



بیش فعالی از تعریف تا درمان

مؤلفان:

سرور یگماخواه

بهناز پزشکی

سوزان قنادی

فریده یعقوبی



ناشر: راشدین

Rashedin Publication

عنوان و نام پدیدآور	: بیش‌فعالی از تعریف تا درمان/مولفین سرور یکتاخواه...[و دیگران].
مشخصات نشر	: تهران : راشدین ، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۱۷۰ص: مصور.
شابک	: 978-600-7233-82-5
وضعیت فهرست نویسی	: فیا
داشته شده موضوع	: مولفین سرور یکتاخواه، بهناز پزشکی، سوزان قنادی، فریده یعقوبی.
شماره افزوده	: کم‌توجهی در کودکان پرتحرک
رده بندی کنگره	: یکتاخواه، سرور، ۱۳۵۳ -
رده بندی ربی	: RJ۹۱۳۹۳۵۰۶ ب۹۷۷۷/ک
شماره کتابخانه ملی	: ۹۲۸۵۸۹/۶۱۸
	: ۳۴۷۵۶۰۶



انتشارات راشدین	■
عنوان کتاب:	بیش‌فعالی از تعریف تا درمان
مؤلفین:	سرور یکتاخواه - از پزشکی - سوزان قنادی - فریده یعقوبی
نظارت کیفی:	راهب عارفی
نظارت فنی:	محمد معین عارفی
صفحه‌آرا و طراح جلد:	افسانه حسن‌بیگی
چاپ و صحافی:	طرح امروز
نوبت چاپ:	اول - ۱۳۹۳
شمارگان:	۱۰۰۰
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۷۲۳۳-۸۲-۵
قیمت:	۱۰۰۰۰۰ ریال
نشانی:	میدان انقلاب - کارگر شمالی - کوچه رستم - پلاک ۷
تلفن / نمابر:	۶۶۴۰۸۲۲۴ - ۶۶۴۹۲۶۹۴
پایگاه اینترنتی:	www.rashedin.com
پست الکترونیک:	Email: rashed1829@yahoo.Com

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

فهرست مطالب

۷	پیشگفتار
۹	مقدمه
۱۵	فصل اول: تعاریف
۱۶	اختلال نقص توجه / فزون کنشی
۱۹	شخصیات کلی کودکان بیش فعال
۲۲	تفاوت بیش فعالی در دختران و پسران
۲۴	پاره ای پژوهشها راجع به بیش فعالی در دختران
۲۷	فصل دوم: تشخیص بالینی
۳۱	ملاک های تشخیص برای اختلال بیش فعالی / کمبود توجه DSM-IV
۳۳	حقوقه های ADHD
۳۵	فصل سوم: سبب شناسی
۴۱	فصل چهارم: درمان ها (جسمانی - روانی و روانی - اجتماعی)
۴۲	درمان اختلال نقص توجه / بیش فعالی
۴۳	درمان با داروهای محرک روانی
۴۸	آیا نوروفیدبک به راستی روش مؤثری است؟
۵۱	توصیه های تغذیه ای در کودکان بیش فعال
۵۳	روش دلاکاتو
۵۴	ارزیابی عملکردهای یکپارچگی حسی
۵۵	بیش پاسخ دهی (تدافع حسی)
۵۶	مصاحبه ها و پرسشنامه ها
۵۹	اقدامات لازم در کودکان با حس لامسه تند کار
۶۱	اقدامات لازم جهت کودکان حس شنوایی تند کار
۷۸	درمانهای روانی - اجتماعی
۷۸	برنامه والدگری گری مثبت
۸۱	بازی درمانی

۸۳	.....	مراحل اجرای بازی درمانی
۸۴	.....	بازی های مناسب برای کودکان بیش فعال (ADHD)
۸۸	.....	اثر تنفس عمیق در کاهش علائم اختلال بیش فعالی - کمبود توجه
۹۱	.....	فصل پنجم: پیشگیری
۹۳	.....	دستورالعمل های مناسب جهت اولیاء
۹۶	.....	علا ب بیش فعالی در بزرگسالان
۹۷	.....	ADHD در بزرگسالان
۹۹	.....	راه های تشخیص
۱۰۰	.....	راه های کمک به افراد ADHD
۱۰۷	.....	فصل ششم: راهنمای کار با اعضای خانواده کودک بیش فعال
۱۰۸	.....	چگونگی تاثیر رفتار والدین بر رفتار فرزند و نیز پدر و فرزند
۱۰۹	.....	آموزش کنترل خشم
۱۱۵	.....	اهم برنامه های آموزشی خانواده
۱۲۶	.....	ورزشهای موثر در بهبود بیش فعالی
۱۲۷	.....	فصل هفتم: راهنمای کاربردی برای معلم دانش آموز بیش فعال
۱۲۹	.....	مدیریت رفتار
۱۳۱	.....	مشکلات تحصیلی
۱۳۷	.....	فصل هفتم: آشنایی با کودکان استثنایی بیش فعال
۱۳۸	.....	دانش آموز استثنایی
۱۳۹	.....	ملاحظات آموزشی
۱۴۰	.....	ویژگیهای روان شناختی و رفتاری ناتوانی های یادگیری ویژه
۱۴۲	.....	دانش آموزان تیز هوش - بیش فعال
۱۴۴	.....	مشکلات انگیزشی
۱۴۴	.....	ویژگی های کودکان معلول جسمی - حرکتی
۱۴۵	.....	ملاحظات آموزشی
۱۴۷	.....	ویژگی های کودکان دارای آسیب شنوایی

- ۱۴۷ ویژگی‌های کودکان دارای آسیب بینایی
- ۱۵۰ توان بخشی دانش آموزان استثنایی
- ۱۵۲ دانش آموزان
- ۱۵۲ معلمان و کارکنان مدارس
- ۱۵۵ سخن پایانی
- ۱۵۷ پیوست
- ۱۵۷ آزمای برای تشخیص کودکان بیش فعال
- ۱۶۵ منابع و مآخذ

پیشگفتار

خواننده گرامی سعی ما بر این بوده است که این کتاب بتواند راهنمای کاربردی برای تمام کسانی باشد که به نوعی در زندگی شخصی و حرفه ای خود با کودکان بیش فعال سر و کار دارند لذا تلاش گردیده به طور مفصل در تمام حیطه های این اختلال اطلاعاتی جامع و کامل در اختیار شما قرار گیرد و اصول راهنمای کاربردی تمامی فصول می تواند راهنمای بزرگسالان و درمانگران و معلمان گرامی باشد.

ما (نویسندگان) با توجه به تجربه خود دارای تجربیات حرفه ای با این کودکان هستیم و در ارتباط مستقیم علمی با کودکان بیش فعال استثنایی می باشیم. لازم به ذکر است در تمامی گروه های استثنایی (کم توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، اختلال یادگیری، اتیسم و تیزهوش) بیش فعالی شایع می باشد. برپژه می که در گروه کم توان ذهنی در یکی از مدارس استثنایی صورت گرفت شیوع ۲۰ درصد در کل دانش آموزان مقطع ابتدایی را نشان داد بر این اساس در خصوص کودکان استثنایی همه اختلال بیش فعالی نیز بخشی در میان فصول گنجانده شده است که به شما خواننده گرامی کمک کند در صورت بر خورد با چنین کودکانی از راهنمایی های این کتاب بهره مند گردید.

در صورت داشتن هرگونه سؤال و همچنین رفع ابهام در هر موضوع می توانید با ایمیل نویسنده رابط خوانندگان تماس برقرار کرده و ما را از نقطه نظرات و پیشنهادات خود مستفید گردانید.

Soroor.ektakhah@gmail.com

نویسندگان:

سرور یکتا خواه: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی در سمت مشاور مدارس استثنایی

استان البرز و مدرس دانشگاه جامع علمی - کاربردی

بهناز پزشکی: کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی در سمت آموزگار مدارس

استثنایی استان البرز

سوزان قنادی: کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی در سمت مشاور، استان خراسان

شمالی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد.

فریده یعقوبی: کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی در سمت مشاور مدارس

استثنایی استان البرز

www.ketab.ir

بیش فعالی شایع ترین اختلال روانپزشکی کودکان و نوجوانان است که به صورت سرپایی با مراجعه به درمانگاه ها، درمان می شود. این اختلال در میان کودکان و نوجوانان حدود ۵ تا ۸ درصد شیوع داشته و شامل سه نوع پرتحرکی، کمبود توجه و کم توجهی و رفتارهای تکوان ای است. کودکانی که دچار بیش فعالی از نوع پرتحرکی هستند کودکانی بی گرام و بی احترام اند که هیچگاه در یک جا به شکل ثابت نمی نشینند و دائم در حال راه رفتن هستند. این علائم در مدرسه نمود بیشتری پیدا می کند؛ چرا که با رفتارهای خود موجب برهم زدن نظم کلاس شده و یا اگر بتوانند خود را کنترل کنند، دائم بر روی صندلی خود در حال حرکت هستند.

تحقیقات نشان می دهد تاکنون بایستی مانند جنس و سن در تظاهر علائم و اعمال روش های درمانی، موثر است. بطوری که به تازمه پژوهشگران دختران بیش فعال در مقایسه با پسران مبتلا به این اختلال، دچار علائم متفاوتی بوده اند. شناخت این علائم به تشخیص سریع و روند مراحل درمانی بهتر کمک می کند. پسران مبتلا به ADHD، بسیار فعال بوده و بی قراری یا ناآرامی آنها به راحتی توسط والدین و معلمان و معلمان در مدرسه قابل تشخیص است. شیوع بیش فعالی در ایران و اروپا ۳ تا ۵ درصد است اما به دلیل تفاوت معیارهای تشخیصی، در آمریکا میزان کودکان و نوجوانان مبتلا تا ۱۰ درصد گزارش شده است. در فرهنگ کشور ما خیلی اوقات فعالیت زیاد کودک، یک شاخص مثبت به حساب می آید، در حالی که شاید در فرهنگ سایر کشورها این گونه نباشد.

کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی گروه بسیار نامتجانسی را تشکیل می دهند، اما تعداد بیشتری از آنان، محدودیت زبانی، یادگیری و خواندن را نشان می دهند که این محدودیت ها بر نتایج آموزشی و شغلی آنان تاثیر منفی می گذارد. امروزه نارسایی توجه / بیش فعالی به مثابه یکی از رایجترین مشکلات دوره کودکی تشخیص داده شده

است. کودکان با اختلال بیش فعالی در مقایسه با کودکان عادی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات زبانی هستند. در پژوهشهای همه گیر شناسی که از مجموعه آزمون های زبانی استاندارد استفاده می شود، انتظار می رود که در ۳۵ تا ۵۰ درصد از کودکان بیش فعال سطوح بالای اختلال زبان دیده شود.

بیش فعالی در بیشتر موارد علت واضحی ندارد؛ اما نکته مهم در این میان ژنتیک و عوامل بیولوژیک است که نقش مهمی در بروز این اختلالات در کودک دارد. نقش تغذیه در بروز بیش فعالی و با بهبود آن مسئله ای است که هنوز ثابت نشده و در برخی مطالعات گزارش شده. صرف اسیدهای چرب و برخی ویتامین ها موجب بهبود بیش فعالی می شود. اما مطالعات علمی هنوز آن را اثبات نکرده است و می توان در کنار مصرف داروها برای درمان بیش فعالی، صرف اسیدهای چرب و امگا-۳ نیز استفاده کرد و ضرری هم برای کودک ندارد. اما می توان صرفا از آن برای درمان بیش فعالی کودک استفاده کرد. آنچه که در این باره مشخص شده اختلالات بیولوژیکی است که در میانجی های شیمیایی مغز این افراد وجود دارد.

نتیجه بررسی های انجام شده در سال ۲۰۰۴ نشان داده که تماشای بیش از حد تلویزیون از تولد تا ۲ سالگی خطر ابتلا به بیش فعالی را در آستانه ۲۰ درصد افزایش می دهد. همچنین باید مدت زمان تماشای تلویزیون کودکان بزرگتر را محدود نمود، زیرا در دوران آسیب پذیر زندگی، تحریک شدید و طولانی عصب بینایی می تواند رشد دستگاه عصبی مرکزی اختلال ایجاد می کند. بازی های یارانه ای نیز به همان اندازه خطرناک است زیرا مغز آنان در حال رشد است.

درمان های دارویی و به کارگیری روش های شناخت درمانی و آموزش فرزند پروری به والدین از جمله روش های درمان بیش فعالی کودک و نوجوان است. بهترین شیوه

درمان این اختلال ترکیب مداخلات روانی - اجتماعی و پزشکی است، و مداخلات روانی - اجتماعی بر خانواده، مدرسه و کودک تاکید دارد.

رژیم غذایی در کنترل بیش فعالی بسیار مهم است؛ بطوری که تخمین می‌زنند ۲۰٪ موارد بیش فعالی ناشی از حساسیت های غذایی می باشد که حذف آن در کاهش این عارضه بسیار کارساز است. پرهیز از مصرف غذاهای آماده، نوشابه و شیرینی جات در این زمینه بسیار موثر می باشد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که مصرف شکر ممکن است سطح آدرنالین خون را در کودکان به میزان ۱۰ برابر افزایش دهد، بنابراین بین رفتارهای خشن و آموخته دریافت شکر، ارتباط مستقیم وجود دارد.

برنامه والدگری مبتنی بر برنامه راهبردی چند سطحی و درباره فرزند پروری و با رویکرد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده ها بوده است و توسط ساندرز و همکاران در دانشگاه کوئینزلند در استرالیا تدوین شده است. هدف از این برنامه، پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشد عاطفی در کودکان از طریق بالا بردن سطح دانش مهارت ها و اعتماد به نفس والدین است.

این برنامه برحسب شدت و قدرت مداخله در پنج سطح برای والدین کودکان و نوجوانان از بدو تولد تا ۱۶ سالگی تدوین شده است. اهداف تمام سطوح درمانی این روش بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتارهای نامناسبی است که از طریق آموزش های والدین به منظور ارتقا تحول کودک، حس صلح و ارتباط اجتماعی و خودکنترلی میسر می شود.

اختلال ADHD در ۵۰ درصد موارد تا نوجوانی یا بزرگسالی ادامه می یابد. در ۵۰ درصد دیگر، علائم در زمان بلوغ یا اوایل بزرگسالی فروکش می کند. پی گیری های طولانی نشان داده است که ۴۰ تا ۶۰ درصد کودکان دچار اختلال بیش فعالی کم توجهی در بزرگسالی هم دچار تخریب مستمر ناشی از علائم خواهند بود. اختلال کاستی توجه و

بیش فعالی، مستعد بودن این گونه کودکان را برای ابتلا به سایر اختلال های رفتاری و عاطفی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء استفاده از مواد و الکلیسم را افزایش داده و لزوم مداخله به موقع در جهت درمان را مورد تاکید قرار می دهد. بدون شک تشخیص هر چه سریع تر این اختلال و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه، خود بهترین و موثرترین شیوه در پیشگیری از وقوع بسیاری از اختلال های رفتاری و مشکلات یادگیری و این گونه کودکان و دانش آموزان خواهد بود. از جمله اقداماتی که در جهت کاهش مشکلات این دانش آموزان مورد استفاده قرار گرفته است، آموزش فنون کنترل خود به این دانش آموزان است.

اختلال بیش فعالی فقط مختص کودکان نیست، بلکه ۳۰ تا ۷۰ درصد کودکان مبتلا به این عارضه در بزرگسالی هم درم آن را دارند. اگر در کودکی این اختلال معلوم و درمان نشود، ممکن است علائم واضحی را در بزرگسالی نشان دهد و باعث مشکلات بسیاری در شغل و روابط اجتماعی گردد. شایسته توجه بسیاری از بزرگسالان متوجه این اختلال در خود نمی شوند، این عارضه در آیدیان بیشتر است.

برنامه های آموزش - والدین در زمینه رفتاری و تحصیلی و رفیقیت در انجام تکالیف تر معالجه مشکلات مربوط به ADHD موثرتر واقع می شود. حدود ۵۰ درصد از خانواده ها توصیه های انجام شده توسط متخصصین بالینی را برای مدیریت والدین پی گیری نمی کنند و در حدود ۵۰ درصد از خانواده هایی که وارد معالجات روانشناختی می شوند به ناگهان مداخله را پایان می دهند. وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، مناقشات خانوادگی، بالاب، تک سرپرستی، افسردگی های مربوط به والدین و احساس جدایی والدین با پیوستگی نسبتاً ضعیف وجود دارد که با برنامه های آموزش والدین تداخل کرده است.

کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه، اغلب با مشکلات تحصیلی و آموزشی فراوانی روبه رو هستند. مشکلات برای مربیان و همکلاسان خود فراهم می

نمایند، بررسی‌ها نشان می‌دهند که ۲۰ تا ۲۵ درصد این دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های ویژه یادگیری نیز هستند.

استفاده از شیوه‌های آرامش عضلانی که به دانش‌آموز یاد داده می‌شود باعث می‌گردد که تنش‌های موضعی انقباض گره‌های عضلانی را باز شناسد و کنترل کند. ابتدا یک دسته از ماهیچه‌های بدن را به انقباض درآورد و پس از چند ثانیه آن‌ها را شل کند و این تمرین را با تمام قسمت‌های بدن خود انجام دهد، حرکات منظم و موسیقایی به دلیل برخورداری از نظم ذهنی، هارمونی و ملودی می‌تواند بر مهارت‌های ادراکی و مشکلات توجه و تمرکز این کودکان تأثیر بگذارد.

آموزش و پرورش این کودکان به برنامه‌ها و تکالیفی است که شامل مدارس، کلاس‌های خاص و برنامه‌ها و خدماتی را که برای رشد ظرفیت آموزشی کودکان و دانش‌آموزان استثنایی می‌شود. این آموزش باید به منظور یکسان‌سازی منابع قابل تغییر و انعطاف پذیر و خدماتی که بتواند کودکان ناتوان را وارد حمایت قرار دهد، بر مبنای برنامه‌های مجزا و موازی یک مدرسه طراحی شود تا کودکان و دانش‌آموزان استثنایی نیز بتوانند به برنامه درسی عمومی دست پیدا کنند. آموزش و پرورش استثنایی محدود به جایگزینی دانش‌آموزان در مدارس و کلاس‌های خاص بر مبنای تفاوت‌ها، تفاوت‌ها و نیازهای آن‌ها نمی‌شود. این آموزش با درگیر ساختن آموزش‌های خدمات و آموزش‌های ویژه را در مدارس و سایر مکان‌ها فراهم می‌آورد.

تشخیص دیر هنگام دانش‌آموزان تیزهوش بیش‌فعال ممکن است پیش از آنکه به مسائل اجتماعی و درمان آنان را با مشکل روبرو سازد، از جمله مواردی که ممکن است تشخیص افتراقی آن با اختلال بیش‌فعالی دشوار باشد عملکرد ذهنی سطح بالا یا نیز هوشی است. دانش‌آموزان بیش‌فعال و تیزهوش رفتارهای مشابهی دارند. هر دو گروه دارای سطح فعالیت بالا، مشکل در توجه کردن، عمل کردن بدون تفکر، مشکل در انجام

دادن تکلیف های معینی و مشکل در پیروی از قوانین هستند. از این گذشته هر دو گروه اغلب دارای مشکلات اجتماعی چشمگیر و کم آموزشی تحصیلی می باشند و به همین دلیل اغلب با یکدیگر اشتباه گرفته می شود.

نکته خوب در مورد ADHD این است که برخورداری از انرژی موهبت بزرگی است، افراد پر انرژی قادر به انجام کارهای زیادی هستند. از آنجا که ذهن کودکان بیش فعال بسیار سریع عمل می کند، آن ها می توانند چند کار را در یک زمان انجام دهند و به سرعت تصمیم بگیرند.

www.ketab.ir