

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .

www.asebankafinet.ir

گزارش تخصصی آموزگار استثنائی :

حل اختلالات رفتاری زهرا دانش آموز دبستانی
آموزشگاه استثنائی که ناشی از بیش فعالی و کمبود
توجه در اوست

www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .

www.asebankafinet.ir

فهرست مطالب

۴	چکیده
۵	مقدمه
۶	بیان مسئله
۷	ارزیابی از وضع موجود
۸	اهداف گزارش :
۸	هدف اختصاصی :
۸	اهداف جزئی :
۸	مقایسه با شاخص :
۸	جمع آوری اطلاعات
۸	الف)مشاهده رفتارها و بررسی عملکرد دانش آموزدرمدت معین:
۹	ب)مطالعه پرونده تحصیلی دانش آموز:
۹	ج)پرس و جو از همکاران:
۹	تجزیه و تحلیل و تغییر داده ها
۱۰	بررسی راه حل های موجود و انتخاب راه حل جدید

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

- ۱۰..... اجرای طرح جدید و نظارت بر آن
- ۱۱..... ارزیابی بعد از اجرای طرح
- ۱۳..... نقاط قوت اجرای طرح
- ۱۴..... تجدید نظر و ارائه نتایج
- ۱۴..... نقاط ضعف طرح
- ۱۵..... اختلال بیش فعالی کودکان
- ۱۸..... علل ایجاد اختلال بیش فعالی - کم توجهی
- ۱۹..... صدمات و اختلال مغزی و تفاوت های ساختاری
- ۱۹..... به هم خوردن توازن شیمیایی - عصبی
- ۲۰..... پیشنهادات
- ۲۳..... روش های درمان ADHD
- ۲۴..... روان درمانی
- ۲۴..... درمان تکنولوژیک (نوروفیدبک)
- ۲۵..... نکات مورد توجه برای والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ADHD)
- ۲۷..... چند پیشنهاد برای معلمان و مدرسه
- ۲۸..... منابع

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asemankafinet.ir

چکیده

کودکان بیش فعال - همانگونه که از این عنوان برمی آید- بسیار پرتحرک اند و نمی توانند یک جا آرام بنشینند. آنها اضافه بر ناآرامی بسیار زیاد، نوعی اضطراب و اجبار برای خرابکاری نیز دارند. آنان اشیا را می شکنند یا پرتاب می کنند. همچنین کنجکاوی بسیار از خود نشان می دهند و نه تنها اسباب بازی‌هایشان را خراب می کنند، بلکه اشیا و وسایل منزل را نیز دستکاری و خراب می کنند. کارهای خطرناک را دوست دارند و ابداً احساس خطر نمی کنند. بنابراین رفتارهایی بی مه‌باز از آنها سر می زند. برخی از بزرگسالان آنها را افرادی بی باک و شجاع تصور می کنند؛ در حالی که این رفتارهای بی مه‌باز نشانگر این واقعیت است که احساس خطر واقعی - که یک احساس طبیعی است و بایستی در کودکان وجود داشته باشد - در این بچه ها وجود ندارد. بازی های خطرناک - از جمله بازی با کبریت - و علاقه به وسایلی چون کارد و چاقو نشانه های دیگری از گرایش‌ها و رفتارهای غیرطبیعی این بچه هاست.

کودکان بیش فعال در مورد کارها و اشیایی که به طور طبیعی باید در برابر آنها احساس خطر کنند، خطری احساس نمی کنند؛ و اختلالات سلوک در این کودکان بعضاً دیده می شود؛ مثلاً بعضی از آنها رفتارهای

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

پرخاشگرانه دارند یا برای آسیب رساندن به دیگران آنان را تهدید می کنند. ممکن است به حیوانات نیز صدمه بزنند. بعضی دیگر در اعمالی چون سرقت و تقلب و به طور کلی کارهایی که تخلف از قوانین و مقررات محسوب می شود شرکت می کنند. اینجانب آموزگار کودکان استثنایی سال سابقه کار در آموزش و پرورش دارم . و هم اکنون در مقطع آموزشگاه استثنایی مشغول به خدمت هستم. در این آموزشگاه با دانش آموزی به نام زهرا برخورد کردم که از مشکل بیش فعالی و کمبود توجه رنج می برد بنابر این تصمیم گرفتم در رابطه با این موضوع به تحقیق و پژوهش بپردازم:

مقدمه

کودکان بیش فعالی که دچار نقص توجه هستند، در تحصیل با مشکل مواجهند. دامنه توجه در آنها بسیار محدود است و به همین علت نمی توانند تمرکز لازم را حین درس خواندن داشته باشند. این کودکان به سرعت حواسشان پرت می شود و به کوچکترین محرک بیرونی واکنش نشان می دهند. در نتیجه عملکرد تحصیلی آنان پایین می آید و در یادگیری دچار مشکل می شوند.

از لحاظ اجتماعی، کودکان بیش فعال تأثیر مثبتی بر دیگران نمی گذارند و مرتب مورد انتقاد قرار می گیرند. آنها به دلیل دقت پایین، اغلب دچار اشتباه می شوند و انتقاد دیگران را نسبت به خود برمی انگیزانند. این بچه ها به جزئیات مسائل توجهی ندارند. حتی در بازی ها نیز با دشواری رو به رو می شوند و در ارتباط خود با بچه های دیگر مشکل پیدا می کنند. اغلب از دستورالعمل ها پیروی نمی کنند و از عهده تکالیف مدرسه و سایر کارها و وظایف بر نمی آیند. آنان از درگیر شدن با تکالیفی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است، می پرهیزند. اغلب، وسایل خود را گم می کنند و دچار فراموشکاری اند. به طور افراطی حرف می زنند و پیش از تمام شدن پرسش ها، پاسخ می دهند. منتظر نوبت ماندن برایشان دشوار است و بسیاری اوقات مزاحم کار

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

دیگران می شوند. در برخی موارد مشکلات همراه با این اختلال در سراسر زندگی شخص ادامه می یابد. گرچه این کودکان در دوره بزرگسالی همه علایم مربوط به بیماری را ندارند و از پرتحرکی آنها کاسته شده است ولی مشکلات توجه و تمرکز و رفتارهای تکانشی آنها ادامه می یابد. در عده ای از این کودکان نیز با رسیدن به سن ۱۲ سالگی علایم آنها بهبود می یابد و عملکرد طبیعی در حوزه های مختلف رفتاری، اجتماعی و تحصیلی پیدا می کنند. در کسانی که بیماری ادامه می یابد نیاز به ادامه درمان نیز وجود دارد. به نظر می رسد عمده مشکلات این کودکان با ورود به مدرسه آغاز می شود، مکانی که در آنجا انتظار نظم، انضباط، پیشرفت تحصیلی، ارتباط مناسب با همسالان، پیروی از دستورات معلم و انجام تکالیف مدرسه می رود. از آنجا که مطالعه، خواندن و نوشتن، گوش فرادادن به صحبت های معلم نیازمند تمرکز، توجه، قرار و آرامش کافی دارد و این کودکان در این زمینه ها مشکل دارند، در نتیجه درس خواندن برای آنها تبدیل به معضلی می گردد که به راحتی قابل حل نیست، ساعات انجام تکالیف درسی در منزل ساعات طولانی کشمکش بین والد و کودک است. کودکی که ساعت های زیادی را به بازی و فعالیت می پردازد، از نیم ساعت نشستن روی تکالیف درسی بیزار است. در کلاس درس زمانی که سایر دانش آموزان مشغول یادگیری مطالب جدید هستند و به صحبت های معلم گوش می دهند، آنها مشغول حرف زدن با بغل دستی، بازی کردن و یا ور رفتن با کتاب، مداد و سایر وسایل هستند.

بیان مسئله

افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد، همیشه ممکن است کارهای زیادی را شروع کنند، اما نیمه تمام رها کنند، در نتیجه طرح های ناتمام در بین کارهای آنها زیاد دیده می شود، فراموشکار هستند و به قرارهای کاری خود دیر می رسند و از دید دیگران اینها افرادی بدقول هستند. امکان ابتلای به اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال ایذایی مقابله ای، ، پرخاشگری و

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

سایر اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کم توجهی در صورت عدم مداخله مناسب زیاد است. رعایت نکردن نوبت، عدم رعایت قوانین بازی، عدم پیروی از دستورات، بر هم زدن نظم و رفتارهای تکانشی در این کودکان باعث می شود که ارتباط آنها با همسالان، والدین و بزرگ ترها تحت الشعاع قرار گیرد. آنها از جمع دوستان خود طرد می شوند و پیامهای منفی که مرتب از پیرامون خود دریافت می کنند، اعتماد به نفس این کودکان را لطمه می زند و آنها را مستعد افسردگی و اضطراب می کند. چه راه حلهایی را برای درمان کودکان بیش فعال پیشنهاد می کنید؟ بنا به دلایل فوق و دلایل بی شمار دیگر، اختلال بیش فعالی - کم توجهی باید درمان شود هدف از درمان کاهش علائم این بیماری است تا حدی که کودک آسفتگی کمتری را در زندگی روزمره خود متحمل گردد و عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک بهبود یابد. درمان این وضعیت بیشتر بر اختلالات رفتاری همراه با بیش فعالی - کم توجهی موثرند و شامل درمان های شناختی، رفتاری و آموزش والدین می باشند. بدیهی آموزش والدین در مورد چگونگی بیماری فرزندشان، رفتارهای مثبت کودک، عدم بکارگیری شیوه های نامناسب تنبیهی و ... بسیار می تواند هم برای کودک و هم برای خانواده او موثر باشد.

ارزیابی از وضع موجود

اینجانب مدت سال است که در آموزش و پرورش مشغول خدمت هستم و هم اکنون در آموزشگاه استثنایی در حال خدمت هستم و در مقطع در خدمت دانش آموزان هستم. در بین این دانش آموزان موردی به نام زهرا وجود داشت که دارای اختلالات رفتاری زیادی بود که این اختلالات رفتاری ناشی از بیش فعالی و کمبود توجه او بود بنا بر این درصدد بر آمدم تا این مشکل را در دانش آموز مذکور برطرف نمایم.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

اهداف گزارش :

هدف اختصاصی :

حل اختلالات رفتاری زهرا دانش آموز دبستانی آموزشگاه استثنایی

اهداف جزئی :

چه چیزهایی سبب اختلالات رفتاری در دانش آموز شده است.

با چه روش هایی اختلالات رفتاری در دانش آموز استثنائی را می توان حل کرد

مقایسه با شاخص :

در مقایسه با شاخص باید اختلالات رفتاری این دانش آموز کاهش یابد.

جمع آوری اطلاعات

اینجانب پس از تعیین مساله تحقیق (گزارش تخصصی) خود یعنی اینکه چگونه می توانم رفتارهای نامطلوب پرخاشگری و کمبود توجه در یک دانش آموز پیش دبستانی آموزشگاه استثنایی را بهبود بخشم؟ بمنظور شناسای علل و عوامل ایجاد کننده این رفتار در کیس انتخابی اقدام به مطالعه و بررسی وجستجوی علل و عوامل مزبور و جمع آوری مدارک و شواهد متقن و محکم در این زمینه نموده و کار خود با مشاهده رفتارهای کیس آغاز کردم و در این فکربودم که چگونه می توان وضع موجود را تغییر داد:

الف) مشاهده رفتارها و بررسی عملکرد دانش آموز در مدت معین: در ابتدای امر به مدت یک

هفته به مطالعه و بررسی رفتار دانش آموز در یک وضعیت طبیعی مبادرت ورزیدم. مطالعه و مشاهده رفتار دانش

آموز در موقعیت های طبیعی مثل کلاس درس، کارگاههای مشبک بری، و یاهنگام حضور دانش آموز در حیاط

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asemankafinet.ir

مدرسه و زنگهای تفریح صورت گرفته و اینجانب در این مرحله بدون هیچگونه مداخله ای در رفتار کس
، صرفاً مشاهده و ثبت و ضبط رفتارها و عملکرد دانش آموز در تعامل با همکلاسی ها و دوستانش، در محیط
آموزشی اقدام نمودم و یا به عبارتی دیگر سیاهه رفتار او را نوشتم.

ب) مطالعه پرونده تحصیلی دانش آموز: با مطالعه پرونده تحصیلی دانش آموز و مشاهده
و مقایسه اطلاعات مندرج در پرونده از جمله نمرات تست های هوشی دانش آموز متوجه می شوم که نامبرده
از نظر بهره هوشی در حد آموزش ویژه مرزی تشخیص داده شده است .

ج) پرس و جو از همکاران: از جمله منابع مهم اطلاعاتی در خصوص وضعیت مشکلات دانش
آموز (زهرا)، مشاور مدرسه بود چرا که قاعدتاً بیشترین آمار مشکلات و مسایل رفتاری دانش آموزان را طی
گزارشات مستقیم بصورت شفاهی و با مکتوب دریافت داشته و می تواند خازن محرمانه ترین اطلاعات و
اسرار دانش آموزان تلقی گردد. و با توجه به اینکه ارتباط نزدیک و تنگاتنگی بین مشاور مدرسه استثنایی و
دبیران وجود دارد و او در طول زنگهای تفریح دائماً شاهد و ناظر عملکرد دانش آموزان در حیاط
مدرسه، راهروها و فضاهای آموزشی است. اومی تواند اطلاعات بسیار ارزش رادر مورد چگونگی رفتارها و
عملکردهای دانش آموزان به ما ارائه دهد.

تجزیه و تحلیل و تغییر داده ها

معمولاً دانش آموز با ابتلای به عقب ماندگی ذهنی درگیر مشکلات رفتاری و سازشی بسیاری است. نامبرده
از اوایل طفولیت تحت درمان قرار گرفته و تاکنون این روند درمان ادامه داشته است. هنوز با خطر کنترل
مشکلات بیش فعالی و حرکات تکانشی خود از همان کودکی تا بحال از داروهای کنترل کننده عصبی مثل قرص
ریسپریدون (صبح ۱ عدد و شب ۱ عدد) و قرص ریتالین (روزی ۱ عدد) و قرص کلامی پرامین (شب ۱ عدد) تحت

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

نظر پزشک استفاده می نماید. (البته در نسخه های پزشکی نامبرده داروهای تجویزی اوتغییریافته اند و طبق آخرین نسخه پزشکی، داروهای فوق را استفاده نماید.) هرچند مصرف اینگونه داروهای آرام بخش در تسکین علایم بیماری دانش آموز بسیار موثرند. اما از جمله عوارض جانبی این داروها می توان خواب آلودگی و ضعف کنترل ادرار، تاری دید و گیجی و منگی را نام برد. بهر حال تاکنون دارو درمانی به کنترل نسبی رفتارهای دانش آموز انجامیده و درمان کامل او میسر نبوده است و علیرغم اقدامات بازدارنده تربیتی و رفتاری مختلف موفق به اصلاح رفتار جدی او نشده اند.

بررسی راه حل های موجود و انتخاب راه حل جدید

باتوجه به بررسیهای بعمل آمده در خصوص اختلالات رفتاری دانش آموز نامبرده و با تکیه بر اطلاعات بدست آمده از منابع ذیل اقدام به تحلیل و استنتاج موضوع تحقیق و انتخاب راه حل جدید خود نمودم :

۱- مشاهده رفتار طبیعی دانش آموز (رفتار و عملکرد واقعی او)

۲- باهماهنگی مدیر مدرسه ارجاع دانش آموز به کارشناس مشاوره و تست

۳- مطالعه پرونده مشاوره ای دانش آموز هم نشانگر این نکته است که اختلال رفتاری دانش آموز یک بیماری ارثی و مادرزادی است و احتیاج به یک برنامه اصلاح رفتار و درمان دارویی جدی دارد.

۴- نظم بخشیدن به رفتار دانش آموز و مقید نمودن او به رعایت نظم و مقررات نیازمند استفاده از یک برنامه ریزی تربیتی مداوم و منسجم و تغییر در عادات رفتاری روزانه دانش آموز بوسیله طرح تشویقی و روشهای تقویت مثبت و منفی رفتار و تنظیم قرارداد رفتاری میباشد.

اجرای طرح جدید و نظارت بر آن

همچنین در برنامه پژوهش حاضر از چهار برنامه تقویت استفاده کردم که عبارتند از:

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

۱- تقویت نسبی ثابت*: تقویت پاسخ معینی از دانش آموز در برابر ارائه تعداد ثابتی پاسخ

۲- تقویت نسبی متغیر*: در این برنامه برای دانش آموز معلوم نیست که بعد از دادن چه تعداد پاسخ تقویت خواهد شد.

۳- تقویت فاصله ای ثابت*: دانش آموز بعد از گذشت مدت زمان معینی از پاسخ دهی تقویت میشود.

۴- تقویت فاصله ای متغیر*: فاصله های زمانی بین تقویت هادراین روش متغیر است و دانش آموز نمی داند که چه وقت تقویت خواهد شد.

در اولین برنامه ای مشاهده از تاریخ ۹۲/۱۱/۱ تا ۹۲/۱۱/۶ بمدت پنج جلسه ، رفتار طبیعی کیس را مشاهده نمودم پس از آن بمدت پانزده جلسه دیگر در برنامه اصلاح رفتار او راتحت نظرداشتم و رفتارهای پرخاشگرانه او را ثبت نموده ام . این برنامه در تاریخ ۹۲/۱۱/۲۴ باموفقیت به پایان رسید. دومین مشاهده و بررسی خود رابرروی رفتار کمبود توجه دانش آموز انجام دادم. درابتدا به مدت پنج جلسه مشاهده طبیعی از رفتار آزمودنی بعمل آورم. و سپس طی پانزده جلسه او رادر برنامه اصلاح و تغییر رفتار خود تحت نظر داشتم و مورد مشاهده و ارزیابی قرار دادم و این برنامه نیز تا تاریخ ۹۲/۱۲/۲۷ بطول انجامید خوشبختانه درعمل موثر واقع گردید.

ارزیابی بعد از اجرای طرح

بامشاهده نیمرخ رفتارهای دانش آموز، نمودارهای ستونی وجداول اندازه گیری رفتار وی متوجه تغییرات ذیل می شویم نیمرخ رفتار دانش آموز : در نمودار ستونی فوق میزان رفتار پرخاشگری در دانش آموز مورد تحقیق طی ۲۰ جلسه مشاهده به نمایش گذاشته شده است . پس از ثبت اطلاعات رفتاری او در فرم اندازه گیری فراوانی رفتار نامبرده را در طرح آزمایش قرار دادم. اولاً در مرحله A۱ : اطلاعات اولیه (خط پایه) رفتار را به مدت ۵ جلسه ثبت نمودم. در این مرحله پرخاشگری دانش آموز در قالب پرخاشگری کلامی (

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

فحاشی) ، پرخاشگری فیزیکی (هل دادن و آزار و اذیت و تهاجم به دیگران) فقط ثبت گردیده .ثانیاً در مرحله B۱ : با استفاده از برنامه های تقویت نسبی ثابت و تقویت نسبی متغیر (از طریق تقویت های کلامی مثل گفتن احسنت - مرحبا - آفرین) و روش تقویت رفتار ناهمساز (تقویت رفتار مطلوب و مغایر با پرخاشگری مثل سکوت و خاموشی) و ارائه کارتهای امتیازی به دانش آموز اقدام نمودم . ثالثاً در مرحله A۲ (بازگشت به مرحله) برنامه اصلاح رفتارش را به مدت ۵ جلسه قطع نموده و تقویت و پاداش به او نمی دادم . و بالاخره در مرحله چهارم B۲ : اقدامات درمانی و اصلاح رفتار کیس را مجدداً از سر گرفتم . ضمن ثبت رفتارهای پرخاشگرانه او ، از روشهای منفی کاهش رفتار : مثل محروم شدن از تغذیه رایگان و یا خاموش هم سود جستیم. در پایان طرح باتوجه به مشاهدات بعمل آمده وبا عنایت به نمودار ستونی ترسیم شده براساس اطلاعات جدول A متوجه کاهش محسوس در دفعات رفتار پرخاشگرانه کیس خود شدم. نیمرخ رفتار دانش آموز : در نمودار ستونی B موارد دقایق ثبت شده مربوط به رفتار کمبود توجه در کیس مورد تحقیق ، طی ۲۰ جلسه نمایش داده شده است . پس از ثبت اطلاعات و داده های رفتاری او در فرم اندازه گیری فاصله ای رفتار ، نامبرده را در طرح درمانی ABAB قرار دادم . در مرحله A۱: خط پایه رفتارش را به مدت ۵ جلسه ثبت و یادداشت نمودم . بدون آنکه

هیچگونه مداخله ای در رفتارش بنمایم .سپس در مرحله B۱ : با استفاده از برنامه های تقویت فاصله ای ثابت و تقویت فاصله ای متغیر و با کمک تقویت کلامی روش تقویت رفتار ناهمساز (تقویت رفتار مطلوب و مغایر با حالات بی اعتنایی و گوش ندادن به معلم و دیگران و سرپیچی کردن از دستورات معلم) و ارائه کارت های امتیازی و اهدای جایزه در سر صف مدرسه به ایشان اقدام نموده و نیز در مرحله سوم یعنی A۲ : اقدام به قطع برنامه اصلاح رفتار و فقط ثبت رفتارهای کیس نموده و بالاخره در مرحله چهارم یعنی B۲ : اقدامات اصلاح رفتار کیس را دوباره شروع نموده و با بهره گیری از روش شکل دهی رفتار سعی در تقویت و

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

افزایش رفتار توجه کردن در کیس نمودم . در پایان پس از ۲۰ روز از اجرای این طرح ما متوجه کاهش
قاطع رفتار کم توجهی و بی اعتنایی و بالعکس افزایش رفتار توجه دادن به معلم در کیس خود شدم .

نقاط قوت اجرای طرح

پس از اینکه اطلاعات لازم درباره چگونگی اجرای طرح پژوهی و نتایج آن جمع آوری شد. با توجه به جوانب کار
از دیدگاه شخصی خود و پذیرش نقطه نظرات و انتقادات اظهار شده در این رابطه از سوی دیگران، دست به
ارزیابی اقدام جدید زدم.

الف) با توجه اطلاعات و شواهد اولیه از رفتار کیس میزان دفعات وقوع رفتار نامطلوب (بیش فعالی
و کمبود توجه) بسیار بالا بوده و در مقایسه با شواهد داده های ثانویه که نشانگر کاهش قابل ملاحظه ای
در اینگونه رفتارها می باشد، می توان گفت طرح آزمایشی پژوهش ماتائیری مطلوب بر رفتار کیس داشته است.
ب) با توجه به نظرخواهی از والدین دانش آموز و مقایسه شرایط رفتاری کیس مورد تحقیق قبل و بعد از اجرای
طرح متوجه کاهش محسوسی در میزان رفتارهای نامطلوب دانش آموزچه در مدرسه و چه در خانه شده ایم. که
این امر خود موجبات رضایت والدینش را فراهم ساخته است.

ج) و بالاخره با توجه به نظر سنجی های بعمل آورده از گروه ارزیاب (شامل ۱ نفر مدیر و ۴ نفر از دبیران کار آزموده
و با تجربه می باشد) که از ابتدای اجرای تا پایان آن بارائه نظرات و انتقادات سازنده و مفید خود در نمودهای توام
با شفاف سازی به ارزیابی کار ما اقدام نمودند، تغییرات مطلوب در رفتار کیس گزارش کرده اند.

بنابراین با توجه به پیشرفت دانش آموز و افزایش عملکرد تحصیلی و توان رفتاری نامبرده به این نکته پی می
بریم که طرح جدید مامی تواند در رابطه با تغییر و اصلاح رفتار دانش آموزان بویژه دانش آموزان باناتوانیهای
ویژه (استثنایی) هم موثر و کارآمد باشد.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

تجدید نظر و ارائه نتایج

در پایان پس از بررسی میزان موفقیت طرح پژوهش بوسیله معیارهای اعتبارسنجی که در فوق اشاره گردید. معایب و محدودیت های خاص اجرای این طرح آزمایش در مدارس نیز در جلسه ای با حضور گروه ارزیاب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که عمده ترین موانع اجرای آن رامی توان موارد ذیل برشمرد:

نقاط ضعف طرح

- ۱- کمبود وقت و زمان
 - ۲- کمبود امکانات اجرای طرح در مدارس با توجه به فضای خاص رفتاردرمانی
 - ۳- عدم استقبال همکاران جهت اجرای آن
- به دلیل وقت گیر بودن طرح علیرغم آن میتوان نتایج مثبت اجرای این طرح را به صورت ذیل مطرح نمود.
- ۱- اجرای این طرح می تواند نقش موثری در کنترل و نظم بخشیدن به کلاسهای دانش آموزان بانیازهای ویژه (استثنایی) داشته باشد.
 - ۲- مشارکت و همکاری در میان دانش آموزان، دبیران و کادر مدرسه را افزایش خواهد داد.
 - ۳- امکان رسیدگی بهتر و منسجم تر به مشکلات رفتاری و تحصیلی و تربیتی دانش آموزان فراهم می گردد.
 - ۴- ایجاد تحرک در آموزش و نشاط و پویایی در دانش آموزان، معلمان و سایر همکاران
 - ۵- هر چند پاداش و تقویت تنه راه حل تغییر رفتار محسوب نمی شوند علیهذا می توانند موثرترین روش تغییر و اصلاح رفتار در دانش آموزان بانیازهای ویژه (استثنایی) محسوب گردند.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

۶-مجهز ساختن و آموزش معلمان و دبیران به مهارت‌ها و روش‌های اجرای طرح که منجر به افزایش روحیه تحلیل
گرانه و اعتماد به نفس در آنها می شود.

۷-کاستن فاصله علم و عمل و تحقیق علم و دانش معلمان در عرصه کار و فعالیت آموزشی.

۸-کاهش مشکلات رفتاری و تربیتی دانش آموزان.

۹-بهبود شرایط آموزش در مدارس استثنایی.

۱۰-ایجاد نگرش مثبت در من و همکارانم نسبت به شرایط حرفه و شغل مان از طریق اجرای این تحقیق.

اختلال بیش فعالی کودکان

شیطنت و سر به هوایی از خصوصیات دوران کودکی است. کودکان اغلب پرتحرک اند و به سختی به نظم تن
در می دهند. تصور کنید فرزندان چنان بازیگوش باشد که قادر به کنترل وی نباشید و هر چه به او بیشتر
آموزش می دهید کمتر یاد می گیرد. این کابوس را تحت عنوان «اختلال بیش فعالی - کم توجهی»
نامگذاری کرده اند.

دکتر «هریش هافمن» نخستین کسی بود که این اختلال را توصیف کرد. در سال ۱۸۴۵ زمانی که پسرش ۳
سال داشت برای او کتاب مصوری تالیف کرد که درباره کودکان و رفتار آنان بود.

در این کتاب داستانی بود به نام (فیلیپ ناآرام)، که در واقع اولین توصیف واقعی از پسر بچه ای مبتلا به
اختلال بیش فعالی و کم توجهی است.

این اختلال از اختلالات رایج و شناخته شده در دوران کودکی است که تا سنین بالا ادامه دارد. تعاریف
تقریباً نزدیکی از اینگونه کودکان ارائه شده از جمله اینکه؛

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

الف - اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه به یک مجموعه پیچیده از واکنش های رفتاری ناسازگارانه
اطلاق می شود که به دنبال یکسری از مشکلات متمرکز می باشد.

ب- فعالیت های عضلانی فزونی یافته است که با علائمی نظیر بی قراری دائمی، فعالیت زیاد، حواس پرتی و
اشکال در یادگیری مشخص می گردد. به این مشکل سندروم پرتحرکی نیز گفته می شود که یک اختلال
جزئی دفاعی است.

ج- مجموعه ای از علائم است که با محدودیت میدان توجه که به ضعف در تمرکز حواس، تکانش یا عمل
غیرارادی تکانه، نظیر فعالیت های بدون تفکر مثل فریاد زدن در کلاس یا قطع کردن صحبت دیگران،
پرجنبشی و فعالیت بیش از حد نامناسب به نسبت سن منجر می شود، مشخص می گردد.

کم توجهی، حواس پرتی، فعالیت بیش از حد و اعمال بدون کنترل، علائم اصلی اختلال بیش فعالی و کم
توجهی اند. البته در افراد مختلف شدت و ضعف و تنوع علائم یکسان نیست به همین دلیل براساس بارز
بودن هر یک از علامت ها، بیماری را به سه دسته بیش فعال، کم توجه و دسته مختلط تقسیم می کنند.

فعالیت بیش از حد؛ این بچه ها دائم در حال حرکت هستند، به اشیای اطراف دست می زنند و مرتب
صحبت می کنند. کارهایی که نیاز به آرام ماندن دارند نظیر نشستن سر سفره یا کلاس درس کار دشواری
برای آنها محسوب می شود.

با بزرگتر شدن این بچه ها، در سنین نوجوانی و بزرگسالی آنها به تدریج قادر خواهند بود بر اعمال خود
مسلط شوند اما در درون خود احساس بی قراری می کنند این افراد اغلب خود را مشغول ساخته و چند کار
را با هم انجام می دهند.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

اعمال بدون کنترل (بی اختیاری): به نظر می رسد بچه قادر نیست قبل از عمل فکر کند و جلوی واکنش هایش را بگیرد. این بچه ها اغلب مطالب نامربوطی به زبان می آورند و کنترلی بر بروز احساساتشان ندارند. گاهی کنترل غذا خوردنشان را از دست می دهند و پرخور می شوند.

کم توجهی؛ شایع ترین علامت اختلال بیش فعالی، کم توجهی است. این بچه ها در تمرکز بر روی موضوع مشکل دارند و ممکن است پس از چند دقیقه کار را ناتمام رها کرده و کار دیگری را شروع کنند. البته در صورتی که از کار لذت ببرند مشکلی در تمرکز نخواهند داشت.

این افراد با کوچک ترین نور یا صدا حواسشان پرت می شود. در توجه به جزئیات مشکل دارند و در اثر کم توجهی مرتبا دچار اشتباه می شوند. خیلی وقت ها به یاد نمی آورند وسایلشان را کجا گذاشته اند.

وجود علائمی از قبیل فعالیت بیش از حد، رفتارهای بی اختیار یا کم توجهی الزاما به معنی بیماری نیست اما باید ثابت شود که رفتار کودک متناسب با سنش نیست. علائم نیز باید در سنین پایین و پیش از ۷ سالگی شروع شده و حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشد. مهمتر از همه اینکه این علائم باید زندگی کودک را حداقل در دو مکان جداگانه مثل خانه، مدرسه، زمین بازی، اجتماع و... مختل کرده باشد.

در مورد کودکانی که این علائم را بروز می دهند، اما در انجام تکالیف مدرسه و ارتباط با دیگران مشکل ندارند، مشکل بیش فعالی - کم توجهی مطرح نیست. بسیار مهم است که رفتار کودک با کودکان هم سن خودش مقایسه شود و معلوم شود که آیا این علائم در پاسخ به شرایط خاص ایجاد می شوند یا همیشه وجود دارند. خیلی از مواقع کودکی که مبتلا به بیماری دیگری مثلا عفونت مغز استخوان است ممکن است این علائم را بروز دهد که مسلما به معنی وجود اختلال بیش فعالی نیست.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

در واقع یکی از علائم گفته شده را ممکن است هر کسی در کودکش ببیند. ممکن است کودک علاقه اش را به بازی از دست دادن و یا رغبتی به تماشای تلویزیون از خودش نشان ندهد و یا حتی به طور غیرقابل کنترلی شیطنت کند. از آنجا که کودکان از نظر شیطنت، میزان انرژی و... بسیار متفاوت هستند در وهله اول باید مشخص شود که آیا رفتار کودک متناسب با سنش است یا نه.

کودکان کمتر از ۶ سال ممکن است به دلیل عدم رشد کافی این علائم را نشان دهند که جزئی از سیر طبیعی رشد آنهاست. اختلال بیش فعالی بیشترین سنین ۶-۱۲ سال توسط کسانی که تماس بیشتری با کودک دارند مثل معلم و والدین و... تشخیص داده می شود. البته پس از آن مراجعه به پزشک جهت تایید آن الزامی است.

علل ایجاد اختلال بیش فعالی - کم توجهی

یکی از اولین سوالاتی که والدین ممکن است مطرح کنند این است که چرا کودک، دچار این بیماری شده است؟ تاکنون هیچ مدرکی که نشان دهد عوامل اجتماعی و روش های تربیتی عامل به وجود آمدن بیماری هستند ارائه نشده است و اکثر محققان علت بیماری را عوامل بیولوژیک دانسته اند. عوامل زیر ممکن است تا حدی در ایجاد یا تشدید بیماری دخالت داشته باشند.

عوامل محیطی؛ مصرف سیگار و الکل در دوران بارداری ممکن است رابطه ای با ایجاد بیماری داشته باشد. مسمومیت با سرب نیز می تواند از عوامل ابتلا به این بیماری باشد.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

صدمات و اختلال مغزی و تفاوت های ساختاری

یکی از تئوری های اولیه ایجاد بیماری، صدمات مغزی بود. کودکانی که دچار تصادفات و صدمات مغزی می شوند، گاهی علائمی مشابه اختلال بیش فعالی را نشان می دهند. البته درصد کمی از بچه های مبتلا به این اختلال سابقه ضربه سر و صدمه مغزی ناشی از آن را دارند.

اختلال بیش فعالی و کم توجهی اغلب در افراد یک فامیل دیده می شود. مطالعه روی دوقلوهای همسان به شدت نقش ژنتیک را تایید می کند. امروزه حتی می توان با مطالعه روی ژن ها، خطر ابتلای نوزاد را در آینده مشخص کنند.

تحقیقات ناین گلد نشان داد که استفاده از غذاهای حاوی رنگ ها و طعم های مصنوعی، مواد نگهدارنده غذا و خوراکی ها که به طور طبیعی نمک اسید سالیسیک تولید می کنند باعث این اختلال می شوند و توصیه حذف آن را در برنامه غذایی این گروه از کودکان داده اند.

به هم خوردن توازن شیمیایی - عصبی

سلول های عصبی از خود موادی ترشح می کنند که در اندیشیدن، ذخیره و پردازش اطلاعات بسیار مهم هستند. یکی از این مواد ماده ای است به نام «دوپامین».

«دوپامین» در کودکان بیش فعال - کم توجه به طور طبیعی پایین است. ماده دیگری که از سلول های عصبی ترشح می شود و در این بیماری اهمیت دارد «استیل کولین» است که در حافظه، توجه، هوشیاری، استقلال و قضاوت نقش مهمی دارد. در این بیماران مقدار این ماده غیرطبیعی است.

سه نوع درمان برای این اختلال وجود دارد که اغلب ترکیبی از هر سه برای بیمار به کار می رود.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

روان درمانی؛ این درمان توسط یک تیم روان پزشک، روان شناس انجام می شود و در آن دو مسئله مورد توجه قرار می گیرد؛ یکی واکنش ها و رفتار فرد و دیگری تفکرات و نگرش هایی که علائم را تشدید می کنند.

به بیمار یاد داده می شود که چگونه در شرایط مشکل زا واکنش ها و رفتار خود را کنترل نماید. با این شیوه درمان (رفتار درمانی) واکنش هایی مثل خشم، افسردگی و آسیب به خود، تحت کنترل درآمده و کودک قادر خواهد بود ارتباط بهتری بین فکر و جسمش برقرار سازد و به فکر روشنی دست یابد.

رژیم غذایی؛ نقش رژیم غذایی در کنترل علائم اثبات شده است. با حذف غذاهای آماده و نوشابه و کاهش مصرف شیرینی جات و رعایت رژیم سلامت که حاوی میوه و سبزیجات بیشتر و کربوهیدرات های پیچیده است و افزون ویتامین ها (مثل ویتامین های گروه B)، مواد معدنی (مثل روی و منیزیم)، اسیدهای آمینه و اسیدهای چرب ضروری و کنترل قند خون، علائم بیماری به وضوح کاهش می یابند.

درمان دارویی؛ موثرترین درمان این بیماری است و اغلب، سایر روش ها را کنار این روش به عنوان درمان های کمکی به کار می برند. داروهایی که در این بیماری استفاده می شوند، تحت عنوان داروهای محرک طبقه بندی می شوند؛ «آمفتامین و ریتالین» مشهورترین داروهای این گروه هستند.

پیشنهادات

پیشنهادات لازم برای اجرای طرح عبارتند از:

۱- اجرای این طرح دانش آموزان بنیازهای ویژه که اغلب دارای مشکلات رفتاری و اختلالات ارتباطی هستند توصیه می شود هرچند تنوع در مشکلات و اختلالات بسیار چشمگیر است و هر دانش آموز نیازمند اقدام منحصر به فردی است.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

۲- اجرای این طرح ارائه برنامه ای منظم و همکاری داوطلبانه و فعال معلمان و والدین را نیز طلب می کند لذا پیشنهاد می شود که والدین دانش آموزان هم ارتباط نزدیک و مستمری بامدرسه داشته باشند تا اجرای این طرح امکان پذیر گردد.

بیش فعالی درمان نشده چه خطراتی به همراه دارد ؟

۳۵٪ ترک تحصیل می کنند

تنها ۵-۲۰٪ تحصیلات دانشگاهی خود را تکمیل می کنند .

۴۰-۵۰٪ درگیر فعالیت های ضد اجتماعی می شوند

۵۰-۷۰٪ از آنها دوستان بسیار کمی دارند یا اصلا دوستی ندارند.

۷۰-۸۰٪ در شغل خود عملکرد پایینی نسبت به همکاران خود دارند .

قبل از مدرسه: مشکلات رفتاری.

مدرسه: مشکلات رفتاری، مشکلات تحصیلی ، مشکلات در روابط اجتماعی ، کاهش عزت نفس .

نوجوانی : مشکلات تحصیلی ، مشکلات در روابط اجتماعی، کاهش عزت نفس ، مشکلات قانونی، مصرف سیگار .

دانشگاه : شکست تحصیلی ، مشکلات کاری ، کاهش عزت نفس ، مصرف مواد، آسیب/تصادفات.

بزرگسالی: شکست در شغل، کاهش عزت نفس، مشکلات ارتباطی، آسیب/تصادفات ، مصرف مواد .

مشکلات تحصیلی کودکان HD / AD

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

همانطوری که می دانید موفقیت تحصیلی نیازمند عوامل گوناگونی است که از جمله آن ها توانایی هایی شناختی سالم است اما این کودکان دچار نواقص شناختی هستند و از طرف دیگر سه مشکل اصلی این کودکان نیز آن ها را از پیشرفت تحصیلی باز می دارد و نتیجتاً شکست تحصیلی عاید کودک می شود. علاوه بر توانایی های شناختی سالم، عزت نفس و درک درست از توانایی های خود نیز برای موفقیت تحصیلی لازم هستند که این کودکان در نتیجه شکست های تحصیلی و طرد شدن از طرف همسالان و اطرافیان عزت نفس خود را از دست داده و بدین ترتیب دوباره یک چرخه معیوب و باطلی به وجود می آید که کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه اسیر آن شده و در انتظار شکست های پی در پی می نشیند. بدین معنا که از یک طرف شکست تحصیلی باعث کاهش عزت نفس و احساس کارآمدی این افراد می شود و این نیز به نوبه خود رفتارهای اجتنابی و شکست تحصیلی را به بار می آورد. رفتارهای اجتنابی بدین معناست که وقتی کودک به این انتظار در خود می رسد که نمی تواند در کارهای تحصیلی موفقیت کسب کند، هنگام رویارویی با تکالیف درسی و امتحانات، دچار اضطراب شده و از آن ها دوری می کند

• برخی از این کودکان دچار اختلال یادگیری نیز هستند که باعث شکست تحصیلی این کودکان می گردد. اختلال های یادگیری مشکلاتی در خواندن، نوشتن و یا ریاضیات هستند که با علامت اختصاری LD نشان داده می شود. همه کودکان مبتلا به LD با وجود هوش طبیعی، آموزش کافی و عدم بیماری یا اختلال روان شناختی دیگر مشکلاتی را در زمینه های فوق از خود نشان می دهند. بنابراین کودکان AD/HD که دچار LD نیز هستند. به خاطر مشکل در خواندن، نوشتن یا ریاضیات به علاوه مشکلات همراه با خود AD/HD دچار شکست تحصیلی می شوند.

• حدود نیمی از کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه نیازمند آموزش های ویژه هستند و بالغ بر ۳۰ درصد آنان یک پایه تحصیلی را تکرار می کنند که این ها از چرخه معیوب که در فوق بدان اشاره شد و از

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

اختلال‌های دیگری که با این اختلال همراه‌اند، ناشی می‌شود.

• شاید در نگاه اول این کودکان را عقب‌مانده ذهنی تلقی کنید در صورتی که اینچنین نیست. هوشبهر این کودکان شبیه سایر کودکان است اما دلیل اینکه در آزمون‌های هوشی از کودکان دیگر نمره کم تری بدست می‌آورند، نقایص شناختی، از جمله مشکل در حافظه کوتاه‌مدت و علاوه بر این مشکلات بنیادین این کودکان یعنی بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی است. آزمون‌های هوشی قابلیت‌ها و مهارت‌ها را در زمینه‌های جداگانه‌ای مثل دانستن واژگان، ریاضی، درک، حافظه و شکل‌های گوناگون حل مسئله ارزیابی می‌کنند. معمولاً عملکرد یک کودک عادی در هر یک از زمینه‌های جداگانه یکسان است. اگر واژگان کودکی برای سنش عادی باشد، معمولاً حافظه و حل مسئله نیز مناسب هنجار سنی می‌باشد اما ممکن است که کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، رشد نابرابر داشته باشند. از این رو احتمال دارد میانگین توانایی‌های کودک مبتلا به AD/HD در بعضی از این زمینه‌ها پیشرفته و در بعضی دیگر عقب افتاده باشد. کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه ممکن است در کلاس سوم بتواند ریاضیات کلاس پنجم را انجام دهد ولی از نظر خواندن در حد کلاس دوم باشد و این همان مفهوم رشد نابرابر است. بدین معنا که این کودکان در زمینه‌های گوناگون تحصیلی به صورت برابر به پیش نمی‌روند و بدین ترتیب نیازمند آموزش‌های ویژه هستند که لازمه این کار نیز ارزیابی دقیق کودکان توسط تست‌های گوناگون هوشی و سایر تست‌هایی است .

روش های درمان ADHD

داروهای محرکی مانند دکس امفتامین و ریتالین از مشهورترین داروها برای درمان ADHD می باشند. استفاده از این داروها در ۶۰-۷۰٪ کودکان ، به کاهش علائم می انجامد . باید توجه داشت داروهای محرک تا زمانی تاثیر دارند که در بدن باقی بمانند و پس از قطع دارو بسیاری از علائم بیماری بازگشت می کنند.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

برخی کودکان تحت درمان با دارو دچار عوارض جانبی مانند کاهش اشتها ، سر درد ، تیک ، تغییرات خلقی
و ... می شوند

روان درمانی

شامل درمان های رفتاری- شناختی ، آموزش مهارت های اجتماعی، مشاوره خانوادگی ، کاردرمانی و بازی
درمانی می باشد . در این روش ها سعی در کاهش بد کارکردی های هیجانی و رفتاری ، تمرین رفتارهای
جدید ، افزایش هماهنگی حسی- حرکتی در کودکان مبتلا، آموزش مهارت های ارتباطی میان فردی و
اصلاح الگوهای رفتاری در خانواده می شود .

درمان تکنولوژیک (نوروفیدبک)

استفاده از روش درمانی تکنولوژیک مانند نوروفیدبک، امروزه در بسیاری از مراکز معتبر درمانی جهان
انجام می شود . در نوروفیدبک هدف، « آموزش خود- تنظیمی مغز» به فرد مبتلا می باشد . چرا که گفته
می شود در این کودکان مغز توانایی تنظیم دقیق فعالیت هایش را ندارد و لذا در تنظیم توجه و رفتارهای
دیگر دچار مشکل می شود. « کودکانی که بیش فعال هستند، می توانند با تشخیص به موقع و استفاده از
درمان های مناسب، زندگی طبیعی و توام با موفقیتی داشته باشند.»

اخیراً توجه والدین به یافتن شیوه های جایگزین برای درمان کودکان مبتلا به مشکلات توجه - روندی که در
بیشتر حوزه های پزشکی روی می دهد- بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. برخی از والدین به اینکه
کودکشان برای درمان AD/HD دارو مصرف کند، اهمیتی نمی دهند. اما برخی دیگر خواهان این هستند که
کودکانشان را از مصرف داروهایی مانند ریتالین - که درمان استاندارد AD/HD تلقی می شود- باز دارند. این
گرایش والدین عمدتاً دو دلیل دارد؛ یکی اینکه ریتالین گاهی اثربخشی خود را از دست می دهد و دیگر اینکه
عوارض جانبی را سبب می شود.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

درمانگران مرکز آتیه معتقدند در این مرکز افراد مبتلا به AD/HD را درمان نمی کنند، بلکه خود تنظیمی
را به آنها می آموزند.

نکات مورد توجه برای والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ADHD)

پدر و مادر بودن کار سختی است و حتی گاهی اوقات خستگی آور و فرسوده کننده می شود. کاملاً طبیعی
است که در مورد فرزندانمان نگران باشیم و همیشه آرزوی کامیابی برای آن ها داشته باشیم. در اینجا به
نکاتی اشاره می شود که می توانند در پرورش فرزند پر انرژی و پر شور و شرتان به شما کمک کنند.

۱- در خانه قوانین مشخص و روشنی داشته باشید.

کودکان ADHD در محیط ها و موقعیت هایی که انتظارات روشن و ثابتی وجود دارد، عملکرد خوبی دارند.
در مورد قوانین خانه خود با فرزندتان صحبت کنید. عواقب و پیامدهای هر رفتار را مشخص سازید.

رفتارهای مثبت را تشویق کنید و در مورد تنبیه های مناسب در صورت بروز رفتارهای ناهنجار و مشکل ساز
باهم به توافق برسید.

۲- خانه منظم داشته باشید.

سر و سامان دادن به خانه، مرتب کردن اسباب و وسایل و مشخص کردن مکان مناسب هر وسیله مفیدو یاری
رسان می باشد. اسباب و وسایل اضافی را جمع و جور کنید، آن ها را در انباری خانه قرار دهید، کمدها و
کشوها را تمیز و منظم سازید و برای وسایل مختلف مکان های اختصاصی در نظر بگیرید. دقیقاً مشخص
کنید که هر وسیله بعد از استفاده باید به جای مناسب فرد برگردد.

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

۳- برنامه روزانه تهیه کنید.

تمامی کودکان به داشتن برنامه روزانه بخوبی پاسخ می دهند و در مورد کودکان ADHD این مسئله حیاتی می باشد. داشتن برنامه روزانه به کودک کمک می کند بدانند قرار است در طول روز چه بکند و چه برنامه هایی پیش رو دارد.

۴- تلاش های کودک خود را تشویق کنید.

گاهی اوقات انجام تکالیفی که در نظر ما بسیار بسیار سخت و ADHD آسان هستند، برای کودکان خسته کننده می باشند. تلاش و کوشش کودکان را بدون توجه به نتیجه آن ها پاداش دهید. مثلاً ممکن است فرزند شما برای امتحان ریاضی تلاش زیادی کند و خوب درس بخواند اما نمره خوبی نیاورد. مهم این است که او را به خاطر تلاش و پیشرفت های جزئی که دارد تشویق کنید.

۵- نکات مثبت فرزندتان را فراموش نکنید.

گاهی اوقات ما چنان درگیر تغییر و حذف عادات و رفتارهای ناپسند می شویم که فراموش می کنیم رفتارهای مثبت آن ها را تحسین و تشویق کنیم. اگر کودک شما بلافاصله بعد از بازگشت از مدرسه، لباس و لوازم خود را مرتب در جای مناسب می گذارد، به او بگویید که من این رفتار تو را دوست دارم و تو کار خوبی انجام می دهی.

۶- توانایی های فرزند خود را تقویت کنید.

همه فرزندان استعداد های بی نظیری دارند. گاهی اوقات پیدا کردن آن ها از میان خیل عظیم رفتارهای نامناسب کار سختی به نظر می رسد، اما بدانید که این استعدادها بالاخره وجود دارند. این توانایی ها و

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

استعدادهای ویژه را بشناسید و موقعیت هایی فراهم کنید که کودک شما در انجام آن ها موفق و پیروز شود.
این کار باعث تقویت اعتماد به نفس کودک شما می شود.

۷- از سایرین کمک بگیرید.

شما تنها پدر و مادری نیستید که کودک ADHD دارید. با سایر والدین درگیر ارتباط برقرار کنید یا از کمک
های آموزشی یا حمایتی مراکزی که در این زمینه فعالیت می کنند، بهره بگیرید.

۸- به خودتان استراحت دهید.

از خودتان مراقبت کنید. زمانی از روز را فقط به خودتان اختصاص دهید. سروکله زدن با کودک ADHD
خسته کننده و طاقت فرسا است. توجه به خودتان را فراموش نکنید.

چند پیشنهاد برای معلمان و مدرسه

- از پر کردن تمام دیوارها با پوستر، عکس و ... پرهیز کنید (باعث حواس پرتی این کودکان می شود).
- بهتر است این کودکان در جلوی کلاس و دور از در بنشینند.
- مراقب عزت نفس آنها باشید و اجازه ندهید به موضوع شوخی و تفریح بچه های دیگر تبدیل شوند.
- درس را به شکلی مهیج و جالب توجه ارائه دهید و از روش های آموزش چندحسی (دیداری، شنیداری و جنبشی) استفاده کنید.
- درس های مشکل تر را اول روز آموزش دهید. کودکان ADHD زودتر و آسان تر از بقیه خسته می شوند.
- مهارت های مطالعه و سازماندهی را آموزش دهید.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .

www.asebankafinet.ir

منابع

۱- قشلاقی، محمد_ ۱۳۷۱_ مبانی تحقیقات تجربی_ چاپ اول_ انتشارات المپیک ورزش.

۲- قاسمی پویا، اقبال_ ۱۳۸۳_ عملی پژوهش در عمل_ چاپ ششم_ انتشارات پژوهشکده تعلیم و تربیت

۳- میلانی فر، بهروز_ ۱۳۸۴_ روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی_ چاپ هشتم نشر قومس

۴- تبریزی، مصطفی_ ۱۳۸۰_ درمان اختلالات خواندن، تهران، انتشارات خلاق

۵- سیف نراقی_ مریم ونادری_ ۱۳۷۹_ نارساییهای ویژه یادگیری، تهران، انتشارات مکیال

**این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد و قابل ویرایش
این گزارش تخصصی با قیمت فقط هشت هزار تومان به سایت علمی و
پژوهشی آسمان مراجعه کنید .**

www.asebankafinet.ir

۶- احدی، حسن_ ۱۳۸۷_ اختلالاتهای یادگیری (از نظریه تا عمل)_ تهران- نشر آرسباران

۷- کاکاوند، علیرضا_ ۱۳۸۵_ روان شناسی و آموزش کودکان استثنای_ تهران- نشر روان

۸- سیف-علی اکبر_ ۱۳۸۷_ روان شناسی پرورش نوین چاپ دوم_ نشر دوران

۹- کاپلدن، هارولد، ای، سادوک، بنجزهرا، جی (۱۳۷۷)، اختلالاتهای رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی_ ترجمه

زهرا الله قاضل_ شیراز_ انتشارات راهگشا

۱۰- امیرحسینی، خسرو_ ۱۳۸۴_ مهارت پژوهشگری در آموزش (پژوهش)

۱- kaplan.b.j.grawford.s.g, and geoff,c.f(۲۰۰۰).the IQS of children with ADHD
are normally distributed. Journal of learning disabilities

۲- weberw , newmark s (۲۰۰۷).complementary and alternative medical the
rapies for attention_ deficit/ hy peractivity disorder and autism