فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۳، شماره ۱۷ ، تابستان سال ۱۴۰۱

ارائه راهکارهایی جهت بهبود مشکل بیش فعالی/بی توجهی در کودکان(مطالعه موردی: محصلین دوره پیش دبستانی)

لیلا کریمی*[۱]، آرزو غفوری[۲]

چکیده

تشخیص و درمان به موقع بیش فعالی می‌تواند نقش مهمی در حل مشکلات دانش‌آموزان داشته باشد و با توجه به اینکه شخصیت کودکان قبل از هفت سالگی شکل می‌گیرد و حساسیت موضوع برآن شدیم این اختلال را مورد بررسی قرار دهیم. هدف از انجام این پژوهش کیفی ، بهبود نسبی اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی دانش‌آموز مقطع پیش دبستانی بوده است. روش پژوهش، مورد پژوهی(مطالعه موردی) و شیوه‌ی اجرای آن اقدام پژوهی بوده است. به منظور پاسخ به سوالات پژوهش با استفاده از روش‌های علمی چون مشاهده، مصاحبه و پرسشنامه و با استفاده از منابع مختلف مانند کتاب‌ها، مجلات، پایان نامه‌ها و ...اطلاعات لازم در رابطه با مشکل موجود جمع‌آوری و با تجذیه و تحلیل آن‌ها عوامل موثر در ایجاد مساله شناسایی شد. با توجه به نتایج تحقیق عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، زیست محیطی و خانوادگی و توارث و ژنتیک به عنوان عوامل موثر در بروز مشکل تشخیص داده شدند و در نتیجه، روش‌های بازی‌درمانی، فنون شناختی، تمرین‌های تعادل و توازن، آرام سازی، تقویت تمرکز و ...برای درمان این اختلال انتخاب گردیدند. بعد از اطمینان یافتن از اعتبار راه‌حل‌های انتخابی با استفاده از پارامترهای مختلف و با همراهی والدین، راه-حل‌ها به مرحله اجرا درآمد و بر اساس شواهد موجود و با کمک پرسشنامه کانرز والدین، مشخص گردید اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی تا حدودی بهبود یافته و از میزان رفتار تکانشی کاسته شده است. بنابراین یافته‌های تحقیق نشان داد که ترکیبی از روش‌های بالا در درمان فرد موثر واقع شده است.

کلیدواژه: بیش فعالی(ADHD)، کم توجهی، مشکلات تحصیلی، خانواده و کودک، مقطع پیش دبستان

[۱]* کارشناس ارشد کارافرینی، گرایش کسب و کار، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران
[۲] دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، **دانشگاه آزاد اسلامی**، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

بیان مساله

برطبق چهارمین نشر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا در سال , ۱۹۹۴ اختلال نقص توجه/ بیش فعالی , مجموعه علایمی است با محدودیت میدان توجه که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز , رفتار ناگهانی و بیش فعالی منجر می شود. اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است، که در مدارس ایران نیز نسبتا شایع بوده و دغدغه بسیاری از معلمان دوره‌ی ابتدایی و والدین می‌باشد. این اختلال برای اولین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هنری فومن شناسایی شد(صفاریه، ۱۳۹۸). تشخیص زود هنگام و به موقع مشکلات رفتاری که در سنین پیش‌دبستانی خود را نشان می‌دهد بسیار مهم است زیرا تقریبا همه متخصصان بهداشت روانی بر این مساله تاکید دارند که سال-های اولیه در سازگاری بعدی با این اختلال اهمیت دارند و وجود مشکلات در این سال‌ها، زمینه ناسازگاری در سال‌های بعدی را ایجاد می‌کند. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکانی که در سنین پیش دبستانی دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی هستند، در آینده در بسیاری از کارکردهای مربوط به پیشرفت تحصیلی از قبیل حافظه‌ی فعال، محاسبات ذهنی، هجی‌کردن، گفتار درونی، خواندن تطبیقی، سیالی کلامی و گزارش‌های نوشتاری، دچار آشفتگی می‌شوند(صفاریه،۱۳۹۸ به نقل از بدرمن،۲۰۰۵). کودکانی که از ADHD رنج می‌برند، بیش فعال هستند، مدت زمان کوتاه‌تری بازی می‌کنند، از نظر مهارت‌های اجتماعی مشکل دارند و رفتارهای متناقضی از خود نشان می‌دهند. چنین کودکانی به راحتی حواسشان پرت می شود، مشکلات مربوط به مدرسه دارند، انگیزه کمی برای پیشرفت دارند، توسط دوستانشان طرد می شوند و از اعتماد به نفس پایین رنج می برند. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها را بلکه اطرافیان ، همکلاس‌ها ، اولیای مدرسه را دچار مشکل می‌کند. این علائم ممکن است در طول زمان تغییر کند(ستارک[1] و همکاران،۲۰۱۶). ADHD با بسیاری از اختلالات روانی دیگر رخ می دهد(مولارنی[2] و همکاران،۲۰۱۶) تحقیقات به وضوح نشان داده است که کمبود توجه در دوران کودکی با پیشرفت تحصیلی پایین، اختلالات شغلی، نرخ بالاتر جرم و جنایت، سوء مصرف مواد مخدر، مشکلات بین فردی و اختلالات روانی (مانند استرس و اختلال خلقی) در نوجوانی مرتبط است .پنج درصد از کودکان در سراسر جهان از ADHD رنج می برند. بررسی جامع مطالعات مربوط به ADHD نشان می دهد که شیوع ۵.۲۹٪ برای این اختلال در آمریکای شمالی (۶.۱٪)، آمریکای جنوبی (۱۲.۳٪)، آفریقا (۸.۹٪)، آسیا (۴.۲٪)، استرالیا (۴.۲٪) گزارش

[1] Starck
[2] Mulraney

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

شده است. ۴.۸٪، و خاورمیانه (۲.۵٪). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در شهرهای مختلف ایران، شیوع بیش فعالی بین ۳/۲ تا ۲۳/۶ درصد گزارش شده است.

درباره سبب‌شناسی این اختلال تحقیقات بسیاری صورت گرفته است از جمله حمزه‌زاده و همکاران(۲۰۲۱) با بررسی شیوع اختلال نقص توجه بیش فعالی و عوامل خطر مرتبط با آن در بین کودکان مقطع ابتدایی شهرستان شاهرود به این نتیجه رسیدند که با توجه به پاسخ معلمان، شیوع ADHD در بین دانش آموزان مدارس ابتدایی ۴.۴ درصد بود، در حالی که والدین شیوع ۰.۵ درصد را گزارش کردند. بین ADHD دوران کودکی و وضعیت تاهل والدین، عادات سیگاری پدران، تجربه قبلی زندگی در مناطق روستایی، سابقه قبلی ابتلا به بیماری و مصرف دارو در کودکان، سابقه قبلی ADHD و مشکلات روانی در خانواده رابطه معناداری وجود داشت. مالک و همکاران رابطه بین بیماری های کودکان و بیماری های والدین از یک سو و ADHD از سوی دیگر بررسی شد. آنها گزارش دادند که بیماری های مادر به طور قابل توجهی ADHD را در کودکان پیش بینی می کند. آنها نتوانستند ارتباط قابل اندازه گیری بین بیماری های کودکان و ADHD ایجاد کنند. لارسن[1] و همکاران(۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش والدین بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی: تجزیه و تحلیل ثانویه داده های یک کارآزمایی تصادفی شده و کنترل شده به این نتیجه رسیدند که والدین استرسی کودکان بعد از درمان و آموزش در رفع اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی کودکانشان تاثیر مثبت و معنی داری داشتند. یانگ[2] و همکاران(۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان دارودرمانی برای کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD): وضعیت فعلی و مسیرهای آینده عوارض مصرف داروها را بر ایجاد اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که خانواده ها باید نه تنها در مورد اثرات بالقوه دارو، بلکه در مورد عوارض شناخته شده ADHD درمان نشده آموزش ببینند. والدین احتمالاً به طور کامل از تأثیرات روانی طولانی مدت مشکلات رفتاری مزمن و عدم موفقیت بر روی یک کودک خردسال آگاه نیستند. سالد[3] و همکاران(۲۰۲۱) با هدف بررسی، یک نمونه ملی از کودکان پیش دبستانی در ایالات متحده، ارتباط بین ADHD و سن قطع شیردهی و سن معرفی شیر خشک، و همچنین ارتباط بین ADHD و مدت شیردهی انحصاری با شیر مادر پژوهشی را انجام داده‌اند. در یک نمونه ملی از کودکان پیش دبستانی، تغذیه با شیر مادر با شیوع کمتر ADHD همراه بود. این یافته ها شواهدی را در حمایت از مزایای رشد عصبی تغذیه با شیر مادر ارائه می دهد. والدینی که کودکان مبتلا به ADHD دارند، معمولاً احساس اضطراب، ترس و تحریک پذیری بیشتری دارند، بنابراین در معرض خطر بیشتری برای قرار گرفتن در استرس والدین هستند. شرایط استرس والدینی که به وجود می آیند منجر به مهارت ناکافی فرزندپروری کودک مبتلا به ADHD می شود. والدین تمایل دارند از رویکرد فرزندپروری منفی , کنترل

[1] Larsen
[2] Young
[3] Larsen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

بیشتر بر رفتار کودک استفاده کنند و به دلیل رفتار نامناسب فرزندان خود، تنبیهات زیادی را اعمال کنند. اگر این مشکل حل نشود، می تواند منجر به بدتر شدن وضعیت کودک و بدتر شدن رابطه بین والدین و فرزند شود. چنین شرایطی با شرایط فعلی، یعنی همه‌گیری بیماری ویروس کرونا ۲۰۱۹ (کووید ۱۹)، که کودکان را ملزم می‌کند از راه دور در خانه از طریق یادگیری آنلاین مطالعه کنند، تضعیف می‌شود. این حالت باعث می شود کودکان احساس بی حوصلگی کنند و همچنین بر عوامل استرس زا تأثیر می گذارد که باعث ایجاد استرس والدین در والدین می شود زیرا آنها باید بر فعالیت های یادگیری نظارت داشته باشند و همچنین نقش معلم بودن را برای فرزندان خود در خانه دو چندان می کنند. والدینی که باید کار را از خانه انجام دهند (WFH) تحت فشار افکار و انرژی های بزرگتری قرار می گیرند که منجر به خطر اضطراب و افسردگی می شود که متعاقباً بر استرس والدین تأثیر می گذارد (Setyanisa et all,2022).

راسل[1] و همکاران(۲۰۱۴) گزارش داد که بین سطح تحصیلات پدران و خطر ابتلای کودک به ADHD ارتباط وجود دارد. قرار گرفتن در معرض دود تنباکو ممکن است اثرات منفی متعددی بر سلامت کودکان داشته باشد. شواهد مبتنی بر تحقیق نشان می دهد که هم عوامل ژنتیکی و هم مسائل محیطی (مثلا قرار گرفتن در معرض دود تنباکو) بر مشکلات شناختی-رفتاری و اختلالات رشدی دوران کودکی تأثیر می گذارد. بین قرار گرفتن در معرض دود سیگار در دوران بارداری و اختلالات عصبی رفتاری در کودکان رابطه معناداری وجود دارد. عوامل مرتبط از جمله طلاق زناشویی، (وایبس و همکاران،[2]۲۰۰۸) زندگی با والدین مجرد، (ال احمد[3] و همکاران،۲۰۰۶) تحصیلات پدران، سابقه خانوادگی، (بیاتی و همکاران،۲۰۰۰)ترتیب تولد، (خوشابی وهمکاران، ۲۰۰۶)سکونت روستایی، (دژوان[4] و همکاران،۲۰۱۲)سیگار کشیدن والدین، (پراسکلوا و همکاران،[5]۲۰۲۰) سابقه پزشکی کودک و برخی عوامل خطر مانند وزن هنگام تولد،(میناتویا و همکاران،[6]۲۰۱۹) مصرف دخانیات مادر، و سابقه مشکلات روانی در خانواده.[کوچک‌زاده و همکاران، ۲۰۱۵ و خوشابی و همکاران،۲۰۰۶ و بیاتی و همکاران،۲۰۰۰] مرتبط است و این اختلال بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی در کودک موثر است. همچنین مانع عملکرد درست معلم و داش‌آموزان و تحقق اهداف آموزش شده و در کلاس هرج و مرج و بی‌نظمی ایجاد می‌کند. نگارنده به عنوان معلم پیش دبستانی در سال تحصیلی ۱۴۰۰ هستم. این مدرسه دارای ۴ کلاس تا مقطع ششم ابتدای است و ۴۲ دانش‌آموز در مجموع مقاطع دارد.. کلاس پیش دبستانی مذکور دارای ۱۵ نوآموز است. که همه نوآموزان از لحاظ اقتصادی و فرهنگی در حد متوسط رو به پایین هستند. در کلاس مذکور نوآموزی علائم و نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی را دارا بود و با رفتار و عکس‌العمل‌هایش باعث اذیت و آزار دوستان، معلم، همکلاسی شده است و نتیجه لازم را از آموزش بدست نمی‌آورد و در روند آموزش همکلاسی هایش نیز اختلال ایجاد می‌کند. به همین دلیل

[1] Russell
[2] (Wymbs et all,2008)
[3] (Al Hamed et all,2008)
[4] de Zwaan
[5] (Paraskevopoulou et all,2020)
[6] (Minatoya et all,2019)

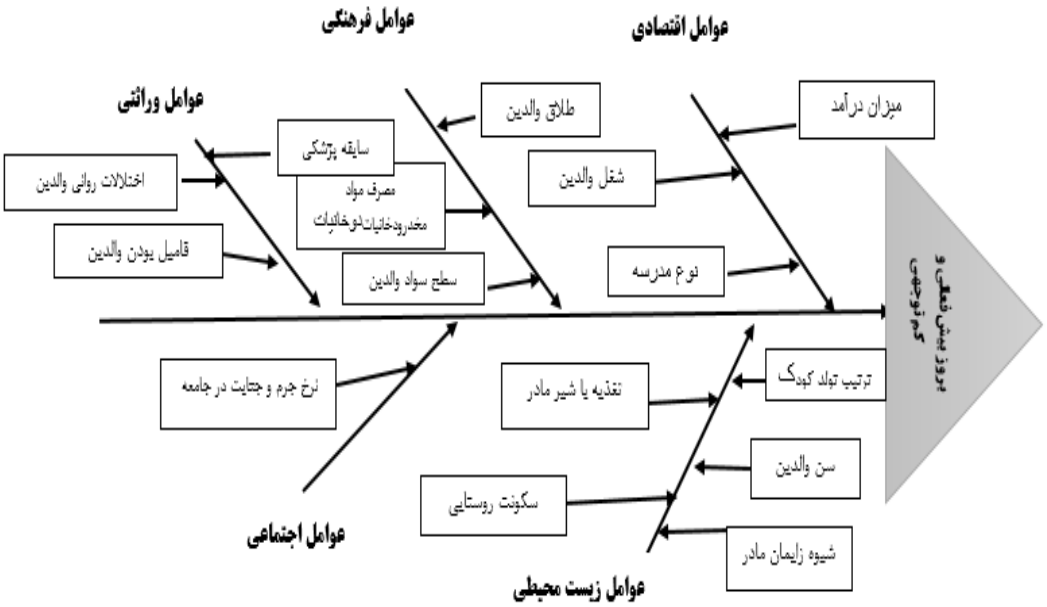
[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۳، شماره ۱۷ ، تابستان سال ۱۴۰۱

برآن شدیم تا به کمک همکاران، خانواده و همکلاسی‌های دانش‌آموز این مساله را مورد بحث و بررسی قرار دهیم و به حل مساله بپردازیم. و از آنجا که هدف پژوهش حاضر کاهش مشکل بی‌توجهی و بیش‌فعالی دانش‌آموز مورد نظر است سعی می‌گردد به سوالات زیر پاسخ داده شود:

۱. چه عواملی در بروز مشکل بیش‌فعالی/ نقص توجه دانش‌آموز موثر بوده است؟
۲. چه عواملی بسترساز بروز این اختلال دردانش‌آموز است؟
۳. بهترین راهکار برای بهبود وضعیت دانش آموز چیست؟

با توجه به پیشینه داخلی و خارجی پژوهش می‌توان مدل مفهومی پژوهش را به شکل زیر ترسیم کرد.



شکل(۱). مدل مفهومی پژوهش برگرفته از پیشینه پژوهش

روش پژوهش

این پژوهش به روش مطالعه موردی و با شیوه‌ی اقدام پژوهی مورد اجرا قرار گرفته است. اقدام پژوهی فعالیتی منظم و علمی مبتنی بر روش حل مساله است که اقدام کننده در محیط کاری خود با روش ابتکاری و خلاق جهت تبدیل وضعیت نامطلوب به وضع مطلوب فعالیت می‌کند(سیف، ۱۳۸۱). جهت انجام این پژوهش از ابزار های مصاحبه، مشاهده و پرسشنامه کانرز استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است و نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۲۶ تا ۱۰۴ است. اگر نمره کودک بالاتر از ۳۴ بدست آید بیانگر اختلال نقص‌توجه است. و هرچه امتیاز بالاتر رود میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و بلعکس. کانرز و همکاران(۱۹۹۹) پایایی این پرسشنامه را ۹۰٪ گزارش نموه اند. اعتبار این پرسشنامه از سوی موسسه علوم

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

شناختی ۸۵٪ گزارش شده است. نگارنده با اتکا به ابزارهای مشاهده و مصاحبه و پرسشنامه به اطلاعات زیر دست یافت:

گردآوری اطلاعات اولیه(شواهد ۱)

مشاهدات معلم در مدرسه

دانش‌آموز جزء یک خانواده ۶ نفره و فرزند کوچک خانواده است. یک خواهر نوجوان و دو برادر در مقطع ابتدایی دارد. با پدر مادرش زندگی می‌کند و ار لحاظ اقتصادی در حد متوسط هستند. همیشه وقتی به مدرسه میاید یک مدل لباس می‌پوشد و یک رنگ به صورتی که ممکن است یک یا دوماه فقط یک لباس را بپوشد، که البته لباسش همیشه تمیز است. با هیچ کدام از بچه‌ها دوست نیست یعنی در واقع دوست صمیمی ندارد. همسایه آنها دختری به نام دیانا است و دیانا را همیشه خواهرش تا مدرسه همراهی می‌کند برای اینکه می‌ترسند در مسیر مدرسه-خانه دانش آموز مذکور او را اذیت کند. هر روز دانش آموز خودبخود صندلیش را تغییر می دهد و بچه ها اعتراض می‌کنند که دانش آموز سرجای آنها نشسته است و دانش آموز در مقابل اعتراض آنها فقط لبخند شیطنت آمیزی می‌زند. اصلا با نوشتن راحت نیست و فقط تا نصف نقاشی را انجام می‌دهد و حوصله ادامه بقیه را ندارد و به ندرت نقاشیش را رنگ می‌زند. یکجا بند نیست و از یک طرف کلاس به طرف دیگر می‌رود و بعضی وقتها خودبخود از کلاس خارج می‌شود و دوباره بر می‌گردد. خمیر بازی را دوست دارد نسبت به بقیه فعالیتها و در کارهای گروهی اصلا همکاری نمی‌کند و کار را خراب می‌کند. دویدن را دوست دارد. خوب صحبت نمی‌کند، کمی لکنت دارد ابتدا که تازه به مدرسه آمده بود اصلا حرف نمی زد. منظورش را بیشتر با رفتارش نشان می‌دهد .بنابراین بر اساس کتاب اختلال بیش فعالی و عدم تمرکز دکتر مصطفی تبریزی(۱۳۹۲) جدولی استخراج شد تا بدون دخالت در وضعیت طبیعی و شرایط دانش‌آموز فعالیت هایش را ثبت کنیم.

موقعیت: زنگ زبان‌آموزی

جدول(۱).تعداد علائم بیش فعالی و کم‌توجهی در زنگ زبان‌آموزی

علائم زمان(دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی-توجهی	خروج از کلاس	سروصدا ایجاد کردن	ناتمام گذاشتن کارها	اذیت و آزار همکلاسی
دقیقه اول			√				
دقیقه دوم	√						
دقیقه سوم		√				√	
دقیقه چهارم	√			√	√		
دقیقه			√				√

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

پنجم							
دقیقه ششم							
دقیقه هفتم		√					
دقیقه هشتم	√						
دقیقه نهم							√
دقیقه دهم			√			√	
جمع√	۳	۲	۳	۱	۱	۲	۲

در این مشاهده بیشترین علائم مربوط به تکان خوردن از در سر جا و بی توجهی بوده است.

موقعیت زنگ نقاشی

جدول(۲). تعداد علائم بیش‌فعالی و کم‌توجهی در زنگ نقاشی

علائم زمان(دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی-توجهی	خروج از کلاس	سروصدا ایجاد کردن	ناتمام گذاشتن کارها	اذیت و آزار همکلاسی
دقیقه اول	√						
دقیقه دوم			√				
دقیقه سوم		√			√	√	
دقیقه چهارم							
دقیقه پنجم			√				√
دقیقه ششم	√				√		
دقیقه هفتم		√				√	
دقیقه هشتم	√			√			
دقیقه نهم							√
دقیقه دهم						√	
جمع√	۳	۲	۲	۱	۲	۳	۲

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

در این مشاهده بیشترین علائم مربوط به تکان خوردن در سرجا و ناتمام گذاشتن کارها بوده است به تعداد سه مرتبه.

موقعیت ورزش:

جدول(۳). تعداد علائم بیش‌فعالی و کم‌توجهی در زنگ ورزش

علائم زمان(دقیقه)	تکان خوردن در سر جا	عدم پیروی از دستورات	بی‌توجهی	خروج از کلاس	سرو صدا ایجاد کردن	ناتمام گذاشتن کارها	اذیت و آزار همکلاسی
دقیقه اول							
دقیقه دوم			√				
دقیقه سوم		√	√		√		√
دقیقه چهارم		√					
دقیقه پنجم		√	√		√		
دقیقه ششم							
دقیقه هفتم		√	√				
دقیقه هشتم			√	√			
دقیقه نهم		√	√				√
دقیقه دهم							
جمع√	۰	۵	۶	۱	۱	۰	۲

در این مشاهده بیشترین علائم مربوط به بی توجهی و عدم پیروی از دستورات بوده است.

به طور کلی میزان بروز هر یک از علائم در یک ساعت به مدت ۶۰ دقیقه به صورت زیر بوده است.

جدول(۴). تعداد علائم بیش‌فعالی و کم توجهی در مدت ۶۰ دقیقه

تکان خوردن در سر جا	**۱۲**
عدم پیروی از دستورات	۸
بی توجهی	۱۰
خروج از کلاس	۳
سروصدا ایجاد کردن	۳
ناتمام گذاشتن کارها	۴
اذیت کردن همکلاسی	۳

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

همانطور که مشاهده می‌شود بیشترین علائم مربوط به جنب و جوش و بی توجهی است.

مصاحبه از والدین ودوستان

(دیانا همسایه نزدیک دانش آموز و همکلاسیش): دانش آموز همیشه من رو اذیت میکنه، اسباب بازیهایم را می شکند و فرار میکند. دوست ندارم با او بازی کنم و دوست باشم و او را دوست ندارم.

(خواهر بزرگ دیانا همسایه دانش آموز): دانش آموز همه همسایه ها را اذیت می کند همه از دست او عاصی هستند و همیشه به مادرش شکایت می‌کنند. دانش آموز دوبرادر دیگر و یک خواهر بزرگ دارد و دانش آموز بچه کوچک خانواده است. دو برادر دیگرش هم شلوغ هستند ولی دانش آموز از آنها بدتر است.

مادر دانش آموز: پسرم هنگام تولد نارس بود و دوماه زوتر به دنیا آمد. هنگام تولد حدود ۴۵ روز در بیمارستان بستری بود و کم کم که بزرگتر شد بخاطر جثه‌ی ضعیفش چند بار به دکتر مراجعه کردیم که با انجام آزمایشات دکترها گفتند که مشکلی ندارد به خاطر جنب و جوش زیاد است. کم غذا میخورد و اصلا شبها خواب نداشت. بعد از چهار و پنج سالگی جنب و جوشش بیشتر مشهود شد و اکثر اطرفیان شروع به شکایت کردند ولی کاری از دست من بر نمی‌امد هرچی نصیحت می‌کردم فایده نداشت و حتی بعضی وقتها هم مجبور به کتک زدنش می‌شدم و چون چند بچه دیگر هم دارم شاید کمتر بهش توجه کردیم به امید که الان بچه است و بزرگ شود بهتر می شود. دانش آموز علاوه بر این مشکل توانای ادای اکثر حروف را ندارد و در صحبت کردن مشکل دارد و خوب نمی تواند کلمات را ادا کند به همین خاطر زیاد صحبت نمی کند و بیشتر با خرابکاری جلب توجه می‌کند . پدرش بیشتر از او حمایت می‌کند و از کارهایش طرفداری می‌کند و این حمایت اون رو در انجام کارهایش مصم‌تر می‌کند. پدرش سیگار می‌کشد و این کار را در محیط خانه هم انجام میدهد. شغل او کشاور است و سواد ندارد.

نتایج پرسشنامه والدین:

به منظور دستیابی به اطلاعات کاملتر و جامع‌تر پرسشنامه کانرز در اختیار والدین قرار گرفت و با تفسیر پرسشنامه نمره دانش آموز ۷۶ به دست آمد و چون نمره بدست آمده از ۳۴ بیشتر است نشان دهنده این امر است که فرد دارای مشکل بیش‌فعالی است.

تجذیه و تحلیل و تفسیر داده‌های اولیه(بررسی علمی داده های شواهد ۱)

با تحلیل پرسشنامه، مصاحبه ها و مشاهدات مرحله قبل وجود این اختلال در دانش آموز شناسایی شد چون طبق مبانی نظری این اختلال، خصوصیات دانش آموز با افرادی که این اختلال را دارند مشابهت دارد. در همین راستا پرسش‌هایی به ذهن پژوهشگر رسید که درصد پاسخگویی به آن برآمد:

۱. چه عواملی منجر به بروز مشکل بیش‌فعالی در دانش آموز شده است؟

از دلایل بروز مشکل در این دانش‌آموز می‌تواند سیگاری بودن پدر، نارس بودن کودک زمان تولد، استفاده نکردن از شیر مادر، حساسیت و وسواس مادر، خانواده پرجمعیت و حمایت پدر، کتک زدن و سرکوب بیش از حد مادر بهصورتی که دانش آموز کاری می‌کرد که او را دعوا کنند، باشد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

۲. چه موقع این علائم شدیتر می‌شود؟

در مدرسه در زنگ های زبان آموزش و نقاشی بیشتر مشهود است ولی در زنگ کاردستی و خمیر بازی کمتر است. در خانه هم طبق

گفته‌های مادرش زمانی که مهمان دارند یا اینکه پدرش در خانه است این کارها را بیشتر انجام می‌دهد. پس در زمانی که نظارت کمتر می‌شود این علائم هم بیشتر نمود پیدا می‌کند.

۳. چه زمانی این رفتارها کمتر دیده می‌شود؟

زمان کلاس کاردستی و خمیر بازی چون دوست دارد کمتر است و زمانی که در نیمکت جلو بنشیند کمتر است یا به گفته مادرش زمانی که در خانه تنها باشد. و اینکه مسئولیتی بهش بدهیم و از او تعریف کنیم کمتر است.

٤. چه عواملی بستر ساز بروز این اختلال بوده است؟

زندگی روستایی، وضعیت اقتصادی ضعیف و متوسط، بی‌سوادی والدین

۵. چگونه می‌توانیم به حل مشکل کمک کنیم؟

سعی میکنیم با تدوین یک برنامه مستمر به همراهی خانواده به حل مشکل دانش آموز کمک کنیم.

انتخاب راهکارها و اجرای آن‌ها:

الف) پیش‌بینی فعالیتی قبل از کلاس برای تخلیه‌ی انرژی به عنوان مثال انجام ورزش قبل از شروع کلاس در قالب دویدن، طناب‌بازی و غیره... زیرا به عقیده اکثر کارشناسان داشتن برنامه منظم ورزشی می‌تواند بر تغییراتی در عملکرد مغز موثر باشد و تمرکز و توجه را افزایش دهد.

ب) استفاده از بازی درمانی و انجام فعالیت‌های آموزشی در قالب بازی برای تقویت تمرکز و توجه به عنوان مثال استفاده از بازی پازلو قرار دادن پازل در اختیار کودک، استفاده از کارت‌های مقوایی برای زبان‌آموزی

ج)اجرای داستان و قصه‌های آموزنده در قالب نمایش و دادن نقش‌های مثبت به کودک برای تفهیم آموزش مبحث مربوطه

د) اجرای بازی‌های تعادلی مثل بازی هواپیما که بگیم مثلا اگر تکان بخوری هواپیما سقوط می‌کند و باید دستهایش را باز نگه دارد.

ر) تقویت و تشویق مستمر برای انجام کوچکترین کار مثبت و احیای اعتماد بنفس کودک زیرا در این مدت از این نظر خیلی آسیب دیده است.

ه) ارتباط مستمر با خانواده و دادن راهنمایی‌های مربوطه زیرا کودک بیشترین زمان را در خانه و با خانواده می‌گذراند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

اجرای راه حل

در اولین اقدام از اولیاء دانش آموز دعوت شد که به مدرسه آیند ولی تنها مادر دانش آموز به مدرسه آمد. بعد ازاحوالپرسی های روزمره خواسته های خود را به ترتیب اولویت های زیر با او در میان گذاشته شد واز او خواسته شد که آنها را با خانواده در میان بگذارند وحتماً به آن عمل کنند.

- مسولیت کارهای دانش آموز را به خود او واگذار کنند.
- در کارهای خانه از دانش آموز کمک بخواهند و به او مسئولیت واگذار کنند.
- دانش آموز را حدالامکان در یک باشگاه ورزشی ثبت نام کنند.
- فرزند خود را با نام های نیک و محترمانه صدا بزنند.
- در جمع هایی که دانش آموز حضور دارد ازاو تعریف وتمجید کنید.
- در مقابل بی نظمی دانش آموز صبور باشند.
- در صورت انجام کار درستی آن را بولد کنند و به او پاداش بدهند. و نیزتصمیم گرفته شد معلم در مدرسه کارهای زیر را برای بهبود دانش آموز آنجام دهد:
- دانش آموز را به عنوان نماینده ی کلاس معرفی کند.
- در زنگ ورزش دانش آموز را در بازی ها شرکت دهد و معلم عضو تیم او باشد.
- در زنگ های تفریح از او چشم بر ندارئ وسعی کند با او در خلوت کند وبا او هم صحبت شود.
- بیشتر او را پای تخته بیاورد و از انجام بازی و اجرای نمایش بیشتر برای آموزش استفاده کند.
- کارهای گروهی (که دانش آموز عضو گروه باشد)به آنها بدهد.
- از بازی درمانی استفاده کند و سعی کند مفاهیم و اصول را در قالب بازی آموزش دهد.
- او را در نیمکت اول جای دهد.

جمع آوری اطلاعات (شواهد۲)

پس از اجرای راه حل ارائه داده شده نوبت به جمع آوری اطلاعات میرسد و معلم در این مرحله میخواهید بداند که آیا نتایج خوبی را از این راه حل بدست آورده است یا راه حل جدیدی برای مشکل دانش آموز انتخاب کند.

بعد از اجرای راهکارها به منظور بررسی اثربخشی آن‌ها باردیگر رفتار دانش‌آموز در موقعیت‌های مختلف مورد مشاهده قرار گرفت.

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

تکان خوردن در سر جا	۴
عدم پیروی از دستورات	۱
بی توجهی	۱
خروج از کلاس	۱
سروصدا ایجاد کردن	۰
ناتمام گذاشتن کارها	۱
اذیت کردن همکلاسی	۰

با این مشاهدات به این نتیجه رسید که اگر چه بیش‌فعالی کامل از بین نرفته ولی انجام راهکارها تاثیر قابل توجهی داشته است.

- برای بار دیگر هم پرسشنامه کازنر را در اختیار والدین قرار دادیم و با محاسبه و نمره‌گذاری پاسخ ها این بار نمره ۴۱ بدست آمد که باز هم از ۳۲ بیشتر است ولی با کاهش قابل توجهی مشاهده شد.
- در دیداری که با والدین دانش آموز درمدرسه انجام شد اظهار داشتند که دانش آموز به نسبت قبل آرام‌تر شده است چون کار مثبتی انجام داده برایش پاداش تعیین کردیم. در مهمانی ها آرامتر شده است و بیشتر با بچه‌ها بازی می‌کند و کمتر آنها را اذیت می‌کند. خرابکاری نمی‌کند. بیشتر صحبت می‌کند و ماهم بیشتر با او صحبت می‌کنیم. به تشویق کردن علاقه دارد و تشویقش در جمع را خیلی دوست دارد.
- (معلم): دانش آموز از زمانی که در نیمکت جلو می نشیند و معلم بیشتر متوجه رفتارش است کمتر جابجا می شود، هر کار مثبتی حتی اگر جزئی باشد به بچه ها تشویقش کنند و این در او ایجاد انگیزه میکند و به عنوان هدیه یک بازی فکری برایش تهیه شد که خیلی تاثیر مثبتی داشت. در کارگروهی شرکت می‌کند و بچه ها را همراهی می کند و بچه ها کمتر از او شکایت می-کنند. حرف زدن او روان‌تر شده و بیشتر با بچه‌ها و من صحبت میکند اما هنوز در حفظ کردن شعر مشکل دارد. نقاشی و رسم الگو مسلط‌تر شده است. اما همچنان فقط تایم خاصی حوصله دارد و وقتی حوصله اش سربرود خودش سرخود وسایلش را جمع می‌کند و می‌گوید بقیه را در خانه انجام می‌دهم.
- دوستان: تغییر رفتار دانش آموز بسیار مشهود است دیگر کمتر اذیت می‌کند ولی باز رگه-هایی از خرابکاری را دارد. وسایل ما را کمتر جابجا می‌کند و سرجای ما نمی نشیند البته بچه ها شکایت می کنند که چرا دانش آموز میز اول می نشیند و این دانش آموز را ذوق زده می کند. و در تغییر رفتارش موثر بوده است.

تجزیه وتحلیل اطلاعات گرد آوری شواهد۲

اطلاعات به دست آمده حاکی از آن است که تلاش‌هایی که انجام شده است دانش آموز را از حالت بیش فعالی در آورده و در حال سوق دادن به سوی اجتماعی شدن قرار داده است. گرچه نمی توانیم ادعا کنیم که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

دانش آموز کاملاً بهبود یافته اما می توانیم بگوییم که رفتار دانش‌آموز تغییرات چشمگیری داشته و در این راه در حال پیشرفت می باشد لذا برای بهبود کامل دانش آموز همین رویه را در پیش گرفته شد به امید آنکه دانش آموز یکی از شخصیت های اجتماعی این مرز وبوم گردد.

ارزشیابی تاثیر اقدام جدید و تعیین اعتبار آن(ارزیابی و اعتبارسنجی)

درمان هایی که برای کودکان ADHD به کار می‌رود را می تواند به چهار گروه تقسیم کرد:

- آموزش والدین
- آموزش آموزگاران
- استفاده از کلاس‌های مخصوص
- درمان دارویی و درمان های روان شناختی

آموزش والدین و معلمین بخش مهمی از درمان را تشکیل می دهد و شامل دو بخش است ؛

- آموزش برای شناخت بیماری
- آموزش برای بکارگیری روش های درمانی

والدین باید این بیماری را به عنوان یک نقص خفیف در مراحل اولیه رشد مغز دانسته و به کودک خود به دید کودکی تنبل ، نافرمان ، شرور و فضول که اگر بخواهد می تواند رفتاری طبیعی داشته باشد نگاه نکنند ، بلکه او را کودکی بدانند که تلاش می کند با ناتوانی خود که خارج از کنترلش است ، کنار بیاید.

والدین باید راه‌های دیگری برای تشویق ، تقویت اعتماد به نفس و ایجاد احساس موفقیت در کودکشان بیابند . فعالیت ورزشی ، هنری ، فنی ، اجتماعی می تواند فرصت هایی برای نمایان کردن توانائی های این کودکان ایجاد نماید . این فعالیت ها بالطبع تشویق بیشتری به دنبال داشته و می‌تواند آثار منفی حاصل از تجربه های بد قبلی ، شکست ها ، طرد شدگی ، تنبیه ها و ...) را بکاهد و جایگزین آن گردد . البته والدین نباید تصور کنند که کودکانشان به دلیل این ناراحتی مسئول اعمال نامطلوب و خلاف خود نیستند ، بلکه کودک می باید اینگونه رفتارها را جبران کند.

برای اینکه کودکان قوانین را بیاموزند و از آن پیروی نمایند لازم است قوانین را برای آنها واضح تر ، در فواصل کمتر و دفعات بیشتر بیان کنیم و سیستم تشویق و تنبیه قوی تری را با آن همراه نماییم.

برخورد مناسب با کودکان دچار ADHD به زمان ، پشتکار ، کوشش ، مداومت و همکاری و هماهنگی زیادی نیاز دارد و به همین دلیل مربیان و والدین باید همواره روحیه ای با نشاط ، شاداب ، طنزپرداز و شوخ طبع را در خود حفظ نمایند.

تجدیدنظر و دادن گزارش نهایی

پژوهشگر شاهد تغییر رفتار چشم‌گیر دانش آموز بود و این باعث خوشحالی است اما نمی‌توان ادعا کرد که او درمان شده است زیرا بهبودی کامل در صورت وقوع بیش فعالی معمولاً بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی رخ میدهد و بهبودی قبل از ۱۲ سالگی نادر است . گاهی علائم در بلوغ بهبود یافته و گاهی نیز تا بزرگسالی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

ادامه می یابد. لذا در اینجا لازم است اقدامات و راهنمایی هایی برای گرفتن نتیجه بهتر برای والدین و معلمان پیشنهاد داد.

پیشنهاداتی برای والدین دانش آموز

- وقتی که فرزندتان کارش را خوب انجام می‌دهد به او پاداش دهید. در فرزند خود توانایی ایجاد کنید و نیز با او در مورد استعدادهایش صحبت کنید و او را به بکارگیری توانایی‌هایش تشویق و ترغیب کنید.
- با فرزند خود کاملا واضح و روشن صحبت کنید. برای این کار با پشتکار ، مصر و مثبت باشید و خواسته‌های خود را کاملا برای فرزند خود روشن سازید. به فرزند خود بگویید چه کارهایی را باید انجام دهد نه این که فقط ، آنچه را نباید انجام دهد به او گوشزد کنید.
- شیوه‌هایی را برای کنترل رفتار فرزند خود یاد بگیرید این برنامه‌ها عبارتند از: ایجاد جدول برای فعالیت‌های فرزندتان ، داشتن برنامه برای پاداش ، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب ، پیامدهای عادی و غیر طبیعی نتایج و پیامدهای منطقی.
- با مدرسه فرزندتان تماس داشته باشید و برنامه تعلیم و تربیت خاص نیازهای فرزندتان را برای او تنظیم کنید.
- با معلم در تماس باشید و به او بگویید فرزند شما در خانه چه عملکردی دارد و از او بپرسید که در مدرسه چه می‌کند و آنها را حمایت کنید.

پیشنهاداتی برای معلمان

باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش آموزان دشوار هستند. برای مثال ممکن است که دانش آموز ADHDدر شروع یک کار دچار مشکل باشد در حالی که دانش آموزان دیگر در پایان‌دادن به یک عمل و شروع عمل بعدی مشکل داشته باشند.

بنابراین هر یک از این دانش آموزان نیاز به کمک‌های متفاوتی دارند.

- به دانش آموزان نشان دهید چگونه از کتاب تکلیف و برنامه‌های روزانه استفاده کنند . همچنین مهارت‌ها و روش‌های یادگیری را به آنها آموزش دهید و آنها را به شکل منظم تقویت (پاداش) کنید.
- به دانش آموزان در فعالیت‌های بدنی‌شان کمک کنید. (برای مثال) به آنها اجازه دهید تا کاری را ایستاده پای تخته سیاه انجام دهند). در بین برنامه‌ها به آنها استراحت دهید.
- با والدین و دانش آموزان هر دو با هم برای نو آوری و اجرای یک برنامه تعلیم و تربیتی متناسب بمنظور نیل به نیازهای دانش آموزان به فعالیت و همکاری بپردازید.
- انتظارات بالا از دانش آموزان داشته باشید اما سعی کنید راه‌های جدیدی را برای انجام کارها امتحان کنید صبور باشید و شانس دانش آموزان را برای کسب موفقیت بالا ببرید.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

نتیجه گیری

اختلال بیش فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است، معمولاً در دوران کودکی بروز می کند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش بینی‌های لازم را به عمل آورند. شناسایی و درمان زودهنگام کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی برای بهزیستی آنها بسیار مهم است (Mphahlele et all,2022)

این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است.چنانچه این بچه‌ها در سنین کودکی معالجه نشوند، در دوره نوجوانی احتمال این که رفتارهای ضداجتماعی داشته باشند و نیز حالات افسردگی در آنها به وجود آید، بسیار است. بنابراین به والدین توصیه می شود که حتماً در دوران کودکی برای معالجه این کودکان اقدام کنند. دانش‌آموزان با اختلال نارسایی بیش فعالی با روش‌های عملی و فعال ،بهتر یاد می‌گیرند تا با روش سخنرانی معلم و چون معمولاً از داستان لذت می‌برند؛ بخصوص اگر این داستانها مربوط به خودشان باشد و بصورت مهیج و تخیلی یا طنز گونه ارائه گردد، آنها را وادار می‌کند تا فکر کردن را تمرین کرده و با تقویت ارزشهای اخلاقی و خود آگاهی، مسیر زندگی خود را متحول سازند. با این روش‌ها کودک بیش فعالی که از درس و مدرسه فراری است، به دانش‌آموزی علاقمند و صاحب‌نظر مبدل شده و با شناخت ارزشهای واقعی، در رعایت حقوق دیگران کوشش بیشتری خواهد کرد و در صحبتهایش از بی‌هدفی و پراکنده گویی می‌پرهیزد. از آنجا که کودکان بیش فعال دارای شجاعت نسبی بیشتری نسبت به بچه‌های دیگر هستند، معلم می‌تواند از این موضوع بهره‌برداری کرده و شجاعت فکری ، بازنگری و اصلاح کودک توسط خودش را افزایش دهد. تمرین و ممارست در درست سؤال کردن، دلیل آوردن و دلیل خواستن می‌تواند سعۀ صدر این کودکان را بالا برده و آرامش آنها را به همراه داشته باشد. به خاطر داشته باشید که با روش فلسفه و کودک می‌توانیم حس کنجکاوی طبیعی کودکان بیش فعال را تا حدی ارضاء کرده و مهارتهای تفکر و استدلال در کودکان را تقویت و به این ترتیب ،اعتماد به نفس آنها را بالا بریم و به آنها این روش را یاد بدهیم که به خود بگویند «صبر کن! کمی بیشتر دقت کن! حالا انجام بده» این روش، رفتار تکانشی او را تا حد قابل ملاحظه ای کاهش می‌دهد. برای این منظور می توانید او را در یک گروه کلاسی، عضو کنید تا کارهایش را به صورت گروهی انجام دهد .او را زود به زود تشویق کنید چرا که به پاداش‌های پیاپی در زمان کوتاه نیاز دارد. تماس چشمی خود را با او بطور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید. سعی کنید از رنگها به خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس و فیلم) و مواد لمسی (مثل گچ، کاغذ، خمیر و مانند اینها) بیشتر استفاده کنید. نتیجه بررسی‌ها نشان داده است که این دانش‌آموزان، در یادگیری از راه دیدن و لمس کردن وضعیت بهتری دارند. از حرکت دست و چهره و وسایل کمک آموزشی برای تدریس و تفکر او استفاده کنید. هوشیاری شما در این زمینه می‌تواند آینده او را دگرگون سازد. تا حد امکان درس را مفرّح تدریس کنید، زیرا علاقمندی کودک به درس، مانع تشدید کم

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

توجهی او خواهد شد. در برخورد با این کودکان، صبور و منعطف باشید وبالاخره به محض شک به این اختلال، سریعاً کودک را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

منابع

1. Afrooz, Gh. A. (2000). Education of Exceptional Children. Tehran University of Tehran Press
2. Al Hamed, J. H., Taha, A. Z., Sabra, A. A., & Bella, H. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among male primary school children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and associated factors. *J Egypt Public Health Assoc*, *83*(3-4), 165-182.
3. Bayati, A., Faghihzadeh, S., & Rahgavi, A. (2000). Aiding factors of attention-deficit disorder/hyperactivity among school age children in arak state primary schools. *J Rahavard Danesh*, *3*, 9-14.
4. de Zwaan, M., Gruß, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... & Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *262*(1), 79-86.
5. Halahan, K. (2009). exceptional Children. Translated by Hamid Alizadeh et al.
6. Hamidzadeh, A., Kharatha, M., Bazghaleh, M., Basirinejad, H., Aghdam, N. F., & Ebrahimi, H. (2021). The prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and its related risk factors among children at elementary school in Shahroud. *Journal of Education and Health Promotion*, *10*
7. Khoushabi, K., SETAREH, F. A., MORADI, S., & MOHAMMAD, K. P. (2006). Risk factors of attention deficit hyperactivity disorder in children.
8. Larsen, L. B., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., & Rask, C. U. (2021). Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60*(6), 734-744.
9. Linden Field, G. (2004). Superior confidence. Translator: Hamid Asgharipoor, Negar Asgharipoor. Tehran: Javaneh Roshd Publisher.
10. Minatoya, M., Araki, A., Itoh, S., Yamazaki, K., Kobayashi, S., Miyashita, C., ... & Kishi, R. (2019). Prenatal tobacco exposure and ADHD symptoms at pre-school age: the Hokkaido Study on Environment and Children's Health. *Environmental health and preventive medicine*, *24*(1), 1-9.
11. Mphahlele, R. M., Meyer, A., & Pillay, B. J. (2022). Working memory and set-shifting in school-aged children classified as having attention-deficit hyperactivity disorder. *The South African Journal of Psychiatry: SAJP: the Journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, *28*.
12. Mulraney, M., Schilpzand, E. J., Hazell, P., Nicholson, J. M., Anderson, V., Efron, D., ... & Sciberras, E. (2016). Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6–8-year-old children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, *25*(3), 321-330.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

13. Paraskevopoulou, M., van Rooij, D., Schene, A. H., Scheres, A. P., Buitelaar, J. K., & Schellekens, A. F. (2020). Effects of substance misuse and family history of substance use disorder on delay discounting in adolescents and young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European addiction research*, *26*(4-5), 295-305.
14. Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(5), 436-445.
15. Safaryeh M.(2019) Providing solutions to reduce the problem of hyperactivity / inattention: A case study. Scanning in Humanities Education. [cited 2022February21]; 5 (17): 13-27. Available from: https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=544507
16. Seif, R. F. (2001) Educational Psychology (Modification of Children's Behavior Pattern): Doran Publications.
17. Setyanisa, A. R., Setiawati, Y., Irwanto, I. F., & Prabowo, S. A. (2022). Relationship between Parenting Stress and Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Elementary School Children. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, *16*(1), 197.
18. Shafi A, A; Naseri, Gh. (2004). Theories of counseling and psychotherapy. Tehran: Publisher of University Publishing Center.
19. Soled, D., Keim, S. A., Rapoport, E., Rosen, L., & Adesman, A. (2021). Breastfeeding Is Associated with a Reduced Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Preschool Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *42*(1), 9-15.
20. Starck, M., Grünwald, J., & Schlarb, A. A. (2016). Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 581.
21. Tabrizi, M. (2015). Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Tehran Faravan, left seventh
22. Wymbs, B. T., Pelham Jr, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Wilson, T. K., & Greenhouse, J. B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(5), 735.
23. Young, J. R., Yanagihara, A., Dew, R., & Kollins, S. H. (2021). Pharmacotherapy for preschool children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Current status and future directions. *CNS drugs*, *35*(4), 403-424.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۳، شماره ۱۷ ، تابستان سال ۱۴۰۱

Providing solutions to improve the problem of hyperactivity/inattention in children (case study: preschool students)

Leila Karimi*[1], Arezou Ghafouri[2]

Abstract

Timely diagnosis and treatment of hyperactivity can play an important role in solving students' problems, and considering that children's personality is formed before the age of seven and the sensitivity of the issue, we decided to investigate this disorder. The purpose of this qualitative research was to improve the relative improvement of attention deficit/hyperactivity disorder in preschool students. The research method was case study and its implementation method was action research. In order to answer the research questions by using scientific methods such as observation, interviews and questionnaires and by using various sources such as books, magazines, theses and... gathering the necessary information related to the existing problem and Their analysis identified effective factors in creating the problem. According to the results of the research, economic, cultural, social, environmental and family factors and heredity and genetics were identified as effective factors in the occurrence of problems, and as a result, play-therapy methods, cognitive techniques, balance and equilibrium exercises, Aram building, strengthening concentration, etc. were chosen to treat this disorder. After confirming the validity of the selected solutions using different parameters and with the parents' support, the solutions were implemented and based on the available evidence and with the help of the Connors parents' questionnaire, it was determined that attention deficit/hyperactivity disorder improved to some extent. It has been found and the amount of impulsive behavior has been reduced. Therefore, the findings of the research showed that a combination of the above methods was effective in the treatment of the individual.

Keywords: hyperactivity (ADHD), attention deficit, academic problems, family and child, preschool stage

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

[1] *Master of Entrepreneurship, Business major, Ilam University, Ilam, Iran
[2] P.H.D student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran