



The Effectiveness of Computer-Based Cognitive Rehabilitation Games on the Executive Functions of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Parisa Oryadi¹, Habib Hadianfard², Nezamaddin Ghasemi^{3*}

¹ *Salman Farsi University Of Kazeron*

² *Clinical Psychology School, Shiraz University, Shiraz, Iran.*

^{3*} *PhD Student Psychology. Salman Farsi University Of Kazeron. nezamghasemi@ yahoo.com*

Citation: Oryadi P, Hadianfard H, Ghasemi N. The Effectiveness of Computer-Based Cognitive Rehabilitation Games on the Executive Functions of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*. 2019; 7 (1):91-109. [Persian].

Key words

Attention Deficit
Hyperactivity
Disorder,
Computer-Based
Cognitive
Rehabilitation
Games, Executive
Functions

Abstract

The treatment of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder as the most common neurodevelopmental disorder, due to widespread destruction and the need for an early and definitive treatment, has shifted toward the use of computer-based technologies. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of computer-based cognitive rehabilitation games on the executive functions of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. The study was quasi-experimental with pre-test and post-test stages and a follow-up stage of 45 days with a control group. The statistical population consisted of all the students with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Shiraz elementary school in the winter of 2019. 32 students suffering from Attention Deficit / Hyperactivity Disorder were selected as a convenient sample and were allocated into an experimental group and a control group. The Tower of London test, the Stroop test, and the Wisconsin Card Sorting Test were used. The experimental group received computer-based cognitive rehabilitation games three times a week (15 minutes for each game and with a total of 30 minutes) and the control group was placed on the waiting list. Data were analyzed by the SPSS-24 software using the repeated measures Analysis of Covariance (ANOVA). The results showed that computer-based rehabilitation games had a significant effect on the executive functions of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder ($Sig < 0.05$). In the experimental group, improvements in planning, organization, inhibition and cognitive flexibility elements were observed and after 45 days of the intervention the effects of the treatment were preserved in the experimental group. Therefore, it can be concluded that computer-based cognitive rehabilitation games are an effective and sustainable therapy.

اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر عملکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی

پریسا اوریادی^۱، حبیب هادیان فرد^۲، نظام‌الدین قاسمی^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. (نویسنده مسئول). دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه سلمان فارسی. nezamghasemi@yahoo.com

چکیده

درمان اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رشدی، به دلیل تخریب گسترده و نیاز به درمان زود هنگام و قطعی، به سمت استفاده از تکنولوژی‌های مبتنی بر رایانه گرایش پیدا کرده است. بر همین اساس هدف پژوهش بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی بود. پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی مقطع ابتدایی شهرستان شیراز در زمستان سال ۹۷ بود که ۳۲ دانش‌آموز مبتلا، به صورت در دسترس، به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. از آزمون برج لندن (Tower of London)، آزمون استروپ (Stroop Test) و آزمون کارت‌های ویسکانسین (Wisconsin Card Sorting Test) استفاده شد. گروه آزمایش توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای به صورت سه بار در هفته (۱۵ دقیقه برای هر بازی جمعا ۳۰ دقیقه) و به مدت یک ماه دریافت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-24 و به روش تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری تکراری تحلیل شدند. نتایج نشان داد توانبخشی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی تأثیر معنادار دارد ($Sig < 0/05$). در گروه آزمایش در متغیرهای برنامه‌ریزی و سازماندهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی، پس از مداخله، در عملکرد شناختی بهبود مشاهده شد و پس از ۴۵ روز از پایان مداخله همچنان اثرات درمان در گروه آزمایش قابل مشاهده بود. بنابراین می‌توان گفت توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای درمانی مؤثر و پایدار است.

تاریخ دریافت

۱۳۹۷/۱۲/۲

تاریخ پذیرش نهایی

۱۳۹۸/۳/۱

واژگان کلیدی

اختلال نقص توجه/ فزون -
کنشی، توانبخشی شناختی
مبتنی بر بازی‌های رایانه -
ای، کارکردهای اجرایی

مقدمه

کارکردهای اجرایی، مهارت‌های کنترل شناختی نامیده می‌شوند؛ این کارکردها بخشی از مکانیسم خودتنظیمی هستند که فرایندهایی مانند تغییر توجه، حل مسئله، برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه فعال را در برمی‌گیرند (سوسیک-واسیک، کروئر، اسکیندر، واسیک، اسپیتزر و استرب، ۲۰۱۷). کارکردهای اجرایی به عنوان فرایندهایی تعریف می‌شوند که فرایندهای شناختی دیگر را کنترل، هدایت و هماهنگ می‌کنند (بیول و لی، ۲۰۱۴). همچنین مسئولیت بازنگری و منظم کردن فرآیندهای شناختی را در طول انجام تکالیف شناختی پیچیده بر عهده دارند (لوکوزی، ۲۰۱۶^۵). رایج‌ترین کارکردهای اجرایی شامل توجه^۶، سازماندهی^۷، برنامه‌ریزی^۸، تصمیم‌گیری^۹، بازداری رفتاری^{۱۰}، خودتنظیمی و حافظه کاری است (یاتس، ۲۰۱۶). یافته‌های علوم اعصاب شناختی نشان می‌دهد ساختارهای مغزی پیشانی و آهیانه‌ای از رشد کارکردهای اجرایی حمایت می‌کنند (مونرو، ویاند، ماراسینی و اوستر، ۲۰۱۷؛ لی، بیول و هو، ۲۰۱۳) و افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی دارای نواقص اساسی در بیش‌تر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی (حافظه فعال، بازداری پاسخ) هستند (آندرسون و بولدن، ۲۰۱۸؛ نجاتی، ناجیان و اکبرپور، ۱۳۹۵). همچنین خطرات ژنتیکی که در اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی مطرح می‌شود در کارکردهای اجرایی نیز دیده می‌شود. ساختارهای ژنتیکی زیربنایی در هر دو مشابه هستند (کاپتلین، کاری و بوگدان، ۲۰۱۸).

رایج‌ترین درمان برای این اختلال دارودرمانی به ویژه داروهای محرک مانند متیل فنیدیت است (آسنا، اوگریم، کروپوتود و بروئر، ۲۰۱۸). هرچند بسیاری از بیماران همچنان از علائم باقی مانده رنج می‌برند (مودستو-لاو، فرهمند،

اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رشدی است که ۷-۵٪ کودکان در سراسر جهان به آن مبتلا هستند (تاپار و کوپر، ۲۰۱۶). ویژگی اساسی این اختلال الگوی مداوم بی‌توجهی و یا فزون‌کنشی/تکانشگری^۲ است که با عملکرد و رشد فرد تداخل پیدا می‌کند. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ این اختلال را که دارای سه نوع غلبه با نقص توجه، غلبه با فزون‌کنشی/تکانشگری و ترکیبی است، به عنوان الگوی پایدار نقص توجه و تکانشگری/فزون‌کنشی مطرح می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بی-توجهی در اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی خود را با رفتارهایی مانند نیمه کاره گذاشتن کارها، نداشتن پشتکار، مشکل حفظ تمرکز و نابسامان بودن آشکار می‌سازد که البته ناشی از نافرمانی یا عدم درک مطلب نیست. فزون‌کنشی به افزایش فعالیت‌های حرکتی (دویدن و جست و خیز کردن کودک) در مواقع نامناسب، یا وول خوردن زیاد، بازی با انگشتان، یا پرحرفی اطلاق می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شواهدی وجود دارد که نقص کارکردهای شناختی در اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی با نابهنجاری‌های رفتاری و شناختی در ارتباط است (سلیمانی، دهقان، داداشی، حسین پور، ۱۳۹۵؛ لومن، تریپ و اسکرس، ۲۰۱۰). علاوه بر این بسیاری از افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی علائم اختلال در عملکرد اجرایی^۴ را تجربه می‌کنند (آنتشل، فاراون، ماگلیون، دایل، فرید، سیدمن و بیدرمن، ۲۰۱۰؛ بارکلی و مورفی، ۲۰۱۰؛ براون، ریچل و کوئینلان، ۲۰۰۹؛ مارتل، نیکولاس و نیگ، ۲۰۰۷).

^۵. Locozi^۶. Attention^۷. Organization^۸. Planning^۹. Decision making^{۱۰}. Inhibition^۱. Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder(AD/HD)^۲. Hyperactivity- Impulsivity^۳. American Psychiatric Association^۴. Executive function

چپلین و سارو^۱ (۲۰۱۵). علاوه بر این دارو درمانی در مورد همه کارکردهای شناختی نمی‌تواند تأثیر گذار باشد و از سویی دیگر، اغلب والدین نیز به استفاده از دارو برای کودک کم سن خود نگرشی منفی دارند و به استفاده از رویکردهای غیردارویی تمایل بیشتری دارند (مور و همکاران، ۲۰۱۹). رویکرد اصلی در درمان‌های شناختی و غیردارویی، رویکرد بازتوانی شناختی است. در این رویکرد هدف تقویت و بازپروری اجزای شناختی باشد که با به کارگیری تمرین‌ها و تکالیف شناختی جهت بهبود عملکردهای مشخص طراحی شده است (اورینستین و استیونس، ۲۰۱۴). توانبخشی شناختی یک روش درمان نارسایی شناختی است که شامل بازگرداندن عملکرد ضعیف و یا افزایش جبران خسارت ناشی از کمبود توجه، از طریق آموزش استراتژی و یا مهارت‌های مکرر است. این رویکرد با موفقیت در کودکان با انواع آسیب‌های مغزی و همچنین سایر اختلالات مربوط به مغز مانند کمبود توجه و نارساخوانی اجرا شده است (کسلر، لاکایو و بویل، ۲۰۱۱). درمان توانبخشی شناختی بر طبق فرضیه شکل‌پذیری و خود-ترمیمی مغزی به طور مستقیم بر روی بهبود شاخص‌های کارکردهای اجرایی تمرکز دارد (اکانل، بلگرو و روبرتسون، ۲۰۰۷) و فاقد عوارض جانبی دارودرمانگری بوده و تغییرات دیرپایی در این کودکان پدید می‌آورد (اعظمی، مقدس، سهرابی، ۱۳۹۲). توانبخشی شناختی در کل یک برنامه است که خدمات پزشکی و درمانی را به منظور بهبود توانایی‌های شناختی به افراد ارائه می‌دهد (سرنیچ، کورتا، موردکای و ریان، ۲۰۱۰).

یکی از پیشرفت‌های اخیر در حیطه توانبخشی شناختی که توجه کارشناسان زمینه روان‌شناسی و پزشکی را به خود جذب کرده نظریه‌ای است که به عنوان بازی‌های ذهنی یا آموزش ذهنی شناخته می‌شود. این بازی‌ها قادرند ظرفیت حافظه افراد را بالا ببرند (مک‌گینیس، ۲۰۱۶). بازی‌های فکری که امروزه به دلیل کاربرد روزافزون رایانه بیش‌تر به

^۱. Modesto-Lowe, Farahmand, Chaplin & Sarro

صورت بازی‌های رایانه‌ای کاربرد دارند به بازی‌کننده اجازه می‌دهد علاوه بر سرگرمی به یک هدف خاص نیز به وسیله تجربه بازی برسد (ترنت، دل بلانکو، مورانو-گر، و فرناندز-مانجون، ۲۰۱۲). به طور کلی توانبخشی مبتنی بر بازی‌های ترکیبی از مزایا و سودمندی‌های مختلف در مقایسه با روش‌های توانبخشی سنتی برخوردارند که می‌توان به کمتر وقت-گیر بودن، فراهم کردن محیط امن و کم‌هزینه برای تمرین، افزایش سرگرم‌کنندگی، کاهش استرس مرتبط با عملکرد و تشویق بیماران برای درگیر شدن در تمرینات توانبخشی و غرق شدن در آن اشاره کرد (الکلوک، زین و شاپی، ۲۰۱۴). اغلب تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که بازی‌های ویدیویی آموزشی اگر با موفقیت اجرا شوند، می‌توانند باعث موفقیت تحصیلی، توانایی‌های شناختی و تحریک توانایی‌های مختلف مانند خلاقیت، انگیزه، توجه و تمرکز در کاربران شوند (گنزالز، گویتز و کابرا، ۲۰۰۷). از آنجایی که کارکردهای اجرایی در موفقیت‌های تحصیلی و فعالیت‌های روزمره مؤثر است و همچنین ارزیابی و توسعه آن در کنترل رفتارهای نامناسب نقش دارد (جان، بیورنت و سیت، ۲۰۱۸) و با در نظر گرفتن این مطلب که فراخانی توجه در کودکان در مقایسه با بزرگسالان بسیار کوتاه‌تر است و جلب کردن توجه آن‌ها در سایر شیوه‌های درمانی کار ساده‌ای نیست شاید بهترین روش برای این کار استفاده از بازی باشد. در این راستا رجبی، پاکیزه و مردای (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که ترکیب توانبخشی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای با نوروفیدبک می‌تواند در تغییر امواج مغزی بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/افزون‌کنشی مؤثر باشد. لویز و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای جهت هدایت تحقیقات آتی برای به دست آوردن بینش نسبت به نقش تکنولوژی‌های مدرن در درمان‌های شناختی، به بررسی و تعیین نقش پهبادها در رابط‌های مغزی-رایانه‌ای و کنترل آنها از طریق دستورات ذهنی، برای رسیدن به قابلیت بازی‌ها و تکنولوژی‌های جدید در درمان‌های شناختی در مورد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/افزون‌کنشی پرداختند.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ در شهر شیراز را شامل می‌شود که با تشخیص اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی، دارای پرونده درمانی-تشخیصی بودند و در مرکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش شیراز تشخیص اختلال دریافت کرده بودند. که از این بین، تعداد ۳۲ دانش‌آموز دارای تشخیص اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی بر اساس پرونده پزشکی مدارس و از بین چهار مدرسه ابتدایی پسرانه که والدین آن‌ها اجازه شفاهی دادند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب گردید و به طور تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری (کنترل و آزمایش) گمارش شدند. گروه آزمایش مورد مداخله به وسیله بازی‌های رایانه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارتند از: دریافت تشخیص اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی بر اساس پرونده پزشکی مدارس، سن ۷ تا ۱۲ سال، داشتن بهره هوشی بالای ۸۵ (اندازه گیری شده به وسیله آزمون هوشی ریون) و ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلالات شدید، سابقه تشنج‌های صرعی، معلولیت حرکتی و بیماری پزشکی می‌شود.

ابزارهای پژوهش

آزمون برج لندن (TOL)؛ شالیس (۱۹۸۲) برای نخستین بار آزمون برج لندن را در یک آزمایش معرفی کرد. آزمون برج لندن یکی از بهترین آزمون‌ها برای ارزیابی کارکرد اجرایی برنامه‌ریزی است (لزاک هوینسون، ۲۰۰۴). هدف این آزمون مرتب کردن دوباره سه مکعب رنگی از حالت اولیه‌شان به مجموعه نوینی از موقعیت‌های معین می‌باشد. این کار باید با کم‌ترین حرکات ممکن انجام شود. آزمون شامل ۱۶ آیتم است و سطح پیچیدگی، با افزایش تدریجی کم‌ترین تعداد حرکات ممکن، از ۲ حرکت تا ۷ حرکت مشخص می‌شود. طول اجرای آزمون

در بررسی فراتحلیل اثر بازی‌ها رایانه‌ای بر بهداشت روانی و درمان اختلال‌های روانی مطالعه شاه، کرامر، ون، بلک و هاسیبین (۲۰۱۸) با بررسی ۲۴ مطالعه و ۱۸ بازی نشان داد که تحقیقات کمی در زمینه توسعه بازی‌های رایانه‌ای در درمان و پیشگیری از اختلالات روانی وجود دارد و علی‌رغم تعداد اندک بازی‌های دیجیتالی برای درمان، می‌توان با مورد توجه قرار دادن عواملی مانند زمان، هزینه و میزان درگیری به توسعه بازی‌های درمانی جدید که انواع اختلالات را مورد هدف قرار می‌دهد کمک کرد. از سویی دیگر روزنگولی پالومک، هراندز و مارکوز (۲۰۱۸) معتقدند که امروزه بازی‌های رایانه‌ای با هدف آموزش مغز بسیار محبوب و در حال توسعه هستند. آنها در پژوهش خود با بازی‌های محصولات و بازی‌های آموزشی مؤثر بر رشد مغز تا مارس ۲۰۱۷ از پایگاه داده‌های PubMed با ۱۶۴۰۲ پژوهش نشان دادند که محصولات آموزشی مؤثر بر مغز، به عنوان محصولات تجاری در دسترس همگان آنقدر که مورد انتظار است نمی‌تواند تأثیرات عمیق و اثربخشی داشته باشد. برعکس مسیبی و میرمه‌دی (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که به کارگیری روش بازتوانی شناختی رایانه‌ای می‌تواند موجب کاهش اختلال نقص توجه مستمر و بهبود حافظه کاری کودکان با اختلال (ADHD) گردد. همچنین یاتس (۲۰۱۶) به این نتیجه رسید که توانبخشی شناختی می‌تواند یک درمان سودمند برای نقص کارکردهای اجرایی و همچنین اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی باشد. براین اساس به دلیل پراکندگی در یافته‌های پژوهشی هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر عملکردهای اجرایی، در کودکان مبتلا به نقص توجه/فزون‌کنشی است.

روش پژوهش**طرح پژوهش**

پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه بعد از اتمام مداخله همراه با گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

۱. Tower of London

۲. Shallice

انعطاف‌پذیری شناختی ساخته شده است (برام هام، ۲۰۰۹). این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است W (خواندن واژه)، C (نامیدن رنگ) و CW (خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ آن‌ها در کارت سوم و در کارت چهارم)، گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است، است. کارت‌ها با فاصلهٔ ارائهٔ محرک ۸۰۰ میلی ثانیه و مدت زمان ارائهٔ محرک ۲۰۰۰ میلی ثانیه، ارائه می‌شود. هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر کارت نگاه کند و از سمت چپ به طور افقی به سمت راست، این کار را ادامه دهد و پاسخ محرک، نام رنگ‌های پنج‌گانهٔ مناسب را سریع و تا جایی که محتمل است، بدهد (قمری گیوی، مقصود، دهقانی، ۱۳۹۲). اعتبار این آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است و پایایی نیز ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (سلطانی کوهبنانی، ۱۳۹۶).

آزمون مرتب کردن کارت‌های ویسکانسین (WCST): در ابتدا توسط برگ و گرت^۳بداع و اولین بار در سال ۱۹۴۸ برای ارزیابی مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار گرفت (دی رسنی، هاریس، پنس، ۲۰۰۸). این آزمون یکی از شاخص‌های اصلی فعالیت قطعهٔ پیشانی است و امروزه به عنوان ارزیابی‌کنندهٔ میزان انتقال پاسخ که یکی از مؤلفه‌های عملکردهای اجرایی است؛ به کار می‌رود. اعتبار این آزمون برای سنجش نارسایی‌های شناختی در پژوهش لزاک بیش از ۰/۸۶ و پایایی آن در پژوهش اسپرین و استراوس بر اساس ضریب توافق ارزیابان، ۰/۸۳ گزارش شده است. نادری (۱۳۷۳) با استفاده از روش بازآزمایی، پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی ۰/۸۵ اعلام کرده

بسته به سرعت و توانایی آزمودنی از ۱۰ تا ۲۰ دقیقه متغیر است. آزمون برج لندن از سه میله با طول متفاوت روی یک پایه مکعب رنگی با رنگ‌های متفاوت (قرمز، سبز و آبی) تشکیل شده است. در نمره‌گذاری این آزمون چهار پارامتر در نظر گرفته شد. تعداد مسئله‌های حل شده به صورت صحیح، میانگین زمان برنامه‌ریزی برای مسئله‌های حل شده صحیح (زمان برنامه‌ریزی برای هر مسئله از لحظه‌ای که آزمودنی حالت اولیه را مشاهده می‌کند تا لحظه‌ای که اولین مکعب را لمس می‌کند می‌باشد)، میانگین زمان کل برای مسئله‌های حل شده صحیح (زمان کل برای هر مسئله از لحظه‌ای است که آزمودنی حالت اولیه را مشاهده می‌کند تا لحظه‌ای که مسئله را حل می‌کند) و نمره صحیح درصدی ابتدا نمرهٔ هر مسئله محاسبه می‌شود، بدین روش که اگر مسئله در کوشش نخست به گونهٔ صحیح حل شده باشد در عدد سه ضرب می‌شود ۳ تعداد حرکات لازم برای آن، اما اگر مسئله در کوشش دوم به گونهٔ صحیح حل شده باشد تعداد حرکات لازم برای آن مسئله در عدد یک ضرب می‌شود سپس نمره مسئله‌های حل شده به گونهٔ صحیح با هم جمع می‌شود و بر عدد ۲۱۶ (بیش‌ترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در آزمون کسب کند) تقسیم می‌گردد، به دست می‌آید. این آزمون دارای روایی سازهٔ خوب در سنجش برنامه‌ریزی افراد است. پایایی این آزمون نیز مورد قبول و ۰/۷۳ گزارش شده است (اینجوک -ریکل و بورین، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱؛ به نقل از کیانی و هادیانفرد، ۱۳۹۵). روایی و پایایی مطلوب این آزمون در پژوهش‌های متعدد داخلی تأیید شده است (تهرانی دوست، آزادی دوست، صدیقی و اشرفی، ۲۰۰۵).

آزمون رنگ کلمه استروپ: استروپ اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط ریدلی استروپ به منظور اندازه‌گیری توانایی بازداری پاسخ، تغییرپذیری شناختی، توجه انتخابی و

^۳. Bramham

^۴. Wisconsin Card Sorting Test

^۵. Berg & Grant

^۶. De Rosnay, Harris & Pons

^۱. Injoque-Ricle & Burin

^۲. stroop

اختلال نقص توجه/ فزون کنشی تشخیصی داده شدند وارد پژوهش گردیدند. در ابتدا از همه دانش‌آموزان پیش‌آزمون انجام گرفت سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند، گروه آزمایش که مداخله دریافت کردند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پروتکل با مشاوره و راهنمایی اساتید طراحی شد و در مورد گروه آزمایش به صورت زیر اجرا گردید:

است (قاسمی، کیانی، زره‌پوش، ربیعی، و کیلی، ۱۳۹۱). آزمون دارای ۶۴ کارت غیرمتشابه است که بدون محدودیت زمانی قابل اجرا است. بر روی کارت‌ها چهار نوع شکل شامل مثلث، ستاره، صلیب و دایره چاپ شده است و هریک از کارت‌ها به رنگ آبی، قرمز، زرد و سبز است. تعداد هریک از شکل‌ها بر روی کارت‌ها از یک تا چهار در نوسان است. بنابراین آزمون دارای سه اصل شکل (چهار نوع)، تعداد (چهار حالت) و رنگ (چهار رنگ) است. ترکیب این سه اصل ۶۴ حالت را تشکیل داده است. در واقع هر یک از کارت‌ها نمایانگر یک حالت است که تکرار نمی‌شود. در این آزمون، کودک می‌بایست مفهوم یا قانونی را که در مرحله‌ای از آزمایش فهمیده است؛ در دوره‌های متوالی حفظ کند و وقتی قوانین دسته‌بندی تغییر کرد؛ او نیز مفاهیم قبلی را تغییر دهد. تعداد پاسخ‌های غلط، تعداد طبقات تکمیل شده و نمره خطای درجاماندگی، نمرات این آزمون را تشکیل می‌دهند. نمره خطای درجاماندگی، تکرار یک پاسخ پیش‌آموخته در برابر محرک جدید است. این خطا وقتی مشاهده می‌شود که آزمودنی علی‌رغم تغییر اصل براساس اصل پیشین به طبقه‌بندی خود ادامه دهد و یا این که بر پایه یک گمان نادرست به دسته‌بندی کارت‌ها اقدام نماید و علی‌رغم دریافت بازخورد غلط به پاسخ نادرست خود اصرار ورزد (نجاتی، بهرامی، آبروان، روبنزاده، مطیعی، ۱۳۹۲).

روش اجرای پژوهش

پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه و آموزش و پرورش به تعدادی از مدارس ناحیه یک شیراز مراجعه شد و پس از هماهنگی با مدیر و مسئولین مدرسه و معرفی کودکان دارای تشخیص اختلال نقص توجه/ فزون کنشی، پرسش‌نامه کانرز برای تشخیص شدت اختلال که در دو فرم معلم و والد آماده شده بود، در اختیار معلم و والدین دانش‌آموزان قرار گرفت و پس از دریافت آن‌ها، ۳۲ کودک که براساس پرسش‌نامه و پرونده پزشکی مدارس، مبتلا به

جدول ۱- محتوای اهداف مداخلاتی و آموزشی توان‌بخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی	تشریح اهداف پژوهش و آشنایی با بازی‌ها
۳ و ۲	دقت و توجه	انجام هر بازی در ۱۵ دقیقه و تلاش برای حفظ دقت و توجه در طول بازی
۴ و ۵ و ۶	توجه پایدار	تلاش برای حفظ توجه و پرهیز از توجه به هر گونه عامل مزاحم
۷ و ۸ و ۹	نظم‌بخشی به توجه	تلاش برای به ذهن سپردن تصاویر به صورت ستونی یا ردیفی به جای ثبت تصاویر شبیه به هم در بازی همتاسازی تصاویر
۱۰ و ۱۱ و ۱۲	حذف حرکات اضافی و هدفمند کردن اعمال دانش‌آموزان	تلاش برای هدفمند کردن اعمال دانش‌آموزان و حذف حرکات اضافی و تصادفی مانند کلیک‌های بی‌جا و برخاستن و توجه به محرک‌های دیگر

بازیکنان مسدود می‌کنند. بازیکنان باید تلاش کنند به موانع برخورد نکنند. با برخورد بازیکنان به دیوارهایی که سایر موتورها ایجاد کرده‌اند و یا دیواری که در دور محوطه بازی قرار دارد از دور بازی خارج شده و باید دوباره بازی را آغاز کنند. پس از هر مرحله تعداد موتورها افزوده می‌شود و میزان دقت در هر مرحله افزایش می‌یابد. کودکان با کمک موس مسیر و جهت حرکت موتور در حال حرکت را انتخاب کرده و باید مراقب باشند به موانعی که در مسیر تعبیه شده برخورد نکنند. در صورت برخورد به اولین مانع بازی متوقف می‌شود و کودک می‌بایست از ابتدا بازی را آغاز کند و در صورتی که تا چند دقیقه به مانعی برخورد نکند بر روی صفحه نمایش به انگلیسی جمله **You win** (شما برنده شدید) نقش می‌بندد. بازیکن می‌تواند در هر مرحله بازخورد دریافت کند و این بازخورد به بهبود عملکرد کودکان کمک خواهد. این بازی در کنار لذت و سرگرمی با ارتقای بازی در هر مرحله و لزوم دقت و توجه بیشتر برای دستیابی به موفقیت باعث افزایش توجه در کودکان می‌شود. کودکان در هر جلسه ۱۵ دقیقه فرصت دارند این بازی را انجام دهند.

بازی همتاسازی براساس حافظه: خلق بازی همتاسازی را به کریستوفر لوپس پلمن روان‌شناس بریتانیایی نیمه اول قرن بیستم نسبت می‌دهند. این بازی پلمنیسم نامیده

بازی‌های رایانه‌ای مشخص شده به صورت سه بار در هفته (هر بازی به مدت ۱۵ دقیقه و دو بازی در مورد هر کودک جمعاً ۳۰ دقیقه در هر جلسه) انجام شد و طول مدت آن یک ماه بود. پس از این مدت هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند و معلمان و والدین نیز پرسشنامه‌ها را دوباره تکمیل کردند و پس از گذشت ۴۵ روز مجدداً آزمون‌ها در همه دانش‌آموزان و همچنین معلمان و والدین تکرار گردید و نتایج هر سه مرحله مورد مقایسه قرار گرفت. در ادامه به توضیح بیش‌تر بازی‌ها رایانه‌ای استفاده شده در پژوهش و نحوه اجرای آن‌ها پرداخته می‌شود.

جی ال ترون: این بازی اولین بار به وسیله اندرس امیج^۱ در سال ۱۹۹۸ به عنوان یک تمرین برای دوره گرافیکی رایانه‌ای در دانشگاه طراحی شده است که از فیلم ترون (یکی از فیلم‌های علمی-تخیلی که توسط شرکت والدیزنی در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است) الهام گرفته شده است. این بازی به صورت کنترل یک موتورسیکلت بر روی یک سطح بزرگ و محدود است. بازیکنان با چرخاندن آن به سمت چپ یا راست موتور را کنترل می‌کنند. در طول حرکت موتورسیکلت، موتورهای دیگری نیز وجود دارند که در مسیر حرکت خود یک دیوار ایجاد می‌کنند که هر دیوار ایجاد شده به رنگ موتوری که آن را به وجود آورده مشخص می‌شود و این دیوارها، راه را برای

کودکی که ابتدا بازی جی ال ترون را شروع کرده بود نیز نوشته می‌شود و در جلسه بعد کودک دیگر اجازه نداشت این بازی را آغاز کند، مگر این‌که کودک متقاضی به صورت مؤدبانه از دیگری درخواست کند و او نیز بپذیرد.

۳. مدیریت زمان: کودکان معمولاً تمایلی به اتمام بازی ندارند و دوست دارند مدت زمان بیش‌تری را بازی کنند، علاوه بر این در جریان بازی به فعالیت‌های دیگر مانند صحبت کردن، دقت به عوامل مزاحم دیگر، برخاستن و ... می‌پردازند و انتظار دارند پس از آن همچنان به بازی ادامه دهند؛ در این شرایط با ممانعت از ادامه بازی علاوه بر تلاش برای حذف حرکات اضافی، کودکان در جریان جلسات یاد می‌گیرند از زمانی که در اختیار دارند بهتر استفاده کنند تا بتوانند بیش‌تر بازی کنند.

می‌شود (زویک و پترسون،^۱ ۱۹۹۳). این بازی جدولی را شامل می‌شود که حاوی تصاویری است که دو به دو شبیه هم هستند و بازیکنان باید هر دو تصویر متشابه را با هم انتخاب کنند. هدف از این بازی حدس زدن جفت کارت-های شبیه به هم که تصویر مشابه دارند، در کمترین زمان ممکن و با حداقل تعداد تلاش است. بازیکن باید دو کارت را در یک زمان انتخاب کند، اگر آن‌ها همسان باشند از صفحه بازی حذف می‌شوند و در صورتی که متفاوت باشند به حالت اول (به صورت پشت کارت) بازمی‌گردند. این بازی شامل چند مرحله است که از ساده‌ترین مرحله تا مرحله مشکل را شامل می‌شود. بازیکنان باید تصاویر را به خاطر بسپارند و با تصویر شبیه تطبیق دهند و به مراحل بالاتر راه یابند. در پایان براساس تعداد خطا و زمان صرف شده به بازیکنان امتیاز اختصاص می‌یابد. این بازی براساس تقویت حافظه کوتاه مدت و حافظه بینایی طراحی شده است. مراحل بازی از چهار تصویر آغاز می‌شود و در هر مرحله به تعداد تصاویر اضافه می‌گردد و طبیعتاً دقت و توجه بیش‌تری را از جانب کودکان می‌طلبد. در جلسات ابتدایی کودکان تلاش می‌کنند تصاویر را هر طور که دوست دارند در ذهن بسپارند و دستور و محدودیتی در این زمینه ندارند. اما در جلسه هفتم و بعد از آن نظم‌بخشی به توجه، به کودکان آموزش داده می‌شود. به این صورت که آن‌ها وظیفه دارند به تصاویر به صورت عمودی و یا افقی توجه کنند و به صورت مرتب و یکپارچه به ذهن بسپارند.

با وجود این‌که بازی‌ها به صورت انفرادی انجام می‌شود، اما بازی هم‌زمان دو کودک می‌تواند اهدافی از قبیل ۱. **رقابت مسالمت‌آمیز:** از طریق تلاش برای دستیابی به مراحل بالاتر و ارتقا تعداد بردهای خود در هر بازی. ۲. **رعایت نوبت:** رعایت نوبت به این صورت بود که در هر جلسه در دفتری علاوه بر یادداشت امتیاز و زمان هر بازی، نام

^۱ Zwick & Paterson

روش تحلیل داده‌ها	یافته‌ها
به کمک نرم‌افزار SPSS-24 در سطح آمار استنباطی با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری در سطح معناداری ۰/۰۵، داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.	شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته پژوهش به تفکیک سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

مقیاس	گروه	میانگین (انحراف معیار)	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
زمان برنامه‌ریزی	کنترل	1.18(0.12)	۱,۲۱(۰,۱۲)
	آزمایشی	1.21(0.14)	0.98(0.19)
زمان کل	کنترل	17.09(4.15)	15.87(1.64)
	آزمایشی	18.01(4.63)	12.08(1.89)
نمره کل	کنترل	136.62(17.48)	143.93(18.59)
	آزمایشی	153(17.21)	213.12(4.5)
بازداری	کنترل	2.55(0.33)	2.51(0.33)
	آزمایشی	2.34(0.54)	1.77(0.46)
تعداد طبقات	کنترل	5.12(0.80)	6.37(1.45)
	آزمایشی	4.87(0.71)	9.06(0.44)
درج‌زدگی	کنترل	49.62(9.38)	44.12(7.19)
	آزمایشی	46.62(11.63)	25.87(5.20)
کل خطاها	کنترل	66.25(7.68)	54.68(10.79)
	آزمایشی	69.56(5.53)	27.38(8.28)

بازداری در گروه آزمایشی ۲,۳۴ بوده که پس از ارائه جلسات آموزشی به ۱,۷۷ تغییر و در مرحله پیگیری به ۱,۶۹ تغییر یافته است. تغییرات در میانگین سایر متغیرها در جدول قابل مشاهده است. جهت بررسی اثربخشی بازتوانی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین زمان برنامه‌ریزی در گروه آزمایشی، ۱,۲۱ بوده که پس از ارائه جلسات آموزشی به ۰,۹۸ و در مرحله پیگیری به ۱,۰۲ تغییر یافته است. خطای ارتکاب در گروه آزمایشی، ۲۵,۶۸ بوده که در مرحله پس‌آزمون به ۱,۰۸ و در مرحله پیگیری به ۱,۰۷ تغییر یافته است. میانگین

نرمال (آزمون شاپیروویلک و کولموگراف اسمیرونوف) نشان داد که پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است (جدول ۲).

فزون‌کنشی از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. قبل از تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آماری در سه آزمون لوین (برابری واریانس‌ها)، باکس (همگنی کوواریانس‌ها) و توزیع

جدول ۲- نتایج آزمون لوین، باکس و شاپیرو ویلک جهت بررسی پیش فرض های آماری در مورد متغیرهای وابسته برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی

مقیاس	آزمون لوین		آزمون باکس				آزمون موچلی	
	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	M باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	درجه آزادی
برنامه‌ریزی و سازماندهی	۲	۴۵	NS	۲۰۹,۶۲۹	۹۰	۵۵۴۷,۵۷۸	NS	۱۶
بازداری	۲	۴۵	NS	۱۶,۸۹۵	۱۲	۹۸۱۳,۴۶۲	NS	۱۶
انعطاف‌پذیری	۲	۴۵	NS	۱۴۸,۹۸۴	۹۰	۵۵۴۷,۵۷۸	NS	۱۶

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری اثربخشی بازتوانی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه دو گروه در مورد متغیرهای وابسته برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی

مقیاس	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا
برنامه‌ریزی و سازماندهی	اثر پیلایی	۰,۸۴۷	۳۶,۹۵۵	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
سازماندهی	لامبدای ویکلز	۰,۱۵۳	۳۶,۹۵۵	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
	اثر هلتنینگ	۵,۵۴۳	۳۶,۹۵۵	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
	ملاک بزرگ‌تری ریشه‌ری	۵,۵۴۳	۳۶,۹۵۵	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۸۴۷
بازداری	اثر پیلایی	۰,۶۲۰	۳۵,۹۰۵	۲	۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
	لامبدای ویکلز	۰,۳۸۰	۳۶,۹۵۵	۲	۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
	اثر هلتنینگ	۱,۶۳۲	۳۶,۹۵۵	۲	۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
	ملاک بزرگ‌تری ریشه‌ری	۱,۶۳۲	۳۶,۹۵۵	۲	۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۲۰
انعطاف‌پذیری	اثر پیلایی	۰,۹۶۴	۱۷۶,۹۳۳	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۹۶۴
	لامبدای ویکلز	۰,۰۳۶	۳۶,۹۵۵	۶	۴۰	۰,۰۰۱	۰,۹۶۴

۰,۹۶۴	۰,۰۰۱	۴۰	۶	۳۶,۹۵۵	۲۶,۵۴	اثر هلتنینگ
۰,۹۶۴	۰,۰۰۱	۴۰	۶	۱۷۶,۹۳۳	۲۶,۵۴	ملاک بزرگ تری ریشه‌ری

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در متغیرهای برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف-پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر تفاوت میانگین‌ها در بین دو گروه، در متغیرهای وابسته، معنادار بوده است که نشان می‌دهد سنتریوید یا مرکز ثقل برابری دارد و تفاوت گروهی وجود دارد که در ادامه با

جدول ۳- تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری تکراری برای اثرهای درون گروهی و بین گروهی مرحله با گروه در متغیرهای وابسته برنامه ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی

آزمون	مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آماری
برج لندن	زمان برنامه ریزی	مرحله	۰,۴۵۶	۲	۰,۲۲۸	۱۴,۱۷۲	۰,۰۰۱	۰,۲۴۰	۰,۹۹۸
		مرحله*گروه	۰,۲۵۴	۴	۰,۰۶۴	۳,۹۵۵	۰,۰۰۳	۰,۱۴۹	۰,۸۹۱
	زمان کل	خطا	۱,۴۴۸	۹۰	۰,۰۱۶				
		مرحله	۵۳۱,۲۰۹	۲	۲۶۵,۶۰۴	۳۸,۲۰۶	۰,۰۰۱	۰,۴۵۹	۰,۹۹۵
	نمره کل	مرحله*گروه	۱۲۰,۷۶۹	۴	۳۰,۱۹۲	۴,۳۴۳	۰,۰۰۳	۰,۱۶۲	۰,۹۲۰
		خطا	۶۲۵,۶۷۲	۹۰	۶,۹۵۲				
	بازداری	مرحله	۴۶۹۳۵,۰۴	۲	۲۳۴۶۷,۵۲	۱۷۷,۳۵۳	۰,۰۰۱	۰,۷۹۸	۰,۹۹۳
		مرحله*گروه	۱۴۴۲۵,۴۲	۴	۳۶۰۶,۳۵۴	۲۷,۲۵۵	۰,۰۰۱	۰,۵۴۸	۰,۹۹۸
	تعداد طبقات	خطا	۱۱۹۰۸,۸۸	۹۰	۱۳۲,۳۲۱				
		مرحله	۶۴۰,۶۳۸	۱	۶۴۰,۶۳۸	۱۶۴۹,۹۸۴	۰,۰۰۱	۰,۹۷۳	۰,۹۹۹
ویسکانسین	درج‌زدگی	مرحله*گروه	۱۲,۳۵۳	۲	۶,۱۷۷	۱۵,۹۰۸	۰,۰۰۱	۰,۴۱۴	۰,۹۹۳
		خطا	۱۷,۴۷۲	۴۵	۰,۳۸۸				
	تعداد کل	مرحله	۲۳۴,۷۶۴	۲	۱۱۷,۳۸۲	۲۵۹,۵۱۴	۰,۰۰۱	۰,۸۵۲	۰,۹۹۹
		مرحله*گروه	۴۶,۵۲۸	۴	۱۱,۶۳۲	۲۵,۷۱۶	۰,۰۰۱	۰,۵۳۳	۰,۹۸۲
	تعداد کل	خطا	۴۰,۷۰۸	۹۰	۰,۴۵۲				
		مرحله	۲۱۹۳۸,۷۲	۲	۱۰۹۶۹,۳۶	۳۵۱,۱۴۴	۰,۰۰۱	۰,۸۸۶	۰,۹۹۳
		مرحله*گروه	۱۸۵۷,۷۷۸	۴	۴۶۴,۴۴۴	۱۴,۸۶۸	۰,۰۰۱	۰,۳۹۸	۰,۹۸۶
		خطا	۲۸۱۱,۵	۹۰	۳۱,۲۳۹				
		مرحله	۳۰۳۹۹,۰۶	۲	۱۵۱۹۹,۵	۳۱۰,۳۹۷	۰,۰۰۱	۰,۸۷۳	۰,۹۹۸

خطاها	مرحله: گروه	۴۶۶۵,۱۵۳	۴	۱۱۶۶,۲۸۸	۲۳,۸۱۷	۰,۰۰۱	۰,۵۱۴	۰,۹۹۲
	خطا	۴۴۰۷,۱۲۵	۹۰	۴۸,۹۶۸				

قرار دارد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

به منظور بررسی بهتر تفاوت گروه‌ها در جدول ۴ به مقایسه مراحل در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه در متغیرهای برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنادار بوده است ($\text{sig} \leq 0,01$) که نشان می‌دهد ۱۴ تا ۹۷ درصد تفاوت گروه آزمایشی و گروه کنترل ناشی از روش مداخله‌ای است. همچنین میزان توان آماری ۰,۸۹ تا ۰,۹۹ است که بیانگر این است که خطای نوع اول در حداقل

جدول ۴- مقایسه زوجی بین گروه‌ها و مراحل در مورد متغیرهای وابسته برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	مقیاس	گروه	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معناداری
برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی	زمان برنامه‌ریزی	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۰۲۲	۰,۰۴۶	۱,۰۰۰
			پیگیری		۰,۰۳۹	۰,۰۰۴	۱,۰۰۰
			پس‌آزمون	پیگیری	۰,۰۶۱	۰,۰۴۱	۰,۴۶۹
		آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۲۲۴	۰,۰۶۹	۰,۰۱۶
			پیگیری		۰,۱۸۶	۰,۰۳۵	۰,۰۰۱
			پس‌آزمون	پیگیری	۰,۰۳۸	۰,۰۴۸	۱,۰۰۰
	زمان کل	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱,۲۲۵	۱,۲۰۵	۰,۹۷۷
			پیگیری		۱,۵۳۶	۱,۳۳۱	۰,۷۹۹
			پس‌آزمون	پیگیری	۰,۳۱۱	۰,۴۸۸	۱,۰۰۰
		آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵,۹۲۸	۱,۰۴۶	۰,۰۰۱
			پیگیری		۵,۳۲۲	۱,۰۰۳	۰,۰۰۱
			پس‌آزمون	پیگیری	۰,۵۷۷	۰,۵۱۷	۰,۸۴۷
	نمره کل	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷,۳۱۳	۳,۶۴۹	۰,۱۹
			پیگیری		۱۰,۶۸۸	۴,۴۷۹	۰,۰۹۲
			پس‌آزمون	پیگیری	۳,۳۷۵	۱,۵۸۱	۰,۱۴۹
		آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶۰,۱۲۵	۴,۴۵۲	۰,۰۰۱
			پیگیری		۵۲,۵۰۰	۵,۰۷۷	۰,۰۰۱
			پس‌آزمون	پیگیری	۷,۶۲۵	۱,۴۶۳	۰,۰۰۱
بازداری	بازداری	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۰۴۳	۰,۰۵۱	۱,۰۰۰
			پیگیری		۰,۰۱۶	۰,۰۸۸	۱,۰۰۰
			پس‌آزمون	پیگیری	۰,۰۲۶	۰,۰۶۳	۱,۰۰۰
		آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۵۷۳	۰,۰۸۴	۰,۰۰۱
			پیگیری		۰,۶۵۱	۰,۰۹۹	۰,۰۰۱

۰.۶۱۶	۰.۰۵۹	۰.۰۷۸	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۵۷	۰.۲۳۹	.۸۷۵	پس آزمون	پیش آزمون	گواه	تعداد طبقات	انعطاف پذیری شناختی
۰.۰۱۳	۰.۳۹۷	۰.۸۷۵	پیگیری				
۱.۰۰۰	۰.۲۷۴	۰.۰۰۰	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۰۱	۰.۱۸۸	۴.۱۸۸	پس آزمون	پیش آزمون	آزمایش		
۰.۰۰۱	۰.۲۳۲	۴.۰۶۳	پیگیری				
۱.۰۰۰	۰.۱۲۵	۰.۱۲۵	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۷۱	۲.۰۵۱	۱۵.۶۲۵	پس آزمون	پیش آزمون	گواه	درج زدگی	
۰.۰۵۱	۲.۴۵۳	۱۵.۵۰۰	پیگیری				
۱.۰۰۰	۱.۸۲۵	۰.۱۲۵	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۰۱	۱.۸۷۱	۳۴.۸۷۵	پس آزمون	پیش آزمون	آزمایش		
۰.۰۰۱	۲.۲۶۴	۳۶.۵۰۰	پیگیری				
۰.۷۵۵	۱.۳۶۳	۱.۶۲۵	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۹۳	۰.۱۸۸	۴.۱۸۸	پس آزمون	پیش آزمون	گواه	تعداد کل خطاها	
۰.۰۶۹	۲.۷۴۲	۱۶.۲۵۰	پیگیری				
۰.۳۷۲	۲.۸۷۶	۴.۶۸۸	پیگیری	پس آزمون			
۰.۰۰۱	۲.۱۲۲	۴۲.۱۸۸	پس آزمون	پیش آزمون	آزمایش		
۰.۰۰۱	۲.۱۲۵	۴۳.۶۸۸	پیگیری				
۱.۰۰۰	۲.۳۴۲	۱.۵	پیگیری	پس آزمون			

پیگیری دیده نمی‌شود که نشان دهنده تغییر معنادار در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون و در عین حال عدم تغییر معنادار پس از ۴۵ روز در گروه آزمایش است. بنابراین می‌توان گفت توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای در بهبود متغیرهای برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی، درمانی مؤثر و پایدار است.

شاخص‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری توجه و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر معنادار داشته باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش جان، بیورنت و سیت (۲۰۱۸)، مگ گینیس (۲۰۱۶) لویز و همکاران (۲۰۲۰) رجی، پاکیزه و مرادی (۲۰۱۹) اللکوک، زین و شاپی (۲۰۱۴) اعظمی، طالع-پسند، نظیفی، رحیمیان‌بوگر (۱۳۹۵) همسو است. همه این پژوهش‌ها گویای این مسئله هستند که توان‌بخشی‌های

با توجه به جدول ۵ در گروه گواه مرحله پیش‌آزمون با هیچ یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در متغیرهای مورد بررسی تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود؛ در حالی که در گروه آزمایش، در هر سه متغیر برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی بین مرحله پیش‌آزمون و مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، در صورتی که تفاوت معناداری بین مرحله پس‌آزمون و

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای بر عملکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی بود. نگاهی به یافته‌ها نشان می‌دهد که توانبخشی شناختی با کمک بازی‌های رایانه‌ای توانسته است بر عملکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی، در

بوگر (۱۳۹۵)، یاتس (۲۰۱۶) و متضاد با یافته‌های روزنگولی پالومک، هرناندز و مارکوز (۲۰۱۸) در زمینه اثربخشی دراز مدت بازی‌های رایانه‌ای است. در توجیه این نتایج می‌توان گفت توانبخشی شناختی، باعث ترمیم نورون‌های مسئول کارکردهای اجرایی در مغز کودکان می‌شود؛ از این رو چنین تغییراتی نمی‌توانند موقتی باشند و افزون بر این، بر طبق الگوی بارکلی و مورفی (۲۰۱۰) کارکردهای اجرایی با یکدیگر در تعامل بوده و دارای سلسله مراتب هستند بنابراین انتظار می‌رود بهبود و تقویت در کارکرد بازداری، پاسخ به عنوان بالاترین کارکرد در الگوی سلسله مراتبی بارکلی، بر سایر کارکردهای اجرایی تأثیر مثبت بگذارد (عیوضی، یزدان بخش، مرادی، ۱۳۹۷). بنابراین می‌توان انتظار داشت که از درمان توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای، به عنوان درمان مؤثر و پایدار، درمورد کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی استفاده کرد. امروزه راهبردهای درمانی برای این کودکان دو مسیر دارویی و غیردارویی از قبیل رفتار درمانی و اصلاح شناختی را طی می‌کند. دارودرمانی می‌تواند بر اصلاح کارکردهای مرتبط با توجه و حافظه فعال، مفید و مؤثر باشد (اسکوتیزر و همکاران، ۲۰۰۴). اما مشکلات شناختی این کودکان اغلب کماکان باقی می‌ماند. رویکردهای رفتاردرمانی و مدیریت رفتار والدین به دلیل تکلیف داشتن کودک در منزل و نیاز به صبر و حوصله زیاد والدین اغلب مشکل‌ساز است و به درستی اجرا نمی‌شود. به همین خاطر می‌توان نتیجه گرفت که ضروری است که برنامه‌هایی که مکملی برای این دو روش هستند، رشد و توسعه یابند. بازی‌های رایانه‌ای می‌توانند با ایجاد یک مجموعه جذاب و رقابتی با هدف قرار دادن همزمان چندین عملکرد شناختی و حواس پنجگانه کودکان مبتلا به نقص توجه/فزون‌کنشی با اصلاح سرعت پردازش شناختی، هماهنگی‌های حرکتی-انگیزشی و تکرار و تمرین در رشد و ارتقا کارکردهای اجرایی این کودکان مفید و مؤثر باشند. انتخاب آزمودنی‌ها فقط از یک جنسیت، عدم غربالگری دقیق کودکان از لحاظ وضعیت روان‌شناختی،

رایانه یار و روان محرک می‌تواند به عنوان جایگزین یا مکمل دارودرمانی بر کارکردهای اجرایی از قبیل توجه پایدار، برنامه‌ریزی و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان مبتلا به نقص توجه/فزون‌کنشی تأثیر ماندگار و مؤثر داشته باشد. در این راستا مسیبی و میرمهدی (۱۳۹۶) و یاتس (۲۰۱۶) در پژوهشی جداگانه نشان دادند که به کارگیری روش بازتوانی شناختی رایانه‌ای می‌تواند موجب کاهش اختلال نقص توجه مستمر و بهبود حافظه در این کودکان شود و یک درمان سودمند برای نقص کارکردهای اجرایی به شمار می‌آید. بازی‌ها نوعی شکل‌دهی به عملکرد هستند (برزگر، ۱۳۹۲). بر مبنای اصول شکل‌پذیری و خودترمیمی مغز در رویکردهای عصب-روان‌شناختی (تورل و همکاران، ۲۰۰۹) در تبیین تأثیرات احتمالی بازی‌های رایانه‌ای بر عملکردهای اجرایی این کودکان، می‌توان گفت این بازی‌ها که در آن تکرار و تلاش کودک برای تنظیم عملکرد خود وجود دارد، می‌توانند با شکل‌پذیری وابسته به تجربه و بهبودهای خودبه‌خودی و هدایت‌شده به تدریج تغییرات ساختاری و کنشی در نورون‌های مسئول عملکردهای اجرایی (اصل نوروپلاستیسیته) ایجاد کنند و به این طریق تأثیرات درازمدت خود را اعمال کنند. این تأثیرات ذکرشده بازی‌های رایانه‌ای به این دلیل اتفاق می‌افتد که بازی‌های رایانه‌ای به دلیل برخورداری از قابلیت تنظیم سطح دشواری تکلیف از ساده به دشوار متناسب با تفاوت‌های فردی، ایجاد چالش‌های مداوم و جذاب شناختی و به وجود آوردن انگیزه و رقابت در کودکان فضای مناسبی برای توانمندسازی شناختی ایجاد می‌کند.

سایر یافته‌ها در زمینه بررسی پایدار بودن اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازی‌های رایانه‌ای، در پیگیری ۴۵ روزه نشان‌دهنده حفظ نتایج درمان و پایدار بودن اثر درمان بر دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی بود. این یافته هم‌راستا با یافته‌های پی مکوا و وانگ و ویست (۲۰۱۷) سلطانی‌کوهبنانی، علیزاده، هاشمی، صرامی (۲۰۱۳)، اعظمی، طالع‌پسند، نظیفی، رحیمیان-

پژوهش‌های آتی به توسعه بازی‌های تخصصی‌تر مرتبط با عملکردهای شناختی پرداخته شود.

الگوهای فرزندپروری خانواده‌ها و میزان پیشرفت تحصیلی آنان از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد که توصیه می‌شود در

منابع

SoltaniKouhbanani, S., alizadeh, H., Hashemi, J., Sarami, G., SoltaniKouhbanani, S.(2013). The Effectiveness of Computer-Aided Working Memory Training on Improvement of Executive Functions and Math Performances in Students with Mathematics Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 3(11): 1-20. [Persian].

Aivazy,S., Yazdanbakhsh, K., Moradi,A.(2018). The Effectiveness of Computer Cognitive Rehabilitation on Improvement of Executive Function of Response Inhibition in Children with Attention Deficit Hyperactivity. *Journal of Neuropsychology*. 4(14): 9-22. doi: **10.30473/clpsy.2018.41327.1350**. [Persian].

Soltani, S. (2018). The effectiveness of neurofeedback on executive functions in children with mathematics disorder. *The Journal of New Thoughts on Education*. 13(4):173-188. [Persian].

Moore, D.A., Richardson, M., Gwernan_Jones,R., Thompson_Coon, J., Stein,Ken., Rogers,M., Garside, R., Logan, S., Ford,T.(2019). Non-Pharmacological Interventions for ADHD in School Settings: An Overarching Synthesis of Systematic

Reviews. *Journal Of Attention Disorder*. 23(3):220-223.

doi.org/10.1177/1087054715573994.

Aasena, I.E., Ogrima, G., Kropotovd, J., Brunner, J.F. (2018). Methylphenidate selectively modulates one sub-component of the no-go P3 in pediatric ADHD medication responders. *Biological Psychology*, 134, 30-38.

Azami, S., Mogaddas, A., Sohrabi, F.(2013). A Comparison of the Effect of Computer-Assisted Cognitive Remediation (CACR) and Psycho-Stimulant Drugs on Response Inhibition and Sustained Attention of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Quarterly Psychology of Exceptional Individualy*.3(11):21-39.

Qamari Givi,H., Maqsood N., Fereshteh Dehqani,F.(2014).The investigate the effectiveness of the cognitive rehabilitation in reconstructing the executive functions in obsessive compulsive disorder patients. *Clinical Psychology Study*.4(16):101-128. [Persian].

Nejati,V.,Najian, A., Akbarpour,F.(2017). The effectiveness of motor based cognitive rehabilitation on improvement of working memory of children with ADHD. *Journal of Psychological Science*.15(60):504-517. [Persian].

Nejati V, Bahrami H, Abravan M, Robenzade Sh, Motiei H.(2013). Executive

function and working memory in attention deficit / hyperactivity disorder and healthy children. *Journal of Gorgan University of Medical Science*. 15 (3) :69-76. [Persian].

Barzgar Z.(2013). An Introduction to the Role of Play-Therapy in Children Suffering from Psychological Problems. *Exceptional Education*, 2 (115) :35-44. [Persian].

Soleymani, M., Dehghan, K., Dadashi, S., Hosseinpour, M.R.(2016). Investigation The Effectiveness of Combination Neuropsychological Rehabilitation on Cognitive and Behavioral Function of Children with AD/HD. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 27(9).773-781. [Persian].

Pumacahua, T.T., Wong, E.H., & Eeist, D.J. (2017). Effects of computerized cognitive training on working memory in a school setting. *International Journal of Learning*, 16(1)3, 88-104.

Ghasemi N, Kiani A, Zerehposh A, Rabiei M, Vakili N.(2012).The Study of the Differences of Attention Bias, Executive Functioning, and Reaction Time of Amphetamine Consumers in Comparison of Non Consumers .*Journal Of Research On Addiction*.6(23): 53-64. [Persian].

Schwitzer,J.B.,Lee, D.O.,Handfor,R.B., Zink,C.F., Ely,T.D., Tagamets,M.A.,Hafman,J.M.,Grafton, S.T., & Kilts, C.D.(2004). Effect of methylphenidate on executive functioning in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: normalization of behavior but not related brain activity. *Biological Psychiatry*, 56(8), 597-606.

Kiani, B., Hadianfard, H.(2016). The impact of therapy based on mindfulness

meditation training on emotion dysregulation in subclinical ADHD adolescents. *Journal of school psychology* 5(1): 118-138. [Persian].

Tehrani Doost, M., Azadi, B., Sedigh, A., Ashrafi M.(2005). Impaired executive function in patients with phenylketonuria treated.15:25-35.

Rajabi, S., Pakize, A., Moradi,N.(2019). Effect of combined neurofeedback and game-based cognitive training on the treatment of ADHD: A randomized controlled study. *Journal Applied Neuropsychology: Child*. 8:1-13.

Lopez, S., Cervantes, J.A., Cervantes,S., Molina,J., Cervantes, F.(2020). The plausibility of using unmanned aerial vehicles as a serious game for dealing with attention deficit-hyperactivity disorder. *Cognitive Systems Research*, 59, 160-170.

Shah, A., Kraemer, K.R., Won, C.H., Black, S., Hasenbein,W.(2018). Developing Digital Intervention Games for Mental Disorders: A Review. *Games for Health Journal*, 7(4), 213-224.

Rosignoli-Palomeque, T., Perez-Hernandez., Gonzalez-Marques, J. (2018). Brain Training in Children and Adolescents: Is It Scientifically Valid? *Frontiers Psychology*,

Thorell, L. B.,Linqvist, S., Nutley, S.B., Bohlin, G. & Klingberg, T. (2009). Training ana transfer effects of executive functions in preschool children. *Journal of Developmental Science*, 12:1, 106-113.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. Washington DC: Author.

Anderson, J., & Bolden, J. (2018). The role of executive functions in depression and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptomatology, *University of Tennessee Honors Thesis Projects*.

Antshel, K., Faraone, S., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2010). Executive functioning in high-IQ adults with ADHD. *Psychological Medicine*, page 40(11).

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 157-173.

Bramham, J., Ambery, F., Young, S., Morris, R., Russell, A., & Xenitidis, K. (۲۰۰۹). Executive functioning differences between adults with attention deficit hyperactivity disorder and autistic spectrum disorder in initiation, planning and strategy formation Autism. May 2009, 13(3), 245-264.

Lezak, M.D., Howieson, D.B., & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th Ed). New York, Oxford University Press.

Brown, T.E., Reichel, P.C., & Quinlan, D.M. (2009). Executive function impairments in high IQ adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(2).

Bull, R., Lee, K. (2014). Executive functioning and mathematics achievement. *Child Development Perspectives*, 8(1), 36-41.

Caitlin, E., Carey, P., Bogdan, R. (2018). Executive function and genomic risk for attention deficit/hyperactivity disorder: testing intermediate phenotypes in the context of polygenic risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(3), 146-148.

Cernich, A., Kurta, S., Mordecai, K., & Ryan, P. (2010). Cognitive rehabilitation in traumatic brain injury. *Current Treatment Options in Neurology*, 12, 412-423.

Kesler, S. R., Lacayo, N. J., Booil, J.o. (2011). A pilot study of an online cognitive rehabilitation program for executive function skills in children with cancer-related brain injury. Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J.T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437-1444.

De Rosnay, M., Harris, P.L. & Pons, F. (2008). Emotional understanding and developmental psychopathology in young children. *Social cognition and developmental psychopathology*. 2nd. England: Oxford University Press, 343-85.

Elaklouk, A. Zin, N.M. & Shapii, A. (2015). Investigating therapists' intention to use serious games for acquired brain injury cognitive rehabilitation, Software Technology and Management Research Centre (SOFTAM), Faculty of Information Science and Technology, Universiti Kebangsaan Malaysia, 43600 UKM BANGI, Selangor, Malaysia. *Journal of King Saud University –Computer and Information Sciences*.

Gonzalez J, Guitierrez F & Cabrera M. (2007). Diseno de videojuegos colaborativos a la Educacion Especial, *Universidad de Granada*.

Lee, K., Bull, R., Ho, R.M. (2013). Developmental changes in executive functioning. *Child Development*, 84(6), 1933-53.

Locozi, A. (2016). Effective factors in better performance in students with learning disability. *Journal of learning*, 23, 45-53.

Luman, M., Tripp, G., & Scheres, A. (2010). Identifying the neurobiology of altered reinforcement sensitivity in ADHD: a review and research agenda. *NeurosciBiobehav Rev*, 34(5),744-754.

Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J.T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437-1444.

McGinnis, A. (2016). The Near and Far Transfer Effects of Multimedia Cognitive Training. *Electronic Theses and Dissertations Graduate School*, May 2016.

Modesto-Lowe V, Farahmand ,P., Chaplin M, Sarro L. (2015). Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? *World J Psychiatry*. 22;5(4):397-403.

Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1013-1026.

O'Connell, R G., Bellgrove, M A., Robertson, I H., (2007). Avenues for the Neuro-Remediation of ADHD: Lessons from Clinical Neurosciences. *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. USA. Wiley-Blackwell.

Orinstein, A.J., & Stevens, M.C. (2014). Brain activity in predominantly-inattentive subtype attention deficit/hyperactivity disorder during an auditory oddball attention task. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 223, 121-128.

Jane, J.Y., Burnett, A.F., & Sit, C.H. (2018). Motor skill Interventions in children with developmental coordination disorder: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 99(18), 30004-30012.

Mosaiebi, N., Mirmahdi, R. (2017). The effectiveness of cognitive rehabilitation Computer (CRT) in the improvement of working memory in children with attention deficit reduction, continuous attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Models and Methods*. 3, 8(29): 105-124.

Munro, BA., Weyandt, LL., Marraccini, M.E. & Oster, D.R. (2017). The relationship between nonmedical use of prescription stimulants, executive functioning and academic outcomes. *Addict Behav*. 65:250-257

Sosic-Vasic, Z., Kroner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., Streb, J. (2017). The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents. *Frontiers in Psychology*, 8, 472. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00472

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387, 1240-1250

Torrente, J., Del Blanco, A., Moreno-Ger, P., Fernandez-Manjo n, B. (2012). Designing serious games for adult students with cognitive disabilities. *Neural Inf. Process*, 603-610.

Yates, A.N. (2016). Mild traumatic brain injury rehabilitation: a model for ADHD treatment. Presented to the Faculty of the School of Health Professions The University of Texas Southwestern Medical Center Dallas, Texas.

Zwack, U. & Paterson, M.S. (1993). The memory game, *Theoretical Computer Science*.