید قرار داده اند. درمان دارویی این اختلال شامل محرک های سیستم اعصاب مرکزی می باشد، لیکن مصرف دارو به تنهایی نمی تواند نیازهای درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده کند و لازم است با مداخلات روانشناختی همراه گردد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵).

برنامه های مداخله زود هنگام، اولین بار به صورت علمی و دقیق توسط دایان برایکر^۲ در سال ۱۹۷۰ در آمریکا شروع شد (ملک پور، ۱۳۸۱). در سالهای اخیر یکی از رویکردهای آموزشی در توانبخشی کودکان با نیازهای خاص یا مبتلا به اختلالات که توسط متخصصین این رشته از جمله ملک پور (۱۳۸۳)، در کشور در حال گسترش

1- National Institute of Mental Health
2- Briker

است، موضوع مداخله زود هنگام می‌باشد (عابدی، ۱۳۸۷). در ایران اولین بار برنامه مداخله به موقع توسط ملک پور (۱۳۷۱)، طی تحقیقی که در شهر اصفهان انجام شد، به مورد اجرا درآمد. این تحقیق تحت عنوان مداخله جبرانی به موقع، روی کودکان ناتوان ذهنی با ضریب هوشی ۷۰-۵۰ انجام گرفت. ملک پور، نشان داد که برنامه‌های مداخله جبرانی به موقع می‌تواند در افزایش توان ذهنی، رفتار سازشی و توانایی گفتاری کودکان اثر مثبت داشته باشد. ملک پور اظهار می‌دارد که برنامه‌های مداخله‌ای به موقع، محیطی را برای کودک ناتوان فراهم می‌سازد که او را قادر به رشد توانایی‌های خود می‌کند که در این برنامه‌ها سعی میشود از کلیه خدمات توانبخشی و آموزشی، در رابطه با اختلالات حسی- حرکتی، شناختی، گفتاری و عاطفی- اجتماعی برای کودکان دارای ناتوانی‌های شناخته شده مانند (سندرم داون) و کودکان در معرض خطر ناتوانی از بدو تولد تا پایان ۵ سالگی و نیز خانواده آن‌ها استفاده نمود. این خدمات به صورت تیمی ارائه شده و شامل تحریکات حسی، حرکتی، شناختی از سنین خیلی پایین مانند نوزادی و شیرخوارگی و شامل مداخلات بر مبنای علوم روانشناسی، آسیب‌شناسی گفتار و زبان، اختلالات ارتباطی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، مددکاری، پرستاری و آموزشهای خاص پیش‌دستانی می‌باشد (ملک پور، ۱۳۸۱). مطالعات نشان می‌دهد که این برنامه‌ها سبب تسریع روند کسب شاخصهای اساسی رشدی^۱ می‌شوند و به منظور از میان بردن یا کم کردن مشکلات بیولوژیکی و یا محیطی در کودکان خردسال با نیازهای خاص یا در معرض خطر مورد استفاده قرار می‌گیرد (ملک پور، ۱۳۸۱). یکی از روش‌های مداخله به موقع، روش مداخلات زود هنگام روانشناختی-آموزشی می‌باشد. مداخلات روانشناختی-آموزشی، به فرآیند ارزیابی روانی و به دنبال آن طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی اشاره دارد. در این برنامه‌ها سعی می‌شود که فرآیند یادگیری کودک با نیاز خاص تسهیل یابد (رینولدز و فلچر، ۲۰۰۰).

از آنجا که ADHD مشکلات متعددی را برای کودک، خانواده و جامعه به وجود می‌آورد، لذا لزوم برخورد با آن در جهت کاهش و احتمالاً از میان بردن علایم آن ضروری به نظر می‌آید. با توجه به اهمیت موضوع، کودکان ADHD نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام هستند تا مهارت‌های پیش نیاز لازم جهت موفقیت در یادگیری تحصیلی آینده را فرا بگیرند. از آنجا که هر قدر کودک خردسالتر باشد، تأثیر کمک به او بیشتر خواهد شد، بنابراین به نظر می‌آید که روش‌های مداخله‌ای زود هنگام مؤثرتر باشند. با توجه به یافته‌های تحقیقاتی فوق، مساله اساسی پژوهش حاضر عبارت از اثربخشی مداخلات زود هنگام روانشناختی-آموزشی بر میزان نشانگان ADHD می‌باشد.

۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق

تشخیص زود هنگام و به موقع مشکلات رفتاری که در سنین پیش دبستانی خود را نشان می‌دهد، مسئله مهمی است، زیرا تقریباً همه متخصصین بهداشت روانی بر این مسئله تأکید دارند که سالهای اولیه در سازگاری بعدی اهمیت دارند و وجود مشکلات در خلال این سالها، زمینه ناسازگاری در سالهای بعدی است (کندال^۱، ترجمه کلانتری، ۱۳۸۲). این مسئله در مورد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بارزتر است، زیرا این اختلال بر عملکرد فرد در زندگی خانوادگی، مسائل تحصیلی و روابط اجتماعی تاثير می‌گذارد و عدم تشخیص و درمان این اختلال موجب ایجاد مشکلات آسیب‌شناختی جدی در زندگی فرد، لجاجت، طرد شدن از سوی همسالان و عزت نفس پایین می‌شود و ممکن است موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران و از طرف دیگر موجب واکنش خانواده و معلمین گردد و به فرآیند تحول استعدادهاى ذهنی و مهارتهای اجتماعی-عاطفی کودک نیز آسیب جدی وارد کند. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد، کودکانی که در سنین پیش دبستانی دارای اختلال ADHD هستند در آینده در بسیاری از کارکردهای مربوط به پیشرفت تحصیلی از قبیل حافظه فعال، محاسبه‌ی ذهنی، هجی کردن، گفتار درونی، خواندن تطبیقی، سیالی کلامی و گزارش‌های نوشتاری دچار آشفتگی می‌شوند (هاشمی نصره آباد، ۱۳۸۴). در نتیجه این اختلال باعث ایجاد مشکلاتی برای کودک، خانواده و در نهایت اجتماع می‌شود. از این رو کمک به این کودکان در جهت بهبود توجه و اصلاح بیش‌فعالی/تکانشگری آنها می‌تواند تا اندازه‌ی زیادی مشکلات آنها را کاهش دهد. لذا با توجه به نقشی که کودکان در اجتماع دارند، متخصصان، مداخلات پیشگیرانه و زود هنگام را برای رفع مشکلات بالقوه، قبل از آنکه حادث‌تر شوند، لازم و ضروری می‌دانند. یکی از راههای بهبود نشانگان ADHD، مداخلات زود هنگام روانشناختی-آموزشی می‌باشد، زیرا امروزه در برنامه‌های مداخله زود هنگام تلاش می‌شود تا تأثیرات زیست‌شناختی و محیطی که بر کودک وارد می‌شود و او را در معرض خطر ناتوانی‌های تحولی و رشدی قرار می‌دهد، کاهش داده و به کودک در بهبود عملکردهای حسی-حرکتی، گفتاری، شناختی، اجتماعی و رفتاری-عاطفی کمک نمایند. برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام، با توجه به مفروضاتی، همچون اهمیت دوره‌های حساس در یادگیری، اهمیت تجارب اولیه و انعطاف‌پذیری سلولهای مغزی کودکان، مدعی است که کودکان در اوایل زندگی نسبت به تمامی مراحل دیگر مطالب را بیشتر می‌آموزند و می‌توانند بیشترین کارآیی را نسبت به سایر دوره‌های زندگی داشته باشند (ملک پور؛ به نقل از عابدی، ۱۳۸۷).