

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

مشور اخلاق پژوهش

بیاری از خداوند سبحان و اعتماد به این که عالم محضر خداست و بمواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادانشجویان و اعضاء هیئت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.
- ۴- اصل منفعت ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی

می آلائند.



معاونت پژوهش و فن آوری
به نام خدا
تعهد اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب زهرا غریب جرسقانی دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته مشاوره و راهنمایی که در تاریخ ... از پایان نامه خود تحت عنوان " تاثیر خاک درمانی بر کنترل بیش فعالی " با کسب نمره ... دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

۱) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آنرا در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲) این پایان نامه قبلاً برای هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء



صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)

نام و نام خانوادگی دانشجو: زهرا غریب جرسقانی در تاریخ رشته

مشاوره:

از پایان نامه خود با عنوان: " تاثیر خاک درمانی بر کنترل بیش فعالی "

با درجه ونمره دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضای هیات داورى سمت امضاء اعضای هیات داورى

۱ - دکتر لادن معین استاد راهنما

۲ - دکتر نادره سهرابی استاد مشاور

۳ - دکتر کاترین فکری استاد داور

۴ - استاد داور

مدیر/معاونت پژوهشی مراتب فوق مورد تایید است .

مهر و امضاء

تقدیم به:

تنها ترین و مهربان ترین ستاره می درخشان و پر نور زندگیم، کسی که عاشقانه مهدویت را برایم تفسیر می کند و حسینی بودن را در کتب زینب (س) برایم به یادگار می گذارد. آنکه گام پر رنگ ایمانش در زندگیم نقش محبت می زند و تنها آرزویم در دنیا خوش بختی و رضایت اوست به همسر عزیز و مهربانم و فرزندانم.

پدر و مادر عزیز و گرامیم. آنها که حرم کرم نفسهایشان نبض دهنده به زندگیمان است و بودنمان در گرو بودنشان. آنان که چو شمع می سوزند تا تربیت اسلامی را بعد از خودشان در وجودمان به یادگار بگذارند. دوستان داریم و همیشه پانده باشید ای پدر و مادر که اقدردان.

سایگزاری

من به سرچشمه خورشید نه خود بردم راه

ذره ای بودم و مهر تو مرا بالابرد

سپاس و ستایش ویژه در وحله اول، مخصوص خداوند «نون و قلم و ماسیرون» است. اما پس از آن سزاوار و معلم و استادی است که حرفی و کلامی را به من آموخت. بدین وسیله در آغاز این مجموعه از ارشاد و راهنمایی های عالمانه استاد کرامتقدر، سرکار خانم دکتر سهرابی که مشوق اینجانب در جمع آوری این مطالب و در به نتیجه رساندن آن بود که در تهیه این کار تحقیقی مرایاری نموده اند تشکر می نمایم. همچنین ارشادات و همکاری های سرکار خانم لادن معین و داور محترم کاترین فکری کلیه کسانی که در مراحل مختلف انجام این تحقیق به نحوی با اینجانب همکاری داشته اند موجب تقدیر می باشد.



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مرودشت
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A) در رشته مشاوره

عنوان:

تأثیر خاک درمانی بر کنترل بیش فعالی

استاد راهنما:

دکتر لادن معین

استاد مشاور:

دکتر نادره سهرابی

نگارش:

زهرا غریب جرسقانی

تابستان ۱۳۹۲

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	فصل اول: کلیات پژوهش
۳	مقدمه
۴	بیان مسئله
۷	ضرورت و اهمیت پژوهش
۹	اهداف پژوهش
۹	هدف کلی
۹	اهداف جزئی
۹	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۹	تعاریف نظری
۹	الف) بیش فعالی
۱۱	تعاریف عملیاتی
۱۱	الف) بیش فعالی
۱۱	ب) خاک درمانی
۲	فصل دوم: ادبیات پژوهش
۱۶	مبانی نظری بیش فعالی
۱۶	مفهوم بیش فعالی
۱۸	تعریف اختلال کمبود توجه و بیش فعالی
۱۹	الف) کمبود توجه
۱۹	ب) بیش فعالی
۱۹	پ) نوع ترکیبی (کمبود توجه - بیش فعالی)
۲۳	عوامل مؤثر در بروز بیماری
۲۵	نشانه های اختلال کمبود توجه - بیش فعالی

۲۶	..... سبب شناسی:
۲۷	..... تبیین های زیست شناختی
۲۷	..... عصب-شیمیایی
۲۸	..... ژنتیک
۲۹	..... عوارض قبل از تولد
۳۰	..... سایر عوامل زیست شناختی
۳۰	..... مفهوم سازی های روانشناختی
۳۱	..... مفهوم سازیهای روانی - اجتماعی
۳۱	..... همه گیرشناسی
۳۳	..... مقیاسهای درجه بندی رفتار
۳۳	..... سنجش مبتنی بر کلینیک
۳۴	..... مشاهده مستقیم
۳۴	..... سایر روشها
۳۴	..... درمان
۳۵	..... دارو درمانی
۳۸	..... عوارض جانبی دارو های مورد مصرف در درمان اختلال نقص توجه/بیش فعالی
۳۹	..... داروهای غیر محرک
۴۰	..... درمان غیر دارویی
۴۰	..... درمان شناختی رفتاری
۴۱	..... تعاریف بازی
۴۱	..... پیشینه تاریخی
۴۳	..... تعریف بازی درمانی
۴۴	..... ضروریات بازی درمانی
۴۴	..... اهمیت بازی

۴۶	اهمیت شن در تکنیک دنیا
۴۸	گستره‌ی نظریه کاف در شن بازی
۴۹	فرآیند بهبود بخشی و درمان شن بازی
۵۰	خاک درمانی
۵۲	مروری بر تحقیقات انجام شده
۵۲	الف) تحقیقات خارجی
۵۵	الف) تحقیقات داخلی
۶۰	خلاصه و جمع بندی
۶۱	فصل سوم: روش تحقیق
۷۱	روش پژوهش
۷۱	جامعه آماری
۷۱	نمونه آماری و روش نمونه گیری
۷۲	ابزار گردآوری اطلاعات
۷۲	مقیاس درجه بندی snap-iv
۷۳	روایی آزمون
۷۴	نمره گذاری آزمون
۷۴	محاسبه نقطه برش با میانگین و انحراف معیار
۷۵	روش اجرای پژوهش
۷۶	روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها
۷۷	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۷۸	مقدمه
۷۸	آمار توصیفی
۸۱	آمار استنباطی
۸۴	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۵	..... خلاصه ای از نتایج پژوهش
۸۶	..... بحث و نتیجه گیری
۸۹	..... محدودیت ها
۹۰	..... پیشنهادات
۹۱	..... منابع و مآخذ
۹۸	..... پیوست ها

فهرست جداول

- جدول ۳-۱: بررسی ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها از نظر گروه و جنسیت..... ۷۲
- جدول ۳-۲: محاسبه نقطه برش با میانگین و انحراف معیار..... ۷۴
- جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار گروه های مورد بررسی در مرحله پیش آزمون..... ۷۸
- جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار گروه های مورد بررسی در مرحله پس آزمون..... ۷۹
- جدول ۴-۲: بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های در حیطه بی توجهی..... ۷۹
- جدول ۴-۳: بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های در حیطه بیش فعالی..... ۸۰
- جدول ۴-۳: بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های در نمره کلی بیش فعالی و کم توجهی..... ۸۰
- جدول ۴-۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های بیش فعالی..... ۸۱
- جدول ۴-۴: نتایج تحلیل آزمون کوواریانس میزان بیش فعالی کودکان در گروه آزمایش و کنترل..... ۸۱
- جدول ۴-۵: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های توجه و تمرکز..... ۸۲
- جدول ۴-۶: نتایج تحلیل آزمون کوواریانس میزان توجه و تمرکز کودکان در گروه آزمایش و کنترل..... ۸۲
- جدول ۴-۷: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های بیش فعالی و کم توجهی..... ۸۳
- جدول ۴-۸: نتایج تحلیل آزمون کوواریانس میزان بیش فعالی و کم توجهی کودکان در گروه آزمایش و کنترل..... ۸۳

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تاثیر خاک درمانی بر کنترل نشانه های اختلال بیش فعالی / کم توجهی در دانش آموزان مدارس شیراز بوده است ، جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه کودکان بیش فعال ۷ تا ۱۱ ساله مدارس ناحیه دو آموزش و پرورش شهرستان شیراز می باشد که در سال ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره و آموزشی در این ناحیه آموزشی مراجعه کرده اند . نمونه مورد بررسی جهت اجرای پژوهش نمونه ای با حجم ۲۰ نفر از بین دانش آموزان ناحیه دو آموزش و پرورش شهرستان شیراز با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه درجه بندی SNAP-IV (سوانسون،نولان و پلهام) مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از ارزیابی خاک درمانی طی ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته یک جلسه به گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل تحت درمان قرار نگرفت و پس از اتمام جلسات درمانی پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد و نتایج حاکی از این بود که ، خاک درمانی در کاهش علائم اختلال بیش فعالی و کم توجهی و همچنین مولفه های آن موثر بوده است .

کلید واژه ها : خاک درمانی ، بیش فعالی ، نقص توجه .

فصل اول

کلیات پژوهش

کودکان را باید از چشم انداز رشد و تحول بررسی و درک کرد. نباید آنها را بزرگسالانی کم سال یا مینیاتوری از یک بزرگسال در نظر گرفت. دنیای آنها جهانی از واقعیات عینی و ملموس است و آنان معمولاً تجربه های خود را در خلال بازی ابرازی کنند درمانگران باید بیان گری کودکان را تسهیل کنند و به دنیای عاطفی آنان راه بیابند باید به جای توجه به دنیای واقعی و بیان کلامی کودکان به دنیای بیان مفاهیم در کودکان دست بیابند بر خلاف بزرگسالان که ابزار ارتباطی آن ها طبعاً بیان کلامی است ابزار طبیعی ارتباط در کودکان بازی و فعالیت است (آرین، ۱۳۷۴).

ما نمی توانیم به همان شیوه مشاوره با بزرگسالان، به مشاوره با کودکان بپردازیم اگر از این استراتژی برای کودکان استفاده کنیم بسیار بعید است که آنها با ما درباره موضوعات مهم شان صحبت کنند اگر به عنوان مشاور با کودکان کار می کنیم باید بگذاریم تا کودکان به طور آزاد و راحتی درباره موضوعاتی که آزارشان می دهد صحبت کنند به طور مثال ممکن است لازم باشد کودک را در بازی شرکت دهیم یا با استفاده از وسایلی از قبیل حیوانات کوچک اسباب بازی، گل رس یا اشکال هندسی متنوع او را وارد صحبت کنیم.

اختلال نقص توجه - بیش فعالی^۱ شایعترین اختلال عصبی رفتاری دروان کودکی می باشد که برای بهبود تعاملات اجتماعی و عاطفی ایشان به مداخلات روانی اجتماعی نیاز است و یکی از تاثیر انگیزترین این برنامه ها آموزش گروهی والدین می باشد. (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹).

رایج ترین درمان پیشنهادی برای کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، دارو درمانی است، به طوری که حدود 75 درصد از ایشان، تحت درمان با داروهای محرک قرار می گیرند در بین مداخلات غیر دارویی می توان به خدمات و مداخلات کار درمانی مخصوص این کودکان اشاره کرد که محور تمرکز شان بر تعادل، توجه و تمرکز، هماهنگی، ادراک دیداری، شنیداری و حرکتی، افزایش تحمل محرومیت و کاهش رفتارهای تکانشی با توسل به رویکردهای عصبی و رفتاری - شناختی می باشد. یکی از مداخلات روانی اجتماعی و غیر دارویی که به طور اثبات شده و مستند حائز بالاترین سهم تاثیر گذاری در کاهش اختلالات رفتاری و ارتباطی کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی می باشد، آموزش والدین و از جمله آموزش رفتارهای والد گری است. (خوشابی، و همکاران، ۱۳۸۸).

یکی دیگر از مداخلات غیر دارویی بازی درمانی می باشد ایزونبرگ و کایزنبری (۲۰۰۲)^۲ اظهار می دارند که بین بازی و رشد شناختی رابطه قوی وجود دارد. مطالعات این محققین نشان می دهند که بین

^۱ - Attention deficit - hyperactivity

^۲ - Ayzvnbry and Kayznbry

بازی و یادگیری دانش آموزان رابطه مثبتی وجود دارد بازی می تواند باعث بهبود توجه ، مهارت های برنامه ریزی ، خلاقیت و تفکر واگر، عاطفه و رشد زبان شود (فخمی، ۱۳۸۸).

بیان مسئله

کودکی که به دنیا می آید عالی ترین و کاملترین امکانات رشد را دارا است و در صورت وجود شرایط لازم و کافی برای رشد به برترین کمالات خود دست خواهد یافت. اما زندگی خانوادگی محیط بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از افراد چنان است که دستیابی به چنان مقصودی را دشوار می سازد و بسیاری از مشکلات عاطفی و رفتاری کودک نتیجه اجتناب ناپذیر فقر، بد رفتاری و نابسامانی های خانوادگی و کاستی های آموزشی، پرورشی و فرهنگی و اجتماعی است. ما غالباً بسیاری از فرزندان را به دلیل خطا و اختلالات و نابسامانی هایشان محکوم می کنیم و به باد ناسزا و تنبیه می گیریم و فراموش می کنیم که به جای آنها باید خطاها و ندانم کاری های خود را دلیل بروز مشکلات آنان بدانیم وقتی کودکان از نظر جسمی بیمار می شوند نه تنها مقصرشان نمی شناسیم بلکه بر بالین آنها می نشینیم و از آنها مراقبت می کنیم دارو می دهیم و سعی در بهبود آنها داریم اما وقتی کودک عصبی می شود پرخاشگری می کند افسرده است بر او فشار می آوریم و آزارش می دهیم و تحقیرش می کنیم و این منجر به تشدید مشکلات رفتاری آنان خواهد شد نا آگاهی های اولیای کودکان در مقابله عملی عاقلانه با فشارهای ی که زندگی جدید نا آشنا و پیچیده کنونی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روان حساس و پذیرای کودک وارد می آورد و بسیاری از عوامل مهم دیگر سبب شده است که اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان از قبیل ترس^۱، خشم^۲، اضطراب^۳، افسردگی^۴،

دروغگویی^۵، دزدی^۶، پرخاشگری^۷، بیش فعالی و کمبود توجه نافرمانی^۸ و لجبازی^۹ و... شیوع بیشتری می یابد. سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل های آینده اثر گذار است لذا بهداشت روانی و مطالعه در نحوه سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک نموده و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران ناپذیری بر

¹ - fear

² - anger

³ - anxiety

⁴ - depression

⁵ - lying

⁶ - theft

⁷ - aggression

⁸ - disobedience

⁹ - pertinacity

سلامت روانی جامعه وارد خواهد کرد. (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹) در سالهای اخیر آگاهی ما، در مورد تحرک بیش از حد به میزان چشمگیری افزایش یافته و نیز توجه ها از میزان فعالیت، به نارسایی های توجه و سپس به مسایل گسترده تر رشد اجتماعی تغییر جهت داده است. اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی یکی از متداول ترین اختلال های دوران کودکی است که میزان مراجعه به مراکز درمانی به علت آن از تمامی اختلالهای دیگر بیشتر است. و بیش از هر اختلال دیگری سبب ارجاع کودکان به روانپزشک و مشاور اطفال می باشد این اختلال تاثیر عمیق بر زندگی هزاران کودک و خانواده آنان می گذارد. این کودکان مشکلاتی در توجه انتخابی نیز نشان می دهند، توانایی توجه انتخابی به دسته ای از اطلاعات و در عین حال، کنار گذاشتن سایر اطلاعات را توجه انتخاب (متمرکز) گویند که کارکرد مهمی در فعالیتهای سیستم اجرایی مرکزی محسوب می شود (کین و نگل، ۲۰۰۰).^۱ به بیان دیگر، می توان گفت که توجه انتخابی به توانایی اجتناب از تداخل اطلاعات نامربوط به تکلیف، با انتخاب اطلاعات هدف اشاره دارد؛ چه اطلاعات حواسپرت کن به صورت پاسخی غالب عمل کنند، چه به مثابه پاسخی غیر غالب (فخیمی، ۱۳۸۸)

حواس پرتی^۲، ناتوانی در تمرکز دقیق^۳ بر روی محرکی خاص و کشف محرکهای پیچیده به شیوه مؤثر، از دیگر مشکلاتی است که اغلب در این کودکان دیده می شود (دیلی، کرید، اکستوپولوسوبروان، ۲۰۰۷)^۴

به علت نقص در کنترل توجه در حین انجام کارها و تکالیف به رؤیافرومی روند. (زیلسن، شیورپفلاگ، فلگیتر، استریکوورنک، ۲۰۰۱).^۵ وجود برخی مشکل هادر عملکردهای مربوط به توجه و تمرکز حواس، باعث بروز مشکل در عملکرد هوشی این کودکان می شود (منشلناوا، پناومنشلباربرو، ۲۰۰۳)^۶

گروهی از این کودکان در ضبط حافظه نزدیک، عده ای از لحاظ ثبت اطلاعات بارز در حافظه به نحوی انتخابی و جمعی در زمینه ثبت اطلاعات با زبان، دچار مشکل هستند (کینوانگل، ۲۰۰۰).

از طرفی رفتار بی قرار کودکان یکی از شکایات عمده اولیا مدرسه و والدین است و اختلالات مربوط به بیقراری، کمبود توجه، رفتار مقابله ای و اختلالات سلوک یکی از عمده ترین دلایل ارجاع کودکان به خدمات بهداشت روانی است. این کودکان دچار ناتوانایی یادگیری اند و احتمالاً در مدرسه شکست می خورند. از این رو شناخت و اصلاح این کودکان می تواند گام مثبتی در جهت کمک به والدین و معلمان و پیشگیری از مزمن شدن و تبدیل احتمالی آن به انواع دیگر اختلالات باشد (فخیمی، ۱۳۸۸).

^۱ -Kane and Negel

^۲ - distraction

^۳ -inability to focus

^۴ -Daly, Creed, Akstvpvlsvbrvan

^۵ -Zylsn, Shyvrpflag, Flgytr, Astrykvvrnk

^۶ - Mnshlnava, Pnavmshlbarbrv

کودکان بیش فعالی که دچار نقص توجه هستند، در تحصیل با مشکل مواجه اند. دامنه توجه در آنها بسیار محدود است و به همین علت نمی توانند تمرکز لازم را حین درس خواندن داشته باشند. این کودکان به سرعت حواسشان پرت می شود و به کوچکترین محرک بیرونی واکنش نشان می دهند در نتیجه عملکرد تحصیلی آنان پایین می آید و در یادگیری دچار مشکل می شوند. از لحاظ اجتماعی، کودکان بیش فعال تاثیر مثبتی بر دیگران نمی گذارند و مرتب مورد انتقاد قرار می گیرند. آنها به دلیل دقت پایین، اغلب دچار اشتباه می شوند و انتقاد دیگران را نسبت به خود بر می انگیزانند. این بچه ها به جزییات مسایل توجهی ندارند، حتی در بازی ها نیز بادشواری رو برو می شوند و در ارتباط خود با بچه ها ی دیگر مشکل پیدا می کنند. اغلب از دستورالعمل ها پیروی نمی کنند و از عهده تکالیف مدرسه و سایر کارها و وظایف بر نمی آیند. آنان از درگیر شدن با تکالیفی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است، می پرهیزند. اغلب وسایل خود را گم می کنند و دچار فراموشکاری اند. به طور افراطی حرف می زنند و پیش از تمام شدن پرسش ها، پاسخ می دهند. منتظر نوبت ماندن برایشان دشوار است و بسیاری اوقات مزاحم کار دیگران می شوند. (علیزاده، ۱۳۸۸).

(گیلبرگ ۲۰۰۳)^۱ یک سوال قابل طرح در رابطه با کودکان بیش فعال این است که چرا در عده ای از این کودکان پرخاشگری بعنوان، یکی از علائم ثانویه وجود دارد که سبک و روش برخورد والدین (بعنوان ویژگی های فردی آنان) در مقابل رفتارهای کودک متفاوت می باشد. بازی درمانی از زمره ی روشهایی است که برای کاهش علائم اختلال کمبود توجه- بیش فعالی توصیه می شود. (دایکمن و اکرمین ۱۹۹۱)^۲ در یافتند که بیش از نیمی از کودکان در رفتار های اجتماعی مشکل دارند و کودکانی پر سر و صدا و زور گو هستند (والن و هنکر ۱۹۸۵)^۳ که دوستان و هم سالان نشان آنها را از خود می رانند (کینگ و یانگ ۱۹۸۱)^۴ دوستان کمتری دارند و دیگران نظری منفی در مورد آنها دارند و به خصوص زمانی که پرخاشگری و خشونت جو هم باشند هر چه بزرگتر شوند مشکل های بیشتری ایجاد می کنند (کلارک- استوارت ۱۹۸۷)^۵ بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است. بازی وسیله ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی^۶، فعالیت بازی در واقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از طریق آن خود را می یابد و دنیا را درک می کند. مشکلاتی که کودکان تجربه می کنند جدای از آنهاست. بنابراین بازی درمانی با ساخت

^۱ - Gylbrg

^۲ - Daykman and Ackerman

^۳ - Wallen and Hnkr

^۴ - King and Young

^۵ - Clark - Stuart

^۶ - self-actualization

درونی و پویایی کودک همراه با یک دیدگاه پویای متناسب با آن سازگار می باشد (آرین، ۱۳۷۴).^۱ لذا در این پژوهش محقق به دنبال آن است که با روشی جدید به کنترل بیش فعالی بپردازد با این پیش فرض آیا خاک درمانی بر کنترل بیش فعالی و افزایش توجه کودکان تاثیر دارد؟

ضرورت و اهمیت پژوهش

اکثر کودکان بیش فعال از لحاظ عاطفی بی ثبات هستند، بدین معنی که به طور ناگهانی خلقشان تغییر می کند و به سرعت از خوب به بد یا از بد به خوب تغییر وضع می یابند. کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه علاوه بر مشکلات رفتاری، بسیار حساس بوده و به آسانی بر آشفتگی می شوند و در برخی از خانواده ها این مساله باعث ایجاد سطوحی از تنش می شود. (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

مهمترین مشکلات قابل ملاحظه از اواسط تا اواخر کودکی (۶ تا ۱۱ سالگی) مربوط به کوتاهی دامنه ی توجه، نافرمانی در برابر مقررات خانه و مدرسه و فعالیت های حرکتی زیاد، خصوصا در موقعیت های نظام دار می شود. در این گروه مشکلات دیگری از جمله روابط ضعیف با همسالان، عقب افتادگی های تحصیلی، ناتوانایی های خاص یاد گیری^۲، مشکلات رفتاری (مثل دروغگویی، و دزدی)، ناتوانی در همراهی با دیگران در موقعیت های گروهی، و در سالهای بعد، عزت نفس^۳ پایین ممکن است دیده شود. کودکان بیش فعال/با اختلال نارسایی توجه^۴ اغلب در منزل قادر به انجام فعالیت های معمولی (مثلا آماده شدن برای رفتن به مدرسه، تکالیف منزل، تمیز کردن اتاق) نیستند. در حقیقت این بی مسولیتی ممکن است باعث شود که والدین زمان قابل توجهی را صرف نظارت بر فعالیت های کودکانشان کنند. (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

جالب توجه اینکه ارتباط با همسالان به عنوان مشکل اصلی این کودکان محسوب می شود، اغلب رفتار این کودکان همراه با خشونت و پرخاشگری است که هم سالان نظر مساعدی در مورد این کودکان ندارند. علاوه بر این واکنش، اجتماعی را که این کودکان به همراه خشونت و پرخاشگری تجربه می کنند، موجب تعامل کوتاه مدت آنها با دیگران می شود. در پژوهش (بی کت و ملیچ، ۱۹۹۰)^۵ آرهاردو هین شاو (۱۹۹۴)^۶ با متمرکز شدن بر روی ارتباطات خانوادگی، بچه های با اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه در مقایسه با بچه های عادی، خوشرویی کمتر و مخالفت بیشتری را با والدینشان نشان دادند. (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

^۱ - Lndrs

^۲ - specific learning disabilities

^۳ - self-esteem

^۴ -attention deficit

^۵ -No coat and Mlych

^۶ - Gee Arhardv Shaw

بررسی تعاملات کودکان بیش فعال با اختلال نارسایی توجه با والدینشان، نشان داده که آنها بیشتر از کودکان بدون مشکل، از طرف والدین دستورهایی دریافت می کردند و همچنین سرزنش و توبیخ می شدند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱).

انسان‌های عملکردهای شناختی مختلف مانند، توجه و حافظه هستند. توجه، قدم آغازین در پردازش و عبارت است از توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی برای پردازش بعدی و براساس آن، تمرکز و آگاهی (بارکلی، ۲۰۰۰). اختلال نقص توجه بیش فعالی و مشکلات شناختی وابسته به آن، گسیختگی های فراوانی رادرن زندگی روزمره کودکان ایجاد می کند که نه تنها کودک، بلکه خانه، مدرسه و جامعه رانیز به تأثیر و تأثر می کشاند. در حال حاضر این اختلال، آمار بالایی از کودکان را به خود اختصاص داده است و خانواده های زیادی رانگران کرده است (فخیمی، ۱۳۸۸).

اختلالات کمبود توجه / بیش فعالی و رفتار ایزایی یکی از شایعترین دلایل ارجاع کودکان به مراکز بهداشت روانی، پزشک اطفال، متخصصین مغز و اعصاب و درمانگاههای روانپزشکی کودک است. برآوردهای حاصله میزان شیوع ۵ تا ۲۰ درصد کودکان دبستان را مبتلا به اختلالات کمبود توجه / بیش فعالی و رفتار ایزایی نشان می دهد. بعلاوه مشکلات رفتاری مانند: پرخاشگری، نافرمانی، قشقرق راه انداختن، ناتوانایی های ویژه یادگیری^۱، اختلالات گفتاری-زبانی^۲، اختلالات سازگاری^۳، شب ادراری^۴، مشکلات خواب^۵، علایم اضطراب و افسردگی نیز با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و همراه است. با این که حدود ۸۰٪ کودکان مبتلا به اختلالات بیش فعالی با گذشت زمان بهبود می یابند، اما به نظر می رسد که کودکان مبتلا به این اختلال مشکل بتوانند خود را سازگار کنند. لذا پیش آگهی این اختلال ضعیف بوده و اغلب در بزرگسالی به بزهکاری و شخصیت های ضد اجتماعی می انجامد (هین شو و اندرسون، ۱۹۹۷)^۶، (بارکلی، ۱۹۹۷).

مشکلات بنیادی و اساسی این کودکان عبارت اند از: بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری. بیش فعالی اولین مشکل آشکار کودک با اختلال نقص توجه- بیش فعالی و تکانشگری، (رفتار بدون تفکر) یکی از نشانه های اصلی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰)^۷ مورد توجه و تأکید قرار گرفته است (علیزاده، ۱۳۸۶). "نقص توجه" مشخص ترین مشکل کودکان با اختلال بیش فعالی است و نخستین معیار تشخیصی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های

¹ - specific learning disabilities

² - disorders - languages

³ - adjustment disorders

⁴ - enuresis

⁵ - sleep problems

⁶ - Hynshv Vandrsvn

⁷ - American Psychiatric Association