

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به‌عنوان یکی از انواع اختلال‌های شایع عصب روان‌شناختی همراه با اختلال‌های تحصیلی و اجتماعی بلندمدت است. این اختلال ممکن است به‌دلیل عملکرد عصب روان‌شناختی معیوب باشد (۱). نارسایی کارکرد اجرایی، تنظیم برانگیختگی و بازداری در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را نیز سبب می‌شود (۲).

شواهد رو به رشدی برای کاستی در حافظه دیداری این کودکان نیز وجود دارد که شامل اختلال و نارسایی در حافظه تشخیص فضایی و تشخیص الگو است (۳). وظیفه حافظه بصری شامل حافظه و جستجوی دیداری است. مور (۴) چنین به این موضوع می‌پردازد که مغز، به‌ویژه در کودکی، پیوسته در حال رشد است و هر چه کودک بزرگ‌تر می‌شود، مهارت‌های شناختی بیشتری در او رشد می‌یابد، تمرینات دیداری برای تمرکز توجه بر روی یک شیء می‌تواند موجب رشد دندریت‌ها در سلول‌های عصبی شود که به سلول اجازه می‌دهد با سایر سلول‌های مغزی مرتبط شود. در این دیدگاه رشدی، این فرآیند به شکل‌گیری مسیرها و پیوندهای نیرومند عصبی کمک می‌کند و کودک را قادر می‌سازد بر عملکردهای ارادی خود تسلط بیشتری داشته باشد (۴).

حافظه دیداری در محدوده‌های مشخص مغزی واقع شده است؛ این محدوده‌ها شامل قطعه گیجگاهی، بادامه و هیپوکامپ است (۵). این مناطق مغزی نقش بسیار مهمی در آسیب‌شناسی فیزیولوژیک مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ایفا می‌کنند (۶). همچنین مطالعاتی مبنی بر وجود ارتباط بین نارسایی توجه/بیش‌فعالی و کاهش نسبی آگاهی از اطلاعات دیداری واقع در سمت چپ فضا وجود دارند. توجه دیداری فضایی به فرآیند بالارفتن ادراک از یک محرک که در مکان معینی از فضا قرار دارد گفته می‌شود (۷).

همچنین بایلی (۸) با اشاره به‌وجود علائمی از مشکلات دیداری در کودکان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از این نظریه حمایت می‌کند که این‌گونه مشکلات می‌تواند مسئول بسیاری از دشواری‌های بعدی در کودکان برای تمرکز بر کارهای درسی باشد. مور (۴) بیان می‌کند که مشکلات مربوط به کنترل فعالیت‌های چشمی سهم عمده‌ای در مشکلات تحصیلی، به‌ویژه کودکان با اختلال

نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارد. وی از شواهدی یاد می‌کند که نشان می‌دهند چگونه تمرینات دیداری می‌تواند به بهبود این مشکلات کمک کند.

به این منظور مور (۴) مجموعه تمرین‌های دیداری ساده را مطرح کرده و مدعی است که تمرین‌های شبه‌بازی در عین سادگی می‌توانند تأثیرات مثبت عمیقی بر تمرکز و توجه و کاهش تکانشگری داشته باشند. مشاهده‌های برخی از محققان نشان می‌دهد که وقتی چشم فرد بر یک موضوع متمرکز است توانایی بیشتری برای توجه دارد. مور بیان می‌کند با انجام یک‌سری تمرینات برای تمرکز توجه دیداری، می‌توان از طریق تمرکز چشمی فرآیند توجه در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بهبود بخشید؛ همچنین وی معتقد است انجام این تمرین‌ها می‌تواند کاهش تکانشگری را به‌دنبال داشته باشد.

ریف با اجرای تمرینات دیداری-ادراکی بر روی تعدادی از کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان داد که چگونه با پیشرفت در جریان تمرین، کودک تمرکز بیشتری بر توجه خود یافته و تسلط بیشتری بر رفتار خویش کسب می‌کند. در واقع انجام هرگونه تمرین که تسلط بیشتر کودک را بر اعمال ارادی خود باعث شود، می‌تواند هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت تأثیر مثبتی بر سایر کارکردهای روان‌شناختی وی بگذارد (۱۰).

پس با توجه به تحقیقات پیشین، ضروری به نظر می‌رسد که اثربخشی تمرین‌های دیداری-ادراکی بر بهبود توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مطالعه شده و در صورت اثبات تأثیرگذاری این فعالیت‌ها در قالب یک برنامه اصلاحی گنجانده شود. قابلیت استفاده از این تمرین‌ها زمانی مشخص می‌شود که توجه خود را به سهولت، کم یا بی‌هزینه بودن و دسترسی همگان معطوف نماییم. در این پژوهش سعی شد تا با استفاده از آموزش تمرینات ساده دیداری-ادراکی، در زمینه بهبود برای نمره کارایی کل، تمرکز و دقت، در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک شود.

روش‌بررسی

این تحقیق از نوع آزمایشی بوده و با طرح تک‌آزمودنی است که با استفاده از طرح خطوط پایه منفرد اجرا شده است. افراد تحت مطالعه در این پژوهش شامل دو دانش‌آموز پسر ۸ و ۹ ساله (مقاطع سوم و چهارم

پایه برای هر دانش آموز، دوازده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تمرینات ادراکی-دیداری تنظیم شد. با توجه به اینکه روند آموزش در نیمه باید مشخص شود، در جلسه ششم آموزش، از دانش آموزان آزمون d² گرفته شده و نمودار آن رسم گردید. سپس در جلسه دوازدهم نیز از دانش آموزان آزمون d² گرفته شد. همچنین یک ماه بعد هم برای حصول اطمینان از عملکرد پایدار این تمرینات، آزمون d² تکرار شد.

جلسه اول: این جلسه با عنوان بازشناسی اشکال و کلمات اجرا شد که طی آن کودک به مدت ۲۰ ثانیه اشکال یا کلماتی در صفحه دیده و در صفحه بعد آن شکل یا کلمه مورد نظر را بازشناسی کرد.

جلسه دوم: پیدا کردن شکل از زمینه بود که کودک باید شکل مورد نظر را از بین اشکال درهم و پیچیده پیدا می کرد.

جلسه سوم: با عنوان تشابهات بوده و با هدف پیدا کردن اشکال شبیه به هم اجرا شد.

جلسه چهارم: با عنوان تفاوت ها بوده و کودک باید می توانست تفاوت های بین دو شکل را پیدا کند.

جلسه پنجم: با عنوان ارتباطات فضایی بود و کودک باید با وصل کردن یک سری از نقاط به یکدیگر طرح های مشابه شکل داده شده را رسم کند.

جلسه ششم: شامل پایداری یا ثبات شکل بود و کودک باید می توانست شکل مورد نظر را بدون در نظر گرفتن اندازه و چگونگی قرار گرفتن آن در فضا تشخیص دهد.

جلسه هفتم: مرحله توالی دیداری بود و کودک باید مسیر اشکالی را که با خطوط مشخص شده بودند ادامه می داد یا مازها را حل می کرد.

جلسه هشتم: مرحله تمیز دیداری بود و برای این منظور دو شکل به کودک نشان داده شد و به او گفته شد: «در تصویر پایین هر جا این دو شکل را دیدی علامت بزن».

جلسه نهم: با عنوان رمز نویسی بود و کودک صفحه رمز را دیده و طبق علائم رمز گذاری کرد.

جلسه دهم: مرحله الگویابی بود و در قسمت بالای صفحه کودک الگوی را دیده و طبق الگو شکل های پایین را کامل کرد.

جلسه یازدهم: مرحله حافظه دیداری بود و کودک یک تصویر داستانی را دیده و از وی درباره تصویر سؤال شد تا میزان توجه کودک به جزئیات بررسی شود.

جلسه دوازدهم: مرحله تکمیل دیداری است و قسمتی از یک عکس یا شیء به دانش آموز نشان داده شد تا وی عکس یا شیء را شناسایی و کامل کند.

ابتدایی) و دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بودند که به مرکز مشاوره نوید عصر مراجعه داشتند. روانشناس مرکز، میزان سطح هوش در کودک نه ساله را پایین تر از بهنجار و وی را دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، بیشتر از نوع کمبود تمرکز (AD)، تشخیص داد و در دیگری میزان سطح هوشی به صورت بالاتر از بهنجار و دارای اختلال از نوع ترکیبی (ADHD) تشخیص داده شد. در گام نخست با توجه به ضعف دو کودک فوق الذکر در آزمون دیداری- ادراکی آندره ری از آن ها آزمون توجه انتخابی، تمرکز و تلاشمندی (d²) در مرکز انجام شد و اثربخشی مداخله براساس مقایسه روند پاسخ های هر آزمودنی در مراحل خط پایه با درمان، از طریق مقایسه میانگین ها، مقایسه نمودارها و درصد بهبود اثر به دست آورده شد. تداوم پاسخ ها نیز در مرحله پیگیری ارزیابی شد. ابزار پژوهش: ۱. آزمون آندره ری: نتایج تحقیقات نشان دهنده این است که آزمون تصاویر پیچیده آندره ری مستقل از دو کارت A و B است. این آزمون در دو مرحله اجرا می شود، یکی ترسیم از رو و دیگری ترسیم از حفظ. ترسیم از رو مؤید رشد ترسیمی و ساخت یابی ادراکی آزمودنی است. روایی این آزمون ۰/۷۷ است (۱۱)؛ ۲. آزمون d²: این آزمون که جهت بررسی توجه، تلاشمندی، میزان خطا (دقت) و تمرکز کودکان استفاده شده، توسط بریکن کمپ (۱۲) ابداع شده است و امروزه یکی از ابزارهای شناخته شده تر و دقیق تر توجه و تمرکز و تلاشمندی در سطح بین المللی محسوب می شود. این آزمون توسط باقری در سال ۱۳۹۰ هنجاریابی شده و اعتبار آن تأیید شده است (۱۳). از این آزمون سه نمره به دست می آید: ۱. نمره GZ کارایی کل که شاخصی برای سرعت پردازش اطلاعات آزمودنی محسوب می شود؛ ۲. نمره خطا (F): این نمره، جمع خطاهای آزمودنی را نشان می دهد (F=F₁+F₂). بریکن کمپ (۱۲) این نمره را شاخصی برای تلاشمندی معرفی کرده که میزان دقت را، نشان می دهد؛ ۳. نمره کارایی تمرکز (KL) و روایی این آزمون ۰/۹۱ است.

روش اجرا: در تحقیق حاضر، تمرین های ادراکی-دیداری، جهت بهبود توجه دو دانش آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به کار بسته شد. به همین منظور از آزمون d² برای تعیین میزان تمرکز و توجه کودکان استفاده شد. خط پایه این کودکان به وسیله آزمون d² رسم شد. بعد از رسم خط

یافته‌ها

و دستیابی سریع‌تر به نتیجه، نمرات مربوط به نمره کارایی کل، میزان خطا و همچنین تمرکز کودکان در جدول ۱ ارائه شده است.

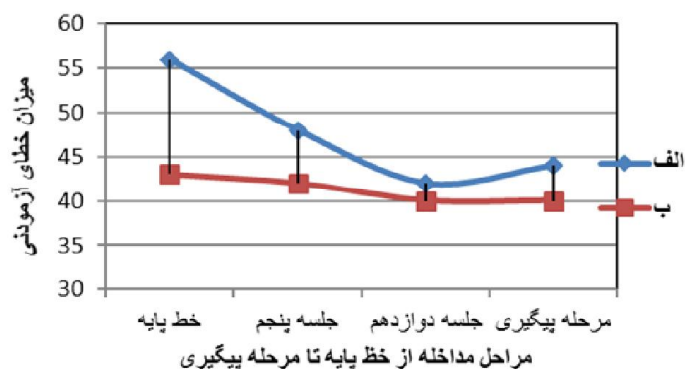
همان‌طور که ذکر شد آزمودنی‌های این تحقیق، دو دانش‌آموز (الف) پسر ۹ ساله و (ب) پسر ۱۱ ساله دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بودند. برای مقایسه بهتر

جدول ۱. مقایسه نمرات استاندارد آزمودنی «الف» و «ب» در آزمون توجه انتخابی، تمرکز و تلاش‌مندی (d^۲)

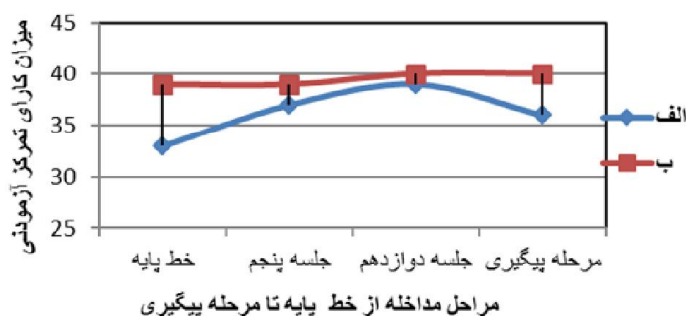
شاخص‌ها		الف	ب
نمره کارایی کل	خط پایه	۳۹	۳۳
	جلسه ششم	۴۲	۳۳
	جلسه دوازدهم	۳۵	۳۵
	مرحله پیگیری	۳۷	۳۲
نمره خطا	خط پایه	۵۶	۴۳
	جلسه ششم	۴۸	۴۲
	جلسه دوازدهم	۴۲	۴۰
	مرحله پیگیری	۴۴	۴۰
نمره کارایی تمرکز	خط پایه	۳۳	۳۹
	جلسه ششم	۳۷	۳۹
	جلسه دوازدهم	۳۹	۴۰
	مرحله پیگیری	۳۶	۴۰



نمودار ۱. مقایسه مراحل مداخله در متغیر نمره کارایی کل آزمودنی «الف» (پسر ۹ ساله) و «ب» (پسر ۱۱ ساله)



نمودار ۲. مقایسه مراحل مداخله در متغیر میزان خطای آزمودنی «الف» (پسر ۹ ساله) و «ب» (پسر ۱۱ ساله)



نمودار ۳. مقایسه مراحل مداخله در متغیر میزان کارایی تمرکز آزمودنی «الف» (پسر ۹ ساله) و «ب» (پسر ۱۱ ساله)

مقایسه با مرحله خط پایه مساوی و سپس در جلسه دوازدهم مداخله افزایش یافته است. لازم به ذکر است که در مرحله پیگیری در مقایسه با آخرین جلسه مداخله (جلسه دوازدهم) کمی کاهش ملاحظه شد؛ اما به وضوح مشاهده می شود که نمرات این مرحله، از مرحله خط پایه، مطلوب تر و پایین تر است. همچنین کاهش میزان نمرات خطا در مرحله مداخله (جلسه ششم و دوازدهم) و مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه، بهبود دقت را نشان می دهد. همین طور افزایش میزان نمرات تمرکز در مرحله مداخله (جلسه ششم و دوازدهم) و مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه، بهبود تمرکز کودک را نشان می دهد. در پژوهش حاضر برای عینی سازی میزان بهبود، از فرمول درصد بهبود استفاده شد (۱۴).

$100 \times \left[\frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \right] = \text{درصد بهبود اثر}$
نتایج به دست آمده در جدول ۲ ارائه شده است.

همان گونه که یافته های جدول ۱ و همچنین نمودارهای ۱ و ۲ نشان می دهد، میانگین نمرات کسب شده توسط کودک «الف» در متغیر نمره کارایی کل، در مرحله مداخله (جلسه ششم) در مقایسه با مرحله خط پایه کمی افزایش و سپس در جلسه دوازدهم مداخله کاهش یافته است. همچنین لازم به ذکر است که در مرحله پیگیری در مقایسه با آخرین جلسه مداخله (جلسه دوازدهم) کمی افزایش ملاحظه شد؛ اما همانطور که مشاهده می شود نمرات این مرحله، از مرحله خط پایه مطلوب تر و پایین تر است. همچنین کاهش میزان نمرات خطا در مرحله مداخله (جلسه ششم و دوازدهم) و همچنین مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه، بهبود میزان خطا (دقت) را نشان می دهد.

به علاوه افزایش میزان نمرات تمرکز در مرحله مداخله (جلسه ششم و دوازدهم) و همچنین مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه، بهبود تمرکز کودک را نشان می دهد. میانگین نمرات کسب شده توسط کودک «ب» در متغیر نمره کارایی کل، در مرحله مداخله (جلسه ششم) در

جدول ۲. درصد بهبودی آزمودنی ها در آزمون توجه انتخابی، تمرکز و تلاشمندی (d^۲)

متغیر	الف	ب
نمره کارایی کل	۱۱٪	۶/۰۶٪
بهبود مداخله		
میزان خطا	۲۵٪	۷٪
بهبود مداخله		
میزان تمرکز	۱۸٪	۲/۵٪
بهبود مداخله		

تمرینات دیداری- ادراکی بر روی درصد بهبودی نمره کارایی کل، کاهش میزان خطا (افزایش دقت) و تمرکز در آزمودنی های دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی تأثیر مثبت داشته به گونه ای که آزمودنی «الف»، پیش از انجام مراحل آزمون، دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی،

نتایج به دست آمده از درصد بهبودی آزمودنی ها در جدول ۲ نشان می دهد که آزمودنی «الف» در مقایسه با آزمودنی «ب» در آزمون های نمره کارایی کل، میزان خطا و میزان تمرکز درصد بهبود بالاتری را داشته است. بدین ترتیب، در مجموع می توان نتیجه گرفت که مداخلات مبتنی بر

بحث

بیشتر از نوع کمبود تمرکز (AD) بوده و در محیطی با سطح پایین تر آموزشی، پرورش یافته بود در مقایسه با آزمودنی «ب» که دارای اختلال از نوع ترکیبی (ADHD) بود، بهبود قابل ملاحظه تری را نشان داد.

نتایج این تحقیق نشان داد که تمرینات دیداری، بر میزان توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات قبلی درخصوص اثربخشی تمرینات دیداری بر میزان توجه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی همسو بود. در تحقیقات گریفیتس (۱۵) تأثیرات مثبت احتمالی فعالیت‌ها و بازی‌های دیداری برای کودکان نشان داده شده است.

برخی از این فعالیت‌ها به‌ویژه‌ها آن‌هایی که مستلزم پیگیری یک مجموعه روندها و تعقیب محرک‌ها هستند، می‌توانند افزایش تمرکز و توجه و کاهش تکانشگری را به دنبال داشته باشند. همچنین بایلی (۸) از مطالعات پیگیری متعددی یاد می‌کند که نشان داده‌اند چگونه آموزش تمرکز توجه از طریق این تمرینات همراه بازخورد و نظارت، می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر تمرکز توجه و کنترل رفتاری کودک داشته باشد. همچنین مور (۴) با اجرای این تمرینات بر روی تعدادی از کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نشان داد که چگونه با پیشرفت در جریان تمرین، کودک تمرکز بیشتری بر توجه خود یافته و تسلط بیشتری بر رفتار خویش کسب می‌کند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌هایی (۱۷، ۱۶، ۱۵، ۴) که عنوان کرده‌اند، تمرین‌های دیداری بر عملکرد کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و نارساخوان مؤثر بوده است و باعث بهبود عملکرد آن‌ها شده همسو است.

این تمرین‌ها در قالب بازی می‌تواند موجب بهبود قابلیت‌های ادراکی و بهتر شدن دید چشمی در آزمودنی شود. در این پژوهش با استفاده از تمرینات ادراکی-دیداری نمره کارایی کل این کودکان بهبودی نسبی یافته، خطای این کودکان کاهش داشته و دقت آن‌ها افزایش متوسطی پیدا کرد. همچنین این تمرینات باعث شد تمرکز و توجه این کودکان نیز بهبود قابل ملاحظه‌ای پیدا کند.

در این پژوهش محدودیت‌هایی از جمله پسر بودن هر دو آزمودنی، کوچک بودن نمونه و محدود بودن به یک مرکز مشاوره وجود داشت. می‌توان با انجام پژوهشی گسترده‌تر همراه با نمونه‌های بزرگتر و استفاده از آزمودنی‌های دختر و با کنترل بیشتر بر عوامل مداخله، همچنین با تلفیق این تمرین‌ها با سایر روش‌های درمانی، اثربخشی این تمرین‌های ساده را بیشتر ارزشیابی کرد. بدین منظور به درمان‌گران و والدین و معلمان توصیه می‌شود از آموزش و بازی‌های دیداری مربوط به توجه در زمینه کاهش مشکلات تحصیلی و راهبردهای زندگی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در محیط‌های آموزشی مناسب بهره ببرند.

نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت که تمرین‌های دیداری-ادراکی می‌تواند توجه و تمرکز کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را بهبود بخشیده و همچنین از مشکلات این کودکان در زمینه مهارت‌های ادراک دیداری، بکاهد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت مرکز نوید عصر، شرکت کنندگان در پژوهش و والدین ایشان سپاسگزاری می‌نمایم.

References

1. Gropper RJ, Tannock R. A pilot study of working memory and academic achievement in college students with ADHD. *J Atten Disord*. 2009;12(6):574-81.
2. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002;288(14):1740-8.
3. Rhodes SM, Coghill DR, Matthews K. Neuropsychological functioning in stimulant-naive boys with hyperkinetic disorder. *Psychol Med*. 2005;35(8):1109-20.
4. Moore DT. Eye exercises to increase attention and reduce impulsivity. Retrieved from the world wide web [Internet]. 2000 [cited 2015 Jan 11]; Available from: <http://www.lafayetteschools.org/tfiles/folder333/Eye%20Exercises%20to%20Increase%20Attention%20and%20Reduce%20Impulsivity.doc>
5. Owen AM, Sahakian BJ, Semple J, Polkey CE, Robbins TW. Visuo-spatial short-term recognition memory and learning after temporal lobe excisions, frontal lobe excisions or amygdalo-hippocampectomy in man. *Neuropsychologia*. 1995;33(1):1-24.
6. Lopez-Larson M, Michael ES, Terry JE, Breeze JL, Hodge SM, Tang L, et al. Subcortical differences among youths with attention-deficit/hyperactivity disorder compared to those with bipolar disorder with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(1):31-9.
7. Booth JR, Burman DD, Meyer JR, Lei Z, Trommer BL, Davenport ND, et al. Larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(1):94-111.
8. Beaulieu D. *Eye Movement Integration Therapy: The comprehensive clinical guide*. UK: Crown House Publishing; 2003.
9. Ghasemi N. The influence of eye fixation and eye tracking exercises on attention improvement and impulsivity reduction in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2009; 11(1):43-68. [Persian].
10. Dadsetan P. *Assessment and Treatment*. 8th ed. Tehran: SAMT;2013. pp:248-266. [Persian]
11. Brickenkamp R. *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2*. 2002;47 (3): 24-26.
12. Bagheri, F. *D2 Test of Attention & Concentration*. 1th ed. Tehran: Arjomand; 2011. pp: 10-115. [Persian]
13. Hamidpour H. Evaluation of efficacy and effectiveness of cognitive therapy based on universal consciousness (MBCT) in the treatment and prevention of recurrences dysthymic. *Research in Psychological Health*. 2007;1(2):25-36. [Persian]
14. Griffiths M. Video games and health. *BMJ*. 2005;331(7509):122-3.
15. Fischer B, Hartnegg K. Effects of visual training on saccade control in dyslexia. *Perception*. 2000;29(5):531-42.
16. Gordon J. The ADD and ADHD cure the natural way to treat hyperactivity and reification your Child. *J Biological Psychiatry*. 2008, 50, 633-635.