



تعریف بیش‌فعالی و سبب‌شناسی آن

فهمیه آربین

کارشناس گفتار و زبان، شاهرود

کلیدواژه‌ها: بیش‌فعالی، اختلالات رفتاری، داروهای محرک.

بیش‌بینی و یا ارزیابی کنند. در فعالیت‌های خطرناک شرکت می‌کنند و احتمال صدمه دیدن آن‌ها زیاد است. قبل از فکر کردن عمل می‌کنند. پرتحرک هستند و انگار موتوری درون بدن آن‌هاست که آن‌ها را به حرکت دائمی مجبور می‌کند. رعایت قوانین منزل و محیط آموزشی برای آن‌ها مشکل است.

- سه ویژگی عمده‌ی این اختلال عبارتند از:
 - فعالیت و تحرک زیاد؛
 - اختلال در توجه و تمرکز؛
 - رفتارهای تکانشی.

ب) عوامل سبب‌ساز

• آسیب‌های مغزی و یا عصب‌شناختی

به نظر برخی از متخصصان، چنین آسیب‌هایی می‌توانند باعث بروز بیش‌فعالی شوند، ولی هنوز تحقیقات لازم در این زمینه به نتیجه‌ی قطعی دست نیافته است. از این رو باید به این ارتباط با تردید نگاه کرد.

• عوامل محیط و خانواده

فرزندپروری بد و معیوب به بیش‌فعالی نمی‌انجامد، اما شیوه‌های تربیتی و پاس‌خدهی والدین، فقدان توافق در ارائه‌ی الگوهای تربیتی، بی‌توجهی به نیازهای عاطفی کودک، وجود تعارض‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده، اضطراب والدین و الگوهای تربیتی استبدادی و یا فرزندمحوری، کاملاً بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارند. بسیاری از این کودکان مستعد اختلالات رفتاری گسترده‌ای هستند. بدیهی است روش‌های انطباقی مؤثر، در پیش‌گیری از مشکلات رفتاری همواره مؤثرند.

• عوامل پیش از تولد و هنگام تولد

برخی مطالعات انجام شده، به بعد ژنتیک این بیماری اشاره دارند. کودکی که مبتلا به بیش‌فعالی است، چهار برابر بیشتر احتمال دارد که یکی از افراد خانواده‌ی او، مشکلی مشابه او داشته باشند. اگرچه نقش ژن خاصی در این بین پیدا نشده است، ولی مغز این کودکان تفاوت‌های ظریفی را در ساختار و عملکرد نشان می‌دهد. البته باید خاطر نشان

اختلال «بیش‌فعالی» (ADHD) اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتارهای ناگهانی در کودک مبتلا به آن، شدیدتر از کودکان دیگر است. یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۳ تا ۱۰ درصد کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آوند، ۱۳۸۶).

ویژگی‌های عمده‌ی این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، تکانشگری و مشکل توجه و تمرکز است. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، در مواقعی آن‌ها را نشان می‌دهند، اما کودکان بیش‌فعال به درجه‌ای علائم فوق را نشان می‌دهند که با عملکرد طبیعی آن‌ها در منزل، محیط آموزشی و ارتباط با هم‌سالان و اطرافیان تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان، به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می‌شوند که به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آن‌ها منجر می‌شود. اکثر اوقات، زمانی که این کودکان به محیط‌های آموزشی می‌آیند، تشخیص داده می‌شوند؛ در زمانی که از آن‌ها انتظار می‌رود وارد عملکردهای منظم‌تر، سازمان یافته‌تر و پیچیده‌تر شوند و با هم‌سالان خود ارتباط مؤثرتری برقرار کنند.

اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در پسران شایع‌تر از دختران است و صرف‌نظر از سن تشخیص، شروع بیماری باید از قبل از هفت سالگی باشد (اعتصامی صدری، ۱۳۸۶). این کودکان علاوه بر منزل، در مدرسه، مهدکودک و سایر مکان‌های دیگر، مشکلات رفتاری گوناگونی از خود نشان می‌دهند.

الف) علائم و مشخصات بالینی

مشکل اصلی کودکان بیش‌فعال، ناتوانی در حفظ و تنظیم رفتارشان است. در نتیجه، غالباً نمی‌توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هماهنگ باشد، نشان دهند. خوابیدن و غذا خوردن آن‌ها منظم نیست. به نظر می‌رسد که در همه چیز دخالت می‌کنند و به مراقبت دائمی نیاز دارند. از نظر هیجانی ثبات ندارند و رفتارشان غیرقابل پیش‌بینی است. سریع از کوره در می‌روند و نمی‌توانند پیامد رفتارشان را

به طور کلی پژوهشگران به والدین توصیه می کنند که از دادن مواد غذایی آماده و حاوی افزودنی به کودکان بیش فعالی خودداری کنند.

آینده‌ی این کودکان

در برخی موارد، مشکلات همراه با این اختلال، در سراسر زندگی شخص ادامه می یابد. گرچه این کودکان در دوره‌ی بزرگسالی همه‌ی علائم مربوط به بیماری را ندارند و از پرتحرکی آن‌ها کاسته می شود، ولی مشکلات توجه و تمرکز و رفتارهای تکانشی آن‌ها ادامه می یابد. در عده‌ای از این کودکان نیز، با رسیدن به سن ۱۲ سالگی، علائم بهبود می یابد و عملکرد طبیعی در حوزه‌های گوناگون رفتاری، اجتماعی و تحصیلی پیدامی کنند. در کسانی که بیماری ادامه می یابد، نیاز به ادامه‌ی درمان نیز وجود دارد. به نظر می رسد عمده مشکلات این کودکان با ورود به محیط‌های آموزشی آغاز می شود؛ مکانی که در آن‌جا انتظار نظم، انضباط، پیشرفت تحصیلی، ارتباط مناسب با همسالان، پیروی از دستورات معلم و انجام تکالیف مدرسه می رود. از آن‌جا که مطالعه، خواندن و نوشتن و گوش فرادادن به صحبت‌های معلم به تمرکز، توجه، قرار و آرامش کافی نیاز دارد و این کودکان در این زمینه‌ها مشکل دارند. کودکی که ساعت‌های زیادی را به بازی و فعالیت می پردازد، از نیم ساعت نشستن برای انجام فعالیت‌های آموزشی بیزار است. در کلاس، زمانی که سایر دانش آموزان مشغول یادگیری مطالب جدید هستند و به صحبت‌های معلم گوش می دهند، آن‌ها مشغول حرف زدن با بغل دستی، بازی کردن و یا وررفتن با کتاب، مداد و سایر وسایل هستند. افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده‌ی شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. از طرف دیگر، بزرگسالان شاغل با این اختلال، در شغل خود با مسائل و مشکلات بیشتری دست به گریبان

کرد که زنجیره‌ی عوامل پیش از تولد، هم‌چون وراثت و ژنتیک، نیازمند بررسی بیشتر است.

تغذیه‌ی مادر در دوران بارداری با استفاده از رژیم‌های غذایی نامطلوب، استعمال دخانیات و نوشیدنی‌های الکل دار و مصرف خود سرانه‌ی دارو، از عوامل قابل بررسی در مورد بروز بیش فعالی در کودک است.

• نوع رژیم غذایی کودکان

در سال ۱۹۷۰، محقق‌ی به نام فین گولد اهمیت تأثیر برخی خوراکی‌ها را در افزایش علائم بیش فعالی مورد مطالعه قرار داد که از جمله‌ی آن‌ها رنگ‌های مصنوعی به کار گرفته شده در مواد غذایی بود. او عقیده داشت که مصرف مواد غذایی حاوی این رنگ‌ها علائمی مانند مسمومیت را نشان می دهد و بیش فعالی نوعی حساسیت نسبت به مواد رنگی موجود در خوراکی هاست. امروزه بسته به حساسیت کودک، اقدام به حذف برخی خوراکی‌ها می کنند تا تأثیر آن را در بیش فعالی مورد مطالعه قرار دهند.

غذاهایی که بچه‌های بیش فعال باید از خوردن آن‌ها امتناع کنند، عبارت‌اند از:

- شکر که مصرف آن سطح آدرنالین خون را در کودکان به میزان ۱۰ برابر افزایش می دهد. بنابراین نتایج، بین رفتارهای خشونت آمیز با دریافت شکر ارتباط مستقیم وجود دارد.

اگرچه در اغلب موارد، شکر به عنوان علتی برای بیش فعالی عنوان می شود، اما مطالعات کنترل شده، تأثیر منفی آن را روی رفتار اثبات نکرده‌اند. اما باید فواید کاهش مصرف شکر را در نظر داشت.

- بادام، سیب، زردآلو، کشمش، هلو، آلو، گوجه فرنگی (مواد حاوی سالیسیلات طبیعی).

- رنگ‌ها مانند تارتراژین (نوعی رنگ نارنجی موجود در غذاها) که در غذاهای آماده بسته بندی شده و آدامس، شکلات، آب لیمو، سس‌ها، کمپوت‌ها و نوشابه‌های گازدار وجود دارند.

- اسید بنزوئیک (نوعی نگه دارنده‌ی مواد غذایی) که در مرباهای آماده، پوره‌ی میوه‌ها، آب میوه‌ها، ترشی‌ها و سس‌های سالاد یافت می شود.

- نوشابه‌های گازدار که به دلیل محتوای بالای فسفر آن‌ها و برهم زدن تعادل کلسیم و فسفر بدن، می توانند به بیش فعالی منجر شوند.

- قهوه، چای، کولا و نوشیدنی‌های کافئین دار که می توانند علائم بیماری را تشدید کنند.





هستند. اتاق کار آن‌ها نامنظم و شلوغ است. برای شروع کار و به اتمام رساندن آن مشکل دارند. همیشه ممکن است کارهای زیادی را شروع کنند، اما نیمه تمام رها کنند. در نتیجه طرح‌های ناتمام در بین کارهای آن‌ها زیاد دیده می‌شوند. فراموشکار هستند و به قرارهای کاری خود دیر می‌رسند. از دید دیگران، این‌ها افرادی بدقول هستند. امکان ابتلا به اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال ایذایی مقابله‌ای، سوءمصرف مواد، پرخاشگری و سایر اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال «بیش‌فعالی - کم‌توجهی»، در صورت عدم مداخله‌ی مناسب زیاد است.

رعایت نکردن نوبت و قوانین بازی، پیروی نکردن از دستورات، برهم زدن نظم و رفتارهای تکانشی در این کودکان باعث می‌شود که ارتباط آن‌ها با هم‌سالان، والدین و بزرگ‌ترها تحت‌الشعاع قرار گیرد. آن‌ها از جمع دوستان خود طرد می‌شوند و پیام‌های منفی که مرتب از پیرامون خود دریافت می‌کنند، به اعتماد به نفسشان لطمه می‌زند و آن‌ها را مستعد افسردگی و اضطراب می‌کند.

ج) درمان

بنا به دلایل فوق و دلایل بی‌شمار دیگر، اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی باید درمان شود. هدف از درمان، کاهش علائم این بیماری است تا حدی که کودک آشفستگی کمتری را در زندگی روزمره‌ی خود متحمل شود و عملکرد تحصیلی و ارتباطی او بهبود یابد. درمان این کودکان شامل دو دسته‌ی کلی درمان‌های دارویی و غیردارویی است.

درمان دارویی

شایع‌ترین و مؤثرترین داروهایی که در درمان این اختلال به کار می‌روند، داروهای محرک (ایستمولیت) مثل فنیدیت (ریتالین) و دکستروآمفتامین هستند. این داروها در ۹۰-۷۰ درصد کودکان بیش‌فعال - کم‌توجه مؤثرند و باعث بهبودی علائم اصلی این اختلال می‌شوند. عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک را بهبود می‌بخشد و از اضطراب و نگرانی والدین می‌کاهند. این داروها ممکن است در بعضی از کودکان اثرات بی‌اشتهایی و کم‌خوابی داشته باشند که نگران‌کننده نیست و می‌توان با ترفندهای مناسب، این اثرات سوء را به حداقل رساند.

همانند سایر داروها، این دسته از داروها نیز ممکن است اثرات جانبی داشته باشند. در نتیجه تجویز آنان باید زیر نظر پزشک معالج و با تشخیص او صورت گیرد. در صورتی که کودک نسبت به این دسته از داروها پاسخ درمانی مناسب نشان نداد و یا دچار عوارض جانبی ناخواسته‌ای شد که قابل تحمل نبود، داروهای دیگری وجود دارند که می‌توانند مؤثر باشند.

درمان‌های غیردارویی

از این نوع درمان‌ها معمولاً همراه و در کنار درمان‌های دارویی استفاده می‌شود که بیشتر بر اختلالات رفتاری همراه با بیش‌فعالی - کم‌توجهی مؤثرند و شامل درمان‌های شناختی، رفتاری و آموزش والدین می‌شوند. بدیهی است آموزش والدین در مورد بیماری فرزندشان، باعث رفتارهای مثبت کودک و پرهیز والدین از شیوه‌های نامناسب تنبیهی و ... می‌شود.

تأثیر رژیم غذایی در درمان کودکان بیش‌فعال

طبق مطالعات انجام شده در مورد تأثیر مواد غذایی روی تشدید و یا کاهش علائم بیش‌فعالی و یا ظهور علائم بیش‌فعالی، مشخص شد که مصرف برخی مواد غذایی باعث کاهش نرخ بروز رفتارهای خاص بیش‌فعالی می‌شود و یا مصرف آن‌ها در دوران بارداری به مادر کمک می‌کند.

● **اسید چرب ضروری:** تحقیقات نشان داده‌اند که میزان غلظت اسیدهای چرب ضروری مانند امگا ۳ و امگا ۶ در این کودکان به مقدار قابل توجهی پایین است و این کودکان علائم کمبود مذکور را نشان می‌دهند؛ مثل تشنگی زیاد، بهترین منبع برای دریافت اسیدهای چرب امگا ۳، مصرف ماهی آزاد مثل سالمون، ساردین، میگو و شاه میگو و منابع دریافت اسیدهای چرب امگا ۶ موادی مانند کنجد، تخمه، کدو تنبل و تخم‌های آفتاب گردان است و منابع دیگر دریافت اسیدهای چرب ضروری، آجیل، لوبیای سویا، روغن بادام زمینی و روغن زیتون است.

● **روی:** تحقیقات نشان داده‌اند که سطح سرمی روی در کودکان بیش‌فعال به مقدار قابل توجهی پایین‌تر از کودکان دیگر است. کمبود روی در کودکان مشکلاتی از قبیل خشونت، کج‌خلقی، گریه‌های زیاد، بی‌زاری و نفرت، و ناتوانی در تمرکز را ایجاد می‌کند. گوشت ماکیان، شیر و محصولات لبنی ۸۰ درصد کل میزان روی مواد غذایی را تشکیل می‌دهند.

● **کلسیم:** کمبود کلسیم ممکن است بیش‌فعالی را به وجود آورد. بنابراین می‌توان با تنظیم برنامه‌ی غذایی مناسب این کمبود را برطرف کرد. مصرف مواد غذایی مثل: شیر، پنیر، ماست، سبزیجات برگ سبز مثل کلم، برگ‌های سبز شلغم مناسب خواهد بود. کلسیم مورد نیاز بدن را تأمین می‌کند.

● **ویتامین B6:** مصرف این ویتامین باعث بهبود رفتار در برخی از کودکان بیش‌فعال می‌شود. چون در برخی از این کودکان سطح سروتونین خون پایین است و مصرف مقدار بالای این ویتامین، باعث افزایش میزان سروتونین خون می‌شود. این ویتامین در گوشت‌ها و



دفتر انتشارات کمک آموزشی

با مجله‌های رشد آشنا شوید

مجله‌های رشد توسط دفتر انتشارات کمک آموزشی سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی وابسته به وزارت آموزش و پرورش تهیه و منتشر می‌شوند:

مجله‌های دانش‌آموزی

(به صورت ماهنامه و ۸ شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد یک (برای دانش‌آموزان آمادگی و پایه اول دوره دبستان)
- رشد دوم (برای دانش‌آموزان پایه‌های دوم و سوم دوره دبستان)
- رشد سوم (برای دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم دوره دبستان)
- رشد جوان (برای دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی)
- رشد جوان (برای دانش‌آموزان دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی)

مجله‌های بزرگسال عمومی

(به صورت ماهنامه و ۸ شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد آموزش ابتدایی
- رشد آموزش راهنمایی تحصیلی
- رشد تکنولوژی آموزشی
- رشد مدرسه فردا
- رشد مدیریت مدرسه
- رشد معلم

مجله‌های بزرگسال و دانش‌آموزی اختصاصی

(به صورت فصلنامه و ۴ شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد برهان راهنمایی (مجله ریاضی برای دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی)
- رشد برهان متوسطه (مجله ریاضی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه)
- رشد آموزش قرآن
- رشد آموزش معارف اسلامی
- رشد آموزش زبان و ادب فارسی
- رشد آموزش هنر
- رشد مشاور مدرسه
- رشد آموزش تربیت بدنی
- رشد آموزش علوم اجتماعی
- رشد آموزش تاریخ
- رشد آموزش جغرافیا
- رشد آموزش زبان
- رشد آموزش ریاضی
- رشد آموزش فیزیک
- رشد آموزش شیمی
- رشد آموزش زیست‌شناسی
- رشد آموزش زمین‌شناسی
- رشد آموزش فنی‌و حرفه‌ای
- رشد آموزش پیش‌دبستانی

مجله‌های رشد عمومی و اختصاصی برای آموزگاران، معلمان، مدیران و کارکنان اجرایی مدارس، دانش‌جویان مراکز تربیت معلم و رشته‌های دبیری دانشگاه‌ها و کارشناسان تعلیم و تربیت تهیه و منتشر می‌شوند.

نشانی: تهران، خیابان ایرانشهر شمالی، ساختمان شماره ۴ آموزش و پرورش، پلاک ۲۶۶، دفتر انتشارات کمک آموزشی.

تلفن و نمابر: ۰۲۱ - ۸۸۳۰۱۴۷۸



غلات کامل به خصوص گندم و مغزها یافت می‌شود.

● آهن: کمبود آهن از دقت و توجه تا میزان قابل توجهی می‌کاهد و مصرف مکمل‌های حاوی آهن، میزان توجه و تمرکز را که در کودکان بیش‌فعال پایین است، ارتقا می‌دهد. بهترین منبع آهن در غذاهایی مثل جگر، غذاهای دریایی، قلب، کلیه، گوشت دارای چربی اندک است.

نقش والدین در درمان

اول باید مطمئن شد که کودک ما بیش‌فعال است چون گاهی والدینی که بسیار نگران هستند، ممکن است جنب و جوش‌های طبیعی فرزندشان را دلیلی بر وجود بیش‌فعالی بدانند. بنابراین، گام اول تشخیص صحیح است و باید از زدن برچسب‌های نادرست به کودک اجتناب کرد.

انرژی اضافی این کودکان باید با فعالیت‌هایی از قبیل ورزش کردن مصرف شود. گاهی بهتر است در منزل مسئولیت‌های سنگین به این بچه‌ها واگذار کرد تا از این طریق انرژی زیاد آن‌ها به مصرف برسد و برای انجام درست این مسئولیت‌ها برای آن‌ها پاداش هم در نظر گرفته شود.

نباید این کودکان را کتک زد، چون رفتارهای انتقام‌جویانه از آن‌ها سر خواهد زد. بهتر است با آن‌ها به روشنی صحبت کنیم.

به رژیم غذایی آن‌ها تا حد ممکن توجه داشته باشیم.

خواب شب این بچه‌ها مهم است. آن‌ها باید شب زودتر به رخت‌خواب بروند و والدین باید به کودک آموزش دهند که بیدار نماندن تا دیروقت یکی از قوانین خانواده است.

و سرانجام اگر رفتارهای او تا حد زیادی آزاردهنده است و در توجه و تمرکز مشکل زیادی دارد، بهتر است با روان‌پزشک مشورت شود.

پی‌نوشت

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Dr. Ben feingold

منابع

۱. وندر، پل اچ. اختلال بیش‌فعالی در کودکان، نوجوانان، بزرگسالان. ترجمه‌ی عبدالرحمن اعتصامی صدری. انتشارات مترجم. ۱۳۸۶.
۲. جباری، سوسن. اختلالات عاطفی و ناتوانی‌های یادگیری - راهنمای آموزش مربیان. انتشارات بخشایش.
۳. کریمی، یوسف. اختلال یادگیری. انتشارات ساوالان. ۱۳۸۷.
۴. ماه‌نامه‌ی نوا، مدیریت آموزش و پرورش استثنایی استان سمنان، آذر ۱۳۸۸.
۵. مصلحی، زینبده و علوی نیکچه، عزیزه. رشد و آموزش کودکان. انتشارات طراحان ایماژ. ۱۳۸۷.