

بررسی تأثیر آموزش سفالگری در کاهش نارسایی توجه نوجوانان کم توان ذهنی

The Effect of Pottery Training in Reducing Attention Deficit in Adolescents with Mental Retardation

B. Ghobary Bonab, Ph.D. ✉

A. Beh-Pajooh, Ph.D.

M. Mohammadi, M.A.

دکتر باقر غباری بناب ✉

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

دکتر احمد به‌پژوه

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

مریم محمدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۱۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۴/۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۲

Abstract

The aim of the current study was to investigate the impact of pottery training on the reduction of attention deficit in mentally retarded adolescents. In this study, a pretest-posttest design with control group and randomized sampling was used. 80 mentally retarded adolescents between the age of 10 and 16 were selected by means of cluster sampling procedure.

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش سفالگری در کاهش نارسایی توجه نوجوانان کم‌توان ذهنی است. در این پژوهش از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی استفاده شده است. به این منظور ۸۰ نفر از دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بین سنین ۱۰ الی ۱۶ سال که مشکلات نارسایی توجه داشتند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند.

✉Corresponding author: Faculty of Psychology & Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
Tel: +9821-61117451
Email: bghobari@ut.ac.ir

✉نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، اول کوی نصر،
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران
تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۱۷۴۵۱
پست الکترونیکی: bghobari@ut.ac.ir

These individuals were divided into two equal groups and were randomly assigned into experimental and control groups. The Wechsler Intelligence Scale for Children and a Scale to Measure Attention Deficit Disorders of children and adolescents were used to gather the data. The statistical analysis of covariance was used. The results indicated that the effect of intervention was significant ($p < 0.01$). It was concluded that the effect of pottery training was significant in reducing attention deficit disorders among students with mental retardation.

Keywords: Pottery Training, Attention Deficit Disorder, Mentally Retarded Adolescents.

برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون هوش کودکان و کسکلر و پرسشنامه ارزشیابی نارسایی در توجه استفاده شد. برای سنجیدن اثر مداخله و تعامل آن با سن آزمودنی‌ها روش آماری تحلیل کوواریانس به کار رفت. با توجه به این که اثر آموزش، معنادار بود، ملاحظه شد که در سطح خطای کمتر از یک‌صدم ($p < 0.01$) می‌توان قضاوت کرد که آموزش سفالگری در کاهش مشکلات توجه نوجوانان کم‌توان ذهنی تأثیر معنادار داشته است.

کلیدواژه‌ها: آموزش سفالگری، نارسایی توجه، نوجوانان کم‌توان ذهنی

مقدمه

عقب‌ماندگی ذهنی، عبارت از ناتوانی مشخص شده به وسیله محدودیت‌های معنادار در کارکرد هوشی و رفتار سازشی که در مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی خود را نشان می‌دهد، است. این ناتوانی قبل از سن هجده سالگی ظاهر می‌شود. این اختلال یک مشکل تحولی است و در دوران تحول در کودکان و نوجوانان ظاهر می‌شود (انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، ۲۰۰۲). کودکان عقب‌مانده ذهنی علاوه بر مشکلات هوشی و مشکل در رفتارهای سازشی، در بسیاری از حیطه‌های دیگر نیز دچار مشکلاتی هستند. از جمله این مشکلات که تأثیر به‌سزایی در یادگیری این کودکان می‌گذارد، مشکلات مربوط به توجه و تمرکز است (کولر، ریچاردسون، کتز و مک‌لارن^۱، ۱۹۸۳). مشکلات مربوط به توجه کردن، در یادگیری مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی این کودکان اثرات نامطلوبی می‌گذارد (فلچر^۲ و همکاران، ۱۹۹۱). این کودکان به مطالب درسی توجه نمی‌کنند و بدون فکر کردن به محرک‌ها پاسخ می‌دهند (مالیک، هامر و دورا^۳، ۱۹۹۱). این مشکلات با فشارهای روانی و در محیط‌های پرسروصدا افزایش پیدا می‌کنند. از این‌رو، پژوهشگران معتقدند که بسیاری از

مشکلات یادگیری دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی را می‌توان به مشکلات آنان در توجه کردن نسبت داد (تامپوروسکی و تنسلی^۴، ۱۹۹۷).

برخی از پژوهشگران معتقدند که دامنه پایین توجه در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، به‌علت کمبود انگیزه آنان است (باروف و اولی^۵، ۱۹۹۹). در حالی‌که چنانچه موضوعات مورد علاقه این دانش‌آموزان در کلاس ارائه شود، دامنه توجه آنان افزایش می‌یابد.

زیمان و هاوس^۶ (۱۹۷۹) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که افراد عقب‌مانده ذهنی نمی‌توانند به صورت انتخابی به محرک‌ها توجه نمایند. این کودکان نمی‌توانند محرک‌های مربوط به یادگیری مفاهیم آموزشی را تشخیص دهند. علاوه بر این دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در بررسی چند بعد مربوط به یادگیری به طور همزمان مشکل دارند. برنی - اسمیت^۷ و همکارانش (۱۹۹۸) برای ترمیم مشکلات این کودکان پیشنهادهایی ارائه کرده‌اند: الف) محرک‌هایی را که فقط در چند بعد محدود از یکدیگر متفاوتند (نه بیشتر) به این کودکان ارائه شود؛ ب) توجه دانش‌آموزان با استفاده از اشارات، تذکرات کلامی و رهنمودهای فیزیکی به این ابعاد جلب شود؛ ج) محرک‌های مزاحم از محیط دور شود تا حواس دانش‌آموزان پرت نشود؛ د) توجه دانش‌آموزان به بعدهای مربوط به مواد درسی (تکالیف درسی) جلب شود؛ ه) دشواری تکلیف در طول زمان به تدریج افزایش یابد.

درمان‌های گوناگونی برای بهبود اختلال‌های کاستی توجهی این کودکان به‌کار گرفته شده‌اند که از آن جمله می‌توان به دارودرمانی اشاره کرد (کراتوچویل^۸ و همکاران، ۲۰۰۴؛ دادسون^۹، ۲۰۰۵). گزارش‌ها حاکی از آن است که بیش از پنجاه درصد کودکان وقتی از انواع داروهای محرک با مقدار درست استفاده می‌کنند، بر اساس قضاوت والدین و معلمان، در عملکرد آزمایشگاهی و مشاهدات مستقیم، بهبود رفتاری نشان می‌دهند (بارکلی^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ بیدرمن و اسپنسر^{۱۱}، ۲۰۰۰). در هر حال به رغم وجود اثرات داروهای محرک، محدودیت‌هایی برای استفاده از داروها مترتب است، مانند کاهش اشتها، ایجاد بی‌خوابی، دل‌درد، سردرد و تحریک‌پذیری (پل‌هام، ویلر و کرونیس^{۱۲}، ۱۹۹۸؛ راپورت و موفیت^{۱۳}، ۲۰۰۲).

علاوه بر این می‌توان به مواردی از قبیل وجود تفاوت‌های فردی در اندازه و توپوگرافی پاسخ به دارو و داشتن عوارض جانبی، مانند کاهش اشتها، بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی، افزایش تنش و افزایش فشار خون و ضربان قلب اشاره کرد (پلهام و همکاران، ۲۰۰۰). به دلایل پرهیز از اثرات جانبی داروها و به علت این‌که درمان‌های دارویی باعث حفظ و نگهداری اثر درمان نمی‌شوند، درمان‌های غیردارویی نیز مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته‌اند. از میان درمان‌های روان‌شناختی می‌توان به درمان‌های شناختی - رفتاری اشاره کرد (پال^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۰، سافرن^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۵).

در قلمرو درمان اختلال‌های دوران کودکی، گفته می‌شود که در مدل شناختی - رفتاری باید دو نکته را مورد تأکید قرار داد: فرایندهای یادگیری و نقش وابستگی و مدل‌های محیطی؛ تأکید بر

مرکزیت عوامل میانجی، پردازش اطلاعات در بروز و درمان اختلال‌های دوران کودکی (کندال^{۱۶}، ۱۹۸۵). انواع مختلف روش‌های درمانی شناختی - رفتاری برای درمان اختلال‌های رفتاری کودکان مورد استفاده قرار گرفته‌اند، اما روش‌هایی که در پیشینه پژوهشی مطرح شده‌اند عبارتند از: حل مسئله، بازسازی شناختی^{۱۷}، خود نظم‌دهی^{۱۸}، تنش‌زدایی، سرمشق‌دهی، وابستگی رفتاری و ایفای نقش (دابسون، ۲۰۰۲).

هر کدام از روش‌های مذکور، کارآیی خود را در کاهش اختلال‌های توجه در این کودکان نشان داده‌اند. علاوه بر روش‌های مختلف شناختی - رفتاری، رفتارگرایان از روش‌های رفتاری نیز برای درمان مشکلات توجهی کودکان عقب‌مانده ذهنی استفاده کرده‌اند. رفتاردرمانی به عنوان یک شیوه درمانی که حمایت تجربی و اثربخشی درمانی دارد برای درمان مشکلات توجهی کودکان عقب‌مانده ذهنی مورد بررسی قرار گرفته است (پلهام و همکاران، ۲۰۰۰).

در این شیوه، بر اهمیت پیامدهای رفتاری در کنترل توجه، برانگیختگی و پیروی از قواعد استفاده می‌شود (نلسون و ایزرائل^{۱۹}، ۲۰۰۳). ویمت و لاستسن^{۲۰} (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که فنون رفتاری در درمان مشکلات توجهی کودکان عقب‌مانده ذهنی در موقعیت‌های خانه و مدرسه مؤثر بوده‌اند. فنون رفتاری گاهی به تنهایی و گاهی همراه و همگام با دارودرمانی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. از بین فنونی که بیشترین استفاده را در پژوهش‌ها داشته‌اند، می‌توان به پاداش، جریمه کردن و محروم‌سازی اشاره کرد (ساگ‌ولدان^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۸). هم‌چنین کورکوم، اسکاچار و سیگل^{۲۲} (۱۹۹۶) نشان داده‌اند که کاربرد مشروط تقویت‌کننده‌ها برای افزایش توجه بسیار سودمند بوده است.

از روش‌های دیگر درمانی که اخیراً توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده، هنردرمانی است. هنردرمانی در بهبود بسیاری از اختلال‌های رفتاری از جمله مشکلات مربوط به توجه کردن کودکان مؤثر بوده است. انواع هنردرمانی را می‌توان در نقاشی، مجسمه‌سازی، کار با گل، کار با شن، سفالگری و موسیقی مورد توجه قرار داد. بسیاری از کودکان عقب‌مانده ذهنی از کار با گل و مجسمه‌سازی لذت می‌برند. تعدادی از کودکان عقب‌مانده ذهنی از مجسمه‌سازی حیوانات و انسان‌ها توانسته‌اند توجه و تشویق دیگران را جلب کنند و حتی از این طریق سرمایه‌ای را به خود اختصاص داده‌اند (هیل^{۲۳}، ۱۹۷۴). گزارش‌های موردی برای مثال موری‌شیما و براون^{۲۴}، ۱۹۷۶، ۱۹۷۷) نشان داده‌اند که در بین کودکان کم‌توان ذهنی در ژاپن، کودکانی بوده‌اند که در مجسمه‌سازی مهارت و علاقه فراوانی داشته‌اند. ریملان و فین^{۲۵} (۱۹۸۸). گزارش کرده‌اند که یک جوان عقب‌مانده ذهنی سیاه پوست توجه بسیاری را به خاطر ساختن مجسمه‌های زیبا از حیوانات به خود جلب کرده بود.

هنردرمانی برای ابراز احساسات و انگیزه‌های ناخودآگاه و هم‌چنین در افرادی که به علت پایین بودن سطح زبان قادر به بیان احساسات خود نیستند، راهی مطمئن می‌باشد. علاوه بر این

هنردرمانی، به‌ویژه در کار با گل و سفالگری باعث تخلیه هیجانی افراد و درمان مشکلات روانی می‌شود. جنبه‌های زیباشناسی هنر باعث بهتر شدن خلق‌وخو شده، اعتماد به نفس و خودآگاهی افراد را بالا می‌برد. بر این کار با هنرهای دستی، مانند سفالگری موجب بهبود هماهنگی چشم و دست شده و باعث تحریک کانال‌های ارتباطی از مغز به دست می‌شود. هنردرمانی در درمان اضطراب و افسردگی، اختلال‌های هیجانی، کاهش تنیدگی و بهبود توجه و تمرکز به کار گرفته شده است. حداقل از دو کانال بین هنردرمانی و افزایش توجه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی می‌توان ارتباط ایجاد کرد: الف) از طریق بالا بردن انگیزه برای توجه و در نتیجه عادت به توجه کردن حتی در مورد مسائل و تکالیف درسی. چون کودکان، به‌ویژه کودکان کم‌توان ذهنی، کارهای هنری مانند سفالگری را دوست دارند و در ساختن سفال و بازی با گل علاقه بسیاری از خود نشان می‌دهند. بنابراین کار با گل باعث توجه این کودکان شده و دامنه توجه آنان را در هنگام بازی با گل افزایش می‌دهد. این امر علاوه بر این که باعث تحریک کانال‌های ارتباطی مغز به دست‌ها می‌شود و دامنه توجه آنان را بالا می‌برد، موجب تقویت و تداوم انگیزه برای توجه به مسائل درسی در کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود.

ب) کارهای هنری از جمله کار با گل موجب تخلیه هیجانی کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌شود. کودکانی که در اثر درگیری‌های عاطفی نمی‌توانستند توجه خود را معطوف به مسائل تحصیلی و تکالیف درسی نمایند، در اثر آزاد شدن انرژی روانی درگیری ذهنی‌شان با مشکلات و تنیدگی‌های روانی کمتر می‌شود و راحت‌تر می‌توانند به مسائل تحصیلی و تکالیف درسی توجه کنند.

بررسی پیشینه پژوهشی در حیطه کودکان استثنائی، خلأ موجود در این زمینه را نشان می‌دهد. بنابراین کوشش پژوهشگران، معطوف به پرکردن خلأ تحقیقاتی در این زمینه است و در تحقیق حاضر، آنان درصدد بررسی تأثیر آموزش سفالگری در کاهش نارسایی توجه کودکان و نوجوانان عقب‌مانده ذهنی بودند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی استفاده شده است. در این پژوهش ۸۰ دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بین سنین ۱۰ تا ۱۶ سال که مشکلات نارسایی توجه داشتند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای یافتن نمونه مورد نظر، ابتدا به مدیریت آموزش و پرورش استثنائی شهر اصفهان مراجعه شد و فهرست مدارس پسرانه استثنائی شهر اصفهان تهیه و پس از آن از نظر جغرافیایی شهر اصفهان به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم و از هر منطقه یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس مورد نظر، از مشاوران اسامی دانش‌آموزان پسر ۱۰ الی ۱۶ سال که دچار

نارسایی توجه بودند، گرفته شد. برای اطمینان از وضعیت ذهنی دانش‌آموزان مورد مطالعه، آزمون هوش کودکان وکسلر اجرا شد و پس از آن پرسشنامه نارسایی در توجه توسط معلمان و مادران بر روی آنان به عمل آمد. بدین ترتیب ۱۷۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی با مشکلات توجه، شناسایی شدند. سپس به قید قرعه ۸۰ نفر از آنان انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند.

ابزارهای پژوهش

الف: مقیاس هوش کودکان وکسلر: این مقیاس یکی از معروف‌ترین مقیاس‌های به‌کار رفته برای سنجش هوش کودکان در دنیا است. اشتهار این آزمون به علت جامعیت آزمون است که هم قسمت کلامی و هم غیرکلامی هوش را اندازه می‌گیرد و برآوردی نسبتاً پایدار و معتبر از عملکرد ذهنی کودکان را به دست می‌دهد که کاربردهای عملی فراوان دارد. همبستگی کل این آزمون با مقیاس هوش استنفورد بین ۰/۷۳ گزارش شده است. همبستگی مقیاس کلامی این آزمون با آزمون استنفورد بین ۰/۷۱ و همبستگی مقیاس عملی آن با آزمون مذکور حدود ۰/۶۱ برآورد شده است. همبستگی بین مقیاس‌های کلامی و عملی آزمون هوش کودکان وکسلر در گروه‌های سنی مختلف از ۰/۶۰ تا ۰/۷۳ در نوسان بوده است. میانگین ضرایب اعتبار این آزمون برای هوشبهرهای کلامی، عملی و مقیاس کل به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۹۶ بوده است و ضرایب بازآزمایی که نشان‌دهنده ثبات نمرات هستند به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۵ می‌باشد. این آزمون توسط شهیم (۱۳۷۷) در شهر شیراز هنجاریابی شده که می‌توان از هنجار ایرانی آن در تحقیقات استفاده نمود.

ب: پرسش‌نامه ارزشیابی نارسایی در توجه: برای اندازه‌گیری نارسایی در توجه در آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های تشخیصی کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاری از والدین و معلمان، پژوهشگران به ساخت و تهیه آزمون اقدام کردند تا بتوانند متغیر مورد نظر را در دانش‌آموزان اندازه‌گیری کنند. دو فرم از این آزمون تهیه شد: فرم معلمان و فرم مادران که از لحاظ جمله‌بندی و کلمات به کار گرفته شده ساده‌تر و قابل فهم‌تر بود. این پرسش‌نامه به صورت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی تهیه شد که نشانگان بی‌توجهی را در گزاره‌های بیان شده به صورت همیشه (۴)، اغلب (۳)، گاهی اوقات (۲)، بندرت (۱) و هیچ‌وقت (۰) مورد بررسی قرار می‌داد. در نهایت شانزده گزاره پنج درجه‌ای تهیه شد که ویژگی‌های روان‌سنجی آن نشان می‌داد که آزمون مناسبی برای هدف مورد نظر بوده است.

روایی محتوایی این پرسش‌نامه نشان داد که انطباق بالایی با ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دارد. بررسی‌ها نشان دادند که هماهنگی بالایی بین تشخیص مشکلات با استفاده از آزمون و تشخیص روان‌پزشکان وجود دارد.

روایی صوری آن نیز توسط چند نفر از متخصصان (استادان روان‌شناسی و روان‌پزشکی کودک) تأیید شد.

همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که نشان داد آزمون از ثبات درونی مناسبی برخوردار است ($r = 0/78$).

شیوه اجرا

برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر، آموزش سفالگری بود که در دو مرحله انجام شد: الف) مرحله پیش از آموزش سفالگری، ب) مرحله آموزش سفالگری.

الف) در محله پیش از آموزش سفالگری: دانش‌آموزان گروه آزمایشی هفته‌ای سه نوبت و هر نوبت به مدت ۴۵ دقیقه در گروه‌های سه و چهار نفری در آموزش سفالگری شرکت می‌کردند. جلسات آموزش در یکی از کلاس‌های مدرسه برگزار می‌شد. در مرحله پیش از آموزش، آزمودنی‌ها با وسایل آشنا می‌شدند و طرز کار آن‌ها را برای ساختن سفال یاد می‌گرفتند، برای مثال، آشنایی با گل رس و کار با گل رس. در این مرحله در طول دو جلسه شرکت‌کنندگان خاک رس را می‌شناختند، می‌توانستند خاک رس را الک نمایند و یاد گرفتند که خاک رس را با آب به مقدار کافی مخلوط کنند و از آن گل به دست آورند. همچنین دانش‌آموزان یاد گرفتند که گل را ورز بدهند و آماده برای ساختن سفال نمایند.

ب) در مرحله آموزش سفالگری: که حدود ۵ جلسه به طول انجامید، شرکت‌کنندگان به ساخت سفال می‌پرداختند و بعد از ساختن لیوان سفالی، جهت تزئین لیوان، خطوطی بر روی آن رسم می‌کردند. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد تا به میل خود بدنه لیوانی را که درست کرده‌اند، تزئین کنند و آن را در جای مناسب قرار دهند، تا خشک شود.

برای سنجیدن اثر مداخله و تعامل آن با سن آزمودنی‌ها، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶).

یافته‌ها

در جدول (۱) داده‌های توصیفی گروه آزمایشی و گروه گواه ارائه شده است. همان‌طور که در ارائه میانگین‌ها ملاحظه می‌شود، مشکلات توجه در گروه آزمایشی کاهش یافته است (کاهش از ۵۱/۰۵ به ۳۵/۶۵)، در حالی که کاهش قابل ملاحظه‌ای در پس‌آزمون گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه در قبل و پس از مداخله در نارسایی توجه

گروه‌ها	ویژگی‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار	حداقل	حداکثر
آزمایشی	پیش‌آزمون	۴۰	۵۱/۰۵	۲/۲۲	۰/۳۵	۴۷	۵۵	
	پس‌آزمون	۴۰	۳۵/۶۵	۲/۲۹	۰/۳۶	۳۰	۴۰	
گواه	پیش‌آزمون	۴۰	۵۱/۰۷	۲/۱۳	۰/۳۴	۴۸	۵۵	
	پس‌آزمون	۴۰	۵۰/۸۸	۲/۱۱	۰/۳۳	۴۷	۵۵	

برای بررسی معناداری تفاوت‌های موجود در گروه‌های آزمایشی و گواه با ثابت نگهداشتن اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۲) ملاحظه می‌شود.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثرات برنامه مداخله‌ای در گروه آزمایشی بر رفتار نارسایی در توجه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات پیش‌آزمون	۹۰/۵۲۳	۱	۹۰/۵۲۳	۲۰/۲۸۱	۰/۰۰۰۱
اثرات اصلی آموزش	۴۹۸۹/۶۸۱	۱	۴۹۸۹/۶۸۱	۱۰۵۰/۶۹۲	۰/۰۰۰۱
واریانس تبیین شده	۴۷۸۰/۲۰۴	۲	۲۳۹۰/۱۰۲	۵۳۵/۴۸۶	۰/۰۰۰۱
واریانس خطا	۳۴۳/۶۸۴	۷۷	۴/۴۶۳	-	-
واریانس کل	۵۱۲۳/۸۸۷	۷۹	۶۴/۸۵۹	-	-

با توجه به این که با ثابت نگهداشتن اثرات پیش‌آزمون‌ها اثر آموزش معنادار شده است، ملاحظه می‌شود که در سطح خطای کمتر از یک‌صدم ($P < ۰/۰۱$) می‌توان قضاوت کرد که آموزش سفالگری در کاهش مشکلات توجه تأثیر معنادار داشته است.

بحث

نتیجه تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش سفالگری در کاهش اختلال‌های توجه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مؤثر بوده است. با توجه به علاقه و استعداد افراد عقب‌مانده ذهنی در کارهای هنری دستی مانند مجسمه‌سازی و سفالگری (هیل، ۱۹۷۴؛ موری‌شیما و براون، ۱۹۷۶، ۱۹۷۷؛ ریمولاند و فین^{۲۵}، ۱۹۸۸) می‌توان نتیجه گرفت که دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی در اثر علاقه داشتن به این کارهای هنری توجه خود را متمرکز بر انجام این کارها کرده‌اند و این تمرکز باعث عادت آنان به توجه نمودن و افزایش توجه در آنان شده است. هالاهان^{۲۶} و همکاران (۱۹۸۵) نیز بر اساس یافته‌های خود و همکارانشان به این نتیجه رسیدند که کودکان با کاستی توجه، زمانی که موضوع ارائه

شده مورد علاقه‌شان باشد بیشتر تمرکز می‌کنند و دامنه توجهشان نیز بالا می‌رود. علاوه بر این سفالگری باعث حرکت و فعالیت دانش‌آموزانی می‌شود که این امر به نوبه خود باعث تغییرات در فعالیت‌های مغزی می‌گردد و علاوه بر هماهنگی حرکتی توجه دانش‌آموزان را نیز بالا می‌برد. علاوه بر این، احتمالاً استرس‌ها و هیجانات درونی در افراد، اشتغال ذهنی ایجاد کرده و موجب بازداری توجه در این افراد می‌شود. از این رو، به نظر می‌رسد که سفالگری باعث تخلیه هیجانی شده از این راه نیز به پیشرفت توجه دانش‌آموزان کمک می‌کند.

پی‌نوشت‌ها

1. Koller, Richardson, Katz & McLaren
2. Fletcher
3. Mulick, Hammer & Dura
4. Tomporowski & Tinsley
5. Baroff & Olley
6. Zeaman & House
7. Beirne-Smith
8. Kratochwill
9. Dodson
10. Barkley
11. Biederman & Spencer
12. Pulham, Wheeler & Chronis
13. Rapport & Moffitt
14. Paule
15. Safren
16. Kendall
17. Cognitive Restructuring
18. Self-Regulation
19. Israel
20. Wimett & Laustsen
21. Sagvolden
22. Corkum, Scachar & Sigel
23. Hill
24. Morishima & Brown
25. Rimland & Fein
26. Hallahan

منابع

سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۷۶). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: نشر آگاه.
شهیم، س. (۱۳۷۷). *انطباق و هنجاریابی مقیاس تجدیدنظر شده هوش وکسلر برای کودکان* (چاپ دوم). شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز.

- American Association on Mental Retardation (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baroff, G. S., & Olley, J. G. (1999). *Mental retardation: Nature, cause and management* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Brunner Mazel.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

- Beirne-Smith, M., Patton, J. R., & Ittenbach, R. F. (1998). *Mental retardation*. Columbus, OH: Merrill.
- Biederman, J., & Spencer, T. J. (2000). Genetics of childhood disorder: Is ADHD a noradrenergic disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1330-1333.
- Corkum, P. V., Scachar, R. J., & Siegel, L. S. (1996). Performance on the continuous performance task and the impact of reward. *Journal of Attention Disorders*, 1, 114-121.
- Dobson, K. S. (2002). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford, Press.
- Dodson, W. W. (2005). Pharmacotherapy of adult ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 589-606.
- Fletcher, J. M., Francis, D. J., Pequegnat, W., Raudenbush, S. W., Bornstein, M. H., Schmitt, F., Brouwers, P., & Stover, E. (1991). Neurobehavioral outcomes in disease of childhood. *American Psychologist*, 46, 1267-1277.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Lloyd, J. (1999). *Introduction to Learning Disabilities*. New Jersey: Allyn & Bacon.
- Hill, A. L. (1974). Idiot savants: A categorization of abilities. *Mental Retardation*, 12, 12-13.
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 357-372.
- Koller, H., Richardson, S. A., Katz, M., & McLaren, J. (1983). Behavior disturbance since childhood among a five-year birth cohort of all mentally retarded group adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency*, 87(4), 386-395.
- Kratochvil, C. J., Greenhill, L. L., March, J. S., Burke, W. J., & Vaughan, B. S. (2004). The role of stimulants in the treatment of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drug*, 18(14), 957-966.
- Morishima, A., & Brown, L. F. (1976). An idiot savant case report: A retrospective view. *Mental Retardation*, 14, 46-47.
- Morishima, A., & Brown, L. F. (1977). A case report on the artistic talent of an autistic idiot savant. *Mental Retardation*, 15, 33-36.
- Mulick, J. A., Hammer, D., & Dura, J. R. (1991). Assessment and management of antisocial and hyperactive behavior. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of Mental Retardation* (2nd ed., pp. 397-412). New York: Pergamon.
- Nelson, R. W., & Israel, A. C. (2003). *Behavior Disorders of Childhood* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Paule, M. G., Rowland, A. S., Ferguson, A., Chelonis, J. J., Tannock, R., Swanson, J. M., & Castellanos, F. X. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder: Characteristics, interventions and models. *Neurotoxicology and Teratology*, 22, 631-651.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Simpson, S., Shapiro, C., Burkstein, O., Baron-Myak, C., & Mc Burnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending to summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 507-525.

- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 190-205.
- Rappaport, M. D., & Moffitt, C. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate: A review of height/weight, cardiovascular and somatic complaint side effects. *Clinical Psychology Review, 22*(8), 1107-1132.
- Rimland, B., & Fein, D. (1988). Special talents of autistic savant. In L. K. Opler & D. Fein (Eds.), *The exceptional brain* (pp. 474-482). New York: Guilford.
- Safren, S. A., Otto, M., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavioral Research and Therapy, 43*(7), 831-842.
- Sagvolden, T., Heidi, A., Zeiner, P., & Berger, D. (1998). Altered reinforcement mechanisms in attention deficit/hyperactivity disorder. *Behavioral Brain Research, 94*, 61-71.
- Tomprowski, P. D., & Tinsley, V. (1992). Attention in mentally retarded persons. In W. E. Maclean (Ed.), *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (pp. 219-244). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wimett, L., & Laustsen, G. (2003). First new ADHD treatment in 30 years. *The Nurse Practitioner, 28*(12), 50-54.
- Zeaman, D., & House, B. J. (1979). A review of attention theory. In N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed., pp. 63-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.