

## واکاوی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال بیش فعالی

### در دوره‌ی ابتدایی

پژوهش در کلاس های چندپایه و تلفیقی

دوره ۲ (۱۴۰۱) شماره ۱ بار و تابستان

۱۴۰۱، شماره متوالی: ۳

### رخساره سادات امیرلطیفی

دانشجوی کارشناسی پیوسته علوم تربیتی گرایش آموزش ابتدایی

دانشگاه فرهنگیان، پردیس امام خمینی گرگان، ایران

### چکیده:

دانش آموزان با اختلال بیش فعالی به علت ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی دارای عملکرد تحصیلی ضعیفی بوده و پیشرفت تحصیلی در آن‌ها دور از تصور است بنابراین باید از راهبردهایی خاص، جهت تسهیل مدیریت و آموزش دانش آموزان بیش فعال بهره برد. پژوهش حاضر با هدف واکاوی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره‌ی ابتدایی انجام شد. روش پژوهش، کیفی از نوع تحلیل محتوی، که شامل مراحل: تعریف واحد تحلیل، کاهش داده‌ها، استفاده از نظام مقوله‌بندی قیاسی، اصلاح نظام مقوله‌بندی و یک طرح کدگذاری قیاسی بر اساس داده‌ها و ارائه گزارش از داده‌های کیفی بوده است. حوزه پژوهش در این مطالعه، شامل کلیه- کتب، منابع و مکتوبات چاپی و دیجیتالی در دسترس است. برای استخراج پارگراف‌های مرتبط، از شیوه‌فیش برداری از کتب و منابع استفاده گردیده است. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات کدگذاری موضوعی بوده که طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد. پژوهش حاضر راهبردهایی جهت مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره‌ی ابتدایی ارائه کرده است که شامل خانواده درمانی، بازی درمانی، تنظیم تکالیف، گروه درمانی، شرطی سازی عامل، خودتنظیمی، دارو درمانی، فعال بودن حافظه، برنامه‌ریزی زمانی و تقویت مهارت‌های اجتماعی است.

**واژگان کلیدی:** اختلال بیش فعالی، پیشرفت تحصیلی، دانش آموزان، دوره‌ی ابتدایی

آموزش و پرورش ابتدایی در واقع نقطه ورود یک حرکت طولانی و مهم در زندگی کودکان است و همچنین از آنجا که سنگ بنای شخصیت کودکان در همین سال‌های اولیه دوره ابتدایی گذاشته می‌شود، بنابراین این دوره هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی مهم است (سیف، ۱۳۸۸ به نقل از غفاری، داوودی و همکاران، ۱۳۹۸). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) اعلام می‌کند شایع‌ترین اختلالات رفتاری-هیجانی دوران کودکی، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی به‌شمار می‌آید و شیوع آن در پسران چهار برابر دختران بوده است (فولادی و کاویانی بروجنی، ۱۳۹۶). مش و وولف (۲۰۰۸) تاکید می‌کنند که اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، معمولاً در توصیف کودکانی به‌کار برده می‌شود که همواره و به‌طور مکرر در دو حیطه‌ی کلی بی‌توجهی و بیش‌فعالی، رفتارهای نامتناسب با سن خویش نشان می‌دهند (احدیان، پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۷). اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتار ناگهانی، بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد و ۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند. اغلب این کودکان دارای مشکلاتی در قلمرو توجه هستند و ویژگی دیگر این کودکان ناتوانی در مهار رفتارهای تکانشی است (کاپلان و سادوک؛ ۲۰۰۷؛ واینر؛ ۲۰۰۴؛ زارعی، ۱۳۷۹؛ به نقل از درتاج و محمدی، ۱۳۸۹). به‌زعم نینگ، بلاسکی و همکاران (۲۰۰۲) افراد مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در تکالیفی که نیاز به هوشیاری و سرعت عمل دارند، بیشتر غیرفعال هستند و گاهی مشکلاتی در حافظه کلامی نشان می‌دهند (فلاطونی، پیرخانی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کار کردن به‌طور مستقل، انجام وظایف شغلی، به‌اتمام رساندن و تکمیل تکالیف و نیز در شغل خود مشکل دارند که این مشکلات ناشی از عدم پیشرفت تحصیلی، مشکلات یادگیری و اختلال کنترل تکانه می‌باشد (عربگل، حیاتی و دیگران، ۱۳۸۳؛ به نقل از مدنی، حیدری نسب و همکاران، ۱۳۹۳). حمای، جعفری ندوشن و همکاران (۱۳۹۶) اعتراف می‌کنند کودکان با اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه، با خانواده و معلمان خود مشکل داشته و این ضعف، آن‌ها را با پیامدهای تحصیلی زیادی مواجه می‌سازد (کلینگ و رود؛ ۲۰۱۲) و این کودکان هرچند می‌توانند مهارت‌های اساسی تحصیلی را بیاموزند اما نمی‌توانند به‌سرعت همسالانشان، این مهارت‌ها را توسعه دهند و لذا مشکلات گسترده‌ای در زمینه پیشرفت تحصیلی دارند (شارما و کاجر؛ ۲۰۱۴). رضائی حصار و همکارش (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که در هر نظام آموزشی، معیار اصلی کارایی آن نظام میزان پیشرفت تحصیلی فراگیران آن نظام می‌باشد و نظام‌های آموزشی به دنبال بالابردن کارایی و کیفیت خود هستند که در این زمینه توجه به پیشرفت تحصیلی فراگیران اهمیت زیادی دارد و آدیمی (۲۰۱۲) نیز در این پژوهش، اظهار کرده است که پیشرفت تحصیلی عبارت است از توانایی اثبات موفقیت تحصیلی در اکتساب پیامدی که برای آن طرح‌ریزی شده است. بازده یادگیری و پیشرفت تحصیلی به خود دانش آموز، میزان انگیزش او برای یادگیری، تناسب روش‌های خانواده با شرایط و ویژگی‌های دانش آموز و ارزش‌های موجود در جامعه بستگی دارد (حسینی طباطبایی و قدیمی مقدم، ۱۳۸۶). کودک ساعات زیادی را در مدرسه به سر می‌برد و به واسطه اینکه معلم از طریق تدریس اطلاعات آموزشی و رفتاری قابل ملاحظه‌ای در مورد کودکان دارد، بسیاری از محققان از اطلاعات معلمان جهت تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در تحقیقات خود استفاده نموده‌اند (شاور، باریارسی و همکاران؛ ۲۰۰۴؛ بری، شایویتز و دیگران؛ ۱۹۸۵؛ به نقل از شهیم، مهرانگیز و همکاران، ۱۳۸۶). کردلو، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲) نقل کرده‌اند که برای کاهش مشکلات لازم است اصلاحاتی در محیط و روابط انسانی و بین فردی که کودک با آن‌ها در تعامل است به خصوص والدین و آموزگار، انجام گیرد و معمولاً والدین با این اختلال به‌عنوان یک مشکل نه یک بیماری برخورد می‌کنند (موندن؛ ۲۰۰۱). استفاده از تقویت‌ها و دستورات مستقیم و مثبت در کاهش علائم ADHD نقش

۱. Mesh & Wolf
۲. Kaplan & Saduk
۳. Wiener
۴. Nigg, Blaskey & et al
۵. Kieling & Rohde
۶. Sharma & Couture
۷. Adeyemi
۸. Sauver, Barbaresi & et al
۹. Berry, Shaywitz & et al
۱۰. Munden

دارد چون کودکان مبتلا به ADHD در خودکنترلی و به تبع آن در اجرای دستورات منفی مانند (نکن، نزن و نرو و...) مشکل دارند و یکی از نکات اصلی در ارائه‌ی تقویت‌ها این بود که امتیازها و پاداش‌ها در جریان یا بلافاصله بعد از بروز رفتار مطلوب ارائه شود که این امر یکی از دلایل افزایش رفتار مطلوب در این کودکان است (توزنده جانی، ۱۳۹۶).

در این راستا پژوهشی در مورد تاثیر آموزش معلمان و مداخلات کلاسی نشان داد که ارائه آموزش به معلمان در زمینه‌ی نشانه‌های ADHD، راهبردهای آموزشی مناسب، علل این اختلال مشکلات خانوادگی همراه با آن و کارایی دارودرمانی و عوارض جانبی آن امیدوار کننده است و ارائه آموزش به معلمان و والدین به طور همزمان در مطالعات موردی سودمند گزارش شده است (علیزاده و سالاری چینه، ۱۳۹۴). هنگام آموزش و تدریس دانش‌آموزان بیش فعال، آنان را در ردیف اول نشاند و تماس چشمی بیشتری با او برقرار می‌کنند، تا حد امکان در کارهای عملی‌تر مشغول می‌شوند، زود به زود تشویق می‌شوند، از وسایل کمک آموزشی استفاده می‌شود، درس‌های سخت‌تر در ساعات اولیه روز قرار داده می‌شود، نحوه یادداشت برداری از سخنان معلم و طبقه‌بندی کارهای آنان با استفاده از پوشه آموزش داده می‌شود (به نقل از غنی‌لو، شریفی و همکاران، ۱۳۹۵). بازی درمانی روشی است برای کودکان پر مشکل، تا بتوانند مسائل را به دست خود حل کنند با این هدف که کودک بتواند ویژگی‌های درون خود را بشناسد و به آن عمل کند همچنین در روش گروه درمانی نیز، درمانگر جمعی از بچه‌ها را به یک فعالیت پر جنب و جوش تشویق می‌کند تا انرژی اضافی آن‌ها تحلیل برود و از پرخاشگری و پر جنب و جوشی رها شوند در رفتار درمانگری عاملی نیز به رفتارهای مناسب پاداش داده و رفتارهای نامناسب را از طریق بی‌توجهی کردن یا تنبیه کردن مورد عدم تشویق قرار می‌دهند تا کودک با توجه به نوع رفتار با وی، رفتار خود را اصلاح کند (لیرلوی، ۱۳۹۴؛ به نقل از سادات مهریزی و کارآموز، ۱۳۹۷). کردلو، اسماعیلی و دیگران (۱۳۹۲) نگاهشده‌اند که به دلیل تنوع و تعداد زیاد مشکلات در کودکان بیش فعال، روش‌های درمانی مختلفی اعم از دارودرمانی، رفتاردرمانی، مشاوره (رامسی و راسل، ۲۰۰۷) و آموزش مدیریت والدین ... ارائه شده است (فابو و همکاران، ۲۰۰۹). حال سوال اصلی پژوهش این است که برای مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره‌ی ابتدایی، از چه راهبردهای آموزشی موثری می‌توان بهره‌مند شد؟

### روش‌شناسی پژوهش:

روش تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای، نظام مقوله‌بندی قیاسی بوده است. در تحلیل محتوای کیفی هدف تقلیل داده هاست و جنبه‌های تفسیر متن به دنبال سوالات، در مقوله‌هایی متناسب قرار داده می‌شوند. مرحله‌ی که در تحلیل محتوای کیفی صورت‌گرفت شامل: تعریف واحد تحلیل (پاراگراف)، کاهش داده‌ها، استفاده از نظام مقوله‌بندی، اصلاح نظام مقوله‌بندی و یک طرح کدگذاری بر اساس داده‌ها، ارائه گزارش از داده‌های کیفی (مایرینگ، ۲۰۰۰).

حوزه پژوهش شامل کلیه کتب و منابع نوشته شده پیرامون شناسایی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره‌ی ابتدایی می‌باشد. جهت نمونه‌گیری در این حوزه از کلیه مکتوبات چاپی و دیجیتالی در دسترس استفاده گردید. پارگراف‌های مرتبط، به شیوه فیش‌برداری استخراج شدند. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات، کدگذاری موضوعی بوده است که از واحد تحلیل پارگراف استفاده شده و طی سه مرحله انجام گرفته است: اولین مرحله کدگذاری باز؛ داده‌ها و پدیده‌ها در قالب مفاهیم درآورد شد. به این منظور ابتدا داده‌های از هم مجزا «تقطیع» شدند (خنیف فر و مسلمی، ۱۳۹۷). پس از استخراج، جملات و عبارات مهم مرتبط با سؤال تحقیق، در جدول قرار گرفته شد، سپس از جمله به جمله و خط‌به‌خط مطالب، مفاهیمی جزئی بیرون کشیده شد و کدگذاری گردید در قدم بعدی این کدها بر اساس پدیده‌های کشف شده در داده‌ها که مستقیماً بر پژوهش‌های تحقیق مربوط می‌شدند، دسته‌بندی می‌شد. مقوله‌های بدست آمده مجدداً

۱. Ramsay & Russell

۲. Fabio & et al

۳. Mayring

به کدهایی مرتبط شدند که انتزاعی تر از کدهای مرحله اول بودند. کدها نمایانگر محتوای مقوله می‌باشند و بالاتر از همه به یادآوری مرجع مقوله کمک می‌کنند. برای تهیه عنوان و نام برای کدها، از آثار و ادبیات علوم تربیتی و روانشناسی استفاده گردید.

دومین مرحله کدگذاری محوری بوده است که مقوله‌های بدست آمده از کدگذاری باز پالایش و تفکیک شدند، از میان مقوله‌های به وجود آمده در مرحله کدگذاری باز، آن‌هایی که به نظر می‌آمد بیش از سایر مقولات در مراحل بعدی به کار می‌آیند انتخاب شدند و مفاهیم مشترک در یک دسته قرار گرفتند. مرحله سوم کدگذاری گزینشی بوده است، یعنی کدگذاری محوری در سطحی انتزاعی تر ادامه پیدا کرد و به هر دسته یک برجسب زده شد. برای افزایش اعتبار، از روش تحلیل افراد بیرون از محدوده استفاده شد و نقاط کور پژوهش مشخص و اصلاح گردید.

#### یافته‌ها:

در این بخش، جهت تحلیل محتوا، جملات مرتبط با سوال تحقیق (چه راهبردهای آموزشی بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی در دوره ابتدایی، موثر است؟) استخراج و پس از کدگذاری و دسته‌بندی، مفاهیم اصلی بیرون کشیده شد، نتایج در جدول (شماره ۱) آمده است.

جدول ۱- تحلیل محتوی متون مرتبط با واکاوی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی در دوره ابتدایی

مفاهیم استخراج شده	جملات استخراج شده
۱. آموزش شیوه رفتار با کودک بیش فعال در والدین ۲. الزام مهارت‌های ارتباطی اختصاصی در والدین ۳. نیازمندی والدین به آموزش‌های لازمه ۴. کاهش علائم و مشکلات رفتاری کودک بیش فعال محصول آموزش والدین آن‌ها ۵. آموزش والدین علت کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۶. کاهش فشارهای روانی ولدین معلول آموزش دیدن آن‌ها	آموزش والدین بیش از سایر مداخله‌های خانوادگی عمومیت دارد و می‌تواند در بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی موثر باشد (حاجبی، حکیم شوشتی و خواجه‌الدین، ۱۳۸۴) و والدین این کودکان باید پذیرند که به مهارت‌های ارتباطی اختصاصی‌تری نیاز دارند و دادن آموزش‌های لازم به آن‌ها می‌تواند در کاهش علائم، مشکلات رفتاری و تضادهای والد-فرزندی موثر باشد و از فشارهای روانی آن‌ها کاسته شود (عمادیان، بهرامی و همکاران، ۱۳۹۴).
۷. کاهش حجم تکالیف دانش‌آموز بیش فعال ۸. تبدیل تکالیف زیاد به قسمت‌های کوچکتر ۹. استفاده از بازی جهت ارتقای تمرکز کودک ۱۰. داشتن عکس‌العمل مثبت و منفی به عملکرد دانش‌آموز علت تقویت انگیزه‌ی آنان (کنشگر فعال) ۱۱. جلب توجه توسط وسایل کمک آموزشی	معلم به دانش‌آموزان بیش فعال تکلیف کم داده و یا تکالیف زیاد را به قسمت‌های کوچک تقسیم کرده همچنین با ارائه تمرینات و بازی‌هایی به آنان برای تقویت تمرکز و توجه سعی در افزایش آن داشته و دادن تشویق و پاداش مثبت هنگامی که دانش‌آموز کار خوب و یا پاسخی صحیح ارائه می‌دهد، می‌تواند باعث انگیزه و تقویت رفتار در وی شود و استفاده از وسایل کمک آموزشی نیز برای جلب توجه کودک به موضوع درس نیز ممکن است مفید واقع شود (علیزاده و سالاری چینه، ۱۳۹۴).
۱۲. آموزش رفتار والدین (خانواده درمانی) ۱۳. کاهش علائم بیش‌فعالی توسط دارو (دارو درمانگری)	ترکیب آموزش رفتار والدین و دارو-درمانگری از میزان علائم فزون-کشی کودکان مبتلا به ADHD می‌کاهد (درتاج و محمدی، ۱۳۸۹).
۱۴. حل مسائل کودک بیش فعال توسط خودش نتیجه‌ی بازی درمانی ۱۵. شناخت ویژگی‌های درونی فرد محصول بازی ۱۶. تخلیه انرژی کودکان بوسیله گروه درمانی	بازی درمانی روشی است برای کودکان پر مشکل، تا بتوانند مسائل را به دست خود حل کنند با این هدف که کودک بتواند ویژگی‌های درون خود را بشناسد و به آن عمل کند همچنین در روش گروه درمانی نیز،

<p>۱۷. پاداش به رفتار مناسب کودک بیش فعال و بی‌توجهی و تنبیه رفتار نامناسب کودک</p> <p>۱۸. اصلاح رفتار کودک توسط خودش نتیجه‌ی عکس‌العمل دیگران به رفتار آن‌ها</p>	<p>درمانگر جمعی از بچه‌ها را به یک فعالیت پر جنب و جوش تشویق می‌کند تا انرژی اضافی آن‌ها تحلیل برود و از پرخاشگری و پر جنب و جوشی رها شوند در رفتار درمانگری عاملی نیز به رفتارهای مناسب پاداش داده و رفتارهای نامناسب را از طریق بی‌توجهی کردن یا تنبیه کردن مورد عدم تشویق قرار می‌دهند تا کودک با توجه به نوع رفتار با وی، رفتار خود را اصلاح کند (لیرلوی، ۱۳۹۴؛ به نقل از سادات مهریزی و کارآموز، ۱۳۹۷).</p>
<p>۱۹. بکارگیری شرطی سازی عامل بعنوان درمان</p> <p>۲۰. ارتقای کنترل مغزی میوه‌ی شرطی سازی عامل</p>	<p>در طول دوره درمان، کودکان ADHD با استفاده از شرطی‌سازی عامل یاد می‌گیرند کنترل بیشتری بر کارکردهای مغزی داشته باشند (حمای، جعفری ندوشن و دیگران، ۱۳۹۶).</p>
<p>۲۱. تلاش در جهت فعال نگه داشتن حافظه کودک بیش فعال</p>	<p>در متغیر حافظه فعال گروه عادی عملکرد بهتری از گروه بیش فعال دارد (کریمی و صالح‌نیا، ۱۳۹۳).</p>
<p>۲۲. عدم توانایی تنظیم رفتار و کردار</p> <p>۲۳. منظم نبودن روند غذا خوردن</p> <p>۲۴. نیازمندی کودک بیش فعال به مراقبت دائمی</p> <p>۲۵. عدم ثبات هیجانی</p> <p>۲۶. تمایل به انجام فعالیت‌های پرمخاطره</p> <p>۲۷. عجز بودن در انجام تکالیف درسی</p>	<p>عدم توانایی کودک بیش فعال در حفظ و تنظیم رفتارشان است، خوابیدن و غذا خوردن آن‌ها منظم نیست، مراقبت دائمی نیاز دارند، از نظر هیجانی ثبات ندارند، به‌طور ناگهانی می‌خندند و گریه می‌کنند، در فعالیت‌های خطرناک شرکت می‌کنند، در فعالیت و انجام تکالیف درسی نیز با کودکان دیگر شتاب‌زده عمل می‌کنند (فولادی و کاویانی بروجنی، ۱۳۹۶).</p>
<p>۲۸. بکارگیری خمیربازی و گل بعنوان دست‌ورزی</p> <p>۲۹. خود را جای دیگران قرار دادن و نقش پذیرفتن (تئاتر)</p> <p>۳۰. هماهنگی چشم و دست توسط بازی رایانه‌ای</p>	<p>به زعم کردلو و دیگران (۱۳۹۲) از جمله فعالیت‌ها و بازی‌هایی که برای کودکان با اختلال بیش‌فعالی در نظر گرفته شده است، شامل خمیربازی، گل، نقاشی، تئاتر، تا کردن کاغذ و حتی بازی‌های رایانه‌ای آرام که هماهنگی چشم و دست در آن در نظر گرفته می‌شود؛ نینجامد (مرکز ملی اختلالات، ۲۰۰۵؛ به نقل از نوری، ۱۳۸۹).</p>
<p>۳۱. روش‌های کنشگر مسبب بهبود رفتار کودک بیش فعال</p> <p>۳۲. ایجاد محیطی سازمان یافته</p> <p>۳۳. رفتاردرمانی (پاسخ متناسب با کار مثبت و منفی)</p> <p>۳۴. رفتاردرمانی شناختی (شناخت خود و رفتار متناسب با آن)</p> <p>۳۵. دارو درمانی</p>	<p>روش‌های کنشگر می‌تواند به بهبود رفتاری کودک بیش فعال در خانه و در مدرسه منجر گردد و انواع مهم شناخته شده درمان ADHD عبارتند از: برقراری و تداوم یک محیط سازمان یافته، رفتاردرمانی، رفتاردرمانی شناختی و دارو درمانی (عنی‌لو و دیگران، ۱۳۹۵).</p>
<p>۳۶. الزام وجود نگرش منسجم به ADHD</p>	<p>مدیریت ADHD نیازمند داشتن نگرش مناسب و منسجم به ADHD است (امیری، ۱۳۹۵).</p>
<p>۳۷. آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال</p> <p>۳۸. حافظه فعال علت ارتقای مهارت‌های اجتماعی</p> <p>۳۹. آموزش خودتنظیمی در کودک بیش فعال</p> <p>۴۰. آموزش آرمیدگی در کودک بیش فعال</p> <p>۴۱. بهبود ADHD توسط آموزش مهارت‌های اجتماعی</p> <p>۴۲. آموزش خود نظارتی در کودک بیش فعال</p> <p>۴۳. موسیقی، بهبوددهنده علائم ADHD</p>	<p>حسینی (۱۳۹۶) در پژوهش خود یافته است که برنامه‌های آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال ADHD نتایج جالب توجهی دارد (حکیمی‌راد، افروز و همکاران، ۱۳۹۲) و روش‌هایی مانند آموزش خودتنظیمی، آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش خود نظارتی در جهت بهبود بیماران با اختلال ADHD مفید می‌باشد (مپین و</p>

<p>۴۴. حرکات موزون بدن، مسبب کاهش علائم</p>	<p>همکاران؛ ۲۰۱۰؛ رید؛ ۲۰۰۵) همچنین موسیقی و حرکات موزون بدن باعث کاهش معنادار علائم اختلال ADHD در کودکان با این بیماری می‌گردد (نیزامیه و همکاران، ۲۰۱۴).</p>
<p>۴۵. مشکلات تحصیلی در کودک مبتلا به ADHD ۴۶. اختلال رفتاری در کودک مبتلا به ADHD</p>	<p>کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، در معرض انواع آسیب‌ها از جمله مشکلات تحصیلی، اختلال‌های رفتاری و همچنین خطر افزوده شدن سایر اختلال‌ها قرار دارند بنابراین، برای کاهش آسیب ناشی از مشکلات ذکر شده، مداخله زودهنگام در محیط خانه و مدرسه ضرورت پیدا می‌کند (فلاطونی، پیرخانی و دیگران، ۱۳۹۵).</p>
<p>۴۷. تقویت مثبت و منفی ۴۸. شکل‌دهی رفتار و الگوسازی ۴۹. محروم سازی ۵۰. رفتاردرمانی شناختی</p>	<p>شیوه‌هایی که در مدیریت رفتار کودکان و نوجوانان دارای اختلال بیش‌فعالی و نارسایی توجه می‌توان استفاده نمود عبارتند از: تقویت مثبت و منفی، شکل‌دهی رفتار، الگوسازی، مجاورت، محروم سازی و رفتاردرمانی شناختی (نوری، ۱۳۸۹).</p>
<p>۵۱. تلاش بر ارتقای تمرکز و توجه در مبتلایان ۵۲. تکانشگری در بیش‌فعالان ۵۳. بی‌دقتی و حذف جزئیات در بیش‌فعالان ۵۴. وجود مشکلات در روابط اجتماعی آنان ۵۵. کمبود عزت نفس در مبتلایان به ADHD</p>	<p>یکی از اختلالاتی که در بین کودکان دیده می‌شود اختلال بیش‌فعالی است: بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی نسبت به همسالان، سه ویژگی اصلی این اختلال است و کودکی که دائماً حواسش از تکلیف پرت می‌شود، معمولاً دارای کمبود توجه است و تظاهرات بالینی این کودکان عبارت است از: بی‌دقتی، نادیده گرفتن و حذف کردن جزئیات، اشکال در روابط اجتماعی و عزت نفس پایین (کریمی و صالح‌نیا، ۱۳۹۳).</p>
<p>۵۶. تنظیم تکالیف متناسب با میزان توجه کودک ۵۷. تبدیل تکالیف طولانی به قسمت‌های کوچکتر ۵۸. بکارگیری زمان‌سنج جهت ارتقای کیفیت عملکرد ۵۹. در نظر گرفتن زمان کافی برای انجام تکالیف</p>	<p>تکالیف تحصیلی را مطابق با محدوده‌ی توجه کوتاه دانش‌آموز تنظیم نمایید و تکالیف طولانی را به قسمت‌های قابل کنترل و کوچکتر تقسیم کنید همچنین استفاده از زمان‌سنج نیز در این مورد می‌تواند موثر باشد و گاهی مفید است به دانش‌آموز فرصت بدهیم که سرعت انجام تکالیف را خودش تنظیم می‌کند (نوری، ۱۳۸۹؛ به نقل از علیزاده و سالاری چینه، ۱۳۹۴).</p>
<p>۶۰. ضعف در برنامه‌ریزی توسط بیش‌فعالان ۶۱. ضعف در اتمام تکالیف ۶۲. ضعف در متمرکز ماندن بر صحبت دیگران ۶۳. ضعف در تصمیم‌گیری همراه با تفکر</p>	<p>افراد بالغ مبتلا به ADHD در برنامه‌ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری با فکر و ... مشکل دارند (وندر، ۱۹۹۵؛ عربگل، حیاتی و همکاران، ۱۳۸۳).</p>
<p>۶۴. کمبود خود-کنترلی در کودک مبتلا به بیش‌فعالی ۶۵. وجود مشکل در روابط بین فردی آنان در خانواده ۶۶. بکارگیری قصه‌درمانی در مبتلایان ۶۷. ارتقای کیفیت تعاملات میان والدین و کودک مبتلا به ADHD</p>	<p>علائم بالینی و مشکلات روانی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با خود-کنترلی پایین و روابط بین فردی مشکل‌ساز بین اعضای خانواده همراه است و قصه‌درمانی می‌تواند به عنوان یک راهبرد درمانی مکمل، خود-کنترلی و تعاملات والدین-کودک را در کودکان</p>

۱. Meepien & et al
۲. Reid
۳. Nizamie & et al
۴. Wender

	مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بهبود بخشند(وونهان و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از عمادیان، بهرامی و همکاران، ۱۳۹۵).
۶۸. دریافت پاداش بلافاصله پس از رفتار مطلوب در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی	امتیازها و پاداش‌ها در جریان یا بلافاصله بعد از بروز رفتار مطلوب کودک ADHD ارائه می‌شود که این امر یکی از دلایل افزایش رفتار مطلوب در این کودکان است (توزنده جانی، ۱۳۹۶).

در این بخش مفاهیم هم دسته شده و در قالب مفاهیم جایگزین یا مقوله‌ها در (جدول شماره ۲)، جای می‌گیرد.

جدول ۲- مفاهیم هم دسته شده و مقولات مرتبط با واکاوی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی در دوره‌ی ابتدایی

مفاهیم جایگزین شده (مقوله)	کد مفاهیم هم دسته شده
خانواده درمانی	۱۲-۱-۳-۴-۵-۶
تنظیم تکالیف	۷-۸-۵۶-۵۷
بازی درمانی	۹-۱۴-۱۵-۳۰
تخلیه انرژی یا گروه درمانی	۱۱-۱۶-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۳۲-۴۰-۴۳-۴۴-۴۶-۶۱-۶۶
شرطی سازی عامل	۱۰-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۳۱-۳۳-۴۷-۴۸-۴۹-۵۲-۶۸
رفتار درمانی شناختی یا خود تنظیمی	۲۹-۳۴-۳۹-۴۲-۵۰-۶۴
فعال نگهداشتن حافظه	۲۱-۳۶-۳۷-۳۸-۴۵-۵۱-۵۳-۵۵-۶۲-۶۳
برنامه‌ریزی زمانی	۵۸-۵۹-۶۰
تقویت مهارت‌های اجتماعی	۲-۴۱-۵۴-۶۵-۶۷
دارو درمانی	۱۳-۳۵

پس از تحلیل متون، مفاهیم کلیدی استخراج و در قالب مقوله‌های اعتباریابی شده تدوین گردید، در شکل شماره (۱) نمایش داده شده است.

پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



(شکل شماره ۱). مقولات حاصل از واکاوی راهبردهای آموزشی موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره ابتدایی

### بحث و نتیجه گیری:

اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی موجب اختلال در عملکرد دانش آموزان می شود و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در مقایسه با همسالان بهنجار آنها ضعیف تر است در نتیجه آنها نمرات پایین تری در آزمون های هوشی بهنجار به دست می آورند و پیشرفت تحصیلی شان پایین تر از سطح سنی و هوشبهرشان است (به نقل از حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از راهبردهای موثر بر مدیریت هدفمند دانش آموزان با اختلال بیش فعالی در دوره ابتدایی، آموزش شیوه رفتار با کودک بیش فعال در والدین یعنی خانواده درمانی است که نتایج این مقوله از پژوهش با یافته های آراین (۱۳۸۹) که اعلان می دارد آموزش والدین در مورد بیماری بیش فعالی فرزندشان، باعث رفتارهای مثبت کودک و پرهیز والدین از شیوه های نامناسب تنبیهی می شود، همخوانی دارد. شرطی سازی عامل یعنی عکس العمل مثبت داشتن به عملکرد مناسب دانش آموز جهت تقویت انگیزه ی آنان و عکس العمل منفی داشتن به عملکرد نامناسب دانش آموز جهت اصلاح رفتارشان، راهبردی موثر بر مدیریت پیشرفت تحصیلی در دانش آموز بیش فعال است که نتایج این مقوله از تحقیق با یافته های محمدزاده (۱۳۸۶) که نقل می کند نظام پاداش و تنبیه یک روش موثر جهت تغییر رفتار کودک بیش فعال بوده و جهت تقویت رفتار مطلوب و نیز زمانی که کودک رفتار مطلوبی انجام دهد، پاداش و زمانی که انجام ندهد تنبیه کوچکی را دریافت می کند، همسو است. بازی درمانی مسبب تقویت تمرکز



کودک و کسب توانایی حل مسئله و شناخت ویژگی‌های خود است که نتایج این یافته از تحقیق با یافته‌های رای و همکاران (۲۰۰۷) که بیان می‌کنند بازی درمانی در کودکان ADHD کاهش دهنده مشکلات هیجانی و افزایش دهنده خودآگاهی و خود کارآمدی و پذیرش اجتماعی است (به نقل از محب و دیگران، ۱۳۹۲)، همخوانی دارد. یکی از راهبردهای موثر بر مدیریت هدفمند پیشرفت تحصیلی دانش آموز بیش فعال، تخلیه انرژی، گروه درمانی و یا آموزش آرمیدگی در آنان است که توسط وسایل کمک آموزشی، خمیربازی، موسیقی و حرکات موزون بدن اجرایی می‌شود و نتایج این مقوله از پژوهش با نتایج بهرامی و همکاران (۱۳۹۲) که بیان می‌کنند آزرین (۲۰۰۶) پیشنهاد می‌کند برای کودکان بیش فعال می‌توان از فعالیت بدنی با شدت زیاد استفاده کرد که منجر به تقویت آرامش و کاهش تکانشگری آن‌ها می‌شود، همسو است. آموزش خودتنظیمی یعنی متناسب با رفتار دیگران عمل کردن و خود را به جای آنان قرار دادن، یکی دیگر از راهبردهای مدیریت دانش آموز بیش فعال است که نتایج این مقوله از تحقیق با نتایج توکلی‌زاده (۱۳۸۷) که اعتراف می‌کند هدف رفتار درمانی شناختی کمک به کودکان برای خودنظارتی بیشتر آن‌ها و استفاده از راهبردهایی است که بتوانند خود را اداره نموده و با خود کنار آیند، همخوانی دارد. دانش آموزان بیش فعال به علت نقص توجه و یا کم توجهی نیازمند حافظه‌ی فعال جهت ارتقای تمرکز و توجه هستند که نتایج این مقوله از پژوهش با نتایج پشبادی و همکاران (۱۳۹۱) که نگارش کرده‌اند دانش آموزان بیش فعال از انجام دادن کارهایی نیاز به تلاش ذهنی مستمر دارند متنفرند و یا میلی به انجام آن‌ها ندارند، همسو است. آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی موجب ارتقای کیفیت تعاملات آنان و در نهایت پیشرفت تحصیلی آنان شده که نتایج این عنصر از پژوهش با یافته‌های کوثری و عزیزاده (۱۳۸۹) که اعلام می‌کنند کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اغلب در تعاملات اجتماعی با همسالان مشکل دارند و این امر نهایتاً انزوای اجتماعی آن‌ها را باعث می‌شود (گرلی و پیرا، ۲۰۰۷)، همسو است. دارو درمانی، کاهش دهنده علائم بیش فعالی در کودک مبتلا به بیش فعالی است که با نتایج اخوان (۱۳۸۶) که متذکر می‌شود هنگامی که رفتار درمانی و دارو درمانی تماماً مورد استفاده قرار می‌گیرد رفتارهای تکانشی و تمرکز حواس بیشتر تحت کنترل در می‌آیند، همخوانی دارد. با توجه به ضعف دانش آموزان بیش فعال در برنامه‌ریزی، استفاده از زمان سنج جهت ارتقای کیفیت عملکرد آنان منجر به پیشرفت تحصیلی می‌گردد که این مقوله از تحقیق با این مطلب که کودکان با اختلال بیش فعالی به علت داشتن برخی مشکلات عصب-شناختی در کارکردهای اجرایی، مانند برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، ادراک زمان و پیش‌بینی آینده، حافظه کاری، حفظ و تبدیل کنترل حرکتی، بازسازی، زبان درونی، حل مساله و تفکر مشکل دارند (گید و همکاران، ۱۹۹۴؛ هاینده و همکاران، ۱۹۹۱؛ دوایل، ۲۰۰۶؛ نیگ، ۲۰۰۵) که محصول کار عزیزاده و همکاران (۱۳۹۲) است، همخوانی دارد. کاهش حجم تکالیف دانش آموز بیش فعال و نیز تبدیل تکالیف طولانی به قسمت‌های کوچکتر جهت متناسب شدن با میزان توجه کودک، از دیگر راهکارهای موثر بر مدیریت دانش آموز بیش فعال است که نتایج این مقوله از تحقیق با نتایج شیرازی و علاقبندراد (۱۳۷۹) که بیان می‌کنند انگیزه و پشتکار در کودکان ADHD کم است و آن‌ها نمی‌توانند تکالیفشان را در همان مدت زمانی که کودکان هم سن آن‌ها انجام می‌دهند، تکمیل کنند که برای رفع این مشکل می‌توان از تنظیم حجم تکالیف متناسب با سن آن‌ها و تقسیم تکالیف به بخش‌های کوچکتر و استراحت دادن میان بخش‌ها بهره نمود، همسو است.

۱. Ray & et al
۲. Gerly & Pier
۳. Gidd & et al
۴. Hynd & et al
۵. Doyle
۶. Nigg

## منابع فارسی:

احدیان، مهسا؛ پورشریفی، حمید؛ میرلو، محمدمهدی (تابستان ۱۳۹۷). «تأثیر یوگا بر نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی-تکانشگری در دانش‌آموزان پسر دوره‌ی ابتدایی دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی». مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال نوزدهم، شماره ۲، پیاپی ۷۲، صفحات ۱-۱۰.

اخوان، مریم (پاییز ۱۳۸۶). «بیش‌فعالی چیست؟». تعلیم و تربیت استثنایی، شماره‌های ۷۰ و ۷۱.

امیری، شاهرخ (۱۳۹۵). «نگرش نسبت به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی: مطالعه مقایسه‌ای نگرش مربیان و والدین تبریز، شمال غرب ایران». سی و سومین کنگره سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). «متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی». نیکخو، محمدرضا؛ آوادسیانس، همایاک. (مترجمان، ۱۳۸۶). چاپ سوم. تهران: انتشارات سخن.

آرین، فهیمه (زمستان ۱۳۸۹). «تعریف بیش‌فعالی و سبب‌شناسی آن». رشد آموزش پیش‌دبستانی، دوره‌ی دوم، شماره ۲، صفحات ۴۴-۴۷.

بهرامی، علی‌رضا؛ خلجی، حسن؛ دهقان، معصومه (بهار و تابستان ۱۳۹۲). «تأثیر یک دوره برنامه‌ی تمرینی جابه‌جایی و دست‌کاری محور بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال توجه / بیش‌فعالی». نشریه پژوهشنامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، سال نهم، شماره هفدهم، صفحات ۱۲۷-۱۴۰.

پشبادی، علی؛ خطایی، تحسین؛ فتحی، سمیه؛ رنجبر، کیا (تابستان ۱۳۹۱). «اختلال نارسایی توجه یا بیش‌فعالی». آموزش تربیت بدنی، دوره دوازدهم، شماره ۳، صفحات ۵۵-۵۹.

توزنده جانی، جواد (۱۳۹۶). «تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش نشانه‌ها و اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی». روانشناسی معاصر، ۱۲، صفحات ۴۳۲-۴۳۵.

توکلی زاده، جهانشیر (تابستان ۱۳۸۷). «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. تعلیم و تربیت استثنایی»، شماره ۷۹، صفحات ۵۵-۶۷.

حاجبی، احمد؛ حکیم‌شوشتری، میترا؛ خواجه‌الدین، نیلوفر (۱۳۸۴). «تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه». مجله اندیشه و رفتار، دوره یازدهم، شماره ۴، ۴۳۵-۴۴۰.

حسین خانزاده، عباسعلی؛ طاهر، محبوبه؛ یگانه، طیبه (تابستان ۱۳۹۲). «شناسایی و درمان اختلال نارسایی توجه؛ بیش‌فعالی در مدرسه». نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۶، پیاپی ۱۱۶.

حسینی طباطبایی، فوزیه؛ قدیمی مقدم، ملک محمد (پاییز ۱۳۸۶). «بررسی علل پیشرفت تحصیلی دختران در مقایسه با پسران در استان‌های خراسان رضوی، شمالی و جنوبی». دانش و پژوهش در علوم تربیتی، شماره پانزدهم، صفحات ۱۱۹-۱۴۷.

حسینی، ابراهیم (زمستان ۱۳۹۶). «اثر موسیقی درمانی بر پرخاشگری، علایم بیش‌فعالی و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی». روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال هشتم، شماره سی.

حکیمی‌راد، الهام؛ افروز، غلامعلی؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ ارجمندنی، علی اکبر (زمستان ۱۳۹۲). «اثر بخشی برنامه‌های آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی». مطالعات روان-شناختی، دوره ۴، شماره ۹، صفحات ۹-۲۹.

حمای، آرزو؛ جعفری ندوشن، علی؛ جلالیان، خاطره (۱۳۹۶). «اثر نوروفیدبک و آموزش مهارت‌های تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی مبتلایان به نارسایی توجه / بیش‌فعالی». روانشناسی معاصر، ۱۲، صفحات ۶۰۱-۶۰۵.

درتاج، فریرز؛ محمدی، اکبر (تابستان ۱۳۸۹). «مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با عملکرد خانواده بدون اختلال بیش‌فعالی». فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ششم، شماره ۲۲، صفحات ۲۱۱-۲۲۶.

رضائی حصار، حبیبه؛ وحدت، رقیه (زمستان ۱۳۹۶). «مقایسه تاثیر آموزش مطالعه و برنامه‌ریزی با استفاده از محتوی الکترونیکی و روش متداول بر پیشرفت تحصیلی درس زیست‌شناسی». نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی، سال دهم، شماره ۴۰، ص ۴۱-۲۷.

زارعی، محمدباقر (۱۳۷۹). «بررسی تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی در میزان علایم بیش‌فعالی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان. اصفهان.

سادات مهریزی، سید مجتبی؛ کارآموز، سیده فاطمه (۱۳۹۷). «معلم و اختلال ADHD (نقص توجه / بیش‌فعالی)». پنجمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۸). «روانشناسی پرورشی نوین». دوران، تهران.

شهیم، سیما؛ مهرانگیز، لیلیا؛ یوسفی، فریده (پاییز ۱۳۸۶). «شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان دبستانی». مجله بیماری‌های کودکان ایران، دوره ۱۷ (ویژه نامه ۲)، صفحات ۲۱۱-۲۱۶.

شیرازی، الهام؛ علاقبندراد، جواد (پاییز و زمستان ۱۳۷۹). «درمان اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی ADHD با رویکرد شناختی رفتاری». نشریه تازه‌های علوم شناختی، سال ۲، شماره ۳ و ۴، صفحات ۲۹-۳۴.

عربگل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی؛ حدید، مانده (۱۳۸۳). «شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان». مقاله پژوهشی، مجله تازه‌های علوم شناختی، ص ۷۳.

علیزاده، اکرم؛ سالاری چینه، پروین (۱۳۹۴). «بررسی تاثیر رفتار معلم بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در مقطع دبستان». کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین پژوهشی در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.

علیزاده، حمید؛ حسین‌زاده، پناه‌علی؛ گودرزی، علی محمد؛ زرافشان، هادی (بهار و تابستان ۱۳۹۲). «مقایسه الگوی ترسیمی، توانایی سازمان‌دهی و حافظه دیداری-فضایی کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی». مجله علمی-پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال سوم، شماره اول، پیاپی ۴، صفحات ۱-۱۰.

عمادیان، علیا؛ بهرامی، هادی؛ حسن‌زاده، رمضان؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات (۱۳۹۵). «مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به والدین و قصه‌درمانی دبر کیفیت رابطه مادر - فرزندی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی». مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

غفاری، خلیل؛ داودی، حسین؛ حیدری، حسن؛ یاسبلاغی شراهی، بهمن؛ محمدی، فاطمه (پاییز ۱۳۹۸). «اثربخشی بازی آموزشی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان کلاس اول ابتدایی در درس فارسی». نشریه مطالعات روانشناسی تربیتی، شماره ۳۵، صفحات ۲۱۱-۲۴۲.

غنی‌لو، محمدرضا؛ شریفی، محمد؛ کرمی، حسین (تابستان ۱۳۹۵). «بررسی تاثیر اختلال نقص توجه (بیش‌فعالی) بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان». اولین کنفرانس بین‌المللی مدیریت، حسابداری، علوم تربیتی و اقتصاد مقاومتی: اقدام و عمل.

فلاطونی، ثاره؛ پیرخانفی، علیرضا؛ دودانگی، نسرین (پاییز ۱۳۹۵). «مقایسه کارکردهای اجرایی مغز در کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه با کودکان دارای اختلال بیش فعالی». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۲۲، شماره ۳.

فولادی، فاطمه؛ کاویانی بروجنی، مهدیس (۱۳۹۶). «مقایسه نارسایی‌های ویژه در یادگیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و بهنجار». کنفرانس پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی و علوم تربیتی حقوق و علوم اجتماعی. کاپلان، هرولد؛ سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۲). «خلاصه روان‌پزشکی». ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری. تهران: شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

کردلو، محسن؛ اسماعیلی، زینب؛ آزادی، اسماعیل (۱۳۹۲). «بیش فعالی: راهکارهای مطلوب در تعامل با کودکان بیش فعال». تعلیم و تربیت استثنایی، سال سیزدهم، شماره ۴، پیاپی ۱۱۷.

کریمی، حیدر؛ صالح‌نیا، زمانه (۱۳۹۳). «مقایسه‌ی نیمرخ هوشی بین دانش‌آموزان عادی و مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه بر اساس وکسلر ۴ در پایه‌های دوم و سوم ابتدایی شهرستان سقز». دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و رفتاری.

کوثری، لایلا؛ علیزاده، حمید (پاییز ۱۳۸۹). «مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبیرستان». نشریه مطالعات روان‌شناختی، دوره ۶، شماره ۳، صفحات ۱۰۹-۱۳۴.

لیرلوی، میهن (زمستان ۱۳۹۴). «اختلال نقص توجه بیش فعالی چیست؟». رشد آموزش مشاور مدرسه، شماره ۴۲، صفحه ۲۹-۳۴.

محب، نعیمه؛ امیری، شاهرخ؛ بهروش، عاطفه (تابستان ۱۳۹۲). «اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علایم اختلال نقص توجه-بیش فعالی کودکان پیش دبستانی (۶ ساله)». فصلنامه آموزش و ارزشیابی، سال ششم، شماره ۲۲، صفحات ۲۷-۴۳.

محمدزاده، معصومه (تابستان ۱۳۸۶). «اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی». تعلیم و تربیت استثنایی، شماره‌های ۶۸ و ۶۹. صفحات ۹۰-۱۰۲.

مدنی، اعظم سادات؛ حیدری نسب، لایلا؛ یعقوبی، حمید؛ رستمی، رضا (پاییز و زمستان ۱۳۹۳). «بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی». دوفصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۱.

مش، اریک جی؛ وولف، مش و دیویدای (۲۰۰۸). «روانشناسی مرضی کودک». ترجمه: م. م. مکی‌آبادی و آ. فروغ‌الدین‌عدل. تهران: رشد.

نوری، مسعود (تابستان ۱۳۸۹). «مدیریت رفتار و راهبردهای آموزشی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کلاس درس». تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۱۰۳.

### منابع انگلیسی:

- Adeyemi, B. A. (2012). Effects of computer assisted instruction (CAI) on students' achievement in social studies in Osun state, Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3(2), 269-277.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4<sup>th</sup> revised ed). Washington, DC.
- Azarin N. Ehle C. & Vinas V. (2006). Physical exercise as a reinforcer to promote calmness of an ADHD child. *Behavior Modification*, 30(5), 564-570.
- Berry CA, Shaywitz SE, Shaywitz BA. (1985). Girls with attention deficit disorder: a silent minority? A part on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatr*. 76(5): 801-9.
- Doyle, A. E. (2006). Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 21-26.
- Fabio, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatment for attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 29(2), 129-40.
- Gerly, M & Pier, J. M. (2007). Social Incompetence in Children with ADHD: Possible Moderators and Mediators in Social-Skills Training *Clinical Psychology Review*, 27(1): 78-97.
- Gidd, J. N, & Castellanos, F. X., Casey, B. J, Kozuch, P, King, A. C., Hamburger, S. D, & Rapoport, J. L. (1994). Quantitative motphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 665-669.
- Hynd, G. W, Smrud-Clikman, M., Loryds, A. R, Novey, E. S., Eliopulos, D., & Lyytrnen, H. (1991). Corpus callostum morphology in attention deficit hyperactivity disorder: Morphometric analysis of MEI. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 141-146.
- Kieling, R., Rohde, L. A. (2012). ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. *Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment In: Stanford C, Tannock R, editor. Current Topics in Behavioral Neuroscience*, (9), 1-16.
- Meepien, D., Iamsupasit, S., & Suttiwan, P. (2010). Effect of self control training to reduc aggressive behaviors of female adolescent offenders in Ban Pranee Juvenile vocational training Center. *J Health Res*, 24(1): 35-38.
- Munden, A. (2000). The ADHD handbook. *Journal of Abnormal Psychology*. 112, 497-507.
- Nigg JT, Blaskey L, Huang-Pollack C, Rappley MD. (2002). Neuropsychological executive functions and ADHD DSM-IV subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41: 59-66.

Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and finding in attention deficit/hyperactivity disorder: The state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological psychiatry*, 57, 1424-1435.  
Nizamie, S. H., & Tikk, S. K. (2014). Psychiatry and music. *Indian J Psychiatry*, 56(2): 128-140.  
Ramsay, J., & Russell, L. (2007). Cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Rutledge*. 26(4), 433-444.

Ray, D. Schottlekor, A. Tsai, M-H. (2007). Play Therapy with Children Exhibiting Symptoms of Attention Deficit Hyperactive Disorder. *International Journal of Play Therapy*. 16(2): 95-111.  
Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-regulation interventions for children with ADHD. *Except Child*, 71(4): 361-377.

Sharma, A., Couture, J. (2014). A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother*, 48 (2), 209-25.

St Sauver JS, Barbaresi WJ, Katusic Sk, et al. (2004). Early life risk factor for attention deficit/hyperactivity disorder: a population – based cohort study. *Mayo Clinical Proc*. 79(9): 1124-31.  
Wender, P. H. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press.

Wiener, S. (2004). Textbook of child & adolescent psychiatry (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.

Won Han, J., Ho Hyun, M., Han, D. H., Hyun Son, J., Mi Kim, S., & Bae, S. (2015). The effects of narrative therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 54(1), 119-126.



## **Analysis of educational strategies affecting the targeted management of students' academic achievement with ADHD in elementary school**

### **Abstract:**

Students with ADHD have poor academic performance due to behavioral and personality traits and academic achievement in them is far from conceivable, so special strategies should be used to facilitate the management and education of hyperactive students. The aim of this study was to investigate the effective educational strategies on purposeful management of students' academic achievement with ADHD in elementary school. The research method is qualitative of the type of content analysis, which includes the steps: defining the unit of analysis, reducing the data, using the deductive categorization system, modifying the categorization system and a deductive coding plan based on the data and presenting The report was of qualitative data. Field-Research In this study, all books, resources, correspondence, print and digital are available. For extracting related paragraphs, the method of retrieving books and resources has been used. The method of data analysis and coding was thematic, which was performed through three stages of open, axial and selective coding. The present study presented strategies for purposeful management of academic achievement of students with ADHD in elementary school, including family therapy, play therapy, homework adjustment, group therapy, factor conditioning, self-regulation, medication, memory activation. Is time planning and strengthening social skills.

پښتونستان د علوم انساني او مطالعاتو فرېنډي  
پرتال جامع علوم انساني

**Keywords:** Hyperactivity Disorder, Academic Achievement, Students, Elementary