

# تکنه‌هایی برای معلمان دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی

دکتر حمید علیزاده

توجه انتخایی و تمرکز حواس دارای دامنه توجه کمی هستند و از این رو مرتب وارد خیال‌پردازی و رویا می‌شوند (کیولی، ۱۹۹۸).<sup>۲</sup> که این ناتوانی به نوبه خود مشکل‌هایی را در پیشرفت تحصیلی، رفتارهای اجتماعی به وجود می‌آورد. خیال‌پردازی و رویایی بودن در کودکان با این اختلال در دوران ابتدایی بسیار گزارش شده است.

۲- فزون جنبشی: اولین ویژگی قابل مشاهده این کودکان جنب و جوش زیاد آنهاست. اگر نقص توجه جدی‌ترین مشکل این کودکان است اما فزون جنبشی متداولترین مشکل آنهاست. در (راهنمای تشخیصی و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ۱۹۹۴)

بیش‌فعالی<sup>۸</sup> مشکل بنیادین کودکان معرفی شده و مشاهده آن در مدرسه، خانه یا درمانگاه معیاری بسیار مهم برای تشخیص است. جنب و جوش زیاد این کودکان حتی از دوران درون رحمی توسط مادران گزارش شده است. آن‌ها زودتر از دیگران از خواب بلند می‌شوند و در خانه این طرف و آن طرف می‌روند. این کودکان دایماً اینطرف و آن طرف می‌روند و در جایجایی‌ها چندان ملاحظه‌گر نیستند که این بی‌ملاحظه بودن آن‌ها را در معرض خطر و تصادف قرار می‌دهد. (کینگ و ناشپیتز، ۱۹۹۱)<sup>۹</sup>

۳- تکانشی بودن: منظور از تکانشی بودن عبارت است از ((عمل بدون فکر))، ((عمل بدون برنامه)) و ((عمل بدون در

دانش‌آموزانی که در کلاس در درس درست می‌کنند، به بیرون کلاس خیره می‌شوند، ناآرام هستند، بدون اجازه حرف می‌زنند و دایماً جلب توجه می‌کنند همیشه از روی عمد این کارها را نمی‌کنند. گاهی دانش‌آموزانی که این نوع رفتارها را نشان می‌دهند دارای اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی<sup>۱</sup> هستند که یکی از متداولترین اختلال‌های دوران رشد کودکان است. به باور گولدستاين<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) ۳ تا ۵ درصد تمام کودکان به گفته شایوتیس و شایوتیس<sup>۳</sup> (۱۹۸۸) ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان مدرسه‌ای دارای این اختلال هستند. دانش‌آموزان با این اختلال دارای سه ویژگی اصلی هستند و دیگر مشکلات آن‌ها ناشی از این سه مشکل است:

۱- نارسایی توجه: نارسایی توجه مشخص‌ترین ویژگی این کودکان است (۱۹۹۴) انجمن روانپزشکی آمریکا). به گفته بارکلی<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) نارسایی توجه ممکن است الف) در جهت یابی محرک یا شناسایی آن باشد و یا ب) پاسخ غلط به جنبه‌های محرک یا کل محرک باشد. به گفته بارکلی مهمترین مشکل توجه در این کودکان "نگه‌داری توجه"<sup>۵</sup> است که مستلزم کنترل محرک‌های دیگر و پاسخ به یک محرک است. این کودکان در تمرکز حواس مشکل دارند و به راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند (بارکلی، دوپل و مک‌موری، ۱۹۹۰). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی به دلیل نارسایی در

نظر گرفتن پیامد رفتار)). تکانشی بودن از نظر کیفی غیر عادی نیست بلکه کمیت آن مهم است. چرا که همه افراد ممکن است در برخی مواقع تکانشی عمل کنند (کینتزبورن و سوانسون،<sup>۱۱</sup> ۱۹۷۹). تکانشی بودن یکی از ویژگیهای اصلی این کودکان است. تکانش مشکلاتی زیادی را برای آنها ایجاد می کند. برای نمونه، تکانشی بودن باعث می شود که کودک نتواند به اندازه کافی هدف مدار عمل کند. از این رو ممکن است روزی بتواند تکلیفی را انجام بدهد و روز دیگر مشابه آن تکلیف را نتواند انجام بدهد. به همین خاطر معلم یا والدین فکر می کنند که او به اندازه کافی توجه و تلاش نمی کند. در نتیجه معلم و والدین برای کودک فشار روانی ایجاد می کنند. معلمان باید بدانند که تکانشی بودن مانع از پایداری و ثبات این کودکان در انجام تکالیفها و مساله های بزرگتر می شود (گولدستاین و گولدستاین، ۱۹۹۸). تکانشی بودن می تواند علت بسیاری از پرخاشگریها و بزهکاریهای دوران کودکی یا نوجوانی شود.

### شناسایی در مدرسه

بسیاری از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می شوند و بیشتر وقتی که در محیط آموزشی - اجتماعی مدرسه قرار می گیرند مورد توجه و شناسایی واقع می شوند. معلمان می توانند با توجه به ویژگیهای این کودکان آنها را شناسایی کنند ولی نباید دست به

(( تشخیص )) بزنند بلکه باید آنها را برای ارزیابی دقیق و جامع به روان شناس یا روان پزشک معرفی کنند.

معلم می تواند رفتار کودک را در مدت زمانی که در کلاس درس یا در حیطه مدرسه است مشاهده کند و نکته هایی را یادداشت کند و آنها را برای روانشناس یا روان پزشک کودک ارسال کند. معلمان باید به این نکته ها توجه کنند: این دانش آموزان به حرف معلم گوش نمی کنند، در انجام تکلیف مشکل دارند، دچار بی ثباتی هستند، دست و پا چلفتی بوده و خیلی زود حواسشان پرت می شود، در دوست یابی مشکل دارند، بدون فکر عمل می کنند و به پرسشها بدون تفکر پاسخ می دهند، از نظر رشدی نابالغ و کوچکتر به نظر می رسند، معمولاً در یک یا چند درس مشکل دارند، در پسرها بیشتر است، اغلب پرخاشگر هستند (کولکون و بوندی،<sup>۱۲</sup> ۱۹۹۶، جاد،<sup>۱۳</sup> ۱۹۹۵، بارکلی، ۱۹۸۲، ۱۹۹۴).

معلم می تواند علاوه بر تهیه گزارش از رفتارهای اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودک، با تکمیل پرسشنامه زیر گام مهمی در کمک به تشخیص بردارد. (( مقیاس رتبه ای کانرز برای معلمان<sup>۱۴</sup> )) را می توان متداولترین مقیاسی دانست که توسط معلمان به منظور ارزیابی اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی (به معنای کلی ونه برای تفکیک انواع آن) در کودکان ۳ تا ۱۳ ساله به کار می رود (بور

میستر،<sup>۱۵</sup> ۱۹۹۲). به اعتقاد بارکلی (۱۹۸۲) این آزمون برای سنین ۳ تا ۱۷ سالگی مفید است. برای ارزیابی این اختلال ۷ پرسش در این مقیاس وجود دارد که به شکل زیر به آن پاسخ داده می شود (نگاه کنید به بارکلی، ۱۹۸۲).

هیچ وقت = ۰

کمی = ۱

تقریباً زیاد = ۲

خیلی زیاد = ۳

روش نمره گذاری و قضاوت به این گونه است که پس از نمره دادن جمع کل را بر ۷ تقسیم می کنیم اگر نتیجه بالاتر از ۱/۵ باشد کودک دارای اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی (به معنای کلی) است.

۱. بی قرار است و وول می خورد.
۲. وقتی که باید ساکت باشد سرو صدا می کند.
۳. درخواستهایش باید فوری برآورده شود.
۴. بچه های دیگر را اذیت می کند.
۵. بی قرار است و مدام این طرف و آن طرف می رود.
۶. هیجانی و تکانشی است.
۷. خیلی سعی می کند تا توجه معلمش را به خودش جلب کند.

### اقدامهای مفید از طرف معلم

در صورتی که ویژگیهای مورد بحث در بالا را در دانش آموزی مشاهده کردید ضمن معرفی او به روان شناس یا دکتر روان پزشک کودک، می توانید از راهکارهای زیر استفاده کنید:

- ۱- نیمکت یا صندلی او را در کنار

پنجره یا جایی که ممکن است حواس او را پرت کند قرار ندهید. بهتر است نیمکت او را در کنار میز خود یا در ردیف اول قرار بدهید. اگر راست دست است او را در جلوی کلاس سمت راست کلاس قرار بدهید. این کار کمک می کند تا او کمتر حواسش پرت شود.

۲- او را در یک گروه کلاسی عضو کنید تا کارهایش را به صورت گروهی انجام دهد.

۳- تکلیف های طولانی و بزرگ را برای او به قسمت های کوتاه و کوچک تر تقسیم کنید.

۴- او را زود به زود تشویق کنید. او به پاداش های پیوسته در زمان های کوتاه نیاز دارد.

۵- تماس چشمی خود را با او به طور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید.

۶- در جاهای مهم یا حالت ها و حرکت های خود به او بفهمانید که کدام قسمت درس مورد تأکید است.

۷- وقتی درس می دهید یا دانش آموزان در حال انجام تکلیف ها هستند، مراقب باشید که او روی نیمکت خود را شلوغ نکند و وسایل غیر ضروری را کنار بگذارد.

۸- بهتر است نیمکت او انفرادی باشد. اگر ممکن نیست به او صندلی تکی بدهید یا دست کم تعداد نفرها را در نیمکت او کمتر کنید.

۹- سعی کنید از رنگها به خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس و فیلم) و مواد لمسی (مثل گچ، کاغذ، خمیر و غیره) بیشتر استفاده کنید. نتیجه تحقیق های بیشماری نشان داده است که این دانش آموزان

در یادگیری از راه دیدن و لمس کردن بهتر هستند.

۱۰- تنها تعداد کمی از این دانش آموزان کند ذهن هستند ولی برای استفاده از توانایی ها و هوش به محیطی سازماندهی شده نیاز دارند. این موضوع را به والدین آنها نیز بگویید.

۱۱- تکلیف های جلسه بعد را بیش از یک بار یاد آور شوید و بخصوص به او تأکید کنید که منظورتان چیست. همچنین از او بخواهید که آن را در دفترچه یادداشت خود بنویسد.

۱۲- به او یاد بدهید که چگونه باید از حرف های مهم شما یادداشت بردارد. در برخی موارد که مشکل دانش آموز خیلی شدید است می توانید جاهای مهم را خودتان به او نشان بدهید یا برایش خط بکشید.

۱۳- هنگامی که دانش آموز مشغول انجام تمرین یا تکلیف کلاسی هستند به کارهای او بیشتر سربریزید و کارهای او را وارسی کنید.

۱۴- این دانش آموزان به جنب و جوش بیشتری نیاز دارند. گاهی به آنها اجازه بدهید به حیاط بروند و دوباره برگردند.

۱۵- به او یاد بدهید که با رنگ های مختلف چگونه می تواند کارهایش را سازماندهی کند.

۱۶- آنها را سرزنش نکنید.

۱۷- مرتب به آنها نگوید که توجه کن! حواست کجاست؟ اگر حواست را بیشتر جمع کنی می توانی.....! این عبارتها باید بسیار کم مورد استفاده قرار بگیرد چرا که موجب اضطراب دانش آموز می شود.

۱۸- برخی روش های تقویت حافظه را به آنها یاد بدهید. مانند، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن موضوعها با یکدیگر، داستان سازی، کشیدن شکل برای مطلبی که خوانده، نوشتن کارها در تقویم یا برنامه زمانی و از این دست.

۱۹- این اختلال را به هوش کودک نسبت ندهید.

۲۰- گاهی معلم ممکن است رفتارهای مشکل دار را در این دانش آموزان دامن بزند یا حتی به وجود آورد. بنابراین از روش های خشن، تنبیهی و اضطراب زا استفاده نکنید.

۲۱- این دانش آموزان به طور کلی در درک و احساس زمان مشکل دارند. به همین علت در تنظیم رفتارهای خود و سازماندهی آنها مشکل دارند و نمی توانند ((صبور و شکیبا)) باشند. اگر چنین دانش آموزی در کلاس دارید بیشتر صبور باشید.

۲۲- به آنها یاد بدهید که کارهایشان را طبقه بندی کنند و از پوشه های مختلف برای این منظور استفاده کنند. برای مثال، کارهایی که باید انجام شود در یک پوشه، کارهایی که در حال انجام شدن است در پوشه دیگر.

۲۳- به آنها بگویید که فصل ها و قسمت های بزرگ درسی را جز به جز و به تدریج بخوانند و مرور کنند.

۲۴- گاهی بهتر است درستان را با یک نفر دیگر بخوانند.

۲۵- به او یاد بدهید که چگونه باید تکلیف هایش را مرور کند.

۲۶- به او یاد بدهید که کارهایش را با ساعت تنظیم کند.

زیر نویس:

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1- Attention Deficit<br>hyperactivity Disorder(ADHD) | 9- King&Noshpitz                      |
| 2- Goldstein&Goldstein                               | 10- Impulsive                         |
| 3- Shaywitz&Shaywitz                                 | 11- Kinsbourne&Swanson                |
| 4- Barkley   | 12-Colquhoun&Bunday                   |
| 5- Sustaining Attention                              | 13- CHAAD                             |
| 6- Barkley,Dupaul&McMurray                           | 14- Connors'Teachers'<br>Rating Scale |
| 7- Kewley  | 15- Bauermeister                      |
| 8- Overactivity                                      |                                       |

منابع:

- 1- American psychiatric Association.(1994).*Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (4th ed).Washington,Dc:Author.
- 2- Barkley,R.A.(1982).*Hyperactiv Children:A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed).New York:Guilford Press.
- 3- Bauermeister,J.(1992).Factor analysis of teacher rating of attention deficit hyperactivity and oppositional defiant systems in children aged four through thirteen years.*Journal of Clinical child psychology*,21,27-34.
- 4- Barkley,R.A.,Dupaul,G.J.,&McMurray,M.B.(1990).Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria.*Journal of Consulting and clinical psychology*,58,775-789
- 5- Colquhoun,I.,&Bunday,S.(1996).Attention deficit Hyperactiv disorder.A dietary/nutritional approach .(A news latter).*Chicgestor:the Hyperactiv children,s Support Group(HAGSG)*.
- 6- Goldstein,s.,&Goldstein,M.(1998).*Managing attention deficit hyperactivity disorder in children:A guide for practitioners* (2nd ed).New York:Wiley.
- 7- Shaywitz,s.e.,&shaywitz,B.A.(1988).Attention deficit disorder:current perspectiv.In J .F.kavanagh&T.J.Truss,jr.(Eds.),*Learning disabilities:proceedings of the national conference* (pp.369-567).New York:parkton/MD.
- 8- World Health organization.(1996).International classification of diseases(10th ed.). Geneva:Author.
- 9- Kinsbourne,M.,&Swanson,J.M.(1979).Models of hyperactivity Implications for diagnosis and treatment.In R.L.Trites(Ed.),*hyperactivity in children:Etiology,measurement,and treatment*(pp.1-19)Baltimore:university Park Press.
- 10- Kewley,G.(1998).Medical aspects of assessment and treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder.In P. Cooper&K.Ideus(Eds.),*Attention dificit hyperactivity disorder:Educational, medical and cultural issues* (2<sup>nd</sup> ed.)(pp.53-60). UK:*The Association of Workers for children with Emotional and Behavioural Deficit*.