



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

تحلیل ارتباط بین تیز هوشی کودکان امروزی و پیش فعالی آنان در عصر جدید

نگار ساعت چی (نویسنده مسئول) *^۱ فرشته کاکاوند^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران negarsach20@gmail.com

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران Fereshtehkavand1400@gmail.com

چکیده

زندگی انسان ها همیشه در بر گیرنده رخداد های خاصی می باشد ازدواج و تشکیل خانواده یک مرحله مهم و قابل توجه در مسیر رو به رشد انسان می باشد. از این رو اکثر افراد دنیای امروز به دنبال ایجاد و شکل دادن به واقعیت بخشی به تصورات احساسات و امیال ذهنی خود هستند و برای برون سپاری برخی از این احساس ها نگرش و تمایل به فرزند آوری در آن ها نمود پیدا می نماید. لذا در این امر گاه فرزندانی متولد می شوند که دارای ویژگی های ژنتیکی خاص یا مشکلات ذهنی فکری و جسمی می باشند حال با توجه به بیان چنین مفهومی با خانواده مختلف که دارای فرزند پیش فعال بوده اند مصاحبه صورت داده ایم تا به روشنی بیشتر و بهتری بین تیز هوشی یا حتی کند ذهنی بچه های پیش فعال تحلیلی جدید در عصر امروز را دارا باشیم و مبنای و قابل توجهی را به تصویر بکشانیم

کلمات کلیدی: تیز هوشی / پیش فعالی / عصر جدید / کودکان



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

مقدمه

یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روان شناسان و روان پزشکان و متخصصین بالینی را به خود جلب کرده، ۲ تا ۴ سالگی، شروع می شود T اختلال کمبود توجه بیش فعالی. است این اختلال در بوسینگ و کودکی (انجمن، ۲۰۰۳) بیدرمن ، و یا حدود سنین (۲۰۰۲) و از شایع ترین اختلالات عصبی رفتاری دوران است، به طوری که ۳ تا Y و V (کانر ، ، الگوی پایدار ADHD درصد کودکان روان پزشکی آمریکا، (۲۰۰۰) بدان مبتلا هستند (فارون ، سرجنت ، گیلبرگ اختلال عدم توجه بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده میشود. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه ها بیش از سن سالگی ظاهر اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، شوند.

در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نباید مطرح شود و نیز یک اختلال روانی دیگر، توجه بهتری برای آن نباشد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳؛ ترجمه ADHD ۱۳۸۵). پورافکاری، همچنین اختلال سندرمی عصب شناختی است که معمولاً با ویژگی های تکانشگری، حواسپرتی و بیش فعالی مشخص می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا ۲۰۰۰). میزان تشخیص این اختلال از آن جهت که نشانه ها و نقائص آن از حدود دو سالگی قابل ردگیری هستند در حال افزایش می باشد (دالی ، مدل های سبب شناسی که برای این اختلال (۲۰۰۶) وجود دارد، بر تعامل عوامل ژنتیک، زیست شناختی، محیطی، روانی- اجتماعی، روان شناختی، نوروشیمیایی و عوامل مربوط به تغذیه تأکید میکند (کاستانوس" ، (۲۰۰۶)، (۲۰۰۸). (کاستانوس ، بارکلی بیان میکند که ژنتیک و متغیرهای زیستی عصبی، بیشترین سهم را در نشانه های اختلال بیش فعالی، کمبود توجه دارند. بسیاری نیز مطرح میکنند که شایع ترین مسیر در تحول این اختلال، آن مسیری می باشد که کودکان با یک آمادگی ژنتیکی از مادر متولد می شوند همچنین تخمین زده می شود که عوامل ژنتیکی، قریب به ۸۰ درصد در این اختلال سهیم هستند (لین و چانگ، (۲۰۰۲). مشخص شده است اختلال کمبود توجه و بیش فعالی که در سنین پیش دبستانی ظهور میکند در طی زمان مزمن و پایدار است و یک عامل خطر ساز نیرومند برای مشکلات رفتاری بعدی در سنین دبستانی میباشد (دالی، ۲۰۰۶)

در خصوص توجه فراوان به این موضوع میتوان گفت نقص توجه، بیش فعالی اختلال برای بسیاری بر از عملکرد و سپس در دهد. دانش آموزان مشکلات قابل توجهی را تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آنها ایجاد می کند. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل رو به رو می کند که در صورت عدم درمان آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می یکی از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه ، بیش فعالی تکانشگری پیش از دبستان که توجه پژوهشگران و صاحب نظران را به خود جلب نموده، بیش فعالی تکانشگری است (سمرود کلیمن ، ۲۰۰۵؛ فلچر، لیون ، فوکس وبارتر، ۲۰۰۷، ملترز، ۲۰۰۷، مک کلووسکی، پرکینس و دیونر ، ۲۰۰۹). بیش فعالی و تکانشگری، از جدی ترین مشکلات کودکان دارای اختلال کمبود توجه - بیش فعالی است. اغلب کودکان مبتلا به اختلال ADHD، دارای مشکلاتی در زمینه تکانشگری می باشند. وندر (۱۹۸۷) بارکلی (۲۰۰۶) اعتقاد دارند که ناتوانی در مهار برانگیختگی نقش بنیادی در این اختلال دارد. عمل تکانشی بدون تفکر صورت می گیرد. گرچه برخی از کودکانی نیز که مشکل ندارند ممکن است تکانشگر باشند، اما تکانشگری ADHD به این صورت است که به طور معمول حرف دیگران را قطع می کنند. بی موقع به سؤالات پاسخ می دهند و نمی توانند منتظر نوبت بمانند بارکلی، (۱۹۹۷). تکانشگری نیز مانند بی توجهی در افراد با توجه به شرایط موقعیت های مختلف تغییر می کند.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

مبانی نظریه

نظریه‌های تیزهوشی

به طور کلی نظریه‌های تیزهوشی را از لحاظ طرز تلقی نسبت به «عامل» می‌توان در دو چشم‌انداز بررسی نمود:

الف) عاملی

ب) ترکیبی تعاملی

چشم‌انداز عاملی

محور و کانون این چشم‌انداز، تأکید بر وجود عامل عمومی است. یعنی هر کنش هوشمندانه مبتنی بر وجود بُعدی است که آن را «هوش عمومی» می‌نامیم. این هوش عمومی می‌تواند متبلور یا جامد باشد. یعنی از ظرفیتهای بالقوه برخوردار است یا از محیط آموخته می‌شود. این عامل عمومی تواناییهای کلامی و تجسم فضایی را در برمی‌گیرد. در این چشم‌انداز، نظریه‌پردازانی نظیر «ترمن»، «کارول»، «گاردنر»، «تانباوم» و «گانیه» با الهام از دیدگاههای «اسپیرمن» و «کتل» در زمینه هوش، قرار می‌گیرند. مسأله بنیادی در این چشم‌انداز، تأکید بر وجود یک «پدیده چندوجهی» است و این امر در طبیعت و سرشت مباحث مربوط به این حوزه نهفته است. بر اساس این دیدگاه بود که به طور رسمی به سال ۱۹۷۲ میلادی، «سیدنی مارلند» در گزارش خود به کنگره ایالات متحده، تعریف مشهور خود را از تیزهوشی و استعداد ارائه داد: «کودکان تیزهوش و مستعد به منزله افرادی واجد خصایص برجسته هستند که برای عملکرد عالی آمادگی دارند. این کودکان نیازمند خدمات و برنامه‌های آموزشی و پرورشی متمایزی هستند که با برنامه عادی و دانش‌آموزان متوسط تفاوت دارد. سعی بر آن است تا از این طریق و به تدریج، آنها بتوانند سهم خاص خویش را برای خود و جامعه تحقق بخشند. کودکانی که در یک یا چند زمینه ذیل از عملکرد بالایی برخوردارند، تیزهوش تلقی می‌شوند: قابلیت هوش عمومی، قابلیت تحصیلی ویژه، تفکر خلاق و آفریننده، توانایی رهبری، قابلیت در هنرهای بصری و عملی، توانایی روانی و حرکتی. بر اساس این تعریف بود که توجه خاصی به تیزهوشان تحصیلی، خلاق، رهبر و روانی-حرکتی بذل شد و در پی آن تیزهوشانی که دچار کم‌آموزی و ضعف تحصیلی اند، در کانون توجه قرار گرفتند. گذشته از تعریف هوش و انواع تیزهوشی، گزارش «مارلند» از جهت دیگری نیز حائز اهمیت بسیار است و آن اینکه لزوم ارائه خدمات و برنامه‌های آموزشی و پرورشی متمایز از دیگر دانش‌آموزان در این گزارش به صراحت اعلان می‌شود. این بیانیه از آن نظر اهمیت می‌یابد که به بحثهای گسترده‌ای که در زمان نشر گزارش در آمریکا، بلکه سراسر دنیا درباره تیزهوشان و لزوم یا عدم لزوم برنامه‌های آموزشی متمایز برای آنان در جریان بود، خاتمه داد. در این گزارش به صراحت اعلام شده که آموزش و پرورش متمایز برای تیزهوشان، هم به نفع همه دانش‌آموزان اعم از تیزهوش و غیر آن است و هم منافع آینده جامعه را تضمین می‌کند» در این میان، سه نظریه «تنوع تیزهوشی» از «هوارد گاردنر»، «نظریه ستاره‌ای» از «ابراهام تانباوم» و «ساختار تمایز تیزهوشی و استعداد» از «فرانکو گانیه» برجسته‌ترند.

نظریه تنوع هوش گاردنر

جنبشی-بدنی، بین‌فردی، درون‌فردی، طبیعی، وجودی. استنتاج «گاردنر» آن است که یک نوع تیزهوشی بر اساس هر نوع هوش وجود دارد. هریک از این انواع، بسته به نوع هوش، شرایط مفیدی را برای مهارتهای حل مسأله فراهم می‌آورند و از یک اساس و پایه زیستی (مغز و دستگاه عصبی) در تشخیص برخوردارند.

نظریه ستاره‌ای تانباوم در سال ۱۹۸۳ میلادی، «ابراهام تانباوم» دیدگاه خود را از تیزهوشی ارائه داد. با توجه به آن که استعداد پرورش یافته صرفاً در بزرگسالان وجود دارد، تعریف تیزهوشی باید بر توانایی بالقوه افراد دلالت کند تا آنکه کارکردها یا فرآوریهایی محقق شده‌ای در قلمروهای عملی نمود یابد. در اثر چنین شرایطی، زندگی اخلاقی، مادی، عاطفی، اجتماعی، هوشی یا زیبایی‌شناختی تقویت می‌گردد. «تانباوم» یک ساختار ستاره‌ای پنج مؤلفه‌ای را مطرح کرد که چشم‌اندازی روانی و اجتماعی است. به طور کلی این پنج عامل بنیادی، آتیه خوش را برای زندگی بزرگسالی پرورش‌یافته، تحقق می‌بخشد: (۱)



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

هوش عمومی نیرومند، (۲) قابلیت‌های ویژه استثنایی، (۳) تسهیل‌کننده‌های غیرهوشی، (۴) تأثیرهای محیطی و (۵) بخت یا شانس. از دیدگاه «تانباوم» چهار نوع استعداد پرورش‌یافته وجود دارد: (۱) پیشگامی، افرادی که برای رفع موانع و تنگناها و مسائل در حوزه خود، پیشگام هستند. (۲) تزیید افرادی که به طرز قابل ملاحظه‌ای به زیبایی محیط آدمی می‌افزایند. (۳) تساهم، افرادی که مهارت‌های خاصی در ارتباط با حوزه‌های تجارت، اقتصاد و مادیات بروز می‌دهند. (۴) استثنای افرادی که از مهارت‌های عملی غیرعادی برخوردارند.

ساختار تمایز تیزهوشی و استعداد «گانیه» نیز با ارائه «ساختار تمایز تیزهوشی و استعداد»، یک زمینه آموزش و پرورش را برای نظام‌های ویژه در سراسر جهان از «استرالیا» تا «کانادا» فراهم کرد. وی تیزهوشی را پدیده‌ای ذاتی (با ساختار وراثتی) و مشتمل بر توانایی‌هایی طبیعی فرد (در میان ۱۵ درصد افراد برتر همسالان) می‌داند که غیراکتسابی است. این قابلیت‌ها از سطح متوسط جامعه، بالاتر است و به طور کلی به پنج نوع تقسیم می‌شود: (۱) تیزهوشی عمومی، (۲) خلاقیت، (۳) اجتماعی و عاطفی، (۴) حس حرکتی و (۵) غیره. «استعداد» نیز به تعبیر «گانیه» اشاره به توانایی‌ها، مهارت‌ها و عملکرد بالاتر از حد متوسط دارد که در اثر شرایط محیطی و تربیتی شکل می‌گیرد. این حوزه‌ها معمولاً متنوع هستند و بر اساس ملاحظات فرهنگی، اعتقادات و سنت‌ها ارزش‌دهی می‌شوند. از دیدگاه «گانیه» انواع اساسی استعداد از قرار ذیل است: هنری (بصری)، جنبشی و ورزشی، تجارت و بازرگانی، ارتباطات، صنعت، آموزش و پرورش، سلامت، علوم و فناوری، حمل و نقل و ترابری. بنابراین تیزهوشی از طریق «عوامل فردی» (انگیزه، شخصیت و...) و «شرایط محیطی» (مردم، شرایط جغرافیایی و...) تبدیل به «استعداد» می‌شود. «انگیزه» شامل تمایلات و علایق می‌گردد. (گانیه، ۱۹۹۱)

چشم‌انداز ترکیبی

بر اساس این چشم‌انداز، تیزهوشی پدیده‌ای مرکب از مؤلفه‌ها و عناصر خاصی است که در اثر تعامل این سازه‌ها یا تجمیع آنان شکل می‌گیرد. علاوه بر این، برخی از نظریه‌پردازان نظیر «گیلفورد»، «تورنس»، «ترفینگر»، «مانکس»، «اشترنبرگ» و «رنزولی»، خلاقیت یا فرآوری را نیز در کانون پدیده تیزهوشی قرار می‌دهند. یعنی به زعم آنها خلاقیت و هوش مؤلفه‌های مکمل فعالیت شناختی به شمار می‌آیند. در این چشم‌انداز، سه نظریه بنیادی وجود دارد که بیشتر مورد توجه قرار گرفته است.

نظریه تعاملی مانکس

«فرانس مانکس» [۸] روانشناس هلندی در سال ۱۹۸۵ نظریه تعاملی خود را در شکل‌گیری تیزهوشی ارائه داد. به زعم وی، تعامل بین سه عامل شخصیتی - «توانمندی‌های هوشی بالا»، «انگیزه» و «خلاقیت» - و سه عامل اجتماعی - «خانواده»، «مدرسه» و «همگنان» - موجب پدیدآیی تیزهوشی می‌شود. منظور از «توانمندی‌های هوشی بالا» این است که هوش به وسیله بهره هوشی با حد نصاب بالاتر از متوسط سنجیده می‌شود. در این جا بهره هوشی بالای ۱۳۰ در نظر گرفته شده است. «انگیزه» ترکیبی است که به رفتار نیرو می‌بخشد، گزینش می‌کند و آن را هدایت می‌نماید. انگیزه، داشتن امری ذاتی است که در تأثیر متقابل با محیط قرار می‌گیرد. به این معنا، انگیزه شامل وظیفه شناسی، پشتکار، ماجراجویی و آینده‌نگری می‌شود. افراد باید رفتارهای موفقیت‌آمیز را تجربه کنند تا به تصور مثبت‌تر از خود رسیده و برای ادامه راه، انگیزه بیابند. «خلاقیت» نشانگر توانایی حل مسأله به طور پویا، مستقل و اصیل است. فرد خلاق با برخورداری از استقلال طلبی و برانگیختگی از درون، برای خلق و آفرینندگی استعداد دارد. سه عامل اجتماعی (خانواده، مدرسه و همگنان) فرصت‌های اصلی تأثیر متقابل عوامل، جهت‌آشنایی و یادگیری از دیگر افراد جامعه است. فرد در انتخاب خانواده خود اختیار ندارد، اما اعضای خانواده یک فرد تیزهوش به علت رابطه تنگاتنگ با وی، بیش از سایر افراد و مراجع می‌توانند او را در جهات گوناگون یاری دهند. تشخیص نوع تیزهوشی فرزند اساسی‌ترین درکی است که خانواده باید از وی به عمل آورد.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

نظریه مؤلفه‌ای اشترنبرگ

«رابرت اشترنبرگ» در سال ۱۹۸۵ میلادی ساختار سه مؤلفه‌ای خود را ارائه داد که مرکب از سه الگوی تیزهوشی است: (۱) تحلیلی، (۲) خلاق (ترکیبی) و (۳) عملی از آن جا که مردم به ندرت یکی از این الگوهای سه‌گانه را به طور خاص واجد هستند، وی نوع چهارمی را نیز موسوم به «تیزهوشی تعادل‌یافته» (که از ترکیب این سه الگو حاصل می‌آید) پیشنهاد کرد. «اشترنبرگ» هفت حالت ممکن را مورد بررسی قرار داد و نتیجه گرفت که هیچ مدرکی برای موقّق بودن افرادی که دو نوع الگو را دارند، در مقایسه با یک الگو یا سه الگو وجود ندارد. در واقع موفقیت شخص، بستگی به تعامل سه عنصر دارد: فرد، آزمونه [۱۲] و فرهنگ. از دیدگاه «اشترنبرگ» پنج ملاک برای تیزهوشی وجود دارد: (۱) تعالی و فضیلت: برتری و تفوق فرد در چند بُعد نسبت به همگان. (۲) ندرت: دارایی مهارتی در سطح عالی در حوزه‌ای خاص که نسبت به همگان بسیار نادر است. (۳) فراوری [۱۵]: فعالیت‌های فرد باید به برخی فراوریها یا فراوری بالقوه منجر شود. (۴) ثبوت: تعالی و برتری فرد باید از طریق یک یا چند آزمون و ابزار معتبر و روا قابل اثبات باشد. (۵) ارزش: تعالی شخصی فرد باید به وسیله خودش یا جامعه‌اش ارزشمند باشد. بنابراین از دیدگاه «اشترنبرگ»، تیزهوشی یک برتری فراورانه نادر در حوزه‌ای ارزشمند است که قابل اثبات باشد.

تاریخچه بیش‌فعالی

اولین تحقیقاتی که به نظر می‌رسد در مورد بیش‌فعالی باشد. توسط بقراط انجام شده است که اغلب او را پدر پزشکی مدرن می‌نامند. وی از حدود ۴۶۰ تا ۳۷۵ قبل از میلاد در یونان زندگی می‌کرد. شناخته شده بود که وی حداقل یک اشاره به برخی از بیماران داشت که نمی‌توانستند تمرکز خود را روی هر چیزی طولانی نگه دارند و واکنش‌های فوق‌العاده سریع نسبت به چیزهای اطراف خود داشتند. او فکر کرد که علت این امر «تعادل بیش از حد آتش بر روی آب» است و رژیم غذایی ملایمی را توصیه کرد که شامل ماهی اما کمی گوشت دیگر، مقدار زیادی آب و ورزش بدنی زیاد باشد. چیزهای زیادی گفته نشده بود تا اینکه سر الکساندر کریچتون، پزشک اسکاتلندی، چیزی مانند ADHD را در کتاب خود با عنوان «تحقیق درباره ماهیت و منشأ اختلال روانی» در سال ۱۷۹۸ توصیف کرد. وی از آن به عنوان «بیماری توجه» یاد کرد و مشاهده کرد که به نظر می‌رسد افراد مبتلا از نظر روحی ناآرام هستند و سخت می‌توانند با یک کار یا بازی کنار بیایند. در آن زمان، جان لاک، فیلسوف و پزشک مقاله «برخی از افکار مربوط به آموزش» را نوشت که در آن، در میان سایر موارد، درباره گروهی از دانش‌آموزان بحث کرد که نمی‌توانستند «ذهن خود را از گمراه کنند». در کتاب‌های درسی پزشکی در دهه ۱۸۰۰ به کودکانی اشاره شده است که امروزه آن‌ها را علائم ADHD می‌دانیم. آن‌ها از تعدادی نام مختلف برای این بیماری استفاده کردند: «کودک عصبی»، «بی‌ثباتی ذهنی»، «سیستم عصبی ناپایدار» و «بیش از حد تحریک‌پذیری ساده» از این جمله بودند. به طور مشخص برای اولین بار در سال ۱۹۰۲ جرج استیل پدر رشته پزشکی اطفال انگلستان، اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه را به دنیا معرفی کرد. وی مقاله‌ای منتشر کرد که در آن به شرح کودکان با مشکلات جدی در زمینه توجه پایدار و خودتنظیمی پرداخت. وی برای توصیف این کودکان از واژه‌هایی مثل پرخاشگر، لجباز، بی‌انضباط و بی‌نهایت هیجانی استفاده نمود. استیل این دسته از کودکان را دارای هوش طبیعی اما فاقد کنترل تکانه و دارای مشکلات رفتاری می‌دانست. این نخستین بار بود که اختلال در کنترل تکانه و بی‌توجهی به عنوان یک اختلال مستقل از صدمه مغزی یا عقب ماندگی ذهنی مطرح شد.

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی چیست

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی یک اختلال عصبی رفتاری می‌باشد که با نشانه‌های بی‌توجهی، ضعف در دقت و تمرکز، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود منظور از رفتار تکانشی عمل کردن بدون تفکر و انجام دادن رفتار ناگهانی می‌باشد. علائم رفتاری در این کودکان به حدی است که عملکرد تحصیلی و فعالیت‌های روزمره را مختل می‌کند.

شیوع



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

اختلال نقص توجه-بیش فعالی یا ADHD یکی از اختلالات شایع در کودکان است. شیوع ADHA در کودکان ۵ درصد و در بزرگسالان ۲,۵ درصد می باشد. پژوهش ها نشان داده نسبت ابتلا به بیش فعالی در پسران بیش از دختران است. این اختلال ممکن است تا بزرگسالی نیز با فرد همراه باشد، همچنین احتمال ابتلا به ADHD در بزرگسالانی که فاقد پیشینه ابتلا در کودکی هستند هم وجود دارد.

انواع بیش فعالی

اختلال نقص توجه و بیش فعالی دارای ۳ تیپ مختلف می باشد اعم از:

- تیپ عدم توجه
- تیپ بیش فعالی-تکانشگری
- تیپ مرکب عدم توجه، بیش فعالی-تکانشگری

علائم اختلال نقص توجه-بیش فعالی

با توجه به انواع مختلف این اختلال علائم نیز به دو دسته اعم از علائم مربوط به حیطة توجه و علائم مربوط به حیطة بیش فعالی-تکانشگری تقسیم می شوند.

مشکلات مربوط به حیطة توجه عبارتند از:

- فراموش کاری
- حواس پرتی
- عدم توجه به جزئیات
- گم کردن مداوم وسایل
- رها کردن تکالیف به صورت ناتمام
- مشکل در برنامه ریزی و سازمان دادن به تکالیف و کارها
- عدم توجه به حرف دیگران
- اجتناب از انجام کارهایی که نیاز به توجه و تمرکز مداوم دارد

مشکلات مربوط به حیطة بیش فعالی-تکانشگری عبارتند از:

- صحبت بیش از اندازه
- جنب و جوش مداوم
- دویدن یا بالا پایین پریدن
- ترک مداوم صندلی
- بی قراری دست و پا
- عدم توانایی بازی در آرامش
- ایجاد مزاحمت برای دیگران و اطرافیان
- پاسخ دادن قبل از اتمام سوال

علل اختلال کمبود توجه-بیش فعالی

عوامل ارثی: ژنتیک و وراثت نقش مهمی در ابتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی دارند و معمولاً والدین این کودکان نیز به این اختلال مبتلا بوده اند.

عوامل زیستی: فعالیت دستگاه شبکه ای در افراد مبتلا پایین تر از حد معمول می باشد. دستگاه شبکه ای با پیام هایی که به سمت قشر مخ می فرستد، قشر مخ را فعال و هشیار نگه می دارد. زمانی که فعالیت دستگاه شبکه ای کاهش پیدا کند به تبع



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

فعالیت لوب پیشانی که بخشی از قشر مخ و مرکز توجه و کنترل تکانه می باشد نیز کاهش پیدا می کند. بیش فعالی این گونه است که کودک مبتلا به فعالیت فراوانی دست می زند تا فعالیت دستگاه شبکه ای و لوب پیشانی را بالا ببرد و به حد طبیعی برساند در نهایت نمود بیرونی این فعالیت بالا بیش فعالی می باشد.

عوامل محیطی: این دسته از عوامل شامل مصرف سیگار یا قرار گرفتن مادر باردار در معرض دود سیگار، مسمومیت با سرب، سبک فرزند پروری نامناسب می باشد. به کار گیری سبک فرزند پروری مستبدانه و استفاده از تنبیه از سوی والدین می تواند از عوامل سبب ساز این اختلال باشد.

روش پژوهش

در این پژوهش به شیوه مصاحبه نمیه ساختار یافته تعدادی سوال طرح گردید و از خانواده ها پرسیده شد تا ارتباط بین تیز هوشی و پیش فعالی در عصر امروز کودکان نمایان شود لذا جمع آوری اطلاعات به شیوه اسنادی و کتابخانه ای بوده و تحلیل داده ها و سوالات به روش کیفی و استنباطی پژوهشگر صورت گرفته است. (میرزایی ۱۳۹۰).

تجزیه تحلیل داده ها

سوالات خانواده اول

- ۱) شما دارای چند فرزند می باشید؟ ۳ فرزند
- ۲) از چه زمانی متوجه پیش فعالی فرزند خود شده اید؟ از ۲ سالگی
- ۳) ویژگی ها و رفتار های خاصه فرزند شما چیست؟ یک دنده بودن / خود رای بودن / با وسایل خاص بازی کردن
- ۴) آیا سابقه پیش فعالی در خانواده شما بوده است؟ خیر
- ۵) رفتار فرزند شما در مهد کودک یا مدرسه چگونه است؟ در مهد کودک خیلی نمایان نبود اما در مدرسه و عدم ارتباط گیری با کلاس و هم کلاسی ها مارا دچار مشکل کرده است
- ۶) برخورد فرزند شما با همسالان و هم سن های خودش چگونه است؟ معمولا با آن هایی ارتباط برقرار می کند که ما انتظار نداریم مثلا با یکی از فروشندگان های سپور مارکتی دوستم ارتباط خوبی دارد
- ۷) هوش و یادگیری فرزند شما به چه شکل می باشد؟ در کار هایی که خودش رغبت داشته باشد مثل برخی بازی های روی گوشی یا حتی برخی لگو های خاص واقعا جالب است

سوالات خانواده دوم

- ۱) شما دارای چند فرزند می باشید؟ ۱ فرزند
- ۲) از چه زمانی متوجه پیش فعالی فرزند خود شده اید؟ از ۳/۵ سالگی
- ۳) ویژگی ها و رفتار های خاصه فرزند شما چیست؟ خوراکی های خاص میخواد مثلا مارچوبه/فیلم های و انیمیشن های خاصی نگاه می کند /
- ۴) آیا سابقه پیش فعالی در خانواده شما بوده است؟ بله



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۵) رفتار فرزند شما در مهد کودک یا مدرسه چگونه است؟ آرام و بشدت ساکت می باشد خلاف من و مادرش که خیلی پر انرژی و پر شور هستیم دختر ما اصلا این گونه نیست
۶) برخورد فرزند شما با همسالان و هم سن های خودش چگونه است؟ در ارتباط برقرار کردن بشدت مشکل دارد و انزوا گریدن او سبب شده به بچه دوم راغب نباشیم
۷) هوش و یادگیری فرزند شما به چه شکل می باشد؟ هوش قابل قبولی دارد حتی او را به دکتر خیلی خوب روانشناس و متخصص استعدا دیاب نشان داده ایم و آن ها ابراز نرمال بودن نموده اند

سوالات خانواده سوم

۱) شما دارای چند فرزند می باشید؟ ۲ فرزند ۲ قلو
۲) از چه زمانی متوجه پیش فعالی فرزند خود شده اید؟ از ۴ سالگی
۳) ویژگی ها و رفتار های خاصه فرزند شما چیست؟ اوایل از میزان انرژی زیاد و شور و هیجان آن ها خیلی لذت می بردم تا زمانی که خواستم آن ها را پیش دبستانی ثبت نام کنم و ما را پیش یک دکتر روانشناس فرستادند از آن جا بود که متوجه این امر شدم واقعا درباره ویژگی خاصه نظری ندارم حتی همسرم.....
۴) آیا سابقه پیش فعالی در خانواده شما بوده است؟ نه نداشته ایم
۵) رفتار فرزند شما در مهد کودک یا مدرسه چگونه است؟ شرور بودن و آزار آن آنها توسط همکلاسی ها سبب رنجش من و مادرشان شده بود ولی از نظر درسی و هوش یادگیری مشکلی نداشته اند
۶) برخورد فرزند شما با همسالان و هم سن های خودش چگونه است؟ واقعا انتظار مهربانی و ارتباط خوب خیلی صمیمی با دوستانش ندارم ولی از این رفتار آن ها خوش حال شدم.
۷) هوش و یادگیری فرزند شما به چه شکل می باشد؟ در حد معمول و خوبی قرار دارد

سوالات خانواده چهارم

۱) شما دارای چند فرزند می باشید؟ از پرورش گاه بچه آورده ایم
۲) از چه زمانی متوجه پیش فعالی فرزند خود شده اید؟ بعدا از مدتی توسط یک پزشک مطلع شدیم
۳) ویژگی ها و رفتار های خاصه فرزند شما چیست؟ به خواست همسر از پرورش گاه یک دختر به سرپرستی قبول کردیم اصلا تجربه بچه داری و این مسائل رو نداشتیم درک ویژگی خاص برای ما معنی بود چون هیجان و عشق وجود بچه رو درک می کردیم
۵) رفتار فرزند شما در مهد کودک یا مدرسه چگونه است؟ کلاس های آموزشی خاصی برای فرزندم در نظر گرفتم تا دیدگاهش نسبت به محیط پیرامون بهتر شود و چیز های جدیدی یاد بگیرد اما مطابق میل من پیش نرفت ولی دخترم در نقاشی و مطالعه برخی کتاب ها برایم جذاب بود و با روانشناس دخترم که صحبت کردم از ویژگی های شخصیتی او گفت
۶) برخورد فرزند شما با همسالان و هم سن های خودش چگونه است؟ ارتباط چندان خوبی برقرار نمی کند و وابستگی زیادی به همسرم دارد



۷) هوش و یادگیری فرزند شما به چه شکل می باشد؟ فعلا در حال درمانگری او توسط روانشناس هستیم و نمی دانم چه بگویم

نتیجه گیری

- ۱) ابتدا باید دانش خود را در باره پیش فعالی و هوش آن افراد بالا ببریم
- ۲) پیش فعالی و هوش بالا یا کند ذهنی ارثی یا ژنتیکی یا حتی بر اثر محیط زندگی ایجاد می شود
- ۳) گاهی والدین از پیش فعالی آگاهی ندارد و و شیوه برخورد درستی با این مسئله دارا نمی باشند
- ۴) بین هوش و پیش فعالی رابطه مستقیم و اثر گذار برقرار می باشد
- ۵) لذا بایستی خانواده ها نگاه و روش و بیان خود با فرزند پیش فعال را بهبود ببخشند و او را بخوبی درک نمایند
- ۶) حتما به درمانگری و رشد و اهمیت گذاری به کودک پیش فعال خود توجه نمایید

تشکر و قدردانی

تقدیم به خانواده عزیزم که در همه روز های خوی بد و سخت و آسان کنار من هستند.



مراجع

- اختلال نقص توجه-بیش فعالی: معرفی، تاریخچه و درمان ملیکا باقری ۲۵/۶/۱۳۹۹
میرزایی، خ. (۱۳۹۰). پژوهش، پژوهشگری و پژوهشنامه نویسی، جلد اول - چاپ دوم.
اثر بخشی مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی های کودک محور بر میزان بیش فعالی - تکانشگری کودکان پیش دبستانی مژگان شوشتری احمد عابدی
فرشته گلشنی راضیه اهرمی تاریخ وصول : ۹۰، ۲، ۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۰، ۸، ۱۰
Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin. 121, 65-94
Barkley, RA (2006). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions Constructing a unifying
-theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 65
Bussing. R.Mason D.M., Bell L,Porter PH Garvan. C. (2010). Adolescent outcom of childhood attention
hyperactivity disorder in a diverse Community sample Journal of American Academy of Child and deficit
.Adolscent Psychiatry 19 (6), 565-605
Castellanos F.X. (2008). Toward a pathophysiology of attention deficit hyperactivity. Clinical pediatric 36:370-
.383
Coleman, M.R., Buysse, V. & Neitzel J. (2006). Recognition and response: An early intervtenion system for
young children at-risk for learning disabilities Full report. Chapel Hill: The University of North Carollima, Frank
Porter Graham Child Development Institute
.Conners, CK.(2002) Food additives and hyperactive children New York :Plenum Prees
Daley, D. (2006) Attention deficit hyperactivity disorder A review of the essential facts.child care, Health &
Development, 32, 193-204
Das Banerjee TD Middleton, F., &Faraone S.V(2007). Environmental risk factors for attention deficit
hyperactivity disorder desa Paediatrica 96,1269-1274
Davidson, M.C., Amso, D., Anderson, C., & Diamond, A. (2006). Development of cognitive control and
executive functions from to 13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition and task switching
Neuropsychologia, 44. 2037-2078
Dowker, A. (2005). Eerly Identification and Intervention for Students With Mathematics Difficulties Journal of
.Learning Disabilities, 38 p328-331