



اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و کودکان پیش دبستانی

نویسنده: مری بت آرمسترانگ، ساندررا. ا. نتلتون

مترجم: منصوره قربانی رومی / کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی

چکیده

این مقاله مروری بر پیشینه مربوط به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی (ADHD) و کودکان پیش دبستانی می باشد. مروری بر پژوهش ها نشان می دهد که بر مداخله های دارویی تأکید چشمگیری شده و این در حالی است که به سایر رویکردهای درمانی ADHD در پیش دبستانی به ویژه در خصوص کودکان دارای نقایص زبانی همراه با ADHD چندان توجهی صورت نگرفته است. پژوهش های مربوط به ویژگی ها و درمان مناسب آنها اندک است. مقاله حاضر در حیطه کلی ADHD و نیز کار با کودکان ADHD دارای آسیب شناسی گفتار - زبان، اطلاعات و راهنمایی های مهمی را برای درک بیشتر ماهیت ADHD و شیوه های ارزیابی و مداخله مؤثر ارائه کرده است. ابتدا جنبه های عمومی ADHD در کودکان پیش دبستانی (شامل ماهیت، تشخیص و مداخله) ارزیابی شده است.

ADHD یک اختلال عصبی رشدی است که در افراد مدرسه رو اولین توجه معطوف به آن می شود. با این وجود، در سال های اخیر پژوهش ها فرایندهای در مورد ADHD در کودکان سن پیش دبستانی انجام شده است. این تأکید فزاینده بر ADHD در سال های اولیه بسیار حساس است،

زیرا ADHD از شایع ترین تشخیص های آسیب شناسی روانی در سال های پیش دبستانی شده است. بعلاوه، ادعا می شود که کودکان پیش دبستانی با ADHD با احتمال بیشتری مشکلات اجتماعی و تحصیلی شدید و قابل توجهی را در سال های مدرسه نشان می دهند. در نتیجه، شناسایی اولیه و درمان ممکن است تأثیر زیان بار این اختلال را کاهش دهد. این مقاله، هم بر جنبه های عمومی ADHD در کودکان پیش دبستانی (ماهیت، تشخیص و مداخله) تأکید می کند و هم نقش ارزیابی زبان و مداخله در کودکان پیش دبستانی با ADHD را بررسی می نماید.

ماهیت ADHD در کودکان پیش دبستانی

میزان شیوع گزارش شده از ADHD در افراد پیش دبستانی متفاوت است. دی بار^۱ و همکاران نشان دادند که ADHD در ۳۸۶۶۴ کودک^۲ زیر ۵ سال ۲ درصد می تواند رخ بدهد. در حالی که کانر پیشنهاد می کند که شیوع ADHD در یک بخش مراقبت اولیه کلینیک روان درمانی کودک^۳ از ۲ درصد تا بیش از ۵۹ درصد متغیر است. بعلاوه، شیوع ADHD در کودکان پیش دبستانی ممکن است افزایش یابد. گزارش جدیدی از یک آژانس حمایت محیطی نشان می دهد. ADHD بعنوان یکی از دو موضوع اصلی در

بهداشت محیطی کودکان می باشد و نگرانی های فزاینده ای را در مورد ارتباط بین عامل های عصبی سمی و ADHD را گزارش می کند. عامل های بالقوه مهم دیگر در افزایش میزان ADHD، افزایش تعداد کودکانی است که به دلیل شاغل بودن مادر از برنامه های گروهی و خارج از خانه حمایت می شوند، که تقاضاهای کودکان را برای یادگیری مهارت های تحصیلی در برنامه های گروهی بالا می برد و به همان نسبت حمایت بسیاری از کودکان و خانواده ها کاهش می یابد.

ارتباط زبان و ADHD در کودکان پیش دبستانی

ماهیت دقیق ارتباط زبان و ADHD ناقص و ناکافی می باشد. کاماراتا و گیسون^۲، تحلیل تفکر برانگیزی از ارتباط احتمالی بین ADHD و روند یادگیری زبان ارایه داده اند. آنها در مورد تأثیر بالقوه ADHD بر فراگیری زبان از نظر یک الگوی داد و ستدی فراگیری زبان بحث می کنند. براین اساس، یادگیری زبان به عنوان یک تعامل (داد و ستد) پیشرونده در رفتارهای کودک^۱ و والدین می باشد که حمایت دو طرفه می شود و باعث پیشرفت زبان کودک^۱ می گردد. کاماراتا و گیسون پیشنهاد می کنند که جهت فعال کردن فرایند داد و ستد، کودک^۱ باید گام نخست را بر دارد. پاسخ بدهد و توجه خود را درست متمرکز نماید. فرایند داد و ستد به روش های گوناگونی در یک نوجوان با ADHD ممکن است از هم گسیخته باشد. اگر رفتار بی توجهی یا بیش فعالی یا تکانشگری، باعث از هم گسیختن فعالیت های تمرکز و نگهداری توجه بشود، ممکن است الگوهای زبانی والدین مانند توسعه و گسترش در پیشرفت زبان تأثیر کمتری داشته باشد. همچنین، پاسخ مادر به رفتارهای ADHD ممکن است باعث اختلال فرایند زبا- یادگیری گردد. ممکن است مادر به دلیل رفتارهای مشکل دار کودک^۱، فعالیت ها را کنار

بگذارد و یا با یک شیوه تعاملی زبانی دستوری تر و حمایتی کمتر، آن را جا به جا کند. فراگیری شیوه دستوری تعاملی به آسانی فراگیری زبان به شیوه های دیگر نیست. ممکن است از هم گسیختگی های گفت و گویی تکرار شده منجر به کاهش کلی در میزان تعامل گردد که در فراگیری زبان تأثیر معکوس دارد.

پژوهش اخیر، دیدگاه دیگری را در مورد ارتباط بین ADHD و زبان پیشنهاد می کند. در حالی که کاماراتا و گیسون تأثیر ADHD بر فراگیری زبان را بیان می کنند، لندری^۳ و همکاران تأثیر فراگیری زبان بر فرایند اجرا را بررسی می نمایند که به عنوان بدکارکردی اولیه ADHD منظور می شود. لندری و همکاران، تأثیر چارچوب کلامی مادر را بر نتیجه مهارت های فرایند اجرای کودکان ۳، ۴ سال تا ۶ سالگی تحلیل می کنند. پژوهشگران می گویند که چارچوب کلامی مادر در پیشرفت زبان، حل مسأله غیر کلامی و مهارت های حافظه که همگی در پیشرفت مهارت های فرایند اجرایی و خود تنظیمی (مانند مهارت های حل مسأله) مهم هستند، اهمیت دارد. همان طور که بیان های شفاهی هنگام دستور دادن مادران به کودکانشان برای توجه به موضوعات، حوادث، فعالیت ها و عنوان های مکالمه و... تولید می شوند، این پژوهشگران راهبردهای چارچوب کلامی را شناسایی می کنند و هنگامی که پیوستگی های ادراکی بین موضوع ها، اشخاص، فعالیت ها یا عملکردها فراهم می شود، بیان های شفاهی به صورت چارچوب کدبندی می شوند. نتایج نشان می دهد که چارچوب کلامی مادر تا ۳ سال، تأثیر غیر مستقیم قابل ملاحظه ای بر مهارت های فرایند اجرایی در ۶ سالگی به واسطه ی تأثیر مستقیم بر زبان و مهارت های حل مسأله غیر کلامی دارد. اگر همان طور که کاماراتا و گیسون می گویند

مهارت‌های زبانی نقص یافته به نوبه خود به عنوان بیشترین مشکلات رفتاری همراه با ADHD به نظر می‌رسند

بر چارچوب فرایند تأثیر داشته باشد، پس ممکن است ADHD تأثیرات قابل اندازه‌گیری بر فراگیری زبان داشته باشد. مهارت‌های زبانی نقص یافته به نوبه خود به عنوان بیشترین مشکلات رفتاری همراه با ADHD به نظر می‌رسند. این تأثیر دوره‌ای در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع نتایج مخربی را می‌تواند به وجود بیاورد.

ویژگی‌های ADHD در کودکان پیش دبستانی

ویژگی‌های رفتاری، اجتماعی و خانوادگی

در سال‌های پیش دبستانی، نشانه‌های ADHD سطحی به نظر می‌رسد. میانگین سنی شروع ADHD، بین ۳ و ۴ سالگی گزارش شده است. گرچه پژوهش در مورد نشانه‌های خاص ADHD در کودکان پیش دبستانی اندک است، لکن الگوی بروز نشانه با کودکان با مدرسه رو ADHD به نظر تفاوت دارد. طبق نظر نولان^۴ و همکاران، در کودکان پیش دبستانی نوع بیش فعال/ تکانشگر بر نوع مرکب غالب می‌باشد، بعلاوه، نوع بی‌توجه بندرت دیده می‌شود. این نتیجه همخوان با بحث بارکلی^۵ می‌باشد که در سال‌های پیش دبستانی ابتدا مشکلات بازداری قبل از اینکه به بی‌توجهی مرتبط باشند افزایش می‌یابد.

لازم به یاد آوری است که ویژگی‌های خاص توصیف شده ADHD در کودکان پیش دبستانی با ماهیت ناهمگون اختلال، پیچیده می‌شود. ADHD انواع گوناگون دارد و در کودکان پیش دبستانی همبودی بالای اختلال‌های دیگر با ADHD مانند اختلال سلو^۶ و نافرمانی ستیزشی و نقص زبان وجود دارد (برای بحث بیشتر درباره اختلال‌های

همراه، کودکان با ADHD تنوسکی^۶ را ببینید). با توجه به نوع ADHD و وجود اختلال‌های همراه، ممکن است کودکان با ADHD به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت باشند.

بر خلاف ناهمگون بودن نشانه‌ها، این امر که کودکان پیش دبستانی مبتلا به ADHD مشکلات رفتاری و اجتماعی دارند، به خوبی تأیید شده است. پژوهش‌های اخیر، مشکلات زیر را مشخص کرده‌اند:

پرخاشگری، عدم پذیرش، رفتارهای نامناسب، رفتارهای خواهشی و درخواستی، سطوح بالای رفتار اجتماعی منفی (به خصوص در بازی غیرساختاری و آزاد) و رفتارهای سازشی کمتر. لاهی^۷ و همکاران، میزان مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی با ADHD توسط معلمان و همسالان را بررسی کردند و فهمیدند که این کودکان با محبوبیت، اجتماعی بودن و همکاری کمتر و تنفر و بی‌زاری بیشتر (فقط نوع مرکب ADHD) اندازه‌گیری شدند. همچنین این پژوهش نشان داد که کودکان با ADHD، در گزارش از خود مشکلات دوستی را بیان می‌کنند.

همچنین پژوهش با تمرکز بر والدین کودکان پیش دبستانی با ADHD به خاطر شرایط خاصی که چالش‌های بالقوه والدین را نمایان می‌سازد شروع شده است. برای مثال، دی‌پال^۸ و همکاران دریافتند که والدین کودکان پیش دبستان ADHD در گزارش از خود، سطوح بالاتری از استرس و مهارت‌های مقابله‌ای سازشی کمتری را گزارش می‌کنند و در تکالیف دستوری والدین، رفتارهای منفی فراوان تری در مقابل فرزندان‌شان نشان می‌دهند. دی ولف^۹

ADHD انواع گوناگون دارد و در کودکان

پیش دبستانی همبودی بالای اختلال‌های

دیگر با ADHD مانند اختلال سلو^۶ و

نافرمانی ستیزشی و نقص زبان وجود دارد

و همکاران دریافتند که والدین کودکان پیش دبستانی با ADHD خود را به عنوان افرادی که نقش والدینی کمتر و کم صلاحیت تر اندازه گیری می کنند. مشابه آن، کانینگهام و بویل^{۱۱} دریافتند که والدین کودکان ۴ ساله در معرض خطر برای ADHD، احساس حاشیه و کم صلاحیت بودن می نمایند و همچنین راه حل های کنترل کننده/ منفی بسیاری را برای مدیریت و کنترل مشکلات کودک^{۱۲} پیشنهاد می کنند و رفتارهای کنترلی بیشتری را نشان می دهند. چنین الگویی را هنگام مشاوره با والدین کودکان با ADHD باید در ذهنمان بسپاریم و ممکن است فرصت هایی را برای حل مسأله دو طرفه فراهم نماید.

ویژگی های زبان

در مورد نمودار زبان کودکان پیش دبستان با ADHD پژوهش های اندکی وجود دارد. چند پژوهش اولیه پیشنهاد می کنند که کودکان با ADHD ممکن است یک تأخیر اولیه در زبان دیر صحبت کننده را تجربه نمایند. اگر چه این طرح بررسی نشده می ماند، بارکلی تأکید می کند که کودکان با ADHD ممکن است در ارتباط کلامی که به زمان گذشته و آینده بر می گردد تأخیر داشته باشند.

اگر کسی منابع کودکان سنین مدرسه رو را قیاس نماید، باید انتظار آسیب های زبانی کودکان پیش دبستانی را به صورت مقدماتی و اولیه به خصوص در ارتباط اجتماعی و کاربردی داشته باشد. آسیب در کاربردها در راستای دیدگاه جاری ADHD به عنوان بدکارکردی در کارکردهای اجرایی می باشد، چرا که نظام های کنترل اجرایی تحت الشعاع صلاحیت کاربردی در نظر گرفته می شوند.

تشخیص ADHD در کودکان پیش دبستانی

در این امر که یک برنامه ارزیابی بهینه باید جامع و شامل مثلث داده هایی از روش های گوناگون، منابع اطلاعات،

برنامه ریزی ها و اطلاع رسانی ها باشد، توافق وجود دارد. در ورای این توافق، کار ارزیابی اولیه به چند دلیل پیچیده و بحث انگیز باقی مانده است. اگر چه هم DSMIV و هم ICD10، شناسایی اولیه ADHD را لازم می دانند، معیارهای به کار گرفته شده آنها برای کودکان سنین پیش دبستانی به دلایل زیر مشکل دار به نظر می رسد: ۱. آستانه های تشخیصی برای سنین ۴ تا ۱۶ سال در بررسی های میدانی، برای محدوده های سنی دیگر ممکن است کاربرد نداشته باشد. ۲. تمیز دادن ADHD از اختلال های رفتاری دیگر در کودکان زیر ۳ سال مشکل می باشد و ۳. نشانه ها طی ۶ ماه مورد لزوم ممکن است نیاز به تغییر به ۱۲ ماه داشته باشند چرا که پژوهش نشان داده که گزارش های معلم یا والدین بسیاری از کودکان زیر ۳ سال نگرانی هایی را در مورد سطح فعالیت یا توجه بیان می کنند که احتمالاً تا ۱۲ ماه فروکش می کند. همچنین در مورد نقص و کمبود برنامه های ارزیابی مناسب برای پیش دبستانی ها و در نتیجه شناسایی کامل احتمالی ADHD در این محدوده سنی، نگرانی هایی وجود دارد.

مداخله برای کودکان پیش دبستانی با ADHD

مک گی^{۱۱} و همکاران در مورد مداخله اولیه برای کودکان پیش دبستانی ADHD بررسی جامعی را انجام دادند و تنها ۲۶ پژوهش آزمایشی را بین سال های ۱۹۶۷ تا ۲۰۰۰ مشخص کردند. انواع مداخله ها در زمینه های زیر بود: درمان روانی دازویی (مانند مداخله داروشناسی)، مداخله های مدیریت رفتار براساس رفتار مدرسه و برنامه های آموزش والدین (مانند مداخله های روانی اجتماعی) و یک مداخله چندگانه. پژوهشگران می گویند: گرچه پژوهش محدود و نقص های روش شناسی آن مشخص شده است، پژوهش های تجربی نشان می دهد که

به طور کلی، برای کودکان پیش دبستانی با ADHD، دو نوع مداخله روانی اجتماعی انجام می شود: آموزش والدین و مداخله های رفتار مستقیم

می شود. ساناگا - بار [۱۳] و همکاران برای مقایسه دو درمان متفاوت آزمایش تصادفی انجام دادند، ۷۸ نفر کودک ۳ ساله و به همان تعداد کودکان پیش دبستانی با ADHD بودند. آموزش والدین شامل آموزش در مورد ADHD و راهبردهای رفتاری برای تغییر رفتار کودک و پرورش ارتباطات مثبت خانوادگی بود. حمایت و مشاوره والدین شامل جلساتی بود که امکان شناسایی موضوع ها و بحث احساسات در یک محیط غیر مستقیم را فراهم می نمود. هر دو درمان شامل برنامه های ساختاری ۸ هفته ای بودند. در این پژوهش، از یک طرح تصادفی کنترل شده استفاده شد. کودکان در گروه کنترل لیست انتظار، طی ۲۴ هفته آزمایش هیچ ارتباطی با خدمات بالینی نداشتند. نتایج نشان می دهد که آموزش والدین نسبت به گروههای دیگر ۲ تأثیر مهم داشت. اول، آموزش والدین نشانه های ADHD را کاهش داد. دوم، برنامه، الگوهای تطابق مادر را افزایش داد.

با توجه به مداخلات رفتاری مستقیم، پژوهش مک گی و همکاران نشان داد که پژوهش در این زمینه به خصوص اندک است و یافته های ناکافی و بی نتیجه ای را به دست آورده است. برای مثال، مک گی و دی پال تأثیر مداخله تقویت ژتونی و جریمه گرفتن را برای کاهش رفتارهای مخرب با یک نمونه کوچک کودکان پیش دبستانی با ADHD مقایسه کردند و دریافتند که هر دو مداخله مؤثر بوده است. با وجود این، پژوهش های اندکی در مورد افراد پیش دبستانی در دسترس می باشد.

هر سه رویکرد در کاهش نشانه های ADHD در کودکان پیش دبستانی مؤثر بوده است. پژوهشگران نتیجه گرفته اند که بیشتر متخصصان در این زمینه، مداخله برای کودکان پیش دبستانی با ADHD را که ترکیبی از رویکردها است و نوعاً شامل محرک درمانی و مدیریت رفتار در خانه و مدرسه می باشد، تأیید می نمایند.

مداخله های داروشناسی

در مورد اجرای دارویی برای کودکان پیش دبستانی با ADHD بحث همچنان ادامه دارد. بر خلاف تأثیرات محرک ها بر کودکان و نقص تجویز اجرای دارو و تغذیه برای استفاده از دارو درمانی در این گروه سنی، پژوهش ها یک افزایش ۳ برابر را در مورد تجویزهای محرک برای کودکان پیش دبستانی نشان می دهند. در حقیقت داروهای محرک را، چه تنها و چه ترکیب با درمان های دیگر، به طور کلی رایج ترین رویکرد درمانی برای ADHD می باشند و کودکان ۲ ساله دارو دریافت می کنند. اگر چه برخی پژوهشگران این افزایش در مصرف محرک را به تشخیص بهتر و درمان نسبت می دهند، دیگران به آن به عنوان تنها توضیح و دلیل، مشکوک هستند (دامیکو و همکاران [۱۲] را ببینید).

مداخلات روانی اجتماعی

به طور کلی، برای کودکان پیش دبستانی با ADHD، دو نوع مداخله روانی اجتماعی انجام می شود: آموزش والدین و مداخله های رفتار مستقیم. در یک بررسی در سال ۲۰۰۲، مک گی و همکاران نتیجه گرفتند که آموزش والدین می تواند تعاملات والد - کودک را در برنامه های خانه بهبود دهد و چند برنامه برای جهت دهی به این رویکرد اختصاص داده شده است. برای مثال، بارکلی یک برنامه مشاوره و آموزش والدین را طراحی کرده که به صورت گسترده ای به آن رجوع

مداخله چندگانه

بررسی مک‌گی و همکاران یک مداخله چندگانه را نشان می‌دهد و نتایج آن امیدوارانه توصیف شده است. در حال حاضر، مداخله‌های چندگانه تمرین توصیه شده و نوعاً شامل آموزش والدین و مداخله‌های آموزشی و رفتاری با احتمال دارو درمانی می‌باشد. در دوره پیش‌دبستانی ترکیب این مداخله‌ها مهم است، چرا که مداخله نیاز دارد که هم کودک محور باشد و هم بر خانواده تأکید کند. در حقیقت، تیترا^{۱۴}، مداخله‌های انتخاب شده برای نو نهالان و پیش‌دبستانی‌ها را بررسی و پیشنهاد کرده که اهداف مداخله‌ای یا راهبردهای ثابت شده‌ی زیر می‌تواند مؤثر باشد:

۱. بهبود ارتباطات والد-فرزند و سازگاری خانواده توسط آموزش مهارت‌های مؤثر والدین و ایجاد

آموزش والدین نسبت به گروه‌های

دیگر ۲ تأثیر مهم داشت. اول، آموزش

والدین نشانه‌های ADHD را کاهش داد.

دوم، برنامه، الگوهای تطابق مادر را

افزایش داد

خانواده درمانی برای وابستگی و پیوستگی والد-فرزند، همبستگی خانواده و مدیریت حل مسأله و استرس

۲. بهبود سازگاری در مراقبت روزانه و برنامه‌ریزی‌های پیش‌دبستانی با استفاده از تقویت‌کننده‌ها و جریمه گرفتن

۳. بهبود مهارت‌های تعامل اجتماعی با ایجاد بازی ساختاری و تحت نظارت و به وسیله آموزش مهارت‌های تعامل اجتماعی با تقویت‌کننده در برنامه‌های عادی (مانند داخل زمین بازی)

۴. کاهش نشانه‌های ADHD در کودکان با مشکلات شدید سازشی با استفاده از دارو درمانی پس از دیگر درمان‌های رفتاری و روانی اجتماعی انجام شده و با کنترل فواید و عوارض جانبی دارو درمانی

ارزیابی زبان و مداخله

گرچه در مورد کودکان پیش‌دبستانی با ADHD پژوهش‌های اندکی جهت راهنمایی کارکنان وجود دارد، تجربه بالینی در این زمینه راهنمایی‌هایی را فراهم می‌نماید. کودکان پیش‌دبستانی با ADHD یک گروه ناهمگون می‌باشند، بنابراین، ارزیابی کلی از زبان، هشدار دهنده می‌باشد. ارزیابی نیاز به تمرکز ویژه روی مهارت‌های عملی و مهارت‌های اجتماعی دارد، چرا که این مهارت‌ها، نقص‌های موجود در کودکان با ADHD را مشخص می‌کنند.

برای ارزیابی مهارت‌های عملی، منابع متعددی از جمله سیاهه رفتاری ارتباط کودک^{۱۵} وجود دارد. این طرح، نقص‌های عملی را در کودکان بین سنین ۴ تا ۱۶ سال مشخص می‌کند. ارزیابی توانایی کلامی کودکان پیش‌دبستانی از طریق نمونه‌گیری‌های زبان انگیزشی و



کودکان پیش دبستانی با ADHD یک گروه ناهمگون می باشند، بنابراین ارزیابی کلی از زبان، هشدار دهنده می باشد

کرده اند. چند ابزار ارزیابی مهارت های اجتماعی مانند نظام اندازه گیری مهارت های اجتماعی وجود دارد که متخصصان می توانند در همکاری با سایر اعضای گروه به کار ببرند.

در مورد مداخله زبان در کودکان پیش دبستانی با ADHD پژوهش، اندک می باشد. با وجود این، بررسی کودکان پیش دبستانی با ADHD چند راهبرد کلی و مهم مدیریتی را که در مداخله زبان می تواند به کار رود پیشنهاد می کند. براساس کار گیدان و ملینگ^{۱۸}، مک گی و همکاران و تیتز پیشنهادهای زیر در هر برنامه ای باید جای داشته باشد:

۱. برنامه منظم و ساختاری ثابت
 ۲. برنامه های دیداری و سایر کمک های سازمان دهی شده
 ۳. آموزش های ساده، روشن و انفرادی
 ۴. فعالیت های حرکتی به عنوان یک وقفه و یا فرجه بین فعالیت های ساختاری
 ۵. بازخورد دایم، قوی و فوری
 ۶. تقویت مثبت (جایزه های مناسب بارشد)
 ۷. روش جریمه گرفتن
 ۸. برنامه مدیریت رفتار یکپارچه شده در طول برنامه ها
 ۹. جلسه های کوتاه درمان انفرادی
- بعلاوه، تجربه بالینی پیشنهاد می کند که استفاده مناسب از تقویت دادن و محروم سازی ممکن است مفید باشد. محروم سازی بدون تقویت دادن به طور دایمی متضمن نظارت دایم و دقیق برای گرفتن از کودک هنگامی که

تحلیل با استفاده از منابع متعدد مانند راهنمای تحلیل نسخه های زبان رادر فورده^{۱۵} و نظام هدفمند کدبندی قوانین مکالمه ای برای نموداری کردن سطوح مکالمه ای فی^{۱۵} می تواند انجام شود.

ارزیابی بحث داستان گویی در کودکان پیش دبستانی می تواند از طریق نمونه گیری زبان انگیزشی به علاوه آزمون های ساختاری تر انجام شود. انواع داستان های مطرح شده توسط کودکان پیش دبستانی شامل داستان های شخصی، تخیلی یا بازگویی شده و فنون نمایشی می باشد. پژوهش جهت کشف راههای بهینه، استنباط و تحلیل این داستان های پیش دبستانی ادامه دارد. هافر^{۱۶}، بررسی مفیدی از روندهای تحلیلی و استنباطی را ارائه می دهد. منابع ارزیابی و تحلیل داستان گویی شامل راهنمایی برای زبان داستان می باشد: روندهای ارزیابی و تحلیل مهارت های داستان گویی: نظریه برای تمرین. این منابع، نظام های تحلیلی متفاوتی را با توجه به نوع داستان استنباط شده فراهم می نمایند.

با توجه به ارزیابی مهارت های اجتماعی، هادلی و اسکول^{۱۷} بحث مقابله ای برای نقش آسیب شناسی زبان - گفتار در ارزیابی و مداخله تعامل های اجتماعی همسالان با کودکان پیش دبستانی به وجود آورده اند. این پژوهشگران ارزیابی در مورد ارزیابی و راهبردهای مداخله ای ویژه ای را بحث می کنند و مطالعات موردی مشخص شده ای را فراهم

ارزیابی بحث داستان گوئی در کودکان پیش دبستانی می تواند از طریق نمونه گیری زبان انگیزشی به علاوه آزمون های ساختارمندتر انجام شود

رفتارهای مثبت نشان می دهد، استفاده می گردد. در ورای این راهبردهای مدیریتی کلی، مداخله های زبان می تواند زمینه های مشکل ویژه انفرادی کودکان را مخاطب و مورد توجه قرار دهد.

نتیجه

هر چند به طور کلی بخش مهمی از پژوهش در مورد ADHD و کودکان پیش دبستانی موجود می باشد، در مورد جنبه های زبان و گفتار ADHD در کودکان پیش دبستانی، پژوهش اندک می باشد. در نتیجه، برای تأکید بر ADHD و تأثیر آن بر فراگیری زبان علاوه بر نقص زبان، ارزیابی و مداخله در این افراد پژوهش بیشتری لازم است. بعلاوه، با توجه به تشخیص و مداخله دارو شناسی برای کودکان باید به بحث پرداخت. به خصوص مهم است که پژوهش های

زیر نویس ها:

1. De Bar
2. Camarata & Gibson
3. Landry
4. Nolan
5. Barkley
6. Tetnowski
7. Lahey
8. Du Paul
9. De Wolfe
10. Cunningham & Boyle
11. McGoey
12. Damico
13. Sonuga - Barke
14. Teeter
15. Retherford & Fey
16. Hughes
17. Hadley & Schuele
18. Giddan & Milling

منبع:

Seminars in speech & Language, volume 25, number 3, 2004

بیشتری در مورد تعیین تأثیر دارو و انواع دیگر مداخله های مناسب برای پیش دبستانی ها انجام شود. به طور کلی، مداخله های دارو شناسی برای کودکان زیر ۳ سال توصیه نمی شود و بعضی از پژوهشگران این کار را برای زیر ۴ سال نیز توصیه نمی کنند. به نظر می رسد در مورد امیدوار کننده تر بودن مداخله های چندگانه برای کودکان و خانواده هایشان، توافق وجود دارد. با وجود این برای تعیین تأثیر پژوهش بیشتری لازم است است.

همانطور که به جمعیت پیش دبستانی با توجه به احتمال ADHD توجه بیشتری می شود، به دنبال آن پژوهش بیشتر و خدمات دقیق تری باید ارائه گردد. باید به خاطر داشت که کار آسیب شناسی زبان و گفتار همیشه آنچه را که ما می توانیم برای این جمعیت مانند آنچه که با دیگران می کنیم، انجام دهیم باید در جهت مفیدتر بودن برای مراجعان و خانواده هایشان باشد. کودکان پیش دبستانی و خانواده هایشان نباید هیچ انتظار کمتری داشته باشند.