

مقدمه

میزان شیوع ADHD در گزارش‌های مختلف متفاوت است، به‌طوری‌که افروز (۱۳۷۲) حدود ۷ درصد از جمعیت کودکان و بزرگسالان، علیزاده (۱۳۸۳) به ۱۰-۲۰ درصد کودکان محصل را گزارش کرده‌اند. و در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ تخمینی حدود ۲-۴ میلیون دانش‌آموز ایرانی گزارش شده است. ارجمندی (۱۳۸۳) نیز ۳-۵ درصد کودکان محصل را دارای علائم این اختلال و در جهان نیز حدود ۳-۵ درصد کودکان محصل مبتلا به این اختلال گزارش شده است. این اختلال در پسران ۲-۴ برابر دختران رخ می‌دهد.

امروزه، این اختلال به دلیل شیوعش که اولین یا دومین اختلال در دوران کودکی و نوجوانی است، برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکل‌های چشمگیری ایجاد کرده است و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی آنان و در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آن‌ها تأثیرگذار است. سبب‌شناسی و درمان آن نیز هنوز به‌طور کامل انجام نشده است و به‌نظر می‌رسد شناخت بهتر اختلال نارسایی توجه/

اختلال نارسایی توجه یا بیش‌فعالی^۱ (ADHD)، عبارت است از اختلالی رشدی در توجه، کنترل تکانش، بی‌قراری و هدایت رفتار که به‌طور طبیعی ایجاد می‌شود و ممکن است ناشی از اختلالات عصب‌شناختی، حسی، حرکتی یا هیجانی باشد و در تنظیم سطوح فعالیت (بیش‌فعالی)، بازداری رفتار (تکانشگری) و دامنه‌ی توجه کودکان اختلال ایجاد کند. ADHD یک اختلال عصبی-رفتاری رشدی است که در درجه‌ی اول به‌طور همزمان با وجود مشکلات توجهی و بیش‌فعالی یا در برخی موارد با وجود هرکدام از این دو مشکل مشخص می‌شود و علائم آن غالباً قبل از ۷ سالگی بروز پیدا می‌کند. ADHD از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است، که درباره‌ی آن بیش از هر اختلال رفتاری دیگری مطالعه شده است و حدود ۳-۵ درصد کودکان قبل از ۷ سالگی به آن مبتلا می‌شوند. میزان مراجعه به مراکزهای درمانی به علت آن از تمامی اختلال‌های دیگر بیش‌تر است.



اختلال نارسایی توجه یا بیش‌فعالی

علی پشابادی، کارشناسی ارشد رفتار حرکتی دانشگاه تهران

تحسین خطایی، کارشناسی ارشد فیزیولوژی ورزش دانشگاه تهران

سمیه فتحی، کارشناسی ارشد رفتار حرکتی دانشگاه تهران

کیا رنجبر، کارشناسی ارشد فیزیولوژی ورزش دانشگاه تهران



تکانشگری

یکی از نشانه‌های اصلی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد توجه و تأکید قرار می‌گیرد. صاحب‌نظران معمولاً تکانشگری را «رفتار بدون تفکر» در نظر می‌گیرند

بیش‌فعالی به شناخت بهتر بسیاری از اختلال‌های همبود دیگر، همچون: اختلال سلوک، اختلال نافرمان ستیزشی و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند. از این‌رو، شناخت آن مورد توجه دانشمندان قرار گرفته است. غالباً این عارضه در دوران ابتدایی مدرسه برای کودکان و هنگام بلوغ برای نوجوانان رخ می‌دهد و با افزایش سن بسیاری از بیماران بهتر می‌شوند. اگرچه این بیماری یک اختلال مزمن است که ۳۰-۵۰ درصد افرادی که در کودکی مبتلا تشخیص داده می‌شوند، علائم را تا بزرگسالی با خود دارند.

کلیدواژه‌ها: بیش‌فعالی، اختلال عصبی، اختلال

نارسانی توجه بی‌توجهی، تکانشگری

علائم

بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری علائم رفتاری بارز ADHD هستند. برخی مواقع این علائم برای همه کودکان طبیعی است، اما برای کودکان ADHD این رفتارها شدیدتر و بیشتر رخ می‌دهد. برای تشخیص ابتلای فردی به این ناهنجاری، داشتن این علائم کودکی به مدت ۶ ماه یا بیشتر و شدیدتر بودن درجه آن از دیگر کودکان را می‌توان نام برد. کودکانی که علائم بی‌توجهی را دارند: به راحتی حواس پرت می‌شوند، جزئیات را فراموش می‌کنند، و به‌وفور از یک فعالیت به فعالیت دیگر جابه‌جا می‌شوند. برای تمرکز بر یک موضوع مشکل دارند. بعد از فقط چند دقیقه در یک تکلیف خسته می‌شوند، مگر این‌که کار لذت‌بخشی را انجام دهند. در انجام دادن تکلیف خانگی مدرسه مشکل دارند، و اغلب وسایل مورد نیازشان (مداد و...) را گم می‌کنند. به نظر نمی‌رسد به حرف‌های هم صحبتشان گوش می‌دهند. رؤیای روز دارند، به راحتی گیج می‌شوند و به آرامی حرکت می‌کنند. در پردازش اطلاعات سرعت و دقت بقیه را ندارند. اغلب قادر نیستند با دقت به جزئیات توجه کنند و از روی بی‌دقتی در تکلیف درسی، شغلی یا فعالیت‌های دیگر مرتکب اشتباه می‌شوند.

اغلب در حفظ توجه خود در انجام تکالیف یا فعالیت‌های مربوط به بازی مشکل دارند. غالباً به دستورات عمل نمی‌کنند و قادر نیستند تکالیف مدرسه، کارهای روزانه یا وظایف خود را به اتمام برسانند. اغلب در سازماندهی تکالیف و فعالیت‌ها مشکل دارند. اغلب از انجام دادن کارهایی اجتناب می‌کنند که نیاز به تلاش ذهنی مستمر دارد، و از آن‌ها متنفرند یا میلی به انجام

آن‌ها ندارند.

اغلب با محرک‌های فرعی، حواس‌شان به‌سادگی پرت می‌شود.

اغلب در فعالیت‌های روزانه فراموشکار هستند.

کودکانی که علائم بیش‌فعالی را دارند:

بی‌قرارند و در جای خود پیچ‌وتاب می‌خورند.

بی‌وقفه حرف می‌زنند.

به سرعت در اطراف حرکت می‌کنند یا با هر چیزی که در دید باشد، بازی می‌کنند.

در نشستن در طول ناهار، مدرسه و زمان داستان گفتن مشکل دارند.

مدام در حرکت‌اند.

در انجام تکالیف و فعالیت‌های آرام مشکل دارند.

اغلب در کلاس یا در موقعیت‌هایی که لازم است آرام بنشینند جای خود را ترک می‌کنند.

غالباً پیش از تمام شدن سؤال، پاسخ می‌دهند.

کودکانی که علائم تکانشگری را دارند:

بسیار کم‌طاقتند.

نظرات نامناسب به سرعت از دهانشان جاری می‌شود؛ بدون خودداری هیجان خود را نشان می‌دهند، و بدون توجه به پیامدهای آن عمل می‌کنند.

در انتظار برای چیزهایی که می‌خواهند یا رسیدن نوبتشان

در بازی مشکل دارند.
علاوه بر اغلب وسط مکالمات یا سایر فعالیت‌ها می‌پزند.

مشکلات

مشکلات این کودکان را می‌توان به چند دسته تفکیک کرد؛

۱. مشکلات مربوط به بی‌توجهی: بی‌توجهی جدی‌ترین مشکل این کودکان است که به علائم آن اشاره شد.
۲. مشکلات مربوط به بیش‌فعالی: بیش‌فعالی بارزترین مشکل آن‌هاست که به علائم اشاره شد.
۳. مشکلات مربوط به تکانشگری: تکانشگری یکی از نشانه‌های اصلی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد توجه و تأکید قرار می‌گیرد. صاحب‌نظران معمولاً تکانشگری را «رفتار بدون تفکر» در نظر می‌گیرند.

جدایی کودکان از والدین و پرورش یافتن در مؤسسه‌ها، حتی پس از جایگزینی آن‌ها در خانواده‌های آرام، می‌تواند به مشکل‌های رفتاری متنوعی از جمله فزون‌بخشی منجر شود

۱. عمل بدون کنترل، بازداری
۲. عمل بدون تفکر یا ملاحظه‌گری
۳. عمل بدون پیش‌بینی، برنامه‌ریزی کافی یا در نظر گرفتن پیامدها
۴. عمل آبی و ناگهانی
۴. ناتوانی‌های یادگیری: در این زمینه دارای مشکل‌هایی دائمی هستند.

۵. مشکلات اجتماعی: این کودکان در رفتارهای اجتماعی مشکل دارند و معمولاً کودکانی ناراحت، پرسروصدا و زورگو هستند که دوستان و همسالانشان آن‌ها را از خود می‌رانند، دوستان کم‌تری دارند، و دیگران نظر منفی در مورد آن‌ها دارند. به‌ویژه زمانی که پرخاشگر و خشونت‌جو هم باشند، هرچه بزرگ‌تر شوند مشکلات بیش‌تری ایجاد می‌کنند.
۶. نارسایی‌های شناختی: علاوه بر مشکل در توجه این



این کودکان در رفتارهای اجتماعی مشکل دارند و معمولاً کودکانی ناراحت، پرسروصدا و زورگو هستند که دوستان و همسالانشان آن‌ها را از خود می‌رانند

ادراک دیداری حرکتی نیز هستند و...

۱۱. ناهماهنگی حرکتی: ۶۰ درصد از این کودکان دارای هماهنگی‌های حرکتی ضعیف یا اختلال هماهنگی رشدی می‌باشند (این نسبت در کودکان نرمال ۳۰ درصد است).

علل

هنوز دانشمندان از علت دقیق بروز ADHD مطمئن نیستند، اما مطالعات مختلف اذعان می‌کنند که ژن نقش مهمی را بازی می‌کند. مثل خیلی از بیماری‌های دیگر، ADHD می‌تواند متشکل از عوامل مختلف باشد که به تعدادی از این علت‌ها اشاره می‌کنیم:

عوامل ژنتیکی: چیزی که از والدین به ارث می‌بریم. محققان در پی چندین ژن هستند که ممکن است انسان را به توسعه این اختلال متمایل کند. شناختن ژن‌های دربردارنده ممکن است روزی به محققان در پیشگیری از گسترش این اختلال کمک کند. اصولاً در مطالعه اعضای خانواده کودکان دارای این اختلال، مشاهده می‌شود که یکی از اعضا، معمولاً پدر، به علت عوامل ژنتیکی دارای همین اختلال است.

عوامل عصب‌شناختی و عصبی - شیمیایی: این اختلال را قبلاً یک اختلال عصب‌شناختی می‌دانستند؛ اما بعدها آن را نتیجه نوعی آسیب یا کارکرد بدمغزی فرض کردند. بنابراین، به امید یافتن علت یا علت‌های اصلی، باید دستگاه عصبی و انتقال‌دهنده‌های عصبی مورد بررسی فراوان قرار بگیرند. به‌طور کلی در این کودکان، کارایی مغز در زمینه‌های متعدد و جدی هم‌چون هوشیاری، مکیدن، بلعیدن، حرکات‌های اضافی هنگام غذا خوردن زیاد و فزون‌جنبشی با اشکال همراه است. آسیب‌های مغز: کودکانی که از آسیب‌های مغزی رنج می‌برند، ممکن است برخی رفتارهای مشابه کودکان ADHD را بروز دهند. فقط درصد کمی از کودکان دارای ADHD دچار آسیب مغزی شده‌اند.

عوامل مربوط به تغذیه: شکر تصفیه‌شده: این ایده که شکر تصفیه‌شده باعث ADHD می‌شود یا علائم آن را وخیم‌تر می‌کند مشهور است، اما تحقیقات بیش‌تر تأثیر این نظریه را تخفیف داده است. بچه‌هایی که شکر دریافت می‌کنند، نسبت به کسانی که جایگزین شکر را دریافت کرده‌اند، رفتارهای متفاوت یا ضعف‌های یادگیری را نشان نداده‌اند. در مطالعه دیگری که در آن بچه‌ها مقداری بیش از میانگین شکر دریافت کرده بودند و آن‌هایی که جایگزین دریافت کرده بودند، نتایج مشابهی داشت (ولرایش، ۱۹۹۴). مطالعات پیوند احتمالی بین مصرف افزودنی‌های غذایی خاص را مانند رنگ‌های مصنوعی و نگه‌دارنده و افزایش فعالیت را نشان داده‌اند.

عوامل محیطی: براساس مطالعات، ارتباط بالقوه‌ای بین

کودکان، اگرچه دارای هوش کمی نیستند، وجود برخی مشکل‌ها در عملکردهای مربوط به توجه و تمرکز حواس، باعث بروز مشکل در عملکرد هوشی این کودکان می‌شود.

۷. مشکلات هیجانی: در میان این کودکان، اختلال‌های افسردگی و اضطراب چندان نادر نیست. براساس مطالعات، حدود یک‌سوم از این کودکان اختلال‌های اضطرابی دارند که این مشکل‌ها، نوعی «چرخه معیوب» را تشکیل می‌دهند که این کودکان را در خود محصور می‌کند (شکل ۱).

عملکرد ضعیف ← عدم تأیید و ناکامی ← عزت‌نفس پائین ← عملکرد بدتر
بدیهی است که این چرخه می‌تواند به راحتی فرد را دچار افسردگی و پریشان‌حالی کند.

۸. اختلالات یادگیری دیداری - حرکتی: دارای دشواری‌های ویژه در حساب و خط‌نویسی هستند. آن‌ها احتمالاً در یادگیری دوچرخه‌سواری و سایر مهارت‌های ورزشی مشکل دارند. در سال‌های قبل از دبستان، مواردی مانند بریدن و چسبانیدن، استفاده از مداد رنگی و ماژیک یا بستن بند کفش برایشان دشوار است و در پیدن پازل و ساختمان‌سازی با اسباب‌بازی هم ضعیف هستند.

۹. تمرکز: در مقایسه با همسالان خود در امر دقت و تمرکز مشکل دارند و این مسئله به‌ویژه زمانی چشمگیر خواهد بود که او با کارهای روزمره و عادی یا فعالیت‌ها یا کنشگری‌های یکنواخت روبه‌رو شود.

۱۰. مشکلات حرکتی: همواره در حال جنبش و حرکت هستند. مادران این کودکان می‌گویند: «کارشان را تند شروع می‌کنند، بی‌قرار هستند، و انگار موتور درونشان است که متوقف نمی‌شود». از نظر رفتار حرکتی، سازماندهی حرکتی ضعیف و نارسایی دارند؛ دیرتر راه می‌افتند و دارای مشکل

کودکانی که از آسیب‌های مغزی رنج می‌برند، ممکن است برخی رفتارهای مشابه کودکان ADHD را بروز دهند. فقط درصد کمی از کودکان دارای ADHD دچار آسیب مغزی شده‌اند

پاییدن رفتار خود و روش‌هایی مثل در نظر گرفتن پاداش برای خود و غیره را نشان می‌دهند.

در کنار این روش‌ها به ورزش و فعالیت‌های بدنی نیز تأکید شده است. تحقیقات تأثیر ورزش و فعالیت‌های بدنی را بر بهبود رفتارهای حرکتی کودکان دارای این اختلال مشاهده کرده‌اند و کاهش شدت آن را در علائم آن نشان داده‌اند. ورزش و فعالیت‌بدنی می‌تواند هم بر بعد شناختی و هم بر بعد حرکتی فرد تأثیر بگذارد، بنابراین با توجه به اینکه بخشی از مشکلات این کودکان خام حرکتی و ناهماهنگی‌های حرکتی است، از بازی‌ها و فعالیت‌های بدنی محیط مدرسه می‌توان حداقل با انتظار کاهش شدت علائم این عارضه استفاده کرد.

پی‌نوشت

1. Attention-deficit hyperactivity disorder

منابع

۱. ارجمندی، زهرا (۱۳۸۲): اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی، پرسش و پاسخ؛ «تعلیم و تربیت استثنایی»، شماره ۲۴: صص ۲۶-۳۲
۲. افروز، غلامعلی (۱۳۷۲): بی‌توجهی و بیش‌فعالی در کودکان؛ تعلیم و تربیت استثنایی، صص ۹-۱۶
۳. پاشازاده، زهرا (۱۳۸۰): بررسی و مقایسه‌ای مهارت‌های حرکتی و عملکردی عصبی-عضلانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی ۷-۱۰ ساله؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴. علیزاده، حمید (۱۳۸۶): اختلال نارسایی توجه فزون جنبشی، (ویژگی‌ها و ارزیابی و درمان) تهران، انتشارات رشد
۵. کارولین آندریس و علیزاده، حمید (۱۳۸۳): تعامل شیوه‌های فرزندپروری و اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی در والدین ایرانی؛ قربان‌روچی، منصوره؛ (مترجم) در تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۳
۶. کوپر - فیتنان، پل و اریگان، ج (۱۳۸۷): تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (راهنمای خانه و مدرسه)؛ شریعت پناهی، ابوالفضل (مترجم)، تهران، انتشارات رشد، چاپ اول
۷. مک نامارا، باری ای؛ مک نامارا، فرانسیس جی (۱۳۸۶): کلیدهای رفتار با کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه؛ مقدم، فریبا (مترجم)، تهران، انتشارات صابرین، چاپ اول.

8. Bálint S, Czobor P, Mészáros A, Simon V, Bitter I (2008). Neuropsychological impairments in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A literature review (in Hungarian). *Psychiatr Hung* 23 (5): 324-35.

9. Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb; 35(2): 245-56.

10. Nair J, Ehimare U, Beitman BD, Nair SS, Lavin A (2006). "Clinical review: evidence-based diagnosis and treatment of ADHD in children". *Mo Med* 103(6): 617-21.

کشیدن سیگار و مصرف الکل در طول دوران حاملگی و بروز اختلال ADHD در کودکان وجود دارد. علاوه بر این، پیش‌دبستانی‌هایی که در معرض سطوح بالای سرب هستند، احتمال ابتلای بیش‌تری را به این عارضه دارند. سرب از موادی است که بدون آنکه هیچ‌گونه ارزش زیستی داشته باشد، می‌تواند از راه خوردن و تنفس، موجب آسیب مغزی شود. ۳۰ درصد از کودکانی که میزان سرب در خون آن‌ها زیاد است، نشانه‌های فزون جنبشی را نشان می‌دهند.

عوامل روان‌شناختی: تعامل طبیعت - تربیت؛ کودکان برای ایجاد دلبستگی و آرامش نیاز به محبت خانواده و رابطه سالم دارند؛ جدایی کودکان از والدین و پرورش یافتن در مؤسسه‌ها، حتی پس از جایگزینی آن‌ها در خانواده‌های آرام، می‌تواند به مشکل‌های رفتاری متنوعی از جمله فزون‌بخشی منجر شود.

درمان

ابتدا باید خاطر نشان کنیم که اختلال نارسایی توجه یا بیش‌فعالی درمان ندارد، یعنی نمی‌توان آن را به‌طور کامل علاج کرد و کودک را از مشکلات و عوارض آن رها ساخت. اما کنترل آن معمولاً شامل ترکیبی از درمان‌ها، رفتاردرمانی‌ها، تغییرات سبک زندگی و مشاوره است. شناخت علائم این بیماری برای تشخیص درمان از اختلالات دیگر دشوارتر است. دارودرمانی؛ روشی است که بیش‌تر پزشکان از آن استفاده می‌کنند و استفاده از داروهای محرک فراوان‌ترین نوع دارو درمانی است. این روش اثرات جانبی مضر دارد.

روان‌درمانی و رفتاردرمانی روشی است که رفتاردرمانگرها با هدف تغییر رفتار، به فرد کمک می‌کنند. که ممکن است شامل کمک عملی مانند: کمک در تکلیف مدرسه و کار در خلال یک رویداد هیجانی باشد. هم‌چنین به آن‌ها روش‌های