

اثر بخشی داستان‌های استعاره‌ای و دستورالعمل‌های ساده تحت اللفظی بر توجه و کنترل پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی مداخلات کلامی با استفاده از داستان‌های استعاره‌ای با و بدون پس زمینه موسیقی و دستورالعمل‌های ساده تحت اللفظی بر توجه و کنترل پاسخ برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی است.

روش کار

روش پژوهش حاضر، آزمایشی و از نوع طرح‌های شبه آزمایشی^۱ با طرح پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. شرکت کنندگان از بین مراجعین ۱۰ تا ۱۲ ساله مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز که توسط یک روانپزشک، دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی تشخیص داده شده بودند، انتخاب شدند. نمونه گیری اولیه بر اساس روش نمونه گیری در دسترس (به تشخیص روانپزشک و روانشناس) صورت گرفت شده و به صورت تصادفی در ۴ گروه ۸ نفری آزمایش و کنترل جایگزین گردید.

نتایج

این پژوهش نشان داد که نمرات توجه و کنترل پاسخ این کودکان بعد از مداخلات کلامی با استفاده از داستان‌های استعاره‌ای و دستورالعمل‌های ساده تحت اللفظی و گروه کنترل بطور معناداری افزایش داشت. اما تفاوت افزایش نمرات بین چهار گروه با روش‌های مداخله مختلف معنا دار نبود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که مداخلات گروهی کلامی و غیر کلامی در بهبود توجه و کنترل پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی موثر است. اما تفاوت تاثیر گروه‌های مختلف مداخله قابل ملاحظه نیست. با توجه به افزایش نمرات توجه و کنترل پاسخ کودکان در گروه کنترل، می‌توان عضو گروه بودن را در افزایش نمرات موثر دانست.

کلمات کلیدی

اختلال نقص توجه / بیش فعالی، استعاره، توجه، کنترل پاسخ، کودک، مداخله کلامی

زهرا مهرپور^۱

علیرضا مرادی^{۲*}

حسین دباغ^۳

مریم مقدسین^۴

مهرداد پورمحمد^۵

^۱ دانشجوی دکتری زبان شناسی شناختی، موسسه آموزش عالی علوم شناختی

^۲ استاد موسسه آموزش عالی علوم شناختی

^۳ عضو هیات علمی موسسه آموزش عالی علوم شناختی

^۴ عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی

^۵ عضو هیات علمی موسسه آموزش عالی علوم شناختی

Email: zmehrpur@gmail.com

¹. Quasi-experimental Design

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که در ژاپن تا ۷٪، در چین ۶ تا ۸٪، در فرانسه و نیوزلند ۷٪ برآورد می‌گردد (۱) تفاوت کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی با همسالانشان ناشی از نقص در بازداری رفتاری یا خودتنظیمی (مثل توانایی سازمان دهی، طرح ریزی و ارزیابی از رفتار خود) و عدم توانایی به کارگیری گفتار درونی به منظور انجام رفتار منطبق با قوانین و دستورالعمل‌های انجام کارها است (۱). در ایران نیز شیوع این اختلال ۵ تا ۸/۵٪ تخمین زده شده است (۲). بطور کلی این اختلال با نقص توجه، تکانشی بودن، عدم توانایی در مهار رفتارهای نامناسب و بیش‌فعالی مشخص می‌گردد (۳). با وجود اینکه کارایی و مطمئن بودن داروهای تجویزی برای درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی موضوعی بحث برانگیز است اما در چند دهه اخیر، تجویز آنها در آمریکا و سایر کشورها افزایش داشته است (۴) که امکان دارد حداقل بخشی از آن به دلیل افزایش تعداد بیماران با اختلال نقص توجه بیش‌فعالی باشد و یا به این علت که درصد بالایی از این بیماران با داروها درمان می‌شوند (۵). با توجه به این موضوع که در بسیاری از موارد استفاده از داروهای شیمیایی تنها علائم بیماری را کاهش می‌دهند بعضی اوقات وجود روش‌های غیر دارویی در کنار دارو درمانی لازم به نظر می‌رسد (۶).

گفتار کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کلیشه‌ای‌تر، همراه با مشکلات بیشتر در ارتباطات محاوره‌ای و اجتماعی نسبت به کودکان عادی است (۷). در واقع، ارتباط و درک زبان با جنبه‌های اصلی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی؛ شامل سطح پایین توجه، فعالیت بیش از حد و تکانشی بودن؛ مرتبط است (۷) پژوهش بروس نشان می‌دهد که مشکل ارتباط و درک، در این کودکان از مشکلات مربوط به زبان بیانی بیشتر است. برخی از پژوهش‌ها نیز تکانشی بودن را پیش‌بینی کننده قدرتمند و مطمئنی برای وجود مشکلات ارتباطی گزارش کرده‌اند (۸) این کودکان بطور معناداری مشکلات بیشتری در استنتاج اطلاعات تفسیری و درک دستورالعمل‌های مربوط به نحوه انجام کار دارند (۸).

زبان در سازمان دهی و طرح ریزی رفتار تسهیل کننده است (۸) و در کنترل رفتار و گسترش روابط اجتماعی نقش دارد. زبان می‌تواند به عنوان ابزاری در بررسی قابلیت‌های شناختی مورد توجه قرار گیرد، همچنین قادر است نقش مهمی در مداخلات درمانی و آموزشی داشته باشد. اما اثر بخشی زبان مستلزم بکاربردن کلام مناسب با در نظر داشتن سن و ویژگی‌های افراد است. پس برای درمانگرانی که با کودکان سرو کار دارند مشخص کردن اینکه با چه کلامی با کودک گفتگو کنند تا تاثیر بیشتری بر آنها داشته باشد، ضروری بنظر می‌رسد (۹).

نظریه استعاره مفهومی (لیکاف، ادعا می‌کند که فراوانی و کاربرد استعاره‌ها در گفتار روزمره نشان دهنده این است که اندیشه ما نیز استعاری است. در واقع یکی از کارهای برجسته لیکاف و جانسون، به عنوان زبان شناس شناختی، شناسایی شماری از "استعاره‌های مفهومی" است که اساس مفاهیم انتزاعی و شیوه تفکر ما درباره جهان و خویشتن به شمار می‌آیند (۱۰). بهترین نمود این تفکر استعاری را می‌توان در زبان ارتباطی مشاهده کرد. لیکاف و جانسون اساس استعاره را در این می‌دانند که چیزی برحسب چیز دیگری فهمیده می‌شود (۱۱). به این ترتیب آنها استعاره را ابزاری می‌دانند برای مفهوم سازی یک تجربه انتزاعی بر اساس تجربه‌ای ملموس‌تر (۱۲) بطور مثال در استعاره "بحث جنگ است"، از حوزه ملموس "جنگ" برای فهم بهتر حوزه انتزاعی "بحث" استفاده می‌کنیم. البته باید این نکته را در نظر داشت که درک و تولید زبان استعاره‌ای، عبور دانش از یک حوزه مفهومی به حوزه مفهومی دیگر را در بر می‌گیرد که از یک طرف به دانش مفهومی که کودک از قبل داشته و از طرف دیگر به غنی سازی و توسعه این دانش مفهومی، بستگی دارد (۱۳) به عقیده پیازه استعاره‌های واقعی وقتی شکل می‌گیرند که عملیات منطقی انتزاعی در سیستم مفهومی سلسله مراتبی رشد کرده باشد. او معتقد است، توانایی درک گفتارهای استعاری همزمان با توانایی انجام عملیات دسته بندی اشتراکی رشد می‌یابد (در اواخر مرحله عملیات عینی) و کودکان قبل از یازده سالگی قادر به درک استعاره‌ها نیستند (۱۴). اما این نظریه پیازه منتقدان بسیاری از جمله رش و همکاران دارد.

دارای اختلال نقص توجه /بیش‌فعالی انجام شد تا مشخص شود که در مداخلات آموزشی و درمانی بکارگیری چه نوع کلامی به بهبود عملکرد توجه و کنترل پاسخ این کودکان کمک می‌کند.

روش کار

روش پژوهش حاضر، آزمایشی و از نوع طرح‌های شبه آزمایشی^۲ با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. شرکت کنندگان از بین مراجعین ۱۰ تا ۱۲ ساله مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز که توسط یک روانپزشک، دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده شده بودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری اولیه بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس (به تشخیص روانپزشک و روانشناس) صورت گرفت ولی گمارش و انتصاب شرکت کنندگان تصادفی بود. بدین صورت که جایگزینی افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل از طریق همتاسازی براساس جنس، سن و بهره هوشی انجام شد و ۳۲ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به صورت کاملاً تصادفی در چهار گروه ۸ نفری قرار گرفتند (جایگزینی تصادفی). در گروه اول مداخله کلامی توسط داستان‌های استعاره‌ای بدون پس‌زمینه موسیقی صورت گرفت و مداخله کلامی در گروه دوم با داستان‌های استعاره‌ای دارای پس‌زمینه موسیقی انجام گرفت زیرا به نظر می‌رسید کودکان با شنیدن داستان‌های با پس‌زمینه موسیقی بی‌قراری کمتری از خود نشان می‌دهند. در گروه سوم مداخله کلامی با استفاده از دستورالعمل‌های ساده تحت الفظی با کمترین استعاره بود. جملات در این نوع مداخله حالت داستانی نداشته و به صورت آموزش مستقیم با استفاده از توصیه‌های لازم جهت توجه و کنترل خود به کودکان صورت گرفت. در گروه چهارم (گروه کنترل) مداخله کلامی انجام نشد و کودکان در این گروه تنها به رنگ آمیزی اشکال هندسی پرداختند. با این هدف که تاثیر شرکت در گروه بر آزمودنی‌ها مشخص شود.

شرایط ورود به تحقیق، شامل تکمیل فرم رضایتمندی توسط والدین، تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر اساس ملاک

پژوهشگرانی از این دسته بر خلاف نظر پیازه معتقدند که کودکان پیش‌دستانی به خوبی قادرند که زبان استعاره را تولید کرده و بفهمند. فرانکارت و همکاران در گزارش خود در خصوص کودک و استعاره ذکر می‌کنند که اغلب مطالعات آزمایشی نشان داده‌اند کودکان در ۷ سالگی در نتیجه رشد شناختی و توانایی‌های فرازبانی، قادر به درک استعاره هستند، اما تسلط کامل بر استعاره‌ها بعد از سن ۱۰ سالگی رخ می‌دهد (۱۵). در حالی که برخی دیگر معتقدند که توانایی فهم و استفاده از چنین زبانی تا اوایل نوجوانی رشد نمی‌یابد (۱۶). البته باید به این نکته توجه کرد که فهم استعاره به معنای رشد کامل استعاره نیست. رشد تولید و فهم استعاره یک فرایند مداوم است که بر اساس محدودیت‌های دانش کودک و توانایی پردازش اطلاعات استوار است. در واقع درک استعاره در طی سال‌های پیش‌دستانی شروع می‌شود و با افزایش دانش و توانایی پردازش اطلاعات در کودک رشد می‌کند (۱۶).

با توجه به مشکلات رفتاری و زبانی کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی، در آموزش آنها وجود طرح آموزشی - درمانی ضرورت دارد که علاوه بر توجه به مشکلات رفتاری (نقص توجه، تکانشی بودن و بیش‌فعالی) به درک بهتر زبان و آموزش استفاده از زبان درونی، سازماندهی گفتار و استفاده از زبان در گفتگوهای سازمان یافته، منجر شود. درمانگر باید این موضوع را در نظر داشته باشد که بیشتر اوقات آموزش‌های مستقیم برای دانش‌آموزانی که از نقص توجه/بیش‌فعالی برخوردارند، خسته کننده است و آنها خیلی زود این آموزش‌ها را فراموش می‌کنند یا برخی در مقابل آن مقاومت نشان می‌دهند. حال این سوال مطرح می‌شود که کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با توجه به مشکلاتی که در ارتباط کلامی و سازماندهی دارند آیا قادرند از مداخلات کلامی حاوی استعاره بهره ببرند یا بهتر است در مداخلات درمانی آنها، تنها از دستورالعمل‌های ساده تحت الفظی استفاده نمود.

بدین ترتیب، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخلات کلامی مختلف بر توجه و کنترل پاسخ کودکان

² Quasi-experimental Design

تشخیصی DSM_V و تشخیص یک روانپزشک، داشتن بهره هوش ۷۵ و بالاتر، سن ۱۰ تا ۱۲ سال و زبان مادری فارسی کودک بود. معیارهای خروج نیز عدم تمایل به همکاری شرکت کنندگان، وجود مشکلات بینایی، شنوایی و مشکلات حرکتی بر اساس ارزیابی مربی بهداشت مدرسه و گزارش والدین، وجود سایر اختلالات روانپزشکی بر مبنای تشخیص متخصصین و دوزبانگی کودک بود.

ابزار پژوهش

۱- ابزار اندازه گیری مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II و DSM- IV^۳: این مصاحبه یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است و بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می شود. مطالعات گوناگون از جمله مطالعات ویلیامز^۴، گیون^۵ و همکاران، پولاک، باکشتین و لونج^۶ (۱۷) حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (به نقل از شریفی و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه شریفی و همکاران (۱۸) که با هدف «سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی» صورت گرفت در مرحله نخست: «ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه» و در مرحله دوم «مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی» نتایج به شرح زیر بود: پایایی قابل قبول تشخیص های داده شده با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می توان از این ابزار در تشخیص گذاری های بالینی و پژوهشی و آموزش استفاده کرد.

۲- آزمون هوش و کسلر کودکان ویرایش چهارم: آزمون هوش و کسلر کودکان دارای چهار مقیاس فهم کلامی، استدلال ادراکی، حافظه فعال و سرعت پردازش می باشد. جهت مشخص کردن بهره هوش کودکان به منظور همسازی گروه های آزمایش و کنترل از تست هوش و کسلر ۴ از نسخه هنجار شده فارسی استفاده شد (۱۹) و (۲۰) آزمون و کسلر ۴ دارای ضریب

تجانس درونی ۰/۹۷-۰/۸۸ است. اعتبار مقیاس ها نیز با سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن آزمون به منظور بررسی تجانس درونی و بازآزمایی به منظور بررسی ثبات مورد سنجش قرار گرفت که نشان دهنده ضریب مطلوب بالاتر از ۰/۸ می باشد (۲۱).

۳- آزمون عملکرد مداوم دیداری- شنیداری^۸: دو عامل "توجه" و "کنترل" پاسخ را ارزیابی می کند. این آزمون به صورت کامپیوتری و بطور انفرادی اجرا می شود و در دو حوزه بینایی و شنوایی دارای ۵۰۰ کوشش (آزمایه) است. مدت زمان اجرای این آزمون حدود ۲۰ دقیقه می باشد و برای افراد ۶ تا ۹۹ سال قابل اجرا است. درصد توافق تشخیص اختلال نقص توجه کودکان آزمون IVA با T.O.V.A، ۹۰٪، با سیستم تشخیصی گوردون ۱۰۰٪، و با مقیاس رتبه بندی والدین کانرز ۹۲ تا ۱۰۰٪ و پایایی باز آزمایی در خرده مقیاسها ۰/۸۸-۰/۴۶ است (۲۲). نسخه فارسی این آزمون دارای ضریب اعتبار ۰/۵۳ تا ۰/۹۳ می باشد (۲۳).

ملاک های تشخیصی انجمن روانپزشکان آمریکا DSM-V (۳) این ملاک تشخیصی جهت مشخص کردن کودکان معرفی شده تحت عنوان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، توسط یک روانشناس بالینی استفاده شد.

پروتکل درمانی

مجموعه داستان های استعاری "ماجراهای هوشیار": این مجموعه جهت آموزش کودکان دارای نقص توجه/بیش فعالی توسط آلن کرون (۲۴) تدوین شده و شامل ۶ قسمت است، که در هر قسمت به یک استعاره اشاره می شود. در مجموعه "ماجراهای هوشیار" سعی شده است که برای شکل گیری رفتارهای مناسب مانند کنترل خود و توجه از استعاره های قابل فهم برای کودکان استفاده شود. این مجموعه که به صورت شنیداری ارائه می گردد، بر آموزش روش آرام سازی خود، داشتن هدف، فکر کردن به هدف، صبر کردن، کنترل خود، تلاش برای رسیدن به هدف و مداومت در کار، تمرکز کردن و

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

⁴ Williams

⁵ Gibbon

⁶ Bukstein & Lutch

⁸ Integrated Visual and Auditory Continuous performance (IVA/CPT)

رادیو توسط گویندگان برنامه‌های رادیویی کودکان بازخوانی و ضبط شد. در هر گروه آزمایشی، مداخله کلامی به صورت صوتی برای کودکان طی یک ماه و نیم، هر هفته یک جلسه (هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه) پخش شد. جلسات توسط یک مربی کودکان استثنایی که تجربه کافی کار با کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشت کنترل می‌شد. پس از طی ۶ جلسه تمام آزمودنی‌ها مجدداً توسط آزمون عملکردمداوم دیداری-شنیداری ارزیابی شدند. ۷ تا ۹ هفته بعد از پایان مداخله، آزمون پیگیری انجام شد.

اجرای این طرح آزمایشی در یک اتاق مشاوره روانشناسی با حداقل محرک صورت گرفت. هنگام ارزیابی‌های اولیه و پایانی به جز آزمودنی و آزمونگر و در جلسات آموزشی به جز آموزش دهنده و اعضای هر گروه فرد دیگری در اتاق حضور نداشت.

پس از اجرای مداخلات، تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه و تحلیل واریانس مکرر دو عاملی (آمیخته) انجام شد.

نتایج

پس از انتخاب گروه نمونه، ۳۲ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر اساس جنسیت، سن و هوش کلی (بر اساس آزمون هوش و کسلر کودکان ۴) در چهار گروه همتا سازی شدند.

توجه به محرک‌های اصلی، برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تاکید دارد. در این روش، روند ارائه استعاره‌ها، دارای سازماندهی مشخص برای دنبال کردن هدف‌های آموزشی - درمانی است.

مجموعه دستورالعمل‌های تحت اللفظی: شامل ۶ "دستورالعمل" تحت اللفظی است که با هدف آموزش بهتر توجه کردن و کنترل خود و با توجه به کتاب‌های موجود کودکان در زمینه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تدوین شده است. این دستورالعمل‌ها با در داشتن همان اهداف داستان‌های استعاری، اما در قالب جملات ساده تحت اللفظی که حاوی استعاره نبودند به صورت غیر داستانی به کودکان ارائه شد. در تهیه مجموعه دستورالعمل‌های تحت اللفظی، سعی شده است استفاده از استعاره‌ها تا حد امکان به حداقل برسد تا جمله‌ها در قالبی ساده و عینی به کودکان ارائه شوند.

در این پژوهش ۳۲ کودک ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شرکت داشتند. هوشبهر آنها براساس آزمون هوشی و کسلر کودکان - ویرایش ۴ و توجه و کنترل پاسخ آنها توسط آزمون "عملکرد دیداری-شنیداری یکپارچه" ارزیابی شد. سپس کودکان بر اساس پایه کلاسی و جنسیت (۲۲ پسر و ۱۰ دختر) و بهره هوشی در چهار گروه همتا سازی شدند.

کلیه مداخلات کلامی شامل داستان‌های استعاری و دستورالعمل‌های تحت اللفظی به صورت شنیداری در استودیو

جدول ۱- مشخصات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه‌های مداخله

هوش کل میانگین (انحراف معیار)	سن میانگین (انحراف معیار)	جنسیت		گروه مداخله
		دختر	پسر	
۷۹/۳۸ (۵/۶۸)	۱۱/۳۴ (۰/۹۴۶)	۳	۵	داستانهای استعاره ای بدون موسیقی پس زمینه
۷۸/۱۳ (۵/۱۱)	۱۰/۹۵ (۰/۵۷۳)	۲	۶	داستانهای استعاره ای با موسیقی پس زمینه
۷۸/۳۸ (۶/۵۰)	۱۱/۲۶ (۰/۳۹۵)	۳	۵	دستورالعمل‌های تحت اللفظی
۷۸/۵۰ (۵/۱۲)	۱۱/۱۹ (۰/۸۲۴)	۲	۶	رنگ آمیزی شکل‌ها
۷۸/۵۹	۱۱/۱۸	۱۰	۲۲	کل

هوشی ($F=۰/۰۷۵$ ، $P=۰/۹۷$) اختلاف معناداری ندارند. یعنی گروه‌ها در سن و نمره هوش کل با یکدیگر همتا هستند و امکان مقایسه آنها وجود دارد.

برای اطمینان از اینکه گروه‌ها در عامل سن و هوش با یکدیگر همتا هستند سن و نمرات هوش از طریق تحلیل واریانس یک راهه بین چهار گروه بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که گروه‌های مداخله از نظر سن ($F= ۰/۵۴۱$ ، $P=۰/۶۶$) و بهره

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات توجه و کنترل پاسخ در گروه‌ها با مداخله‌های متفاوت در سه موقعیت ارزیابی

روش مداخله	توجه			کنترل پاسخ		
	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون پیگیری
داستان‌های استعاره‌ای بدون موسیقی پس زمینه	۷۱/۷۵	۸۴/۰۰	۸۹/۳۸	۸۰/۲۵	۹۳/۰۰	۱۰۰/۲۵
داستان‌های استعاره‌ای با موسیقی پس زمینه	۸۰/۰۰	۸۸/۵۰	۸۷/۴۳	۸۳/۴۳	۱۰۰/۲۹	۱۰۳/۵۷
دستورالعمل تحت الفظی	۶۵/۸۸	۸۲/۶۳	۹۰/۰۰	۶۹/۵۷	۹۱/۲۹	۹۲/۴۳
رنگ آمیزی شکل‌ها	۶۵/۰۰	۷۳/۵۰	۸۶/۰۰	۸۶/۵۰	۸۹/۰۰	۹۶/۵۰
	۲۵/۵۱	۲۴/۲۰	۲۱/۵۸	۱۲/۶۳	۱۳/۹۳	۱۱/۱۱

پس آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار است ($p=۰/۰۱$). آزمون تعقیبی بنفرونی جهت تعیین معنادار بودن بین مراحل مختلف ارزیابی نشان می‌دهد که تفاوت نمرات توجه و کنترل پاسخ در پیش آزمون و پس آزمون ($p < ۰/۰۰۰۰$) و تفاوت نمرات بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است اما تفاوت نمرات بین پیش آزمون و پس آزمون معنادار نیست.

به منظور مقایسه نمره توجه و نمره کنترل پاسخ در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) در چهار گروه مداخله (گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل)، از تحلیل واریانس آمیخته شامل اندازه‌گیری مکرر و آزمون بین گروهی استفاده شد (جدول ۳-۴). نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که تفاوت اثرهای درون گروهی نمرات توجه و نمرات کنترل پاسخ کودکان در مراحل پیش آزمون،

جدول ۳- تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثرهای درون گروهی و بین گروهی در متغیر توجه کل

منبع اثر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
مراحل ارزیابی	۴۱۲۸/۰۶۲	۱	۴۱۲۸/۰۶۲	۱۶/۱۸۷	۰/۰۰۲ (**)	۰/۳۶۶	۱۶/۱۸۷
مراحل ارزیابی * گروه مداخله	۹۰۴/۱۸۸	۳	۳۰۱/۳۹۶	۱/۱۸۲	۰/۳۳۴	۰/۱۱۲	۳/۵۴۵

خطا

۷۱۴۰/۷۵۰

۲۸

۲۵۵/۰۲۷

معناداری در سطح ۰/۰۵ (*) و معناداری در سطح ۰/۰۱ (**)

جدول ۴- تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر کنترل پاسخ کل

منبع اثر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
مراحل ارزیابی	۵۴۰۲/۵۲۰	۱	۵۴۰۲/۵۲۰	۳۷/۹۴۷	0/002(**)	۰/۵۷۵	۳۷/۹۴۷
مراحل ارزیابی * گروه مداخله	۴۲۷/۶۲۵	۳	۱۴۲/۵۴۲	۱/۰۰۱	۰/۴۰۷	۰/۰۹۷	۳/۰۰۴
خطا	۳۹۸۶/۱۲۵	۲۸	۱۴۲/۳۶۲				

معناداری در سطح ۰/۰۵ (*) و معناداری در سطح ۰/۰۱ (**)

با وجود اینکه در چهار مداخله مختلف از نظر کاربردی در میانگین‌های توجه و کنترل پاسخ کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت مشاهده می‌شود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$).

نتایج مشخصه‌ی آماری لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که در کل اثر مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر افزایش نمرات توجه ($F = 11/499$) و کنترل پاسخ کودکان ($F = 20/554$) معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). اما اثر مداخلات در تعامل موقعیت‌های ارزیابی و روش‌های مداخله بر نمرات توجه ($F = 0/585$) و نمرات کنترل پاسخ ($F = 0/881$) معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مداخلات کلامی استعاره‌ای و تحت‌اللفظی در افزایش توجه و کنترل پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهند که مداخله کلامی با استفاده از داستان‌های استعاره‌ای با پس‌زمینه موسیقی و بدون پس‌زمینه موسیقی همانند دستورالعمل‌های ساده تحت‌اللفظی بر توجه و کنترل پاسخ کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی تاثیر دارد و باعث افزایش آن می‌شود. بسیاری از تحقیقات نیز،

موثر بودن مداخلات غیردارویی را در درمان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی نشان داده‌اند (۲۵). گاهی نیز در صورت وجود اختلال خفیف یا متوسط در افراد دارای این اختلال، مداخلات غیردارویی توصیه شده است (۲۶). مداخلات کلامی از جمله روش‌های غیر دارویی برای آموزش کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی است. البته باید توجه کرد که استفاده بهینه از زبان؛ به عنوان ابزاری برای شناخت و بکارگیری آن در مداخلات آموزشی - درمانی کودکان؛ زمانی میسر است که کلام مناسب و قابل فهم آنها استفاده شود. در این خصوص، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با آنکه افزایش نمرات توجه و کنترل پاسخ در کودکان در گروه مداخله کلامی با استفاده از استعاره‌ها بیشتر از گروه با مداخله کلامی با استفاده از دستورالعمل تحت‌اللفظی و گروه بدون مداخله کلامی است اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. هر چند به عقیده فریدبرگ استعاره‌های موثر به استفاده بهینه از زبان و واژگان کودکان کمک می‌کند و آنها را به یادگیری و عینیت تشویق می‌نماید (۲۷) برنز نیز به کارگیری استعاره در قالب داستان‌های کودکانه را موجب قدرتمندتر شدن یادگیری آنها می‌داند (۲۸). نتایج پژوهش حاضر حاکی از اینست که بطور کاربردی کودکانی که از مداخلات کلامی مختلف؛ از جمله داستان‌های

استعاره‌ای با پس‌زمینه موسیقی و داستان‌های استعاره‌ای بدون پس‌زمینه موسیقی استفاده کردند بعد از طی دوره مداخله، افزایش نسبتاً بالاتری در نمرات توجه و کنترل پاسخ نسبت به کودکان در گروه مداخله با استفاده از دستورالعمل‌ها و گروه کنترل بدست آوردند اما از لحاظ آماری این تفاوت‌ها معنادار نبود.

موضوع قابل توجه در این مطالعه، مشاهده افزایش نمرات توجه و نمرات کنترل پاسخ کودکان در گروه کنترل بود که مداخله‌ای در آن صورت نگرفت و کودکان فقط به رنگ آمیزی اشکال پرداختند، البته میزان این افزایش نسبت به گروه‌های دارای مداخلات کلامی کمتر بود، هر چند از لحاظ آماری تفاوت معنادار بین گروه‌ها مشاهده نشد. بدین ترتیب یافته‌ها حاکی از آن است که میزانی از تغییرات کودکان در گروه‌های آزمایشی با مداخلات کلامی و در گروه کنترل بدون مداخله کلامی به تاثیر گروه بر کودکان بر می‌گردد. این افزایش می‌تواند ناشی از قرار گرفتن کودک در گروه‌هایی باشد که اعضا آن مشکلاتی مشابه داشته‌اند و در واقع نوعی همانندی بین مشکلات هم‌گروه‌ها بر انگیزه آنها برای تلاش تاثیر داشته است. علت دیگری که می‌توان به بخشی از تغییرات کودکان در هر ۴ گروه نسبت داد توجهی است که آنها، فارغ از مشکلات ناشی از ابتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و نوع مداخله، با شرکت در این قبیل پژوهش‌ها دریافت می‌کنند.

یکی از ویژگی‌های این پژوهش استفاده از استعاره‌ها در قالب مجموعه "ماجراهای هوشیار" است که راهبردهای افزایش توجه و کنترل خود را با ارائه استعاره‌های سازمان یافته جهت

آموزش کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در طول زمان و گام به گام به کودک آموزش می‌دهد. این پژوهش نشان می‌دهد شیوه مداخله کلامی استعاره‌ای روش درمانی - آموزشی مناسبی برای کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی در کنار سایر درمان‌ها است. از آنجا که این دسته از کودکان زود خسته می‌شوند، با بهره‌گیری از داستان‌های استعاره‌ای می‌توان با روشی مدون و جذاب، آرام‌سازی خود، فکر کردن به هدف، صبر کردن، کنترل خود، مداومت در کار، تمرکز کردن، توجه به محرک‌های اصلی، برنامه‌ریزی و سازماندهی را به آنها یاد داد و زمینه لازم جهت فراگیری روش‌های مناسب افزایش توجه و کنترل پاسخ در آنها را مهیا ساخت. البته نقش دستورالعمل‌های تحت‌اللفظی و شرکت در گروه در بهبود توجه و کنترل پاسخ این دسته از کودکان را نیز نباید از نظر دور داشت.

این گونه مداخلات کلامی مدون به مشاورین، روانشناسان و درمانگران کمک می‌کند که در طول مدت اجرای مداخله فرصت کافی داشته باشند تا علاوه بر شناخت کودک در جلسات انفرادی، در جلسات گروهی نیز رفتار وی را مورد مشاهده قرار دهند و ارزیابی و تشخیص دقیق‌تری از مشکلات کودک بدست آورند.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و احتمال تاثیر گروه بر افزایش توجه و کنترل پاسخ در کودکان توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آتی، روش مداخلات کلامی به صورت انفرادی برای کودکان اجرا شده و با روش گروهی مقایسه شود.

References

1. Barkley R. A. (2013). Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. Guilford press. 14(3),56-64
2. Shahim S, Bashash L, Yousefi F (2007), Prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder in preschool children, Iranian Journal of Pediatric Diseases, 23(5), 211-17.
3. APA (2013), American Psychiatric Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), American Psychiatric Pub.
4. Cortese, S., Frank, M. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. doi:http://dx.doi.org/10.1016/52215-0366(18)30269-4
5. Renoux C, Shin JY, Dell'Aniello S, Fergusson E, Suiss S (2016), Prescribing trends of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in UK primary care, 1995-2015. British Journal of Clinical Pharmacology, 82(5) 858-868.

6. Beckley F (1999), Attention Deficit Disorder: Practical Coping Methods, CRC Press, 21(5), 101-108.
7. Geurts, H. M (2008), Language Profiles in ASD, SLI, and ADHD. *J Autism Dev Disord* 38: 1931-1943. doi:10.1007/s10803-008-0587-1
8. Bruce BG (2006), ADHD and Language Impairment, *European child & adolescent psychiatry*, 15(1): 52-60.
9. McInnes, A.H.-J (2003), Listening comprehension and working memory are impaired in ADHD irrespective of language impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4): 427-443.
10. Tay, D. T (2014), Metaphor Theory for Counselling Professionals, In J. Littlemore, *The Bloomsbury Companion to Cognitive Linguistics*, Bloomsbury, 19(4) 352-364.
11. Lakoff G, Johnson M (2003), *Metaphors we live by* London: The university of Chicago press.
12. Golfam A. I. (2002), Cognitive Linguistics and Metaphor, *Journal of Cognitive Science*, 3: 59-64.
13. Vosniadou S (1986), *Children and Metaphors*, Technical Report No.370, The National Institute of Education-University of Illinois, Center for the Study of Reading.
14. Piaget J (1959), *The language and thought of the child*, London: Routledge.
15. Cerchia F (2009), Young Children's Use of Symbolic Resources in an Experimental Setting Testing Metaphor Comprehension, *Psychology & Society*, 2(2): 200-211.
16. Reynolds RE (1980), Some Issues in the Measurement of Children's Comprehension of Metaphorical Language. Technical report No.172, the national institute of education-University of Illinois, center of the study of reading.
17. Wiliamz,P, Gibon DR, Poukak.R. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *Journal of Clinical Oncology*. 1999;12 (6) :453-60.
18. Sharifi.V. (۱۳۸۳). Reliability and applicability of the Persian version of the interview findings. (Persian) 11(2), 23-34
19. Kamkari K., Afrooz Gh., Shokrzadeh Sh, Helat A (2015), *Guide to the Performance, Grading, and Interpretation of the Fourth Edition of Wechsler Intelligence Scales for Children*. Tehran: Professors' publication.
20. Flanagan, D., & Kaufman, A. (2009). *Essentials of WISC®-IV Assessment*. John Wiley & Sons, Inc.
21. Shadkami S, Baghdasarian A., Kamkari K (1392), Psychometric properties of the fourth version of the Wechsler IQ scale in Armenian students. Central Tehran Branch: M.Sc: Islamic Azad University, Faculty of Social Sciences
22. Strauss, E. S. (2006). *A Compendium of Neuropsychological tests: Administration, Norms, and Commentary*. American Chemical Society.
23. Bojari S, Haghgoo H, Rostami R, Ghanbari, S (1394), The relationship between cognitive functions and academic performance in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Mashhad Journal of Paramedical Sciences and Rehabilitation*, 4(4): 27-35.
24. Caron A (2002), *Programme Attentix-Gérer, structurer et soutenir l'attention en classe*. Montreal: Chenelière.
25. Toplak M, Connors L, Shuster J, Knezevic B, Parks S (2007), Review of cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 28(5): 801-823.
26. Banerjee S (2012), ADHD in children and adolescents: a good practice guidance. In *current directions in ADHD and its treatment*. InTech.
27. Friedberg R, Wilt L (2010), Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2): 100-113.
28. Bergen.Parker,M.(2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396

*Original Article***Efficiency of Metaphorical Stories and Literal Instructions on Attention and Response Control in Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Children**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 20/02/2019

Zahra Mehrpoure¹
 Alireza Moradi^{2*}
 Hossein Dabbagh³
 Maryam Moghadasin⁴
 Mehdi Pourmohammad⁵

¹ PhD student of Cognitive Linguistics,
 Institute of Higher Education of Cognitive
 Sciences

² Professor, Institute of Cognitive Higher
 Education

³ Faculty member of the Institute of
 Higher Education of Cognitive Sciences

⁴ Faculty member of Kharazmi University

⁵ Member of the Faculty of Cognitive
 Science Higher Education

Email: zmehrpur@gmail.com

Abstract

Introduction: The objective of this study was assess the efficiency of metaphorical stories and literal instructions on attention and response control in 10-12 years old children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder.

Materials & Methods: This research is a quasi-experimental design with pre-test, post-test - follow-up with control group. Participants were selected from 10 to 12 year-old clients of Shiraz education counseling centers who had been diagnosed by a psychiatrist with attention deficit / hyperactivity disorder. Initial sampling was done according to the available sampling method (diagnosed by a psychiatrist and a psychologist) and was randomly divided into 4 groups of 8 subjects. Three groups of children received verbal intervention in three different ways, including metaphorical stories with musical backgrounds, metaphorical stories without musical backgrounds and simple verbal instructions during 6 sessions for a month and a half. After performing the interventions, data were analyzed by SPSS 23 software using one way ANOVA and two-way repeated measures analysis of variance.

Results: Attention and response control scores significantly increased in all experimental and control groups; however there were no significant differences among 4 groups with various intervention methods.

Conclusion: This study shows that all verbal and nonverbal interventions in groups help children to increase their attention and response control, although there is no significant differences between experimental and control groups. According to increase attention and response control scores in all groups, it seems that being a member of a small group can help ADHD children to improve their attention and response control.

Key words: Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Metaphor, Attention, Response Control, Child, Verbal Intervention