



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۲/۰۸/۰۲

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

بررسی علل اختلالات بیش‌فعالی و نقص توجه در دانش‌آموزان دوره ابتدایی

علی پیروی^۱

۱- کارشناسی آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان، مرکز آموزش عالی امام خمینی (ره) سلماس

ali.khoy.pei.rovi@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی علل اختلالات بیش‌فعالی و نقص توجه در دانش‌آموزان دوره ابتدایی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کتابخانه‌ای بوده و با استفاده از منابع در دسترس انجام شد. اختلال توجه_بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی در دوران کودکی بشمار می‌رود. میزان شیوع این اختلال ۴/۲ درصد و ۶/۳ درصد گزارش شده است. بیش‌فعالی از اختلالات رشدی در هدایت رفتار به‌طور طبیعی، توجه، بی‌قراری و کنترل تکانش است نه اختلالی ناشی از اختلالات عصبی_شناختی بزرگ: حسی، حرکتی یا هیجانی. اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی همیشه به‌تنهایی روی نمی‌دهد بلکه گاه‌با اختلال‌ها و علائمی چون اختلال یادگیری، افسردگی، اختلال سلوک و اختلال دوقطبی. حتی چنین کودکانی گرچه دارای هوش متوسط هستند و اختلال‌هایی از قبیل رفتاری و سلامت و حواس دیداری و شنیداری و عاطفی را ندارند اما در یادگیری مشکل دارند. درمان‌های دارویی به‌تنهایی نمی‌توانند این اختلال را درمان کنند بلکه نیاز به مداخلات روان‌شناختی است. نتایج نشان داد که رویکردهایی مانند توجه و بازی‌درمانی می‌توانند بهبود قابل‌توجهی را در این زمینه ایجاد کنند. در نتیجه، تلاش برای ایجاد راه‌حل‌های مناسب در این زمینه بر اساس ایده‌های ارائه‌شده، به‌گونه‌ای که به نیازهای جامعه پاسخ دهند، بسیار مهم است.

کلمات کلیدی: اختلالات، نقص توجه، بیش‌فعالی، دانش‌آموزان، ابتدایی



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

مقدمه

اختلال نقص توجه_بیش فعالی می‌تواند بر رفتار، یادگیری و روابط اجتماعی کودک تأثیر بگذارد. در صورتی که این اختلال در کودکان شناخته شود و با درمان مناسب بهبود یابد، علائم آن به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و کودک می‌تواند به‌صورت موفقیت‌آمیزی در ادامه زندگی خود پیشرفت کند. برای درمان این اختلال، داروهای مختلفی مانند متیل فنیدات و ریتالین استفاده می‌شود که به‌منظور کنترل نشانه‌های اختلال استفاده می‌شوند. همچنین، مشاوره و رفتاردرمانی نیز به‌عنوان روش‌های درمانی مؤثر در اختلال نقص توجه_بیش فعالی به کار می‌روند. به‌طور کلی، درمان این اختلال به دو صورت دارویی و غیر دارویی انجام می‌گیرد. هر دو روش در کاهش علائم اختلال تأثیرگذار هستند و می‌توانند بهبودی رفتاری، اجتماعی و تحصیلی کودک را به دنبال داشته باشند. نتایج پژوهش‌های اخیر با تئوری‌های متعددی که درباره علت اختلال نقص توجه_بیش فعالی بیان شده‌اند، همخوانی دارند. بر اساس تحقیقات اخیر، مشکلات شناختی در کنش‌های اجرایی مغز، به‌ویژه در حافظه کاری، کنترل انگیزه و بازداری، در افراد مبتلابه اختلال نقص توجه_بیش فعالی رخ می‌دهند. درحالی‌که دقت، توجه، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی وظایف، درک مفهوم زمان و کنترل عواطف نیز از مشکلات شناختی دیگری هستند که ممکن است در این افراد دیده شود. به همین دلیل، درمان اختلال نقص توجه_بیش فعالی شامل مداخلاتی است که بر کارکرد شناختی و رفتاری افراد تأثیر می‌گذارد. مشکلات شناختی، به‌خصوص کنش‌های اجرایی، یکی از علل اصلی اختلال نقص توجه_بیش فعالی (ADHD) هستند. بچه‌های مبتلابه ADHD معمولاً دچار مشکلاتی در توانایی‌های شناختی مختلفی مانند برنامه‌ریزی، تمرکز، توجه و حافظه هستند. همچنین، مشکلات در کنش‌های اجرایی شناختی، مانند بازداری جواب، کنترل عصبی، خودآگاهی و خودکنترلی نیز در بچه‌های مبتلابه ADHD مشاهده می‌شود. رویکرد دوگانه پیشنهاد شده توسط سونگا بارک، یک الگوی مفید برای توصیف و مدیریت مشکلات شناختی بچه‌های مبتلابه ADHD است (قبادزاده و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به مطالعات، به نظر می‌رسد که شناسایی دقیق اختلال نقص توجه_بیش فعالی و اختلالات همراه با آن در کودکان، گامی مهم در راستای کمک به آن‌ها است. برای این منظور، تشخیص دقیق و سریع این اختلالات از طریق تست‌های مختلف از جمله تست‌های سنجش توجه و تست‌های رفتاری و شناختی، می‌تواند به کودکان و خانواده‌هایشان کمک کند.

درمان این اختلالات نیز به‌صورت تیمی و چند روشی می‌تواند انجام شود. به‌عنوان مثال، درمان با روش‌های رفتاری-شناختی، روش‌های مشاوره و روان‌درمانی، مصرف داروها و حتی تغییرات در سبک زندگی می‌تواند بهبودی مشکلات این کودکان را در پی داشته باشد؛ بنابراین، شناسایی و درمان صحیح و به‌موقع این اختلالات در کودکان، می‌تواند اثرات منفی آن‌ها را در زمینه رشد شخصیتی، تحصیلی و اجتماعی کاهش دهد و زندگی بهتری برای آن‌ها فراهم کند. مشکلات اجتماعی مرتبط با اختلال نقص توجه_بیش فعالی و سایر اختلالات همراه با آن، به‌صورت پیوسته از دوران کودکی تا بزرگسالی همراه با افراد مبتلابه این اختلالات است. این مشکلات شامل عدم توانایی در برقراری ارتباطات مؤثر با دیگران، مشکلات در یادگیری و تمرکز، اضطراب و استرس، ناتوانی در تنظیم خشم و احساسات و مشکلات در تشخیص و حل مسائل می‌باشد.

برای کمک به افراد مبتلابه اختلال نقص توجه_بیش فعالی و سایر اختلالات همراه با آن، شناسایی دقیق علل و عوامل ایجادکننده این اختلالات و ارائه راهکارهای مناسب برای مدیریت آن‌ها بسیار مهم است. علاوه بر این، اعمال تغییرات در رفتارهای اجتماعی، خانوادگی و آموزشی می‌تواند بهبود قابل توجهی در شرایط این افراد به دنبال داشته باشد (سعد الهی و همکاران، ۱۳۹۸).

اختلال توجه_بیش فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی در دوران کودکی بشمار می‌رود. میزان شیوع این اختلال ۴/۲ درصد و ۶/۳ درصد گزارش شده است. یکی از اختلالات قابل مشاهده و رایج در بیش فعالی اختلال توجه است که خود توجه نیز



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

به سه دسته توجه انتخابی، توجه انتقالی و توجه پایدار تقسیم‌بندی شده است. از بین این سه دسته توجه پایدار بیشتر در میان کودکان دیده می‌شود به این صورت که کودک نمی‌تواند توجه خود را کامل بر روی یک محرک گذاشته و دائماً وارد رؤیاپردازی می‌شود. در قالب تمرین بدنی، ورزش ایروبیک باعث بالا رفتن ضربان قلب و تحریک شدن سلول‌های مغز و در نتیجه افزایش هوش می‌شود (شمس و همکاران، ۱۴۰۰).

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد پسران ۳ برابر بیشتر از دختران دچار اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی می‌شوند و در همین راستا نیز مراجعه پسران به مشاور بیشتر از دختران است. کودکان دچار این مشکل نمی‌توانند رفتارهای اجتماعی خود را کنترل کنند و در موقعیت‌های اجتماعی به احتمال زیاد دچار مشکل می‌شوند که علت اهمیت این موضوع نیز پیامدهای فردی و اجتماعی است که می‌تواند برای فرد روی دهد (سعادت، ۱۳۹۰).

در این میان کودکان دارای این اختلال از اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری و مشکلات آموزشی برخوردار هستند. ادامه داشتن این اختلال در افراد می‌تواند به شدت و تعداد علائم، وراثت و همبودی با سایر بیماری‌های روان‌شناختی بستگی داشته باشد. یکی از راه‌های مدیریت این اختلال تشخیص زودهنگام و درمان آن است. ولی از طرفی تشخیص غلط این اختلال باعث می‌شود فرد درمان‌های اشتباه مصرف کرده و تنها درمان نشود بلکه باعث وخامت این اختلال و حتی باعث دوقطبی در فرد شود (حقیقی و صالحی، ۱۴۰۰).

هدف این پژوهش بررسی نقص توجه_بیش‌فعالی: همه‌گیر شناختی، علائم و درمان در دانش‌آموزان است.

اختلالات بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD) یکی از مشکلات شایع در دانش‌آموزان دوره ابتدایی است. برخی از علل این اختلالات عبارتند از:

- ۱- عوامل ژنتیکی: برخی از ژن‌ها می‌توانند عامل این اختلالات باشند.
- ۲- عوامل محیطی: مثلاً مصرف مواد مخدر توسط مادر در دوران بارداری، می‌تواند باعث افزایش خطر بروز این اختلالات در فرزند شود.
- ۳- عوامل رفتاری: برخی از رفتارهای نامناسب و ناپسند مانند مصرف بیش از حد شکر، کافئین و غذاهای پرافتادگی، نقص خواب و کم‌تحریکی، می‌توانند باعث بروز این اختلالات شوند.
- ۴- عوامل روان‌شناختی: برخی از عوامل روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی، می‌توانند باعث بروز این اختلالات شوند.
- ۵- عوامل تربیتی: نقص در تربیت و پرورش فرزند، مانند عدم توجه به نیازهای او و نقص در ارائه حمایت و تشویق، می‌تواند باعث بروز این اختلالات شود.

با توجه به این عوامل، مدارس و والدین می‌توانند با انجام اقدامات لازم، بهبود عملکرد دانش‌آموزان دارای این اختلالات را تسهیل کنند. برخی از این اقدامات شامل رعایت یک روال ثابت و منظم در روزمره، تشویق به فعالیت‌های ورزشی و سبک زندگی سالم، استفاده از روش‌های آموزشی مناسب برای دانش‌آموزان با ADHD، و تشویق به همکاری و هماهنگی با دیگران است.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

روش

مطالعه حاضر، از نوع مروری روایتی بوده و داده‌های حاضر از طریق جستجوی گسترده کلیدواژه‌های اختلال نقص توجه_بیش فعالی در پایگاه‌های اطلاعاتی پژوهشی انگلیسی گوگل اسکالر گردآوری و موردبررسی قرار داده شدند. لازم به ذکر است که تعداد ۱۶ مقاله به دلیل مرتبط بودن با موضوع این تحقیق وارد فرایند پژوهش شدند.

یافته‌ها

همه‌گیر شناختی

امروزه یکی از متداول‌ترین اختلالات دوران کودکی اختلال نقص توجه_بیش فعالی است که موردتوجه بسیاری از پژوهشگران نیز قرار گرفته است. این اختلال با شکل‌های گوناگون و نام‌های زیادی تعریف شده است که کلی‌ترین تعریف از آن: بیش فعالی از اختلالات رشدی در هدایت رفتار به‌طور طبیعی، توجه، بی‌قراری و کنترل تکانش است نه اختلالی ناشی از اختلالات عصبی_شناختی بزرگ: حسی، حرکتی یا هیجانی. طبق پژوهش صالحی و همکاران در مورد این اختلال در شهرستان اراک که بر روی دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی انجام شده بود اکثر دانش‌آموزانی که به اختلال نقص توجه_بیش فعالی، تکانش‌گری و ترکیبی مبتلا بودند به ترتیب متعلق به خانواده‌هایی بودند که پدر آن‌ها کارمند، کارگر و آزاد بوده است و اکثر مبتلایان به اختلال ADHD متعلق به خانواده‌هایی بودند که مادران آن‌ها خانه‌دار بودند. همچنین طبق این پژوهش اکثراً خانواده‌های این مبتلایان دارای تحصیلات در حد ابتدایی بوده‌اند. در کل تعداد مبتلایان پسر بیشتر از مبتلایان دختر بوده است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۰).

اختلال نقص توجه_بیش فعالی اغلب قبل از ۵ سالگی و یا ۷ سالگی خود را نشان می‌دهد و حتی ممکن است تا دوره نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا کند و باعث مشکلاتی در آموزش و شغل شود. اختلال ADHD در میان کودکان جهان در حدود ۸ تا ۱۲ درصد و در ایران حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد گزارش شده است. خود این اختلال در میان کودکان مقطع ابتدایی بیشترین تأثیر را روی تحصیلات آن‌ها می‌گذارد و حتی باعث افسردگی می‌شود (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۵).

طبق پژوهش‌ها این اختلال می‌تواند جنبه ارثی داشته باشد به‌گونه‌ای که در والدینی که دچار ADHD هستند امکان اینکه فرزندانشان نیز این اختلال را داشته باشد ۵۷ درصد است (ناییبی و همکاران، ۱۳۹۸).

حتی در این میان ۸ تا ۱۰ درصد از کودکان آمریکایی دچار اختلال نقص توجه_بیش فعالی هستند. این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد کودکان به دوره نوجوانی و ۳۰ تا ۵۰ درصد از دوره نوجوانی به بزرگسالی انتقال پیدا می‌کند پس این اختلال تأثیر بسیار زیادی بر زندگی فرد می‌گذارد (زارع بهرام‌آبادی، گنجی، ۱۳۹۳).

با توجه به پژوهش‌های ضیاءالدینی و شفیع‌زاده که بر روی دانش آموزان ابتدایی شهر سیرجان انجام شده بین اختلال ADHD و وضعیت اجتماعی_اقتصادی رابطه‌ای وجود ندارد؛ و شغل مادران بیشتر از شغل و تحصیلات پدران در این اختلال تأثیر دارد (ضیاءالدینی و شفیع‌زاده، ۱۳۸۳).

باوجود پژوهش‌ها و تحقیقات گسترده‌ای که در مورد اختلال نقص توجه_بیش فعالی صورت گرفته اما هنوز میزان شیوع آن در کودکان و نوجوانان مشخص نیست و توافق نظری میان پژوهشگران وجود ندارد و اکنون نیز فقط میزان تفاوت شدت آن در میان کودکان بحث می‌شود (حق جو و همکاران، ۱۳۹۷).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

گرچه شروع اختلال نقص توجه_بیش فعالی ۳ سالگی است اما بیشترین سنی که کودکان در آن دچار این اختلال شده‌اند ۱۰ سالگی و کمترین سن ۱۲ ساله‌ها بودند و در خانواده‌های دارای یک فرزند میزان این اختلال کمتر از خانواده‌های دارای ۴ فرزند به بالا بوده است (سلیمان نژاد، کلانتری و احمدی، ۱۳۸۰).

علائم

در گزارش‌هایی وزن کم نوزاد در هنگام تولد، استرس مادر و نیز مصرف تنباکو توسط مادر باعث چنین اختلالی در کودک می‌شود (بهرامی، ۱۳۹۵).

اختلال نقص توجه_بیش فعالی همیشه به‌تنهایی روی نمی‌دهد بلکه گاه با اختلال‌ها و علائمی چون اختلال یادگیری، افسردگی، اختلال سلوک و اختلال دوقطبی. حتی چنین کودکانی گرچه دارای هوش متوسط هستند و اختلال‌هایی از قبیل رفتاری و سلامت و حواس دیداری و شنیداری و عاطفی را ندارند اما در یادگیری مشکل دارند (زارع بهرام‌آبادی، گنجی، ۱۳۹۳).

زمانی می‌توانیم بگوییم که کودکی دچار اختلال نقص توجه_بیش فعالی است که فعالیت‌هایی که از نظر اجتماعی اخلال‌گرایانه هستند در دو محیط مختلف مدرسه یا خانه یا هرجایی دیگر انجام دهد و قبل از سن ۱۲ سالگی باشد. کودکان دارای ADHD رفتارهایی شدیدتر از رفتارهایی انجام می‌دهند که مطابق سن آن‌هاست. اکثراً افراد دارای اختلال نقص توجه دارای ADHD نیز هستند اما در هرکدام یکی از آن‌ها بر دیگری غلبه دارد. بیش فعالی در میان تمام اثرات مضر که دارد می‌تواند باعث رفتارهای جنسی پرخطر، اعتیاد به سیگار و اینترنت را نیز شامل می‌شود (حق جو و همکاران، ۱۳۹۷).

البته طبق پژوهش‌ها بسیاری از علائم بیش فعالی می‌تواند موقتی باشد یعنی فقط در خانه یا فقط در مدرسه روی دهد لذا در تهیه گزارش علائم استفاده از هر دو منبع معلم و والد بسیار مهم است (سلیمان نژاد، کلانتری و احمدی، ۱۳۸۰).

سه مؤلفه مهم که می‌توان اگر در فردی بود بگوییم که او بیش‌فعال است: محدودیت میدان توجه، تحرک زیاد و اجبار درونی برای انجام کار است و این علائم باید بیشتر از ۶ ماه طول بکشند. علائم اختلال نقص توجه_بیش فعالی می‌تواند جنبه درونی مانند اضطراب و افسردگی و جنبه بیرونی مانند لجبازی داشته باشد. مثال زیر که مثالی واقعی از یکی از کودکان شهرستان ملایر به نام محمد این اختلال را به‌خوبی توصیف می‌کند:

محمد در مدرسه آرام و قرار نداشت حتی گاهی بجای در از پنجره وارد کلاس می‌شد. در منزل نیز وسایل را می‌شکست و مادرش موضوع را به مدرسه اطلاع و مشاوران مدرسه تصمیم گرفتند او را در جشن ۲۲ بهمن راه ندهند اما متوجه شدند محمد در این فاصله به کلاس نقاشی رفته و نقاشی‌ها را پاره می‌کند. مادرش برای تنبیه در منزل او را در اتاق حبس می‌کند اما محمد تمام لباس‌ها را با آب دهانش کثیف و بعضی‌های دیگر را پاره می‌کند (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱).

درمان

برای کاهش یا رفع مشکلات این اختلال راه‌های مختلفی وجود دارد از جمله بازی‌درمانی: برای کودکان دارای این اختلال کاردرمانی شامل دستگاه‌های پاداش و محرومیت است و بازی‌درمانی را کاری خلاقانه بشمار آورده‌اند. در بازی‌درمانی ارتباطی بین کودک و درمانگر شکل می‌گیرد که باعث کاهش این اختلال می‌شود به‌طوری‌که درمانگر باید محیطی ایمن را برای کودک فراهم تا شرایط برای حالات طبیعی کودک فراهم باشد. همچنین بازی‌درمانی جواب‌های خوبی در درمان لالی انتخابی، شب‌اداری، ترس، درس، پرخاشگری و سازگاری با محیط گرفته است (ناییبی و همکاران، ۱۳۹۸).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

درمان‌های دارویی به‌تنهایی نمی‌توانند این اختلال را درمان کنند بلکه نیاز به مداخلات روان‌شناختی است. بسیاری از فن‌های بازی‌درمانی برگرفته از خانم‌ها آنا فروید و ملانی کلاین است. کودکانی که دچار اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی هستند برای افزایش مهارت توجه کردن‌ها Moor از نوعی تمرین چشمی که شبیه به بازی است استفاده کرده است؛ که با گذشت زمان نتایج این آزمایش نشان داد که این تمرین چشمی باعث خوب گوش دادن و کاهش تکانش‌گری چشم‌های این کودکان و افزایش توجه و تمرکز آنان می‌شود؛ و به نظر می‌رسد کودکان در این درمان‌ها احساس مطلوبی دارند و نتایج خوبی به دست می‌آید (جنتیان و همکاران، ۱۳۸۷)

یکی از شکل‌های درمان این اختلال، هنر، به‌ویژه نقاشی است؛ زیرا نقاشی خروجی امن برای بیان احساسات است. همچنین نقاشی‌هایی که افراد به‌ویژه کودکان می‌کشند نشان از مشکلات روحی و سلامت آن‌هاست؛ که از طریق آن می‌توان این احساسات را به خودآگاه آورده و درمان کرد (فرید و نجف زاده، ۱۳۹۶).

اختلال ADHD در اکثر مواقع با اختلال نقص توجه همراه است. در این میان روش نوروفیدبک اثرات مطلوبی کسب کرده است. این روش به این‌گونه است که بیمار زمانی پاداش دریافت می‌کند که به وضعیت فکری مطلوب فکر کند به‌طوری‌که وقتی آستانه سیگنال مغز بیمار به حدی رسید، در مقابل فیدبک (دیداری یا شنیداری) دریافت می‌کند البته کاملاً مانند یک بازی. پس بیمار برای دریافت این فیدبک به وضعیت مطلوب فکر می‌کند (سیل سپور، هامون پیما و پیر خائفی، ۱۳۹۴)

آزمون ترسیم ساعت که توسط کوهن، ریکی، کیبی و ادمونز طراحی شده که در کودکان دارای اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی بررسی شده بود نشان داد که میزان حساسیت و ویژگی آن‌ها به ترتیب ۸۳ درصد و ۸۹ درصد و اعتبار ارزیابی و باز آزمایی به ترتیب ۸۷ درصد و ۹۴ درصد برآورد شد (زارع بهرام‌آبادی، گنجی، ۱۳۹۳).

در مورد درمان چنین کودکانی پژوهش‌ها نشان داده است که میزان بستری و درمان‌های سرپایی این کودکان حتی بیشتر از کودکان عادی و هزینه درمانی آن‌ها به‌مراتب بسیار بیشتر و در ردیف بیماری‌هایی چون دیابت و آسم قرار گرفته است (حق جو و همکاران، ۱۳۹۷).

بهترین درمان این اختلال توجه همه‌جانبه به کودک است. در کنار توجه بازی‌درمانی نیز تأثیر بسیار زیادی دارد بازی‌هایی مانند (شبیه‌سازی لاک پشت) که در آن کودک سعی می‌کند آرام و باطمینان حرکت کند. بازی دیگر بازی چراغ قرمز، چراغ سبز است که معلم‌ها می‌توانند در زنگ تفریح یا زنگ ورزش با بچه‌ها انجام دهند به این‌گونه که معلم با گفتن چراغ سبز بچه‌ها باید حرکت کنند و بلافاصله با گفتن چراغ قرمز از حرکت بایستند این بازی صبر کردن را به کودکان دارای ADHD می‌آموزد (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱).

نتیجه‌گیری

امروزه یکی از متداول‌ترین اختلالات دوران کودکی اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی است که مورد توجه بسیاری از پژوهشگران نیز قرار گرفته است. این اختلال با شکل‌های گوناگون و نام‌های زیادی تعریف شده است که کلی‌ترین تعریف از آن: بیش‌فعالی از اختلالات رشدی در هدایت رفتار به‌طور طبیعی، توجه، بی‌قراری و کنترل تکانش است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۰).

زمانی می‌توانیم بگوییم که کودکی دچار اختلال نقص توجه_بیش‌فعالی است که فعالیت‌هایی که از نظر اجتماعی اخلال‌گرایانه هستند در دو محیط مختلف مدرسه یا خانه یا هر جایی دیگر انجام دهد و قبل از سن ۱۲ سالگی باشد (حق جو و همکاران، ۱۳۹۷).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

سه مؤلفه مهم که می‌توان اگر در فردی بود بگوییم که او بیش فعال است: محدودیت میدان توجه، تحرک زیاد و اجبار درونی برای انجام کار است و این علائم باید بیشتر از ۶ ماه طول بکشند (الماسی جوزانی، ۱۴۰۱).

با توجه به مطالعات صورت گرفته در این مقاله، دریافته‌ایم که موضوع مورد بحث اهمیت بسیاری برای جامعه دارد و باید از طرف مسئولین و سازمان‌های مربوطه بررسی شود. همچنین، نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهایی مانند توجه و بازی‌درمانی می‌توانند بهبود قابل توجهی را در این زمینه ایجاد کنند. در نتیجه، تلاش برای ایجاد راه‌حل‌های مناسب در این زمینه بر اساس ایده‌های ارائه شده، به گونه‌ای که به نیازهای جامعه پاسخ دهند، بسیار مهم است.

بهبود عملکرد دانش‌آموزان با اختلالات بیش فعالی و نقص توجه، نیازمند همکاری و هماهنگی مدارس و والدین است. با انجام اقدامات مناسب مانند رعایت یک روال منظم، تشویق به فعالیت‌های ورزشی و سبک زندگی سالم، استفاده از روش‌های آموزشی مناسب و تشویق به همکاری و هماهنگی با دیگران، می‌توان بهبود عملکرد و پیشرفت دانش‌آموزان را تسهیل کرد.

اختلال بیش فعالی و نقص توجه یکی از مشکلات رایج در دانش‌آموزان است که می‌تواند به شدت تحت تاثیر قرار گیرد و باعث کاهش عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان شود. برای بهبود عملکرد دانش‌آموزان با این اختلالات، نیازمند همکاری و هماهنگی مدارس و والدین هستیم.

اولین قدم در بهبود عملکرد دانش‌آموزان با اختلالات بیش فعالی و نقص توجه، رعایت یک روال منظم است. برنامه‌ریزی برای تعیین زمان‌های خواب، غذا خوردن، تکلیف و تفریح می‌تواند به کنترل بیش فعالی و نقص توجه کمک کند.

ورزش و سبک زندگی سالم نیز می‌تواند بهبود عملکرد دانش‌آموزان را تسهیل کند. فعالیت‌های ورزشی مانند فوتبال، بسکتبال و شنا می‌توانند به کاهش تحرک بیش از حد و تمرکز بر روی یک فعالیت کمک کنند. همچنین، سبک زندگی سالم شامل مصرف غذای سالم و مراقبت از سلامتی جسمی و روانی نیز می‌تواند بهبود عملکرد دانش‌آموزان را تسهیل کند.

استفاده از روش‌های آموزشی مناسب نیز می‌تواند بهبود عملکرد دانش‌آموزان با اختلالات بیش فعالی و نقص توجه را تسهیل کند. استفاده از روش‌های تعاملی مانند بازی‌های آموزشی، تمرین‌های گروهی و استفاده از تکنولوژی می‌تواند به کاهش خستگی و بی‌تمرکزگی کمک کند. تشویق به همکاری و هماهنگی با دیگران نیز می‌تواند بهبود عملکرد دانش‌آموزان را تسهیل کند. ایجاد فرصت‌های همکاری و هماهنگی در کلاس، مشارکت در فعالیت‌های خیریه و ارائه فرصت‌های رهبری می‌تواند به تقویت خودکنترل و اعتماد به نفس دانش‌آموزان کمک کند. بنابراین، با انجام اقدامات مناسب مانند رعایت یک روال منظم، تشویق به فعالیت‌های ورزشی و سبک زندگی سالم، استفاده از روش‌های آموزشی مناسب و تشویق به همکاری و هماهنگی با دیگران، می‌توان بهبود عملکرد و پیشرفت دانش‌آموزان را تسهیل کرد.

منابع

۱. الماسی جوزانی، مرتضی (۱۴۰۰). تاثیر بازی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه یا بیش فعالی کودکان ۶ تا ۱۲ سال. چهارمین کنفرانس ملی پژوهش‌های سازمان و مدیریت. تهران، ایران.
۲. احسان منش، مجتبی (۱۳۷۲). کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوکی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو پزشکی تهران.
۳. بهرامی، میترا. یوسفی، فائق. بهرامی، افشین. فرازی، عرفان. بهرامی، علی (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال نقص توجه-بیش فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دبستانی شهر کامیاران در سال تحصیلی ۱۳۹۳_۱۳۹۴. مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت، ۳ (۳): ۱۱_۱.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۴. توکلی زاده؛ همه‌گیر شناسی اختلالات رفتاری در شهر گناباد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۵.
۵. جنتیان، سیما، نوری، ابوالقاسم. شفتی، عباس. مولوی، حسین. سماواتیان، حسین (۱۳۸۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلابه ADHD. تحقیقات علوم رفتاری، ۶ (۲۱۲): ۱۰۹-۱۱۸.
۶. حقایقی، مرضیه. صالحی، کیوان (۱۴۰۰). مروری نظام‌مند بر ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستانی. رویش روان‌شناسی، ۱۰ (۱۲): ۶۱-۷۲.
۷. حقجو، راهیل. نایب زاده، پرستو. اطهری فر، شادی. اناری، شیمیا. بهروز، بهروز (۱۳۹۷). ویژگی همه‌گیر شناختی و بالینی اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی در دانش‌آموزان ابتدایی شهر سرپل ذهاب. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۶ (۲): ۸۷.
۸. زارع بهرام‌آبادی، مهدی. گنجی، کامران (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۴): ۴۳-۲۵.
۹. سعادت، مهرناز (۱۳۹۰). کدام یک از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مداخله‌های یوگا و بازی‌درمانی تغییر می‌کند؟ فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱ (۱): ۵۶-۴۵.
۱۰. سعد الهی، علی. قربانی، راهب. بختیاری، جلال. سلمانی، معصومه. خادمی، آرمان. محمدی، نرجس. نخعی نژاد، میترا (۱۴۰۰). شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پایه اول تا سوم مدارس ابتدایی شهر سمنان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان. ۲۱ (۲): ۳۹۵-۲۹۵.
۱۱. سیل‌پور، مریم. هامون پیمان، اسماعیل. پیر خائفی علیرضا (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان نوروفیدبکی بر کاهش علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۳. فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۸ (۶۰): ۳۳-۲۴.
۱۲. شمس، امیر. اسلامی نصرت‌آبادی، مهدیه. سنگاری، ماندانا. میر ممزی، مسعود (۱۴۰۰). تأثیر تمرین‌های توانبخشی شناختی، تمرین بدنی و تمرین‌های ترکیبی بر توجه پایدار، انتخابی و انتقالی کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۷ (۳): ۲۷۶-۲۸۷.
۱۳. صالحی، بهمن. مرادی، شیرین. ابراهیمی، سمیه. رفیعی، محمد (۱۳۹۰). مقایسه شیوع اختلال ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی/تکانش‌گری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۱۳۸۸_۸۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۶: ۵۴-۴۵.
۱۴. فرید، ابوالفضل. نجف زاده، علی (۱۳۹۵). اثربخشی نقاشی درمانی بر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ADHD دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس عادی (ارزیابی معلمان). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۴ (۵): ۳۵۳-۳۵۸.
۱۵. قباد زاده، سجاد. پاشا، رضا. بختیار پور، سعید. همائی، رضوان (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-هیجانی بر بهبود علائم تکانش‌گری، توجه و تمرکز دانش‌آموزان مبتلابه نقص توجه/بیش‌فعالی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۴۰۰، (۱۱): ۱۶۶.
۱۶. نایی، الهه. پاشا، رضا. بختیارپور، سعید. صعدی افتخاری، زهرا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلابه نقص توجه/بیش‌فعالی. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، انجمن علمی کودکان استثنایی ایران، ۱۰ (۳): ۱۳-۱.