

## روش‌های شناسایی و درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی

کاظم برزگر بفرویی\* / استادیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه یزد

مطهره فرزاد / کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه یزد

### چکیده

**زمینه:** اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، یکی از اختلال‌های عصبی - رفتاری کودکان است که به عوامل وراثتی و محیطی متعددی وابسته است و در سنین پنج تا هفت سالگی در فرد بر اساس سه رفتار بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری تشخیص داده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به همسالان خود بیش از اندازه و به حد افراطی فعال و پر جنب‌وجوش بوده و رفتارهای نسنجیده و ناگهانی که گاهی جزو رفتارهای پرخطر محسوب می‌شوند نیز در این کودکان بسیار است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در کودکان و صدمات جبران‌ناپذیری که در عملکرد فردی و تحصیلی کودک همچون بزهکاری، پرخاشگری، اعتیاد، افت تحصیلی و اختلال‌های یادگیری می‌گذارد، شناسایی بهنگام و مداخله مناسب می‌تواند نقش چشمگیری در جلوگیری از پیامدهای آن در بزرگسالی داشته باشد؛ بنابراین در این پژوهش سعی شده با معرفی این اختلال و ارائه راهکارهای عملی، معلمان را در امر تشخیص و برقراری ارتباط صحیح با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در جهت کمک به بهبودی مبتلایان یاری رسانیم.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، کودکان، شناسایی و درمان.

صدریافقی، ۱۳۸۶). اختلال باید دست کم در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد نیز بسته به میزان رشد، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد (اسپیت و آرنولد، ۲۰۰۷). با این حال می‌توان عوامل روانی - اجتماعی، زیست‌شناختی، ژنتیکی، عوامل محیطی و تغذیه‌ای، وزن کم زمان تولد، عوامل خانوادگی، مصرف تنباکو در طی حاملگی مادر، سابقه فامیلی و تنیدگی روانی در دوران حاملگی را جزو عوامل مؤثر در بروز این اختلال دانست (یوشیماسو، یاماشیتا، کیوهارا و میاشیتا، ۲۰۰۶).

برای تشخیص اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در کودک، باید بین سنین پنج تا هفت سالگی دست کم به مدت ۶ ماه پیاپی نشانه‌هایی چون فعالیت و تحرک بیش از حد معمول، حواس پرتی مداوم و نداشتن تمرکز روی کاری ثابت، بی‌توجهی، پریشانی، اضطراب، جنب‌وجوش زیاد و تکانشی و نسنجیده عمل کردن را در موقعیت‌های متفاوت مانند خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان در کودک مشاهده کرد، بدین صورت که کودک در خانه از والدین خود پیروی نکرده و

اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی - رفتاری در کودکان مدرسه‌ای است و کودکان بسیاری را در جهان تحت تأثیر قرار داده است. این اختلال با اسامی متفاوتی چون بد کارکرد جزبی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش‌فعال معرفی شده است اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این اختلال را نارسایی توجه - بیش‌فعالی نام‌گذاری کرده‌اند (کرم‌شائی، عابدی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳). این اختلال که در طبقه‌بندی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به صورت الگویی از نارسایی توجه - بیش‌فعالی شدید یا بی‌توجهی مداوم با تکرار شونده‌گی بیشتر نسبت به کودکان همان سطح رشدی تعریف شده است (صفوی، لطفی‌زاده، سدهی و شهیدی، ۱۳۹۳) و به صورت الگوی پایدار نارسایی توجه یا رفتارهای فعال و تکانه‌ای توصیف می‌شود، نوعی اختلال چند عاملی بوده و سبب‌شناسی دقیق آن ناشناخته است (اخوان کرباسی، گلستان، فلاح و

بیش‌فعالی، روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبه‌رو می‌کند که خوشبختانه بسیاری از مشکلات اولیه مرتبط با بیش‌فعالی از قبیل پرتحرکی و تکانشی بودن در دوره بلوغ کاهش می‌یابند (صفوی و همکاران، ۱۳۹۳) اما اگر این اختلال در کودکی درمان نشود، آمادگی کودک برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت که مشکلات ثانویه ناشی از آن نظیر رفتارهای ضداجتماعی و مشکل در سازگاری اجتماعی نسبت به سایر دانش‌آموزان، افت تحصیلی، ترک تحصیل و شکست تحصیلی، کناره‌گیری، کاهش اعتمادبه‌نفس، اختلال سلوک، ابتلا به بزهکاری، حوادث و اعتیاد به مواد را در پی خواهد داشت (اخوان کرباسی و همکاران، ۱۳۸۶؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۹۲). از سویی شدت بیش‌فعالی و درمان آن در کودکی به طور قابل توجهی پیش‌بینی‌کننده چگونگی تداوم نشانه‌ها در بزرگسالی است که اگر به موقع تشخیص داده شود، به خوبی درمان‌شدنی است (علاقبندراد و مومنی، ۱۳۷۹).

با توجه به شایع بودن این اختلال در کودکان و صدمات جبران‌ناپذیری که در عملکرد فردی و تحصیلی کودک گذاشته، شناسایی بهنگام و مداخله مناسب می‌تواند نقش چشمگیری در جلوگیری از پیامدهای آن داشته باشد. از آنجا که کودک ساعات بسیاری را در مدرسه به سر می‌برد و به واسطه این که معلم از طریق تدریس، اطلاعات آموزشی و رفتاری بسیاری در مورد کودکان دارد (شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶) در این پژوهش سعی شده با معرفی این اختلال و آرایه راهکارهای عملی، معلمان را در امر تشخیص و برقراری ارتباط صحیح با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، در جهت کمک به بهبودی مبتلایان یاری رسانیم.

**ویژگی‌های اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و راهکارهای عملی برای معلمان:**

\* اغلب مشکلات توجه دارند و در انجام تکالیف تمرکز کافی ندارند

به طور کلی دانش‌آموزان با مشکلات نارسایی توجه-بیش‌فعالی به سه دسته کم‌توجه، تکانشگر و

تکانشی عمل می‌کند و دچار بی‌ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر است. این کودکان در ارتباط اجتماعی با همسالان خود مشکل داشته و منزوی می‌شوند، در مدرسه قادر به انجام تکلیف نبوده و نیازمند توجه بیشتر از سوی معلمان هستند (اخوان کرباسی و همکاران، ۱۳۸۶).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده ۲۰ تا ۲۵ درصد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به دلیل کم‌بودن دامنه توجه مبتلا به اختلال یادگیری هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵؛ لویس، ۱۹۹۱؛ به نقل از علاقبندراد و مومنی، ۱۳۷۹)، این در حالی است که اختلال‌های روانی و رفتاری دیگری از قبیل اختلال عملکرد، بی‌اختیاری ادرار، اختلال وسواس و اختلال اضطرابی، اختلال سلوک، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلالات خلقی ممکن است اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را همراهی کنند (شعبانی و یادگاری، ۱۳۸۴؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۹).

فراوانی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر اساس معیار چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در کودکان سنین مدرسه، سه تا هفت درصد و بر اساس معیار دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ۷/۱ درصد است (المید<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ روستین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ وتزل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). براساس پژوهش‌های انجام شده در مناطق مختلف این فراوانی متفاوت است، چنان که در مطالعه بانکوک ۶/۵ درصد، کلمبیا ۴/۱۶ درصد، تهران ۱۱ درصد، گناباد ۹ درصد و مشهد ۱۵ درصد گزارش شده است. اما همه پژوهش‌ها میزان تفاوت دو جنس در شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را فقط در اختلال ترکیبی معنی‌دار دانسته‌اند (فاراون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریمیک و ایناکو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). همچنین میزان شیوع را در پسرها ۲ تا ۹ برابر بیشتر از دخترها و علت مراجعه در دختران را اغلب به دلیل حواس‌پرتی و کم‌توجهی و در مورد پسران بیشتر به علت بیش‌فعالی گزارش کرده‌اند (شنول<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند اختلال نارسایی توجه-

1. Sadock & Sadock
2. Almeida Montes
3. Rostain
4. Wetzel
5. Faraone
6. Primich & Iennaco
7. Schnoll

را در گروه‌های کوچک و با فاصله دسته‌بندی کردن تا میزان برخوردها به کمترین حد برسد، تنظیم زمان به صورتی که کودک در زمان مناسب کارش را با موفقیت به پایان برساند و دادن پاداش فوری و مناسب جزو راهکارهای اساسی محسوب می‌شوند.

#### \* برخی از آن‌ها بیش از اندازه وول می‌خورند

ویژگی‌های کودکان بیش‌فعال را می‌توان به طور مرتب در اطراف دیدن و از در و دیوار بالا رفتن، در آرام نشستن دچار اشکال بودن و به طور مداوم وول خوردن، همیشه در حال رفتن و عمل کردن دانست. معلمان برای کمک به این کودکان باید، محرک‌هایی را که باعث هیجانی شدن در دانش‌آموز می‌شود، شناسایی کرده و آن‌ها را کاهش دهند. برای محقق شدن این خواسته، وضع قرارداد یا تعیین علامت‌ها و کلماتی که با یادآوری آن‌ها دانش‌آموزان موظف به توقف در هر کاری و گوش دادن به معلم باشند، پوشاندن جلیقه‌های سنگین به دانش‌آموز بیش‌فعال تا با احساس سنگینی روی شانه‌ها از میزان جنب و جوشش بکاهد، دادن اجازه به حرکت و راه رفتن بعد از هر فعالیتی به کودک، استفاده از اسباب‌بازی‌های حرکتی - دهانی از قبیل لوله آکواریوم برای جویدن و اسباب‌بازی‌های بادی که برای برخی از آن‌ها آرامش‌بخش بوده و به استراحت‌شان کمک می‌کند (برزگر بفرویی و خضری، ۱۳۹۳) جزو راهکارهای اساسی محسوب می‌شوند.

#### \* اغلب زیاد کلاس را ترک می‌کنند

بسته به شدت اختلال، این کودکان به طور معمول یک یا دو زنگ اول را تحمل می‌کنند و بیشتر در ساعات نزدیک به ظهر بی‌قراری و پرتحرکی را نشان می‌دهند. این دانش‌آموز مدام در جای خود جابه‌جا می‌شود، درخواست مکرر برای بیرون رفتن از کلاس را دارد، با دوست خود صحبت می‌کند، مدادش را روی میز می‌کوبد یا به عمد وسایلش را روی زمین می‌اندازد تا به بهانه جمع کردن وسایلش جابه‌جا شود. معلم به جای توجه به این رفتارها که گاهی وسیله‌ای برای جلب توجه هستند، باید برای کاهش برون‌شان، دانش‌آموز را به عنوان نماینده کلاس تعیین کرده و به بهانه‌های متفاوت چون تمیز کردن تخته، مراجعه به دفتر

بیش‌فعال تقسیم می‌شوند. کودکان کم‌توجه به طور معمول این‌گونه شناسایی می‌شوند که خوب گوش نمی‌کنند، به آسانی برآشفته می‌شوند، در تمرکز کردن روی کارهای مدرسه یا سایر وظایفی که نیاز به توجه طولانی دارد، دچار مشکل هستند و در بیشتر کارهایی که شروع می‌کنند با شکست مواجه می‌شوند. معلمان برای کمک به این کودکان باید، محرک‌های حواس‌پرتی را در کلاس درس به کمترین میزان برسانند. برای محقق شدن این خواسته، راهکارهای اساسی چون پوشاندن سقف و دیوارهای کلاس با عایق صوتی، حصارکشی قفسه‌ها و کتابخانه، ایجاد فضای شخصی برای دانش‌آموز با استفاده از جداکننده بالای میز یا قرار دادن نیمکت او روبه‌دیوار، نشاندن دانش‌آموز در جاهایی به دور از در و پنجره‌ها و مکان‌های پرفت و آمد و در صورت امکان جایی در کنار معلم و با فاصله از کودکان بیش‌فعال دیگر، افزایش علاقه و جلب توجه به یادگیری با استفاده از ابزارهای عینی و ملموس و بازی و آزمایش، همچنین دادن تکالیفی کوتاه و مشخص همراه با محدودیت زمانی و گوشزد کردن زمان باقی‌مانده به وسیله زمان‌سنج یا ساعت شنی را می‌توان استفاده کرد (برزگر بفرویی و خضری، ۱۳۹۳).

#### \* برخی از آن‌ها تکانشی عمل می‌کنند

از ویژگی‌های دیگر این کودکان به ویژه کودکان بیش‌فعال، انگیزختگی ناگهانی یا تکانشگری است، بدین گونه که اغلب پیش از فکر کردن عمل می‌کنند، به طور افراطی از یک فعالیت به فعالیت دیگر می‌روند، از لحاظ نظم در کارها دچار مشکل هستند، نیاز به مراقبت زیاد دارند، به طور مرتب در کلاس فریاد می‌زنند، در موقعیت‌های گروهی و بازی‌ها رعایت نوبت نمی‌کنند و بسیار نسبت به لمس شدن حساس بوده تا جایی که یک ضربه ناآگاهانه را به منزله هل دادن تلقی کرده و درصدد جبران برمی‌آیند. معلمان برای کمک به این کودکان باید، محرک‌هایی که باعث بروز واکنش‌های هیجانی در دانش‌آموز می‌شود، شناسایی کرده و آن‌ها را کاهش دهند. برای محقق شدن این خواسته، ایجاد فضای کافی و مشخص شده با نوارهای رنگی یا نوشتن نام کودک در آن منطقه برای انجام فعالیت‌های حرکتی، هنگام فعالیت‌های دسته‌جمعی دانش‌آموزان

مدرسه، تیز کردن مداد و ... باعث جابه‌جایی او شود. این انتخاب معلم باعث می‌شود کودک هم نسبت به حفظ نظم کلاس احساس مسئولیت کند و هم با جابه‌جا شدن نیاز خود را برطرف کند.

#### \* اغلب بازی یا فعالیت‌های‌شان پرسروصداست و همیشه در حال حرکت و دویدن به نظر می‌رسند

این کودکان بعد از یک مدت نشستن و بدون حرکت بودن نیاز به دویدن و جنب‌وجوش دارند تا بتوانند بار دیگر بنشینند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود کودکانی که در اتوبوس‌های مدرسه نشسته‌اند قبل از ورود به کلاس، آن‌ها را به زمین بازی برده و از آن‌ها بخواهید همراه با پخش موسیقی بدون کلام بدون. این نوع دویدن می‌تواند تنش‌های حاصل از رخدادهای قبل از ورود به مدرسه را کاهش دهد و آن‌ها با آمادگی جسمی و روانی بیشتر وارد کلاس شوند (بزرگر بفرویی، ۱۳۹۲) یا در زنگ‌های تفریح بین کلاس زمان کافی برای بازی و جنب‌وجوش آن‌ها در نظر گرفته شود. برای کودکان تکانشگر توصیه می‌شود بعد از سپری کردن تنش‌های صبحگاهی برای حضور در مدرسه، چند دقیقه کنار معلم روی صندلی راحتی بنشینند یا به تاب‌بازی پردازند.

#### \* نگرداشتن این کودکان در یک جا کار دشواری است

به همین خاطر در کلاس فرصت‌هایی جهت تحرک دانش‌آموز فراهم کنید. کارهای کلاس درس را تغییر دهید تا دانش‌آموز بتواند چند وقت یک بار از جای خود بلند شود و در کلاس حرکت کند. برای مثال، از دانش‌آموز بخواهید تخته‌سیاه را تمیز کند یا تکالیف دانش‌آموزان را جمع‌آوری کند یا کلاس را برای کار گروهی آماده کند. همچنین، تکالیف پیچیده را جزء جزء کرده و به تعدادی گام یا دستورعمل کوچک قابل حصول تبدیل کنید. نباید از دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی انتظار داشته باشید که مدت زمان زیادی به طور مستقل کار کند. مطالب و تکالیف را در گام‌های کوچک‌تر ارائه دهید و زمانی که دانش‌آموز در گام‌های کوچک ساده به اندازه کافی موفقیت کسب کرد، آنگاه گام‌ها را پیچیده‌تر کنید و زمان پرداختن به تکالیف را افزایش دهید.

#### \* به طور معمول زیاد صحبت می‌کنند

این کودکان دوست دارند مدام با بغل‌دستی‌هایشان صحبت کنند یا در بحث‌های حاشیه‌ای کلاس حضور بسیار فعالی دارند و دوست دارند در حرف بقیه بپرند و هر چیزی را که به زبان‌شان می‌آید بدون فکر بیان کنند. معلم می‌تواند از طریق تقویت جانشینی، تقویت معکوس یا با تصویب قوانینی در کلاس برای مثال اجازه چند دقیقه صحبت کردن با دوستان در کلاس به شرط ساکت بودن هنگام تدریس معلم، اجازه جواب دادن به سؤال یا اظهارنظر در بحث به شرط بلند کردن دست و رعایت نوبت دوستان این رفتارها را کنترل کند.

#### \* هنگام صحبت مستقیم با این کودکان به نظر می‌رسد که گوش نمی‌کنند

معلم تحت عنوان حواس‌پرتی و بی‌دقتی کودک از موضوع شکایت داشته و برداشت وی گوش ندادن دانش‌آموز به حرف‌های معلم است. اما یک معلم با تجربه و با شناخت و درک کافی از این اختلال می‌تواند با قرار دادن دانش‌آموز دارای این مشکل، در میزهای اول کلاس و نیز با طرف مخاطب قرار دادن گهگاه او هنگام پرداختن به درس، به این دانش‌آموز در توجه به درس کمک کند. حتی در موارد شدید این اختلال، گاه ضروری است که برخی امتحانات مانند دیکته از آن‌ها به صورت انفرادی به عمل آید یا قبل از دادن برگه امتحانی، معلم از دانش‌آموز بخواهد یک دور دیگر جواب‌هایش را مرور کند.

#### \* این دانش‌آموزان به طور معمول علاقه شدیدی به

##### مطرح شدن و مورد تأیید قرار گرفتن دارند

از این رو اگر نیاز آن‌ها برآورده نشود، سرخورده شده و شیطنت را آغاز می‌کنند؛ بنابراین به طور مناسب این نیاز دانش‌آموز را برآورده کنید (دقت کنید تا بین دانش‌آموزان کلاس خود تبعیض قایل نشوید). همچنین، به‌جای تنبیه از تشویق استفاده کنید و تنها مواقعی که تنبیه ضرورت دارد از شیوه‌های مناسب تنبیه از قبیل محروم کردن، جریمه کردن و جبران استفاده کنید. به یاد داشته باشید که این شیوه‌ها به افزایش رفتار مطلوب نمی‌انجامد، به همین دلیل برای این دانش‌آموزان به‌کارگیری روش‌های مثبت بر منفی ارجحیت دارد.

یا رفتار ایجاد شده در زمان و مکان نامناسب قادر نیست، به همین دلیل به طور ناگهانی و بی‌موقع به سؤال‌ها پاسخ می‌دهد یا گفتگوهای دیگران را قطع می‌کند. چنین رفتارهایی از آن‌ها کودکانی عجول نمایان می‌کند و افزایش تنبیه، سرزنش و طرد آن‌ها را در پی دارد (میکامی<sup>۶</sup> و هینشاو، ۲۰۰۷). افزون بر این کودکان با این آسیب، در کارکردهای اجتماعی از جمله منتظر نوبت ماندن، پاسخ دادن به نشانه‌های غیر کلامی، درک احساسات دیگران و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی نیازمند بازداری و مشارکت دچار نارسایی هستند. همچنین در ارتباط با دیگران رفتارهای پرخاشگرانه بسیاری نشان می‌دهند و به این ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای آن‌ها بسیار دشوار می‌شود (اردلان، فرهود و شاه‌محمدی، ۱۳۸۱).

نارسایی در حافظه فعال نیز منجر به ضعف این کودکان در ذخیره کردن و بازیابی اطلاعات مرتبط با کارکردهای اجتماعی و فقدان توانایی لازم در پردازش کارآمد و مؤثر نشانه‌های اجتماعی می‌شود (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از حکیمی‌راد و همکاران، ۱۳۹۳). برای مثال، کودک ممکن است حرف دیگران را قطع کند زیرا نمی‌تواند مطالبی را که قصد بیان آن را دارد به طور موقت به حافظه بسپارد. همین مسئله باعث می‌شود فرد در ارتباطات اجتماعی با مشکلات بسیاری مواجه شود، دیگران از رفتار او ناخرسند باشند و به ارتباط با او تمایل نشان ندهند. تاکنون پژوهش‌های متعددی به بررسی بازداری پاسخ و حافظه فعال اقدام کرده و نشان داده‌اند که آموزش‌هایی چون آموزش خودتنظیمی، آموزش آرمیدگی و آموزش مهارت‌های اجتماعی، الگوبرداری، آموزش حل مسئله، آموزش خودنظارتی، آموزش با صدای بلند فکر کردن، آموزش مهارت سه‌گانه توقف‌کن، فکرکن و آرام باش، آموزش از طریق الگوی برو-نرو، الگوی توقف-علامت و کنترل تداخل و فعالیت فلانکر، آموزش از طریق هدف‌گیری، بازی بنشین پاشو و اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس (عابدی و آقابابایی، ۱۳۸۶)، حرکت از بین موانع، بازی‌های تعادلی و آموزش بازداری چشم در چشم (صاحبان، امیری، کجباف و عابدی، ۱۳۸۹) و آموزش با استفاده از آزمون عملکرد پیوسته و نیز آموزش چگونگی کنترل و مدیریت رفتارهای تکانشی

6. Mikami

## \* اغلب دچار نارسایی در کارکردهای اجرایی از

### جمله نارسایی در بازداری پاسخ و حافظه فعال هستند

کارکردهای اجرایی به عنوان فرآیندهای شناختی که سایر فعالیت‌های شناختی را هدایت می‌کنند، تعریف می‌شوند (کارچ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ میلر و هینشاو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و از جمله وظایفی را شامل می‌شود که قشر پیش‌پیشانی انجام می‌دهد و مؤلفه‌هایی از قبیل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، انعطاف‌پذیری، تبدیل وضعیت تداخل - کنترل، خودنظم‌جویی، خودنظارتی، خودکنترلی، خود تولیدی، بازداری پاسخ و حافظه فعال است (دنکلا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). حافظه کاری نیز به عنوان یکی از کارکردهای شناختی مرتبط با کارکردهای اجرایی، مجموعه‌ای از فرآیندهایی است که به فرد اجازه نگهداری کوتاه‌مدت اطلاعات را می‌دهد (نجاتی، بهرامی، آبروان، روبن‌زاده و مطیعی، ۱۳۹۲). پژوهشگران معتقد هستند که بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، در کارکردهای اجرایی و حافظه کاری به ویژه در زمینه بازداری پاسخ و حافظه فعال دچار آسیب شده‌اند و نشانه‌های بارز این اختلال ناشی از نارسایی در این دو مؤلفه است (تراویس<sup>۴</sup>، گروسولاد و استیکسروود، ۲۰۱۱؛ ویلکات<sup>۵</sup>، دوویل، نایگ، فرارون و پنینگتون، ۲۰۰۵). بازداری پاسخ که مهم‌ترین مؤلفه کارکردهای اجرایی است، به توانایی متوقف کردن افکار، اعمال و احساسات اطلاق می‌شود و حافظه فعال نیز که ابزاری کارآمد و ضروری در همه جنبه‌های زندگی است به نگهداری کوتاه‌مدت اطلاعات در ذهن و دست‌کاری آن‌ها گفته می‌شود (حکیمی‌راد، افروز، به پژوه، غباری بناب و ارجمندنیا، ۱۳۹۲).

نارسایی در این دو مؤلفه به آسیب در حیطه‌های مختلف شناختی، تحولی، تحصیلی و اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌انجامد و مهارت‌های اجتماعی کودکان با این اختلال به طور معناداری از کودکان بدون اختلال پایین‌تر است (کوثری و عزیززاده، ۱۳۸۹). به این صورت که به دلیل آسیب در بازداری پاسخ، کودک به خودداری از فکر

1. Karch
2. Miller & Hinshaw
3. Denckla
4. Travis
5. Willcutt

خاک یا آرد و دیگر وسایل و تجهیزات آموزشی لذت می‌برند، همچنین آن‌ها از طریق دیدن و لمس کردن بهتر یاد می‌گیرند. این وسایل باعث افزایش جلب توجه و علاقه دانش‌آموز به یادگیری می‌شوند. برای آماده کردن و استفاده از این وسایل می‌توانید از معلم کمکی، سرپرست آموزشی و هرکس دیگری که حاضر به همکاری با شماست، استفاده کنید.

### \* اغلب در حوزه تنظیم هیجان، پردازش زبانی و پردازش اطلاعات اجتماعی نقص‌هایی دارند

بر اساس یافته‌های پژوهشی بیش از نیمی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی‌های یادگیری را نیز دارند؛ یعنی اگر یک کودک مهارت‌های زبانی، شناختی و ارتباطی لازم برای نام‌گذاری و مقوله‌بندی هیجان‌ها یا ارتباط با دیگران را نداشته باشد با مشکلاتی در تحمل ناکامی و مهارت‌های حل مسئله مواجه خواهد شد (اخلاصی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ بنابراین، فقدان این توانمندی‌ها، به سبک‌شناختی سوگیرانه منتهی می‌شود و به نوبه خود رفتار سوء و غیرمسئولانه را گسترش می‌دهد. از سوی دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل ناکامی، مهارت‌های بین فردی و تنظیم هیجانی و تلفیق این سه رویکرد با همدلی مراجع محور و حل مسئله شناختی-رفتاری سبب افزایش انعطاف‌پذیری و ارایه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک می‌تواند به این کودکان کمک‌کننده باشد. همچنین، با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمان‌جویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند؛ بنابراین، هدف آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی، پرخاشگرانه و مخرب است (اردلان و همکاران، ۱۳۸۱).

از سوی دیگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی را نیز این‌گونه می‌توان تبیین کرد که یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی در این کودکان کمبود حمایت‌های

کودک به مادران می‌تواند به بهبود افراد مبتلا منجر شود (مشهدی، ۱۳۸۸).

به طور کلی آسیب به کارکردهای اجرایی مشکلات متعددی برای افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به وجود می‌آورد. برای مثال، آسیب کارکرد حافظه کاری موجب اختلال در سازمان‌دهی رفتار، درک زمان و سازمان‌دهی تکالیف، نوشتن، نقاشی کردن یا دیگر فعالیت‌های پیچیده می‌شود، بنابراین به این کودکان باید ساختارها و قوانین آموزشی داده شود تا در زمان انجام دادن تکالیف و فعالیت‌ها آن‌ها را دنبال کنند (حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه‌الدین، ۱۳۸۴). برای مثال، قبل از شروع تکلیف یک برنامه زمانی کوتاه‌مدت تهیه شده و مواد و وسایل لازم برای انجام تکلیف آماده شود و در طول انجام دادن تکالیف یک زمان‌سنج در کنارشان قرار داده شود یا در زمان انجام دادن تکالیف پیچیده با ساختاری کردن سوال‌ها، به کودک کمک شود. افزون بر این، آموزش استفاده از راهبردهای کلامی، پیش و پس از یک کار یا فعالیت نیز می‌تواند مفید باشد. برای مثال کودک از خود پرسد «آیا کار تمام شده است؟»

در مجموع، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که این کودکان بسیار کند به تحول در کارکردهای مختلف اجرایی از جمله برنامه‌ریزی، بازداری، خودتنظیمی، نظارت و حل مسئله می‌رسند که این تاخیر به ویژه در ارتباط با سطوح پیشرفته کارکردهای اجرایی محسوس‌تر است (کرم‌شائی و همکاران، ۱۳۹۳). این کودکان به دلیل ضعف در کارکردهای اجرایی و مشکلات رفتاری در توجه و تمرکز با مشکلات جدی مواجه‌اند و این مسائل افزون بر کارکردهای خانوادگی و تحصیلی، بر خودپنداره و اعتمادبه‌نفس آن‌ها نیز تأثیر منفی بر جای می‌گذارد (صفوی و همکاران، ۱۳۹۳).

### \* اغلب در حوزه حافظه و یادگیری مشکلات شدیدی دارند

بیشتر دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از کار با وسایل ملموس و عینی از قبیل ماشین حساب، فیلم و نوارهای آموزشی، کارت‌های بازی، ضبط‌صوت‌های کوچک، کارت‌های حروف و کلمات، حروف و اعداد سنباده‌ای، نوشتن روی

قصدهیچ صدمه‌ای در کار نبوده و به دانش‌آموز دیگر که ضربه زده توضیح دهد که آن دانش‌آموز از ضربه خوردن (لمس شدن) ناراحت می‌شود. اطمینان حاصل کنید که دانش‌آموز فضای کافی در فعالیت‌های حرکتی دارد. از مربع‌های کف‌پوش یا حلقه‌هایی برای معین کردن فضای شخصی دانش‌آموز بیش‌فعال هنگام فعالیت‌های حرکتی، استفاده کنید (برزگر بفرویی و خضری، ۱۳۹۳).

#### \* بیشتر این کودکان در فهم تاثیر رفتارشان در افراد دیگر احتیاج به کمک و راهنمایی دارند

آن‌ها اغلب، موجب برهم زدن بازی و تفریح می‌شوند، نسبت به احساسات دیگران بی‌ملاحظه و سهل‌انگارند، در کنترل اعمال و حرکات خود ضعیف بوده و در حس مشارکت و تقسیم کار، دچار مشکل می‌شوند. شما نباید در برابر این رفتارهای کودک دستپاچه شده و اوضاع را بدتر کنید، بلکه باید به کودک کمک کنید تا این مهارت‌ها را یاد بگیرد. شما می‌توانید از نشانه‌های کلامی استفاده و خود در بازی کودکان شرکت کنید و به کودک کمک کنید تا با کودکان دیگر به طور مشترک به بازی پرداخته و در همه حال رفتارهای مناسب او را تقویت کنید.

#### \* به طور معمول در توجه به جزئیات ناتوان بوده و در نگهداری توجه هنگام فعالیت و بازی مشکل دارند، همچنین اغلب قادر به پیگیری دستورات یا اتمام کارها نیستند و به دلیل فراموش کاری وسایل و اسباب بازی‌های خود را گم می‌کنند

یکی از بهترین روش‌هایی که می‌تواند به این کودکان در بهبود وضعیت‌شان کمک کند، تغییر نگرش آن‌هاست که در بهترین حالت به صورت آموزش چهره به چهره و مستقیم صورت می‌گیرد. معلم در این مرحله با ارایه راهکارها به کودک کمک می‌کند تا کمتر دچار حواس‌پرتی و فراموشی شود، از این طریق کودک با کنترل توجه خود و کاهش فراموش کاری می‌تواند اعتمادبه‌نفس خود را دوباره بازیابد. در این میان نقش مثبت روش‌های درمان شناختی - رفتاری، در شناسایی و درک منشأ رفتار در راستای کنترل رفتار، کاهش ناکامی و پرخاشگری بدنی

عاطفی و اجتماعی، عزت‌نفس پایین، مشکلات مدرسه، رفتارهای پرخطر و اختلال‌های خلقی است (طباطبائی، ۱۳۸۶).

رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌ها می‌تواند ضمن حمایت از روابط دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی با دیگران، به آن‌ها در حفظ رابطه محترمانه در طول زمان کمک کند. همچنین، این نوع رفتاردرمانی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای و محل کیفیت زندگی، از جمله اختلال‌های خلقی و هیجانی و خشم و بی‌ثباتی عاطفی مؤثر است (مویدی و همکاران، ۱۳۹۲). رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ترکیب کردن تمرینات ذهن، آگاهی و تنظیم هیجان با اصول رفتاردرمانی به دانش‌آموزان یاد می‌دهد با حالتی بدون قضاوت به مشاهده پیامدهای جسمی، ذهنی و رفتاری خود پردازند و افزون بر آن سعی در پذیرش بدون قید و شرط این رفتارها داشته باشند که تحمل و قبول تغییر باعث تجربه هیجان‌ات مثبت آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر، دانش‌آموزان مبتلا با تمرین این مؤلفه‌ها می‌توانند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت‌هایی که از لحاظ هیجانی و نشانه‌های بیماری دچار مشکل می‌شده‌اند، مهارت‌های کنار آمدن و حل مسئله را فراگیرند که نوعی ترکیب درمان رفتاری و حمایتی با حل مسئله‌شناختی است (نریمانی، بگیان کوله مرزی، احدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳). در مجموع، کاهش رفتارهای پرخطر و محل کیفیت زندگی، توانایی در حل تعارضات بین فردی و بهبود روابط بین شخصی افراد مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی در تعامل با همسالان و والدین (مودی و شیرمهنجی، ۱۳۹۱)، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش تجربه‌های ناخوشایند روزانه، بی‌ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجان‌ات منفی و تنش و عصبانیت همراه آن با آموزش این مهارت‌ها باعث می‌شود دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار شوند (فاضلی، شیرازی، اصغرنژاد و افخم ابراهیمی، ۱۳۹۲).

\* بعضی از این کودکان نسبت به لمس شدن (دست خوردن) بسیار حساس‌اند و شاید یک ضربه ناآگاهانه از کودکی دیگر را به صورت هل دادن دریافت کنند معلم می‌تواند به این دانش‌آموز توضیح دهد که

این کودکان در مدرسه به عنوان کودکان حواس پرت و شلوغ با ارتباط اجتماعی پایین شناخته شوند. از آنجا که مبتلایان به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی افزون بر نشانه‌های مربوط به این اختلال به طور معمول از مشکلات مربوط به اختلال‌های دیگری مثل اختلال یادگیری، اختلال عملکرد، بی‌اختیاری ادرار، اختلال وسواس و اختلال اضطرابی، اختلال سلوک، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال‌های خلقی نیز رنج می‌برند، اگر این اختلال در دوره کودکی به درستی تشخیص داده شود و مورد درمان‌های مناسب قرار گیرد می‌تواند از بروز خطرات جبران‌ناپذیر از قبیل ترک تحصیل، اعتیاد به موادمخدر، کاهش اعتمادبه‌نفس، بزهکاری و پرخاشگری در بزرگسالی جلوگیری کند.

بنابراین نهادهای بهداشت عمومی و آموزش و پرورش موظف هستند، ضمن تهیه کارت سلامت برای هر دانش‌آموز قبل از ورود کودک به مدرسه و تشخیص میزان سلامت یا نوع اختلال کودک، معلم را از وضعیت کودک مطلع کنند و با آشنا کردن کامل معلمان با ویژگی‌های این اختلال و آموزش چگونگی رفتار با کودکان مبتلا، معلمان را به عنوان رفتار درمانگرانی برای کمک به بهبود این کودکان تربیت کنند.

بنابراین معلمان در راستای تحقق این هدف می‌توانند از طریق برقراری ارتباط مستقیم با کودک نوع نگرش او را نسبت به رفتارهایش تغییر داده و با ارائه راهکارهای درمانی شناختی-رفتاری، کودک را در کنترل و تسلط بر رفتارهایش یاری دهند تا از این راه کودک اعتمادبه‌نفس خود را به دست آورده و بتواند ارتباط اجتماعی بهتری نسبت به قبل برقرار کند و به‌طور خلاصه در انجام اعمال و کارها باثبات‌تر و موفق‌تر عمل کند.

در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و بهبود روابط مبتلایان با همسالان را نباید نادیده گرفت. درمان‌های شناختی رفتاری مواردی چون آموزش روش حل مسئله و آموزش روش خودآموزی کلامی را شامل می‌شود که براساس پژوهش‌های انجام‌شده توسط مودی و خورشیدی (۱۳۹۱) روش خودآموزی کلامی بر کاهش نشانه‌های برانگیختگی، خودکنترلی، مشکلات توجه، مشکلات بیش‌فعالی-تکانشگری دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی تاثیر خوبی دارد. همچنین طبائیان (۱۳۸۶) در پایان‌نامه خود نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی را به عنوان یکی دیگر از روش‌های درمان شناختی-رفتاری در افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط با همسالان یادآوری کرده است.

در پایان لازم به یادآوری است بازی‌های آموزشی که به منظور افزایش سطح توجه و خودکنترلی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی طراحی شده‌اند نیز باعث کاهش معنادار شدت مجموع نشانه‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌شود (رضازاده، ۱۳۸۳).

### بحث و نتیجه‌گیری

اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی یکی از اختلال‌هایی است که در میان کودکان مدرسه‌ای از شیوع بالایی برخوردار است. این اختلال در مبتلایان به سه حالت بی‌توجهی، بیش‌فعالی یا ترکیبی از بیش‌فعالی و بی‌توجهی بروز می‌کند. این اختلال با نشانه‌های آشکاری چون تحرک بیش از حد نسبت به همسالان، انجام اعمال بدون توجه و تمرکز کافی و به اصلاح سر به هوا بودن، توانایی نداشتن در به پایان رساندن یک کار و مدام از یک شاخه به شاخه دیگر پریدن و غیره قابل تشخیص است که باعث می‌شود



## منابع

- اخوان، ک؛ گلستان، م؛ فلاح، ر؛ و صدر بافقی، م. (۱۳۸۶). بررسی شیوع اختلالات بیش‌فعالی و کمبود توجه و تمرکز در کودکان ۶ ساله شهر یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۵، ۴، ۲۹-۳۴.
- اردلان، گ؛ فرهود، د؛ و شاه‌محمدی، د. (۱۳۸۱). بررسی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و تمرکز در کودکان مقطع پیش‌دستانی (مهد کودک‌های شرق تهران در سال ۷۹-۸۰). مجله بیماری‌های کودکان ایران، ۱۲، ۴، ۵۳-۵۶.
- برزگر بفرولی، ک؛ و خضری، ح. (۱۳۹۳). مشکلات رایج کودکان و نوجوانان و کلیدهای رویارویی با آنها راهنمای عملی برای والدین و معلمان. یزد: دانشگاه یزد.
- برزگر بفرولی، ک. (۱۳۹۲). کاربرد فعالیت‌ها و راهکارهای آموزشی-درمانی متناسب با نیازها و ویژگی‌های رشدی کودکان اتیسم، ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳، ۹، ۴۰-۴۹.
- پاشا سلطانی، ع. (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی روش حل مسئله در کاهش علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی کودکان دبستانی پسر پایه پنجم شهر ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- حاجبی، ا؛ حکیم شوستری، م؛ و خواجه‌الدین، ن. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۳، ۴، ۴۴۰-۴۳۵.
- حکیمی‌راد، ا؛ افروز، غ؛ به‌پژوه، ا؛ غباری بناب، ب؛ و ارجمندیا، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه‌های آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۹، ۴، ۳۰-۴۴.
- رضازاده، م. (۱۳۸۳). تأثیر بازی‌های آموزشی تمرکز فکر بر کاهش شدت علائم اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- شعبانی، م؛ و یادگاری، ا. (۱۳۸۴). بررسی شیوع اختلالات بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر زنجان در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳، ۵۱، ۴۲-۴۸.
- شهیم، س؛ مهرانگیز، ل؛ و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان دبستانی، ۱۷، ۱۱۱-۲۱۶.
- صاحبان، ف؛ امیری، ش؛ کجباف، م؛ و عابدی، ا. (۱۳۸۹). بررسی کوتاه مدت آموزش کارکردهای اجرایی، بر کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان. تازه‌های علوم شناختی، ۱۲، ۱، ۵۲-۵۸.
- صفوی، پ؛ لطفی‌زاده، م؛ سدهی، م؛ و شهیدی، ف. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر آموزش مستقیم و غیرمستقیم بر تغییر نگرش والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، در زمینه میزان رضایت از درمان و تبعیت دارویی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۶، ۲، ۱۰۴-۱۱۲.
- طباطبائی، ر. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط با همگنان در کودکان پسر مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی مقطع ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- عابدی، ا؛ و آقابابایی، س. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش حافظه فعال بر بهبود عملکرد تحصیلی کودکان با ناتوانی یادگیری ریاضی. روان‌شناسی بالینی، ۲، ۸، ۸۱-۷۳.
- علاقبندراد، ج؛ و مومنی، ف. (۱۳۷۹). ارتباط اختلال بیش‌فعالی و همراه با نقص توجه با اختلال یادگیری در پسران ۷-۱۲ ساله. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶، ۲ و ۳، ۳۲-۳۶.
- فاضلی، ز؛ شیرازی، ا؛ اصغر نژاد، ف؛ و افخم ابراهیمی، ع. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و آموزش مدیریت والدین بر شاخص‌های بینایی-ساختاری، توجهی، رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۹، ۴، ۲۶۴-۲۷۴.
- کرم‌شانی، آ؛ عابدی، ا؛ و یارمحمدیان، ا. (۱۳۹۳). تحول کارکردهای اجرایی در دختران و پسران پیش‌دستانی و دبستانی (۵-۱۲ سال) مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی شهر اصفهان. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۶، ۱، ۳۱-۴۵.
- کوثری، ل؛ و عزیززاده، ح. (۱۳۹۰). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان. مطالعات روان‌شناختی، ۶، ۳، ۱۱۰-۱۱۰.
- مشهدی، ع. (۱۳۸۸). بررسی کنش‌های اجرایی و تأثیر شیوه‌های درمانگری (دارو درمانگری، آموزش کنش‌های اجرایی و ترکیب این دو مداخله) در افزایش کنش‌های اجرایی و کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی. رساله دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مودی، م؛ و خورشیدی، ح. (۱۳۹۱). بررسی روش خودآموزی کلامی بر کاهش نشانه‌های برانگیختگی کودکان بیش‌فعال نارسایی توجه، سومین همایش ملی مشاوره سایت سیولیکا.
- مودی، م؛ و شیرمهنجی، م. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش ناکامی و پرخاشگری بدنی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. سومین همایش ملی مشاوره سایت سیولیکا.
- مؤیدی، ف؛ مؤیدی، ع؛ گلی، غ؛ و حامدی، ی. (۱۳۹۲). شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان ابتدایی شهر بندرعباس در سال ۱۳۸۸. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۷، ۳، ۲۴۱-۲۴۷.
- نجاتی و؛ بهرامی، ه؛ آبروان، م؛ روبن زاده، ش؛ و مطیعی، ح. (۱۳۹۲). عملکردهای اجرایی و حافظه کاری در کودکان مبتلا به اختلال

- کم توجهی - بیش‌فعالی و سالم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۵، ۳، ۶۷-۷۵.
- نریمانی، م؛ بگیان کوله‌مرز، م؛ احدی، ب؛ و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان. مجله روانشناسی بالینی، ۶، ۱، ۴۱-۵۴.
- یوسفی، ن؛ نعیمی، ق؛ قائدنیای جهرمی، ع؛ محمدی، ح؛ و فرمانی شهرضا، ش. (۱۳۹۲). مقایسه اختلال‌های نقص توجه/بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای و سلوک در دانش‌آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی، مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۳، ۱، ۱۲۹-۱۴۷.
- Almeida Montes, L.G., Hernández García, A.O., & Ricardo-Garcell, J. (2007). ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *Journal Attention hyperactivity Disorder*, 11(2), 150-6.
- Denckla, M. B. (2007). *Executive function: building together the definitions of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities*. In L. Meltzer: *Executive Function Education* (2nd Ed), New York: Guilford Press. (pp.5-18 ).
- Faraone, Sk., Kunwar, A., Adamson, J., & Biederman, J. (2009). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Me*, 39(4), 685-93.
- Karch, S., Thalmeier, T., Lutz, J., Cerovecki, A., Opgen-Rhein, M., & Hock, B. et al. (2010). Neural correlates (ERP/fMRI) of voluntary selection in adult ADHD patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260 (5), 427-40.
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 825-839.
- Miller, M., & Hinshaw, SP. (2010). Does childhood executive function predict adolescent functional outcomes in girls with ADHD? *J Abnorm Child Psychol*, 38 (3), 315-26.
- Primich, C., & Iennaco, J. (2012). Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life contexts for symptoms and impairments. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19 (4), 362- 73.
- Rostain, AL. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med*, 120 (3), 27-38.
- Sadock, BJ., Sadock, VA., & Kaplan Sadock, s. (2009). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed. London: Williams & Wilkins: 3561-3567.
- Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E., Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *Atten Defic Hyperact Disord*, 2, 127-132.
- Spetie, L., & Arnold, EL. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder, 120(3), 27-38.
- Spetie, L., & Arnold, EL. (2007). *Attention deficit hyperactivity disorder; Lewis's child and adolescent psychiatry*. 4th. New York: Lippincott, Williams and Wilkins. pp: 430-54.
- Travis, F., Grosswald, S., & Stixrud, W. (2011). ADHD, brain functioning, and transcendental meditation practice. *Mind Brain*. 2, 73-81.
- Tuttle, JP., Scheurich, NE., & Ranseen, J. (2010). Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Acad Psychiatry*, 34(3), 220-3.
- Wetzel, MW. (2009). Medical student participation in an adult ADHD outpatient clinic: an ideal setting for education in outpatient psychiatry. *Acad Psychiatry*, 33(1), 80-1.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 1346-1336, (11)57.
- Yoshimasu, K., Yamashita, H., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2005) Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder: a review: *Nippon Kosu Eisei Zasshi*, 53(6), 398-410 .