

## تاثیر یک دوره برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور بر میزان توجه، اضطراب و مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی

چکیده

هدف و زمینه تحقیق: اختلال توجه/بیش فعالی اختلالی شایع در کودکان است که ۳ تا ۷ درصد جمعیت سنین مدرسه را دربر می گیرد. هدف از این تحقیق بررسی اثر برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور بر کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی بود.

مواد و روش ها: روش تحقیق نیمه تجربی با گروه گواه و با توجه به اهداف تحقیق از نوع کاربردی می باشد. بدین منظور پس از تکمیل مقیاس CSi4 توسط والدین دانش آموزان، تعداد ۳۰ کودک دارای این اختلال انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه تجربی و یک گروه گواه تقسیم شدند. یک گروه تجربی برنامه تمرینی جابجایی محور و گروه دیگر برنامه تمرینی دستکاری محور را به مدت ۸ هفته ( دو جلسه در هفته) انجام دادند و گروه گواه برنامه ای دریافت نکرد. در پایان هفته هشتم مقیاس مذکور جهت انجام پس آزمون در اختیار والدین این دانش آموزان قرار گرفت. به منظور تحلیل داده ها از آزمون های تی وابسته، تحلیل واریانس و آزمون دانکن با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری ( $p \leq 0.05$ ) استفاده شد.

یافته های تحقیق: نتایج نشان داد که بین دو نوع برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور در سه متغیر اختلال توجه/بیش فعالی، اضطراب و اختلال مقابله ای تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه تجربی نشان داد که برنامه های تمرینی موجب بهبود اضطراب، مقابله و اختلال توجه/بیش فعالی کودکان شد. این در حالی است که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه اختلاف معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق می توان دریافت که هم برنامه های تمرینی جابجایی محور و هم دستکاری محور منجر به کاهش شدت علائم اختلال توجه/بیش فعالی می شود. همچنین اضطراب و اختلال مقابله ای این کودکان را نیز کاهش داده است. کلید واژه: برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور، اختلال توجه/بیش فعالی، اضطراب، مقابله،

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان                                  |
|------|----------------------------------------|
| ۱    | ۱- فصل اول طرح تحقیق .....             |
| ۲    | ۱-۱ مقدمه .....                        |
| ۴    | ۲-۱ بیان مسئله .....                   |
| ۹    | ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق .....          |
| ۱۱   | ۴-۱ اهداف تحقیق .....                  |
| ۱۱   | ۱-۴-۱ هدف کلی .....                    |
| ۱۱   | ۲-۴-۱ اهداف اختصاصی .....              |
| ۱۲   | ۵-۱ فرضیه .....                        |
| ۱۳   | ۶-۱ قلمرو تحقیق .....                  |
| ۱۳   | ۷-۱ محدودیت های تحقیق .....            |
| ۱۴   | ۸-۱ تعریف واژه ها و اصطلاحات .....     |
| ۱۴   | ۱-۸-۱ برنامه تمرینی جایجایی .....      |
| ۱۴   | ۲-۸-۱ برنامه تمرینی دستکاری محور ..... |
| ۱۴   | ۳-۸-۱ اختلال توجه/بیش فعالی .....      |
| ۱۵   | ۴-۸-۱ اضطراب .....                     |
| ۱۵   | ۵-۸-۱ اختلال مقابله ای .....           |
| ۱۶   | ۲- فصل دوم ادبیات و پیشینه تحقیق ..... |

## فصل اول..... طرح تحقیق

|    |                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------|
| ۱۷ | ۱-۲ مقدمه .....                                              |
| ۱۷ | ۲-۲ مبانی نظری .....                                         |
| ۱۷ | ۱-۲-۲ تعریف اختلال توجه/بیش فعالی .....                      |
| ۱۹ | ۲-۲-۲ ملاک های تشخیصی .....                                  |
| ۲۰ | ۱-۲-۲-۲ علائم و نشانه های بی توجهی.....                      |
| ۲۱ | ۲-۲-۲-۲ نشانه های تکانشی-بیش فعالی.....                      |
| ۲۱ | ۱-۲-۲-۲-۲ نشانه های بیش فعالی.....                           |
| ۲۲ | ۲-۲-۲-۲-۲ نشانه های تکانشی بودن.....                         |
| ۲۲ | ۳-۲-۲-۲-۲ نشانه های نوع ترکیبمبود توجه/بیش فعالی.....        |
| ۲۳ | ۳-۲-۲ ابعاد و ویژگی های بالینی اختلال توجه/بیش فعالی.....    |
| ۲۴ | ۱-۳-۲-۲ حوزه رفتاری.....                                     |
| ۲۴ | ۲-۳-۲-۲ حوزه شناختی.....                                     |
| ۲۵ | ۳-۳-۲-۲ حوزه عاطفی.....                                      |
| ۲۵ | ۴-۳-۲-۲ حوزه اجتماعی.....                                    |
| ۲۶ | ۴-۲-۲ سبب شناسی.....                                         |
| ۲۶ | ۱-۴-۲-۲ عوامل ژنتیکی.....                                    |
| ۲۷ | ۲-۴-۲-۲ عوامل عصب شناختی و عصب-شیمیایی.....                  |
| ۲۹ | ۳-۴-۲-۲ عوامل مربوط به تغذیه.....                            |
| ۲۹ | ۴-۴-۲-۲ سم های محیطی.....                                    |
| ۳۰ | ۵-۴-۲-۲ عوامل روان شناختی:تعامل طبیعت-تربیت.....             |
| ۳۱ | ۶-۴-۲-۲ رفتار والدین.....                                    |
| ۳۲ | ۵-۲-۲ همه گیر شناسی اختلال توجه و بیش فعالی.....             |
| ۳۳ | ۶-۲-۲ عوامل اثرگذار بر میزان شیوع اختلال توجه/بیش فعالی..... |
| ۳۳ | ۱-۶-۲-۲ تفاوت های جنسی.....                                  |

## فصل اول..... طرح تحقیق

---

- ۳۴ ..... ۲-۲-۱-۱ تفاوت علائم اختلال توجه/ بیش فعالی در دختران و پسران
- ۳۵ ..... ۲-۲-۲ تفاوت های اجتماعی- اقتصادی
- ۳۶ ..... ۲-۲-۳ موضوع های قومی- فرهنگی- ملی
- ۳۶ ..... ۲-۲-۷ مشکلات و اختلالات روانی همراه با اختلال توجه و بیش فعالی
- ۳۷ ..... ۲-۲-۱ ناتوانی یادگیری
- ۳۷ ..... ۲-۲-۲ مشکل اجتماعی
- ۳۸ ..... ۲-۲-۳ نارسایی شناختی
- ۳۹ ..... ۲-۲-۴ مشکل هیجانی
- ۴۰ ..... ۲-۲-۵ مشکل حرکتی
- ۴۱ ..... ۲-۲-۶ اختلالات اضطرابی
- ۴۱ ..... ۲-۲-۷ اختلال خلقی
- ۴۱ ..... ۲-۲-۸ نافرمانی و مخالفت
- ۴۲ ..... ۲-۲-۸ سیر و پیش آگاهی
- ۴۳ ..... ۲-۲-۹ اثرات روانی- اجتماعی در طول دوران رشد
- ۴۳ ..... ۲-۲-۱ کودکی اول
- ۴۳ ..... ۲-۲-۱-۱ کارکرد تحصیلی
- ۴۳ ..... ۲-۲-۱-۲ کارکرد خانوادگی
- ۴۴ ..... ۲-۲-۱-۳ کارکرد اجتماعی
- ۴۴ ..... ۲-۲-۲ کودکی میانی
- ۴۴ ..... ۲-۲-۱-۲ کارکرد رفتاری
- ۴۴ ..... ۲-۲-۲-۲ کارکرد تحصیلی
- ۴۵ ..... ۲-۲-۳ کارکردهای خانوادگی
- ۴۶ ..... ۲-۲-۴ کارکرد اجتماعی
- ۴۶ ..... ۲-۲-۵ کارکرد هیجانی

## فصل اول..... طرح تحقیق

---

|    |                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------------|
| ۴۷ | ..... نوجوانی..... ۳-۹-۲-۲                                          |
| ۴۷ | ..... کارکرد رفتاری..... ۱-۳-۹-۲-۲                                  |
| ۴۷ | ..... کارکرد تحصیلی..... ۲-۳-۹-۲-۲                                  |
| ۴۷ | ..... کارکرد خانوادگی..... ۳-۳-۹-۲-۲                                |
| ۴۸ | ..... کارکرد اجتماعی..... ۴-۳-۹-۲-۲                                 |
| ۴۸ | ..... اثر ورزش بر کودکان مبتلا به اختلال توجه/بیش فعالی..... ۱۰-۲-۲ |
| ۵۰ | ..... ورزشهای موثر در بهبود بیش فعالی..... ۱۱-۲-۲                   |
| ۵۲ | ..... پیشینه تحقیق..... ۳-۲                                         |
| ۵۲ | ..... تحقیقات انجام شده در داخل کشور..... ۱-۳-۲                     |
| ۵۶ | ..... تحقیقات انجام شده در خارج از کشور..... ۲-۳-۲                  |
| ۶۲ | ..... جمع بندی..... ۳-۳-۲                                           |
| ۶۳ | ..... فصل سوم روش شناسی تحقیق..... ۳-۳                              |
| ۶۴ | ..... مقدمه..... ۱-۳                                                |
| ۶۵ | ..... روش تحقیق..... ۲-۳                                            |
| ۶۵ | ..... جامعه آماری..... ۳-۳                                          |
| ۶۶ | ..... نمونه آماری..... ۴-۳                                          |
| ۶۶ | ..... متغیرهای تحقیق..... ۵-۳                                       |
| ۶۶ | ..... متغیر مستقل..... ۱-۵-۳                                        |
| ۶۷ | ..... متغیر وابسته..... ۱-۵-۳                                       |
| ۶۷ | ..... ابزارها و وسایل مورد استفاده در تحقیق..... ۶-۳                |
| ۶۹ | ..... ملاحظات اخلاقی..... ۷-۳                                       |
| ۷۰ | ..... طرز اجرای تحقیق..... ۸-۳                                      |
| ۷۱ | ..... روش تجزیه و تحلیل داده ها..... ۹-۳                            |
| ۷۲ | ..... فصل چهارم تحلیل داده ها و یافته های تحقیق..... ۴-۴            |

## فصل اول..... طرح تحقیق

|         |                                                                                                         |    |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ۱-۴     | مقدمه.....                                                                                              | ۷۳ |
| ۲-۴     | داده های توصیفی.....                                                                                    | ۷۴ |
| ۱-۲-۴   | سن.....                                                                                                 | ۷۴ |
| ۲-۲-۴   | تحلیل توصیفی متغیر اختلال توجه/بیش فعالی به تفکیک گروه گواه، گروه جابجایی محور و گروه دستکاری محور..... | ۷۵ |
| ۳-۲-۴   | تحلیل توصیفی متغیر اضطراب به تفکیک گروه گواه، گروه جابجایی محور و گروه دستکاری محور.....                | ۷۷ |
| ۴-۲-۴   | تحلیل توصیفی متغیر مقابله به تفکیک گروه گواه، گروه جابجایی محور و گروه دستکاری محور.....                | ۷۹ |
| ۳-۴     | تحلیل استنباطی.....                                                                                     | ۸۰ |
| ۱-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره یک.....                                                                               | ۸۱ |
| ۲-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره دو.....                                                                               | ۸۲ |
| ۳-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره سه.....                                                                               | ۸۳ |
| ۴-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره چهار.....                                                                             | ۸۴ |
| ۵-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره پنج.....                                                                              | ۸۵ |
| ۶-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره شش.....                                                                               | ۸۶ |
| ۷-۳-۴   | آزمون فرضیه شماره هفت.....                                                                              | ۸۷ |
| ۱-۷-۳-۴ | بررسی تاثیر برنامه های تمرینی دستکاری محور و جابجایی محور بر متغیر مقابله.....                          | ۸۷ |
| ۲-۷-۳-۴ | بررسی تاثیر برنامه های تمرینی دستکاری محور و جابجایی محور بر متغیر اضطراب.....                          | ۹۰ |
| ۳-۷-۳-۴ | بررسی تاثیر برنامه های تمرینی دستکاری محور و جابجایی محور بر متغیر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان.....    | ۹۳ |
| ۵-      | فصل پنجم خلاصه، نتایج، بحث و نتیجه گیری و پیشنهاد ها.....                                               | ۹۷ |
| ۱-۵     | مقدمه.....                                                                                              | ۹۸ |
| ۲-۵     | خلاصه تحقیق.....                                                                                        | ۹۸ |

## فصل اول..... طرح تحقیق

---

- ۳-۵ یافته های تحقیق..... ۱۰۰
- ۴-۵ بحث و نتیجه گیری..... ۱۰۱
- ۱-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی جابجایی محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان..... ۱۰۱
- ۲-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی دستکاری محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان..... ۱۰۲
- ۳-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی جابجایی محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی..... ۱۰۳
- ۴-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی دستکاری محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی..... ۱۰۴
- ۵-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی جابجایی محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی..... ۱۰۵
- ۶-۴-۵ تاثیر برنامه تمرینی دستکاری محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی..... ۱۰۶
- ۷-۴-۵ مقایسه تاثیر برنامه تمرینی دستکاری محور با برنامه جابجایی محور..... ۱۰۶
- ۵-۴-۵ نتیجه گیری..... ۱۰۶
- ۵-۵ پیشنهاد های کاربردی..... ۱۰۸
- ۶-۵ پیشنهاد های پژوهشی..... ۱۰۸
- ۶- منابع..... ۱۰۹
- ۷- پیوست ها..... ۱۲۰

### فهرست جداول و نمودارها

- جدول (۴-۱): توزیع فراوانی نمونه بر اساس متغیر سن..... ۷۴
- جدول (۴-۲): آماره های توصیفی متغیر اختلال توجه/ بیش فعالی به تفکیک گروه گواه، جابجایی محور و دستکاری محور..... ۷۵
- نمودار (۴-۱): متغیر اختلال توجه/بیش فعالیبه تفکیک سه گروه..... ۷۶
- جدول (۴-۳): آماره های توصیفی متغیر اضطراب به تفکیک گروه کنترل، گروه جابجایی محور و گروه دستکاری محور..... ۷۷
- نمودار (۴-۲): متغیر اضطراببه تفکیک سه گروه..... ۷۸
- جدول (۴-۴): آماره های توصیفی متغیر مقابله به تفکیک گروه کنترل، گروه جابجایی محور و گروه دستکاری محور..... ۷۹
- نمودار (۴-۳): متغیر مقابله به تفکیک سه گروه..... ۸۰
- جدول (۴-۵): نتایج تحلیل متغیر اختلال توجه/بیش فعالی در گروه جابجایی محور..... ۸۲
- جدول (۴-۶): نتایج تحلیل متغیر اختلال توجه/بیش فعالی در گروه دستکاری محور..... ۸۳
- جدول (۴-۷): نتایج تحلیل متغیر اضطراب در گروه جابجایی محور..... ۸۴
- جدول (۴-۸): نتایج تحلیل متغیر اضطراب در گروه دستکاری محور..... ۸۵
- جدول (۴-۹): نتایج تحلیل متغیر مقابله در گروه جابجایی محور..... ۸۶
- جدول (۴-۱۰): نتایج تحلیل متغیر مقابله در گروه دستکاری محور..... ۸۷
- جدول (۴-۱۱): تحلیل واریانس متغیر مقابله..... ۸۸
- جدول (۴-۱۲): آزمون دانکن..... ۸۹
- جدول (۴-۱۳): تحلیل واریانس متغیر اضطراب..... ۹۱



- جدول (۴-۱۴): آزمون دانکن..... ۹۲
- جدول (۴-۱۵): تحلیل واریانس متغیر اختلال توجه/بیش فعالی..... ۹۴
- جدول (۴-۱۶): آزمون دانکن..... ۹۵

## فصل اول

### طرح تحقیق

### ۱-۱: مقدمه

کودکی که به دنیا می آید عالی ترین و کامل ترین امکانات رشد را دارا است. وی آمادگی و ظرفیت آن را دارد که به شایسته ترین وجه پرورده شود و به برترین کمالات دست یابد. کافی است بطور عادی به دنیا بیاید و خانواده و محیطی مناسب در اختیارش باشد تا ببالد و جای ارجمند خویش را در این جهان بیابد. اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی و آموزشی و اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دستیابی به چنین مقصودی دشوار و امکان ناپذیر است. محدودیت های محیط زندگی گروهی چنان زیاد است که بقای آن نامیسر می شود. امروزه این حقیقت انکارناپذیر به اثبات رسیده است که کودکان در سنین پایین فقط به توجه و مراقبت جسمانی نیاز ندارند بلکه این توجه باید همه ابعاد وجودی آنها شامل رشد اجتماعی، عاطفی، شخصیتی و هوشی را دربر گیرد(۱).

با این وجود امروزه بسیاری از مادران و پدران از شیطننت بسیار زیاد کودکانشان شکایت دارند. آنها اظهار می دارند که فرزندشان مرتب در حال حرکت و فعالیت است و نوعی حالت بی قراری و ناآرامی در او مشاهده می کنند. برخی از این والدین از فقدان تمرکز حواس و ضعف درسی کودک نیز صحبت می کنند. آنها علت این فعالیت بیش از اندازه را نمی دانند و مرتب فرزندشان را مورد سرزنش قرار می دهند. این کودکان بعضا مورد انتقاد و تنبیه بسیار زیاد قرار می گیرند. عده ای از پدر و مادرها کنترل خود را از دست می دهند و این

کودکان را به شدت کتک می زنند یا آنها را تهدید می کنند، همه می دانیم که کودکان به فعالیت و جنب و جوش احتیاج دارند، اما میزان جنب و جوش طبیعی چقدر است؟ از چه نقطه ای به بعد می گوییم که کودک دچار اختلال است؟ آیا به راستی این کودکان بیش از کودکان دیگر جنب و جوش دارند(۱)؟

اختلال توجه/بیش فعالی<sup>(۱)</sup> (ADHD) الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی می باشد بطوریکه این خصوصیات در کودکان مبتلا شدیدتر و شایع تر از کودکان با سطح رشدی مشابه است. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی نشانه ها پیش از سن ۷ سالگی ظاهر شوند، اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، در زمینه های اجتماعی، تحصیل یا شغلی مختل شده باشد(۲).

اختلال توجه/بیش فعالی به عنوان یک مسئله برای روانپزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح گردیده است. زیرا ویژگی های رفتاری کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی قراری حرکتی معضل اساسی برای والدین، معلمان و متولیان مدارس و آموزشگاه ها به شمار می آید و به فرایند تحول استعداد ذهنی و مهارت های اجتماعی-عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می کند(۳-۲).

بنابراین سعی برای شناسایی کودکان و تدارکات برنامه های آموزشی و تخصصی مبنی بر کاهش نشانه های این اختلال در آن ها، بسیاری از مشکلات را حل نموده و امیدی بر دل والدین آن ها برای چشم اندازی روشن تر از فرزندانشان ایجاد می کند. لذا انجام پژوهش

---

<sup>1</sup> - Attention-Defective/Hyperactivity Disorder

حاضر می تواند به منزله تلاشی مبتنی بر چهار چوب نظام بهداشتی جهت برنامه ریزی دقیق ارائه خدمات بهداشتی حرکتی کودکان باشد.

## ۲-۱ بیان مسئله

اصطلاح اختلال رفتاری که نتیجه بارز آشفتگی است معمولاً بیشتر برای کودکانی که دچار تضاد هستند به کار می رود. روانشناسان اجتماعی، اختلالات رفتاری را ناشی از فشارهای اجتماعی و کمبود راه های مناسب برای تخلیه این فشارها می دانند. تشخیص اختلالات رفتاری بر چندین معیار استوار است از جمله: معیارهای اجتماعی، فرهنگی و رشدی(۴).

اختلال توجه/بیش فعالی شایع ترین اختلال روانپزشکی در کودکان است که ۳ تا ۷ درصد جمعیت سنین مدرسه را درگیر می کند. با در نظر گرفتن موارد ADHD در دختران و بزرگسالان و انواع بی توجهی خالص، شیوع این اختلال تا ۱۲ درصد نیز گزارش شده است(۵). اکثر کودکان مبتلا به این اختلال دارای اضطراب، مقابله و نافرمانی نیز می باشند که مشکلات آنها را افزایش می دهد. این اختلال در پسرها به نسبت دو به یک تا نه به یک از دخترها شایع تر است. در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال توجه/بیش فعالی خطر ابتلا به این اختلال و نیز سایر اختلالات نظیر اختلالات رفتاری مخرب، اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی بالا است. هرچند این اختلال از سن سه سالگی شروع می شود، اما عموماً تا زمانی که کودک وارد دبستان نشود و موقعیت آموزش رسمی، الگوهای رفتاری سازمان یافته را ایجاد نکند، تشخیص داده نمی شود. بررسی ها حاکی از این است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد علائم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می کند. شیوع این اختلال در بزرگسالان حدود ۵ درصد تخمین زده میشود(۲).

برای درمان این اختلال روش های درمانی مختلفی توصیه گردیده است، اما هیچ کدام به صورت صددرصد برای این افراد نتیجه بخش نبوده است. در بین شیوه های درمانی که برای این اختلال به کار گرفته شده، چند مورد مهم تر و مفید تر از سایر شیوه ها بوده اند که عبارت اند از:

۱- دارو درمانی<sup>۲</sup>: در چهار سال اول دهه ی ۱۹۹۰ استفاده از داروهای محرک به فراوان ترین نوع درمان برای کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی تبدیل شده است. تخمین زده می شود که حدود ۸۸ درصد از کودکان دارای این اختلال از ریتالین مصرف میکنند. اگر چه دارو درمانی تاثیرات مثبتی در زمینه های عملکرد شناختی و پیشرفت تحصیلی، عملکرد اجتماعی، روابط خانوادگی، در حوزه های رفتار حرکتی، ارتباط کلامی و عزت نفس می باشد ولی تاثیرات منفی شدیدی همچون: کاهش اشتها، کاهش وزن، اختلال خواب، توهم زدایی، افسردگی، حرکت های غیر ارادی افزایش فشار خون انبساطی، افزایش ضربان قلب، سر درد، معده درد، گوشه گیری و خلق گرفته و ناخشنود و در مواردی که مقدار دارو بیشتر باشد حتی می تواند به آسیب دیدگی بافت عصبی مغز منجر شود(۷).

۲- رفتار درمانی<sup>۳</sup>: کارایی کوتاه مدت داروهای محرک برای درمان این اختلال در کودکان و نوجوانان به خوبی اثبات شده است. با این حال مشاهده شده است که افرادی که به این داروها پاسخ مثبت می دهند، ممکن است به اندازه کافی بهبود نیابند و رفتارهای آنها در حد رفتارهای بهنجار قرار نگیرد. از طرفی داروهای محرک کاملاً تمام نشانه شناسی را تحت تاثیر قرار نمی دهند. مثلاً درحالی که بی توجهی، تکانشی بودن و بیش فعالی را تا حدودی کاهش می دهند، تاثیری بر اختلالات سلوکی ندارند. برخی از محققان معتقدند که رفتار

---

<sup>۲</sup> - medication therapy

<sup>۳</sup> -Behavior Therapy

درمانی مهمترین روش های مداخله درمانی برای درمان این اختلال بوده و برای افزایش توانمندی های کودک می توان از رفتار درمانی نیز استفاده کرد(۷).

۳- اصلاح شناختی - رفتاری<sup>۴</sup>: در این روش، به کودک کمک می شود تا مهارت های حل مساله و کنترل خود را افزایش بدهد. اساس آموزش های شناختی به کار های دو دانشمند معروف روسی به نام های لوریا<sup>۵</sup> و ویگوتسکی<sup>۶</sup> بر می گردد که معتقد بودند زبان درونی می تواند به کنترل خود کمک کند. در این روش درمانگر سعی می کند تا از راه آموزش، الگوسازی، مرور ذهنی یا رفتار آشکار، فرصت دادن برای یادگیری اکتشافی، شکل دهی، محو سازی و برنامه ریزی آموزشی به کودک کمک نماید (۷).

امروزه این اختلال به دلایل گوناگونی مورد توجه دانشمندان و پژوهشگران قرار گرفته است. نخست آنکه این اختلال که اولین یا دومین اختلال فراوان در دوران کودکی و نوجوانی است، برای بسیاری از دانش آموزان مشکل قابل توجهی ایجاد می کند و بر عملکرد شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تاثیر می گذارد. دوم، سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است. سوم، به نظر می رسد شناخت بهتر اختلال توجه/بیش فعالی به شناخت بهتر بسیاری دیگر از اختلال های موجود همچون اختلال سلوک، اختلال نافرمانی، ناتوانی یادگیری و اضطراب کمک می کند(۸). در سال های اخیر توجه محققان به اثرات ورزش و فعالیت بدنی بر روی اختلالات افراد مبتلا جلب شده است. شیپمان<sup>۷</sup>(۱۹۸۵) ۵۶ کودک با دامنه سنی ۶ تا ۱۳ سال را برای اجرای برنامه تمرینی دویدن به مدت ۱۲

---

<sup>4</sup> - Cognitive behavior modification

<sup>5</sup> -louria

<sup>6</sup> -vigoteski

<sup>7</sup> - Shipman

هفته انتخاب کرد. دويدن، بيش فعالی و تكانشگری آنها را کاهش داد اما بطور برجسته دويدن قادر بود دوز مصرفی داروها را برای آنان کاهش دهد. به محض اینکه تمرینات متوقف شد رفتارهای آنها به سطح پایه برگشت. این نکته قابل توجه می باشد که این مطالعه فاقد گروه کنترل بوده و این یافته ها باید با احتیاط تفسیر شود(۹). ونت<sup>۸</sup> (۲۰۰۰) در تحقیق خود بر روی کودکان مبتلا به اختلال توجه/بیش فعالی به این نتیجه رسید که یک دوره حرکت درمانی برای این کودکان بسیار مفید می باشد و منجر به بهبود سرعت کار، مشکلات رفتاری و اجتماعی آنها می شود. همچنین اضطراب این کودکان نیز کاهش می یابد(۱۰). مادیگان<sup>۹</sup> و همکاران(۲۰۰۳)، اثر ماساژدرمانی و بازی درمانی را بر کودکان دارای این اختلال بررسی کردند، نتایج نشان داد که بازی درمانی از نظر والدین منجر به کاهش نشانه های این اختلال گردیده است ولی از نظر معلمان بهبودی حاصل نشد(۱۱).

---

<sup>8</sup> - Went

<sup>9</sup> - Maddigan

تا کنون از برنامه های تمرینی مختلفی مانند بازی های پرورشی، تمرینات چشمی، فعالیت بدنی با شدت زیاد، فعالیت بدنی با شدت متوسط و تمرینات هوازی برای این کودکان استفاده شده است. هرچند می توان میان برنامه ها تمایز قائل شد مانند فعالیت های اجتماعی، انفرادی، رقابتی و غیر رقابتی، توپی و غیر توپی، جابجایی و دستکاری و ... اما تا کنون برنامه های به کار برده شده بیشتر از نوع جابجایی محور بوده است. اینکه کدام نوع از برنامه ها اثر بیشتری روی این کودکان دارد مشخص نشده است. همچنین در ایران اکثر مطالعات انجام شده در ارتباط با این کودکان در زمینه دارو درمانی بوده است و به نیاز اصلی این کودکان که بازی و فعالیت می باشد توجه چندانی نشده است. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده و چالش های پیش رو در این زمینه محقق تلاش می کند به سؤال های زیر پاسخ دهد.

۱- برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور تا چه حد بر میزان توجه، اضطراب و مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی مؤثر است؟

۲- تاثیر برنامه تمرینی جابجایی محور در مقایسه با تمرین دستکاری محور بر میزان توجه، اضطراب و مقابله این کودکان چه اندازه می باشد؟

### ۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق

با توجه به اینکه روانشناسان امروزه دیدگاه گسترده ای از جهان کودک و آنچه در آن می گذرد عرضه کرده اند و تاکید خاصی بر روی تعلیم و تربیت کودکان داشته و نقش بسیار مهم و جدی برای آن ها در نظر گرفته اند، بر همین اساس به مطالعه ابعاد مختلف اختلال های رفتاری در این کودکان پرداخته و تا حد امکان در رفع این نوع مشکلات تلاش می کنند (۱۲). در بیشتر کلاس های درس مدارس معمولی، با درصدی از کودکان کم توجه،



تکانشگر یا بیش فعال روبرو هستیم. تخمین میزان شیوع آن در میان کودکان دبستانی بین ۶ تا ۱۶ درصد متغیر است که رقمی قابل توجه به حساب می آید، یعنی به طور متوسط در هر کلاس درس یک یا دو نفر کودک با این مشخصه وجود دارد، به این ترتیب به احتمال زیاد اکثر معلمان در دوره فعالیت آموزشی خود با موارد متعدد از آن روبه رو بوده اند. یکی از معضلات اخیر در مدارس ابتدایی خصوصا با توجه به جمعیت عظیم دانش آموزان ابتدایی، شکایت های مکرر آموزگاران از وجود دانش آموزانی است که آنان را پر تحرک، حواس پرت و بیقرار معرفی می کنند، که اگر درمان نشوند آمادگی فرد را برای آسیب های روانی و اجتماعی در بزرگسالی فراهم می آورد و اگر به موقع تشخیص داده شود قابل درمان خواهد بود (۱۲).

با توجه به مشکلات عدیده کودکان بیش فعال و کم توجه در دو محیط مدرسه و خانواده ایجاد می کنند و شایع ترین اختلال در دوران دبستان می باشد و با ادامه و رفع نکردن این اختلال مشکلات بیشتری برای فرد ایجاد می کند، نیازمند به تلاش پیگیر و همه جانبه ای در زمینه پیشگیری، شناسایی، تشخیص و درمان سریع و به موقع می باشیم.

از آنجا که تحقیقات انجام شده پیرامون این کودکان در ایران نادر و بیشتر در زمینه همه گیر شناسی است و از طرفی روش های درمانی به کار گرفته شده برای تشخیص این اختلال یا دارو درمانی بوده که عوارض جانبی خاص خود را به دنبال داشته و یا رفتار درمانی و مشاور است که اکثر خانواده ها به خاطر نگرش منفی و نادرستی که دارند زیربار آن نمی روند. اما فعالیت بدنی علاوه بر حذف این عوارض با ساختار و علاقه های کودک تناسب دارد و می تواند نقش مهمی در کنترل و کاهش شدت اختلالات این کودکان ایفا کند در نتیجه انجام تحقیقاتی که به بررسی اثرات روش های تمرینی متفاوت بر روی این

کودکان پردازد لازم و ضروری می باشد. بر این اساس محقق قصد دارد تاثیر برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور بر کودکان مبتلا به اختلال توجه/بیش فعالی را مشخص کند.

#### ۴-۱ اهداف تحقیق

##### ۱-۴-۱ هدف کلی:

تعیین تاثیر برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور بر کودکان مبتلا به اختلال توجه/بیش فعالی

##### ۲-۴-۱ اهداف اختصاصی:

۱- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان

۲- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان

۳- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی

۴- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی

۵- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی

۶- تعیین میزان تاثیر یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی

۷- مقایسه تاثیر برنامه تمرینی جابجایی و دستکاری محور بر اختلال توجه/بیش فعالی، اضطراب و مقابله در این کودکان.

#### ۱-۵ فرضیه های تحقیق

۱- یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان تاثیر دارد.  
۲- یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر اختلال توجه/بیش فعالی کودکان تاثیر دارد.  
۳- یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی تاثیر دارد.

۴- یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر اضطراب کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی تاثیر دارد.

۵- یک دوره برنامه تمرینی جابجایی محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی تاثیر دارد.

۶- یک دوره برنامه تمرینی دستکاری محور بر مقابله کودکان با اختلال توجه/بیش فعالی تاثیر دارد.

۷- میزان تاثیر برنامه تمرینی دستکاری محور و جابجایی محور بر اختلال توجه/بیش فعالی، اضطراب و مقابله این نوع کودکان متفاوت است.

#### ۱-۶ قلمرو تحقیق

۱- آزمودنی های تحقیق همگی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی بودند که به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای از میان دانش آموزان مدارس ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه یک شهر اراک انتخاب شدند.

- ۲- دامنه سنی آزمودنی ها بین ۷ تا ۹ سال بود.
- ۳- هیچ یک از آزمودنی ها از دارو استفاده نمی کردند.
- ۴- هیچ یک از آزمودنی ها از مشاوره درمانی بهره نمی بردند.
- ۵- همه آزمودنی ها فرزند اول خانواده بودند.

### ۷-۱ محدودیت های تحقیق

- ۱- رژیم غذایی این کودکان باید فاقد رنگ های مصنوعی، افزودنی ها و شکر باشد. این مواد منجر به تشدید علائم این اختلال می گردد. اطمینانی در مورد عدم مصرف این مواد در دوره تمرین برای آزمودنی ها وجود نداشت.
- ۲- با توجه به اینکه مقیاس<sup>۱۰</sup> CSI4 در دو مرحله به والدین داده می شود، در مرحله دوم احتمال به خاطر سپردن سوالات و اینکه جواب سوالات را نسبت به پرسش نامه اول تکمیل کنند وجود دارد.
- ۳- عدم کنترل دقیق فعالیت های جابجایی و دستکاری محور غیر از برنامه منتخب توسط آزمودنی ها.

### ۸-۱ تعریف واژه ها و اصطلاحات

- ۱-۸-۱ برنامه تمرینی جابجایی: برنامه تمرینی جابجایی محور برگرفته از برنامه حرکتی اسپارک<sup>۱۱</sup> (۱۳) و بازی های کودکان مخصوص دبستانها (۱۴) بود که فعالیت های تقویتی، بازی و ورزش برای کودکان را دربر می گرفت. در این برنامه از تمریناتی که شامل دویدن،

---

<sup>10</sup> - Child Symptom Inventory -4

<sup>11</sup> -spark