

موضوع: واکاوی تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال و تهیه بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده و تعیین تأثیر آن بر توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه

Analysis of lived experiences of hyperactive students and preparation of cognitive rehabilitation training package based on the obtained components and determining its effect on attention and impulsivity, executive performance and memory

بیان مساله:

اختلال نقص توجه و بیش فعالی^۱، یکی از اختلالات روان شناختی و روان پزشکی است که در کودکی ظاهر می شود (وان دیسل، سونگا-بارکی، مورکرکی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) و رایج ترین اختلال عصبی رشدی^۳ در کودکان است (گیو، یان، هانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال غالباً به عملکرد فرد در بسیاری از زمینه ها همچون تحصیل، توجه و تمرکز، ارتباطات اجتماعی و حوزه های شناختی از جمله عملکرد عصب روان شناختی، صدمه می زند (ناگاتا، ناگاتا، انیو، موری و ماتسودا^۵، ۲۰۱۹).

طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM5) مجموعه ای فراگیر از رفتارهای بی توجهی و یا بیش فعالی - تکانشگری که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می کند، به صورتی که با بی توجهی و یا بیش فعالی همراه باشد که شش نشانه (یا بیشتر) مرتبط با آن چه که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، برای بی - توجهی و یا بیش فعالی مشخص شده است دست کم به مدت ۶ ماه ادامه یابند، البته برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان حداقل پنج نشانه ضروری است، این نشانه ها با سطح رشد ناهماهنگ هستند و بر فعالیتهای اجتماعی و تحصیلی و شغلی تأثیر منفی می گذارند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Van Dessel J, Sonuga-Barke E, Moerkerke M

³ Neuro-developmental disorders

⁴ Gu X, Yuan F, Huang X

⁵ Nagata M, Nagata T, Inoue A, Mori K, Matsuda S

در مطالعات همه گیر شناسی برای این اختلال، شیوع ۵-۳ درصد را در کودکان مدرسه رو گزارش شده است و ۸۵-۶۰٪ افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت کرده اند در نوجوانی واجد ملاکهای اختلال باقی مانده اند. در این مطالعات نسبت مبتلایان مذکر ۳ برابر مبتلایان مؤنث است (۲/۹ درصد در برابر ۳ درصد)، (کوس، بوی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). با وجود اینکه چندین ناحیه مغز و انتقال دهنده های عصبی در بروز علائم اختلال نقص توجه/ بیش فعالی دخیل دانسته شده اند؛ اما همچنان ترشح بالای دوپامین، در قشر جلو پیشانی، کانون توجه پژوهش های مرتبط با اختلال کمبود توجه بیش فعالی است (مکک، باتیلینو، بیزجاک^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

محققان عوامل مختلفی از قبیل عوامل شیمیایی، وراثت، نوروفیزیولوژی و نوروسایکولوژی را در بروز اختلال نقص توجه و بیش فعالی دخیل می دانند (هوانگ، یو و لی^۳، ۲۰۱۲). وجود مشکلاتی از قبیل تحرک و جنب و جوش زیاد، بی قراری و نیز اختلال در توجه، علاوه بر اینکه سبب بروز مشکلاتی در سلامت روان کودک و اعضای خانواده کودک مبتلا می گردد، روابط بین کودک و دیگران را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (میر مهدی و پیروزیان، ۲۰۱۸).

یکی از مشکلات اساسی این کودکان، کمبود توجه است. کودک گوش نمی دهد تمرکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می کند و به راحتی حواسش پرت می شود و در توجه پایدار و توجه انتخابی دچار مشکل است. نقصان توجه و دقت کودک و فعالیت بیهوده و بیش از حد وی معمولاً در اولین سال مدرسه و توسط معلم تشخیص داده می شود. معلم متوجه می شود که کودک در دیکته نوشتن کلمات را جا می اندازد (نمی شنود) یا دائماً در کلاس راه می رود و نشستن برایش سخت است و نمی تواند توجه خود را به گفتار معلم جلب کند و گاهی حتی کلاس را به هم می ریزد (باچر، مینکا و هولی^۴، ۲۰۱۴). این کودکان مشکلاتی را در توجه انتخابی نشان می دهند و از آنجا که قادر به کنترل توجه خود نیستند در حین انجام کارها و تکالیف به رؤیا فرو می

¹ Kosse, R.C., Bouvy, M.L

² Macek J, Battelino T, Bizjak M

³ Huang, B. M., Yu, C. H., & Li, Z. R

⁴ Butcher, J. Mineka, S. & Hooley, J

روند و این ناتوانی خود عاملی برای ناتوانی های تحصیلی و رفتارهای اجتماعی می شود (کولی و هالیول، ۲۰۱۴).

مشخصه دیگر این اختلال تکانشگری است که به معنی یک فعالیت شتاب زده است که بدون فکر و در لحظه اتفاق می افتد و احتمال آسیب در آن زیاد است (میر مهدی و پیروزی، ۲۰۱۸). افراد دچار اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی اغلب رفتار تکانشی دارند؛ یعنی بدون فکر و ناگهانی دست به کاری می زنند، بی قرار و دائم در حال جنب و جوش هستند و نیز رعایت و پیروی از دستورالعمل برای آنها دشوار است (کنگ، لام، تسویی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). تکانشگری از مخرب ترین مشخصه های مرتبط با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی است که اغلب در واکنشگری سریع در برابر محرک، اقدامات فاقد برنامه ریزی و بی اعتنایی به پیامدهای منفی رویدادها ظهور می یابد. این صفت که با ناتوانی در خود کنترلی و در نتیجه با بازداری رفتار رابطه مستقیمی دارد، مسئولیت شکل گیری بسیاری از اختلالات تحصیلی، اجتماعی و شناختی از جمله عملکرد ضعیف در مدرسه، پیشرفت تحصیلی کمتر، اختلال در خواندن و هجی کردن، رفتارهای قمارگونه، سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر را در طول زندگی دارد که در اختلال نارسایی توجه بیش فعالی دیده می شود (بنی کریمی، هادیان فر و رستمی، ۱۳۹۷). بنابراین کاهش سطح تکانشگری از اهداف مهم مداخلات مختلف در زمینه نارسایی توجه بیش فعالی است (پاتروس، آلدرسون، کاسپیر^۳ و همکاران، ۲۰۱۶؛ شین، کوک، مورنس، مک دوگل و گروز^۴، ۲۰۱۶؛ کوواسوا، لاجونین و روسکوا^۵، ۲۰۱۶).

علاوه بر این مشکل نقص توجه و بیش فعالی می تواند عملکرد تحصیلی، رفتارهای اجتماعی و نیز کارکردهای اجرایی کودک را تحت تأثیر قرار دهد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). کارکردهای اجرایی شامل مواردی از کارکردهای شناختی است که علاوه بر خودنظم دهی به فرد، او را قادر می سازد تا با پاسخ های متنوع به رفتار خود جهت دهی کند و اقدامات هدفمند صورت دهد (رابرز^۶، ۲۰۱۷؛ گاپین^۷، ۲۰۰۹). بنابر نظر محققان حوزه

¹ Kewley, G., & Halliwell, N

² Kwong, KL., Lam, D., Tsui, S

³ Patros CHG, Alderson RM, Kasper LJ

⁴ Shin SH, Cook AK, Morris NA, McDougle R, Groves LP

⁵ Kováčsová N, Lajunen T, Rošková E

⁶ Roebbers CM

⁷ Gapin, J. I

نوروسایکولوژی، ساختارهای مغزی آهیانه و پیشانی در رشد و بلوغ کارکردهای اجرایی در کودکان نقش اساسی دارد (مونرو، ویاندت، ماراسینی و اوسترا^۱، ۲۰۱۷). کارکردهای اجرایی وظیفه برنامه ریزی، جمع آوری، هماهنگی و نظارت بر فعالیت های شناختی مختلف را بر عهده دارند. به طور کلی کارکردهای اجرایی مواردی از قبیل باز داری، حافظه کاری و نیز توجه که در ارتباط مستقیم با لوب فرونتال مغز هستند را شامل می شود (سالتوز، اتکینسون، بریش^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

حافظه کاری یکی از مؤلفه های کارکردهای اجرایی است. حافظه کاری یک فضای ذهنی است که امکان ذخیره سازی موقت و دست کاری اطلاعات را فراهم می کند. حافظه کاری با نگهداری اطلاعات درباره انتخاب های ممکن و تلفیق این دانش با اطلاعات درباره بافت موجود برای شناسایی عملکرد بهینه در موقعیت به مهار پاسخ کمک می کند (لروکس، تورگای و گوین^۳، ۲۰۰۹) و حافظه کاری به عنوان مؤلفه دیگری از کارکردهای اجرایی به عنوان هسته مرکزی بسیاری از عملکردهای شناختی است.

بررسی متون پژوهشی در زمینه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی حاکی از تمرکز عمده درمان بر روی دارو درمانی است (سافر، زیتو و وینی^۴، ۱۹۹۶؛ پیرا-سانچز، فرانکو و کاستلانوس^۵، ۲۰۲۱) و نتایج از سودمندی آن بر کاهش نشانه های رفتاری این اختلال حکایت می کند (اسچویتزر، لی، هانفورد^۶، ۲۰۰۴). اما با این وجود بین متخصصان و پژوهشگران این حوزه در خصوص دامنه و میزان اثربخشی و عوارض جانبی داروهای روان محرک و همچنین نقش این داروها در درمان گروه های ویژه مانند افراد خیلی کم سن و دارای کارکرد عقلانی پایین، همچنان سؤالاتی باقی است (هالپرین و هیلی^۷، ۲۰۱۱). از طرف دیگر بسیاری از والدین در مورد استفاده از این داروها دچار تردید هستند و رغبت چندانی به استفاده از آن برای درمان اختلال فرزندشان نشان نمی دهند (رست، اندرسون، روکس و شاتوک^۸، ۲۰۲۱). علت این تردید در مصرف دارو احتمالاً نگرانی از مصرف

¹ Munro, B. A., Weyandt, L. L., Marraccini, M. E., & Oster, D. R

² Salthouse TA, Atkinson TM, Berish DE

³ Leroux JR, Turgay A, Quinn D

⁴ Safer DJ, Zito JM, Fine EM

⁵ Pereira-Sanchez, V., Franco, A. R. Castellanos, F. X

⁶ Schweitzer JB, Lee DO, Hanford RB

⁷ Halperin JM, Healey DM

⁸ Rast, J. E., Anderson, K. A., Roux, A M., T.Shattuck, P

طولانی مدت داروهای روان محرک و آثار جانبی آن از قبیل بی اشتها، اختلال خواب، تهییج پذیری، خشم، اضطراب و در بعضی موارد تشدید اختلالات تشنجی و تیکها است (پیرا-سانچز و همکاران، ۲۰۲۱). از این جهت اهمیت پرداختن به درمان های غیر دارویی برای این اختلال آشکار می شود که از آن جمله می توان به رویکرد درمانی توانبخشی شناختی که مستقیماً بر روی بهبود ساختارها و کارکردهای درگیر در این اختلال تمرکز دارد و فاقد عوارض جانبی دارو درمانی است، اشاره کرد.

از طرفی در سال های اخیر علاقه رو به رشدی به استفاده از برنامه های توانبخشی شناختی^۱ با استفاده از رایانه در زمینه مشکلات مرتبط با کارکردهای شناختی کودکان مبتلا به اختلال خاص مشاهده شده است. توانبخشی شناختی شامل طیف وسیعی از روش های درمانی است که توسط متخصصان در حوزه های مختلف توانبخشی قابل اجراست (دانا و شمس، ۱۳۹۸). بسیاری از متخصصین توانبخشی از جمله کار درمان گران، فیزیوتراپیست ها، متخصصین آموزش استثنایی و عصب روان شناسان، جهت ارتقاء سطح عملکردهای شناختی مراجعین خود، از رویکردهای توانبخشی شناختی بهره می گیرند (گاردینر و هورویتز^۲، ۲۰۱۵). توانبخشی شناختی شامل مجموعه برنامه هایی برای تمرین مغز می باشد که منجر به ارتقاء کارکردهای ذهنی و شناختی فرد و در نتیجه موفقیت های فردی در حوزه های نظیر تحصیل، شغل و روابط اجتماعی می گردد. افرادی که دارای آسیب مغزی هستند و یا افرادی که در کارکردهای شناختی خود آسیب دیده اند می توانند از این برنامه ها بهره برده و کارکردهای شناختی و ذهنی خود را بهبود بخشند (گاردینر و هورویتز^۳، ۲۰۱۵؛ میکلس، میچلیس زیان و پارنتی^۳، ۲۰۱۵).

بنابراین باتوجه به شیوع بالای این رفتارها در کودکان و نوجوانان و نبود شناخت جامعی از این رفتارها در فرهنگ ایرانی و نسل حاضر و غربی بودن درمانها و نامتناسب بودن با فرهنگ ما، ارائه مداخله کارا و کم هزینه ضرورت دارد. همچنین با بررسی تجربه زیسته دانش آموزان بیش فعال در هر فرهنگی می توان به مداخلات دقیق تر و عمیق تری برای کاهش این رفتارها طراحی کرد. نظر به این که در ایران در این زمینه تلاش های اندکی صورت گرفته است و اکثر تلاش ها در حد تکنیک های سطحی و آزمون نشده باقی مانده اند؛ لذا

¹ Cognitive Rehabilitation

² Gardiner, J. C., & Horwitz, J. L

³ Miklos, Z., Mychailyszyn, M., & Parente, R

ضروری است که با کاربریست مداخلات مبتنی بر رویکرد های نوین و آزمون شده ویژگی های رفتاری و شناختی دانش آموزان بیش فعال را در جهت تحقق اهداف پرورشی ارتقا بخشید.

در پژوهش حاضر مولفه های اختلال بیش فعال و عوامل زمینه ای، فرایندی و پیامدی این رفتارها مشخص می شود. و بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده تدوین می شود. روایی محتوایی مداخله براساس تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال مورد بررسی قرار می گیرد. مدل مفهومی بر اساس مولفه های مستخرج از تجارب زیسته را به دست می آید و بر اساس این مدل مفهومی، جلسات مداخله **توانبخشی شناختی** براساس تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال طراحی می شوند و در نهایت به این سوال پاسخ گفته می شود که آیا بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده از تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال بر توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه تاثیر دارد؟

اهمیت و ضرورت:

دوره کودکی از مهم ترین مراحل زندگی به شمار می رود که در آن شخصیت فرد شکل می گیرد. اغلب ناسازگاری ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی-رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند رشد و تکامل کودک ناشی می شود. مشکلات دوره کودکی علاوه بر مختل کردن عملکرد و توانایی های کودک، او را برای مشکلات بیشتر و ابتلا به اختلالات در آینده، مستعد می سازند. در این میان یکی از این اختلالات مربوط به دوران کودکی، اختلال توجه/بیش فعالی است (عابدی شاپور آبادی، پور محمدرضای تجربی، محمدخانی، ۱۳۹۱).

اختلال بیش فعالی/ نقص توجه اختلال روانی شایع و مزمن است که با نتایج زیان آوری در طول زندگی همراه است (فبیانو^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). این اختلال یکی از رایج ترین دلایل مراجعه به کلینیک ها روانپزشکی کودک، روان شناسی، نورولوژی و پزشکی اطفال و خانواده می باشد (لنر-دیوا^۲، ۲۰۰۱)؛ به طوری که شلتون^۳

^۱ Fabiano, G. A

^۲ Lehner-Dua, L. L

^۳ Shelton, T. L

و بارکلی^۱ (۱۹۹۴) ۳۰ تا ۴۰ درصد از مجموع مراجعات به مراکز خدمات روانی و اجتماعی را به علت ابتلای مراجعین به اختلال توجه/بیش فعالی گزارش نموده اند. مطالعات اپیدمیولوژیک شیوع اختلال توجه/بیش فعالی را در مدارس ایلات متحده آمریکا ۳ تا ۷ درصد ذکر نموده اند (شیلز^۲ و هاواک^۳، ۲۰۱۰). این در حالی است که غنی زاده (۱۳۸۷) میزان شیوع نشانه های این اختلال را در کودکان دبستانی را ۱۰/۱ درصد؛ در دانش آموزان پسر ۱۳/۶ درصد و در دانش آموزان دختر ۶/۵ درصد گزارش کرده بود.

اگرچه سیر اختلال نقص توجه - بیش فعالی ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد، تحقیقات نشان می دهد، اختلال نقص توجه - بیش فعالی یک اختلال مزمن است بطوری که تظاهرات رفتاری و شناختی آن به طور معمول در طول سال های کودکی ظاهر می گردد اما کودکان و نوجوانان نسبت به مشکلات اجتماعی - رفتاری و تحصیلی در معرض خطر ابتلا بالاتر از متوسط قرار دارند و علی رغم درمان های مؤثری که برای این اختلال به کار می - رود، بیش از هشتاد درصد کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی هنوز نشانه های مشهودی از این اختلال را تا دوران نوجوانی و بزرگسالی به همراه دارند (اینگرام^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از دالی^۵، ۲۰۰۷).

اختلال توجه یا بیش فعالی با مشکلات زیاد در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون شکنی زیاد همراه است. به علاوه این اختلال احتمال خطر همراه شدن با سایر اختلالات رفتاری نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا لج بازی و نافرمانی را در بر دارد (داویدس^۶ و گاست پار^۷، ۲۰۰۵).

لازم به ذکر است که با توجه به فواید بسیاری که دارو درمانی دارد، به عقیده صاحب نظران و پژوهشگران، عوارض جانبی زیادی نیز برای کودکان دارد که از جمله آنها می توان آثار زیر را نام برد: کاهش اشتها، اختلال

¹ Barkley, R. A

² Shiels, K

³ Hawk, L. W., Jr

⁴ - Ingram

⁵ - Dally

⁶ Davids, E

⁷ Gastpar, M

در خواب، توهم زایی، افسردگی، افزایش فشار خون، و غمگینی یا گریستن می شود (یونگ^۱ و مایانثی^۲، ۲۰۱۰).

از طرفی دلایل مختلفی برای علاقه به آموزش توانبخشی شناختی به عنوان مداخله ای برای ADHD وجود دارد. اول، آموزش شناختی ادعا می کند که به طور مستقیم نقص های شناختی را که بر پایه ADHD مطرح می شود، بر طرف می کند (کولتی، هوگی، سالمون، و اندر لندین^۳، ۲۰۰۶). دوم، شواهد اولیه نشان می دهد که درمان شناختی ممکن است حداقل تا حدودی در درمان ADHD مؤثر باشد (اسنالو، تاسایی و میورچ^۴، ۲۰۰۷). و سوم، در صورت مؤثر بودن، درمان شناختی جایگزین غیر دارویی را برای اختلال ارائه می دهد که به طور معمول و در تعداد بسیار زیاد، جایگزینی برای استفاده از داروهای محرک را شامل می شود (فرولیچ، لانفیر، اپستین^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). از طرف دیگر برخی از مطالعات که از توانبخشی شناختی استفاده کرده اند، اثرات مثبت این مداخلات را گزارش داده اند (der^۶، شلو، تسل و مورچ^۷، ۲۰۰۷؛ وان در مولن، وان لیویت، وان در مولن و جونگ مانس^۸، ۲۰۱۰). برخی دیگر اثرهای محدود و ناقص را گزارش کرده اند (گیسون، گوندولی، جوهانسون^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). و عده ای عدم تأثیر گذاری این نوع درمان را نشان داده است (آکرمن، بیر و بویلی^{۱۰}، ۲۰۰۵). در این میان، ما نمی دانیم که چرا برخی از مطالعات موفق به انتقال تأثیر مداخله می شوند و برخی نیز چنین نمی کنند.

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است:

- نیاز به واکاوی تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال و تهیه بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده و تعیین تأثیر آن بر توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه؛

- ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

¹ Young, S

² Myanthy, A. J

³ Collette, F., Hogge, M., Salmon, E., & Van Der Linden, M

⁴ Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N

⁵ Shalev, L., Tsal, Y., & Mevorach, C

⁶ Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E., Van der Molen, M. W., & Jongmans. M. J

⁷ Gibson, B. S., Gondoli, D. M., Johnson, A. C

⁸ Ackerman, P. L., Beier, M. E., & Boyle, M

نتایج حاصل از این پژوهش، می تواند چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران فراهم نماید. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش علایم کودکان بیش فعال در موسسات مختلف آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا واکاوی تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال و تهیه بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده و تعیین تأثیر آن بر توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه ضرورت پیدا نمود.

پیشینه پژوهش

اسلامی نصرت آبادی، نمازی زاده و اصلان خانی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف تاثیر بازی های توجهی و توانبخشی شناختی بر توجه و کارکرد های شناختی کودکان بیش فعال انجام دادند. پژوهش حاضر با توجه به اهداف پیش بینی شده، از نوع تحقیق نیمه تجربی و طرح آن پیش آزمون-پس آزمون با چند گروه بود. شرکت کنندگان شامل ۴۰ کودک ۹ تا ۱۲ سال مقطع ابتدایی بودند که به صورت تصادفی در چهار گروه بازی های توجه ی، تمرینات توانبخشی شناختی، تمرینات ترکیبی (ریتمیک شناختی) و گروه کنترل تقسیم شدند. در پیش آزمون هر آزمودنی آزمون های مربوط به سنجش حافظه کاری (آزمون ان بک)، توجه پایدار (آزمون عملکرد مداوم) و کارکردهای اجرایی (آزمون برج لندن) را اجرا کردند. سپس آزمودنی ها بر اساس گروه بندی ذکرشده، به مدت ۱۶ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به تمرین پروتکل گروه خود پرداختند. پس از آخرین جلسه تمرین، آزمودنی ها پس آزمون را که شامل اجرای مجدد آزمون های مربوط به سنجش حافظه کاری (آزمون ان بک)، توجه (آزمون عملکرد مداوم) و کارکردهای اجرایی (آزمون برج لندن) بود را اجرا نمودند. یافته ها: یافته ها نشان داد در متغیر کارکردهای اجرایی، حافظه کاری و توجه، گروه تمرین ترکیبی به طور معناداری خطای کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند، اما گروه های دیگر تفاوت معناداری باهم نداشتند ($p < 0.05$). نتیجه گیری: گروه های ترکیبی تقریباً در تمام خرده مقیاس ها منجر به بهبود حافظه کاری، توجه و کارکردهای اجرایی کودکان دارای بیش فعالی می شود. این عملکرد بهتر به بهره برداری هم زمان از فواید دو نوع تمرین نسبت داده شد.

ضیاءبخش، شریفی، فتح آبادی و نجاتی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی روش توانبخشی شناختی با روش نوروفیدبک در دانش آموزان دارای اختلال کاستی توجه انجام دادند. یک مطالعه شبه آزمایشی دارای پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه از روش نمونه گیری در دسترس شامل مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهرکرج و ۵۰ دانش آموز دبستانی پسر دارای اختلال کاستی توجه انتخاب شدند این افراد به صورت تصادفی در سه گروه تقریباً مساوی شامل دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. از هر سه گروه پیش آزمون با استفاده از تست IVA صورت گرفت. یکی از گروه های آزمایشی به مدت ۱۴ جلسه مورد توانبخشی با ابزار محقق ساخته قرار گرفت. گروه آزمایش دیگر به مدت ۱۸ جلسه تحت درمان با روش نوروفیدبک با پروتکل بتا قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. سپس هر سه گروه با استفاده از تست IVA مورد پس آزمون قرار گرفتند. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS19 و روش تحلیل کوواریانس (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که روش توانبخشی شناختی بر بهبود انواع توجه دیداری نسبت به روش نوروفیدبک در دانش آموزان دبستانی دارای اختلال کاستی توجه اثربخشی بهتری دارد. نتیجه گیری: روش توانبخشی بکار گرفته شده بر انواع توجه دیداری در مقایسه با روش نوروفیدبک در دانش آموزان دبستانی دارای اختلال کاستی توجه اثربخشی بهتری دارد.

سیدمحمدی، احتشام زاده، حافظی، پاشا و مکوندی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی توانبخشی شناختی در مقایسه با توانبخشی شناختی پس از دارو درمانی بر کارکردهای اجرایی مغز کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی- بیش فعالی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی انجام دادند. در این کارآزمایی بالینی ۴۵ کودک مبتلا به اختلال ADHD به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل یک گروه کنترل و دو گروه مداخله تحت نظر مرکز مشاوره آموزش و پرورش قرار گرفتند. گروه مداخله یک (توانبخشی شناختی) و گروه مداخله دو (توانبخشی شناختی پس از دارودرمانی) ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای و هفته ای دوبار تحت مداخله درمانی موردنظر قرار گرفتند. برای گروه کنترل (تحت نظر مرکز مشاوره) در فاصله زمانی اجرای پژوهش، مداخله ای صورت نگرفت. پس از پایان آخرین جلسه مداخله درمانی، پس آزمون اجرا گردید. مرحله پیگیری ۱. ۵ ماه پس از پایان آخرین جلسه مداخله انجام پذیرفت. یافته ها: کارکردهای اجرایی مغز کودکان مبتلا به اختلال ADHD

در گروه توانبخشی شناختی و گروه توانبخشی شناختی پس از دارودرمانی در مقایسه با گروه کنترل افزایش آماری معنی داری نشان داد ($P < 0.05$). کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال ADHD پس از پیگیری ۱. ۵ ماهه در گروه توانبخشی شناختی پس از دارودرمانی به طور معنی داری در مقایسه با گروه توانبخشی شناختی بیشتر بود ($P < 0.05$). نتیجه گیری: روش درمانی توانبخشی شناختی پس از دارودرمانی در افزایش کارکردهای اجرایی مغز در میان کودکان دارای اختلال ADHD روشی موثرتر نسبت به درمان توانبخشی شناختی به تنهایی است.

دانا و شمس (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی مداخلات توانبخشی شناختی مغز بر کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی انجام دادند. روش روش اجرای این تحقیق از نوع نیمه تجربی و از لحاظ هدف کاربردی است که با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. ۳۰ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در این تحقیق شرکت کردند. در مرحله پیش آزمون از تمام شرکت کنندگان آزمون توجه انتخابی بوسله آزمون اثراتروپ در دوره بی پاسخی روان شناختی به عمل آمد. سپس شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تجربی و کنترل تقسیم شدند. گروه تجربی به مدت ۱۲ جلسه یک ساعته و در طی ۴ هفته (هر هفته ۳ جلسه) تحت مداخله تمرینات شناختی مغز قرار گرفت. در طی این مدت در گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت. پس از پایان دوره مداخله، پس آزمون گرفته شد. داده ها با تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نتایج نشان داد که مداخله شناختی مغز بر توجه انتخابی متمرکز تاثیر دارد.

یاوری، عسکری، نادری و حیدری (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثر توانبخشی شناختی بر عملکردهای اجرایی (حافظه و حل مسئله) کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام دادند. پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با طرح کارآزمایی بالینی پیش آزمون/پس آزمون با گروه کنترل است. ۳۰ کودک دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی ۷-۹ سال که در سال ۹۸-۱۳۹۷ به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۱ شیراز مراجعه کردند، با استفاده از آزمون تشخیصی CSI-۴ تشخیص گذاری و با آزمون هوش ریون یکسان سازی شدند و به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. کودکان در ده جلسه یک ساعته هر هفته دو جلسه تحت مداخله برنامه های توانبخشی قرار گرفتند. محاسبات آماری با

استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت. متغیر حافظه فعال با استفاده از آزمون های ان بک و تو بک و آزمون فراخنای حافظه و ارزیابی متغیر حل مسئله با آزمون کارت های ویسکانسین انجام شد. یافته ها: کارکردهای اجرایی (حافظه) در پیش آزمون و پس آزمون در کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی تفاوت معناداری را نشان داد ($P<0/001$)، همچنین کارکردهای اجرایی (حل مسئله) در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری را ($P<0/001$) نشان داد. نتیجه گیری: به نظر می رسد توانبخشی شناختی بر بهبود عملکردهای اجرایی حافظه و حل مسئله کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی موثر است و کارکردهای اجرایی (حل مسئله و حافظه) را بهبود می بخشد و جایگزین داروی روان محرک برای این کودکان است.

علیدادی طائمه، ستوده اصل و کرمی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی توانبخشی شناختی و نوروفیدبک بر بهبود حافظه کاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی انجام دادند. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه کنترل بود. تعداد ۱۰۰ دانش آموز به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در چهار گروه ۲۵ نفری کنترل و آزمایش نوروفیدبک، توانبخشی شناختی و گروه آزمایش ترکیبی از دو روش نوروفیدبک و توانبخشی شناختی به صورت تصادفی جایگزین شدند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه حافظه کاری (آزمون کامپیوتری N-Back) صورت گرفت. همچنین جلسات نوروفیدبک در طول ۵ هفته، هفته ای دو جلسه ۴۰ دقیقه ای بر اساس پارادایم درمانی آموزش ریتم حسی- حرکتی با استفاده از دستگاه پروکامپ و جلسات توانبخشی شناختی در ۱۴ جلسه طی دو روز در هفته و جلسات ترکیبی نیز طی ۲۴ جلسه ۴۰ دقیقه ای مربوط به نوروفیدبک و ۳۰ دقیقه مربوط به توانبخشی شناختی به صورت هفته ای سه جلسه صورت گرفت. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک طرفه بین گروهی تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد اجرای جلسات نوروفیدبک، توانبخشی شناختی و ترکیب دو روش اثر معناداری بر بهبود حافظ کاری دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی دارد به طوری که به ترتیب دانش آموزانی که در گروه آزمایش تحت درمان توانبخشی شناختی، ترکیب دو روش و نوروفیدبک قرار گرفته بودند از سطوح بالاتر حافظه کاری نسبت به دانش آموزان گروه کنترل برخوردار بودند.

نتیجه گیری: بنابر نتایج بدست آمده مشخص میشود که نوروفیدبک و توانبخشی شناختی میتوانند به عنوان روشی مؤثر در بهبود حافظه کاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی در نظر گرفته شوند.

حاتمیان، کاظمی رضایی و رسول زاده طباطبایی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثر تمرینات توان بخشی شناختی بر کاهش رفتارها و نگرش خوردن ناسالم نوجوانان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی انجام دادند. طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه پژوهش شامل دانش آموزان نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله که توسط کارشناسان مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر کرمانشاه مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی تشخیص داده شده بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر از آنها انتخاب شد و به طور تصادفی در دو گروه مداخله توان بخشی شناختی و گروه کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای ۲ بار در هفته تمرینات توان بخشی شناختی دریافت و گروه کنترل همان مداخلات معمول خود را دریافت کردند. برای سنجش سطح رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از مقیاس بازخورد خوردن ویلیامسون استفاده شد. نهایتاً داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS 23 و به کمک تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاصل از یافته ها نشان داد که آموزش درمانی توان بخشی شناختی در پس آزمون نسبت به گروه کنترل اثر بخشی معناداری بر کاهش رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم در دانش آموزان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بر جای گذاشت ($P < 0/001$). بنابراین با توجه به یافته ها می توان نتیجه گرفت که آموزش درمانی توانبخشی شناختی اثربخش است و برای کاهش رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم در دانش آموزان نوجوانان می توان از آن بهره برد.

موسی زاده مقدم، ارجمندیا، افروز و غباری بناب (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر: توجه و حافظه فعال در کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی انجام دادند. روش بررسی این پژوهش، مطالعه ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل بود. در این پژوهش ۳۲ دختر با اختلال کم توجهی بیش فعالی ۸ تا ۱۱ ساله که به روش نمونه گیری دردسترس از مدارس شهر کرمانشاه انتخاب شده بودند، شرکت داشتند. آزمودنی ها به دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در برنامه توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر در ۱۸ جلسه شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این جلسات شرکت نداشت. گروه کنترل پس از پایان پژوهش به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در

دو جلسه آموزش دریافت کردند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش آزمون کانرز، مصاحبه بالینی، آزمون رنگ واژه استروپ و مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان بود. آزمون رنگ واژه استروپ و مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان را پژوهشگر برای آزمودنی ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. اطلاعات به دست آمده از پرسش نامه در قبل و بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها در ابتدا مفروضه های عادی بودن و همگنی واریانس کوواریانس متغیرها ارزیابی شد. آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از آن بود که همه متغیرها عادی هستند ($P>0/05$). آزمون باکس هم فرض همگنی واریانس کوواریانس را تأیید کرد. بنابراین مفروضه های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است و می توان برای تجزیه و تحلیل داده ها از این آزمون آماری استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر اثر معناداری بر کارکردهای اجرایی توجه و حافظه فعال کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی داشت ($P<0/001$). همچنین نتایج بیانگر اثر معنادار توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر بر همه خرده مقیاس های توجه (تعداد پاسخ صحیح، تعداد پاسخ غلط، تعداد پاسخ ن داده، زمان واکنش به همخوان و زمان واکنش به ناهمخوان) در این کودکان بود ($P<0/001$). بر اساس مجذور اتا می توان عنوان کرد به ترتیب ۶۷، ۶۶، ۶۰، ۶۲ و ۵۴ درصد تغییرات هریک از مؤلفه های تعداد پاسخ صحیح، تعداد پاسخ غلط، تعداد پاسخ ن داده، زمان واکنش به همخوان و زمان واکنش به ناهمخوان به علت اثر مشارکت آزمودنی ها در برنامه توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر است. بر اساس مجذور اتا می توان عنوان کرد که ۶۱ درصد تغییر حافظه فعال به علت اثر مشارکت آزمودنی ها در برنامه توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر است. نتیجه گیری توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر، توانست کارکردهای اجرایی توجه کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی را افزایش دهد و عملکرد حافظه فعال آن ها را بهبود بخشد؛ بنابراین، برنامه ریزی به منظور استفاده از توان بخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر برای کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی اهمیت ویژه ای دارد.

موسی زاده مقدم، ارجمندنیا، افروز و غباری بناب (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف اثربخشی برنامه ی توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه ی آینده نگر بر مشکلات رفتاری و حافظه ی فعال کودکان با اختلال کاستی توجه بیش

فعالی انجام دادند. این پژوهش، یک مطالعه ی شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. در این پژوهش ۳۲ دختر با اختلال کاستی توجه بیش فعالی شرکت کردند که به روش در دسترس از مدارس شهر کرمانشاه انتخاب شده بودند. آزمودنی ها به دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، برنامه ی توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه ی آینده نگر را در ۱۸ جلسه دریافت کردند، در حالی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه ی مشکلات رفتاری راتر (۱۹۷۵) و مجموعه آزمون حافظه ی فعال برای کودکان ارجمندینا (۱۳۹۶) بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که برنامه ی توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه ی آینده نگر بر مشکلات رفتاری و حافظه ی فعال آزمودنی ها تأثیر معناداری داشت ($P < 0.001$). بر اساس یافته ها، برنامه ی توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه ی آینده نگر مشکلات رفتاری و حافظه ی فعال کودکان با اختلال کاستی توجه بیش فعالی را بهبود بخشید. بنابراین، می توان از این برنامه به منظور بهبود مشکلات رفتاری و حافظه ی فعال چنین کودکانی بهره برد و برنامه ریزی برای استفاده از برنامه ی توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه ی آینده نگر برای آن ها اهمیت ویژه ای دارد.

بیرامی و موحدی (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف اثربخشی توانبخشی نورو سایکولوژیکی بر بهبود کارکرد شناختی (توجه) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی انجام دادند. طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی با دو گروه آزمودنی است. بدین صورت که یک گروه ۱۵ نفره شامل افراد مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. ند یعنی افرادی که مبتلا به اختلال فوق هستند اما مداخله ای برای آن ها صورت نگرفت. ابزار پژوهش شامل برنامه کامپیوتری توانبخشی نورو سایکولوژیکی و آزمون عملکرد پیوسته بود. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد. یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین نمره های پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت

کامچ و فرادکین^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی به مدیریت و بررسی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه پرداختند. نتایج آنها نشان داد که اختلال کمبود توجه / بیش فعالی یک مشکل بهداشت روان است که می تواند بر روی افراد در

^۱ Kameg, B & Fradkin, D

طول زندگی تأثیر بگذارد. اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در بزرگسالان کمتر شناخته شده و تحت درمان قرار می‌گیرد. یک بار فردی و اجتماعی زیادی در ارتباط با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی وجود دارد که ناشی از دست دادن بهره‌وری و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی است. فشار بیش‌فعالی بیش از حد درمان نشده، نیاز به شناسایی دقیق علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و ارائه درمان مبتنی بر شواهد را برجسته می‌کند.

ولسو، ویسنتی و فیلیپ^۱ (۲۰۲۰) در یک فراتحلیل به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه پرداختند. بیشتر مطالعات نشان دادند که توانبخشی شناختی بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه تأثیر دارد.

پرز-مارتین، گونزالز-پلتز، اگیودل، کرویسیسر و جیمنز سوسا^۲ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش توانبخشی شناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه نشان دادند که توانبخشی شناختی بر بهبود عملکرد حافظه فعال بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه اثر معناداری داشت.

کاستلینو، بناتی، ولاردیتا^۳ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی آموزش توانبخشی بر عملکرد شناختی افراد بزرگسال پرداختند. نتایج بیانگر اثربخشی قابل توجه آموزش و توانبخشی شنیداری بر عملکرد شناختی، توجه و حافظه افراد بزرگسال ناشنوا بود.

پیپ میر، شین و ودون^۴ (۲۰۱۵)، در پژوهشی به بررسی و مقایسه اثر فعالیت‌ها و تمرینات توانبخشی حرکتی شدید بر روی عملکرد شناختی کودکان با/بدون نقص توجه – بیش‌فعالی نشان دادند که انجام فعالیت‌های حرکتی در بهبود کارکردهای اجرایی مغز و نشانه‌های اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی مؤثر است.

تاجیک-پروینچی، رایت، هونز و اسچوچار^۱ (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش شناختی نویدبخش نوعی

¹ Veloso, A., Vicente, S. G. and Filipe, M. G

² Pérez-Martín, M. Y., González-Platas, M., Eguíadel Rio, P., Croissier-Elías, C., & Jiménez Sosa, A

³ Castiglione, A., Benatti, A., Velardita, C

⁴ Piepmeier, A.T., Shih, CH., Whedon, M

رفع نقایص در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی (ADHD) است نوعی اختلال که ناشی از کمبود فرایندهای شناختی است - که در آن بیشتر تمرکز بر آموزش حافظه فعال و توجه بوده است.

اهداف پژوهش

۱. واکاوی تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال
۲. طراحی مدل مفهومی برای مداخله ی مبتنی بر تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال
۳. اعتباریابی مداخله براساس تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال و تهیه بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده
۴. تعیین اثربخشی مداخله براساس بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس مؤلفه های به دست آمده در توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه

فرضیه های پژوهش

سوال های پژوهش در بخش کیفی

۱. تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال چیست؟
۲. تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال از چه مولفه هایی تشکیل شده است؟

فرضیه های پژوهش در بخش کمی

۱. مداخله براساس بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال از روایی محتوایی برخوردار است.
۲. مداخله براساس بسته آموزشی توانبخشی شناختی براساس تجارب زیسته دانش آموزان بیش فعال در توجه و تکانشگری، عملکرد اجرایی و حافظه تاثیر دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

بیش فعالی

¹ Tajik-Parvinchi, D., Wright, L., Hons, B., and Schachar, R

تعریف مفهومی: راهنمای تشخیصی آماری اختلال روانی (DSM-IV)، ویژگی اصلی این اختلال الگوی مداوم بی توجهی و /بیش فعالی- تکانشگری است که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می کند، این علائم قبل از ۷ سالگی ظهور می کند و رفتارهای نشانگر این اختلال دست کم در دو زمینه مختلف مشاهده شده، تخریب قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی فرد بوجود می آورند و دست کم ۶ تا ۱۲ علامت رفتاری در فرد تعیین و شناسایی می گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از بیش فعالی نمره ای است که فرد از پرسشنامه کانرز والدین کسب می کند.

توجه:

تعریف مفهومی: توجه، به پردازش انتخابی درون داده‌ها از میان دامنه‌ای از محرک‌ها که بر حواس ما تاثیر می گذارند اطلاق می شود (سیف، ۱۳۹۰).

تعریف عملیاتی: منظور از توجه در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از آزمون عملکرد پیوسته هادیانفر نجاریان، شکرکن و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۷۹) کسب می کند.

تکانشگری

تعریف مفهومی: اختلال تکانشگری به معنی یک فعالیت شتاب زده است که بدون فکر و در لحظه اتفاق می افتد و احتمال آسیب در آن زیاد است (میر مهدی و پیروزنیا، ۲۰۱۸).

تعریف عملیاتی: منظور از توجه در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹) کسب می کند.

کارکرد اجرایی

تعریف مفهومی: کارکردهای اجرایی شامل مواردی از کارکردهای شناختی است که علاوه بر خودنظم دهی به فرد، او را قادر می سازد تا با پاسخ های متنوع به رفتار خود جهت دهی کند و اقدامات هدفمند صورت دهد (رابرز، ۲۰۱۷؛ گابین، ۲۰۰۹).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از عملکرد اجرایی نمره ای است که فرد از آزمون دسته بندی کارت ویسکانسین (WCST) گرانٹ و برگ (۱۹۴۸) کسب می کند.

حافظه

تعریف مفهومی: حافظه، عنوانی است که در مورد توانایی انسان برای یادگیری، نگهداری، یادآوری و استفاده از اطلاعات و دانش به کار برده می شود و وسیله ای است که تجارب قبلی خود را در آن نگهداری و اطلاعات را برای استفاده در زمان حاضر از آن استخراج می کنیم (استرنبرگ، ۱۳۹۵).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از حافظه نمره ای است که فرد از خرده مقیاس فراخنای عددی مقیاس هوشی وکسلر کودکان- فرم تجدید نظر شده کسب می کند.

روش پژوهش

این پژوهش در دو بخش انجام خواهد شد:

بخش اول، مطالعه کیفی خواهد بود و جهت اجرای آن شیوه ی پدیدارشناسی استفاده خواهد گردید. این پژوهش با بهره گیری از سنت پژوهشی تجربه ی زیسته و به شیوه ی پدیدارشناسی، سعی در شناسایی واقعیت، آنگونه که برای افراد مورد پژوهش جلوه گر می شود، دارد. در اجرای این پژوهش پدیدارشناسی، به جای استفاده از داده ها جهت آزمون فرضیه های برخاسته از ادبیات پژوهش که در سایر تحقیقات کمی انجام می گیرد، از گزارش های کلامی افراد در مورد تجاربشان به عنوان داده استفاده خواهد گردید.

بخش دوم، مطالعه کمی است. در این بخش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده خواهد شد.

جدول ۱. مدل اجرایی پژوهش

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گمارش تصادفی	گروه‌ها
T2	x	T1	R	گروه آزمایشی
T2	-	T1	R	گروه کنترل

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان بیش فعال شهر ... خواهد بود. روش نمونه گیری به شیوه هدفمند خواهد بود و تعداد نمونه در قسمت کیفی، ادامه نمونه گیری تا اشباع نظری خواهد بود. در قسمت کمی، تعداد ۳۰ نفر و جایگزینی تصادفی در گروهها خواهد بود.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه نیمه ساختار یافته

شیوه گردآوری داده ها در این مطالعه مصاحبه نیمه ساختار یافته خواهد بود و مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته انجام خواهد شد. چک لیستی از موارد مصاحبه در اختیار پژوهشگر قرار خواهد گرفت تا فرایند مصاحبه به طور پیوسته کنترل شود. مصاحبه ها بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول خواهد کشید و مکالمات با استفاده از دستگاه ضبط صوت، ضبط و سپس لغت به لغت روی کاغذ پیاده خواهد شد.

پرسشنامه کانرز والدین

فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ گویه است که به وسیله والدین کودک تکمیل می گردد. والدین، سوالات را در فرم هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده با استفاده از ۴ گزینه نمره گذاری می کنند

لذا دامنه نمرات هر سؤال از صفر (اصلا صحیح نیست، یا هرگز، به ندرت) تا ۳ (کاملا صحیح است، یا اغلب اوقات، تقریبا همیشه) متغیر است. نمرات خام به نمرات تراز شده T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ تبدیل می شوند (شهابیان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶).

زیرآزمون های فرم کوتاه ویژه والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح می باشد (۲۴ گویه تحت عوامل زیر دسته بندی گردیده و سایر گویه ها در عامل مشخصی قرار نگرفته اند):

مشکلات سلوک^۱: این زیرمقیاس از ۸ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ توسط کانرز (۱۹۹۰) گزارش شده است. مشکلاتی مانند گستاخی، زودرنج بودن، خرابکاری و مشاجره را در بر می گیرد.

مشکلات یادگیری^۲: این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این زیرمقیاس ۰/۶۳ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۰). مشکلاتی مانند حواس پرتی، بی دقتی و سرخورده شدن در فعالیت ها را در بر می گیرد.

مشکلات روان تنی^۳: این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۰). این مقیاس مشکلاتی مانند سردرد، تهوع و خوابیدن را در بر می گیرد.

بیش فعالی تکانش گری^۴: این زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ می باشد (کانرز، ۱۹۹۰) و مشکلاتی نظیر نا آرام بودن و حواس پرتی را در بر می گیرد.

اضطراب-انفعال^۵: این زیرمقیاس نیز از ۴ گویه تشکیل شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ می باشد (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). این زیرمقیاس مشکلاتی مانند: خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را در بر می گیرد.

¹ Conduct problems

² Learning problems

³ Psychosomatic

⁴ Impulsive Hyperactive

⁵ Anxious Passive

تحلیل عوامل فوق در بسیاری از مطالعات در کشورهای مختلف از جمله هند (روزنبرگ و جانی، ۱۹۹۵)، اسرائیل (مارگالیت، ۱۹۸۳)، عربستان (کونتسی، بارت، کنینگ و کاریا، ۲۰۰۰) و هلند (بلوت و کرفز، ۱۹۸۶) تأیید شده است (به نقل از شهابیان و همکاران، ۱۳۸۶).

روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است. گویت، کانرز و اولریچ (۱۹۸۷) همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند (جیاناریس، گولدن و گرین، ۲۰۰۱). الحسن اللواد و سونگا بارک (۲۰۰۲) در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیرمقیاس‌های مختلف را از ۰/۵۲ (زیر مقیاس اضطراب) تا ۰/۸۰ (بیش‌فعالی) گزارش کرده‌اند. در بنگال ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/۶۰ (مقیاس روان‌تنی) تا ۰/۷۵ (مقیاس بیش‌فعالی) گزارش شده است. داده‌های بازآزمایی از ۰/۸۴ (مشکلات یادگیری) تا ۰/۹۷ (بیش‌فعالی) متغیر می‌باشد. در بمبئی ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۰ (مشکلات روان‌تنی) تا ۰/۷۵ (بیش‌فعالی) و پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته را از ۰/۸۴ (اختلال سلوک) تا ۰/۹۷ (بیش‌فعالی) ذکر کرده‌اند (روزنبرگ و جانی، ۱۹۹۵؛ پال، چادهاری، دس و سینگوپتا، ۱۹۹۱). در تل‌آویو مارگالیت (۱۹۸۳) میانگین همسانی درونی را ۰/۹۰ گزارش کرده است (به نقل از شهابیان و همکاران، ۱۳۸۶).

شهابیان و همکاران (۱۳۸۶) روایی سازه این پرسشنامه را با تحلیل عامل با استفاده از چرخش واریماکس انجام دادند. نهایتاً، ۴ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک استخراج شد که با ترسیم نمودار اسکری این ۴ عامل تأیید شد. آزمون بارتلت برای کرویت داده‌ها و ضریب KMO معنی‌دار بود. چهار عامل به دست آمده به این صورت نام‌گذاری شد: عامل اول مشکلات سلوک نام گرفت که ۱۳/۶۸ درصد واریانس را به خود اختصاص داده و دارای ارزش ویژه ۶/۵۶ می‌باشد. وزن عاملی گویه‌های این عامل از ۰/۴۰ تا ۰/۷۰ متغیر می‌باشد. عامل دوم که ۷/۵۲ درصد واریانس را به خود اختصاص داده و دارای ارزش ویژه ۳/۶۱ می‌باشد، مشکلات اجتماعی نام گرفت. وزن عاملی گویه‌های این عامل، بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۰ بود. عامل سوم با عنوان مشکلات روان‌تنی شناخته شد. این عامل، دارای ۶/۹۴ درصد واریانس و با ارزش ویژه ۳/۳۳ می‌باشد و وزن عاملی گویه‌های آن بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۵ است. نهایتاً عامل چهارم اضطراب-خجالتی نام گرفت. این عامل ۶/۸۶ درصد واریانس و ارزش ویژه ۳/۳۱ را به خود اختصاص داده و بار عاملی گویه‌های ۱۱ و ۱۳ مقیاس والدین در دو عامل همپوشی دارند و گویه‌های ۱، ۴، ۵، ۶، ۱۲، ۲۲، ۳۲، و ۴۵ بار عاملی کم‌تر از ۰/۴۰ داشتند و

در هیچ‌یک از عوامل قرار نمی‌گیرند. حداقل بار عاملی مورد قبول ۰/۴۰ در نظر گرفته شده که بر اساس کلاین (۱۹۹۷) تعیین گردیده است.

در پژوهش شهبایان و همکاران (۱۳۸۶) ضرایب همبستگی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات روان-تنی، مشکلات سلوک، اضطراب-خجالتی و مشکلات اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۶۲ و ۰/۴۱ به دست آمد. کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار و به جز مشکلات اجتماعی سایر ضرایب در حد متوسط است.

شهبایان و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ جهت نمره کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب-خجالتی و مشکلات روان-تنی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ بود.

آزمون عملکرد پیوسته^۱ (CPT)

در این پژوهش به منظور سنجش توجه از فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته (هادیانفر نجاریان، شکرکن و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۷۹) استفاده شد. این فرم که از طریق رایانه اجرا می‌شود دارای ۱۵۰ عدد فارسی به عنوان محرک است. از این تعداد ۳۰ محرک (۲۰ درصد) به عنوان محرک هدف می‌باشد. فاصله بین ارائه دو محرک ۵۰۰ هزارم ثانیه و زمان ارائه هر محرک ۱۵۰ هزارم ثانیه است.

نمره گذاری. روش اصلی این است که محرک هدف روی صفحه و به طور تصادفی در میان محرک‌های مختلف به نمایش گذاشته و به آزمودنی آموزش داده می‌شود تا هنگام ظاهر شده هدف، تکه ای را فشار دهد. متغیرها عبارت بودند از: الف) تعداد خطای ارتکاب که شاخصی برای تکانشگری است (پاسخ معاینه شونده به محرک‌های غیر هدف، خطای ارتکاب محسوب می‌شود). ب) تعداد دفعات حذف که شاخص توجه می‌باشد (هنگامی که معاینه شونده، هدف را از دست می‌دهد، خطای حذف اتفاق می‌افتد). ج) زمان واکنش: زمانی است که بین ارائه هدف تا پاسخ آزمودنی وجود دارد. بنابراین در این آزمون، افزون بر نمره کلی پاسخ درست، دو خطای حذف و ارائه پاسخ نمره گذاری می‌شود. پس از اتمام آزمون، نتایج عملکرد آزمودنی به صورت کارنامه بر روی صفحه نمایش رایانه ثبت می‌شود.

¹ Continuous Performance Test

روایی و پایایی. محققان فوق ضریب پایایی این آزمون را از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی ۲۰ روز روی ۴۳ دانش آموز پسر دبستانی برای قسمت های مختلف در دامنه ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ به دست آوردند که تمام ضرایب محاسبه شده در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند. همچنین، محققان، فوق روایی مطلوبی را از طریق روایی سازی ملاکی برای این آزمون گزارش کرده اند. روایی آزمون با شیوه روایی سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار (۳۰ دانش آموز پسر دبستانی) و بیش فعالی همراه با نارسایی توجه (۲۵ دانش آموز پسر دبستانی) انجام گرفت. مقایسه آماری میانگین دو گروه در قسمت های مختلف آزمون، تفاوت معناداری را بین عملکرد این دو گروه نشان داد (هادیانفرد، نجاریان، شکر کن، مهرابی زاده، ۱۳۷۹).

آزمون دسته بندی کارت ویسکانسین (WCST)

این آزمون به کوشش "گرانث" و "برگ" در سال ۱۹۴۸ انجام وبه طور وسیع برای مطالعه "رفتار انتزاعی" و "تغییر مجموعه" تهیه شده است. به آزمودنی دسته ای از ۶۴ کارت ارائه می شود که برروی آنها یک الی ۴ نماد بصورت مثلث، ستاره، صلیب، دایره که به ترتیب به رنگهای قرمز، سبز، زرد، آبی نقش بسته است که هیچ دو کارتی شبیه یکدیگر نمی باشد (مثلث به رنگ قرمز، ستاره به رنگ سبز، و صلیب به رنگ زرد و دایره به رنگ آبی) (تصویر ۴-۱۵) را ملاحظه نمائید)

وظیفه آزمودنی این است که باید بر اساس اصلی که از الگوی پاسخهای آزماینده نسبت به جایگذاری کارتها توسط خودش استنباط می کند کارتها دیگر را یکی یکی زیر ۴ کارت اصلی که به ترتیب شامل ۱ مثلث قرمز، ۲ ستاره سبز، ۳ صلیب زرد و ۴ دایره آبی است قرار دهد. برای مثال اگر اصل مذکور رنگ باشد، جایگزینی صحیح این است که کارت قرمز قطع نظر از شکل یا تعداد نمادها در زیر یک مثلث قرمز قرار می گیرد، متقابلا آزماینده هم جواب خود خواهد داد، آزمودنی فقط شروع به جایگذاری کارتها می کند و آزماینده به او می گوید که آیا هر جایگزینی درست است یا خیر؟ بعد از اینکه یک دور جایگزینی صحیح ۱۰کارت در یک ردیف انجام شد آزماینده اصل مذکور را تغییر می دهد به این ترتیب که الگوی گفته های "درست" و "غلط" خود را عوض می کند.

آزمون به این ترتیب شروع می شود:

ابتدا رنگ بعنوان پایه دسته بندی مطرح می گردد، بعد شکل، و سپس تعداد نمادها بعنوان اصل دسته بندی در نظر گرفته می شوند دوباره رنگ و سایر موارد به ترتیب اصل قرار می گیرند.

آزمون ادامه پیدا می کند به زمانی که آزمون جایگزینی صحیح ۱۰ کارت را برای ۶ بار انجام و، بیش از ۶۴ کارت را در یک طبقه قرار داده و یا به طور خود بخودی اصل زیر بنایی مذکور را گزارش دهد مثلا (شما مرتبا اصل صحیح را تغییر می دهید ا ز تعداد طرحها به شکل آنها یا رنگ و برگشت مجدد) اگر دسته کارتهای متحرک قبل از اینکه ۶ بار عملیات با موفقیت انجام شود خراب گردد.

کارتهای از اول منظم و مرتب گردیده و آن دسته کارتها مجددا بکار برده می شود.

معمولا بعد از اینکه ۳۰ الی ۴۰ کارت اشتباهای جایگذاری شده باشد و به نظر برسد که آزمودنی رغبتی در درک و فهمیدن تکلیف ندارد آزمون را متوقف می نمائیم.

اگر آزمودنی از ۱۰ بار اجراء بطور متوالی ۴ بار را بدرستی انجام می دهد بدون در نظر گرفتن یک یا دو کوشش ما بین دورها جهت تعیین نمودن اصل جدید، اصل کلی آزمون را بیان نماید و در صورتی که پاسخ درست دهد، می خواهیم که آزمون را ادامه ندهد.

"میلنر" در سال (۱۹۶۳) یک دسته ۱۲۸ کارتی را مورد استفاده قرار داده و بعد از ۶ دور یا وقتی که همه ۱۲۸ کارت جایگذاری شد، آزمون را قطع کرد، اوهم تعداد طبقه های حاصل آمده وهم تعداد پاسخهای غلط را در نمره ها منظور کرد.

"تئوبر" وهمکارانش در سال (۱۹۵۱) این آزمون را روی سربازان آسیب مغزی در اثر جنگ، اجرا کردند واصل پاسخ را در هر ۱۰ کوشش قطع نظرا از صحت عملکرد آزمودنی تغییر دادند. (گرچه این روش بسیاری از آزمودنیها را به میزان زیادتری در معرض "جنبه تغییر" این تکلیف قرار می دهد) با این حال میلنر در سال (۱۹۷۲) هوشمندانه مشاهده کرد که چنین وضعیت مانع از این می شود که بیماران مبتلا به آسیب قطعه پیشانی مدت زیادی در معرض هر یک از اصول دسته بندی قرار گیرند ویک "مجموعه پاسخ نیرومند برای هر یک" بوجود آورند. آزمودنیهای آزمون دسته بندی کارت "وسیکانسن" را می توان به چند طریق نمره داد. بیشترین نمرات بکاررفته برای طبقه های بدست آمده و خطاهای "درجا ماندگی" می باشند. براساس ملاکهای میلنر (۱۹۶۳) طبقات بدست آمده به تعداد دوره های صحیح طی ده بار دسته بندی اطلاق می شوند که این تعداد در دامنه ای از صفر برای بیماری که ابداء اصل آزمون را دریافت نمی کند تا ۶ که در این حالت آزمون طبیعتا قطع می شود، قرار می گیرد.

"مالمو" در سال (۱۹۷۴) و مسکوچ در سال (۱۹۷۶) با استفاده از ۲ دسته ۱۲۸ کارتی که امکان تعداد مطلوبی از ۱۱ دور در هر ده بار دسته بندی صحیح را فراهم می کند. بعنوان نماینده عملکرد موفقیت آمیز نمره طبقه بدست آمده را ۴ یا ۶ مشخص کردند.

خطاهای " در جا ماندگی " یا ثابت هم در مواقعی است که آزمودنی بر طبق اصل موفقیت آمیز قبلی دسته بندی را ادامه می دهد و هم زمانی است که در اولین سری، در دسته بندی کردن بر اساس یک حدس غلط اولیه پافشاری می نماید. خطای " در جاماندگی " برای مستند کردن مشکلات در زمینه شکل گیری مفاهیم سود بردن از تصحیح و انعطاف پذیری ادراکی مفید و قابل استفاده است. آزمودنی های گروه کنترل که توسط ا-ال-رابینسون و همکارانش در سال (۱۹۸۰) مورد مطالعه قرار گرفتند در جریان کامل کردن ۶ دور بطور متوسط تنها ۱۲/۰۶ خطا داشتند در صورتی که بیماران مبتلا به آسیب قطعه راست پیشانی، بطور متوسط تقریباً ۶۰ خطای اینچینی مرتکب شدند. وقتی که خطای کل نیز جدول بندی گردد، نمره سایر خطاها از تفاضل خطای کل و خطاهای در جاماندگی بدست می آید.

خطاهای دیگر ممکن است نشان دهنده تخمین یا حدس آزمودنی، گم کردن روال اصل دسته بندی جاری، یا احیاناً، تلاش برای اختراع کردن یک طرح پیچیده باشد یک معمولاً نشان می دهد، یک آزمودنی باهوش از لحاظ کلامی، در توجه کردن به الگوی پاسخهای آزماینده یا پذیرش سادگی این الگو موفق نبوده است.

" تارنز" و پارسونز (۱۹۷۱) ۲ جنبه جالب دیگر از عملکرد در این آزمون را به فهرست درآوردند: درصد خطاهایی که پس از یک رشته پاسخهای صحیح حادث شده و درصد خطاهایی که بعد از یک رشته خطاهای یک مدت معین رخ می دهد.

درصد نخست نشان داد که چگونه آزمودنی به خوبی می تواند یک مجموعه را ادامه دهد و دومین درصد را نشان می دهد که بیمار تا چه حد از تصحیح کردن آزمون سود برده یا اینکه تا چه حد الگوی خطا را ثابت و دائمی می کند داده های حاصله با استفاده از این دو درصد بخوبی دو دسته از بیماران الکلی را از یکدیگر تمیز داد: " الکلی دچار مشکل بودند شکل (۵-۱۵) و دسته دیگر الکلی های کوتاه مدت و نیز آزمودنیهای طبیعی گروه کنترل که این مشکلات را نشان نمی دادند.

ثبت عملکرد بویژه اگر آزمودنی در این آزمون به سرعت عمل نماید می تواند دشوار باشد، کاربرد نظام (I) امکان می دهد که بدون تلاشی اضافی ثبت دقیقی انجام دهیم و در یک نظر اجمالی عملکرد را مورد ارزیابی قرار داده و نمرات مورد نیاز را محاسبه کنیم.

این نظام ساده مشتمل است بر مشخص کردن طبقه ای که حاصل شده در سمت چپ کاغذ یا علامت گذاشتن خط کوتاه ۱ برای هر دسته بندی صحیح، حرف اول طبقه برای هر دسته بندی نادرست (C N,) C F, N, F, C و غیره، زمانی که دسته بندی غلط دو طبقه رال تحت الشعاع قرار می دهد).

ویک علامت X در موقعی است که هیچ یک از طبقه ها با دسته بندی جور و هماهنگ نیست. مثلا وقتی آزمودنی کارت حاوی ۳ دایره آبی را زیر کارتی قرار داده که ۲ ستاره سبز در آن وجود دارد). وقتی که طبقه کامل شد یعنی (در زمانی که ۱۰ خط کوتاه / رسم گردید) به سمت چپ خط بعدی می رویم و طبقه جدیدی را مشخص می کنیم و همانند قبل، ثبت وقایع را ادامه می دهیم (شکل (۵-۱۵) را مشاهده نمائید.

عملکرد ضعیف در انجام این آزمون می تواند ناشی از انواع مختلفی از نقائص ذهنی باشد، آزمودنی ممکن است در " دسته بندی کردن مطابق طبقه " امکان داشته باشد که این اشکال حاکی از توانستن مختل در مفهوم سازی است، این اشکال در آزمودنی هایی روی می دهد که دچار آسیب قطعه پیشانی (آسیب در لب فرونتال) بویژه قطعه پیشانی چپ در ناحیه میانی می باشد (دراو ۱۹۷۴).

یک دسته ای از بیماران اسکیزوفرنیک که تقریبا ۲۵ سال از آزمون شدن یا WCST تحت عمل جراحی قطعه پیشانی قرار گرفته بودند به اندازه تعداد طبقات حاصل شده توسط آزمودنیهای طبیعی گروه کنترل، در اولین ۶۴ کارت، طبقاتی ایجاد کردند (رابینسون ۱۹۸۱) به همه آزمودنی ها مطالبی در مورد ۳ طبقه دسته بندی گفته شد.

این اطلاعات سبب گردید که عملکردهای آزمودنی های گروه کنترل به نحو معنی داری بهبود پیدا کرد در حالیکه عملکرد بیماران بواسطه آن بدتر شد " گویی اطلاعات اضافی مانع از عملکرد آنان شده بود " اشکال در تغییر به هنگام عوض شدن طبقه یا به عبارت دیگر مشکل در " جاماندگی " نیز در میان بیماران آسیب دیده مغزی " دراو " قطع نظر از عمل آسیب، خطای شایعی بود. " میلر " (در سال ۱۹۶۸ و ۱۹۶۴) گزارش کرده که قبل از عمل جراحی برداشتن تومورهای مغزی، عملکرد بیماران مبتلا به آسیب ناحیه پشتی به جانبی قطعه پیشانی بطور معنی دار ضعیف تر از عملکرد بیماران بود که در جای دیگری از مغز دچار آسیب بودند.

بیماران مبتلا به آسیب قطعه پیشانی به طبقات دسته بندی کمتری دست یافتند و خطاهای درجاماندگی بیشتری مرتکب شدند درمقایسه با بیماران مبتلا به تومورهای مغزی (جدول ۲- ۱۵) (رابینسون و همکارانش درسال (۱۹۸۰) متوجه شدند که هم بیماران مبتلا به آسیب قطعه پیشانی و هم آنهایی که دچار صدمه مغزی پراکنده بودند استعداد زیادی درارتکاب به خطاهای درجاماندگی داشتند.

ال- بی- تایلر درسال (۱۹۷۶) خطاهای درجاماندگی را با آسیب های پیشتی قطعه جانبی پیشانی (لب فرونتال) مرتبط دانست. ولی گزارش داد که بیشتر بیماران مبتلا به آسیب سمت چپ (لب فرونتال) بعد از عمل جراحی (معمولاً برای کنترل صرع یا برداشت تومور) درانجام این آزمون اختلالات پایدار نشان دادند تا بیمارانی که در قسمت راست دچار آسیب شده بودند گروه رابینسون با استفاده از بررسی " دراو " بعنوان یک مدرک حمایت کننده درست عکس این مسئله را گزارش کرده، مطالعه " دراو " حکایت از خطای درجاماندگی تقریباً بیشتری در بیماران دچار آسیب راست قطعه پیشانی درمقایسه با افراد مبتلا به آسیب سمت چپ داشته است.

این پرسش که آیا تفاوت مذکور ناشی از تفاوت میان ماهیت آسیب ها با سایر متغیرهای بیماری است نیازمند بررسی و پژوهش می باشد، معهداً این امر که بیماران مبتلا به آسیب های قطعه پیشانی مستعد خطای " درجاماندگی " به هنگام اجرای آزمون ویسکانسین WCST هستند جای سؤال ندارد.

علاوه بر اینها خطای " درجاماندگی " یا ثابت از خصوصیات عملکرد الکلی های بلند مدت نیز می باشد. (پارسونز ۱۹۷۵ و " تارتر " ۱۹۷۱) پارسونز توجه را به یک خطای سوم رایج جلب نمود علاوه بر اشکال در مفهوم سازی و اشکال در تغییر (و به آن اشکال در ادامه دادن..... مجموعه اطلاق کرده است، در این خطا بیمار قادر است به آسانی طبقات را تشکیل دهد و سرعت تغییر کند، لیکن پس از چند تغییر او روال طبقه حاضر را از دست می دهد و ممکن است، درمانده و گیج دست از کار بشوید.

این الگوی خطای عجیب و غریب روشن کننده وقفه ها، و ناپایداریهاست که به توصیف پارسونز مشخص کننده عملکرد الکلی های مزمن می باشد.

مقیاس تکانشگری بارات^۱

^۱ Barratt

این مقیاس توسط بارات (۱۹۵۹)، ساخته شد. بارات در نسخه یازدهم پرسشنامه BIS-11 تکانشگری را بر پایه سه محور ذیل توضیح می دهد: ۱- خود حرکتی^۱ به مفهوم عمل کردن بدون فکر، ۲- برنامه ریزی با دقت^۲ و یا توجه به جزئیات و ۳- ثبات سازگاری^۳ به معنی توانایی آینده نگری فرد. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی^۴، تکانشگری حرکتی^۵ و بی برنامه گی^۶ را ارزیابی می کند. این مقیاس ۳۰ سوال دارد. گزینه ها با مقیاس چهار درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند (به ندرت/ هرگز (امتیاز ۱) و تقریباً / همیشه (امتیاز ۴)). این مقیاس ده سوال منفی دارد که به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰.۸۳ و برای زیر مقیاس های حرکتی، توجهی و بی برنامه گی به ترتیب عبارت از: ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۳ است. در ایران اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای ۰.۷۸ را برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ را برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ را برای تکانشگری بی برنامه گی و ۰/۸۳ را برای کل آزمون گزارش کردند.

خرده مقیاس فراخنای عددی مقیاس هوشی و کسلر کودکان- فرم تجدید نظر شده

در حالیکه خرده مقیاس فراخنای ارقام مستقیم ابزاری برای سنجش حافظه کوتاه مدت و توجه به شمار می رود، خرده مقیاس فراخنای ارقام معکوس یک ابزار مهم برای ارزیابی حافظه کاری کلامی می باشد (وستربرگ^۷، ۲۰۰۴)، زیرا این آزمون علاوه بر اینکه مستلزم توجه و رمز گردانی می باشد، آزمودنی باید اطلاعات را برای مدت زمان کوتاهی در ذهن خود نگه داشته، عملیاتی روی آنها انجام دهد و سپس آنها را بیان نماید (کسلز^۸، ون دن برگ^۹، روسی^{۱۰} و برنڈز^{۱۱}، ۲۰۰۸). در آزمون فراخنای عددی معکوس، اعداد به تدریج از

1 ideomotor

2 careful planning

3 coping stability

4 cognitive impulsivity

5 motor impulsivity

6 nonplanning

⁷Westerberg, H

⁸Kessels, R. P. C

⁹Van Den Berg, E

¹⁰Ruis, C

دو تا هشت عدد در هر ردیف افزایش می یابند و از آزمودنی می خواهیم تا در جهت معکوس اعدای را که شنیده است تکرار کند (امین زاده و حین آبادی، ۱۳۹۲).

نمره گذاری. در هر ردیف در ارقام وارانه دو سری اعداد وجود دارد بنابراین هر ردیف ۲ نمره دارد. اگر در یک ردیف یک سری اعداد، صحیح گفته شود یک نمره به آزمودنی اختصاص می یابد و اگر هر دو سری اشتباه گفته شود آزمون متوقف می گردد (امین زاده و حین آبادی، ۱۳۹۲). پس نمره گذاری آن بر حسب میزان موفقیت آزمون شنونده انجام می گیرد. نمره گذاری به این شیوه انجام می شود که پاسخ به هر خرده آزمون یک نمره خام فراهم می آورد. سپس نمره های خام با توجه به جدول هایی که بر حسب سن تهیه شده، به مقیاس واحدی تبدیل و سپس نمره تبدیل شده بر حسب انحراف از میانگین سن بیان می شود.

روایی و پایایی. سنت کلر-تامپسون^۲ و گترکل^۳ (۲۰۰۶) پایایی آزمون فراخنای عددی معکوس را از طریق باز آزمایی، ۰/۷۱ به دست آوردند. همچنین دالوند و الهی (۱۳۹۱) نیز پایایی فراخنای عددی معکوس را از طریق باز آزمایی در میان کودکان ۷ تا ۱۲ ساله ۰/۸۶ بر آورد کردند. فرم تجدید نظر شده هوش وکسلر برای کودکان (۱۹۷۴) در جامعه ایرانی هنجار یابی شده است (شهیم، ۱۳۷۳).

زارعی (۱۳۷۳) که نمونه ای از هوش آزمای وکسلر کودکان را در ایران استفاده نموده است، روایی این آزمون را بر پایه همبسته سازی امتیازات این آزمون (آزمون های کلامی، عملی و کل آزمون وکسلر) با هوش آزمای ریون در کودکان ۱۰ ساله به ترتیب ۰/۴۳، ۰/۶۶ و ۰/۶۴ و آلفای کرونباخ برای آزمون های کلامی، عملی و کل آزمون در همان کودکان را به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش نمودند.

همچنین آزمون وکسلردر سال ۱۳۸۶ توسط عابدی، صادقی و ربیعی با حمایت مالی سازمان آموزش و پرورش استان چهار محال بختیاری ترجمه، انطباق و هنجاریابی شد که ضرایب پایایی خرده آزمون ها از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و از طریق روش تصنیف بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین آنها ضریب پایایی بازآزمایی و تصنیف را برای فراخنای ارقام ۰/۷۱ گزارش نمودند.

¹Brands, A. M. A

² St Clair-Thompson, H. L

³Gathercole, S. E

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

ابتدا مصاحبه ها روی کاغذ پیاده خواهد شد و کدگذاری و تجزیه تحلیل اطلاعات به روش کلایزی^۱ انجام خواهد شد. روش تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس مدل پیشنهادی "کلایزی" شامل هفت مرحله است: مروری بر تمام اطلاعات، بیرون کشیدن جملات مهم، ایجاد معانی فرموله شده، قراردادن معانی فرموله شده در داخل دسته ها و شکل دادن مضامین (تم ها) در درون دسته های مختلف، ایجاد یک توصیف روایتی مختصر، بازگشت به منظور تعیین اعتبار و به منظور تعیین قابلیت پیگیری (مهستی جویباری، رضاییان، ثناگو، جعفری و حسینی، ۱۳۹۰). پس از طبقه بندی کدها و ادغام کدهای مربوط به هم مفاهیم فرمول بندی شده درون دسته های خاص موضوعی قرار خواهد گرفت، سپس در زیردسته یا زیر مفهوم قرار خواهد گرفت و در نهایت کلیه مفاهیم دسته بندی و بر اساس هدف این مرحله از پژوهش، تقسیم بندی خواهد شد، همچنین سعی خواهد شد چهار معیار سنجش داده های کیفی و تجزیه و تحلیل آنها یعنی موثق بودن، باورپذیری، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال در نظر گرفته شود. پژوهشگران در این مرحله از پژوهش تلاش خواهد کرد با دقت در فرآیند گردآوری داده ها از هر نوع سوگیری اجتناب نمایند. پژوهشگران به منظور موثق نمودن مطالب پس از دسته بندی مطالب چندین مرتبه به صحبت های شرکت کننده مراجعه خواهد کرد. هم چنین جهت روایی داده ها، پس از انجام مصاحبه و استخراج داده ها و کدگذاری آنها مجدداً به تک تک افراد مراجعه و موافقت آنها با برداشت پژوهشگران از مطالب بررسی خواهد شد و مطالب مبهم احتمالی مورد بررسی قرار خواهد گرفت و از این طریق تصدیق و تأیید مشارکت کنندگان به دست خواهد آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های کمی، از شاخص های و روش های آمارتوصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها و سپس از روش تحلیل کوواریانس در بخش آمار استنباطی به کمک نرم افزار ۲۴ - spss استفاده خواهد شد.

^۱ Colaizzi

منابع فارسی

[دانلود فایل کامل این پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی در WORD + PDF](#)