

ارائه راهکارهایی جهت کاهش مشکل بیش‌فعالی / بی‌توجهی: مطالعه موردی^۱

محدثه صفاریه^۲

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه سمنان

چکیده

یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. این بیماری نوعی اختلال عصبی‌رشدی است که ممکن است به شکل‌های مختلف ظاهر شود. علائم اصلی آن نداشتن توجه و تمرکز، بروز رفتارهای نامناسب می‌باشد. مشکل اصلی مبتلایان، ناتوانی در تنظیم رفتار است که موجب بروز مشکلات عدیده در منزل، مدرسه و در ارتباط با همسالان می‌گردد. بنابراین تشخیص و درمان به‌موقع نقش مهمی در کاهش این مشکلات خواهد داشت. هدف از انجام این پژوهش موردپژوهی (مطالعه موردی) و شیوه‌ی اجرای آن فعالی/کم‌توجهی دانش‌آموز مذکور بوده است. روش پژوهش موردپژوهی (مطالعه موردی) و شیوه‌ی اجرای آن اقدام‌پژوهی بوده است. به منظور پاسخ به سؤالات پژوهش با استفاده از روش‌های علمی چون مشاهده، مصاحبه و پرسش‌نامه و با استفاده از منابع مختلف مانند کتاب‌ها، مجلات، پایان‌نامه‌ها، روزنامه و اینترنت و... داده‌های لازم در رابطه با مشکل موجود جمع‌آوری و با تجزیه و تحلیل آن‌ها عوامل مؤثر در ایجاد مسأله شناسایی شد. با توجه به نتایج تحقیق مصرف دارو، تغذیه نامناسب و خواب ناکافی و محیط خانوادگی به‌عنوان عوامل مؤثر در بروز این مشکل تشخیص داده شدند و در نتیجه، روش‌های بازی‌درمانی، فنون شناختی، تمرین‌های تعادل و توازن، آرام‌سازی، تقویت تمرکز و... برای درمان این اختلال انتخاب گردیدند؛ بعد از اطمینان یافتن از اعتبار راه‌حل‌های انتخابی با استفاده از پارامترهای مختلف و با همراهی والدین، راه‌حل‌ها به مرحله اجرا درآمد و بر اساس شواهد موجود و با کمک پرسش‌نامه کانرز والدین مشخص گردید اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی تا حدودی بهبود یافته و از میزان رفتار تکانشی کاسته شده است. بنابراین یافته‌های تحقیق نشان داد که ترکیبی از روش‌های بالا در درمان فرد مورد نظر مؤثر واقع شده است.

کلیدواژه: بیش‌فعالی، کم‌توجهی، فنون شناختی، سازگاری اجتماعی، پیشرفت تحصیلی

۱. مقدمه

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است (بوسینگ^۱، ۲۰۱۰: ۶۰۵-۵۶۵) که در مدارس ایران نیز نسبتاً شایع بوده و دغدغه بسیاری از معلمان دوره ی ابتدایی و والدین می باشد. این اختلال نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هنری هوفمن^۲ شناسایی شد (پلیزکا^۳، ۲۰۰۰: ۹۰۸). اولین توصیف بالینی از این اختلال توسط جورج استیل در سال ۱۹۰۲ ارائه شد که آن را نابهنجاری در کنترل اخلاقی نامید (قره‌خانی و اکبرنیا، ۱۳۹۳). مرور مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که متوسط شیوع اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در کشورهای مختلف بین ۶/۷ تا ۷/۸ درصد است. در ایران، وابسته به معیارهای تشخیصی مورد استفاده، شیوع اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در مناطق مختلف بین ۴/۲ تا ۱۲/۵ درصد گزارش شده است. تشخیص زودهنگام و به‌موقع مشکلات رفتاری که در سنین پیش‌دبستانی خود را نشان می‌دهند، بسیار مهم است؛ زیرا، تقریباً همه متخصصان بهداشت روانی بر این مسئله تأکید دارند که سال‌های اولیه در سازگاری بعدی با این اختلال اهمیت دارند و وجود مشکلات در این سال‌ها، زمینه‌ی ناسازگاری در سال‌های بعدی را ایجاد می‌کند. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکانی که در سنین پیش‌دبستانی دارای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی هستند، در آینده در بسیاری از کارکردهای مربوط به پیشرفت تحصیلی از قبیل حافظه‌ی فعال، محاسبه‌ی ذهنی، هجی کردن، گفتار درونی، خواندن تطبیقی، سیالی کلامی و گزارش‌های نوشتاری، دچار آشفتگی می‌شوند (بدرمن، ۲۰۰۵).

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه الگوی پایدار کاهش توجه و بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی است که از آن چه به طور معمول در کودکان و نوجوانان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود، شدیدتر است. ویژگی اصلی این اختلال تکانشگری، بیش‌فعالی و کمبود توجه است (آبیکف، ۲۰۰۹: ۱۰۶-۷۵). اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دارای سه نوع برجسته نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری و ترکیبی است که هرکدام از این سه نوع اختلال بر اساس IV-DSM^۴ به -تنهایی زمانی تشخیص داده می‌شوند که قبل از ۶ سالگی معیارهای آن نوع خاص از اختلال به مدت ۶ ماه وجود داشته، ولی معیارهای انواع دیگر این اختلال برای این مدت وجود نداشته باشد (دویدز، ۲۰۰۵: ۸۵۶-۷۷).

درباره سبب شناسی این اختلال افزون بر عوامل زیست‌شناختی علل محیطی همچون فقر، مسکن نامناسب، سطح پایین اقتصادی - اجتماعی، خانواده پرجمعیت، ناسازگاری و کشمکش‌های زیاد میان پدر و مادر و پرخاشگری در خانواده در ایجاد بیماری مهم دانسته شده است (تیلور، ۲۰۰۰: ۹۸-۱۲). از نظر آناتومیک، در کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی دو گستره چشمگیر است: بخشی از لوب فورونتال به نام کورتکس جلویی که محل کارکردهای اجرایی مانند توجه، برنامه‌ریزی، سازماندهی، مهار تکانه و اعتمادبه نفس است و همچنین، عقده‌های پایه ای و مخچه که نقش مهمی در کنترل حرکت و حفظ تعادل دارند (ودودی، ۱۳۹۳). در واقع، رشد مغزی کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان روند آهسته‌تری دارد. همچنین، سطوح سرمی عامل نوروتروفیک مشتق شده از مغز (BDNF) در کودکان مبتلا به این اختلال پایین‌تر است (علیزاده، ۱۳۹۱: ۵۹-۴۴).

- 1-Bussing
- 2-Henry Hoffman
- 3-Pliszka

تحقیقات انجام شده در مورد بیش‌فعالی بسیارند که در زیر نمونه ای از آن‌ها آورده شده است: ساداتی و افروز (۱۳۹۳: ۶۶-۵۸) در پژوهشی با عنوان "بررسی اثر بخشی درمان نوروفیدبک بر بازداری رفتاری و تکانشگری دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی" به بررسی اثر بخشی درمان نوروفیدبک بر بازداری رفتاری و تکانشگری دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی پرداختند. بدین منظور تعداد ۲۰ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی دوره ی ابتدایی با روش نمونه‌گیری هدفمند از کلینیک آتیه ی شهر تهران انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها قبل و پس از مداخله درمانی با آزمون عملکرد پیوسته دیداری و شنیداری رایانه ای (سند فورد و ترنر، ۲۰۰۴) مورد ارزیابی قرار گرفتند. دانش‌آموزان در طی ده هفته و هر هفته سه جلسه (۳۰ جلسه) درمان نوروفیدبک را دریافت کردند. نتایج نشان داد که درمان نوروفیدبک بر بازداری رفتاری و تکانشگری دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اثر گذار بوده و تفاوت معناداری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده شد (اشترزاده، ۱۳۸۲: ۲۰۷).

ناظر، میرزایی راد و مختاری (۱۳۹۲: ۵۷-۵۱) در پژوهشی با عنوان «تأثیر ورزش درمانی بر علائم اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی دانش‌آموزان دوره ابتدایی رفسنجان» به تعیین اثربخشی ورزش درمانی بر میزان علائم اختلال بیش‌فعالی/کم-توجهی کودکان دوره ابتدایی پرداختند. بر اساس مقیاس کانرز و مصاحبه بالینی، ۸۰ کودک دارای اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی از مدارس شهر رفسنجان به روش تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ورزش درمانی به شیوه ی تاتمی درمانی قرار گرفتند. پس از آزمون و آزمون پیگیری از هر دو گروه انجام و در نهایت اطلاعات با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه حاکی از کاهش معنادار میزان بیش‌فعالی، تکانشگری و کم‌توجهی در گروه آزمایش می‌باشد. در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که از ورزش درمانی یا بازی درمانی به عنوان نوعی درمان جایگزین یا مکمل برای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی می‌توان استفاده نمود (ناظر و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۷-۵۱).

مطابق با اطلاعات به دست آمده بیش‌فعالی موجب کاهش عملکرد تحصیلی و اجتماعی در کودک می‌گردد. هم‌چنین مانع از عملکرد درست معلم و دانش‌آموزان و تحقق اهداف آموزشی شده و در کلاس هرج و مرج و بی‌نظمی ایجاد می‌کند. بنابراین نگارنده بر آن شد تا راه حل‌هایی جهت کاهش این مشکل پیدا نماید. در همین راستا این پژوهش تحت عنوان ارائه راهکارهایی جهت کاهش مشکل بیش‌فعالی/عدم تمرکز انجام شد. در میان راهکارهای موجود، نوروفیدبک به عنوان یکی از روش‌های درمانی هزینه‌زیادی دارد و درمان دارویی این اختلال شامل محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی است اما مصرف دارو به تنهایی به ندرت می‌تواند نیازهای درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده کند؛ به علاوه درمان دارویی به دلیل تأثیر سوء مواد شیمیایی بر فرایندهای طبیعی تحول نظام سیستم اعصاب مرکزی و هم‌چنین نداشتن تأثیر پایدار و ماندگار برای بهبود اختلال مورد انتقاد قرار بوده و از این رو بر درمان‌های رفتاری - شناختی تأکید بیشتری می‌شود (حسن‌آبادی، محمدی، احقر، ۱۳۹۱). نگارنده به عنوان آموزگار مدرسه دولتی شهید طنانی واقع در شهرستان سمنان در سال تحصیلی ۱۳۹۶ بود. در طی دوران تدریس متوجه مشکل بیش‌فعالی دانش‌آموز پایه اول ابتدایی این مدرسه گردید. این مدرسه دارای ۶ کلاس بوده و تعداد دانش‌آموزان آن حدود ۲۰۵ نفر بود. در کلاس مذکور ۲۰ دانش‌آموز حضور داشتند. دانش‌آموزان کلاس از نظر اقتصادی و فرهنگی در حد متوسط به پایین بودند. از نظر وضعیت تحصیلی اکثر دانش‌آموزان کلاس در حد متوسط قرار داشتند. از آن‌جا که هدف پژوهش حاضر کاهش مشکل بی‌توجهی و بیش‌فعالی دانش‌آموز مورد نظر است، سعی گردید به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

چه عواملی در بروز مشکل بیش فعالی/ نقص توجه دانش آموز مؤثر بوده‌اند؟
بهترین راهکارها برای بهبود وضعیت دانش آموز مورد نظر چیست

۲. روش پژوهش

این پژوهش به روش مطالعه موردی و به شیوه اقدام پژوهی مورد اجرا قرار گرفت. اقدام پژوهی فعالیتی منظم و علمی مبتنی بر روش حل مسئله است که اقدام کننده در محیط کاری خود با روش ابتکاری و خالق جهت تبدیل وضعیت نامطلوب (وضع موجود) به (وضع مطلوب) فعالیت می کند (سیف الهی، ۱۳۸۱). هم چنین پژوهشگر اطمینان یافت که نمونه مورد نظر هیچ مشکل روان شناختی دیگری چون اتیسم و ... ندارد. جهت انجام این تحقیق از ابزار های گوناگونی استفاده شده است که یکی از آن ها پرسش نامه کانرز والدین می باشد. مقیاس درجه بندی کانرز یکی از شناخته شده ترین مقیاس های مشکلات رفتاری کودکان است و به دلیل داشتن خصوصیات مثبت زیاد، بیش از ۳۰ سال است که در مطالعات متعدد و در بستر پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. ساخت مقیاس چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز (Conners) آغاز شد. مقیاس درجه بندی کانرز برای اولین بار جهت ارزیابی تأثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت تمیز کودکان بیش فعال از کودکان عادی ساخته شد. در ابتدا، سؤالات این مقیاس از طریق گردآوری غیررسمی اطلاعات از والدینی که کودکان خود را به مرکز درمانی دانشگاه جان هاپکینز ارجاع داده بودند، اخذ شد. این داده ها توسط کانرز در سال ۱۹۷۰ مورد تحلیل عاملی قرار گرفت و ۷۳ گویه استخراج شد. کانرز، در سال ۱۹۷۳ مقیاس ۹۳ گویه ای ویژه والدین را که اختلالات کودکان را در ۲۵ حیطه مختلف موردسنجش قرار می داد، معرفی کرد. سپس در تحلیل عوامل از بین حیطه ها، ۷ عامل را مورد تأیید قرار گرفت. بعد از ۸ سال با حذف تعدادی از عوامل، فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه توسط گویت، کانرز و اولریچ در سال ۱۹۷۸ فراهم آمد. علاوه بر نسخه ذکر شده، نسخه تجدیدنظر شده ای با استفاده از نسخه اصلی ساخته و چاپ شده است. نحوه نمره گذاری آن به شرح زیر است: به دست آوردن میانگین نمره ۵/۱ یا بالاتر بر وجود اختلال نقص توجه و بیش فعالی دلالت دارد. به عبارت دیگر، این پرسشنامه ۲۶ سوال داشته و لذا، نمره کل آزمون دامنه ای از ۲۶ تا ۱۰۴ خواهد داشت. اگر نمره کودک بالاتر از ۳۴ بدست بیاید، بیانگر اختلال نقص توجه است. هر چه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس. کانرز و همکاران (۱۹۹۹) پایایی این مقیاس را ۹۰/۰ گزارش نموده اند. اعتبار این پرسشنامه از سوی مؤسسه علوم شناختی ۸۵/۰ گزارش شده است. با کمک این ابزار ها سعی گردیده است تا اطلاعات مورد نیاز پیرامون آزمودنی گردآوری گردد و تمامی راه حل های درمانی با رضایت آگاهانه کودک و والدینش انجام گردد و متغیرهایی چون محیط کلاس، رفتار سایر دانش آموزان و سطح فرهنگی و اقتصادی کنترل گردد.

نگارنده با مشاهده و با مصاحبه با خانواده و سایر کارکنان آموزشگاه و نیز با کمک پرسش نامه کانرز والدین به اطلاعاتی به شرح زیر دست یافت. دانش آموز جزء یک خانواده چهار نفره بود و با پدر و مادر و برادرش زندگی می کرد و فرزند دوم خانواده بود. وضعیت اقتصادی خانواده او در حد متوسط بود. وابستگی شدیدی به پدرش داشت و اغلب مورد حمایت پدرش قرار می گرفت. از نظم شخصی خوبی در منزل برخوردار نبود و تمام وسایلش را هنوز مادرش برایش آماده می کرد. در اغلب اوقات نسبت به درس بی توجه بود. در هنگام تدریس معلم یا با وسایلش بازی می کرد یا در حال زدن کتاب بود و یا این که با بچه های دیگر صحبت می کرد. در زنگ های حل تمرین، تکالیف خود را نیمه تمام رها می کرد و در کلاس راه می رفت و مشغول صحبت با دانش آموزان دیگر می شد. ارتباط اجتماعی مناسبی با دیگر دانش آموزان نداشت. در کارهای گروهی چندان

موفق نبود. نتوانسته بود دوستی برای خود پیدا کند به طوری در زنگ های تفریح همیشه تنها بود. بدون اجازه ، به وسایل روی میز معلم دست می زد و نسبت به تذکرات معلم بی توجه بود و به گونه ای رفتار می کرد که گویی حرف های معلم را نشنیده است. اغلب به شکل نامناسب روی نیمکت می نشست و مدام در جایی که نشسته بود تکان می خورد. قبل از کامل شدن سؤال معلم شروع به صحبت و پاسخ دادن به آن می کرد. از طرف همکاران و عوامل اجرایی مدرسه نیز به شدت مورد انتقاد واقع شده بود ولی هیچ کس در صدد اصلاح وضعیت نا بهنجار او بر نمی آمد.

۳. یافته‌های پژوهش

دراین مرحله از پژوهش به منظور یافتن اطلاعات از روش های زیر استفاده شده است :

۳.۱. مشاهده رفتار و عملکرد دانش آموز در مدت معین :

پژوهشگر در ابتدای امر به مطالعه و بررسی رفتار دانش آموز در یک وضعیت طبیعی مبادرت ورزید. مطالعه و مشاهده رفتار دانش آموز در موقعیت های طبیعی مثل زنگ ورزش ، تفریح و ... صورت گرفته و پژوهشگر در این مرحله بدون هیچ گونه مداخله ای در رفتار کیس، صرفاً به مشاهده و ثبت و ضبط رفتار ها و عملکرد دانش آموز در موقعیت های گوناگون پرداخته است.

طبقه بندی علائم مربوط به این جدول بر اساس کتاب اختلال بیش‌فعالی و عدم تمرکز دکتر مصطفی تبریزی انجام شده است (تبریزی، ۱۳۹۲).

موقعیت : زنگ ریاضی (تدریس)

جدول ۱- علائم بیش‌فعالی/کم توجهی در زنگ ریاضی

علائم زمان (دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی توجهی	جنب و جوش زیاد(یک جا نشستن)	بیش از اندازهرف زدن	ناتمام گذاشتن کارها	بازی با وسایل
دقیقه اول	✓						✓
دقیقه دوم	✓						✓
دقیقه سوم		✓	✓				
دقیقه چهارم	✓						
دقیقه پنجم				✓			
دقیقه ششم		✓					
دقیقه هفتم							

									دقیقه هشتم
			✓						دقیقه نهم
			✓						دقیقه دهم
۲	۰	۲	۱	۱	۲	۳			جمع

در این مشاهده بیشترین علائم به ترتیب مربوط به تکان خوردن در سر جا (۳ مرتبه)، بازی با وسایل (۲ مرتبه)، حرف زدن بیش از اندازه (۲ مرتبه)، عدم پیروی از دستورات (۲ مرتبه)، بی توجهی (۱ مرتبه)، جنب و جوش زیاد (۱ مرتبه) می باشد.
موقعیت: زنگ املا

جدول ۲- علائم بیش فعالی/کم توجهی در زنگ املا

علائم زمان (دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی توجهی	جنب و جوش زیاد (یک جا نشستن)	بیش از اندازه حرف زدن	ناتمام گذاشتن کارها	بازی با وسایل
دقیقه اول	✓						
دقیقه دوم			✓				✓
دقیقه سوم			✓				
دقیقه چهارم							
دقیقه پنجم			✓				
دقیقه ششم	✓		✓				
دقیقه هفتم							
دقیقه هشتم			✓				
دقیقه نهم					✓		
دقیقه دهم							
جمع	۲		۵		۱		۱

در هنگام املا گفتن معلم به ترتیب علائم بی توجهی (۵ مرتبه)، تکان خوردن در سر جا (۲ مرتبه)، بازی با وسایل (۱ مرتبه)، حرف زدن (۱ مرتبه) به میزان بیش تری مشاهده گردید. در این زنگ مشخص گردید که افت املا دانش آموز می تواند ناشی از بی توجهی هنگام نوشتن املا باشد.
موقعیت: زنگ ورزش

جدول ۳- علائم بیش فعالی/کم توجهی در زنگ ورزش

علائم زمان (دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی توجهی	جنب و جوش زیاد (یک جا نشستن)	بیش از اندازه حرف زدن	ناتمام گذاشتن کارها	بازی با وسایل
دقیقه اول							
دقیقه دوم				✓	✓		
دقیقه سوم		✓	✓	✓			
دقیقه چهارم				✓			
دقیقه پنجم				✓			
دقیقه ششم							
دقیقه هفتم		✓	✓	✓			
دقیقه هشتم		✓	✓	✓			
دقیقه نهم							
دقیقه دهم		۳	۳	۷	۱		

در زنگ ورزش به ترتیب جنب و جوش زیاد (۷ مرتبه)، بی توجهی و عدم پیروی از دستورات (سه مرتبه) و حرف زدن نیز (۱ مرتبه) مشاهده گردید.

موقعیت: زنگ نقاشی

جدول ۴- علائم بیش فعالی/کم توجهی در زنگ نقاشی

علائم زمان (دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی توجهی	جنب و جوش زیاد (یک جا نشستن)	بیش از اندازه حرف زدن	ناتمام گذاشتن کارها	بازی با وسایل
دقیقه اول			✓				✓
دقیقه دوم			✓				✓
دقیقه سوم			✓				✓
دقیقه چهارم				✓			
دقیقه پنجم					✓		
دقیقه ششم					✓		
دقیقه هفتم					✓		
دقیقه هشتم							
دقیقه نهم							
دقیقه دهم							

جمع	۳	۱	۳	۳
تکان خوردن در سر جا	۸ مرتبه			
عدم پیروی از دستورات	۵ مرتبه			
بی توجهی	۱۲ مرتبه			
جنب و جوش زیاد (یک جا نشستن)	۲۰ مرتبه			
بیش از اندازه حرف زدن	۷ مرتبه			
ناتمام گذاشتن کارها	۱ مرتبه			
بازی با وسایل	۷ مرتبه			

همان طور که مشاهده می شود بیش تر این علائم مربوط به جنب و جوش زیاد و بی توجهی می باشد.

۳.۲. بررسی پرونده تحصیلی دانش آموز: با مشاهده پرونده تحصیلی دانش آموز و بررسی اطلاعات مندرج در پرونده مشخص گردید که نامبرده دارای بیماری ریوی است و تحت درمان و مراقبت قرار دارد و برای درمان دارو نیز مصرف می کند.

۳.۳. پرسش نامه والدین: به منظور تشخیص مشکل بیش فعالی و عدم توجه، پرسش نامه استاندارد کانرز والدین در اختیار مادر دانش آموز قرار گرفت. پرسش نامه و شیوه ی نمره گذاری و تفسیر آن در قسمت روش بررسی آمده است. با تفسیر این پرسش نامه، نمره او ۸۱ به دست آمد و چون نمره به دست آمده از ۳۴ بیش تر می باشد نشان دهنده این امر است که فرد دارای مشکل بیش فعالی می باشد.

۳.۴. مصاحبه با والدین: مصاحبه با مادر دانش آموز اطلاعات بیش تری در اختیار پژوهشگر گذاشت. طبق گفته مادرش، فرد موردنظر در خانه بسیار پر تحرک بوده و حرف او را برای انجام تکالیفش گوش نمی دهد و برای انجام تکالیفش باید تحت نظارت قرار بگیرد. حمایت پدر از او نیز، او را در انجام ندادن تکالیفش مصمم تر می کند و هنگام انجام تکالیف نیز اغلب بی توجه است. هم چنین مادر دانش آموز مورد مطالعه بیان داشت که فرزندش دارای مشکل ریوی بوده و داروی کورتون مصرف می کند. اغلب شب ها دیر می خوابد و تمایل زیادی به خوردن غذاهای خانگی ندارد.

۳.۵. بررسی املای دانش آموز: به منظور جمع آوری اطلاعات بیش تر چند نمونه املای ریحانه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۶- تعیین نوع غلط های املایی در چند نمونه از املای دانش آموز

غلط	درست	نوع اشتباه
داد	دادم	حساسیت شنیداری
اضافه نوشته	و	دقت
اضافه نوشته	با	دقت
دادم	داد	دقت
ایران	ایرانی	دقت
دارد	دارم	حساسیت شنیداری

من	بود	حساسیت شنیداری
می‌زند	می‌سازد	حساسیت شنیداری
جا انداخته	می‌دوزد	حساسیت شنیداری
بر میدارد	بر می‌دارد	آموزشی
زبا	زیبا	دقت
مادر	مادرش	دقت
جا انداخته	نشان	حساسیت شنیداری
دریا	دریای	دقت
آماد	آزاد	دقت
انید	امید	دقت
رشت	رشته	آموزشی
می	داشت	حساسیت شنیداری
بازباز	بامزه	آموزشی

این جدول بر اساس کتاب اختلال دیکته نویسی دکتر تبریزی (۱۳۹۲) نوشته شده است و نتایج نشان داد که قسمت عمده مشکلات این دانش آموز در درس املا را حساسیت شنیداری و دقت تشکیل می‌دهد.



۳.۶. تجزیه و تحلیل اطلاعات:

پژوهنده پس از جمع‌آوری اطلاعات، به تجزیه و تحلیل آن‌ها پرداخت تا بر اساس آن‌ها راهکارهای مفید انتخاب گردد. مهم‌ترین مشکل دانش آموز در وهله اول بی‌توجهی می‌باشد که لازم است اقداماتی جهت رفع آن به عمل آید. در همین راستا پرسش‌هایی به ذهن نگارنده رسید و سعی شد به آن‌ها پاسخ داده شود.

اولین پرسش: چه عواملی منجر به بروز مشکل بیش‌فعالی گردیده است؟

پاسخ: خواب ناکافی، عدم استفاده از غذاهای سالم، استفاده از داروی کورتون، حمایت بیش‌اندازه پدر،

حساسیت زیاد مادر

پرسش دوم: چه موقع این علائم شدید تر می‌شد؟

پاسخ: در زنگ‌هایی چون زنگ ورزش و نقاشی و در منزل زمانی که نظارت کافی بر رفتار وجود نداشت.

پرسش سوم: در چه جاهایی این رفتارها کم‌تر دیده می‌شد؟

زمانی که نظارت کامل صورت می‌گرفت یا مسئولیتی به او داده می‌شد.

پرسش آخر: چگونه می‌توان به حل مشکل کمک نمود؟

با برقراری ارتباط مستمر با اولیای دانش آموز و با استفاده از یک برنامه منظم می توان راهکارهایی را در جهت کاهش رفتار های نامناسب به اجرا در آورد.

۳.۷. انتخا ب ر اهکار ها و اجرا ی آن ها:

۳.۷.۱. تدارک فرصت هایی برای تخلیه انرژی قبل کلاس و حین کلاس با استفاد از ورزش کردن: مطالعات انجام شده بر روی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی – کمبود توجه و تمرکز ثابت کرده اند که داشتن برنامه ی منظم ورزش و فعالیت های بدنی روزانه با ایجاد تغییراتی در عملکردهای مغز می تواند منجر به افزایش توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و رفتارهای تکانشی شود. «دویدن دور حیاط، طناب بازی قبل شروع کلاس»

۳.۷.۲. استفاده از روش بازی درمانی و و انجام بازی های مختلف برای افزایش تمرکز :

۳.۷.۳. بازی پازل: از آن جا که پازل برای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کم توجهی و اختلالات یادگیری بسیار عالی می باشد، و برای تقویت توابع مغز(توجه،حافظه، تمرکز، انعطاف پذیری،خلاقیت، انگیزه) بسیار کمک کننده است. بنابراین تصمیم گرفته شد پازلی تهیه و در اختیار او قرار داده شود.

۳.۷.۴. کارت های مقوایی تهیه کرده و روی هر کدام کلمه ای نوشته شد به طوری که در هر کارت یک اشتباه مثل حرف یا دندانه یا نقطه ای اضافی وجود داشت. پژوهشگر آن ها را در اختیار دانش آموز گذاشته و از او خواست اشکلات موجود در هر کارت را نشان دهد و شکل درست کلمه را بنویسد.

۳.۷.۵. متنی از یک داستان را انتخاب کرده و به فرد گفته شد که هر جا صدای "س" شنیدی ، زانوهایت را خم کن، هر جا که صدای "د" شنیدی دست هایت را باز کن و هر جا که صدای "ک" شنیدی سرت را تکان بده.

۳.۷.۶. سه عدد لیوان پلاستیکی هم رنگ تهیه شد و به شکل برعکس گذاشته شد. سپس مهره ای را داخل یکی از لیوان ها قرار داده و لیوان ها را جا به جا کرده و از او خواسته شد حدس بزند مهره در داخل کدام لیوان قرار دارد.

۳.۷.۷. بازی هواپیما: از فرد مورد پژوهش خواسته شد بایستد و دست هایش را باز کند و تصور کند که دست هایش مانند بال های هواپیماست که باید ثابت بماند در غیر این صورت هواپیما کج می شود و مسافران روی هم می ریزند در این حالت از او خواسته شد تا ۵۰ بشمارد . در مرحله بعد دانش آموز می بایست علاوه بر کار های قبلی یک پایش را هم بالا بگیرد.

۳.۷.۸. ایجاد فرصت هایی برای ابراز وجود و تقویت اعتماد به نفس: تجربیات مربوط به شکست های پیاپی در فعالیت ها، تنبیهات بدنی، سرزنش و تحقیر همگی موجب کاهش حس اعتماد به نفس و احترام به خود در این کودکان می گردد که همه زمینه ساز بروز افسردگی در تعدادی از این کودکان و نوجوانان می گردد. بنابراین تقویت اعتماد به نفس یکی از ضروریات مهم در درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کم توجهی است. « دادن مسئولیت های گوناگون در کلاس درس» می تواند راهکار مناسبی در این زمینه باشد.

۳.۷.۹. برقراری ارتباط مستمر با اولیا جهت دادن راهنمایی های لازم و رسیدگی به تکالیف: از آن جا که کودک بیش ترین وقت خود را در خانه می گذراند و در تعامل مستقیم با والدین قرار دارد بنابراین والدین مهم ترین ابزار ها برای کمک به درمانگر در پیشبرد برنامه درمانی کودک به شمار می روند در واقع تاثیر نقش عوامل

ژنتیکی - خانوادگی در ارتباط با نقص توجه بیش‌فعالی یکی از طرح‌های کلیدی در درمان آن است. علاوه بر آن آموزش والدین موجب بهبود رفتار فرزند پروری، کاهش استرس والدینی و کاهش رفتارهای آزارشی کودک می‌شود. «تهیه جدول عملکرد روزانه و پرکردن آن توسط معلم و والدین» بهترین راهکار در این مورد می‌باشد. ۳.۷.۱۰. استفاده از نظام اقتصاد ژتونی برای تشویق: پرکاربردترین روش رفتاری در رابطه با کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی روش‌های مدیریت و وابستگی است که با تقویت مثبت یا دیگر پیامدها سبب ایجاد رفتار مطلوب در کودکان این اختلال می‌شود. طبق نظر پراتر (اشتری زاده، ۱۳۸۲: ۲۰۷) اگر رفتاری به طور جدی در کلاس مورد تشویق قرار بگیرد، موجب افزایش آگاهی کودک از آن شده و به دنبال آن میزان بروز رفتار افزایش می‌یابد (ودودی، ۱۳۹۳). «زدن برچسب ستاره در مقابل جدول عملکرد روزانه در صورت بروز رفتار مناسب و برداشتن ستاره از جدول در صورت بروز رفتار نامناسب» پیشنهادی بسیار خوب است.

۳.۷.۱۱. انجام تمرین‌های تعادل و توازن: توازن عبارت است از توانایی در حفظ و بازیابی حالت بدن. از آنجا که توازن عنصر اصلی تمام مهارت‌های حرکتی است، انجام تمرین‌های آن برای کودکان اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، نه تنها در بهبود و انعطاف حرکت‌های بدنی آنان تأثیر می‌گذارد، بلکه در افزایش تمرکز و سهولت یادگیری نیز مؤثر است. «راه رفتن روی جدول، راه رفتن روی پنجه، روی پاشنه، حرکت با کتاب» راهکار انتخابی در زمینه تمرین‌های تعادل و توازن است.

۳.۷.۱۲. استفاده از راهبرد‌های شناختی: تقویت انگیزه درونی مهم‌ترین هدف، در درمان شناختی افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی است. برای رسیدن به این هدف، بیماران تشویق می‌شوند تا پس از برنامه‌ریزی و اجرای آن، به خود پاداش دهند. در کنار این پاداش‌ها، تکمیل و به پایان رساندن وظیفه به خودی خود یک پاداش است که به مراجع حس موفقیت می‌دهد. موفقیت یک تقویت‌کننده بسیار قوی انگیزه است. انگیزه بالا، توجه و تمرکز فرد را افزایش و بی‌قراری درونی او را کاهش می‌دهد. جهت دستیابی به این هدف به تدریج زمان انجام تکالیف بیش‌تر و زمان استراحت کاهش یافت. به عبارتی تقسیم تکالیف و تعیین زمان برای انجام آن‌ها انجام گرفت.

۳.۷.۱۳. استفاده از فنون آرمیدگی یا ریلکسیشن: استرس عامل مهمی در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است و به احتمال زیاد منجر به سبک‌زدگی شتاب زده و آشفتگی می‌شود. فنون آرمیدگی به افراد کمک می‌کند که تمرکز خود را افزایش داده و تکانش‌گری آن‌ها را کاهش می‌دهد (قلندری، ۱۳۹۳). «کشیدن نفس عمیق و حرکت مچ دست‌ها با کمک فنون جاکوبسون» بدین منظور انتخاب شد.

۳.۷.۱۴. تمرین‌های تقویت تمرکز: برای افزایش دقت و توجه کودک باید روش‌هایی استفاده شود که جذاب و بازی‌گونه باشند. در این صورت، توانمندی‌های کودک در زمینه دقت و تمرکز به نحوی گسترش می‌یابد که در طول زندگی برای او مفید خواهد بود. در سنین پیش‌دبستان و دبستان، می‌توان از تمرین‌هایی هدفمند استفاده کرد که کودک را وارد جزئیات زندگی می‌کنند و به عبارتی، تمرکز وی را افزایش می‌دهد (اشترزاده، ۱۳۸۲: ۲۰۷). «وصل کردن نقطه‌ها به هم، بازی ماز» از جمله راه‌های افزایش تمرکز است.

بعد از اجرای راهکارها به منظور بررسی اثر بخشی آن‌ها بار دیگر رفتار دانش‌آموز در موقعیت‌های مختلف مورد مشاهده قرار گرفت.

به طور کلی در ۶۰ دقیقه مشاهده‌ای که بعد از اجرای راهکارها انجام شد نتایج زیر به دست آمد:

تکان خوردن در سر جا	۶ مرتبه
عدم پیروی از دستورات	۰ مرتبه
بی‌توجهی	۵ مرتبه

جنب و جوش زیاد (یک جا نشستن)	۱۳ مرتبه
بیش از اندازه حرف زدن	۴ مرتبه
ناتمام گذاشتن کارها	۰ مرتبه
بازی با وسایل	۴ مرتبه

با این مشاهده مشخص شد اگر چه بیش فعالی به طور کامل در دانش‌آموز از بین نرفته، اما از میزان آن کاسته شده و حتی برخی از علائم مربوطه دیگر در فرد دیده نشد.

بار دیگر پرسش نامه کانرز والدین در اختیار والدین قرار گرفت و این بار نمره ۵۳ به دست آمد. این عدد نشانگر آن است اگرچه فرد هنوز هم دارای مشکل بیش فعالی است ولی بیش فعالی او بعد از اجرای راهکارها به میزان ۲۸ نمره کم تر شده است. مادر او نیز در طی مصاحبه بیان داشت که دانش‌آموز در خانه بسیار آرام تر شده، تکالیفش را بدون نظارت و با سرعت زیاد انجام می دهد و تا زمانی که تکالیفش را تمام نکرده آن را رها نمی کند. تمایل زیادی به انجام کارهای منزل و کمک به من از خود نشان می دهد.

به طور کلی تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که تمامی راه حل های انتخابی در کاهش مشکلات مؤثر بوده اند. با تدوین یک برنامه ورزشی در قبل از کلاس انرژی فرد تخلیه شده و بر میزان شادابی و نشاط او افزوده شد. به کارگیری بازی های گوناگون علاوه بر لذت بخش تر کردن یادگیری به افزایش تمرکز کمک بسیار نمود و علاوه بر آن تمایل او را برای شرکت در کارهای گروهی را افزایش داد. تقویت اعتماد به نفس، انگیزه بیش تری را برای پذیرفتن مسئولیت به وجود آورد. ارتباط مستمر با اولیای دانش آموز مذکور سبب شد که راهکار های پیشنهادی به طور مستمر و در خانه نیز اجرا گردد و احتمال بهبود افزایش یابد و رفتارهای نادرستی که پیش از این در محیط خانواده وجود داشت و این اختلال را تشدید می کرد برطرف گردد. با کمک تمرین های تعادل و توازن، راهبرد های شناختی و فنون آرمیدگی و تمرین های تقویت تمرکز بر میزان دقت و تمرکز افزوده شد و میزان توجه او به محرک های مزاحم کاهش یافت.

۴. بحث و نتیجه گیری

بعضی از مشکلات و اختلالاتی که کودکان گریبان آن ها هستند، در دوران کودکی قابل کنترل و بهبودی نسبی است. فقط کافی است که فرصتی برای ریشه یابی و درمان این اختلالات فراهم شود. پژوهش های در عمل، فرصت های خوب و مناسبی هستند تا با استفاده از روش های علمی و دیدی پژوهشگرانه، مسائل و مشکلات موجود در بین دانش آموزان را واکاوی کرده و آن ها را به سمت بهبودی ببریم. اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی نیز مانند بسیاری از اختلالات دیگر اگر در کودکی درمان نشود می تواند زمینه ساز بسیاری از معضلات از جمله بزهکاری ها، ناسازگاری های اجتماعی در دوران نوجوانی و بزرگسالی بشود و بهداشت عمومی جامعه را به خطر اندازد. در این پژوهش نیز سعی نمودیم با کمک راهکارهایی مشکل بیش فعالی و کم توجهی دانش‌آموزی را کاهش دهیم تا آینده بهتری را برای او رقم بزنیم. در این تحقیق مشخص گردید که فنون آرمیدگی و تمرین های تعادل و توازن و راهبردهای شناختی بیش ترین تأثیر را در روند درمان داشته اند. اسکندر نژاد و همکاران (۱۳۹۵: ۱۳۸-۱۲۱) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر یک دوره برنامه تمرینی بسکتبال بر توجه پایدار کودکان مبتلا به کمبود توجه/بیش فعالی به این نتیجه رسیدند که بسکتبال می تواند شرایط بهبود برخی اختلالات شناختی در کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش فعالی را در درازمدت فراهم سازد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش محسن کردلو (۱۳۹۳: ۴۸-۳۷) با عنوان «راهکار های مطلوب در تعامل با کودکان بیش فعال» هم سو می باشد. نتایج این پژوهش حاکی از اثر بخشی بازی درمانی، تقویت مثبت، تعامل والدین و معلمان در درمان

بیش‌فعالی می‌باشد. اکرم پرنده (۱۳۹۲: ۴۴-۳۱) نیز در پژوهشی با عنوان «آموزش کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی: راهبرد ها و چالش‌ها» استفاده از سیستم تشویقی ژیتونی و استفاده از تقویت مثبت و فنون شناختی را در کاهش بیش‌فعالی مؤثر دانسته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بیش‌فعالی و کم‌توجهی از مشکلات رایج در مدارس است که با ارائه راهکار ها و همکاری والدین و معلم و کارکنان مدرسه قابل کاهش است.

۴.۱. محدودیت ها

- کمبود وقت و زمان
- در این تحقیق، به علت بیماری دانش‌آموز پژوهشگر نتوانست از دخالت عامل دارو در بروز رفتار جلوگیری کند.
- عدم توانایی در کنترل عوامل محیطی در مدرسه که منجر به حواسپرتی می‌گردد.

۴.۲. پیشنهادات

۴.۲.۱. پیشنهادات کاربردی:

- در جلسات آموزش خانواده مدارس در رابطه با اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی و راه‌های کنترل آن برای مادران صحبت گردد.
- معلمان در جلسات ضمن خدمت با این اختلال و راه‌های کنترل آن آشنا گردند.
- علاوه بر مادران، برای پدران و دیگر اعضای خانواده کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی جلسات آموزشی و توجیهی گذاشته شود تا اعضای خانواده با هماهنگی بیشتر وارد عمل شوند و سریعتر اختلال را مهار نمایند.
- فعالیت‌های ورزشی، هنری، فنی، اجتماعی می‌تواند فرصت‌های خوبی را برای نمایان کردن استعداد این کودکان فراهم کند پس ضروری است کانون‌های فرهنگی و هنری به این امکانات مجهز و با قیمت ارزان در اختیار کودکان قرار گیرد.
- بهتر است محرک‌های پرتنش را از دسترس این کودکان دور کنیم از جمله بازی‌های کامپیوتری، تلویزیون، رادیو و... بخصوص زمانی که تکالیف انجام می‌دهند.
- معلمان درس را به گونه‌ای جذاب و مهیج ارائه دهند و بیش‌تر از روش آموزش چند حسی (دیداری، شنیداری و جنبشی) استفاده نمایند.
- به مسئولان آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود که این دانش‌آموزان را قبل از ورود به مدرسه شناسایی و زیرپوشش قرار دهند و در تمام طول تحصیل بر فرآیند آموزش آنان نظارت داشته باشند.
- درس‌های سخت‌تر در ساعات اولیه روز تدریس شود؛ زیرا با خسته شدن دانش‌آموز احتمال بی‌توجهی او نیز افزایش می‌یابد.

۴.۲.۲. پیشنهادات پژوهشی

- با توجه به اینکه کودکان تیزهوش مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، بهره‌لازم را از هوش بالای خود نمی‌برند، پیشنهاد می‌شود در این زمینه نیز تحقیقاتی انجام شود و برنامه مدون و مناسبی برای آنان تهیه شود.

-با توجه به اینکه اختلال کمبود توجه - بیش فعالی تاثیر منفی بر رشد اجتماعی کودکان دارد پیشنهاد می شود در این زمینه نیز تحقیقاتی انجام شود.

۵- پی نوشت:

1.Bussing 2. Tatemi 3..Pliszka 4. .Abikoff 5. Davids 6. Taylor 6.conners

منابع

- اسکندر نژاد، مهتا؛ رضایی، فهمیه و مبین، فرزین(۱۳۹۵)، «تأثیر یک دوره برنامه تمرینی بسکتبال بر توجه پایدار کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش فعالی»، *فصلنامه رفتار حرکتی*، دوره ۸، شماره ۲۵، صص ۱۳۸-۱۲۱.
- اشتری زاده، لی لی (۱۳۸۲). «تأثیر آموزش راهبرد خود نظارتی بر اصلاح رفتار دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه»، *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، دوره ۳، شماره ۳، صص ۲۰۷.
- پرند، اکرم (۱۳۹۲). «آموزش کودکان دارای نارسایی توجه/ بیش فعالی: راهبرد ها و چالش ها»، *تعلیم و تربیت استثنایی*، دوره ۱۱، شماره ۷، صص ۴۴-۳۱.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۹۴)، *درمان اختلال بیش فعالی و عدم تمرکز*. تهران: فراروان، چاپ هفتم.
- جهانبازی، انیس (۱۳۹۰)، «نقش ورزش در کاهش بیش فعالی و افزایش توجه و تمرکز»، *تازه های روان شناسی*، دوره ۵، شماره ۱۴، صص ۵۸-۴۳.
- حسن آبادی، سمانه؛ محمدی، محمدرضا واحقر، قدسی (۱۳۹۱)، «مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و دارودرمانی بر کاهش علائم همراه اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی»، *مجله مطالعات ناتوانی*، دوره ۱، شماره ۲، صص ۳۰-۱۹.
- ساداتی، سمیه و افروز، غلامعلی(۱۳۹۳)، بررسی اثر بخشی درمان نوروفیدبک بر بازداری رفتاری و تکانشگری دانش آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، *فصلنامه کودکان استثنایی*، دوره ۱۴، شماره ۱، صص ۶۶-۵۸.
- علیزاده، حمید(۱۳۹۱)، تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه ها و کارکرد خانواده، *فصلنامه افراد استثنایی*، دوره ۲، شماره ۷، صص ۵۹-۴۴.
- قره خانی، احمد و اکبرنیا، مهناز(۱۳۹۳)، اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و تیزهوشی، *تعلیم و تربیت استثنایی*، دوره ۱۴، شماره ۵، صص ۵۹-۴۹.
- قلندری، صدیقه (۱۳۹۳)، *اختلال نقص توجه / بیش فعالی و درمان آن*، تهران: وراي دانش، چاپ پنجم.
- کردلو، محسن (۱۳۹۲)، راهکارهای مطلوب در تعامل با کودکان، *تعلیم و تربیت استثنایی*، دوره ۱۳، ش ۴، صص ۴۸-۳۷.
- ناظر، محمد؛ میرزایی راد، رضا و مختاری، محمدرضا (۱۳۹۲)، تأثیر ورزش درمانی بر علائم اختلال بیش فعالی/ کم توجهی دانش آموزان دوره ابتدایی رفسنجان، *سلامت جامعه*، دوره ۷، شماره ۱، صص ۵۷-۵۱.
- ودودی، آنا(۱۳۹۳)، ۵۰ تمرین برای افزایش دقت و توجه فرزند شما، تهران: قلم چی، چاپ سوم.
- Abikoff H, Nissley-Tsiopinis J, Gallagher R, et al(2009). *Effects of MPH-OROS on the organizational, time management, and planning behaviors of children with ADHD*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48(2),75- 166.
- Biederman J, Faraone SV(2005). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Lancet, 366:237-48.
- Bussing R, Mason D. M, Bell L, Porter PH & Garvan C(2010). *Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, 565-605.
- Davids E, Gastpar M(2005). *Attention deficite hyperactivity disorder and border line personality disorder*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 29(6): 77-856.
- Pliszka S. R, Greenhill L. L & Crismon M. L(2000). *The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the TexasConsensus Conference Panel on Medication Treatment of childhood ADHD*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39, 908.

-Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA(2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Ninth edition. Philadelphia: Aptara: 135.

-Taylor, E(2000). *Attention deficit and hyperactivity disorder child and adolescent psychiatry modern approaches. second edition* . London, 12-98.

