

تأثیر دشواری تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا در یادگیری حرکتی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

- محمد طلابی، دکتری رفتار حرکتی، دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 □ شهزاد طهماسبی بروجنی*، استاد، گروه علوم رفتاری و شناختی در ورزش، دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 □ الهه عرب عامری، استاد، گروه علوم رفتاری و شناختی در ورزش، دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 □ مهدی شهبازی، استاد، گروه علوم رفتاری و شناختی در ورزش، دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 □ کیث آر. لوهسه، استاد فیزیوتراپی، نورولوژی، دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن در سنت لوئیس، سنت لوئیس، ایالات متحده آمریکا

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۵ • تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۴ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۳۱ الی ۴۶

چکیده

زمینه و هدف: یکی از نگرانی‌های اصلی متخصصان یادگیری حرکتی، نحوه برنامه ریزی جلسات تمرین برای بهینه سازی یادگیری است؛ که کیفیت این جلسات بویژه برای کودکان با نیازهای ویژه، بر این نگرانی‌ها افزوده است. بنابراین، هدف، بررسی تأثیر دشواری تکلیف بر یادگیری حرکتی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و کودکان با رشد طبیعی است.

روش: دشواری تکلیف با دستکاری دشواری‌های اسمی و کارکردی ایجاد شده است. دشواری اسمی با مجموعه فواصل استفاده شده در تکلیف پرتاب دارت تغییر یافته است. دشواری کارکردی نیز با انتخاب برنامه تمرین نزدیک به دور (تمرین کم خطا) و دور به نزدیک (تمرین پر خطا) تنظیم شده است. ۹۶ کودک ۹ و ۱۰ ساله که ۴۸ نفر از آنها با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بودند، به صورت تصادفی به یکی از ۴ گروه تمرین تقسیم شدند. داده‌ها در مراحل اکتساب، یادداری و انتقال جمع آوری و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در مقایسه با کودکان با رشد طبیعی، خطای بیشتری در تمام مراحل داشتند. دشواری اسمی تکلیف تأثیر معناداری بر خطای مطلق داشت. برنامه تمرین کم خطا نسبت به پرخطا، موجب کاهش خطای مطلق در تمامی مراحل شد. هرچند این کاهش ناچیز بود.

نتیجه گیری: کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با چالش‌های بیشتری در یادگیری حرکتی مواجه‌اند و دشواری اسمی تکلیف می‌تواند بر بهبود عملکرد آنها تأثیر بگذارد. به طور کلی، پیشنهاد می‌شود که مربیان و معلمان ابتدا از تکالیف با دشواری اسمی پایین و از برنامه تمرین کم خطا برای بهبود یادگیری حرکتی کودکان مبتدی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، اکتساب، پرتاب دارت، دشواری تکلیف، یادگیری حرکتی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی از شایع ترین اختلال های عصبی-رفتاری در کودکان مدرسه ای است که تعداد زیادی از کودکان را در جهان تحت تأثیر قرار داده است (۱) که شیوع آن بین ۵ تا ۷ درصد در سراسر جهان است (۲-۵) و در کشور ایران نیز نشان از شیوع ۶/۷ تا ۱۲/۶ درصدی دارد (۶، ۷). این وضعیت با ۳ علامت اصلی بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی مشخص می شود، که هر کدام می تواند در یک فرد غالب یا ترکیب شود (۸). نارسایی حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بسیار شایع است و در ۳۰٪ تا بیش از ۵۰٪ افراد رخ می دهد (۹، ۱۰). علی رغم تأثیر شدیدی که این اختلال حرکتی می تواند بر زندگی روزمره کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی داشته باشد (۹، ۱۱، ۱۲)، توجه چندانی به آنها نشده است (۱۳).

با توجه به شیوع مشکلات حرکتی (۳۰ تا ۵۲ درصد) در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (۱۴، ۱۵)، اکثر این کودکان مشکلات حرکتی دارند (۱۶). مطالعات متعدد طیف وسیعی از نارسایی های حرکتی را در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی گزارش کرده اند، از جمله کاهش مهارت های کنترل حرکتی و هماهنگی حرکتی و همچنین برنامه ریزی حرکتی ضعیف تر (۹، ۱۷-۲۲) و دقت حرکت در حرکاتی که اغلب به عنوان حرکات سریع توصیف می شوند (۱۸، ۲۳). احتمال دارد سرعت حرکت و سازماندهی زمانی نیز تحت تأثیر قرار گیرند (۱۰، ۱۸، ۲۲، ۲۴). علاوه بر این، آنها اختلالاتی را در تعادل، طرحواره بدن و سازمان فضایی نشان می دهند (۱۰، ۲۵).

به نظر می رسد کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، در مقایسه با همسالان با رشد طبیعی، تقریباً ۲ سال در رشد حرکتی تأخیر داشته باشند (۱۰، ۲۰، ۲۴، ۲۵). مشکلات، هم در مهارت های حرکتی درشت و هم در مهارت های حرکتی ظریف مشاهده می شود (۹، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۶) و همچنین شواهدی نشان از عملکرد حرکتی پایین تر در مهارت های حرکتی بنیادی مانند راه رفتن، دویدن و پریدن در مقایسه با کودکان بدون اختلال وجود دارد (۲۷).

ظاهراً مشکلات حرکتی در تمام زیرگروه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی وجود داشته باشد. با این حال، مشکلات

حرکتی ظریف در زیرگروه بی توجهی شایع تر است (۹، ۲۱)، در حالی که نوع ترکیبی، مشکلات بیشتری در مهارت های حرکتی درشت نشان می دهد (۲۱). همچنین اختلالات حرکتی در هر ۳ زیرگروه یافت شده است، اما قوی ترین مشکلات کنترل حرکتی برای نوع ترکیبی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی گزارش شده است (۲۸). به طور کلی، اختلالات حرکتی، با افزایش سن کاهش می یابد، اما همچنان در بسیاری از نوجوانان و بزرگسالان، این اختلال شایع است (۱۷، ۱۹، ۲۹، ۳۰) که زندگی فرد را در بزرگسالی بشدت مختل می کند.

فرضیه های مختلفی برای توضیح اختلالات حرکتی در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی وجود دارد، از جمله فرضیه اختلال عملکرد مخچه، فرضیه بلوغ ماده سفید تأخیری و فرضیه اختلال در تنظیم فعال سازی قشر مغز (۱۰، ۳۱). پژوهش های متعدد نشان می دهند که اختلالات و عدم تعادل های عصبی در نواحی مغز مربوط به عملکردهای حرکتی، کنترل اجرایی و حرکتی در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، از جمله مخچه^۲، قشر پیش حرکتی^۳، قشر جلوی پیشانی^۴ و عقده های قاعده ای^۵ وجود دارد (۱۰، ۱۷، ۳۲-۳۴).

در سال های اخیر، مداخلات ورزشی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. پژوهش های متاآنالیز نشان داده است که ورزش به طور قابل توجهی بر کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تأثیر می گذارد (۳۵، ۳۶). تمرین بدنی می تواند به طور قابل توجهی به کاهش علائم این اختلال و بهبود عملکردهای اجرایی در کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی کمک کند (۳۷).

با توجه به نتایج فوق، تمرین بدنی به عنوان یک استراتژی مهم برای مدیریت اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی توصیه شده است و کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با مشکلاتی در یادگیری حرکتی روبه رو هستند. این کودکان علاوه بر نارسایی در توجه، بالا بودن فعالیت و تکانشگری، اغلب دچار نارسایی در عملکردهای شناختی مانند حافظه کاری، کنترل خود، تصمیم گیری و حل مسئله هستند. این عوامل باعث می شوند که این کودکان دچار تأخیر در یادگیری و انجام مهارت های حرکتی شده و نسبت به سایر کودکان عملکرد ضعیف تری داشته باشند.

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Cerebellum
3. Premotor cortex

4. Prefrontal cortex
5. Basal ganglia

دشواری تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پژوهشی یافت نشده است یا در دسترس نیست.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دستکاری ترتیب تمرین یا تغییرپذیری تمرین^۱ به عنوان شرایط تمرین بر قابلیت یادگیری حرکتی تأثیر می‌گذارد که نتایج نشان می‌دهد، شرکت‌کنندگان دارای پروتکل تمرینی کم خطا نسبت به شرکت‌کنندگان دارای پروتکل تمرینی پرخطا در آزمون انتقال با تکلیف دوگانه، بهتر بودند. همچنین گروه کم خطا در آزمون یادداری نیز بهتر عمل کرد، اما در آزمون انتقال از مسافت جدید، تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشده است (۵۹).

به‌طور کلی، اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته درخصوص برنامه‌های کم خطا تنها در افراد عادی صورت گرفته و بیشتر پژوهش‌ها بر اثربخشی آن در تسهیل یادگیری تأکید دارند (۵۹-۶۵). درعین حال، نتایج برخی پژوهش‌ها اثربخشی این نوع تمرینات را در تسهیل یادگیری نشان نداده‌اند (۶۶، ۶۷). همچنین پژوهش‌های معدودی درخصوص اثربخشی این نوع برنامه‌ها در افراد خاص صورت گرفته است (۶۸-۷۰).

در چارچوب نقطه چالش، دشواری اسمی تکلیف نشان‌دهنده مقدار ثابتی از دشواری تکلیف بدون توجه به مجری یا شرایط محیطی است. بنابراین، دشواری اسمی تکلیف، شامل عواملی مانند الزامات ادراکی و حرکتی برای تکلیف است. به‌عنوان مثال، زمانی که دقت مکانی کنترل می‌شود، حرکت با فاصله‌های بیشتر (فاصله‌های ۱/۷۰، ۱/۹۰ و ۲/۱۰ متری) از هدف (فاصله ۱/۵۰ متری) نسبت به حرکت با فاصله‌های کمتر (فاصله‌های ۰/۹۰، ۱/۱۰ و ۱/۳۰ متری) از هدف (فاصله ۱/۵۰ متری)، از سطح دشواری اسمی تکلیف بالاتری برخوردار است. برخلاف دشواری اسمی تکلیف، سطح دشواری کارکردی تکلیف تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله شرایط تمرین است. که تمرین نزدیک به دور، دشواری کارکردی پایین تکلیف و تمرین دور به نزدیک، دشواری کارکردی بالا تکلیف عنوان می‌شود (۵۸، ۶۶، ۶۷، ۷۱). بنابراین، در این پژوهش، هنگامی که یک تکلیف با دشواری اسمی و کارکردی پایین انجام شود، این تکلیف به‌عنوان «دشواری پایین

بنابراین از بین عوامل متعدد مؤثر بر مهارت‌های حرکتی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تمرین یکی از مهم‌ترین عوامل برای یادگیری حرکتی در نظر گرفته می‌شود. اما عامل دیگری مانند دشواری تکلیف می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر یادگیری مهارت‌های حرکتی تأثیر بگذارد. درهمین راستا، توسط گواداگنولی و لی^۱، چارچوب نقطه چالش^۲ برای یادگیری حرکتی مطرح شده است (۳۸).

در چارچوب نقطه چالش، تعامل بین دشواری اسمی تکلیف^۳ و دشواری کارکردی تکلیف^۴، سطحی از دشواری تکلیف را ایجاد می‌کند که تعیین می‌کند چه مقدار اطلاعات برای یادگیری حرکتی در دسترس خواهد بود. فرض اساسی چارچوب نقطه چالش این است که یادگیری یک فرآیند حل مسئله^۵ است و اطلاعات موجود در طول و بعد از هر تلاش برای حل مسئله به خاطر سپرده می‌شود و اساس یادگیری را تشکیل می‌دهد (۳۸).

هاجز و لوهسه^۶ (۲۰۲۲)، نشان دادند که با حرکت در ابعاد مختلف دشواری کارکردی (انگیزه یادگیرندگان و ویژگی تمرین) مربیان می‌توانند تمرین را برای دستیابی به اهداف مختلف یادگیری بهینه کنند (۳۹). طبق چارچوب نقطه چالش، ویژگی یادگیرنده بر نحوه واکنش در شرایط خاص تمرین تأثیر می‌گذارد (۴۰). بنابراین، یک وضعیت تمرینی مفید، برای یادگیری حرکتی کودکان با رشد طبیعی، احتمال دارد برای یادگیری حرکتی کودکان با اختلال‌های عصبی مانند نارسایی-توجه/بیش‌فعالی مفید نباشد.

مطالعات متعدد نشان داده است که یادگیری حرکتی در گروه‌های مختلف مختل می‌شود (۴۰-۴۷)، بنابراین، اختلال یادگیری نه همه‌گیر است و نه به‌طور مداوم می‌باشد (۴۸-۵۴). یافته‌های مربوط به بزرگسالان با اختلال نارسایی‌های عصبی^۷ مانند بیماری پارکینسون^۸، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^۹ و کودکان کم‌توان ذهنی^{۱۰} این پیش‌بینی را تأیید می‌کند (۴۰، ۵۵-۵۸). برهمین اساس، تناقضات مشاهده‌شده در پژوهش‌های مربوط به نارسایی‌های عصبی مذکور، عمدتاً به دلیل تغییرات بین پژوهش‌ها در دشواری کارکردی تکلیف و سطح مهارت یادگیرنده گزارش شده است. ولی، در مورد

1. Guadagnoli & Lee
2. Challenge point framework
3. Nominal task difficulty
4. Functional task difficulty
5. Problem-solving process
6. Hodges & Lohse

7. Neurologic deficits
8. Parkinson's disease (PD)
9. Multiple sclerosis patients
10. Intellectual disability
11. Training variability

تکلیف» و در مقابل، هنگامی که یک تکلیف با دشواری اسمی و کارکردی بالا انجام شود، این تکلیف دارای «دشواری بالا تکلیف» در نظر گرفته می‌شود. در نهایت، زمانی که یک تکلیف با دشواری اسمی پایین و دشواری کارکردی بالا یا با دشواری اسمی بالا و دشواری کارکردی پایین، انجام شود «دشواری متوسط تکلیف» در نظر گرفته می‌شود.

بنابراین، هدف این مقاله بررسی دشواری تکلیف برای یادگیری حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و با رشد طبیعی با دستکاری دشواری‌های اسمی و کارکردی تکلیف است. دشواری اسمی با مجموعه فواصل تعیین شده تغییر یافته است. دشواری کارکردی از طریق برنامه تمرینی تنظیم شده است. با توجه به جستجوهای ما، این اولین بررسی در مورد دشواری تکلیف برای یادگیری مهارت‌های حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی است. با توجه به اینکه فرض می‌شود، مسافت‌های دورتر دشواری اسمی بیشتری دارند، بنابراین، خطاها برای فواصل دور در مقایسه با فواصل نزدیک به طور متوسط بیشتر خواهد بود. علاوه بر این، در اکتساب تکلیف پرتاب دارت در سطوح دشواری تکلیف، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، نسبت به کودکان با رشد طبیعی با مشکلات بیشتری مواجه خواهند شد، پس پیش‌بینی کردیم که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به طور متوسط خطاهای بیشتری داشته باشند. همچنین، در یادگیری تکلیف پرتاب دارت در سطوح دشواری تکلیف، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، نسبت به کودکان با رشد طبیعی خطا بیشتری خواهند داشت.

مواد و روش‌ها

• شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش، شامل ۲۴۳۸۱ دانش آموز دختر و پسر ۹ و ۱۰ ساله شهر یزد در سال ۱۴۰۱ بود. برای برآورد حجم نمونه، نرم افزار جی-پاور^۱، استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز که برای انجام آزمون تحلیل واریانس دوطرفه اندازه‌گیری-های مکرر با توان آماری (۰/۹۵)، سطح معناداری (۰/۰۵)، اندازه اثر (۰/۱۵) و ۸ سطح عامل درون فردی، ۹۶ نفر برآورد شد (پیوست ۴). بنابراین، از بین جامعه آماری مورد نظر، ۹۶ دانش آموز، که ۴۸ کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (۲۴ پسر و ۲۴

دختر) با میانگین سنی ۹/۱۵ و انحراف استاندارد ۰/۳۶ و ۴۸ کودک با رشد طبیعی (۲۴ پسر و ۲۴ دختر) با میانگین سنی ۹/۳۵ و انحراف استاندارد ۰/۴۸ در گروه سنی ۹ و ۱۰ سال به صورت تصادفی انتخاب شدند که هیچ تجربه‌ای در مهارت پرتاب دارت نداشتند. برای جایگزینی در نمونه‌ها، از لحاظ قد و طول دست (به دلیل اثرگذاری بر پرتاب) همسان شدند.

همه شرکت‌کنندگان دارای فرم امضاء شده رضایت آگاهانه ولی یا قیم قانونی و خودشان برای همکاری در این پژوهش بودند. همچنین با بررسی شناسنامه سلامت کودکان در آموزشگاه از سلامت جسمانی برخوردار بودند. آنان انگیزه مناسب داشته و تمام تلاش خود را به کار گرفتند. تعداد کوشش‌ها و شرایط شرکت‌کنندگان در مرحله اکتساب و آزمون‌های یادداری و انتقال در نمونه‌ها برای همه برابر و یکسان بود. همچنین آنان، مبتدی و فاقد تجربه در رابطه با تکلیف بودند. در ضمن شرکت‌کنندگان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، توسط متخصصان مرکز مشاوره انتخاب شدند. همچنین با بررسی شناسنامه سلامت این کودکان در آموزشگاه، از سلامت جسمانی برخوردار و مشکلات دیگری برای آنها گزارش نشده بود.

کودکان هر گروه به طور تصادفی و همسان به یکی از ۴ گروه تمرین تقسیم شدند: (الف) مسافت با دشواری اسمی پایین و یک برنامه با دشواری کارکردی پایین^۲؛ (ب) مسافت با دشواری اسمی پایین و یک برنامه با دشواری کارکردی بالا^۳؛ (ج) مسافت با دشواری اسمی بالا و یک برنامه با دشواری کارکردی پایین^۴ و (د) مسافت با دشواری اسمی بالا و یک برنامه با دشواری کارکردی بالا^۵ (شکل ۱).

• ابزار و تکالیف

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: فرم اطلاعات شخصی که اطلاعاتی در مورد سن، قد، وزن، طول دست، برتری دستی، تجربیات قبلی در مورد پرتاب دارت و مصدومیتی که ممکن است عملکرد فرد را در پرتاب دارت تحت شعاع قرار دهد، فراهم کرد. صفحه دارت که از ۱۰ دایره تشکیل شده که هر دایره امتیاز مخصوص خود را دارد. پیکان دارت و فرم درج امتیازات که جهت ثبت امتیازات شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف آزمون استفاده شد. فاصله پرتاب دارت از خط شروع تا صفحه برای کودکان ۱/۵ متر و ارتفاع آن ۱/۲۲ متر بود (۷۲) (شکل ۲).

1. G power

2. Low Nominal and Low Functional (LNLf)

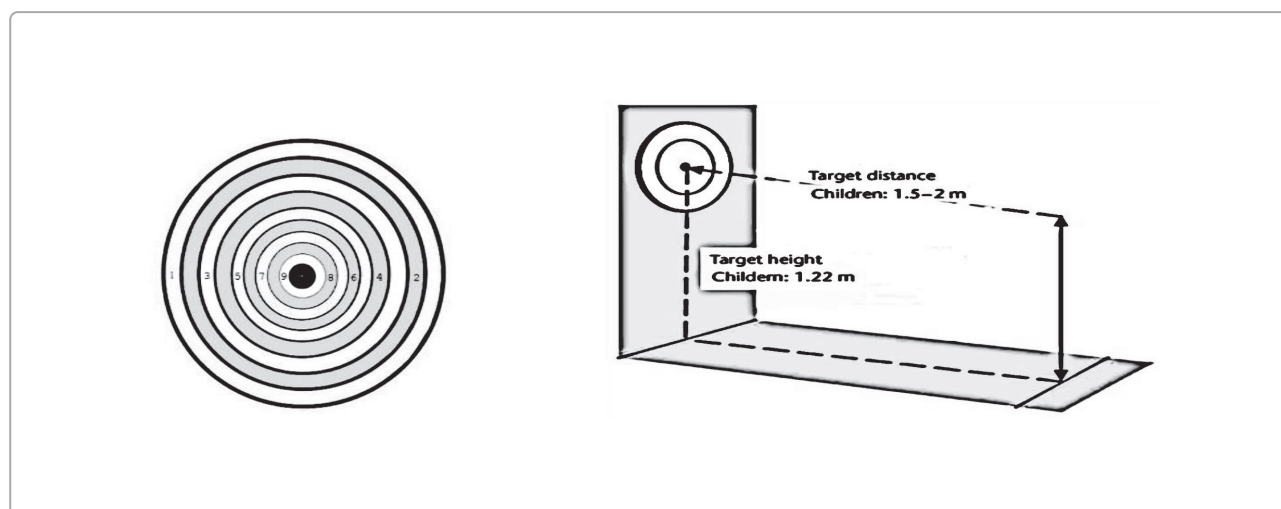
3. Low Nominal and High Functional (LNHF)

4. High Nominal and Low Functional (HNLf)

5. High Nominal and High Functional (HNHF)



شکل (۱) طرح شماتیک نمونه‌های پژوهش (۷۱)



شکل (۲) نمای شماتیک از فاصله، ارتفاع و صفحه پرتاب دارت برای کودکان (۷۲)

● روش اندازه‌گیری

امتیاز حاصل از هر پرتاب آزمودنی از نمره ۱ (بیرونی‌ترین دایره صفحه دارت) تا ۱۰ (مرکز دارت) ثبت شد و پرتاب‌های خارج از دوایر و صفحه دارت، صفر محسوب شد. سپس، با روش کم کردن هر امتیاز شرکت‌کننده از بالاترین امتیاز هدف (امتیاز ۱۰)، خطای مطلق و بعد میانگین خطای مطلق محاسبه شد. برای هر کودک میانگین خطای مطلق ۷ دسته کوشش برای مرحله اکتساب، ۲ دسته کوشش برای مرحله آزمون یادداری و ۲ دسته کوشش برای مرحله آزمون انتقال محاسبه شد.

ما ۴ نمونه را با دشواری‌های اسمی و کارکردی متفاوت در ۳ سطح برای دشواری تکلیف (پایین، بالا و متوسط در ۲ نمونه) بررسی کردیم. بنابراین، ۴ نمونه و داده‌های مربوط به آنها در تحلیل‌ها گنجانده شدند.

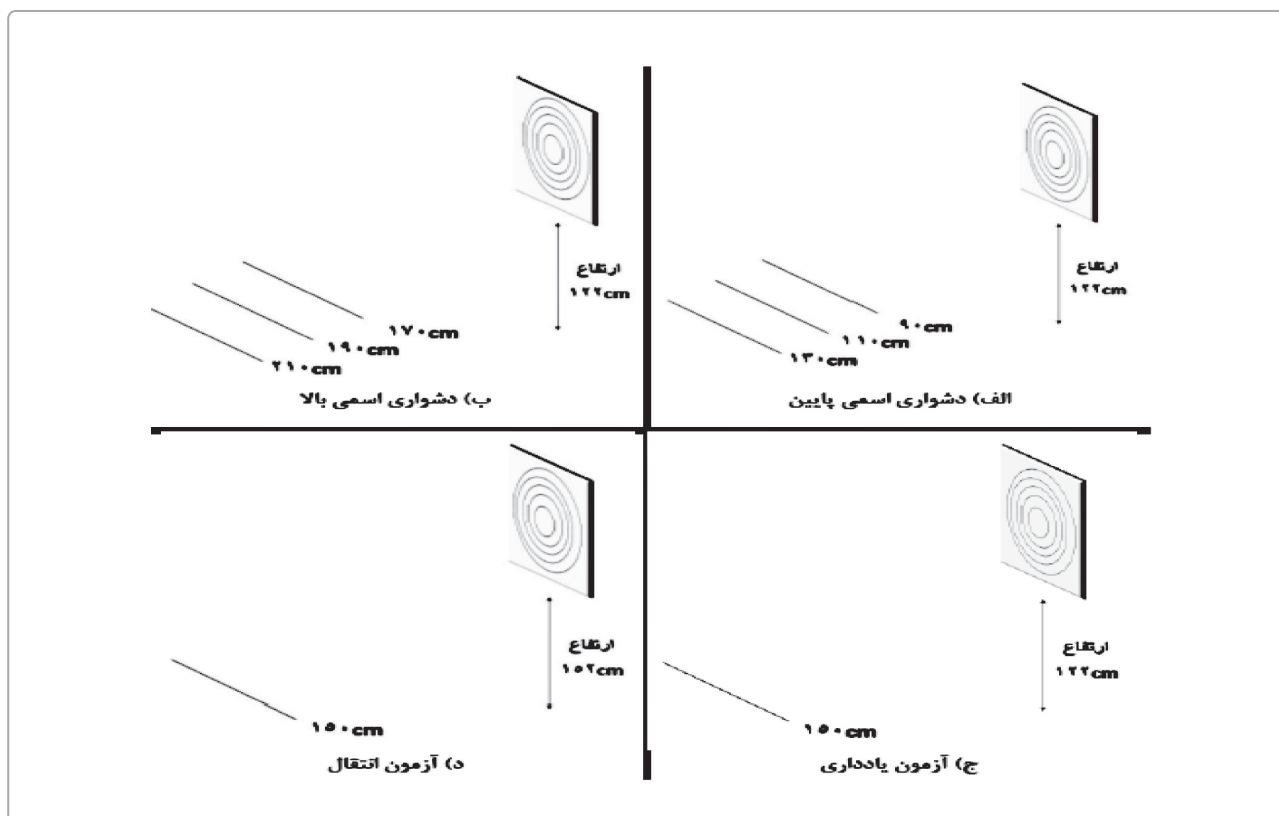
شیوه اجرا

● طرح، روش پژوهش و ملاحظات اخلاقی

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و به لحاظ هدف، کاربردی است و طرح آن از نوع پس‌آزمون با گروه‌های تصادفی بود.

این پژوهش با اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشکده علوم ورزشی و تندرستی دانشگاه تهران با کد IR.UT.SPORT.REC.۱۴۰۲/۰۰۸ مورد تأیید قرار گرفت. شرکت‌کنندگان و ولی یا قیم قانونی آنان برای همکاری داوطلبانه و آگاهانه در این پژوهش فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. ابتدا، شرکت‌کنندگان با سیستم امتیازدهی تکلیف مورد نظر و نحوه پرتاب دارت آشنا شدند. برای آشنایی ۵ پرتاب دارت (فاصله پرتاب دارت برای کودکان ۱/۵ متر) انجام دادند. سپس، با استفاده از انتساب تصادفی طبقه‌ای، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به ۴ گروه آزمایشی (دشواری پایین تکلیف، دشواری متوسط تکلیف در ۲ نمونه متفاوت و دشواری بالا تکلیف) در هر جنس و جمعیت (کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یا با رشد طبیعی) تقسیم شدند (شکل ۱).

مرحله اکتساب (تمرین) در ۱ جلسه انجام شد و شرکت‌کنندگان اقدام به ۶۳ کوشش پرتاب دارت در قالب ۷ دسته کوشش ۹ کوششی (۳ کوشش در هر فاصله) نمودند. استراحت برای دسته کوشش‌ها، ۵ دقیقه بود. مرحله یادداری ۱ روز بعد از مرحله اکتساب انجام شد که شرکت‌کنندگان اقدام به ۱۸ پرتاب دارت در ۲ دسته کوشش ۹ کوششی (فاصله ۱/۵ متر)



شکل ۳) روش اجرای تکلیف (۷۱)

دشواری تکلیف (پایین، متوسط در ۲ حالت، بالا) 2×2 بلوک میانگین خطای مطلق دسته کوشش‌ها (آزمون‌های یادداری و انتقال) انجام شد. جهت بررسی وجود تفاوت بین نمونه‌ها در هر گروه، از تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه^۴ کمک گرفته شد. آزمون تعقیبی توکی^۵ برای مقایسه‌های زوجی در نمونه‌ها، استفاده شد. آزمون تی^۶ برای مقایسه میانگین‌ها به کار گرفته شد. تجزیه و تحلیل کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷^۷ و برای تمام آزمون‌های آماری، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

● ویژگی جمعیتی شرکت‌کنندگان و پیش‌فرض‌های تحلیل

جدول (۱)، اطلاعات توصیفی و مقایسه میانگین داده‌های مربوط به سن کودکان شرکت‌کننده را در ۴ نمونه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با رشد طبیعی که با آزمون تی گروه‌های مستقل انجام شده است را نشان می‌دهد.

نمودند. مرحله انتقال که بعد از مرحله یادداری انجام شد، شرکت‌کنندگان اقدام به ۱۸ پرتاب دارت از ارتفاع ۱/۵۲ متر (۳۰ سانتیمتر بیشتر از ارتفاع مرحله اکتساب و یادداری) و فاصله ۱/۵ متر، در ۲ دسته کوشش ۹ کوششی کردند (شکل ۳).

تحلیل‌های آماری

آزمون شاپیرو-ویلک^۱ برای طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همچنین به منظور بررسی همگنی واریانس‌های داده‌های متغیرها از آزمون لون^۲ در گروه‌ها و نمونه‌ها مورد بررسی استفاده شد. تجزیه و تحلیل واریانس^۳، برای ۲ گروه (کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کودکان با رشد طبیعی) 4×2 سطح دشواری تکلیف (پایین، متوسط در ۲ حالت، بالا) 7×2 بلوک (میانگین خطای مطلق دسته کوشش‌ها) جهت مرحله اکتساب و همچنین، برای ارزیابی یادگیری، با عملکرد در آزمون‌های یادداری و انتقال، در ۲ گروه (کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کودکان با رشد طبیعی) 4×2 سطح

جدول (۱) آماره‌های توصیفی و مقایسه میانگین سن کودکان در ۴ نمونه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با رشد طبیعی

کل نمونه (n = ۴۸)	HNHF (n = ۱۲)	HNLf (n = ۱۲)	LNHF (n = ۱۲)	LNLf (n = ۱۲)	نمونه
					شاخص و گروه
۹/۱۵±۰/۳۶	۹/۱۷±۰/۳۹	۹/۱۷±۰/۳۹	۹/۱۲±۰/۳۵	۹/۲۵±۰/۴۵	سن (به سال) کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (انحراف استاندارد ± میانگین)
۹/۳۵±۰/۴۸	۹/۴۲±۰/۵۲	۹/۱۷±۰/۳۹	۹/۳۳±۰/۴۹	۹/۵۰±۰/۵۲	سن (به سال) کودکان با رشد طبیعی (انحراف استاندارد ± میانگین)
۰۸/۰	۱۹/۰	۱	۰۹/۰	۲۲/۰	سطح معناداری

با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، جایگزینی تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها و مقیاس فاصله‌ای متغیرها انجام آزمون‌های آماری پارامتریک بلا مانع بود.

اختصارات و راهنمایی: LNLf، دشواری اسمی پایین و دشواری کارکردی پایین؛ LNHF، دشواری اسمی پایین و دشواری کارکردی بالا؛ HNLf، دشواری اسمی بالا و دشواری کارکردی پایین؛ HNHF، دشواری اسمی بالا و دشواری کارکردی بالا؛ n، تعداد نمونه.

1. Shapiro-wilk test.
2. Levene's Test.
3. ANOVA
4. One-way ANOVA

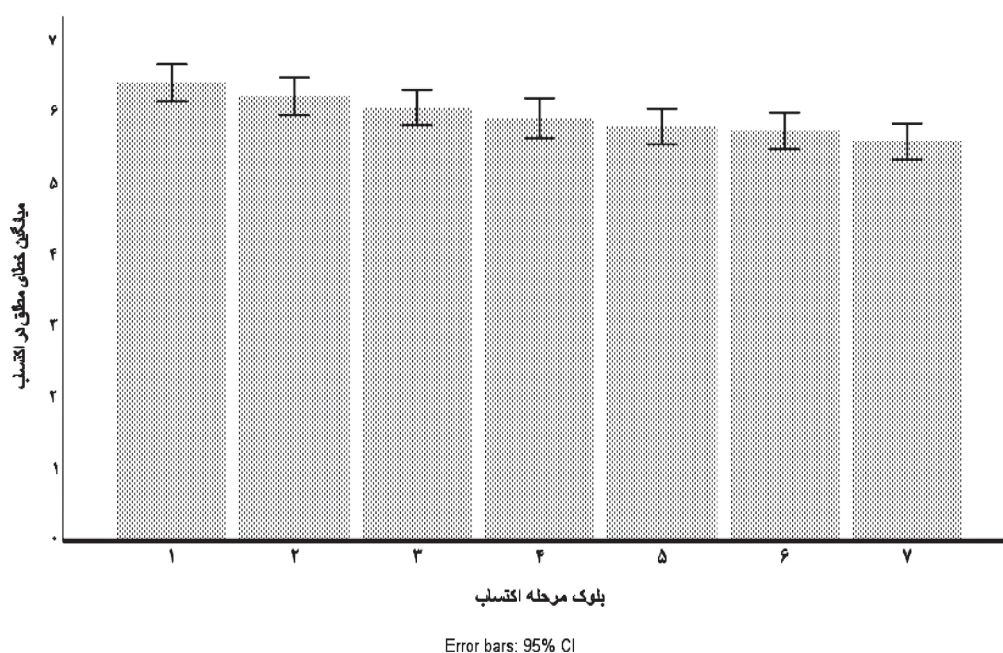
5. Tukey's HSD test
6. T test
7. SPSS.V.27

● عملکرد در مرحله اکتساب

در تحلیل واریانس، اثر اصلی دسته کوشش‌های مرحله اکتساب آزمون شد، اثر اصلی اکتساب معنادار بود ($\eta^2=0/13$ ، $p<0/001$ ، $F_{(528,6)}=13/50$). بنابراین، کودکان در دسته کوشش‌ها پیشرفت داشتند (شکل ۴). ولی اثرهای تعامل اکتساب با گروه ($\eta^2=0/01$ ، $p=0/598$)، اکتساب با نمونه ($\eta^2=0/01$ ، $p=0/986$)، $F_{(528,6)}=0/76$ ،

$F_{(528,18)}=0/41$ و اکتساب با گروه با نمونه ($\eta^2=0/01$)، $p>0/999$ ، $F_{(528,18)}=0/18$ معنادار نبود.

انجام آزمون تی گروه‌های وابسته در دسته کوشش‌ها نشان داد، همه زوج‌های دسته کوشش‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۳، ۳ با ۲، ۲، ۲ با ۱، ۵، ۵ با ۶ و ۶ با ۷، معنادار نبودند ($P>0/05$). هر دسته کوشش، با دومین دسته کوشش بعد از خود و بالاتر (برای مثال، ۱ با ۳، ۳ با ۴، ۴ با ۵ و ۵ با ۷ و ...)، معنادار بود ($P<0/05$) (شکل ۴).



شکل ۴) مقایسه میانگین خطای مطلق دسته کوشش‌های اکتساب. توجه داشته باشید که نوارهای خطا نشان‌دهنده فاصله اطمینان ۹۵٪ بین افرادند و بنابراین تنها برای مقایسه بین گروه‌های معنادار هستند (۷۳).

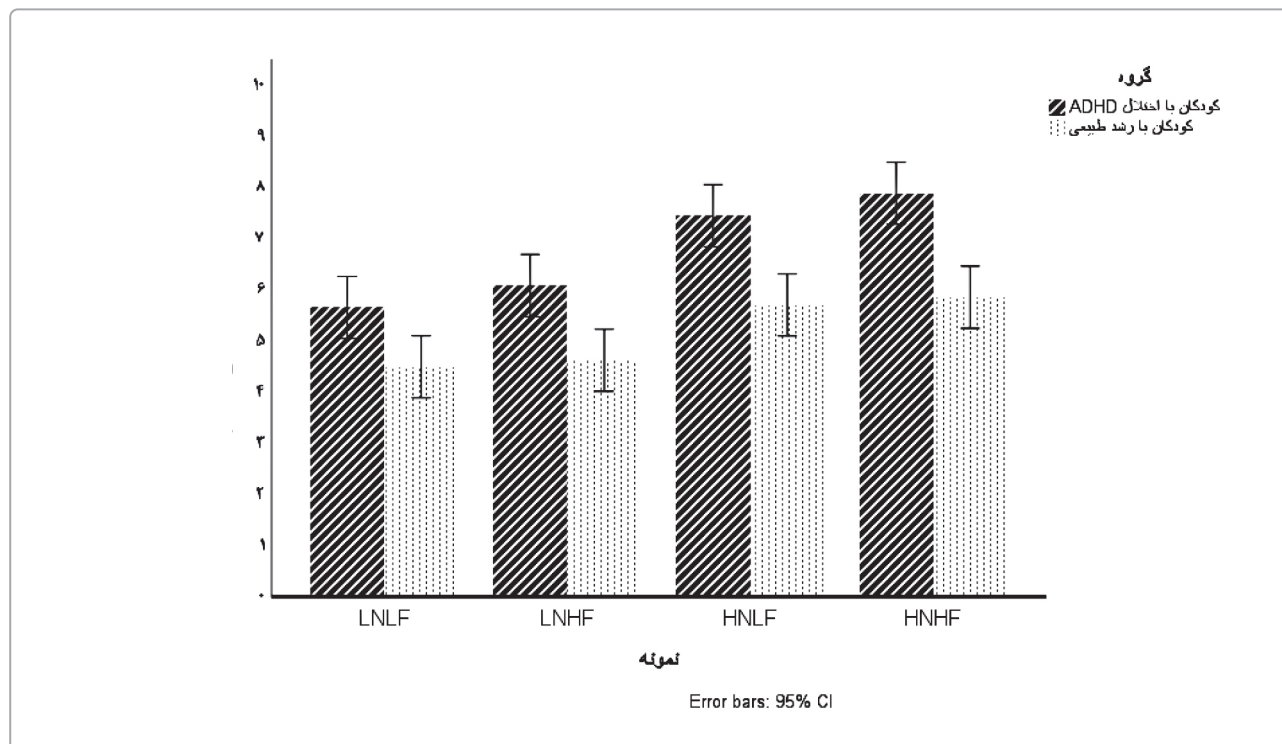
آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه‌های زوجی در نمونه‌ها، نشان داد که نمونه‌های با دشواری اسمی پایین تکلیف (LNLF با LNHF و $p=0/798$) و نمونه‌های با دشواری اسمی بالا تکلیف (HNLF با HNHF و $p=0/773$) معنادار نبودند. ولی، بقیه زوج نمونه‌ها، LNLF با LNLF، LNLF با HNHF، HNLF با HNLF و LNHF با HNHF همگی، با $p<0/001$ معنادار بودند (شکل ۵). به‌طورکلی، نتایج نشان می‌دهند با توجه به اثر اصلی گروه، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به‌طورکلی ضعیف‌تر از کودکان با رشد طبیعی عمل کردند. همچنین، با

در آزمون تحلیل واریانس، اثر اصلی گروه (کودکان با اختلال و با رشد طبیعی) ($\eta^2=0/38$ ، $p<0/001$ ، $F_{(1,88)}=54/91$) و نمونه، یعنی سطوح دشواری تکلیف ($\eta^2=0/37$)، از نظر آماری تفاوت معناداری نشان داد. ولی تعامل گروه با نمونه ($\eta^2=0/03$ ، $p=0/525$)، تفاوت معنادار نبود. ($F_{(3,88)}=0/75$)

در گروه‌ها، با توجه به میانگین خطای مطلق اکتساب، کودکان با اختلال ($6/79 \pm 1/35$) و با رشد طبیعی ($5/18 \pm 1/24$)، کودکان با رشد طبیعی از عملکرد بهتری برخوردار بودند. نتایج

اثر اصلی نمونه، برنامه‌های تمرینی با دشواری اسمی پایین، آسان‌تر یا پیشرفت در آن بهتر بوده است. نتایج تحلیل واریانس میانگین خطای مطلق اکتساب پرتاب دارت برای سطوح دشواری تکلیف بین گروه‌ها نشان داد که اثر اصلی گروه در سطح دشواری LNLF معنادار نیست ($F_{(1,22)} = 3/89$ ، $p = 0/061$ ، $\eta^2 = 0/15$)، ولی در سطوح دیگر دشواری LNHF ($F_{(1,22)} = 0/48$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/48$)، HNLF ($F_{(1,22)} = 19/98$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/42$) و HNHF ($F_{(1,22)} = 39/88$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/64$) معنادار است. بنابراین، بین اکتساب تکلیف پرتاب دارت در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با رشد طبیعی، با دشواری پایین تکلیف تفاوتی وجود ندارد، ولی برای دشواری‌های متوسط و بالای تکلیف تفاوت مشاهده شده قابل قبول بود (شکل ۵).

اثر اصلی نمونه، برنامه‌های تمرینی با دشواری اسمی پایین، آسان‌تر یا پیشرفت در آن بهتر بوده است. نتایج تحلیل واریانس میانگین خطای مطلق اکتساب پرتاب دارت برای سطوح دشواری تکلیف بین گروه‌ها نشان داد که اثر اصلی گروه در سطح دشواری LNLF معنادار نیست ($F_{(1,22)} = 3/89$ ، $p = 0/061$ ، $\eta^2 = 0/15$)، ولی در سطوح دیگر دشواری LNHF ($F_{(1,22)} = 0/48$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/48$)، HNLF ($F_{(1,22)} = 19/98$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/42$) و HNHF ($F_{(1,22)} = 39/88$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/64$) معنادار است. بنابراین، بین اکتساب تکلیف پرتاب دارت در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با رشد طبیعی، با دشواری پایین تکلیف تفاوتی وجود ندارد، ولی برای دشواری‌های متوسط و بالای تکلیف تفاوت مشاهده شده قابل قبول بود (شکل ۵).

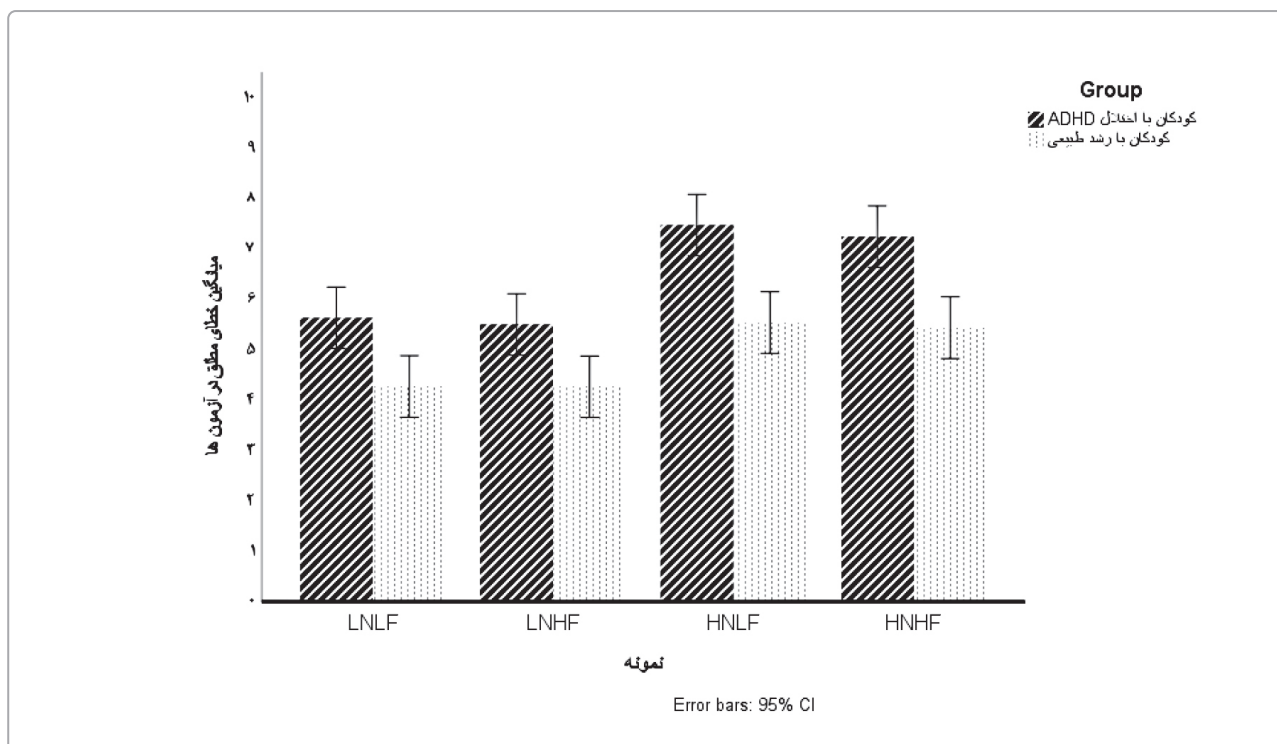


شکل ۵) میانگین خطای مطلق اکتساب در گروه‌ها و سطوح دشواری تکلیف. توجه داشته باشید که نوارهای خطا نشان‌دهنده فاصله اطمینان ۹۵٪ بین افرادند و بنابراین تنها برای مقایسه بین گروه‌های معنادار هستند (۷۳).

● یادگیری با ارزیابی عملکرد در آزمون‌ها

کودکان با رشد طبیعی از عملکرد بهتری برخوردار بودند. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه‌های زوجی در نمونه‌ها، نشان داد که نمونه‌های با دشواری اسمی پایین تکلیف (LNLF با LNHF و $p = 0/996$) و نمونه‌های با دشواری اسمی بالا تکلیف (HNLF با HNHF و $p = 0/949$) معنادار نبودند. ولی، بقیه زوج نمونه‌ها، LNLF با HNLF، LNLF با HNHF، LNHF با HNHF و LNHF با HNHF همگی، با $p < 0/001$ معنادار بودند (شکل ۶).

در آزمون تحلیل واریانس، اثر اصلی گروه (کودکان با اختلال و با رشد طبیعی) ($F_{(1,88)} = 53/19$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/38$) و نمونه، یعنی سطوح دشواری تکلیف ($\eta^2 = 0/36$ ، $p < 0/001$)، از نظر آماری تفاوت معناداری نشان داد. ولی تعامل گروه با نمونه ($\eta^2 = 0/02$ ، $p = 0/614$ ، $F_{(3,88)} = 0/60$) تفاوت معنادار نبود. در گروه‌ها، با توجه به میانگین خطای مطلق آزمون‌ها، کودکان با اختلال ($6/48 \pm 1/47$) و با رشد طبیعی ($4/89 \pm 1/08$).



شکل ۶) میانگین خطای مطلق آزمون‌ها در گروه‌ها و سطوح دشواری تکلیف. توجه داشته باشید که نوارهای خطا نشان‌دهنده فاصله اطمینان ۹۵٪ بین افرادند و بنابراین تنها برای مقایسه بین گروه‌های معنادار هستند (۷۳).

است (LNLF) ($F_{(1,22)}=7/28$ ، $p=0/013$ ، $\eta^2=0/25$)، (LNHF) ($F_{(1,22)}=19/98$ ، $p=0/016$ ، $\eta^2=0/24$)، (HNLF) ($F_{(1,22)}=25/84$ ، $p<0/001$ ، $\eta^2=0/54$)، (HNHF) ($F_{(1,22)}=24/92$ ، $p<0/001$ ، $\eta^2=0/53$). بنابراین، بین آزمون‌های تکلیف پرتاب دارت در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و با رشد طبیعی، در تمام سطوح دشواری، تفاوت قابل قبول مشاهده شد (شکل ۶).

بحث

پژوهش ما در مورد تأثیر دشواری تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا نشان داد که برخی از تفاوت‌های مشاهده‌شده در مطالعات قبلی درباره یادگیری حرکتی در افراد با اختلالات عصبی ممکن است به دلیل تفاوت در دشواری اسمی و کارکردی تکلیف باشد. این اختلالات بر توانایی پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارند (۷۴، ۴۱، ۴۰). بنابراین، برای جایگزینی کودکان با اختلال در نمونه‌ها، از متخصصان مرکز مشاوره کمک گرفته شد و میزان دشواری اسمی و کارکردی تکلیف و ترکیب

انجام آزمون تی گروه‌های وابسته در دسته کوشش‌های آزمون‌ها نشان داد، تفاوت میانگین زوج دسته کوشش‌های آزمون یادداری با هم ($t(95)=0.54$ ، $\alpha=0.588$)، و همچنین زوج دسته کوشش‌های آزمون انتقال با هم ($t(95)=1.74$) معنادار نبودند. ولی تفاوت میانگین زوج آزمون یادداری با آزمون انتقال ($t(65)=2.34$ ، $\alpha=0.021$)، معنادار بود. بنابراین، با توجه به میانگین کودکان در آزمون یادداری ($5/57 \pm 1/59$) و آزمون انتقال ($5/80 \pm 1/58$)، کودکان با آزمون یادداری، عملکرد بهتری را نشان دادند. به‌طورکلی، نتایج نشان می‌دهند، کودکان در آزمون‌ها تفاوت داشته و در آزمون یادداری بهتر عمل کردند. براساس اثر اصلی گروه، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به‌طورکلی، ضعیف‌تر از کودکان با رشد طبیعی یادگیری داشتند. همچنین، با توجه به اثر اصلی نمونه در آزمون‌ها، برنامه‌های تمرینی با دشواری اسمی پایین، برنامه آسان‌تر و یادگیری در آن بهتر بوده است.

نتایج تحلیل واریانس میانگین خطای مطلق آزمون‌های پرتاب دارت برای سطوح دشواری تکلیف بین گروه‌ها نشان داد که اثر اصلی گروه در همه سطوح دشواری معنادار

با دشواری اسمی پایین تمرین می‌کردند، در آزمون یادداری عملکرد بهتری داشتند، با این‌که فاصله به مکان دورتر منتقل شده بود. همچنین در آزمون انتقال، در صورتی‌که هدف به ارتفاع بالاتری تغییر کرده بود، عملکرد بهتری داشتند. این نتیجه نشان می‌دهد که تمرین کم خطا یادگیری را برای هر ۲ گروه کودکان تسهیل کرده است.

علاوه بر این، ما هیچ تفاوت آماری معناداری بین گروه‌های با تمرینات پرخطا مشاهده نکردیم. این ممکن است تا حدی به نحوه دستکاری انجام تمرینات کم خطا و پرخطا مربوط باشد (که در بخش محدودیت‌ها به آن پرداخته شده است) یا ممکن است به این دلیل باشد که دشواری اسمی تکلیف تأثیری بیشتر از تمرینات کم خطا و پرخطا برای هر کودک داشته است. گوادگنولی و لی (۲۰۰۴) این نکته را با بیان این‌که دشواری اسمی تکلیف، وظایف قابل شناسایی انجام شده توسط فردی با سطح خاصی از مهارت را به طور قابل توجهی تعیین می‌کند، تأیید می‌کنند (۳۸).

در نتیجه، یافته‌های ما نشان می‌دهد که دشواری تکلیف و نوع تمرین می‌تواند بر یادگیری حرکتی کودکان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همسالان‌شان اثرات متفاوتی داشته باشد. این نتایج بر اهمیت درک دقیق‌تر نحوه تعامل بین ویژگی‌های فردی، دشواری تکلیف و نوع تمرین تأکید می‌کنند.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از طراحی‌های تجربی مشابه، به بررسی چگونگی تأثیر دیگر عوامل (مانند سن، جنسیت و نوع اختلال) بر یادگیری حرکتی بپردازند. همچنین، این مطالعه طراحی‌های تمرینی بهینه را برای کودکان با نیازهای ویژه ترسیم می‌کند و می‌تواند به توسعه راهبردهای آموزشی مؤثرتری کمک نماید.

به طور کلی، نتایج این پژوهش بر اهمیت فردی‌سازی روش‌های آموزش حرکتی و تضمین تطابق بین نوع تمرین و ویژگی‌های فردی فراگیران تأکید دارد تا بهترین نتایج یادگیری حاصل شود.

محدودیت‌ها

با اینکه هدف ما تغییر دشواری اسمی و کارکردی (با تمرینات کم خطا و پرخطا) تکلیف پرتاب دارت در حین یادگیری بود، محدودیت‌هایی در تغییر دشواری کارکردی تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا وجود داشت. در هر بلوک تمرینی، کودکان در فواصل دورتر برای گروه‌های با تمرینات کم خطا (۱-۳، نزدیک؛

آن‌ها را تعیین کردیم. علاوه بر این، برای در نظر گرفتن اثرات موقت عملکرد ناشی از یادگیری، یادگیری حرکتی را با عملکرد در آزمون‌های یادداری و انتقال ارزیابی کردیم.

هدف این مقاله، بررسی تأثیر دشواری تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا بر یادگیری حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. ما تلاش کردیم تا با تنظیم شرایط تمرین (مانند تمرینات کم خطا و پرخطا) و دشواری اسمی تکلیف (مانند فاصله پرتاب دارت)، دشواری تکلیف را دستکاری کنیم. در این مطالعه، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و کودکان با رشد طبیعی در آزمون‌های یادداری و انتقال مقایسه شدند.

مطالعات قبلی اطلاعات قطعی برای پیش‌بینی نتایج ارائه نکرده‌اند، اما پژوهش‌های مرتبط با یادگیری حرکتی در افراد با اختلالات عصبی و تمرینات کم خطا و پرخطا وجود دارد (۴۰-۴۷، ۵۶، ۵۷، ۶۶-۶۸، ۷۰، ۷۵). براساس این پژوهش‌ها، ما پیش‌بینی کردیم که تمرین با دشواری اسمی پایین برای کودکان با رشد طبیعی و بویژه برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مفید خواهد بود. همچنین، فرض کردیم که دستکاری دشواری کارکردی تکلیف از طریق برنامه‌های تمرین کم خطا و پرخطا ممکن است اثرات متفاوتی بر کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و کودکان با رشد طبیعی داشته باشد. به طور خاص، ما فکر کردیم که کودکان با رشد طبیعی ممکن است از تمرینات پرخطا بهره ببرند، درحالی‌که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است از تمرینات کم خطا بهره‌مند شوند. با این حال، داده‌های حاضر تنها تا حدی از این پیش‌بینی‌ها پشتیبانی می‌کنند.

کودکان با رشد طبیعی در هر ۲ آزمون یادداری و انتقال عملکرد بهتری نسبت به کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی داشتند. با این حال، از آنجا که کودکان با رشد طبیعی از ابتدا عملکرد بهتری داشتند، این نتیجه نشان‌دهنده مزیت یادگیری نیست، بلکه مزیت عملکرد کلی را نشان می‌دهد. هنوز مشخص نیست که آیا این مزیت عملکردی به دلیل افزایش مهارت‌های حرکتی در کودکان است (۷۶-۸۱) یا عوامل شناختی مانند حواس پرتی و پیروی از دستورالعمل‌ها بر عملکرد آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۸۲-۸۸)؛ این عوامل شناختی ممکن است تفاوت‌ها را توضیح دهند (۸۹، ۹۰).

نکته مهم این است که ما تأثیر اصلی دشواری اسمی تکلیف را در حین تمرین در پس‌آزمون مشاهده کردیم. کودکانی که

نتایج نشان می‌دهد که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، اگرچه به طور متوسط عملکرد ضعیف‌تری دارند، اما هنگام یادگیری پرتاب دارت با تمرینات کم خطا و پرخطا، از چالش مشابهی با همسالان با رشد طبیعی خود، بهره‌مند می‌شوند.

سپاسگزاری

ما از تمامی شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها به خاطر مشارکت صمیمانه‌شان در این مطالعه تشکر می‌کنیم. همچنین، قدردانی ویژه‌ای از معلمان (طیبه طلابی و محمدمهدی طلابی) داریم که با همکاری در جمع‌آوری داده‌ها نقش مهمی ایفا کردند. ما همچنین از دبیر علمی و داوران محترم ناشناس نشریه که با نظرات ارزشمندشان به بهبود اولیه این مقاله کمک کردند، سپاسگزاری می‌کنیم.

عدم تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه تهران است و تمامی داده‌ها و نتایج به صورت مستقل و بدون تأثیر از منابع خارجی تهیه شده‌اند. این مقاله هیچ‌گونه حامی مالی ندارد و هیچ‌گونه تعارض منفعی در تهیه و نگارش آن وجود ندارد.

References

1. Veloso A, Vicente SG, Filipe MG. Effectiveness of cognitive training for school-aged children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Frontiers in psychology*. 2020;10:2983.
2. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*. 2014;43(2):434-42.
3. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001.
4. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.

۴-۶، متوسط؛ ۷-۹، دور) پرتاب می‌کردند، درحالی‌که این ترتیب برای گروه‌های با تمرینات پرخطا کاهش می‌یافت. از آنجا که دشواری کارکردی تکلیف به دشواری نسبی یک تکلیف برای هر یادگیرنده در یک زمان خاص اشاره دارد (۳۸، ۳۹)، این تغییر ممکن است دشوار بوده باشد، بویژه اگر کودکان قبل از رفتن به فواصل دیگر، تمرین بیشتری در یک فاصله خاص داشتند. بنابراین، تعامل غیرقابل توجه با درجه دشواری تکلیف ما در طول یادگیری و عملکرد ممکن است بیشتر به دلیل تلاش ما برای تغییر دشواری کارکردی در این مطالعه باشد تا فقدان واقعی اثرات تعاملی در یادگیری با تمرینات کم خطا و پرخطا.

علاوه براین، باید توجه داشت که این پژوهش به صورت اکتشافی در مورد نقش دشواری تکلیف با تمرینات کم خطا و پرخطا برای یادگیری مهارت‌های حرکتی در کودکان با نارسایی توجه/بیش فعالی انجام شد. ما داده‌های کافی قبلی برای انجام تحلیل دقیق نداشتیم. بنابراین، اندازه نمونه براساس تحلیل حساسیت تعیین شد تا بتوانیم تفاوت‌ها بین گروه‌های کودکان و تعامل با عوامل دیگر را تشخیص دهیم. داده‌های این پژوهش به طراحی مطالعات آینده کمک می‌کند تا این اثرات تعاملی را با جزئیات و اطمینان بیشتری بررسی کنیم.

نتیجه‌گیری

مطالعه ما نشان می‌دهد که برنامه‌های تمرین حرکتی کم خطا و پرخطا برای کودکان مبتدی با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و کودکان مبتدی با رشد طبیعی باید به گونه‌ای طراحی شوند که با وجود تقاضای شناختی نسبتاً کم، همچنان چالش برانگیز باشند. اگرچه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی معمولاً عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان با رشد طبیعی خود دارند، اما زمانی که با تکالیف تمرینی با دشواری اسمی پایین و تمرینات کم خطا مواجه می‌شوند، سطوح یادگیری مشابهی را نشان می‌دهند.

این موضوع برای هر ۲ گروه، یعنی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و کودکان با رشد طبیعی اهمیت بسیاری دارد؛ چرا که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی معمولاً به دلیل اختلالات حرکتی و شناختی، در برنامه‌های آموزشی به اندازه کافی به چالش کشیده نمی‌شوند. به عبارت دیگر، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی می‌توانند به اندازه کودکان با رشد طبیعی، به چالش کشیده شوند و هر ۲ گروه از شرایط تمرینی مشابه بهره‌مند شوند.

5. Erskine H, Baxter A, Patton G, Moffitt T, Patel V, Whiteford H, Scott J. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2017;26(4):395-402.
6. Arabi N, Shafighi F, Gharakhani S. The study Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Iranian army Families children who live in military town Tehran In 2006. 2010.
7. Bahrami M, Yousefi F, Bahrami A, Farazi E, Bahrami A. The prevalence of attention deficit-hyperactivity disorder and related factors, among elementary school student in Kamyaran city in 2014-2015. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2016;3(3):1-11.
8. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
9. Kaiser M-L, Schoemaker M, Albaret J-M, Geuze R. What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature. *Research in developmental disabilities*. 2015;36:338-57.
10. Rosa Neto F, Goulardins JB, Rigoli D, Piek JP, Oliveira JAd. Motor development of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2015;37:228-34.
11. Mayes SD, Calhoun SL. Learning, attention, writing, and processing speed in typical children and children with ADHD, autism, anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder. *Child Neuropsychology*. 2007;13(6):469-93.
12. Racine MB, Majnemer A, Shevell M, Snider L. Handwriting performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*. 2008;23(4):399-406.
13. Fliers EA, Franke B, Lambregts-Rommelse NN, Altink ME, Buschgens CJ, Nijhuis-van der Sanden MW, et al. Undertreatment of motor problems in children with ADHD. *Child and adolescent mental health*. 2010;15(2):85-90.
14. Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: clinical and research implications. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1990;11(6):343-52.
15. Egeland J, Ueland T, Johansen S. Central processing energetic factors mediate impaired motor control in ADHD combined subtype but not in ADHD inattentive subtype. *Journal of learning disabilities*. 2012;45(4):361-70.
16. Pitcher TM, Piek JP, Hay DA. Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental medicine and child neurology*. 2003;45(8):525-35.
17. Demers MM, McNevin N, Azar NR. ADHD and motor control: A review of the motor control deficiencies associated with attention deficit/hyperactivity disorder and current treatment options. *Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine*. 2013;25(3-4).
18. Eliasson A-C, Rösblad B, Forssberg H. Disturbances in programming goal-directed arm movements in children with ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2004;46(1):19-27.
19. Fliers E, Rommelse N, Vermeulen S, Altink M, Buschgens C, Faraone S, et al. Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *Journal of neural transmission*. 2008;115:211-20.
20. Pan C-Y, Tsai C-L, Chu C-H. Fundamental movement skills in children diagnosed with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2009;39:1694-705.
21. Piek JP, Pitcher TM, Hay DA. Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*. 1999;41(3):159-65.
22. Yan JH, Thomas JR. Arm movement control: differences between children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Research quarterly for exercise and sport*. 2002;73(1):10-8.
23. Dahan A, Ryder CH, Reiner M. Components of motor deficiencies in ADHD and possible interventions. *Neuroscience*. 2018;378:34-53.
24. Sweeney KL, Ryan M, Schneider H, Ferenc L, Denckla MB, Mahone EM. Developmental trajectory of motor deficits in preschool children with ADHD. *Developmental neuropsychology*. 2018;43(5):419-29.
25. Goulardins JB, Marques JCB, Casella EB, Nascimento RO, Oliveira JA. Motor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(1):40-5.
26. Tseng MH, Henderson A, Chow SM, Yao G. Relationship between motor proficiency, attention, impulse, and activity in children with ADHD. *Developmental medicine and child neurology*. 2004;46(6):381-8.
27. Valentini NC, Rudisill ME. Motivational climate, motor-skill development, and perceived competence: Two studies of developmentally delayed kindergarten children. *Journal of teaching in physical education*. 2004;23(3):216-34.
28. Meyer A, Sagvolden T. Fine motor skills in South African children with symptoms of ADHD: influence of subtype, gender, age, and hand dominance. *Behavioral and Brain Functions*. 2006;2(1):1-13.
29. Majnemer A. Handwriting capacity in children newly diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity

- Disorder. Determinants of handwriting capacity in children newly diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder prior to and following treatment with stimulant medication. 2011.
30. Di Lorenzo R, Balducci J, Poppi C, Arcolin E, Cutino A, Ferri P, et al. Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: A systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatrica*. 2021;33(6):283-98.
 31. Brossard-Racine M, Majnemer A, Shevell MI. Exploring the neural mechanisms that underlie motor difficulties in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Neurorehabilitation*. 2011;14(2):101-11.
 32. Frings M, Gaertner K, Buderath P, Christiansen H, Gerwig M, Hein-Kropp C, et al. Megalographia in children with cerebellar lesions and in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Cerebellum*. 2010;9:429-32.
 33. Vaidya CJ. Neurodevelopmental abnormalities in ADHD. *Behavioral neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and its treatment*. 2012:49-66.
 34. Sowell ER, Thompson PM, Welcome SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2003;362(9397):1699-707.
 35. Seiffer B, Hautzinger M, Ulrich R, Wolf S. The efficacy of physical activity for children with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Attention Disorders*. 2022;26(5):656-73.
 36. Xie Y, Gao X, Song Y, Zhu X, Chen M, Yang L, Ren Y. Effectiveness of physical activity intervention on ADHD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:706625.
 37. Zhu F, Zhu X, Bi X, Kuang D, Liu B, Zhou J, et al. Comparative effectiveness of various physical exercise interventions on executive functions and related symptoms in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1133727.
 38. Guadagnoli MA, Lee TD. Challenge point: a framework for conceptualizing the effects of various practice conditions in motor learning. *Journal of motor behavior*. 2004;36(2):212-24.
 39. Hodges NJ, Lohse KR. An extended challenge-based framework for practice design in sports coaching. *Journal of Sports Sciences*. 2022;40(7):754-68.
 40. Onla-Or S, Winstein CJ. Determining the optimal challenge point for motor skill learning in adults with moderately severe Parkinson's disease. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2008;22(4):385-95.
 41. Doyon J, Gaudreau D, Laforce Jr R, Castonguay M, Bedard P, Bedard F, Bouchard J. Role of the striatum, cerebellum, and frontal lobes in the learning of a visuomotor sequence. *Brain and cognition*. 1997;34(2):218-45.
 42. Krebs H, Hogan N, Hening W, Adamovich S, Poizner H. Procedural motor learning in Parkinson's disease. *Experimental Brain Research*. 2001;141(4):425-37.
 43. Sarazin M, Deweer B, Merkl A, Von Poser N, Pillon B, Dubois B. Procedural learning and striatofrontal dysfunction in Parkinson's disease. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*. 2002;17(2):265-73.
 44. Shin JC, Ivry RB. Spatial and temporal sequence learning in patients with Parkinson's disease or cerebellar lesions. *Journal of cognitive neuroscience*. 2003;15(8):1232-43.
 45. Siegert RJ, Taylor KD, Weatherall M, Abernethy DA. Is implicit sequence learning impaired in Parkinson's disease? A meta-analysis. *Neuropsychology*. 2006;20(4):490.
 46. Vakil E, Kahan S, Huberman M, Osimani A. Motor and non-motor sequence learning in patients with basal ganglia lesions: the case of serial reaction time (SRT). *Neuropsychologia*. 2000;38(1):1-10.
 47. Verschueren S, Swinnen S, Dom R, De Weerd W. Interlimb coordination in patients with Parkinson's disease: motor learning deficits and the importance of augmented information feedback. *Experimental Brain Research*. 1997;113(3):497-508.
 48. Agostino R, Sanes JN, Hallett M. Motor skill learning in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*. 1996;139(2):218-26.
 49. Behrman AL, Cauraugh JH, Light KE. Practice as an intervention to improve speeded motor performance and motor learning in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*. 2000;174(2):127-36.
 50. Jessop RT, Horowicz C, Dibble LE. Motor learning and Parkinson disease: refinement of movement velocity and endpoint excursion in a limits of stability balance task. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2006;20(4):459-67.
 51. Smiley-Oyen AL, Lowry KA, Emerson QR. Learning and retention of movement sequences in Parkinson's disease. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*. 2006;21(8):1078-87.
 52. Smith J, Siegert RJ, McDowall J, Abernethy D. Preserved implicit learning on both the serial reaction time task and artificial grammar in patients with Parkinson's disease. *Brain and Cognition*. 2001;45(3):378-91.
 53. Soliveri P, Brown R, Jahanshahi M, Caraceni T, Marsden C. Learning manual pursuit tracking skills in patients with Parkinson's disease. *Brain: a journal of neurology*. 1997;120(8):1325-37.

54. Sommer M, Grafman J, Clark K, Hallett M. Learning in Parkinson's disease: eyeblink conditioning, declarative learning, and procedural learning. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1999;67(1):27-34.
55. Zahiri M, Tahmasebi Boroujeni S, Majdi Nasab N. Application of challenge point framework to improve the mobility in patients with Multiple Sclerosis. *Motor Behavior*. 2017;9(27):167-82.
56. Zahiri M, Tahmasebi Boroujeni S. Improvement in Balance and Gait Speed of MS Patients under Challenge Point Framework. *International Journal of Motor Control and Learning*. 2020;2(3):13-22.
57. Lin C-H, Sullivan KJ, Wu AD, Kantak S, Winstein CJ. Effect of task practice order on motor skill learning in adults with Parkinson disease: a pilot study. *Physical therapy*. 2007;87(9):1120-31.
58. Naseri A, Bahram A, Salehi H, Daneshvar A. The Effects of Errorless Practice on Learning an Aiming Skill in Mentally Retarded Adolescents. *Journal of sports and Motor development and learning*. 2019;11(3):295-310.
59. Maxwell J, Masters R, Kerr E, Weedon E. The implicit benefit of learning without errors. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*. 2001;54(4):1049-68.
60. Capio CM, Sit CH, Abernethy B, Masters RS. The possible benefits of reduced errors in the motor skills acquisition of children. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology*. 2012;4(1):1-4.
61. Gabbett T, Masters R. Challenges and solutions when applying implicit motor learning theory in a high performance sport environment: Examples from rugby league. *International Journal of Sports Science & Coaching*. 2011;6(4):567-75.
62. Lam WK, Masters RS, Maxwell JP. Cognitive demands of error processing associated with preparation and execution of a motor skill. *Consciousness and cognition*. 2010;19(4):1058-61.
63. Maxwell JP, Masters RS, Eves FF. From novice to no know-how: A longitudinal study of implicit motor learning. *Journal of sports sciences*. 2000;18(2):111-20.
64. Mohamadi J, Ghamari A, Hesari SA. Learning and generalization of the errorless and error full practice in girls 10 to 12 years. *Motor Behavior*. 2016;8(23):49-64.
65. Salehi H, Mehrvarz M, Rafaei M. Errorless Practice to Facilitate Implicit Motor Learning in Children. *Journal of Sports and Motor Development and Learning*. 2018;10(3):367-84.
66. Sanli EA, Lee TD. What roles do errors serve in motor skill learning? An examination of two theoretical predictions. *Journal of motor behavior*. 2014;46(5):329-37.
67. Sanli EA, Lee TD. Nominal and functional task difficulty in skill acquisition: Effects on performance in two tests of transfer. *Human movement science*. 2015;41:218-29.
68. Ghamari A, Mohamadi J, Mohamadi M. The effect of errorless and errorfull practice on learning and transfer of dart throwing skill in adolescents with intellectual disabilities. *Motor Behavior*. 2015;7(21):111-26.
69. Schmitz X, Bier N, Joubert S, Lejeune C, Salmon E, Rouleau I, Meulemans T. The benefits of errorless learning for serial reaction time performance in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2014;39(2):287-300.
70. van Abswoude F, Santos-Vieira B, van der Kamp J, Steenbergen B. The influence of errors during practice on motor learning in young individuals with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*. 2015;45:353-64.
71. Tollabi M, Boroujeni ST, Arabameri E, Shahbazi M, Lohse KR. Determining the optimal challenge point for learning motor skills in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Human Movement Science*. 2024;98:103296.
72. Emanuel M, Jarus T, Bart O. Effect of focus of attention and age on motor acquisition, retention, and transfer: a randomized trial. *Physical therapy*. 2008;88(2):251-60.
73. Morey RD. Confidence intervals from normalized data: A correction to Cousineau (2005). *Tutorials in quantitative methods for psychology*. 2008;4(2):61-4.
74. Van der Molen MJ, Van Luit JE, Jongmans MJ, Van der Molen MW. Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007;51(2):162-9.
75. Naseri A, Bahram A, Salehei H, Daneshfar A. The Effect of Errorless and Error full training programs on Learning Aiming task in Adolescents. *Journal of Sport Management and Motor Behavior*. 2021;17(33):177-61.
76. Robinson LE, Stodden DF, Barnett LM, Lopes VP, Logan SW, Rodrigues LP, D'Hondt E. Motor competence and its effect on positive developmental trajectories of health. *Sports medicine*. 2015;45:1273-84.
77. Škundrić G, Mačak D, Damjanović S, Popović B. Motor competence of children with different levels of physical activity. 2023.
78. Zampella CJ, Wang LA, Haley M, Hutchinson AG, de Marchena A. Motor skill differences in autism spectrum disorder: A clinically focused review. *Current psychiatry reports*. 2021;23(10):64.
79. Morano M, Bortoli L, Ruiz MC, Campanozzi A, Robazza C. Actual and perceived motor competence: Are children accurate in their perceptions? *PLoS one*. 2020;15(5):e0233190.

80. Berk L. Child Development: Australia: Pearson Australia; 2015.
81. Davidson MC, Amso D, Anderson LC, Diamond A. Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: Evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching. *Neuropsychologia*. 2006;44(11):2037-78.
82. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: Guilford Publications; 2014.
83. Ghamarigivi H. Comparison of executive functions among children with attention deficit hyperactivity disorder, learning disability and normal children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;11(44):33-322.
84. Henderson K. Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder: Instructional strategies and practices: US Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs.; 2004.
85. Flavell JH, Miller SA, Miller PH. Cognitive Development [4 ed.]. Prentice Hall 2002.
86. Piepmeyer AT, Shih C-H, Whedon M, Williams LM, Davis ME, Henning DA, et al. The effect of acute exercise on cognitive performance in children with and without ADHD. *Journal of sport and Health science*. 2015;4(1):97-104.
87. Scharoun S, Bryden P, Otipkova Z, Musalek M, Lejcarova A. Motor skills in Czech children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their neurotypical counterparts. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):4142-53.
88. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual review of medicine*. 2002;53(1):113-31.
89. Diamond A, Barnett WS, Thomas J, Munro S. Preschool program improves cognitive control. *Science*. 2007;318(5855):1387-8.
90. Sibley BA, Etnier JL. The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric exercise science*. 2003;15(3):243-56.