



شناسایی کودکان بیش فعال و چگونگی برخورد با آنها

فرهاد بهارلویی یانچشمه ، مصطفی حشمت ، محسن اسکندری

farshadbaharlouei@yahoo.com فرهاد بهارلویی یانچشمه

mostafa.heshmat0149@gmail.com مصطفی حشمت

mohsen.skandary81@gmail.com محسن اسکندری

چکیده

بیش فعالی یا ADHD اختلالی است که در آن پرتحرکی ، بی توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد ۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند و در پسرها شایع تر است . ممکن است در بعضی بیشتر علایم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علایم بی توجهی بیشتر دیده شود . علایم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می شود ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می گردد . مشکل اصلی کودکان عدم توانایی آنها در حفظ و تنظی رفتارشان است ، در نتیجه اغلب نمی توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هماهنگ باشد نشان دهند . خوابیدن و غذا خوردن آنها منظم نیست به نظر میرسد در همه چیز دخالت می کنند و مراقبت دایمی نیاز دارند . از نظر هیجانی ثبات ندارند ، بطور ناگهانی می خندند یا گریه می کنند و رفتارشان غیرقابل پیش بینی یا ارزیابی است . رفتار کودکان روی عملکرد آنها در خانواده ، اجتماع مردم و مدرسه تاثیر سوء می گذارد و باعث واکنش های منفی اطرافیان ، خانواده ، کادر مدرسه و همسالان می شود . این رفتارها مشکلات جدی در مدرسه و اجتماع ایجاد می کند و باعث کاهش اعتماد به نفس و احساس بی کفایتی در این کودکان می گردد . همچنین می توان گفت در صورت عدم کنترل ، میزان گرایش کودکان دارای این اختلال به مواد مخدر نسبت به افراد عادی بیشتر بوده و در نتیجه می توانند ناهنجاری های اجتماعی بیشتری را به وجود آورند این پژوهش به روش توصیفی انجام شده است و به دنبال راه های درمان و کنترل کودکان مبتلا به این بیماری می باشد .

واژه های کلیدی

اختلال ، بیش فعالی ، کودکان ، ADHD



مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراه‌اند. محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند. اختلال‌های رفتاری به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (فرولدینادال، ۲۰۰۲). از جمله اختلال‌های رفتاری، اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. یکی از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی کودکان و نوجوانان که بیشترین تحقیقات و پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است، اختلال پر تحرکی و نارسایی توجه (AD/HD) می‌باشد، که یک اختلال زیستی و عصب‌شناختی است که ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه را در بر می‌گیرد. اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان‌پزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند کاستی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری دارد. در صورت ناشناخته ماندن این اختلال عوارضی چون شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزت نفس در کودک مبتلا پیش خواهد آمد؛ بنابراین، نکته قابل توجه این است که علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی باید به موقع شناسایی و قبل از تضعیف عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک تشخیص داده شود. بطور کلی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یک الگوی رفتاری زیان بخش است که اغلب با مشکلات یادگیری همراه است، چه به عنوان علت اصلی مشکل و یا به عنوان یک مشکل جنبی، بیش‌فعالی است [۱] (غنی‌لو، شریفی و کرمی، ۱۳۹۵).

بیان مسأله

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، رایج‌ترین اختلال عصبی/ رفتاری دوران کودکی است که دارای سه مشخصه بالینی بیش‌فعالی، نارسایی توجه و رفتارهای تکانشگری است که قبل از ۷ سالگی قابل تشخیص است. توجه نکردن به این نکته می‌تواند موقعیت کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را در آینده تحت تأثیر قرار دهد و زمینه را برای بروز رفتارهای مخرب و پر خاشگرانه با همسالان، والدین و دیگران فراهم می‌کند و باعث شکست آنان در بازی با کودکان و طرد شدن توسط آنها می‌شود [2] (عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی، ۱۳۹۷).

اختلال بیش‌فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است، معمولاً در دوران کودکی بروز می‌کند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می‌توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش‌بینی‌های لازم را به عمل آورند. این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است. با توجه به اهمیت موضوع و با در نظر گرفتن این نکته که کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی در هنگام یادگیری با مشکل مواجه هستند و باید به آنها آموزش داد در این مقاله سعی داریم شناسایی کودکان بیش‌فعال و چگونگی برخورد با آنها مورد بحث قرار خواهد گیرد.



اهمیت و ضرورت

امروزه بسیاری از مادران و پدران از شیطنت بسیار زیاد کودکانشان شکایت دارند. آنها اظهار می دارند که فرزندشان مرتب در حال حرکت و فعالیت است و نوعی حالت بی قراری و ناآرامی در او مشاهده می کنند [3] (امرا و بیگدلی، ۱۳۹۴). برخی از این والدین از فقدان تمرکز حواس و ضعف درسی کودک نیز صحبت می کنند. آنها علت این فعالیت بیش از اندازه را نمی دانند و مرتب فرزندشان را مورد سرزنش قرار می دهند. این کودکان بعضاً مورد انتقاد و تنبیه بسیار زیاد قرار می گیرند. عده ای از پدر و مادرها کنترل خود را از دست می دهند و این کودکان را به شدت کتک می زنند یا آنها را تهدید می کنند. آنها اضافه بر ناآرامی بسیار زیاد، نوعی اضطراب و اجبار برای خرابکاری نیز دارند. آنان اشیا را می شکنند یا پرتاب می کنند. همچنین کنجکاو بسیار از خود نشان می دهند و نه تنها اسباب بازی هایشان را خراب می کنند، بلکه اشیاء و وسایل منزل را نیز دستکاری و خراب می کنند. کارهای خطرناک را دوست دارند و ابدأ احساس خطر نمی کنند. بنابراین رفتارهایی بی مهابا از آنها سر می زند. برخی از بزرگسالان آنها را افرادی بی باک و شجاع تصور می کنند؛ در حالی که این رفتارهای بی مهابا نشانگر این واقعیت است که احساس خطر واقعی - که یک احساس طبیعی است و بایستی در کودکان وجود داشته باشد - در این بچه ها وجود ندارد. بازی های خطرناک - از جمله بازی با کبریت - و علاقه به وسایلی چون کارد و چاقو نشانه های دیگری از گرایش ها و رفتارهای غیرطبیعی این بچه هاست.

اختلال نقص توجه/بیش فعالی شایع ترین اختلال روان پزشکی کودکان است. آمار گوناگونی در زمینه نرخ شیوع این اختلال وجود دارد. در DSM-5 شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده اس (انجمن روانپزشکی آمریکا). بیش فعالی به حالتی دلالت می کند که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پرجنب و جوش است. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها را بلکه اطرافیان، همکلاسها، اولیای مدرسه را دچار مشکل می کند. از آن جایی که در میان درصد بالایی از معتادین و افرادی که ترک تحصیل کرده اند علایم بیش فعالی در کودکی قابل مشاهده است، از طرفی کودکان بیش فعال در معرض خطر بالایی از اختلال سلوک شخصیت ضداجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند، لذا آگاهی همگان بویژه والدین و معلمان در این حالات از اهمیت بسزایی برخوردار است. نقص در تمرکز یا اختلال بیش فعالی شرایطی را برای کودک ایجاد می کند که نتواند آرام و بدون حرکت بنشیند، رفتارش را کنترل کرده و توجه خود را به یک موضوع خاص معطوف کند [۴] (دانشنامه رشد). بنابراین ضرورت موضوع و اهمیت آن بیش از پیش بر ما آشکار می شود و لازم است در مورد این اختلال بیشتر بدانیم و در صدد رفع و درمان آن برآییم.

اختلال نقص توجه/بیش فعالی

از مهم ترین ویژگی های اختلال نقص توجه -بیش فعالی، الگوی پایدار بی توجهی یا بیش فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا رشد فرد اختلال ایجاد می کند. بی توجهی در این اختلال به صورت پرت شدن از تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکل متمرکز ماندن و نامنظم بودن آشکار می شود و ناشی از لجبازی یا فقدان درک نیست. به عبارتی بیش فعالی به فعالیت حرکتی بیش از حد در زمانی که نامناسب است، یا وول خوردن مفرط، تلنگر زدن و پرحرفی اشاره دارد. این اختلال در بزرگسالان به صورت بی قراری شدید یا منحرف کردن دیگران از فعالیتشان آشکار می شود. تکنانشگری در اختلال بیش فعالی به اعمال عجولانه ای که به صورت لحظه ای بدون دوراندیشی روی می دهند اشاره دارد که به احتمال زیاد به فرد لطمه می زنند. اختلال بیش فعالی/نقص توجه از کودکی آغاز می شود. شرایط لازم برای اینکه چند نشانه قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند، از اهمیت بالینی قابل ملاحظه ای برخوردار است. درعین حال، به خاطر مشکلاتی که در



تعیین دقیق این اختلال در شروع کودکی وجود دارد، سن دقیق مشخص نشده است. تائید نشانه‌های قابل ملاحظه در موقعیت‌های مختلف، معمولاً بدون مشورت با منابع خبر که فرد را در این موقعیت دیده‌اند، نمی‌تواند به صورت دقیق انجام شود. معمولاً نشانه‌ها بسته به زمینه در موقعیتی خاص، تفاوت دارند؛ در صورتی که فرد برای رفتار مناسب پاداش‌های مکرر بگیرد، تحت نظارت دقیق باشد، در موقعیت تازه باشد، به فعالیت‌های خیلی جالب بپردازد، تحریک بیرونی مستمر داشته باشد، یا در موقعیت‌های تک‌به‌تک در حال تعامل کردن باشد، علائم این اختلال می‌تواند خیلی کم یا وجود نداشته باشد [5] (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۴).

ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

مجموعه‌ای فراگیر از رفتارهای بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی -تکانشگری که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می‌کند، به صورتی که با (۱) و یا (۲) مشخص می‌شود:

۱. بی‌توجهی: شش نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به مدت ۶ ماه ادامه می‌یابند و با سطح رشد ناهماهنگ هستند و بر فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی شغلی تأثیر منفی می‌گذارند:

توجه: نشانه‌ها صرفاً جلوه رفتار نافرمانی، لجبازی، خصومت، یا ناتوانی در درک تکالیف یا دستورالعمل‌ها نیستند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بالاتر) حداقل پنج نشانه ضروری است.

اغلب به نظر می‌رسد که وقتی مستقیماً با او صحبت می‌شود گوش نمی‌دهد (مثلاً به نظر می‌رسد که ذهن جای دیگر است، حتی در غیاب هرگونه حواسپرتی واضح).

اغلب دستورالعمل‌ها را دنبال نمی‌کند و نمی‌تواند تکالیف درسی، کارهای عادی و روزمره، یا وظایف را در محل کار کامل کند (مثلاً تکالیف را شروع می‌کند، اما به سرعت تمرکز خود را از دست می‌دهد و به راحتی از موضوع منحرف می‌شود).

اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت‌ها مشکل دارد (مثلاً به سختی می‌تواند تکالیف پشت سر هم را مدیریت کند؛ به سختی می‌تواند لوازم و متعلقات را منظم نگه دارد؛ کار، آشفته و نامنظم است؛ مدیریت زمان نامناسب دارد؛ نمی‌تواند مواعده‌ها را برآورده کند).

اغلب از پرداختن به تکالیفی که به تلاش ذهنی مداوم نیاز دارند اجتناب می‌کند، از آن‌ها بیزار است، یا مایل به انجام دادن آنها نیست (مثل تکالیف درسی یا تکالیف خانگی؛ در مورد نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، آماده کردن گزارش‌ها، پرکردن فرم‌ها، بازبینی مقالات طولانی).

۲. بیش‌فعالی و تکانشگری: شش نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به مدت ۶ ماه ادامه می‌یابند که با سطح رشد ناهماهنگ هستند و بر فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی/شغلی مستقیماً تأثیر منفی می‌گذارند:



توجه: نشانه‌ها صرفاً جلوه رفتار نافرمانی، لجبازی، خصومت، یا ناتوانی در درک کردن تکالیف یا دستورالعمل‌ها نیستند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بزرگتر) حداقل پنج سال نشانه ضروری است.

اغلب دست‌ها و پاها بی‌قرارند و در صندلی خود وول می‌خورند.

در موقعیت‌هایی که نشسته ماندن انتظار می‌رود، اغلب صندلی خود را ترک می‌کند (مثلاً محل کار خود را در کلاس، اداره یا محل کار دیگر یا موقعیت‌های دیگری که باقی ماندن در محل ضرورت دارد، ترک می‌کند).

اغلب در موقعیت‌های نامناسب، می‌دود یا از چیزها بالا می‌رود. (توجه: در نوجوانان یا بزرگسالان، ممکن است به احساس بی‌قراری محدود باشد)

اغلب نمی‌تواند ساکت بازی کند یا به فعالیت‌های اوقات فراغت بپردازد.

اغلب «در حال جنب و جوش» است، طوری عمل می‌کند گویی «موتوری او را به حرکت وامی دارد» (مثلاً نمی‌تواند برای مدت طولانی آرام باشد یا از آرام بودن ناراحت است، مثل زمانی که در رستوران یا جلسات است؛ ممکن است دیگران احساس کنند که او بی‌قرار است یا به سختی می‌توان پا به پای او رفت).

اغلب بیش از اندازه صحبت می‌کند.

اغلب مزاحم دیگران می‌شود (برای مثال، وسط گفتگوها، بازی‌ها، یا فعالیت‌ها می‌پرد؛ ممکن است از لوازم دیگران بدون اجازه گرفتن استفاده کند؛ در مورد نوجوانان و بزرگسالان، ممکن است مزاحم کار دیگران شود).

چند نشانه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی – تکانشگری قبل از ۱۲ سالگی وجود دارند.

چند نشانه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی – تکانشگری در دو موقعیت یا بیشتر وجود دارند (مثلاً در خانه، مدرسه، یا محل کار؛ با دوستان یا خویشاوندان؛ در فعالیت‌های دیگر).

دلیل روشنی وجود دارد مبنی بر اینکه نشانه‌ها در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی اختلال ایجاد می‌کنند یا کیفیت آن را کاهش می‌دهند.

نشانه‌ها منحصراً در طول دوره اسکیزوفرنی یا اختلال روان‌پریشی دیگر روی نمی‌دهند و اختلال روانی دیگری (مثل اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجربه‌ای، اختلال شخصیت، مسمومین یا ترک مواد) آنها را بهتر توجیه نمی‌کند. [۵] (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۴).



مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی

مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی را می توان به چند دسته تقسیم کرد؛

(۱) مشکلات مربوط به بی توجهی

(۲) مشکلات مربوط به بیش فعالی

(۳) مشکلات مربوط به تکانشگری

تکانشگری چهار نوع است:

(۱) ناتوانی های یادگیری: این کودکان در زمینه ی توانایی یادگیری دارای مشکلات پایدار هستند.

(۲) مشکلات اجتماعی: کودکان در رفتارهای اجتماعی مشکل دارند چراکه این کودکان معمولاً ناراحت، پرسروصدا و زورگو هستند و دوستان و همسالانشان آن ها را از خود می رانند، دوستان کمتری دارند و سایرین نظر منفی در مورد آن ها دارند و هرچه بزرگ تر می شوند مشکلات آنان بیشتر می شود.

(۳) نارسایی های شناختی: علاوه بر مشکل در توجه، وجود برخی مشکلات در عملکردهای مربوط به تمرکز حواس، باعث بروز مشکل در عملکرد هوشی کودکان بیش فعال می شود.

(۴) مشکلات هیجانی: بر اساس مطالعات، حدود یک سوم از این کودکان اختلال های اضطرابی دارند که نوعی «چرخه معیوب» را تشکیل می دهند که این کودکان را در خود محصور می کند.

عملکرد ضعیف ← عدم تأیید و ناکامی ← عزت نفس پایین ← عملکرد بدتر

بدیهی است که این چرخه می تواند به راحتی فرد را دچار افسردگی و پریشان حالی کند.

(۵) اختلالات یادگیری دیداری-حرکتی: این کودکان دارای دشواری های ویژه ای در حساب و خطنویسی هستند. آن ها احتمالاً در یادگیری دوچرخه سواری و مهارت های ورزشی مشکل دارند.

(۶) تمرکز: کودکان بیش فعال در مقایسه با همسالان خود در امر دقت و تمرکز مشکل دارند و این موضوع به ویژه زمانی چشمگیر است که او با کارهای روزمره و عادی یا فعالیت ها یا کنشگری های یکنواخت روبه رو شود.



۷) مشکلات حرکتی: کودکان بیش فعال دائماً در حال جنبش و حرکت هستند و مادران این کودکان می‌گویند: «فرزندانشان کارشان را تند شروع می‌کنند و بی‌قرار هستند و انگار موتوری درونشان است که متوقف نمی‌شود». از نظر رفتار حرکتی، این کودکان سازمان‌دهی حرکتی ضعیف و نارسایی دارند؛ دیرتر راه می‌افتند و دارای مشکل ادراک دیداری - حرکتی نیز هستند.

۸) ناهماهنگی حرکتی: شصت درصد از این کودکان دارای هماهنگی‌های حرکتی ضعیف با اختلال هماهنگی رشدی می‌باشند [۶] (پیشابادی، خطایی، فتحی و رنجبر، ۱۳۹۱)

سبب‌شناسی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

هنوز علت دقیق بروز اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مشخص نیست؛ اما مطالعات مختلف اذعان دارند که ژن نقش مهمی را بازی می‌کند. مثل خیلی از بیماری‌های دیگر، این اختلال نیز می‌تواند متشکل از عوامل مختلفی باشد که در زیر به تعدادی از آنها اشاره می‌شود:

عوامل ژنتیکی: محققین در پی یافتن چندین ژن هستند که ممکن است انسان را به سمت اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی سوق می‌دهد. شناختن این ژن‌ها ممکن است روزی به محققین در پیشگیری از افزایش این اختلال کمک نماید. در مطالعه اعضای خانواده این کودکان، مشاهده می‌شود که یکی از اعضاء به علت عوامل ژنتیکی دارای همین اختلال است. همچنین مطالعات دوقلوها نشان می‌دهد که اگر یکی از دوقلوهای همسان و یکی از دوقلوهای ناهمسان دارای این اختلال باشند، فرد دوم دوقلوی همسان با احتمال بیشتری نسبت به دوقلوهای ناهمسان، دارای اختلال است [۷] (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۶).

عوامل عصب‌شناختی و عصبی - شیمیایی: قبلاً این اختلال به‌عنوان یک مشکل عصب‌شناختی شناخته می‌شد؛ لیکن بعدها نتیجه نوعی آسیب یا کارکرد بد مغزی در نظر گرفته شد؛ بنابراین، به‌منظور یافتن علت یا علل اصلی، باید دستگاه عصبی و انتقال‌دهنده‌های عصبی مورد بررسی قرار گیرند. به‌طور کلی در این کودکان، کارایی مغز در زمینه‌های متعدد و جدی همچون هوشیاری، مکیدن، بلعیدن، حرکت‌های اضافی هنگام غذا خوردن و فزون جنبشی با اشکال همراه است [۶] (پیشابادی و همکاران، ۱۳۹۱). سروتونین^۱، به‌عنوان انتقال‌دهنده کلیدی مرتبط با این اختلال حائز توجه است. دوپامین نیز به‌عنوان مشکل اصلی معین شده است. شواهد نشان می‌دهد که سطوح دوپامین ۲ در غشای پیشانی بسیار کم می‌شود که با کارکرد اجرایی تداخل می‌کند. همچنین سطح این هورمون در عقده‌های پایه ۳ بسیار بالا می‌رود و در نتیجه، منجر به بیش‌فعالی و تکانشگری می‌شود [۷] (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۶).

آسیب‌های مغز: کودکانی که از آسیب‌های مغزی رنج می‌برند، ممکن است برخی رفتارهای مشابه کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش‌فعالی را بروز دهند. فقط درصد کمی از کودکانی که آسیب مغزی داشته‌اند به بیش‌فعالی مبتلا شده‌اند.



عوامل محیطی: بر اساس مطالعات، ارتباط بالقوه‌ای بین کشیدن سیگار و مصرف الکل در طول دوران حاملگی و بروز اختلال کاستی توجه/بیش فعالی در کودکان وجود دارد. علاوه بر این، کودکانی که در معرض سطوح بالای سرب هستند، احتمال ابتلای بیش‌تری را به این عارضه دارند.

عوامل روان‌شناختی: تعامل طبیعت-تربیت، کودکان برای ایجاد دل‌بستگی و آرامش نیاز به محبت و رابطه سالم در خانواده دارند؛ جدایی کودکان از والدین و پرورش یافتن در مؤسسه‌ها، حتی پس از جایگزینی آن‌ها در خانواده‌های آرام، به مشکل‌های رفتاری متنوعی از جمله فزون‌بخشی منجر می‌شود [۶] (پیشابادی و همکاران، ۱۳۹۱).

درمان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی

انواع مهم شناخته‌شده درمان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی عبارت‌اند از: برقراری و تداوم یک محیط سازمان‌یافته، رفتاردرمانی، رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی.

۱. برقراری و تداوم یک محیط سازمان‌یافته

به دلیل آنکه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی فاقد کنترل محرک می‌باشند، اولین قدم در فرایند درمان این است که محیطی به‌خوبی سازمان‌یافته و منظم فراهم آید؛ چراکه چنین محیطی احتمال بروز رفتار بیش‌فعالی و تکانشگری در کودک را کاهش می‌دهد. در گزارش پراینس (۱۹۹۴) به‌منظور جبران فقدان کنترل محرک در کودکان بایستی تذکر، سرخ و تقویت‌کننده‌های بیشتری نسبت به کودکان عادی دریافت نمایند. همچنین یک محیط کاملاً سازمان‌یافته اثر سودمندی بر رفتار کودکان دارد و باید به‌طور نامحدودی تداوم یابد [۸] (حسین‌زاده‌ملکی، ۱۳۹۸).

۲. رفتاردرمانی

توجه به مشکلات رفتار از طریق مداخله‌های درمانی-رفتاری ممکن است مؤثر واقع شود که این مداخله‌ها فنون مختلفی از قبیل پاداش پته‌ای، جریمه و محروم کردن را شامل می‌شود. برنامه‌های شرطی‌سازی کنشگر در درمان بیش‌فعالی و کاستی توجه توأم با آن، به‌ویژه در کوتاه‌مدت، نسبتاً مؤثر بوده‌اند. [۹] (روزنهان و سلیم‌ن^۱ ۲۰۰۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

۳. درمان شناختی-رفتاری

از چشم‌انداز شناختی-رفتاری، کندال (۱۹۹۹) خاطرنشان می‌سازد که کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه-فزون‌کنشی در پردازش اطلاعات نقص نشان می‌دهند. آنها وقت خود را صرف توجه به نشانه‌ها و اطلاعات اجتماعی و پردازش آنها، همچنین فکر کردن در مورد یک موقعیت و برنامه‌ریزی برای آن نمی‌کنند. هدف رفتاردرمانی شناختی کمک به کودکان برای خود نظارتی بیشتر آنها و استفاده



از راهبردهایی است که بتوانند خود را اداره نموده و با خود کنار آیند. در نتیجه، هدف نهایی درمان اختلال کاستی توجه/بیش فعالی توانا ساختن کودکان در کنار آمدن با موقعیت‌ها و مشکلاتی است که در طول زندگی با آن روبه‌رو می‌شوند که چنین هدفی تنها با دارودرمانی یا حفظ قواعد یادگیری کودکان به دست نمی‌آید و نیل به این هدف تنها با آموزش راهبردهای کودکان برای سروکار داشتن با مردم و همچنین تکالیفی که به عملکرد روزمره آنها کمک می‌کند، امکان‌پذیر است. اغلب رفتاردرمانی‌های شناختی را می‌توان به‌عنوان آموزش‌های (تمرین) توقف کن-فکر کن-عمل کن توصیف نمود. این نوع درمان معمولاً توسط یک درمانگر حرفه‌ای هدایت می‌شود، با این حال گاهی اوقات این درمان‌ها توسط والدینی که برای هدایت برنامه با کودکان آموزش دیده‌اند، انجام گرفته است. کودک آموخته است به روشی منطقی و گام‌به‌گام از عهده تکلیف‌ها و مشکلات برآید [۸] (حسین‌زاده‌ملکی، ۱۳۹۸).

۴. دارودرمانی کودکان بیش‌فعال در صورت استفاده از داروهای آرام‌بخش بدتر می‌شوند. در عوض، وقتی که به این کودکان داروهای محرک می‌دهند، رفتار بیش‌فعال آنها کاهش می‌یابد. رایج‌ترین داروی محرک، به نام میتل فنیدات^۱ با نام تجاری ریتالین است که رفتار پرتوقع، مخرب و سر بیچیننده را کاهش می‌دهد. با این حال، ریتالین عوارض جانبی زیادی چون بی‌خوابی، سردرد و تهوع دارد. به‌علاوه، بهبودی در کودکان بیش‌فعال با مصرف داروهای محرک کوتاه‌مدت است. کودکانی که تحت این دارودرمانی‌ها قرار می‌گیرند از کودکانی که تحت این درمان قرار نمی‌گیرند پیش‌آگاهی بهتری دارند. به‌علاوه بین کودکان از نظر پاسخ‌هایشان به این داروها تفاوت‌های زیادی وجود دارد. برخی کودکان سریعاً و به مقدار کم دارو پاسخ می‌دهند در حالی که کودکان دیگر فقط به مقدار زیاد دارو پاسخ می‌دهند [۹] (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

نقش والدین در درمان این اختلال

۱) ابتدا باید مطمئن باشیم که فرزندمان واقعاً نشانه‌های این اختلال را دارد؛ به علاوه تشخیص نهایی توسط متخصص انجام می‌پذیرد. گاهی والدینی که افرادی بسیار مضطرب و نگران هستند، ممکن است جنب و جوش‌های طبیعی فرزند را دلیلی بر بیش‌فعالی بدانند. بنابراین در قدم اول بایستی راجع به تشخیص مطمئن باشیم و به فرزندمان برچسب‌های نادرست نزنیم.

۲) انرژی اضافه این کودکان باید از طریق فعالیت‌های مثبت، از جمله ورزش کردن، مصرف شود. بهتر است آنها را برای بازی به زمین‌های بزرگ برد و اجازه داد که به فعالیت‌های لذت‌بخش بپردازند. یا این که روزانه برای پیاده‌روی آنها را از خانه خارج کرد. در منزل نیز بایستی مسئولیت‌هایی که از لحاظ جسمی، قدری بچه‌ها را خسته می‌کند به آنها بسپاریم تا به این وسیله انرژی بیش از حد آنان گرفته شود. البته خوب است گاهی برای انجام این مسئولیت‌ها جوایزی هم در نظر بگیریم.

۳) به خاطر داشته باشیم این کودکان را به هیچ وجه کتک نزنیم؛ زیرا رفتارهای انتقام‌جویانه از آنها سر خواهد زد. بهتر است با آنان مؤدبانه و با محبت صحبت کنیم. البته در برخورد با سایر کودکان نیز داشتن رفتاری مهرآمیز و عاری از خشونت لازم است.



۴) گروهی از مواد غذایی - از جمله کاکائو، شکلات، قهوه، نسکافه، نوشابه های رنگی و تنقلات - باعث تحریک پذیری می شوند و لازم است تا حد امکان از دادن آنها به بچه ها خودداری شود.

۵) خواب شبانه ای این کودکان موضوع مهمی است؛ آنها باید شب ها زودتر به رختخواب بروند. بهتر است والدین برنامه خانواده را به گونه ای مناسب تنظیم کنند و به هر طریق ممکن به کودک بفهمانند این یکی از قوانین خانواده اوست که شب ها تا دیر وقت بیدار نماند. در همین زمینه توصیه می شود کودک از وسایلی چون کامپیوتر و تلویزیون به صورت افراطی استفاده نکند.

۶) چنانچه کودک بیش فعال از لحاظ توجه و تمرکز بسیار مشکل داشته باشد و رفتارهای او موجب اذیت و آزار فراوان شود، بهتر است با روان پزشک کودک و نوجوان مشورت شود تا به صلاح دید او کودک مقداری داروی اختصاصی این اختلال را مصرف کند. [۱۰] (کلاتر، ۱۳۹۸)

راه کارهایی برای والدین در برخورد با کودکان بیش فعال

خیلی از والدینی که کودکان دچار بیش فعالی است، نمی دانند باید با او چگونه برخورد کنند، راهکارهای پیشنهادی می تواند کمکی در نوع برخورد والدین با کودک بیش فعال باشد:

۱) کودکان آینده شما هستند. هر رفتاری که انجام دهید، او با الگو گیری از شما همان عمل را تکرار خواهد کرد. پس اگر می خواهید کودکان صدایش را بلند نکنند، خودتان نیز در عمل صدایتان را در حد معقول نگه دارید.

۲) احساسات را از رفتار او نسبت به خودتان صادقانه به او نشان دهید. مثلاً اگر با کاری ناراحتتان کرد، این ناراحتی را پنهان نکنید، بلکه به او نشان دهید که ناراحت شده اید.

۳) فرزندان را تشویق کنید، برای مثال اگر فرزند شما تکالیف خود را که قبلاً به موقع انجام نمی داد، اکنون درست و به موقع انجام داده به او بگویید: من از داشتن فرزندی مثل تو که تکالیفش را به وقت انجام می دهد افتخار می کنم.

۴) به آسانی جلوی کودکان زانو زده و مقابل او بنشینید. بگذارید به واسطه حرفهائیتان توجه او به شما جلب شود. نه اینکه به زور او را وادار به این امر کنید. این عمل یکی از مثبت ترین راههای ارتباطی با کودک است.

۵) به سخنان او گوش دهید. نقش یک شنونده خوب را برایش ایفا کنید با گفتن کلماتی همچون؛ من درکت می کنم، به او آرامش را هدیه دهید.

۶) به قولی که به کودکان می دهید، بیش از هر قولی پایبند باشید، چون باعث شده او به شما اطمینان کند و با شما راحت تر کنار بیاید. برای مثال اگر قول داده اید بعد از تمیز کردن اتاقش او را به پارک ببرید سر قولتان باشید و این کار را انجام دهید.

۷) وسایل با ارزشی که کودکان برای بازی به آنها توجه دارد برای آنکه به آنها صدمه ای نرساند، از دسترس او دور کنید. در این صورت هم خودتان در آرامشید و هم او خرابکاری نمی کند.



۸) حد و مرزی برای روابطتان با فرزند خود قائل شوید. مثلا در هر کار شخصی او دخالت نکنید. دستورالعملها، درخواستها و پاسخهای منفی را تا حد امکان کم کنید تا او دچار ناهنجاری فکری و ذهنی نشود.

۹) به او بفهمانید که با داد و فریاد کاری از پیش نمی برد. اگر شما به داد و فریاد او برای درخواست چیزی توجه کنید او تصور می کند که به این شیوه به آنچه می خواهد می رسد. پس تمام خواسته های نامعقول خود را اینگونه بیان می کند.

۱۰) خواسته هایتان را راحت و صریح و با ملایمت به گونه ای مثبت با او در میان بگذارید و مطمئن باشید حتما انجام خواهد داد. برای مثال به جای گفتن در را باز نگذار به او بگویید: عزیزم؛ لطفا در را ببند!

۱۱) بگذارید مسئولیت کارهایش را خود به گردن بگیرد، به این ترتیب به او کمک کرده اید تا در مقابل بر خورد با مشکلات خود تصمیم بهتری بگیرد و در قبال کاری که انجام می دهد مسئولیت پذیر باشد.

۱۲) زیاد انتقاد نکنید، چون نتیجه ای جز خستگی به دست نمی آورید. خواسته های خود را در قالب یک بازی ساده به او بگوئید تا او نیز حین انجام بازی به خواسته شما عمل کند.

۱۳) به او ارزش دهید و به او نشان دهید که او نیز برای شما اهمیت دارد. او را در کارهایی که از پس آنها بر می آید سهمیم کنید. به این صورت هم اعتماد به نفس او را به کار انداخته اید، هم به شما کمک خواهد کرد و هم مسئولیت پذیری در او پرورش می یابد.

۱۴) موقعیت را فراهم کنید، تا او خود از حقوقش دفاع کند، چون شما همیشه کنار او نیستید که حق او را بگیرید. او باید خود قادر به این کار باشد.

۱۵) لبخند را به چهره فرزندتان هدیه دهید، با او شوخی کنید، با او بازی کنید و در بازی باعث خنده ی وی شوید. با یک شوخی ساده می توانید خنده را برای او به ارمغان بیاورید.

راه کارهایی برای آموزگاران

باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش آموزان دشوار هستند. برای مثال ممکن است که دانش آموز بیش فعال، در شروع یک کار دچار مشکل باشد در حالی که دانش آموزان دیگر در پایان دادن به یک عمل و شروع عمل بعدی مشکل داشته باشند. بنابراین هر یک از این دانش آموزان نیاز به کمک های متفاوتی دارند.

به دانش آموزان نشان دهید چگونه از کتاب تکلیف و برنامه های روزانه استفاده کنند. همچنین مهارت ها و روش های یادگیری را به آنها آموزش دهید و آنها را به شکل منظم تقویت کنید و پاداش دهید.

به دانش آموزان در فعالیت های بدنی شان کمک کنید. (برای مثال به آنها اجازه دهید تا کاری را ایستاده پای تخته سیاه انجام دهند). در بین برنامه ها به آنها استراحت دهید.



با والدین و دانش آموزان هر دو با هم برای نو آوری و اجرای یک برنامه تعلیم و تربیتی متناسب بمنظور نیل به نیازهای دانش آموزان به فعالیت و همکاری بپردازید.

انتظارات بالا از دانش آموزان داشته باشید اما سعی کنید راه‌های جدیدی را برای انجام کارها امتحان کنید صبور باشید و شانس دانش آموزان را برای کسب موفقیت بالا ببرید.

نتیجه گیری

بیش فعالی اختلالی است که در آن پر تحرکی، بی توجهی و رفتارهای نا گهانی در کودکان مبتلا، بیشتر و شدید تر از کودکان دیگر است. ۱۰-۵ درصد کودکان به این اختلال دچارند و در پسرها شایع تر است. علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی مشاهده می شود، ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدیتر است.

بیش فعالی، بیماری، عقب ماندگی ذهنی و یا مشکل روانی نیست. این کودکان به دلایلی بیشتر از سایرین فعالیت می کنند. بسیار سریع الانتقال بوده و گیرایی بالایی دارند. اکثراً بهره هوشی بالایی نیز دارند اما نیازمند نظم بخشیدن به این توانایی هستند.

اختلال بیش فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است، معمولاً در دوران کودکی بروز می کند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش بینی های لازم را به عمل آورند. این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است. اختلال نقص توجه- بیش فعالی، دارای سه مشخصه بالینی بیش فعالی، نارسایی توجه و رفتارهای تکانشگری است. چنانچه این بچه ها در سنین کودکی معالجه نشوند، در دوره نوجوانی احتمال این که رفتارهای ضداجتماعی داشته باشند و نیز حالات افسردگی در آنها به وجود آید، بسیار است. بنابراین به والدین توصیه می شود که حتماً در دوران کودکی برای معالجه این کودکان اقدام کنند [۱۰] (کلاتر، ۱۳۹۸). همچنین مطالعات نشان می دهد که کمبود در کارکردهای اجرایی می تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و کودکان را در انجام تکالیف مدرسه و امور شخصی با مشکل جدی روبه رو کند. به نظر می رسد تشخیص و مداخله به موقع در مشکلات این کودکان ضروری است.

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بر اساس وجود مشکلاتی در توجه، بازداری، مهار تکانشگری و سطح فعالیت تعریف می گردد. بر اساس نتایج پژوهش ها، کودکان مبتلا به این اختلال در حیطه های مهمی مانند حافظه کاری و کنش های اجرایی که در تحول بعدی فرد بسیار مهم می باشند، دارای ضعف هستند. این کنش ها به کودک اجازه می دهد تا رفتار خود را بازبینی کرده و مطابق با آن تغییر دهد. اغلب اوقات مشکلات کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی در کنش های اجرایی در تمامی حیطه های تحصیلی، اجتماعی و رفتاری او تبلور می یابد. بنابراین کودکان مبتلا به این اختلال بر اساس گزارش همسالان، والدین و معلمان دارای مشکلات عمیق در برقراری روابط با همسالان هستند. شواهد حاکی از آن است که این مشکلات اجتماعی از دوره کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد. این یافته در هر دو جنس و در هر شکل از اختلال صادق است. به طور کلی درک قابلیت اجتماعی کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش فعالی به بررسی برخی از جنبه های تحولی مانند تصور از خود، کنش های اجرایی و حافظه کاری در آنها بستگی دارد.



همچنین بررسی ریخت های مختلف این اختلال حاکی از آن است که کودکان با ریخت غلبه بر نارسایی توجه در مقایسه با ریخت ترکیبی اختلال، کمتر پرخاشگر بوده و از گوشه گیری بیشتری برخوردار هستند و در نتیجه به میزان بیشتری توسط همسالان مورد بی توجهی و غفلت قرار می گیرند [۱۱] (حسین خانداده، ۱۳۹۲).

منابع

- [۱] غنی لو، محمدرضا؛ محمد شریفی و حسین کرمی (۱۳۹۵)، بررسی تاثیر اختلال نقص توجه (بیش فعالی) بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان، اولین کنفرانس بین المللی مدیریت، حسابداری، علوم تربیتی و اقتصاد مقاومتی؛ اقدام و عمل، ساری، شرکت علمی پژوهشی باران اندیشه
- [۲] عبداللهی بقرآبادی، قاسم و قدرتی میرکوهی، مهدی (۱۳۹۷)، اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر میزان کفایت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه، نشریه علمی رویش روان شناسی، دوره ۷، شماره ۱ صفحات ۱۵۰-۱۳۵
- [۳] امرا، احسان و بیگدلی، لیلیا (۱۳۹۴)، نقش معلم در بهبود یادگیری دانش آموزان بیش فعال، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز، موسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز
- [۴] دانش نامه رشد، شبکه ملی مدارس
- [۵] انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. ترجمه: آوادیس یانسه، هاشمی میناباد، ح و عرب قهستانی، د (۱۳۹۴)، تهران: انتشارات رشد، چاپ اول
- [۶] پیشابادی، ع؛ خطایی، ت؛ فتحی، ع؛ رنجبر، ک (۱۳۹۱)، اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی، رشد و آموزش تربیت بدنی، دوره ۴، صفحات ۵۹-۵۵
- [۷] مدنی، سمیرا؛ علیزاده، حمید؛ فرخی، نورعلی؛ حکیمی راد، الهه (۱۳۹۶)، تدوین برنامه آموزشی کارکردهای اجرایی (بازداری پاسخ، به روزرسانی، توجه پایدار) و ارزیابی میزان اثربخشی آن بر کاهش نشانه های کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، روان شناسی افراد استثنایی، دوره ۷، شماره ۲۶، صفحات ۱-۱۷
- [۸] حسین زاده ملکی، زهرا؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ مشهدی، علی و محرری، فاطمه (۱۳۹۸)، اختلال نارسایی توجه - فزونی کنشی در سنین پیش دبستان (تجارب زیسته مادران)، فصلنامه روان کودک، دوره ۱، شماره ۶، صفحات ۲۷۵-۲۶۵
- [۹] سلیگمن، مارتین ای. پی و روزننهان، دیود ال، آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۰)، تهران: ارسباران
- [۱۰] کلانتر، سیدمحمد (۱۳۹۸)، بیش فعالی، علل و درمان، کلینیک خدمات مشاوره و روان درمانی
- [۱۱] حسین خانداده عباسعلی (۱۳۹۲)، آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، دوره ۸، شماره ۱۲۱، صفحات ۲۳-۴۱