

## بیش فعالی کودکان و راه‌هایی برای درمان آن

بهاره پورتنقی کوهبینه

فارغ‌التحصیل کارشناسی پیوسته آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان گیلان

### چکیده

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی ADHD یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که به صورت الگوی پایدار کمبود توجه و یا رفتارهای فعال و تکانه‌ای تعریف می‌شود، شروع آن در دوران کودکی همزمان با دوره پیش دبستان و دبستان است. شاید شما به عنوان معلم یا یکی از اعضای خانواده کودکان دارای این اختلال، از سختی‌های رفتار با آنها آشنا باشید و تا حدودی علائم و مشخصه های اصلی این کودکان را تشخیص دهید. لازم به ذکر است که احتمالاً امروزه بیشتر از گذشته اسم این اختلال را از اطرافیان خود می‌شنوید. اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی اگر در کودکی درمان نشود می‌تواند در بزرگسالی مشکلاتی را به وجود آورد. از آنجایی که این اختلال، تحت تاثیر عوامل زیست‌شناختی، مادرزادی و محیطی می باشد، در این مقاله سعی شده است عوامل موثر در این اختلال بررسی شود و راه‌هایی برای درمان این اختلال ارائه دهد. انتظار می‌رود بتوان با استفاده از این راهبردها، اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در کودکان به حداقل برسد.

**واژگان کلیدی:** بیش‌فعالی ADHD، کمبود توجه، کودکان بیش‌فعال، درمان

## مقدمه

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه‌ی فردا و نسل‌های آینده اثرگذار است لذا بهداشت روانی و مطالعه در نحوه‌ی سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک نموده و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد خواهد آورد (ارجمندی، سایه میری، ۱۳۹۴). درسال‌های اخیر آگاهی ما، در مورد تحرک بیش از حد به میزان چشمگیری افزایش یافته و نیز توجه‌ها از میزان فعالیت، به نارسایی‌های توجه و سپس به مسائل گسترده‌تر رشد اجتماعی تغییر جهت داده است (قربانی عشین و همکاران، ۱۳۹۵).

برطبق چهارمین نشر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا در سال ۱۹۹۴، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مجموعه علائمی است با محدودیت میدان توجه که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌شود. اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است، که در مدارس ایران نیز نسبتاً شایع بوده و دغدغه بسیاری از معلمان دوره‌ی ابتدایی و والدین می‌باشد. این اختلال برای اولین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هنری فومن شناسایی شد (کریمی و غفوری، ۱۴۰۱).

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یا ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن است که کودکان سنین مدرسه را درگیر می‌کند. شیوع این اختلال در آمریکا ۴ تا ۸ درصد، کارولینای شمالی ۱۶ درصد، کلمبیا ۱۶/۴ درصد، برزیل ۲۶ درصد و ایران ۳ تا ۱۶ درصد گزارش شده که این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از شرایط فرهنگی، اقلیمی و شیوه‌ی اندازه‌گیری باشد. شیوع این اختلال در پسرها ۴ برابر دختران گزارش شده است. ADHD یک اختلال زیستی روانی اجتماعی است و به نظر می‌رسد که شیوع این اختلال با توجه به جامعه مدرن امروز، زندگی‌های پر استرس، رژیم‌های غذایی مملو از مواد محرک، استراحت و تغذیه ناکافی در دوران بارداری و ده‌ها عامل دیگر، به شدت در حال افزایش باشد. سن اوج تشخیص این اختلال ۶ تا ۹ سالگی است هر چند مشکلات مرتبط با این اختلال گاهی پیش از ۳ سالگی شروع می‌شوند. در این کودکان سطح بالایی از فعالیت کمبود توجه/بیش‌فعالی مانند بی‌قراری و وول خوردن و نیز افزایش حرکات عمومی و درشت بدنی دیده می‌شود. نشانه‌های مرتبط با عدم توجه، بین ۵ تا ۷ سالگی یا در آستانه‌ی محصل شدن ظاهر می‌شوند. عدم توجه به عنوان مشکل اصلی، معمولاً بین اوایل تا اواسط دبستان شروع می‌شود. بالا بودن میزان تشخیص این اختلال در سال‌های نخست دبستان نشان می‌دهد که مدرسه نسبت به خانواده فشار بیشتری بر کودکان می‌آورد، انعطاف کمتری دارد و توجه کمتری به تفاوت‌های فردی می‌کند. مطالعات متعدد حکایت از تاثیر این اختلال در سیستم خانواده دارند. همچنین موجب بروز ناتوانی‌های یادگیری در دوران تحصیل می‌گردد زیرا میزان توجه و تمرکز این کودکان در مقایسه با کودکان عادی کاهش پیدا می‌کند. اگر این ناتوانی‌ها به موقع شناسایی و درمان نشوند به ناتوانی‌های یادگیری تحصیلی در دبستان منجر شده و پس از آن می‌تواند به صورت ناتوانی‌های اجتماعی خودپنداره و اعتماد به نفس پایین، انگیزه و علاقه کم و رفتار مقابله‌ای خود را نشان دهند. برای این که این کودکان مهارت‌های لازم برای موفقیت در تحصیل را به دست آورند، نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام هستند (ناظر و همکاران، ۱۳۹۲).

تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می‌توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش‌بینی‌های لازم را به عمل آورند. تشخیص زود هنگام و به موقع مشکلات رفتاری که در سنین پیش‌دبستانی خود را نشان می‌دهد بسیار مهم است زیرا تقریباً همه متخصصان

بهداشت روانی بر این مسئله تاکید دارند که سال‌های اولیه در سازگاری بعدی با این اختلال اهمیت دارند و وجود مشکلات در این سال‌ها، زمینه ناسازگاری در سال‌های بعدی را ایجاد می‌کند. (کریمی و غفوری، ۱۴۰۱)

تشخیص‌ن دادن زود هنگام این اختلال در سنین پیش از دبستان، به اختلال‌هایی از قبیل رفتارهای مقابله‌ای متضاد و اختلال سلوک تبدیل می‌شود و آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد. از نظر آناتومیک، در کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی دو گستره چشمگیر است: بخشی از لوب فرونتال به نام کورتکس جلویی که محل کارکردهای اجرایی مانند توجه، برنامه‌ریزی، سازماندهی، مهار تکانه و اعتماد به نفس است و همچنین، عقده‌های پایه‌ای و مخچه که نقش مهمی در کنترل حرکت و حفظ تعادل دارند. در واقع، رشد مغزی کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان روند آهسته‌تری دارد. همچنین، سطوح سرمی عامل نوروتروفیک مشتق‌شده از مغز در کودکان مبتلا به این اختلال پایین‌تر است. در کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی، سطح مهارت‌های حرکتی و تعادل نیز به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از کودکان عادی است. همچنین، رشد مهارت‌های حرکتی در این کودکان نسبت به کودکان عادی ضعیف‌تر است. این کودکان هنگام یادگیری مهارت‌های حرکتی جدید مشکلاتی در هماهنگی دارند، مهارت‌های آموخته‌شده را ضعیف‌تر از همسالان اجرا می‌کنند و در هر سطح اجرای تکلیف، واکنش و حرکت آهسته‌تری دارند. همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به کمبود توجه/ بیش‌فعالی در تعادل با چشم بسته، هماهنگی حرکتی دوطرفه، دقت و سرعت حرکت دست‌ها، نسبت به کودکان عادی متفاوت عمل می‌کنند. و در برنامه‌ریزی حرکتی، حفظ کنترل، یکپارچگی حسی و پردازش حسی دچار مشکل هستند. کریمی، لیلا و غفوری، آرزو در پژوهشی تحت عنوان ارائه راهکارهایی جهت بهبود مشکل بیش‌فعالی/ بی‌توجهی در کودکان، فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی که در سال ۱۴۰۱ به چاپ رسید، بیان می‌کنند که روش‌های بازی درمانی، فنون شناختی، تمرین‌های تعادل و توازن، آرام سازی، تقویت تمرکز و ... برای درمان اختلال فرد موثر واقع شده است. ناظر، محمد، میرزایی راد، رضا، و مختاری، محمدرضا در پژوهش خود با عنوان، تاثیر ورزش درمانی بر علائم اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی دانش آموزان دوره ابتدایی که در سال ۱۳۹۲ به چاپ رسید بیان می‌کنند که از ورزش درمانی یا بازی درمانی به عنوان نوعی درمان جایگزین یا مکمل برای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی می‌توان استفاده نمود. نریمانی، محمد، شاهعلی، اعظم و کیامرثی، آذر در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر انگیزش تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی، که در سال ۱۳۹۳ به چاپ رسید، این چنین بیان می‌دارند که روش آموزش مدیریت والدین یکی از موثرترین روش‌های درمانی بوده و موجب افزایش انگیزش تحصیلی در این دانش آموزان می‌شود. همچنین دانا، امیر، رفیعی، صالح، سلطان احمدی، تینا، و حمزه، امیرحمزه در پژوهشی تحت عنوان تأثیر آموزش براساس تربیت‌بدنی رشدی بر اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دانش‌آموزان که در سال ۱۳۹۷ به چاپ رسید بیان می‌کنند که یک دوره سه ماهه‌ی آموزش براساس تربیت‌بدنی رشدی در کاهش نشانگان اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر اثربخش است و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مناسب به کار گرفته شود. (دانا و همکاران، ۱۳۹۷)

### علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی:

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی / تکانشگری یک اختلال با پایه زیستی است که به وسیله ترکیبی از علائم کم توجهی یا بیش‌فعالی و تکانشگری شناخته می‌شود و شروع آن مربوط به دوران کودکی است. اختلال ADHD یکی از شایع ترین اختلال‌های روانپزشکی در کودکان و نوجوانان است و 3 تا 7 درصد کودکان در سن مدرسه به آن مبتلا هستند. این اختلال معمولاً از دوران پیش دبستانی

آغاز و اغلب تا بزرگسالی تداوم دارد و در بین پسرها بیشتر از دخترها گزارش شده است. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست چهارم تجدید نظر شده برای این اختلال سه زیرگروه مطرح می کند: عمدتاً بی توجه، عمدتاً بیش فعال و نوع ترکیبی. برای گذاشتن تشخیص ADHD نشانه‌ها باید مزمن بوده، قبل از هفت سالگی و حداقل در دو موقعیت متفاوت مشاهده شده باشد. (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

تحرك بیش از حد، محدودیت میدان توجه و اجبار درونی برای انجام کار (تکانشگری) سه خصوصیت بیماری است و نکته مهم تشخیصی اینکه اولاً باید مدت بیماری بیش از ۶ ماه کمتر نباشد و در ثانی بیماری قبل از هفت سالگی شروع شده باشد؛ ثالثاً حداقل دواختلال کمبود توجه و بیش فعالی در دو موقعیت (خانه، مدرسه، کلینیک، محل کار، اجتماع) وجود داشته باشد. رابعاً اگرچه این اختلال در کارکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی متناسب به رشد اثر می گذارد ولی نباید با اختلالات خلقی و اضطرابی شخصیتی و یا حالت پسیکوز توأم باشد. بنابراین با توجه به ویژگی های فوق الذکر زمانی که کودکی به وضوح معیارهای مورد نظر را از خود نشان دهد، تحت عنوان کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی تلقی گردیده، برنامه‌های اصلاحی و تمرینی لازم توصیه می گردد. مثالی در این مورد وضعیت کودکی است به نام محمد که بیش از حد معمول ناراحت و بی قرار بوده است و این تجربه از مدرسه شهید توحید توسکین شهرستان ملایر به دست آمده است: این کودک لحظه ای آرام و قرار نداشت و اغلب به جای درب از پنجره وارد کلاس می شد. یک روز ظروف منزل را می شکند و مادرش ماجرا را به دبستان اطلاع می دهد. مشاوران راهنمایی مدرسه تصمیم می گیرند محمد را به جشن ۲۲ بهمن مدرسه راه ندهند و در ساعات ورزش او را به بازی نگیرند. همان روز اول درمی یابند که محمد در این فاصله به کلاس نقاشی ها رفته و تمام نقاشی ها را یا پاره کرده یا رنگ های مختلفی روی آن ها مالیده و تعدادی وسیله را نیز پاره کرده است. وقتی محمد به منزل برمی گردد مادرش برای تنبیه او را در اتاق لباس ها حبس می کند ساعتی بعد وقتی به سراغش می رود می بیند که محمد تمام لباس های او و پدرش را با آب دهان کثیف و بعضی را نیز پاره کرده است. اختلالات هیجانی رفتاری در کودکان با بیش فعالی و نقص توجه با دو صورت کلی اختلالات برونی سازی مانند لجبازی، پرخاشگری، قانون شکنی و اختلالات درونی سازی که شامل گوشه گیری افسردگی و اضطراب هستند نمایان می شوند. بیش فعالی و نقص توجه در دوران کودکی با پاسخ های پاراسمپاتیک غیر عادی همراه است که در تنظیم هیجان درگیر می شوند. (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱)

### علت به وجود آمدن اختلال بیش فعالی چیست؟

علی رغم مطالعات و تحقیقات فراوانی که در زمینه اختلال کمبود توجه به عمل آمده است متأسفانه تاکنون محققان این رشته نتوانستند به طور قطع و یقین علت یا علل قطعی این پدیده را مشخص نمایند اما تلاش و تحقیقات انجام شده در جهت یافتن علت یا علت ها تا حدود زیادی سودمند بوده است. اغلب کودکان بی قرار تاریخچه خاصی دارند که در بعضی جنبه ها با یکدیگر مشترک هستند. پژوهش های انجام یافته حاکی از آن است که احتمالاً عواملی نظیر، عامل ژنتیکی، شرایط قبل از تولد (دوران بارداری) و یا شرایط خاص زیستی فردی می تواند موجب اختلال کمبود توجه شود. این کودکان در ایام کودکی اغلب دچار بیماری های طولانی و صعب العلاج بوده و مدت ها در بیمارستان بستری بودند و با آن که بیماری اصلی بهبود یافته است ولی آثار آن به صورت بی قراری باقی مانده و کودک به حال قبلی برگشته است. این کودکان اغلب محصول زایمانی غیر طبیعی و دشواراند و یا آنکه مادر در طول دوران بارداری وضع روانی متعدالی نداشته است. محیط خانوادگی کودک بی قرار آکنده از اعمال نادرست و تبعیض و زورگویی است.

عدم توجه به شخصیت کودک در محیط خانه و بی توجهی به خواسته های او ایجاد عقده و حقارت و حالات پرخاشگری باعث بی ثباتی و عدم تعادل روانی شده است. این دلایل می تواند از علت های به وجود آمدن بیش فعالی باشد. (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱)

افراد مبتلا به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت ها از روی بی احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب، در انجام فعالیت ها بی نظمی وجود دارد و وظایف با بی دقتی و بدون تفکر کافی انجام می شوند. حفظ توجه در بازی و تکالیف برای این افراد غالباً دشوار است و به سختی می توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند. توجه محدود در این کودکان، انگیزه تحصیلی آن ها را نیز کاهش می دهد. انگیزش تحصیلی به صورت کلی به انگیزه ها، نیازها و عواملی گفته می شود که باعث حضور یک فرد در محیط های آموزشی و کسب مدرک تحصیلی می گردد. تنوع فقدان یا انگیزش تحصیلی، با افت و شکست تحصیلی رابطه مستقیم دارد. در واقع انگیزش فرایندی است که برانگیختن و جهت دادن به رفتار با اهمیت است و یکی از انگیزه های مهم رفتار دانش آموزان را تحت تاثیر قرار می دهد. از انگیزه پیشرفت می توان به عنوان مهمترین عامل برای موفقیت تحصیلی نام برد. کودک یا نوجوان ADHD اغلب در عملکرد تحصیلی و کنترل رفتار همانند نادیده گرفتن روابط مثبت با اعضاء خانواده و همسالان دچار مشکل می شود این کودکان علی رغم داشتن هوش طبیعی یا بالا، معمولاً در تحصیل مشکل دارد که این مورد باعث کاهش انگیزه می شود. شروع کارها و ناتمام رها کردن آنها، والدین و معلمان را متقاعد می سازد که این کودکان دارای انگیزه های کافی نیستند، یا شاید اینکه آن ها کارشان را خوب انجام نمی دهند. این نگرش باعث افزایش فشار روانی در والدین و معلمان می شود. در این زمان، آرامش خانواده را از بین می رود و تمام نگاه ها به سوی کودک بیمار معطوف می شود. (نیرمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

### دانسته های معلم در رابطه با کودک دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی:

کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی علاوه بر افت تحصیلی به مشکلات قابل توجه دیگری در حوزه های مختلف اجتماعی تحصیلی، رفتاری، شناختی و هیجانی دچار شده است و این مشکلات، مزاحم کارکرد و کاهش کیفیت یا پیشرفت فرد می شود. از آنجا که هدف برنامه درسی ایجاد شرایط بهینه برای یادگیری طبیعی مغز یادگیرنده است، تبیین عناصر برنامه درسی منطبق با مسائل زندگی واقعی دانش آموزان می تواند انگیزه ی یادگیری و پیشرفت دانش آموزان را تقویت کند. با توجه به اینکه مغز شبکه ای منحصر به فرد و آهنگ رشد کودکان متفاوت است، بنابراین برنامه درسی را صرفاً متناسب با سن زمانی دانش آموزان نمی توان تهیه کرد. این نوع برنامه به غنی سازی محیط یادگیری تمایل دارد، بر فضای عاطفی مناسب (جوی که در آن دانش آموزان فعال باشند، نه منفعل و باعث شکفته شدن شخصیت عقلی، اخلاقی و سازمان یافتن مبادلات فکری کودکان شود، فرد را به ابداع و نوآوری وا دارد، انگیزه و رغبت او را افزایش داده و باعث یادگیری واقعی شود) تأکید می کند، برنامه زندگی اجتماعی در مدرسه را پشتیبانی کرده و تفاوت سبک ها و ترجیحات دانش آموزان را مورد توجه قرار می دهد. دستیابی به آموزش، ارزش بنیادینی است که نشان می دهد هر فردی باید فرصت یادگیری و رشد توانایی خود را تا بالاترین حد ممکن داشته باشد. کودکان با نیازهای ویژه حق دارند از برنامه درسی ویژه و خاص خود بهره مند شوند در حالی که فرصت های برابر آموزشی برای آنان فراهم می شود، مگر اینکه برخلاف منفعت این کودکان یا در تضاد با فراهم کردن آموزش مؤثر برای دیگر کودکان باشد. برنامه های درسی برای این دسته از دانش آموزان، برنامه درسی عمومی می باشد بدون اینکه برنامه درسی مکملی برای آن ها فراهم و تدوین شود. از آنجا که بیش فعالی باعث

ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز می شود، بسیاری از کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، به دلیل اختلالات کارکردهای اجرایی مغز، با یادگیری یا حل تکالیف خود مشکل دارند، اما این مشکلات به اندازه ای نیست که بتوان آن ها را به عنوان اختلال یادگیری تشخیص داد. کاهش توجه، موجب مشکلات تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی شده و بر عملکرد کودکان تأثیر سوء می گذارد و در نهایت منجر به احساس بی کفایتی و کاهش اعتماد به نفس در آن ها شده و آنان را از جامعه و مدرسه متنفر می سازد. در مجموع کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در سطوح پیشرفته کارکردهای مختلف اجرایی از جمله: توجه، برنامه ریزی، بازدارندگی پاسخ، خودتنظیمی، نظارت و حل مسأله، تحول و رشد دارند. نظام آموزشی فعلی تنها درصد کوچکی از مغز را نشانه رفته است و آموزش های مدرسه ای بر جزء باریکی از مغز تمرکز دارند و منزوی شدن (دور ماندن و در زاویه قرار گرفتن) سمت های خاص مغز همبستگی و انسجام نظام مند آن را از میان برده است. یادگیری مبتنی بر مغز برخاسته از ضرورت بهره برداری از ظرفیت ها و قابلیت های مغز در فرآیند یاددهی یادگیری بوده و بر اساس ساختار و عملکرد مغز انسان طراحی می شود. از آنجا که سازمان دهی برنامه درسی مبتنی بر مغز از نوع تلفیقی است که به پیوند و ارتباط موضوعات مختلف درسی با یکدیگر و نیز با موقعیت های زندگی واقعی تأکید می شود. آموزش سازگار با مغز، مجموعه ای از وقایع پیش بینی شده بر اساس ساختار و قوانین یادگیری در مغز جهت دستیابی به هدف اصلی آموزش است. برنامه درسی بر اساس چگونگی دریافت، پردازش و تفسیر اطلاعات توسط مغز، ذخیره سازی و یادآوری پیام ها توسط مغز طراحی می شود و بیشتر بر فضای یادگیری تأکید دارد تا مکان یادگیری: آنچه که خود را به ما نشان می دهد و عینی آن را درک می کنیم، فضا و آنچه که در پس زمینه ذهن همانند خاطره باقی خواهد ماند، مکان آن خواهد بود. در واقع می توان گفت فضا فقط با حضور در آن و لمس کالبد آن احساس می شود و در جایی خارج از آن درک شدنی نیست، ولی مکان از آنجایی که قابلیت خاطره شدن دارد و در ذهن متبلور می شود، در ذهن خواهد ماند و در هر جای دیگری قابل بازگویی است و تأکید آن بر یادگیری هم یارانه است. در برنامه درسی مبتنی بر مغز، یادگیری به مفهوم تغییر رفتار، زمانی رخ خواهد داد که دانش آموزان تصاویری را که در مورد رفتارها در ذهن دارند، تغییر دهند. هیوگ معتقد است حرکت به سمت آموزش فراگیر در انگلستان منجر به تغییر خواسته های مجریان آن برای پاسخ گویی به نیازهای کودکان و ارائه یک نظام منسجم و هم آهنگ برای حمایت و پشتیبانی و آموزش کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شده است. (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

دانش آموزان با اختلال نارسایی بیش فعالی با روش های عملی و فعال، بهتر یاد می گیرند تا با روش سخنرانی معلم و چون معمولاً از داستان لذت می برند؛ بخصوص اگر این داستان ها مربوط به خودشان باشد و بصورت مهیج و تخیلی یا طنز گونه ارائه گردد، آن ها را وادار می کند تا فکر کردن را تمرین کرده و با تقویت ارزش های اخلاقی و خود آگاهی، مسیر زندگی خود را متحول سازند. با این روش ها کودک بیش فعالی که از درس و مدرسه فراری است، به دانش آموزی علاقمند و صاحب نظر مبدل شده و با شناخت ارزش های واقعی، در رعایت حقوق دیگران کوشش بیشتری خواهد کرد و در صحبت هایش از بی هدفی و پراکنده گویی می پرهیزد. از آنجا که کودکان بیش فعال دارای شجاعت نسبی بیشتری نسبت به بچه های دیگر هستند، معلم می تواند از این موضوع بهره برداری کرده و شجاعت فکری، بازنگری و اصلاح کودک توسط خودش را افزایش دهد. تمرین و ممارست در درست سؤال کردن، دلیل آوردن و دلیل خواستن می تواند سعه صدر این کودکان را بالا برده و آرامش آن ها را به همراه داشته باشد. به خاطر داشته باشید که با روش فلسفه و کودک می توانیم حس کنجکاوی طبیعی کودکان بیش فعال را تا حدی ارضاء کرده و مهارت های تفکر و استدلال در کودکان را تقویت و به این ترتیب، اعتماد به نفس آن ها را بالا ببریم و به آن ها این روش را یاد بدهیم که به خود بگویند (صبر کن، کمی بیشتر دقت کن! حالا انجام بده) رفتار تکانشی او را تا حد قابل ملاحظه ای کاهش می دهد. برای این منظور می توانید او را در یک گروه کلاسی، عضو کنید تا کارهایش را به صورت گروهی انجام دهد. او را زود به زود تشویق کنید چرا که به پاداش های پیاپی



در زمان کوتاه نیاز دارد. تماس چشمی خود را با او بطور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید. سعی کنید از رنگ‌ها به خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس و فیلم) و مواد لمسی (مثل گچ، کاغذ، خمیر و مانند این‌ها) بیشتر استفاده کنید. نتیجه بررسی‌ها نشان داده است که این دانش‌آموزان، در یادگیری از راه دیدن و لمس کردن وضعیت بهتری دارند. از حرکت دست و چهره و وسایل کمک آموزشی برای تدریس و تفکر او استفاده کنید. هو شیاری شما در این زمینه می‌تواند آینده او را دگرگون سازد. تا حد امکان درس را مفرح تدریس کنید، زیرا علاقمندی کودک به درس، مانع تشدید کم توجهی او خواهد شد. در برخورد با این کودکان، صبور و منعطف باشید و بالاخره به محض شک به این اختلال، سریعاً کودک را به روانپزشک ارجاع دهید. (کریمی و غفوری، ۱۴۰۱)

کودک مبتلا در خطر افت تحصیلی، عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه‌ی ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوءمصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون‌شکنی زیاد و طرد از طرف همسالان می‌باشد. به علاوه این اختلال احتمال خطر همراهی با سایر اختلالات نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا اختلال لجبازی و نافرمانی را دربردارد. این کودکان در خانه از والدین خود پیروی نکرده و تکانشی عمل می‌کنند و دچار بی‌ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر هستند و در مدرسه قادر به انجام تکالیف نبوده و نیازمند به توجه بیشتر از سوی معلمین می‌باشند. کودکان مبتلا به این اختلال که علائم آنها تا نوجوانی ادامه می‌یابد در خطر بالاتر ابتلا به اختلال سلوک قرار دارند. (ارجمندی، سایه میری، ۱۳۹۴)

مواردی که بهتر است معلمان از آن آگاه باشند:

۱. با والدین و دانش‌آموزان هر دو با هم برای نوآوری و اجرای یک برنامه تعلیم و تربیتی متناسب به‌منظور نیل به نیازهای دانش‌آموزان به فعالیت و همکاری بپردازید.
۲. به دانش‌آموزان در فعالیت‌های بدنی‌شان کمک کنید. (برای مثال به آنها اجازه دهید تا کاری را ایستاده پای تخته سیاه انجام دهند). در بین برنامه‌ها به آن‌ها استراحت دهید.
۳. انتظارات بالا از دانش‌آموزان داشته باشید اما سعی کنید راه‌های جدیدی را برای انجام کارها امتحان کنید صبور باشید و شانس دانش‌آموزان را برای کسب موفقیت بالا ببرید.
۴. به دانش‌آموزان نشان دهید چگونه از کتاب تکلیف و برنامه‌های روزانه استفاده کنند. همچنین مهارت‌ها و روش‌های یادگیری را به آن‌ها آموزش دهید و آن‌ها را به شکل منظم تقویت (پاداش) کنید.
۵. باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش‌آموزان دشوار هستند. برای مثال ممکن است که دانش‌آموز ADHD در شروع یک کار دچار مشکل باشد در حالی که دانش‌آموزان دیگر در پایان دادن به یک عمل و شروع عمل بعدی مشکل داشته باشند. بنابراین هر یک از این دانش‌آموزان نیاز به کمک‌های متفاوتی دارند (کریمی و غفوری، ۱۴۰۱)

با توجه به مطالبی که بیان شد، پژوهشگران اجتماعی بر این اعتقادند که گزارش معلمان ممکن است تحت تاثیر عواملی مثل تعداد نفرات کلاس، آموزش و تجربیات آن‌ها و شیوه و نگرش انضباطی باشد که این عوامل می‌توانند تحت عنوان میزان انطباق بین کودک، معلم، محیط و خانواده مفهوم‌سازی شوند. کودک، ساعات زیادی را در مدرسه به سر می‌برد و به واسطه‌ی این که معلم از طریق

تدریس اطلاعات آموزشی و رفتاری قابل ملاحظه‌ای در مورد کودکان دارد، بسیاری از محققان از اطلاعات معلمان جهت تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در تحقیقات خود استفاده نموده‌اند. (ارجمندی، سایه میری، ۱۳۹۴)

### روش‌های درمان اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی:

کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، اولین قربانی غفلت عاطفی، رفتاری و آموزشی هستند. پس درمان این کودکان امری ضروری است. این کودکان زیاده‌فعال، گاهی مورد انتقاد بسیار زیاد قرار گرفته و در محیط مدرسه و خانه، مشکلات بسیار زیادی برای خود و والدین ایجاد می‌کنند. این بیماران مکرراً جهت بررسی و درمان به مراکز روانشناسی و روان پزشکی ارجاع داده شده و وقتی که تحت درمان‌های دارویی و رفتاری جهت کمک به کنترل این اختلال قرار می‌گیرند در نهایت در می‌یابند که این اختلال، درمان نشده است. (ناظر و همکاران، ۱۳۹۲) درحال حاضر، درمان‌های موجود برای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی شامل داروهای محرک و رفتاردرمانی هستند و اثربخشی هر دو روش در ادبیات پژوهشی تأیید شده است. باین‌حال، درمان‌های ذکرشده با محدودیت‌هایی روبه‌رو هستند؛ برای مثال، داروهای محرک اثر اندکی بر پیشرفت تحصیلی و مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا کمبود توجه/ بیش‌فعالی با همسالان دارند و در حدود 30 درصد از افراد به‌وضوح به داروهای محرک پاسخ نمی‌دهند. اثرهای جانبی بلندمدتی در استفاده از داروهای محرک گزارش نشده است؛ اما این داروها اثرهای جانبی کوتاه‌مدتی مانند بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، سردرد، معده‌درد و کاهش اندکی در ضربان قلب و فشارخون دارند و میزان پذیرش آن بین برخی خانواده‌ها با درنظرداشتن هزینه‌ها و امکان دسترسی به این داروها اندک است و اثرهای جانبی کوتاه‌مدت آن‌ها موجب نگرانی‌هایی درخصوص مسائل رشدی کودکان مبتلا به این اختلال ایجاد کرده است. رفتاردرمانی نیز باوجود اثربخشی مطلوب آن، به‌دلیل سخت‌بودن نگهداشت، گران‌بودن و نیاز زیاد آن به ارتباطات خانواده با کودک، با محدودیت روبه‌رو است. برخی مطالعات اثربخشی درمان ترکیبی دارویی و رفتاری را بررسی کرده و اثرهای مثبت آن را تأیید کرده‌اند، اما بالابودن هزینه‌های دو درمان همزمان و فقدان اثربخشی آن در درمان کامل اختلال، روش درمانی ترکیبی را در رده درمان‌های لوکس و پرهزینه قرار داده است که برای همه خانواده‌ها دسترسی به آن امکان‌پذیر نیست. (دانا و همکاران، ۱۳۹۷) به همین دلیل در ادامه روش‌های مناسب برای درمان کودکان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بیان می‌شود:

### بازی درمانی

بازی درمانی روشی است که به وسیله آن ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک یعنی بازی، به‌عنوان متد درمانی وی به کار گرفته می‌شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. هرچند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل دار در مقالات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه‌گیری رفتارهای مشکل دار هدف و تظاهرات تغییر آن به ندرت گزارش شده است. بازی درمانی در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مثل افسردگی، مشکلات رفتاری که ریشه در اضطراب دارند، نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری، شب‌اداری، ناخن جویدن و... استفاده و در بسیاری از موارد موثر ارزیابی شده است. بازی مجموعه حرکت‌ها و فعالیت‌های جسمی و ذهنی است که موجب شادی لذت و ارتباط با دیگران شده و در



عین اینکه وسیله سرگرمی است جنبه آموزندگی و سازندگی نیز دارد، بازی، افکارهایی که درون ذهن کودک وجود دارد را با دنیای خارج از ذهن او ارتباط می دهد و باعث می شود بتواند اشیای خارجی را به کنترل خود درآورد. اهمیت کلی بازی در تحول و انسجام کودک مورد تاکید قرار گرفته و بازی به عنوان حق مسلم و عمومی دوره کودکی مورد توجه قرار گرفته است. بازی تنها فعالیت محوری دوران کودکی است که در تمام مکان ها و زمان ها اتفاق می افتد. کودکان احتیاجی ندارند که چگونگی بازی کردن را یاد بگیرند و کسی هم آنها را وادار به بازی نمی کند بلکه بازی خود به خودی، لذتبخش، داوطلبانه و بی هدف است. بازی وسیله ای را برای کودک فراهم می کند که به وسیله آن هیجان و ترس هایشان را بیان کنند و به آنها کمک می کند تا زمان تجزیه و تحلیل ساختارها و احساسات را در خود پرورش دهند. شواهد به دست آمده از مطالعات موردی نشان می دهد که کودکان در بازی ممکن است در زمینه های متعدد و متنوعی از جمله در زمینه اطلاعات عمومی، محدودیت های شخصی و قوانین و آداب و رسوم اجتماعی دانش و اطلاعات کسب کنند. اینکه کودک چگونه بازی می کند و چه نوع بازی می کند تا حد زیادی بستگی به سن او و حد تکامل او دارد. بازی ها با توجه به محتوای آنها و تمایلات و گرایش های کودک که نشأت گرفته از اوضاع و احوال درونی و ذهنی اوست به انواع مختلفی تقسیم می شوند. در بین بازی ها، بازی های تقلیدی، نمایشی، نمادی و تخیلی به دلیل اهمیتی که در شناخت و بررسی وضعیت روحی روانی و درمانی کودکان دارند از اهمیت بالاتری برخوردار هستند. بازی درمانی بهبود مهارت های رهبری در کودکان کمک می کند و مهارت اجتماعی آنها را افزایش می دهد. بازی درمانی یک رابطه بین فردی پویا بین دو یا چند کودک و یک درمانگر است که امکان آموزش را از طریق بازی درمانی و فرآیند گروه فراهم می کند و برای کودکانی که با مشکلات اجتماعی و هیجانی مواجه هستند مناسب است. بازی درمانی کودک محور تاثیر مثبتی روی رفتار او دارد بازی درمانی رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط سازگاران و بهنجار کودکان را پایه ریزی می کنند. گذشتن از سطوح مختلف بازی میل به ادامه بازی و پیشرفت یادگیری را برای دانش آموز فراهم می کند و فعال کردن دانش قبلی برای پاسخگویی به معماهای بازی را به یادگیرنده های فعال تبدیل می کند و از سوی دیگر پژوهش های مختلفی عملکرد شناختی و انعطاف پذیری مغز را با ورزش و فعالیت های حرکتی مرتبط می داند. اجرای بازی درمانی به شیوه گروهی از نظر وقت و هزینه مقرون به صرفه تر از درمان انفرادی است و شرکت کنندگان می توانند مهارت های موثر را یاد بگیرند و این سبک های ارتباطی جدید را روی دیگر اعضای گروه امتحان کند بازی دارای ویژگی هایی است که چهار ویژگی عمده ذاتی بودن آزادانه انتخاب شدند غیر واقعی بودن و مهمترین ویژگی آن لذت بخش بودن را برای آن در نظر دارد کودکان تمایل ذاتی برای انجام بازی دارند و بدون آموزش و یادگیری به سمت بازی گرایش دارند همچنین کودک در انتخاب نوع بازی آزاد است و با قدرت تخیل خود می تواند در نقش های غیر واقعی بازی حاضر شود. بازی درمانی یک درمان مناسب برای بیش فعالی است چون شامل کودک طی یک پروسه بوده و به کودک مدیریت زندگی را می آموزد و به کمک می کند تا رفتارهای خود را بهتر درک کند و نیازهای عاطفی زیربنایی را درک کرده و مهارتهای مقابل های سالم را بیاموزد و مهارت های پاداش تحقیقی را افزایش داده و رابطه کودک و والدین را ارتقا می دهد. بازی درمانی می تواند الگوهای گفت و گو و ارتباط را ارتقا دهد که به والدین کمک می کند تا بصیرتی در مورد نیاز های خود و نیازهای کودک پیدا کند چون کودکان بیش فعال نیاز به جستجوی حسی و نقص توجه دارند. مداخلات بازی درمانی باید پویا، فعالیت مدار و فراتر از گفت و گو باشد. معلمان مدرسه معمولاً از بیش فعالی دانش آموزان بیشتر متحمل زحمت می شوند و احساس می کنند توانایی و امکانات رفع چالش های رفتاری و عاطفی این اختلال را ندارند. به همین سبب پژوهش حاضر تعدادی از بازی ها و روش های مناسب برای بکارگیری دانش آموزان بیش فعال در کلاس درس را فراهم آورده تا معلمان بتوانند با استفاده از این روش ها کلاس درس را برای دانش آموزان و دانش آموزان بیش فعال به کلاس درسی لذت بخش تبدیل کنند. کنترل تکانه و پاداش تاخیری دو

مهارت‌هایی هستند که کودک بیش فعال با آن در جدال است. مداخله بازی درمانی با آموزش نحوه منتظر ماندن این مسائل را آموزش می دهد و کودک می داند که باید صبر کند تا پیروز شود. (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱)

## انواع بازی های کمک کننده

۱. یکی از روش هایی که امروزه در ارتباط با کاهش بیش فعالی کودکان در آمریکا و بعضی کشورهای اروپایی مورد توجه و استفاده والدین و مربیان واقع می گردد ، روش (شبیه سازی لاکپشت) است در این روش به کودکان آموزش داده می شود که بگویند میخواهند آرام و باطمینان حرکت کنند، آرام و آهسته همچون لاکپشت. در این روش با بهره گیری از برنامه ای 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.

۲. چراغ قرمز، چراغ سبز: بازی چراغ قرمز و چراغ سبز یک نوع بازی کودکانه است که معلم می تواند در زنگ ورزش از بچه ها بخواهند تا این بازی را انجام بدهند. به این گونه که معلم با دست زدن آهنگ تولید می کنند و بچه ها روی یک خط قرار می گیرند تا زمانی که آهنگ دست معلم قطع نشده است، بچه ها باید به حرکت به سمت مقصد (خط پایان) ادامه بدهند در زمان حرکت دانش آموزان معلم چندین مرتبه صدای دست زدن خود را متوقف می کند و چند لحظه ای صبر می کند. با این صبر کردن دانش آموزان و همچنین دانش آموزان بیش فعال کلاس صبر کردن را می آموزند و می فهمند که اگر در حین بازی زمانی که معلم دسته نمیزند به حرکت کردن ادامه بدهند از بازی حذف میشود با همین بازی ساده دانش آموز صبر کردن را می آموزد و کمی آرام و قرار می گیرد و از جنب و جوش اولیه خبری نیست.

مطالعات نشان می دهد بازی درمانی در گروه های مختلف کودکان که دارای مشکلات هیجانی رفتاری هستند در کاهش این نوع مشکل تاثیر گذار است. پس به نظر میرسد که بازی درمانی می تواند در کاهش مشکلات هیجانی رفتاری کودکان با نقص توجه و بیش فعالی موثر باشد. مشکلات هیجانی رفتاری مانند: پرخاشگری، قانون شکنی، اضطراب و غیره در بسیاری از جنبه های زندگی کودک از جمله مشارکت اجتماعی تاثیر منفی دارند. با توجه به موثر بودن بازی درمانی گروهی و انفرادی بر بهبود مشکلات هیجانی رفتاری کودکان با اختلال نقص توجه و بیش فعالی می توان آن را به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش های کاردرمانی رایج به منظور کاهش علائم مشکلات رفتاری هیجانی کودکان ۶ تا ۱۲ سال با اختلال بیش فعالی و نقص توجه مفید دانست. به نظر می رسد در بازی درمانی کودکان با رعایت انجام حرکات که در آن نظام حرکتی تحت کنترل هوشیاری انجام می شود به واسطه تکرار آن در طول زمان این امکان به سیستم عصبی به وجود می آید که بتوان در مواقع غیر بازی نیز تکانشگری حرکتی را تحت کنترل درآورد. از آنجایی که در مراکز مختلفی مانند مهدهای کودک و مدارس پیش دبستانی مبتلایان بیش فعالی با فراوانی بیشترین حضور دارند لذا لزوم اتخاذ برنامه هایی برای کودکان دارای مشکلات بیش فعالی با استفاده از بازی درمانی اهمیت دارد. به ویژه اینکه بازی درمانی می تواند به شکلی طراحی شود که کودکان عادی نیز می توانند در آن شرکت کنند و از بازی درمانی لذت ببرند از طرفی می توان در کلینیک های ویژه برای کودکان بیش فعال این روش درمانی را مورد استفاده قرار داد. (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱)

## آموزش مدیریت والدین یا PMT

به دلیل تعداد و مشکلات این کودکان در حوزه های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده اند. یکی از مداخلات روانی اجتماعی و غیر دارویی که به طور اثبات شده و مستند حائز بالاترین سهم این تأثیرگذاری در کاهش اختلالات رفتاری و ارتباطی کودکان ADHD می باشد، آموزش مدیریت والدین PMT است. محققان بر این باورند که والدین به عنوان اولین عوامل اجتماعی کردن کودکان نقش مهمی در ارضای نیازهای روانی کودکان داشته و انگیزش تحصیلی دانش آموزان را تسهیل می کنند. رپینسکی و شانک (۲۰۰۲) و و دسی و رایان (۲۰۰۰) گزارش کرده اند که درگیری بیشتر مادران در فعالیت های نوجوانان و فرزند پروری مثبت والدین بر انگیزش و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان تأثیر معنی داری دارد. ریتل، لاروز، گای و سینتکال (۲۰۰۵) براین باورند که متصدیان آموزش با تدارک دوره های آموزشی برای والدین می توانند به ارائه اصول کاربردی در زمینه فرزند پروری با محوریت افزایش درگیری والدین در فعالیتهای تحصیلی دانش آموزان و گذراندن اوقات بیشتر با آنان به والدین گوشزد نمایند. آموزش مدیریت والدین به شیوه هایی اطلاق می شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو در خصوص تعامل جداگانه با کودکشان آموزش می بینند برنامه آموزش مدیریت والدین کودکان ADHD توسط بارکلی در سال ۱۹۸۷ معرفی شد. در این نوع درمان راهبردهای مدیریت رفتار کودک به والدین آموزش داده می شود. نکته مهم دیگر اینکه نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می تواند در فرایند درمان مؤثر باشد. به همین دلیل آن ها باید در مورد اختلال فرزندشان تحت یادگیری اطلاعات مهمی قرارگیرند، به ویژه آن ها قبل از هر چیز باید بدانند که علت ایجاداختلال نیستند، آموزش والدین باید توانایی آنها را افزایش دهد. به طور کلی کودکان ADHD اثر بسیار زیادی بر والدین خود می گذارند، اما توصیه شده است که این تأثیر را نباید بیش از اندازه تلقی کرد و والدین نیز می توانند در زمینه های متفاوت به فرزندشان کمک کنند. مزیت دیگر رویکرد آموزش والدین بر سایر روش ها آن است که جنبه های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد. تحقیقات، اظهار می دارند که این نوع درمان، استرس والدین این کودکان را کاهش می دهد و اعتماد به نفس آن ها را افزایش می دهد. (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

## پیشنهادهای برای والدین دانش آموز

با مدرسه فرزندتان تماس داشته باشید و برنامه تعلیم و تربیت خاص نیازهای فرزندتان را برای او تنظیم کنید.

با معلم در تماس باشید و به او بگویید فرزند شما در خانه چه عملکردی دارد و از او بپرسید که در مدرسه چه می کند و آنها را حمایت کنید. (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

وقتی که فرزندتان کارش را خوب انجام می دهد به او پاداش دهید. در فرزند خود توانایی ایجاد کنید و نیز با او در مورد استعدادهایش صحبت کنید و او را به بکارگیری توانایی هایش تشویق و ترغیب کنید.

شیوه‌هایی را برای کنترل رفتار فرزند خود یاد بگیرید این برنامه‌ها عبارتند از: ایجاد جدول برای فعالیت‌های فرزندان، داشتن برنامه برای پاداش، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب، پیامدهای عادی و غیر طبیعی نتایج و پیامدهای منطقی.

با فرزند خود کاملاً واضح و روشن صحبت کنید. برای این کار با پشتکار، مصر و مثبت باشید و خواسته‌های خود را کاملاً برای فرزند خود روشن سازید. به فرزند خود بگویید چه کارهایی را باید انجام دهد نه این که فقط، آنچه را نباید انجام دهد به او گوشزد کنید.

## ورزش درمانی

بسیاری از والدین در جستجوی درمان‌های متنوع جهت کودکان خود بر می‌آیند. درمان‌های دارویی و غیر دارویی متنوعی جهت درمان ADHD به کار می‌رود. از جمله درمان‌های دارویی می‌توان به ریتالین، فلوکستین، بوپروپیون و متیل فنیدیت اشاره کرد. درمان‌های روانشناختی متعددی نیز به منظور کمک به افراد مبتلا انجام می‌گیرد که می‌توان به کار با رایانه و تایپ، شیوه‌های حل مسئله، آموزش خودگردانی رفتارهای توجهمی و انگیزشی و کلامی، شیوه‌های فرزندپروری به والدین، بازی درمانی، بازی‌های آموزشی تمرکز فکر، موسیقی درمانی، نوروفیدبک و درمان‌های دیگر اشاره کرد. ورزش، حرکات فیزیکی و ماساژ درمانی، یکی از این درمان‌هاست. منافع ورزش و حرکات جسمی بر هیچ کس پوشیده نیست. ورزش در درمان طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی و روانی به کار می‌رود و یکی از مظاهر برجسته، روانشناسی مثبت نگر و روانشناسی سلامت است و در افزایش سلامت روانی افراد نیز کمک می‌کند. اثرات حرکات جسمانی بر فعالیت‌ها و عملکرد شناختی در مطالعات مختلفی ذکر گردیده که نتایج این مطالعات می‌تواند گویای این موضوع باشد که شاید اثرات حرکات ورزشی در کودکان بیشتر باشد. سبب شناسی ADHD و مکانیسم‌های فرضی آن، اشاره‌ای است بر این موضوع که ممکن است حرکات فیزیکی و ورزش، در بهبود علائم این اختلال در کودکان، مؤثر باشد. شیوع ADHD رو به افزایش است اما والدین از کاربرد داروهای روانپزشکی برای کودکان خود هراس خاصی دارند. لذا کار بر روی درمان‌های روانشناختی و غیر دارویی ضروری به نظر می‌رسد. این اختلال پیچیده بوده و به تناسب آن، دارای درمانی پیچیده و چند بعدی نیز هست. هر کدام از محققین در نقاط مختلف بر روی جنبه‌های خاصی از این اختلال مطالعه نموده‌اند. به نظر می‌رسد واژه بازی یا ورزش برای این کودکان لذت بخش بوده و شرکت در جلسات ورزش درمانی احساس مطلوبی را در این کودکان ایجاد نماید و آن‌ها را ترغیب نماید تا در سایر فعالیت‌های اجتماعی نیز به همین شادابی و دقت، عمل نمایند. همچنین افزایش سوخت و ساز در طی این جلسات نیز، خود به کاهش تکانشگری و فعالیت زیاد کودکان کمک می‌کند که در نهایت همان نتیجه مورد نظر درمانگر به دست می‌آید. (ناظر و همکاران، ۱۳۹۲)

در این بین، متخصصان فعالیت بدنی را به عنوان روش جایگزینی که امکانپذیر، پایدار و قابل‌پذیرش برای خانواده‌ها و کودکان است، پیشنهاد کرده‌اند. فعالیت بدنی، علاوه بر اثرهای مثبت سلامتی در بهبود عملکرد هیجانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی نوجوانان و جوانان مؤثر است. همانطور که پیشتر اشاره گردید، کودکان مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی، با کمبودها و اختلالاتی روبه‌رو هستند که فعالیت بدنی ظرفیت کاهش و بهبود آن‌ها را دارد. درواقع، فعالیت بدنی بر کارکرد و ساختار مغز در کودکان و نوجوانان بیش‌فعال اثر مثبت دارد و برپایه آن، رشد و توسعه عصبی را تسریع می‌کند، کنترل شناختی و مهارتی را ارتقا می‌دهد و از این طریق ممکن است نشانگان کمبود توجه/بیش‌فعالی را بهبود دهد. براساس مطالعات، پنج عامل بالقوه ممکن است ارتباط فعالیت بدنی و آثار آن را در کودکان مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی تعدیل کند. درواقع، قدرت اثرگذاری فعالیت بدنی بر نشانگان کمبود توجه/بیش‌فعالی

تحت تأثیر نوع، شدت، طول و تناوب جلسات و مدت دوره مداخلات فعالیت بدنی قرار دارد. (دانا و همکاران، ۱۳۹۷) در نهایت میتوان گفت که از ورزش درمانی یا بازی درمانی به عنوان نوعی درمان جایگزین یا مکمل برای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کم توجهی می توان استفاده نمود.

## نتیجه گیری

اختلال بیش فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است. متخصصان می توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش بینی های لازم را به عمل آورند. شناسایی و درمان زودهنگام کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی برای بهزیستی آنها بسیار مهم است این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است. چنانچه این بچه ها در سنین کودکی معالجه نشوند، در دوره نوجوانی احتمال اینکه رفتارهای ضداجتماعی داشته باشند و نیز حالات افسردگی در آنها به وجود آید، بسیار است. بنابراین به والدین توصیه می شود که حتماً در دوران کودکی برای معالجه این کودکان اقدام کنند. فرایند یادگیری بدون تمرکز حواس و توجه لازم نمی تواند انجام پذیرد. بسیاری از دانش آموزان علیرغم اینکه از ظرفیت هوشی متوسط یا بالاتر برخوردار هستند، صرفاً به خاطر اینکه دامنه توجه آنها فوق العاده اندک است قادر نیستند به گونه ای که انتظار می رود، توفیقات چندانی در یادگیری مطالب و پیشرفت تحصیلی داشته باشند. علاوه بر اینکه اختلال نقص توجه یا بیش فعالی سدی برای یادگیری درست دانش آموز بیش فعال است، از سوی دیگر سدی نیز برای یادگیری کل کلاس قرار می دهد چرا که وجود دانش آموز بیش فعالی که تحت درمان قرار نگرفته درون کلاس درس باعث برهم زدن نظم و ارتباط پویا و موثر بین معلم و دانش آموزان می شود و معلم تمام توان و انرژی خودش را باید صرف ساکت کردن اینگونه دانش آموزان درون کلاس بکند و دیگر انرژی برای به کارگیری روش های تدریس مناسب و عملکرد مناسب بر کلاس درس ندارد. کودکان دارای اختلال ADHD نسبت به سایر کودکان بیشتر در معرض مشکلات یادگیری و افت تحصیلی قرار می گیرند و این امر مشکلاتی را برای کودک در زمینه های مختلف رشدی از جمله رشد استعدادها، مهارت های عاطفی و اجتماعی به وجود آورده و بروز این مسائل سبب ایجاد مشکلاتی نه تنها برای خود کودک بلکه برای خانواده و جامعه می گردد. تشخیص زودهنگام و به موقع مشکلات رفتاری که در سنین پیش دبستانی خود را نشان می دهند، بسیار مهم است؛ زیرا، تقریباً



همه متخصصان بهداشت روانی بر این مسئله تأکید دارند که سال‌های اولیه در سازگاری بعدی با این اختلال اهمیت دارند و وجود مشکلات در این سال‌ها، زمینه‌نا سازگاری در سال‌های بعدی را ایجاد می‌کند. با توجه به مطالب گفته شده امید است تا والدین و معلمان با آگاهی و شناخت کافی از دانش‌آموزان و اختلال‌های احتمالی آن‌ها، اطلاعات زیادی درباره اختلال مورد نظر، نشانه‌های آن، تشخیص زود هنگام و راه‌حلی برای درمان آن داشته باشند و بتوانند در مناسب‌ترین زمان ممکن وارد شوند و اقدامات لازم را در رابطه با کودک انجام دهند. (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱)



## منابع

۱. ارجمندی، شهره، کیخاوندی، ستار، و سایه میری، کوروش (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در دانش آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه‌ی مروری سیستماتیک و فراتحلیل، مجله‌ی اصول بهداشت روانی.
۲. اصیلیان، اشرف، مومنی مهموئی، حسین، و عجم، علی اکبر (۱۴۰۰). الگوی برنامه درسی مکمل ویژه دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با تأکید بر مغز، تعلیم و تربیت استثنایی.
۳. الماسی جوزانی، مرتضی (۱۴۰۱). تاثیر بازی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه یا بیش‌فعالی کودکان ۶ تا ۱۲ سال، چهارمین کنفرانس پژوهش‌های سازمان و مدیریت.
۴. دانا، امیر، رفیعی، صالح، سلطان احمدی، تینا، و حمزه، امیرحمزه (۱۳۹۷). تأثیر آموزش براساس تربیت‌بندی رشدی بر اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی دانش‌آموزان، رفتار حرکتی.
۵. قربانی عشین، یاسمن، طالبی، غلامرضا، جهاندار، بهارک، و ربانی‌زاده، منصوره (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه کودکان دبستانی، فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی.
۶. کریمی، لیلا و غفوری، آرزو (۱۴۰۱). ارائه راهکارهایی جهت بهبود مشکل بیش‌فعالی/ بی‌توجهی در کودکان (مطالعه موردی: محصلین دوره پیش دبستانی، فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی).
۷. ملک‌پور، مختار، هادی، سمیرا، فرامرزی، سالار، عشقی، روناک، کشاورز، امیر (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر میزان نشانه‌های ADHD در کودکان دارای این اختلال، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده.
۸. ناظر، محمد، میرزایی راد، رضا، و مختاری، محمدرضا (۱۳۹۲). تاثیر ورزش درمانی بر علائم اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی دانش آموزان دوره ابتدایی رفسنجان، سلامت جامعه.
۹. نریمانی، محمد، شاهعلی، اعظم و کیامرثی، آذر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر انگیزش تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی، مجله‌ی روان شناسی مدرسه.



## Children's hyperactivity and ways to treat it

**Bahareh pourtaghi koohbaneh**

Bachelor's degree in primary education, Farhangian University, Gilan

### **Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common childhood disorders, which is defined as a stable pattern of attention deficit or active and impulsive behaviors. Perhaps you, as a teacher or a family member of children with this disorder, are familiar with the difficulties of dealing with them and to some extent recognize the main symptoms and characteristics of these children. It should be noted that you probably hear the name of this disorder from people around you more than in the past. Attention deficit hyperactivity disorder, if not treated in childhood, can cause problems in adulthood. Since this disorder is influenced by biological, congenital and environmental factors, this article has tried to investigate the effective factors in this disorder and provide ways to treat this disorder. It is expected that attention deficit hyperactivity disorder in children can be minimized by using these strategies.