

شهناز شیبانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

مقاله های مروری

خوانندگان گرامی

شاید ندانید که در حال حاضر بیش از ۴۰ نشریه داخلی به طور مستقیم یا غیر مستقیم مطالبی درباره کودکان استثنایی به چاپ می‌رسانند. تعدد نشریات و تنوع مقاله‌های مندرج در آنها از ابعاد مختلف پزشکی، روان‌شناسی، مشاوره، مددکاری، توان‌بخشی و آموزش به موضوع کودکان با نیازهای ویژه پرداخته و میل به اطلاع از آنها را در علاقمندان به این حوزه‌ی علمی بیش از گذشته کرده است؛ جای بسی خوشحالی است. با این حال باید پذیرفت که با وجود اشتیاق فراوان علاقمندان به اطلاع از مطالب مندرج در این نشریه باز عوامل متعددی سبب می‌شود که نتوانند به نحو مقتضی به اصل مقاله‌ها دست یابند.

نشریه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی به منظور پاسخگویی به این نیاز خوانندگان خود تصمیم دارد که از این پس در هر شماره صفحه‌ای را به درج خلاصه‌ی مقاله‌های مفید سایر نشریه‌های علمی اختصاص داده تا به سهم خود گام کوچکی در این راستا برداشته باشد. امید است خوانندگان گرامی ما را از نظریات خود در این خصوص محروم نساخته و با ارایه‌ی پیشنهادهای مفید خود، ما را در دستیابی به اهداف جدیدمان یاری رسانند.

اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و

آسیب شناسی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال بم: یک مطالعه قبل و بعد

دکتر جواد محمودی قرانی، دکتر مهدی نیا، دکتر محمد تقی یاسمی، دکتر آناهیتا امامی، فاطمه نادری

مقدمه

واکنش‌ها را می‌توان دید. در بچه‌های کوچکتر پاسخ به صورت برانگیختگی است که علامتی برای توجه بیشتر مراقبان است. بعد از یک واقعه طبیعی کودکان ممکن است با فقدان والدین و مراقبان‌شان مواجه شوند. مرگ والدین منجر به نشانه‌های رفتاری و افسردگی می‌شود. در مطالعه کودکان بازمانده از انفجار اوکلاهاما (۱۹۹۵) کودکانی که اعضای خانواده‌شان را از دست داده بودند نشانه‌های بیشتری از اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دادند.

در مطالعه دیگری ۲۳ درصد کودکانی که در مواجهه با طوفان تورنادو دچار فقدان و سوگ شده

هر ساله میلیون‌ها کودک با وقایع آسیب‌زا مواجه می‌شوند. بیش از ۳۰ درصد این کودکان مبتلا به یک سندرم کلینیکی با نشانه‌های فیزیکی، شناختی، رفتاری و هیجانی می‌شوند که اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) نامیده می‌شود. پاسخ کودک به واقعه و نوع واکنش او چگونگی بروز علائم را پیش‌بینی می‌کند؛ این علائم می‌توانند با تأخیر ۶ ماهه یا دیرتر ظاهر شوند. در کودکان نشانه‌های اختلال می‌تواند به صورت رفتارهای سازمان‌نیافته و برانگیخته باشد. در سایر کودکان کم‌حرکی، احساس گناه و اجتناب از بروز

روش های رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه عبارت بودند از:

جلسه اول: آشنایی کودکان با یکدیگر و تقویت ارتباط اعضا با یکدیگر و درمانگران با استفاده از بازی جلسات دوم و سوم: بروز و شناسایی هیجانات اصلی با استفاده از نقاشی، ایفای نقش و نمایش عروسکی و بیان داستان

جلسات چهارم و پنجم: کنترل خشم و اضطراب با استفاده از بازی و نقاشی برای تخلیه هیجانات

جلسات شش تا نه: بیرون ریزی تجربه آسیب و هیجانات مرتبط با آن و بازسازی واقعه در بازی با استفاده از نقاشی، بیان داستان، بازی با لگو و بازی های توأم با فعالیت فیزیکی و تمرینات آرامش بخش برای کاهش برانگیختگی و نیز حساسیت زدایی تدریجی در قالب بازی و نقاشی و استفاده از نمایش عروسکی

جلسات ده تا دوازده: این سه جلسه اختصاص به سوگ و انجام بازی هایی به منظور تعریف مرگ و برگزاری مراسم و نیز بیان خاطرات فقدان متوفی در قالب نقاشی، بازی با خمیر، نمایش عروسکی و بازی دسته جمعی قطار زندگی

یافته ها

از تعداد ۱۹ نفر که قرار بود در جلسات حضور داشته باشند، ۱ نفر به دلیل جابجایی محل سکونت، ۳ نفر به دلیل حضور در کمتر از دو سوم جلسات و ۲ نفر به دلیل عدم توانایی والدینشان برای آوردن آنها به محل انجام مداخلات از مطالعه خارج شدند. ۱۳ نفر با میانگین سنی ۵/۳ (+۱/۲) سال باقی ماندند. که ۴ نفر (۳۰/۸ درصد) پسر و ۹ نفر (۶۲/۹ درصد) دختر بودند. ارزیابی سابقه قبلی آزمودنی ها نشان داد که ۲۳/۱ درصد (۳ نفر) مشکلات حین یا پس از تولد به صورت زایمان طول کشیده (۲ نفر) و ۱ نفر نیازمند فتوتراپی (۱ نفر) داشتند. ۲۳/۱ درصد (۳ نفر) سابقه قبلی مشکلات طبی

بودند به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شدند. در حالی که این رقم برای کودکانی که تجربه فقدان نداشتند ۳ درصد بود. مداخلات درمانی غیردارویی عبارت اند از: بازی درمانی، روان درمانی، سایکودینامیک و روش های اداره اضطراب در بچه های کوچک تر بازی، هنر و بیان داستان فرصتی را برای بیرون ریزی هیجان ها فراهم می سازد. برخی مطالعات اثرات مفید روش های رفتاری را در کاهش این نشانه ها مطرح کرده اند. با این حال مطالعات در این خصوص اندک است. در این مطالعه یک الگوی ۱۲ جلسه ای بازی درمانی گروهی برای کودک ۳ تا ۶ سال باز مانده از زلزله بم که با شکایت اختلالات هیجانی و رفتاری ارجاع شده بودند به کار برده و تغییرات قبل و بعد را مقایسه کرده اند.

روش

در یک مطالعه بالینی از نوع قبل-بعد، در کودکان سوگوار سنین ۳ تا ۶ سال که تجربه مواجهه با واقعه زلزله بم را داشته و مراقبان شان از مشکلات رفتاری و هیجانی آنها شاکی بودند، ۸ ماه بعد از زلزله اثر بازی درمانی گروهی با نگرش رفتاری و متمرکز بر نشانه های آسیب و سوگ بررسی شد. شرکت کنندگان از طریق برنامه غربالگری و مداخلات درمانی سطح مقدماتی که در دیدار چادرهای امدادی و توسط گروه های متشکل از روان شناسان آموزش دیده انجام می شد شناسایی و به مرکز کودکان واقع در ستاد مداخلات روانی، اجتماعی بم ارجاع می شدند. سپس پرسشنامه رفتاری راترز برای ارزیابی نشانه های اختلال استرس پس از سانحه براساس گزارش والدین تکمیل شد. همچنین برنامه درمانی را برای مراقبان کودک تشریح کرده و پس از رضایت مراقب، کودکان وارد برنامه مداخلات شدند.

برنامه جلسات درمانی با استفاده از بازی، هنر و

صورت گروهی در کودکان زیر ۶ سال بکار برده است و از نظر روش که مبتنی بر روش‌های شناختی رفتاری است، منحصر به فرد بوده و مطالعه مشابهی در این خصوص انجام نشده است. این مطالعه و روش درمانی ارایه شده در آن را می‌توان در موارد بروز حوادث طبیعی که جمع زیادی از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد بکار برد. براساس نتایج این مطالعه بازی درمانی گروهی در کودکان زیر ۶ سال بر نشانه‌های رفتاری ناشی از تروما و سوگ مؤثر است. همچنین این مداخلات باعث کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود.

متن کامل این مقاله در مجله بیماری‌های کودکان ایران دوره ۱۶، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵ به چاپ رسیده است.

(۱ نفر سابقه تشنج با تب) و روان‌شناختی (۲ نفر سابقه شب‌ادراری) داشتند.

نتایج مربوط به نحوه مواجهه با واقعه نشان داد که ۸۴/۶ درصد (۱۱ نفر) از آزمودنی‌ها مواجهه مستقیم با واقعه و ۵۳/۸ درصد (۷ نفر) زیر آوار مانده بودند. فقط ۱۵/۴ درصد در روزهای بعد از واقعه به محل آمده و به طور مستقیم با واقعه مواجه شده بودند. مقایسه نمره قبل و بعد بر اساس مقیاس رفتاری راترز و آزمون آماری willcoxon نشان داد این تفاوت در نمره کل از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/5$). دو نمره اختلال استرس پس از سانحه براساس مقیاس یول تفاوت قبل و بعد معنی دار است.

بحث

این مطالعه از این جهت که بازی درمانی را به

فراوانی اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه در سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال

دکتر کاترین صدری کرمانی، دکتر الهام شیرازی، دکتر شبنم نوحه سرا

مقدمه

فیگنر و مانوتو، ۲۰۰۰؛ اسمالی و همکاران ۲۰۰۰؛ بیدرمن و همکاران ۱۹۹۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که سابقه خانوادگی در ADHD باقی مانده تا بزرگسالی، قوی‌تر از ADHD محدود به دوران کودکی است و ۵۷ درصد از فرزندان افراد بزرگسال دارای سابقه ADHD دچار این بیماری هستند. بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که ADHD یک اختلال خانوادگی است و از اختلال در تنظیم مونو آمین‌های نورون‌های فرونتو-استریاتال ناشی می‌شود (بویتلار و کوئیچ، ۲۰۰۰؛ موگلیا، جین و کندی، ۲۰۰۲).

اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه از اختلال‌های شایع روان‌پزشکی در میان کودکان سنین دبستانی است. این موضوع در ایران نیز بررسی شده است (خوشایی، پور اعتماد، هومن و محمدی، ۲۰۰۴). این بیماری ۳ تا ۵ درصد کودکان را مبتلا می‌کند و موجب تحرک و فعالیت بیش از اندازه و یا کاهش توجه و تمرکز بیماران می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۴۵ تا ۹۰ درصد از پدران و مادران کودکان مبتلا به ADHD دچار این اختلال بوده و نشانه‌های آن را تا نوجوانی به همراه داشته‌اند (فاراتون، بیدرمن،

درصد (۳۱ نفر) دختر بودند. ۳۰/۶۷ درصد (۴۶ نفر) دچار نوع بیش فعالی - تکانه‌ای، ۱۸ درصد (۲۷ نفر) از نوع کم توجهی و ۵۱/۳۳ درصد (۷۷ نفر) از نوع مختلط بودند. در ۷۶ درصد موارد، دست کم یکی از والدین و در ۲۰ درصد موارد، هر دو والد دارای سابقه ADHD بودند. فراوانی سابقه ADHD در پدران بیشتر از مادران بود، به طوری که ۵۶ درصد پدران و ۴۰ درصد مادران دارای این سابقه بودند.

در والدینی که دارای سابقه ADHD بودند (۱۴۴ نفر)، ۴۴/۴ درصد (۶۴ نفر) سابقه نوع مختلط، ۴۳/۱ درصد (۶۲ نفر) سابقه نوع بیش فعالی - تکانشی و ۱۲/۵ درصد (۱۸ نفر) سابقه نوع کم توجهی را گزارش کردند.

بحث

این بررسی نشان داد که فراوانی ADHD در پسران مورد بررسی بیشتر از دختران و فراوانی ADHD نوع مختلط بیشتر از انواع دیگر است که هر دو با یافته‌های اسمالی و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد.

این یافته نشان می‌دهد که میزان شیوع ADHD در گروه مورد بررسی بالا است. وجود سابقه ADHD در بیشتر والدین کودکان دارای ADHD احتمال تأثیر عوامل وراثتی را در سبب شناسی آن مطرح می‌کند (همان جا). برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۵۷ درصد از کودکان والدین دارای اختلال بیش فعالی با کمبود توجه از این بیماری رنج می‌برند (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین هر اندازه خویشاوندان فرد مبتلا به ADHD نسبت دورتری با بیماری داشته باشند، فراوانی گرفتاری در آنها کمتر خواهد بود (فاراتون، بیدرمن، ۱۹۹۴).

متن کامل این مقاله در مجله اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۱ / بهار ۱۳۸۵، صص ۵۵-۵۸ به چاپ رسیده است.

خطر ابتلا در دوقلوهای تک تخمکی بیش از دو تخمکی بوده است. همچنین احتمال ابتلای پسران، دو تا نه برابر دختران گزارش شده است. برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که فراوانی موارد ابتلا به ADHD در خانواده‌های دختران مبتلا بیشتر از خانواده‌های پسران مبتلا است (اسمالی و همکاران، ۲۰۰۰).

هدف این پژوهش بررسی فرضیه انتقالی وراثتی این بیماری بود. هر چند اثبات سبب شناسی وراثتی نیازمند بررسی‌های گسترده به ویژه از نوع فرزند خواندگی و بررسی دوقلوها است، ولی بررسی میزان فراوانی علائم ADHD در خانواده‌های کودکان مبتلا نیز در این زمینه سودمند است. از این رو در پژوهش حاضر، فراوانی اختلال در والدین بیولوژیک گروهی از کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD مراجعه کننده به مراکز روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران بررسی شده است.

روش

این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰۰ نفر پدر و مادر (۱۵۰ زوج، والدین تکی کودکان مبتلا به ADHD) بودند که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کودکان این افراد در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده و بر پایه تشخیص بالینی روان‌پزشک کودک و نوجوان و معیارهای DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، مبتلا به ADHD بودند. وجود سابقه ADHD در والدین، با مصاحبه بالینی توسط یک روان‌پزشک و بر پایه چک‌لیست DSM-IV بررسی شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD ۹/۱۷ سال (انحراف معیار ۳/۷) و سن همه‌ی آنها کمتر از ۱۶ سال بود. ۷۹/۳۳ درصد (۱۱۹ نفر) پسر و ۲۰/۶۶