

کودکان بیش فعال همراه با نارسایی در توجه

چکیده

شاید بیش فعالی رایج ترین اصطلاح مشهوری باشد که برای مشکل روان شناختی کودکانی که به عنوان اختلال نقص توجه/ بیش فعال (ADHD) معروف هستند، به کار می رود. اصطلاحات تخصصی دیگری نیز برای این مشکل به کار رفته اند که عبارتند از: برجنبی^۲، سوء کارکرد جزئی مغز^۳ و اختلال نقص توجه^۴. امروزه این اختلال رسماً اختلال نقص توجه بیش فعالی (ADHD) نامیده می شود.

این اختلال شامل محدودیت در مهار رفتارهایی است که دارای سه ویژگی اساسی هستند: ۱- میزان توجه نامتناسب با مرحله رشد، ۲- تکانشوری، ۳- بیش فعالی با شروع قبل از ۷ سالگی.

کمتر اختلالی به اندازه ADHD مورد توجه گسترده متخصصین، آموزگاران و والدین قرار گرفته است. به طوری که در دهه ی گذشته از پژوهش ها و مطالعات بسیار وسیع جهت شناخت و درمان آن انجام شده است. نشر چهارمین «راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی» (DSM-IV) انواع مختلف (ADHD) را به ترتیب: ۱- ADHD نوع غالب بی توجه، ۲- ADHD نوع غالب بیش فعالی ۳- ADHD نوع مرکب مشخص کرده است. از لحاظ توصیفی این وضعیت ها متفاوت هستند (کندال، ۲۰۰۳).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

علامت تشخیص ADHD

۵. اغلب در سازمان دهی تکالیف و فعالیت ها با مشکل روبه رو است.
۶. اغلب از درگیر شدن در تکالیفی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است اجتناب کرده، بیزاری یا بی میلی نشان می دهد.
۷. اغلب اشیاء ضروری برای انجام تکالیف یا فعالیت ها را گم می کند (مانند اسباب بازی ها، تکالیف مدرسه، مداد، کتاب یا ابزارها)
۸. اغلب بر اثر محرک های نامربوط به آسانی دچار حواس پرتی می شود.
۹. اغلب در فعالیت های روزانه فراموشکار است.

همان گونه که قبلاً اشاره شد این اختلال در سه گروه فقدان توجه، بیش فعال و نوع مرکب طبقه بندی می شود که در ذیل به تفکیک با هر یک آشنا می شویم:

فقدان توجه

۱. اغلب از عهده ی توجه دقیق به جزئیات بر نمی آید یا در انجام تکالیف مدرسه یا سایر فعالیت ها به خاطر بی دقتی مرتکب اشتباه می شود.
۲. اغلب در حفظ توجه به تکالیف یا بازی ها با دشواری روبه رو است.
۳. اغلب وقتی به طور مستقیم مورد خطاب قرار گیرد به نظر می رسد که نمی شنود.
۴. اغلب از دستورالعمل ها پیروی نکرده و از عهده ی اتمام تکالیف مدرسه و سایر انواع کارها یا وظایف بر نمی آید.

بیش فعالی

۱. دست ها و پاها اغلب بی قرار است و در حالت نشسته وول می خورد.
۲. در کلاس یا دیگر موقعیت هایی که انتظار می رود یکجا بنشینند، اغلب صندلی خود را ترک می کند.

۳. اغلب در موقعیت‌های نابه‌جا بیش از اندازه می‌دود یا بالا و پایین می‌پرد (این وضعیت در نوجوانان و بزرگسالان ممکن است به احساس بی‌قراری ذهنی محدود شود)
۴. برای شرکت آرام و بی‌سروصدا در بازی‌ها یا فعالیت‌های اوقات فراغت اغلب با مشکل روبه‌رو است.
۵. اغلب در حال جنب‌وجوش است و یا به گونه‌ای عمل می‌کند که گویی «به وسیله‌ی موتوری رانده می‌شود».
۶. اغلب بیش از اندازه‌ی معمول حرف می‌زند.
۷. اغلب قبل از تمام شدن پرسش‌ها پاسخ می‌دهد.
۸. بیشتر اوقات منتظر نوبت ماندن برای او دشوار و سخت است.
۹. اغلب مزاحم کار دیگران می‌شود (DSM-IV_TR-۲۰۰۰)

سبب شناسی اختلال ADHD

حال که نشانه‌های این بیماری را شناختیم، می‌خواهیم با عوامل مستعد کننده‌ی بروز این بیماری در کودکان آشنا شویم. متخصصان عوامل متعددی را برای بروز این بیماری شناسایی کرده‌اند که به شرح زیر می‌باشد:

۱. عوامل ارثی

کودک ممکن است در پاسخ به رویدادهای محیط گرایش به رشد ADHD داشته باشد. ADHD در وابستگان بیولوژیک در جناول مبتلایان به این اختلال بیشتر از میزان مورد انتظار در کل جمعیت مشاهده می‌شود. تقریباً ۲۵ درصد والدین طبیعی کودکان ADHD در مقایسه با ۴ درصد والدین که کودکان ADHD را به فرزند خواندگی پذیرفته بودند، سابقه‌ی ADHD داشتند. شواهد از سهم ارث حمایت می‌کند، اما مکانیسم انتقال ژنتیک هنوز کاملاً مشخص نیست (کندال، ۲۰۰۳).

۲. صدمه مغزی

کودکان مبتلا به اختلالات عصبی قشری نظیر صرع و فلج مغزی میزان بالاتری از ADHD نشان می‌دهند، هرچند که اکثر کودکان ADHD نشانه‌ها یا قرائن آسیب عصبی ندارند (کندال، ۲۰۰۳).

۳. رژیم غذایی

فین گلد^۱ اظهار نمود که بیش‌فعالی آلرژیک توسط کودک به بعضی از مواد افزودنی غذایی نظیر تارترازین^۲ و سالیسیلات‌ها^۳ است. همچنین بیان داشت که استفاده از غذاهای حاوی رنگ‌ها و طعم‌های مصنوعی، مواد جلوگیری از فاسد شدن غذا، خوراکی‌هایی که به‌طور طبیعی نمک اسیدسالیسیلیک تولید می‌کنند برای مثال زردآلود، گوجه‌فرنگی و خیار با تحریک بیش از حد پیوند دارند (گودرزی، ۱۳۶۹). به همین دلیل نوعی رژیم غذایی فاقد این مواد پیشنهاد کرد. او

بر این باور بود که کودکان می‌توانند با استفاده از این رژیم به‌جای دارودرمانی، تا ۷۵ درصد بهبود پیدا کنند (هور، ۱۹۹۳)

۴. سم‌های محیطی

دانشمندان عوامل محیطی بسیاری را در دوره‌های پیش یا پس از تولد کودک مورد مطالعه قرار داده‌اند تا شاید بتوانند رابطه‌ای بین سم‌های محیطی و اختلال نارسایی توجه افزون جنبشی پیدا کنند. سرب یکی از موادی است که بدون آن که هیچ‌گونه ارزش زیستی داشته باشد، می‌تواند از راه خوردن یا تنفس، موجب آسیب مغزی شود. سیگار کشیدن مادر در دوره‌ی بارداری نیز از مسموم کننده‌های دیگر است که با این اختلال رابطه دارد.

۵. عوامل روان‌شناختی

از لحظه‌های نخست پس از تولد کودکان نه تنها به مراقبت احتیاج دارند، بلکه نیازمند رابطه‌ای سالم نیز هستند که بتواند دلبستگی ایمن برای آن‌ها بوجود بیاورد. چرا که جدایی کودکان از والدین و پرورش یافتن در مؤسسه‌ها، حتی پس از جایگزینی آن‌ها در خانواده‌های آرام، می‌تواند به انواع مشکلات رفتاری از جمله ADHD بینجامد. برخی کودکان از همان روزهای پس از تولد دارای خلق فعال هستند، و بررسی‌ها نشان داده است که این کودکان ممکن است بیشتر دچار افزون جنبشی بشوند. این نوع خلق می‌تواند در سازگاری کودک با محیط مشکل به‌وجود آورد.

۶. رفتار والدین

مطالعه تعامل والد - فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال ADHD در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین با فرزندان عادی از شیوه‌های فرزندپروری خودکامه استفاده می‌کنند، دارای اعتمادبه‌نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندانشان دارند. به‌طور کلی باید بگوئیم که والدین مسئول به‌وجود آمدن این اختلال در کودکان نیستند، ولی نوعی رابطه‌ی متقابل بین فرزندپروری والدین و محیط خانواده با اختلال ADHD وجود دارد که با آسیب‌پذیری زیستی کودک نیز در ارتباط است (علیزاده - ۱۳۸۳).

۷. ناهماهنگی‌های بیوشیمیایی

انتقال دهندگان عصبی

از زمانی که وندر^۴ اعلام کرد که یک ناهماهنگی بیوشیمیایی عامل سبب‌شناختی اصلی پرتحرکی است، تحقیقاتی در جهت اثبات این فرضیه انجام شده است. استدلال می‌شود بچه‌های پرتحرک از کمبود دوپامین^۵ رنج می‌برند که به‌وسیله داروهای محرک مشابه آمفتامین^۶ و متیل‌فینیدیت^۷ (ریتالین)^۸ اصلاح می‌شود. مطالعات متعدد و مشاهدات آثار دارویی از این تئوری حمایت می‌کند.





کودکان از لحاظ فعالیت‌های حرکتی با یکدیگر تفاوت دارند. ممکن است همه‌ی آن‌ها از نظر بزرگسالان بیش فعال باشند. ولی به‌نظر می‌رسد که بعضی از کودکان، بدون این که هدفی داشته باشند، بدون وقفه می‌دوند و بالا و پایین می‌پرند. این عده وقتی که بزرگتر می‌شوند، نمی‌توانند آرام بنشینند و بسیار بی‌قرار هستند.

متخصصان پرتحرکی را یک ناپهنجاری روانی و رفتاری می‌دانند. و آن را «اختلال هیجانی» می‌نامند، آن را تحت عنوان «ADHD» می‌شناسیم. (علیخانی، ۱۳۸۳)

این کودکان معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می‌شوند و بیشتر وقتی که به محیط آموزش - اجتماعی مدرسه پا می‌گذارند، مورد توجه و شناسایی قرار می‌گیرند. معلمان می‌توانند با توجه به ویژگی‌های این کودکان آن‌ها را شناسایی کنند (ولی نباید دست به تشخیص بزنند) و برای ارزیابی دقیق و جامع به مشاور مدرسه یا روان‌شناس و روان‌پزشک ارجاع دهند.

اگر معلم با نشانه‌های این اختلال آشنا باشد و شیوه‌های رفتار مناسب با دانش‌آموزانی که این اختلال را دارند بیاموزد، نه تنها به دانش‌آموز در جهت رفع این معضل کمک خواهد کرد، بلکه در کلاس درس شاهد جوّی آرام‌تر و کم‌تنش‌تر خواهد بود.

بنابراین لازم است در ابتدا با نشانه‌های این دانش‌آموزان آشنا شویم و در ادامه به راهکارهای لازم از طرف معلم و مشاور مدرسه جهت رفع این مسئله بپردازیم:

(تعاریف رفتاری دانش‌آموزان ADHD در مدرسه)
- فرآیند توجّه کوتاه، دشواری در حفظ مداوم توجّه
- حواس‌پرتی سریع بر اثر محرک‌های خارجی
- به‌نظر می‌رسد که دانش‌آموز خوب گوش نمی‌دهد
- عدم موفقیت مکرر در پیروی از دستورات با انجام به موقع تکالیف
مدرسه، وظایف روزمره یا مسئولیت‌های کاری

- ضعف در مهارت‌های سازمان‌دهی در فراموش‌کاری، بی‌توجهی به جزئیات و نادیده گرفتن اجزای ضروری برای انجام تکالیفی که به وی محول می‌شود خودنمایی می‌کند

- بیش‌فعالی که با انرژی زیاد، بی‌قراری، دشواری در آرام نشستن، با صدای بلند یا بیش از حد صحبت کردن مشخص می‌شود.
- تکانشی بودن که با عدم رعایت نوبت در موقعیت‌های گروهی، پاسخ دادن به سؤال‌ها پیش از تمام شدن آن‌ها و فزونی کردن در کارهای شخصی دیگران مشخص می‌شود.

- فراوانی رفتارهای مخرب، پرخاشگرانه، با رفتارهای منفی با هدف جلب‌توجه دیگران

- تمایل به انجام دادن کارهای متهورانه یا بالقوه خطرناک
- اشکال در پذیرش مسئولیت اعمال خود، سرزنش دیگران به‌خاطر مشکلات خود و ناتوانی در درس گرفتن از تجربه‌ها

- عزت نفس پایین و ضعف در مهارت‌های اجتماعی (محمدیان، کیمیایی - ۱۳۸۶)

- اغلب برای تمام کردن کارهایی که شروع کرده‌اند با شکست

مواجه می‌شوند

- پیش از فکر کردن عمل می‌کنند

- به‌طور افراطی از یک فعالیت به فعالیت دیگر می‌پردازند

- کم‌خواب و به ظاهر خستگی‌ناپذیر هستند. (علیخانی - ۱۳۸۳)

نکته‌هایی مفید و کاربردی برای معلمان جهت کمک به دانش‌آموزان ADHD

- نیمکت یا صندلی او را در کنار پنجره یا جایی که ممکن است باعث حواس‌پرتی او شود، قرار ندهید. بهتر است محل نیمکت او را، کنار میز خود و یا در ردیف اول، تعیین کنید. اگر راست دست است او را در جلوی کلاس در سمت راست، بنشانید. این کار کمک می‌کند تا او کمتر حواسش پرت شود.

- این دانش‌آموزان با روش‌های عملی بهتر یاد می‌گیرند تا روش سخنرانی معلم

- هرچه معلم نکته‌های جدیدتری در تدریس به‌کار ببرد برایشان جالب‌تر است

- او را در یک گروه کلاس عضو کنید تا کارهایش را به‌صورت گروهی انجام دهد

- تکلیف‌های طولانی و بزرگ را برای او به قسمت‌های کوتاه و کوچک‌تر تقسیم کنید

- او را زود به زود تشویق کنید او به پاداش‌های پیاپی در زمان‌های کوتاه نیاز دارد

- تماس چشمی خود را با او به‌طور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید

- در جاهای مهم با حالت‌ها و حرکت‌های خود به او بفهمانید که کدام قسمت درس مورد تأکید است

- وقتی درس می‌دهید یا دانش‌آموزان در حال انجام تکالیف هستند مراقب باشید که او روی نیمکت خود را شلوع نکند و وسایل غیرضروری را کنار بگذارد

- بهتر است نیمکت او انفرادی باشد اگر ممکن نیست به او صندلی یک‌نفره بدهید.

- سعی کنید از رنگ‌ها و به‌خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس، فیلم) و مواد لمسی (مثل: گچ، کاغذ، خمیر و مانند این‌ها) بیشتر استفاده کنید. نتیجه‌ی بررسی‌های بی‌شمار نشان داده است که این دانش‌آموزان، از راه دیدن و لمس کردن بهتر یاد می‌گیرند.

- تکلیف‌های جلسه‌ی بعد را بیش از یک بار یادآور شوید، به خصوص به او تأکید کنید که منظورتان چیست، همچنین از او بخواهید که آن‌ها را در دفترچه‌ی یادداشت خود بنویسد.

- به او یاد دهید که چگونه از حرف‌های معلم یادداشت‌برداری کند. در برخی موارد که مشکل دانش‌آموز خیلی شدید است می‌توانید جاهای مهم هر بحث را خودتان به او نشان دهید یا زیر آن را برایش خط بکشید.

- هنگامی که دانش‌آموز مشغول انجام تمرین یا تکلیف کلاسی

هستند به کارهای او بیشتر سر بزیند و کارهای او را بررسی کنید.
- این دانش‌آموزان به جنب‌وجوش بیشتری نیاز دارند. گاهی به او اجازه بدهید به حیاط برود و دوباره برگردد.

- به او یاد بدهید که چگونه کارهایش را طبقه‌بندی کند و از پوشه‌های مختلف برای این منظور استفاده نماید.
- او را سرزنش نکنید

- مرتب به او نگویید که «توجه کن! حواست کجاست؟ اگر حواست را بیشتر جمع کنی، می‌توانی...!» این عبارتها باید بسیار کم مورد استفاده قرار بگیرند، زیرا موجب اضطراب دانش‌آموز می‌شوند.

- برخی روش‌های تقویت حافظه را به او یاد بدهید، مانند: تصویرسازی ذهنی، ربط دادن موضوعها به یکدیگر، داستان‌سازی، کشیدن شکل برای مطالبی که خوانده است، نوشتن کارها در تقویم یا برنامه زمانی، و چیزهایی از این دست

- گاهی بهتر است درسشان را با یک نفر دیگر بخوانند (علیزاده - ۱۳۸۳)

یکی از ارکان مهمی که می‌تواند در کار کردن با این دانش‌آموزان، به‌عنوان تسهیل‌گر بسیار مؤثر در مدرسه عمل نماید مشاور مدرسه است.

نکاتی که در ذیل یادآور می‌شویم به این فرایند کمک می‌نماید:
- برای تأیید ابتلای مراجع به ADHD از وی آزمون روانشناختی بگیرد.

- با معلمان مراجع در مورد اجرای راهبردهایی برای بهبود عملکرد وی در مدرسه (مثلاً: نشستن در ردیف جلوی کلاس، استفاده از یک علامت از قبل تعیین شده برای جلب مجدد توجه مراجع به تکلیفی که در حال انجام آن است، در نظر گرفتن فرصتهایی برای استراحت در فواصل انجام تکلیف، صدا زدن مراجع) مشورت کنید.

- تقویت‌کننده‌های مثبت یا پاداش‌های گوناگونی که برای حفظ علاقه یا انگیزش مراجع در انجام دادن تکالیف مدرسه با مسئولیت‌هایی که در خانه بر عهده دارد، شناسایی کنید.

- مهارت‌های حل کارآمد مسئله (شناسایی مشکل، رهاسازی ذهنی^{۱۴} در زمینه‌ی دستیابی به راه‌حل‌های متعدد، انتخاب یک گزینه، انجام مجموعه‌ای از اعمال و ارزیابی) را به مراجع آموزش دهید.

- متون تصویرسازی ذهنی هدایت شده با آرمیدگی را برای کمک به مراجع در کنترل خشم خود، به وی آموزش دهید.

- از مراجع بخواهید ۳ تا ۵ الگوی نقش با قهرمانان را نام ببرد، بعداً از او بپرسید که الگوها یا قهرمانان او برای غلبه بر مشکلات کنترل‌تکنانه، چه خواهند کرد. پاسخ‌های مراجع را بررسی و او را در برداشتن گام‌های مشابه در راستای تمرین افزایش خویشتنداری، تشویق کنید.

- مراجع را مکلف کنید تا کارهایی را در خانه انجام دهد (هم‌چون تهیه و طبخ غذایی خاص، چیدن وسیله‌ها در قفسه‌های داخل پارکینگ، تعویض روغن ماشین) از این طریق اعتماد خود به توانایی او در مسئولیت‌پذیری را نشان دهید.

- رفتارهای جامعه‌پسند مراجع را شناسایی و تقویت کنید و از این

طریق به او در برقراری و حفظ روابط دوستانه کمک نمایید
- تکلیفی تعیین کنید که در آن مراجع ۵ تا ۱۰ دقیقه دقت یا علاقه خود را شناسایی کند. فهرست را در جلسه‌ی بعد بررسی و مراجع را در جهت به‌کارگیری این نقاط قوت و علایق در برقراری روابط دوستانه تشویق کنید (جانگما، ۲۰۰۷)

- یکی دیگر از راهبردهایی که مشاورین می‌توانند به‌کار گیرند ایفای نقش^{۱۵} می‌باشد. ایفای نقش، اندیشیدن و کنش نهایی در موقعیت‌های مشکل‌زای بین فردی طراحی شده یا ساختگی، مؤلفه‌ی ارزشمند مداخله‌های شناختی- رفتاری است.

در ابتدا درمانگر و کودک مشکل‌گشایی مناسب را در موقعیت‌های بین فردی فرضی انجام می‌دهند با پیشرفت درمان، درمانگر موقعیت‌های مشکل زندگی واقعی را با تمرینات ایفای نقش ترکیب می‌کند.

یکی از مهارت‌هایی که از طریق ایفای نقش، کودک فرا می‌گیرد آموزش همانندسازی احساسی است. آموزش عاطفی به کودک می‌آموزد واکنش‌های عاطفی خودش و همین‌طور دیگران را بشناسد و نامگذاری کند. و این امر به بهبود روابط بین فردی او با دیگران می‌انجامد (هیوز، ۲۰۰۶)

پی‌نوشت

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Hyperkinetic
3. Minimal Brain Damag (MBD)
4. Attention Deficit Disorder
5. Fingold
6. Tartazine
7. Salyciat
8. wender
9. Dopamine
10. Amphetamine
11. Metylphenidate
12. Ritalin
13. Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder ADHD
14. Brainstorming
15. Role Playing

منابع

- فیلیپ سی. کنال (۲۰۰۳)، اختلالات کودکی، (کلاتری، گوهری انارکی، مترجمان) اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)، (نیکخو و اوادیس یانس مترجمان) تهران: انتشارات سخن.
- هور، پیتر (۱۹۹۳)، مبانی روانپزشکی کودک، ترجمه پورافکاری، تبریز: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳)، اختلال نارسایی توجه/ فزون‌بخشی، تهران: انتشارات رشد.
- گودرزی، علی‌محمد (۱۳۶۹)، کودکان پرتحرک، مشهد: انتشارات کتابستان مشهد، نشر صمیم.
- علیخانی، وینا (۱۳۸۳)، چرا دانش‌آموزانم، تهران: انتشارات پویا اندیشه.
- آرتورای، جانگما - ال، مارک پیترسون - ویلیام پی‌مک اینیز (۲۰۰۷)، روان‌درمانی نوجوانان (محمودیان، کیمیایی، مترجمان)، تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳)، اختلال نارسایی توجه/ فزون‌بخشی، تهران: انتشارات رشد.
- جان‌هیوز (۲۰۰۶)، روان‌شناسی بالینی کودک، (نجاریان، خداجیمی، مکوندی، مترجمان) اهواز: انتشارات مردمک



۴۱

دوره‌ی ۴
شماره‌ی ۴
تابستان ۱۳۸۸