

نگاهی به:

کم توجهی و عدم تمرکز ذهنی

در کودکان



دکتر غلامعلی افروز

مربیان است. بسیاری از دانش آموزان علی رغم این که از ظرفیت هوشی متوسط یا بالاتر برخوردار دارند، صرفاً به لحاظ این که دامن توجه آنها فوق العاده اندک است، قادر نیستند به گونه‌ای که انتظار می رود توفیقات چندانی در یادگیری مطالب و پیشرفت تحصیلی داشته باشند.

فرایند یادگیری بدون تمرکز حواس و توجه لازم نمی تواند انجام پذیرد. در برنامه‌های آموزشی جلب توجه کودکان و دانش آموزان، قبل و حین آموزش از مهمترین وظایف و مسوولیت‌های



درواقع ، "اختلال درتوجه" امروزه از شایعترین اختلالات رفتاری دربین دانش‌آموزان بویژه درسین دبستان محسوب می‌شود. همواره بسیاری از والدین دانش‌آموزان و معلمان مدارس احساس نگرانی خود را از کم توجهی یابی - توجهی بعضی از کودکان اعلام داشته، طالب مشاوره، راهنمایی و کمک هستند.

درهرحال قبل ازپرداختن به ماهیست "اختلال کمبودتوجه" درکودکان، لازم به تذکر است، همان طوری که اشاره شد، مسأله "کم توجهی" یا "اختلال درتوجه" زمانی مطرح است که کودکان مبتلا به این نقیصه از نظر سلامت عمومی با مشکل قابل توجهی مواجهه نبوده، هیچ گونه نارسایی درزمینه حواس مختلف، بویژه بینایی و شنوایی نداشته باشند.

پدیده کم توجهی یا اختلال کمبودتوجه چیست؟

بدون تردید بسیاری از والدین و مربیان در توصیف رفتار نامطلوب آموزشی بعضی از کودکان و دانش‌آموزان، به اصطلاح "کم توجهی" یا "بی توجهی" و یا اختلال درتوجه" اشاره نموده و یا آن را از زبان کارشناسان و متخصصان شنیده‌اند.

برای نخستین بار انجمن روان پزشکی " امریکا ۲ (APA) این اختلال را شناسایی و تعریف کرده است. براساس تعریفی که انجمن روان پزشکی امریکا از اختلال کمبود توجه ارائه نمود ما ست ۳ (۱۹۸۰) ، پدیده کم توجهی یا اختلال کمبود توجه توصیف وضعیت کودکانی است که عمده " بدون دلیل خاصی " بی تسوجهی " ۴ "زود برانگیختگی" و در بسیاری از مواقع نسبت به سن تقویمی و عقلی شان " بیش فعالی" ۶ از خود نشان می دهند. گرچه اختلال کمبود توجه عمدتاً " با رفتار " زیاد فعالی یا بیش فعالی" همراه است، اما این نقیصه می تواند همراه با رفتارنا بهنجار " بیش فعالی" و یا بدون آن مورد تشخیص واقع گردد.

براساس مطالعات انجام شده، ۷ درصد از ۲۰ درصد از جمعیت کودکان و بزرگسالان، مبتلا به اختلال " کمبود توجه" هستند. این اختلال درگروه سنی ۸ تا ۱۰ سال شیوع بیشتری دارد. تشخیص اختلال کمبود توجه درکودکان خردسال درغالب موارد بیانگر جدی بودن این اختلال است.

برعکس، تشخیص این اختلال درسنین قبل از جوانی ۸ و نوجوانی ۹ عمده " نشانگر شدت آن نیست. به عبارت دیگر اختلال کمبود توجه در کودکان سنین پایین تر از ده سال جدی تر و قابل ملاحظه تر بوده، درنزد کودکان بالاتر از ده سال و نوجوانان، شدت کمتری دارد. به طور کلی شدت و میزان " اختلال کمبود توجه" در کودکان در شرایط و موقعیتهای مختلف متفاوت است، فی المثل کم توجهی در موقعیتی کسه کودک یا دانش آموز مبتلا، لازم است به تنهایی و به طور خودکار تکلیفی را عهده دار شود و یادار موقعیت های گروهی، فوق العاده مشهود است

ودر مقابل ، زمانی که این قبیل کودکان و دانش آموزان در موقعیتهایی قرار دارند که برای ایشان کاملا "نووجالب" است ویا هنگامی که به صورت انفرادی (یک به یک) مشغول هستند پدیده کمبود توجه بسیار اندک بوده ، ویا ممکن است اصلا " قابل مشاهده نباشد .

توجه به نکات فوق الذکر در تشخیص اختلال کمبود توجه و شناسایی کودکان و دانش آموزان مبتلا ، بسیار حائز اهمیت است . در هر حال ، در این ارتباط ، والدین و مربیان بیشترین توجه را دارند و نسبت به کودکانی که دچار اختلال کمبود توجه هستند حساسیت بیشتری از خود نشان داده ، به دنبال شناخت این پدیده و اصلاح آن هستند . در این جا سعی می شود به برخی از مهمترین مشخصه های کودکان و دانش آموزان مبتلا به " اختلال کمبود توجه " اشاره گردد .

ویژگیهای کودکان و دانش آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه :

تاکنون در ارتباط با ویژگیها یا مشخصه های قابل توجه دانش آموزانی که دچار اختلال در کمبود توجه هستند ، مطالعات نسبتا " قابل توجهی توسط محققان مختلف انجام شده است . در این میان ، جامعترین بررسی و مطالعه ، توسط انجمن آمریکایی روان پزشکی ۱۰ ، طراحی و اجرا گردیده است . از سال ۱۹۸۰ تا کنون از سوی انجمن مزبور و غالب مجامع علمی ذی ربط متخصصان و روان شناسان مختلف ، ملاکهای ۱۱ زیر جهت تشخیص " اختلال کمبود توجه " مورد استفاده قرار می گیرد .

الف - بی توجهی : " عدم توجه " ، حداقل در سه

مورد از موارد زیر در رفتار کودک یا دانش آموز مبتلا قابل مشاهده است :

۱ - در اغلب مواقع در تمام کردن کارهایی که خود شروع نموده است با شکست و ناکامی مواجه می گردد .

۲ - غالبا " به نظر می رسد که به موضوع مورد نظر گوش نمی دهد .

۳ - همواره به آسانی آشفته و دچار حواس پرتی می شود .

۴ - در تمرکز حواس روی تکالیف مدرسه ویا کارهایی که نیاز به توجه جدی دارد ، با مشکل مواجه است .

۵ - در انجام فعالیت های مربوط به بازی نیز با مشکل روبرو می شود .

ب : برانگیختگی سریع : در کودکی که دچار اختلال کمبود توجه است ، حداقل سه مورد از موارد زیر قابل ملاحظه است :

۱ - اغلب قبل از فکر کردن کاری را شروع می کند .

(همین که چیزی به نظرش می رسد ، بلافاصله مشغول آن می شود) .

۲ - به طور افراطی از یک فعالیت به فعالیت دیگر می پردازد (نمی تواند برای مدت نسبتا " قابل توجهی به یک کار خاص مشغول شود) .

۳ - بدون آن که از نظر شناختی اختلالی داشته باشد ، در نظم دادن به کار با مشکل مواجه است .

۴ - نیاز به نظارت و سرپرستی مداوم دارد .

۵ - " کرارا " در کلاس فریاد می زند .

۶ - تحمل رعایت نوبت را در بازیها و فعالیت های گروهی ندارد .

ج : بیش فعالی : همان گونه که قبلا " اشاره شد اختلال کمبود توجه می تواند همراه با بیش



فعالی و یا بدون آن مورد تشخیص واقع گردد. در صورتی که این اختلال با بیش فعالی، تواما" تشخیص داده شود، (و غالبا" به همین صورت است) کودک یا دانش آموز مبتلا، لاقلا دو ویژگی از ویژگیهای زیر را دارا خواهد بود:

۱- مرتب این طرف و آن طرف دویده، از روی چیزهای مختلف بالامی رود.

۲- نمی تواند آرام و ساکت بنشیند، مرتباً" لول خورده، بی قراری و نا آرامی ۱۲ از خود نشان می دهد.

۳- قادر نیست برای مدتی در جای ثابتی بنشیند.

۴- به هنگام خواب نیز مرتب به این طرف و آن طرف می چرخد.

۵- همیشه در حال حرکت و انجام کاری است و قرار ندارد، گویا بموسله موتوری حرکت داده می شود.

د: شروع قبل از هفت سالگی:

شروع اختلال کمبود توجه در بین کودکان عمده" قبل از سن ۷ سالگی قابل مشاهده است.

ه: طول مدت یا تداوم این اختلال حداقل ۶ ماه است.

و: اختلال کمبود توجه، بمدلایل اسکیزوفرنی، ۱۳ اختلال عاطفی، ویا عقب ماندگی ذهنی شدید و عمیق نیست.

بنابراین با توجه به ویژگیهای فوق الذکر زمانی که کودکی به وضوح معیارهای مورد نظررا از خود نشان دهد، تحت عنوان کودک مبتلابه اختلال کمبود توجه (همراه با بیش فعالی ویا بدون آن) تلقی گردیده، برنامههای اصلاحی و ترمیمی لازم توصیه می گردد.

مسلماً" پدران، مادران و مربیانی که با

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه سروکار دارند، می بایست بیشترین تلاش خود را در زمینه بهبود و اصلاح دامنه توجه، وزود برانگیختگی و در صورت لزوم بیش فعالی این کودکان صرف نمایند. اما از آن جایی که بعضی دیگر از مطالعات و تحقیقات انجام شده در زمینه اختلال کمبود توجه (CEC 1987) حاکی از آن است که کودکان و دانش آموزانی که دچار مشکل توجه هستند غالباً" از نظر مهارتهای اجتماعی و احساس خود ارزشمندی یا عزت نفس با مشکل مواجهند، لذا ضروری است در برنامههای آموزشی و درمانی به تربیت مهارتهای اجتماعی و تقویت اعتماد به نفس و احساس خود ارزشمندی در این کودکان توجه کرد. علاوه بر اینها، کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه در زمینه مهارتهای ادراکسی ۱۶ و مفهومی ۱۷ تا حدودی مشکل داشته و لازم است در این زمینهها نیز برنامههای ترمیمی تدارک دیده شود. همچنین به واسطه آن که به نظر می رسد " اختلال کمبود توجه" پاسخ های تقویتی و انگیزه طبیعی این کودکان را منشاء شر نموده باشد، لازم است روشهای تقویتی مؤثری برای اصلاح رفتار این کودکان در نظر گرفته شود. بدیهی است بسیاری از روشهای ترمیمی و اصلاحی که در ارتباط با کودکان مبتلا به

نمی توان صحبت از تاء ثیرقطعی روش درمانی یا یا ترمیمی خاصی به میان آورد. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان بویژه در امریکا تحقیقات وسیعی بخصوص از طرف انجمن کودکان استثنایی (CEC) و انجمن امریکایی روان پزشکی (APA) در جهت دست یافتن به علل اصلی اختلال کمبود توجه در کودکان و دانش آموزان و روشهای درمانی و اصلاحی در دست انجام است.

توجهات و تدابیر لازم در آموزش دانش آموزان مبتلا به اختلال کاهش توجه :

علی رغم آن که ممکن است از نظر بعضی اولیاء و مربیان مسأله " اختلال کمبود توجه " در مقایسه با سایر اختلالات رفتاری ناتوانی های یادگیری یک مشکل ثانویه تلقی گردد ، بدون شک تشخیص هرچه سریعتر این اختلال و انجام اقدامات اصلاحی و ترمیمی ، خود بهترین و مؤثرترین شیوه در پیشگیری از وقوع بسیاری از اختلالات و ناسازگاریهای رفتاری و مشکلات یادگیری در کودکان و دانش آموزان مبتلا خواهد بود .

اولین گام در مقابله با این اختلال ، همان گونه که از عنوان این اختلال پیداست (اختلال کمبود توجه) ، تلاش فشرده و همه جانبه در تقویت دامنه توجه کودک است ، " توجه " اصلی ترین پیش نیاز برای یادگیریهای آموزشی و موفقیت های تحصیلی است . دانش آموزان می بایست یاد بگیرند کاری را که شروع کرده اند در مدت زمان مورد نظر تمام کنند . بدیهی است در این جا مراد ما از آغاز و انجام کار ، تکلیفی است که دانش آموزان جهت

اختلال کمبود توجه مورد استفاده قرار می گیرد به لحاظ مرتبط بودن با هم ، علاوه بر تاء ثیری که بر یک رفتار مورد نظر با اختلال خاص می گذارند ، تاثیر مثبتی نیز بر سایر موارد خواهند داشت .
علل احتمالی اختلال کمبود توجه :

علی رغم مطالعات و تحقیقات فراوانی که در زمینه " اختلال کمبود توجه " به عمل آمده است متأسفانه ، تاکنون محققان این رشته نتوانسته اند به طور قطع و یقین علت یا علل قطعی این پدیده را مشخص نمایند . اما تلاشها و تحقیقات انجام شده در جهت یافتن علت یا علتها ، تا حدود زیادی سودمند بوده است . پژوهشهای انجام یافته حاکی از آن است که احتمالاً " عواملی نظیر ، عامل ژنتیکی ، شرایط قبل از تولد (دوران بارداری) و یا شرایط خاص زیستی (بدنی) فردی می تواند موجب اختلال کمبود توجه شود . با توجه به ماهیت و چگونگی علل احتمالی این اختلال ، در حال حاضر ، درمان پزشکی (دارویی) علی رغم عوارض سوء ناشی از آن و انتقاداتی که به آن وارد است ، یکی از متداول ترین شیوه های پاسخ به مشکلات کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه محسوب می شود . به هر حال باید توجه داشت تا به امروز درمان دارویی واحدی نتوانسته است موفقیتی در کنترل و اصلاح رفتار تمامی کودکانی که مبتلا به اختلال در کاهش توجه هستند ، داشته باشد . داروهای نظیر ، دکسدرین ، (Dexedrine) ریتالین (Ritalin) و سیلبرت (Cylert) عمدتاً از سوی روان پزشکان ، در درمان اختلال کمبود توجه تجویز شده و می شود . بدون تردید تا شناختن ماهیت و علت یا علل دقیق به وجود آورنده این پدیده

مختلف قادر به انجام آن است. این قبیل دانش آموزان می بایست یاد بگیرند که "خوب گوش بدهند". گوش دادن یکی از مهمترین مهارتها و رفتارهای مطلوب آموزشگاهی است. این دانش آموزان باید بیاموزند که چگونه با کمک دیگران حواس پرتی ها و آشفتگی های ذهنی خود را به حداقل برسانند.

والدین و مربیان می بایست با یک برنامه ریزی دقیق و با فراهم نمودن آمادگی های قبلی و انگیزه توجه، به کار بستن همه عوامل مؤثر، مانند ایجاد محرکهای قوی توجه به نیازهای اساسی کودکان، لحاظ نمودن علاقهها و رغبت های دانش آموزان و حذف یا کاهش محرکهای مزاحم محیطی، سعی نمایند طول مدت و دامنه توجه این کودکان و دانش آموزان را به تدریج افزایش دهند. رمز موفقیت والدین و مربیان در اصلاح رفتار این کودکان در افزایش دامنه توجه آنهاست. معلمان می توانند با ایجاد تغییرات کمی و کیفی در محیط آموزشی و بهره گیری از محرکهای تازه سمعی و بصری، در زمینه جلب توجه و افزایش دامنه آن در دانش آموزان، نقش مهمی داشته باشند.

"زود برانگیختگی" کودکان و دانش آموزان مبتلا به کاهش کمبود توجه نیز می بایست همزمان مورد توجه، اصلاح و درمان واقع گردد. این دانش آموزان باید بیاموزند که قبل از ارائه پاسخ به هر سوالی و یا شروع به انجام هر کاری لازم است تا عمل و "فکر" کنند. بالطبع برای ایجاد چنین نگرش مثبت و عادت مطلوبی در این قبیل دانش آموزان، ابتدا لازم است این امر با نظارت مستمر والدین و مربیان صورت پذیرفته، به تدریج با تقویت "خود انضباطی" و "خوبیشتن داری"، این مهم، یعنی اندیشیدن و

عمل کردن" به عهده خود دانش آموز واگذار شود.

"بیش فعالی" یا عدم توانایی در کنترل حرکات زاید، مشکل دیگری است که عمدتاً در رفتار دانش آموزانی که دچار اختلال کمبود توجه هستند، مشاهده شده و خود از موانع جدی در توجه و فرایند یادگیری است. در کنترل بیش فعالی و کاهش حرکات زاید دانش آموزان لازم است شیوه های خود آگاهی، کنترل رفتار و حرکات آهسته و آرام به آنها آموزش داده شود. در این زمینه می توان از روشهای متنوعی سود جست. یکی از روشهایی که امروزه در ارتباط با کاهش "بیش فعالی" کودکان در امریکا و بعضی کشورهای اروپایی مورد توجه و استفاده والدین و مربیان واقع می گردد، "روش شبیه سازی لاک پشت" ۱۸ است. در این روش به کودکان آموزش داده می شود (القاء می شود) که بگویند می خواهند آرام و باطمانینه حرکت کنند آرام و آهسته همچون لاک پشت. در این روش با بهره گیری از برنامه های جامع، منظم و هدایت شده که مرکب از فعالیت ها و تمرینات گوناگون است، کودک می آموزد که رفتار و حرکات زاید و غیر ضروری خود را کاهش دهد. حرکت "لاک پشتی" آهنگ و هدف مطلوب این روش محسوب می شود.

علاوه بر این، در اصلاح رفتار بیش فعالی کودکان، از روشهای مؤثر و مفید دیگری همچون روش الگویی (الگو قرار دادن رفتار مطلوب بزرگسالان)، خود اصلاحی (کاهش یا اصلاح رفتار زائد و غیر ضروری از طریق مشاهده رفتار خود در ویدئو)، ایفای نقش، (بازی نقش افراد مطمئن و آرام و با صلابت)، و بالاخره تنش زدایی را (تمرینات انبساط روانی-

عضلانی) می توان نام برد .

یکی دیگر از مشکلات جدی که کودکان مبتلابه اختلال کمبود توجه با آن مواجه هستند، عدم برقراری یک ارتباط اجتماعی مفید و مؤثر و متقابل با همسالان است. وقتی که این کودکان به لحاظ عدم مهارت‌های لازم نمی توانند ارتباط مفیدی با دوستان خود داشته باشند، بالطبع دچار یأس و سرخوردگی شده، وجودشان مملو از احساسات منفی و ناخوشایند نسبت به خودشان خواهد گردید و همین احساس ناخوشایند و بازدارنده موجب تضعیف حس اعتماد به نفس و افزایش ناتوانیها و اختلالات رفتاری آنها خواهد شد. لذا تربیت و تقویت مهارت‌های اجتماعی این کودکان از اهمیت بسزایی برخوردار بوده، ضروری است که تجارب خوشایندی از تعامل اجتماعی برای ایشان فراهم گردد.

تقویت مهارت‌ها و توانمندیهای ادراکی این کودکان نیز امری است ضروری. در این ارتباط نیز تدارک برنامه‌های آموزشی جامع، به نحوی که تکالیف آموزشی بر روشهای رفتاری استوار بوده و شامل مراحل یادگیری فزاینده باشد

فوق العاده مهم است .

بالاخره آن جایی که اختلال کمبود توجه پاسخهای تقویتی کودکان را متأثر می کند و انگیزه توجه و تلاش آنها را کاهش می دهد، شایسته است اولیاء و مربیانی که با این کودکان سروکار دارند برای این که موفقیت قابل توجهی در برنامه‌های آموزشی و ترمیمی خود داشته باشند ابتدا عوامل یا تقویت کننده‌هایی را که می تواند رفتار مطلوب این کودکان را تقویت نماید شناسایی نموده، به تناسب از آنها بهره مند شوند. نهایتاً "انتظار می رود که والدین و مربیان با صبر و حوصله وافر و کاهش محرکهای زاید مخیطی، طرح و تنظیم برنامه‌های جامع و متنوع آموزشی، ایجاد نگرش مثبت و تقویت انگیزه توجه و تلاش، سعی نمایند دامنه توجه این کودکان را افزایش دهند. بدیهی است که اعمال هر نوع رفتار پرخاشگرانه و تنبیهی بخصوص تنبیه بدنی، در برخورد با این قبیل کودکان، نه تنها در اصلاح پایدار رفتار ایشان مؤثر واقع نمی گردد، بلکه موجب تشدید رفتارهای زاید و اختلال بیشتر می شود.

پانویسها:

- 1 - Attention Deficit Disorder (ADD)
- 2 - The American Psychiatric Association (APA)
- 3 - DSM - 111 (1980)
- 4 - Inattention
- 5 - Impulsivity
- 6 - Hyperactivity
- 7 - American Psychiatric Association(1980)
- 8 - Preadolescent
- 9 - Adolescent

- 10 - The American Psychiatric Association
 - 11 - DSM - 111(1980)
 - 12 - Fidgety
 - 13 - Schizophrenia
 - 14 - The Council for Exceptional children (CEC)
 - 15 - Self- Esteem
 - 16 - Perceptual
 - 17 - Conceptual
 - 18 - The Turtle Imagery procedure
 - 19 - Incremental Learning Steps.
-

منابع و مأخذ

- 1 - American Psychiatric Association.(1980).
Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
(3rd ed). Washington, DC
- 2 - Bloomingdale, L.M.(1984). Attention deficit disorder:
Diagnostic, cognitive and therapeutic Understanding.
New York: S.P. Medical and scientific books.
- 3 - Bohlene, D.S.(1985). Intellectual and affective
characteristics of attention deficit disordered
children. Journal of learning Disabilities 18(10),
604 - 608.
- 4 - Council for Exceptional Children, (1987). Attention
deficit disorder and hyperactivity, a computer search
reprint. Stock No. 552 . 2920 Association Drive, Reston,
VA 22091.
- 5 - Horowitz, J.(1986). Controlling impulsiveness. Self -
awareness. Academic therapy 21(3),275-282.
- 6 - Schilling, D.F.(1986). Self- esteem: Concerns, strategies,
resources. Academic therapy, 21(3),301 - 307.