

## ADHD بیش فعالی چیست ؟

از شیونت تا بیش فعالی اختلال کم توجهی- بیش فعالی در کودکان

## ADHD بیش فعالی چیست ؟

اختلالی است که در آن پرتحرکی ، بی توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد.

۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند و در پسرها شایع تر است.

ممکن است در بعضی بیشتر علائم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علائم بی توجهی بیشتر دیده شود.

علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می شود ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می گردد.

علت :

این بیماری سالهاست که شناخته شده و عوامل متعددی در ایجاد آن نقش دارند . به نظر می رسد علت آن بیشتر نقص در تکامل سیستم اعصاب باشد . کودکان مبتلا احتمالاً در قسمت هایی از مغز که مسئول توجه ، تمرکز و تنظیم فعالیت های حرکتی می باشد دچار نقص جزئی هستند .

توارث و ژنتیک در این اختلال نقش دارد . همچنین در بعضی موارد در جریان حاملگی یا زایمان یا پس از آن صدمات جزئی به ساختمان مغز وارد می شود که می تواند باعث این مشکل گردد .

علائم :

مشکل اصلی کودکان عدم توانایی آنها در حفظ و تنظیم رفتارشان است ، در نتیجه اغلب نمی توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هماهنگ باشد نشان دهند .

خوابیدن و غذا خوردن آنها منظم نیست به نظر میرسد در همه چیز دخالت می کنند و مراقبت دائمی نیاز دارند . از نظر هیجانی ثبات ندارند ، بطور ناگهانی می خندند یا گریه می کنند و رفتارشان غیرقابل پیش بینی یا ارزیابی است . سریع از کوره در می روند و نمی توانند پیامدهای رفتارشان را پیش بینی یا ارزیابی نمایند .

در فعالیت های خطرناک شرکت می کنند و احتمال صدمه دیدن آنها زیاد است . قبل از فکر کردن عمل می کنند ، قبل از پایان سؤال جواب می دهند ، اشیاء را پرتاب می کنند و ناخواسته به دیگران صدمه می زنند ، پرفعالیت و پرتحرک هستند ، هرلحظه در حال رفتن هستند ، انگار موتور درون بدن آنهاست که آنها را به حرکت دائمی مجبور می کند ، نمی توانند آرام بنشینند و بی قرار هستند .

اختلال تمرکز در این کودکان در کارهایی که فعالیت دائم و جدی مغزی را لازم دارد مشهودتر است . آنها ممکن است در تماشای تلویزیون ، بازی با کامپیوتر و فعالیتهای لذت بخش با کودکان دیگر تفاوتی نداشته باشند ولی در کارهایی که فعالیت مداوم مغزی و تمرکز لازم دارد ( انجام تکالیف درسی ) تفاوت آنها با کودکان دیگر نمایان می شود.

به نظر می رسد مغز آنها اطلاعات محیطی را بیش از حد لازم می گیرد ، یعنی در انتخاب توجه به اطلاعات ضروری و بی توجهی و حذف اطلاعات غیرضروری ضعف دارند . رعایت قوانین منزل و مدرسه برای آنان مشکل است و برای پیروی از قوانین توجه بیشتری لازم دارند . در انجام تکالیف مدرسه ، تمرکز روی درس ، رعایت قوانین مدرسه و داشتن روابط اجتماعی مناسب با همکلاسی ها مشکل دارند . برای رسیدن به اهداف درازمدت برنامه ریزی نمی کنند.

## عوارض

رفتار کودکان روی عملکرد آنها در خانواده، اجتماع مردم و مدرسه تأثیر سوء می‌گذارد و باعث واکنش‌های منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می‌شود. این رفتارها مشکلات جدی در مدرسه و اجتماع ایجاد می‌کند و باعث کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌کفایتی در این کودکان می‌گردد.

ممکن است آنها از مدرسه و اجتماع متنفر گردند. کودکان طبیعی به خاطر رفتارهای مناسب و موفقیت‌های تحصیلی و اجتماعی زمینه زیادی برای تشویق شدن دارند و همین تشویق‌ها موجب پرورش اعتماد به نفس و عزت نفس در آنها می‌شود ولی کودکان دچار ADHD کمتر به این موفقیت‌ها دسترسی پیدا می‌کنند.

کودکان ADHD ممکن است به صورت ثانویه دچار اختلالات ارتباطی، مشکلات تحصیلی، اضطراب افسردگی و بزهکاری شوند.

### سیر:

سیر ADHD متنوع است. بهبودی در صورت وقوع معمولاً بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی رخ میدهد و بهبودی قبل از ۱۲ سالگی نادر است. گاهی علائم در بلوغ بهبود یافته و گاهی نیز تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

با افزایش سن پرتحرکی کمتر شده ولی اختلال تمرکز و رفتارهای ناگهانی می‌تواند باقی بماند. در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد علائم همراه با افزایش سن ادامه می‌یابد. بدون درمان تنها یک سوم تا نصف کودکان دچار ADHD می‌توانند با علائم خود در زندگی سازگار و منطبق باشند و بقیه مستعد بروز مشکلات ثانویه خواهند بود.

### درمان:

درمان‌هایی که برای کودکان ADHD به کار می‌رود می‌تواند به چهار گروه تقسیم گردد:

-آموزش والدین

-آموزش آموزگاران

-استفاده از کلاسهای مخصوص

-درمان دارویی و درمان‌های روان‌شناختی

آموزش والدین و معلمین بخش مهمی از درمان را تشکیل می‌دهد و شامل دو بخش است:

-آموزش برای شناخت بیماری

-آموزش برای بکارگیری روش‌های درمانی

والدین باید این بیماری را به عنوان یک نقص خفیف در مراحل اولیه رشد مغز دانسته و به کودک خود به دید کودکی تنبل، نافرمان، شرور و فضول که اگر بخواهد می‌تواند رفتاری طبیعی داشته باشد نگاه نکنند، بلکه او را کودکی بدانند که تلاش می‌کند با ناتوانی خود که خارج از کنترلش است، کنار بیاید.

والدین باید راه‌های دیگری برای تشویق، تقویت اعتماد به نفس و ایجاد احساس موفقیت در کودکان بیابند.

فعالیت ورزشی، هنری، فنی، اجتماعی می تواند فرصت هایی برای نمایان کردن توانائی های این کودکان ایجاد نماید. این فعالیت ها بالطبع تشویق بیشتری به دنبال داشته و می تواند آثار منفی حاصل از تجربه های بد قبلی (شکست ها، طرد شدگی، تنبیه ها و...) را بکاهد و جایگزین آن گردد. البته والدین نباید تصور کنند که کودکانشان به دلیل این ناراحتی مسئول اعمال نامطلوب و خلاف خود نیستند، بلکه کودک می باید اینگونه رفتارها را جبران کند. میگنادات آی آر، برای اینکه کودکان قوانین را بیاموزند و از آن پیروی نمایند لازم است قوانین را برای آنها واضح تر، در فواصل کمتر و دفعات بیشتر بیان کنیم و سیستم تشویق و تنبیه قوی تری را با آن همراه نماییم.

برخورد مناسب با کودکان دچار ADHD به زمان، پشتکار، کوشش، مداومت و همکاری و هماهنگی زیادی نیاز دارد و به همین دلیل مریبان و والدین باید همواره روحیه ای با نشاط، شاداب، طنزپرداز و شوخ طبع را در خود حفظ نمایند.

این اختلال در برگیرنده کودکانی است که از دستورها اطاعت نمی کنند، از لحاظ هیجانی تحریک پذیر و خشن هستند، پیوسته از یک فعالیت به کار دیگری می پردازند بدون اینکه هیچ یک را به سر انجام برسانند، تمرکز و توجه در کارها و یا فعالیتها و بازیها در این کودکان پایدار نیست، اغلب به نظر می رسد که حواسشان جای دیگری است و یا گوش نمی دهند و اینطور به نظر می رسد که آنچه را که گفته شده است نشنیده اند، اکثر این کودکان بد اخلاق، ستیزه جو، نافرمان و پرخاشگر هستند و با کودکان دیگر میانه خوبی ندارند و به طور کلی لجوج، ریاست طلب و بی انضباط هستند، رفتارهای غیر قابل پیش بینی انجام می دهند، مرتب در حرف دیگران می پرند، اشیا را از دیگران می قاپند و به چیزهایی دست می زنند که اجازه آن را ندارند.

بیش فعالی به حالتی دلالت می کند که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پرجنب و جوش است. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها را بلکه اطرافیان، همکلاسها، اولیای مدرسه را دچار مشکل می کند. از آن جایی که در میان درصد بالایی از معتادین و افرادی که ترک تحصیل کرده اند علایم بیش فعالی در کودکی قابل مشاهده است.

از طرفی کودکان بیش فعال در معرض خطر بالایی از اختلال سلوک، شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند لذا آگاهی همگان بویژه والدین و معلمان در این حالات از اهمیت بسزایی برخوردار است. نقص در تمرکز یا اختلال بیش فعالی (ADHD) شرایطی را برای کودک ایجاد می کند که نتواند آرام و بدون حرکت بنشیند، رفتارش را کنترل کرده و توجه خود را به یک موضوع خاص معطوف کند.

این کودکان وقتی که بزرگتر می شوند در کارهای گروهی مشکل دارند و در مدرسه نمی توانند یکجا آرام بگیرند به طور مکرر از جای خود بلند می شوند و یا از میز آویزان می شوند. بیش فعالی ممکن است به صورت برقراری، ناآرامی در جای خود، دویدن، جهیدن و بالا و پایین پریدن در موقعیتهای نامربوط، ناتوانی در ساکت ماندن و یا بیش از حد حرف زدن نیز نمود می یابد.

این کودکان معمولا در نوباوگی علائمی از خود نشان می دهند مانند: خواب کم و گریه زیاد دارند، به نور و صدا و حرارت و سایر تغییرات محیطی به سرعت به گونه ای غیر عادی پاسخ می دهند، مرتب در حال جلو و عقب کردن خودشان هستند، معمولا در آغوش مادر آرام نمی گیرند و جیغ می زنند و لگد می اندازند و حتی در گرفتن پستان مادر هم مشکل دارند در این نوع اختلال ممکن است بر اثر بالا رفتن سن کودک، مسئله خود به خود حل شود اما این کودکان اگر به حال خود گذاشته شوند در بزرگسالی رفتارهای ضد اجتماعی از خود نشان می دهند.

اکثر این کودکان از هوش بالا برخوردارند و کارهایی که انجام می دهند غیر مترقبه و ناگهانی است و خطر را احساس نمی کنند.

به طور کلی می توان گفت الگوی پایدار این اختلال کمبود تمرکز و توجه، بیش فعالی و پرخاشگری است، البته باید این خصوصیات حداقل به مدت شش ماه در کودک ثابت باشد تا بتوانیم بگوییم که کودک دچار این اختلال شده است.

علل ایجاد این اختلال هنوز به طور قطعی ناشناخته است، عوامل متعددی از قبیل وراثت، مشکلات و مسائل در هنگام تولد، عوامل عصب شناختی، حساسیت غذایی و متغیرهای محیطی مطرح شده است اما هیچ یک تایید و یا رد نشده اند. پژوهشها حاکی از آن است که پسران بیشتر از دختران به این اختلال مبتلا می شوند.

در درمان این کودکان روشهای رفتار درمانی به همراه رژیم غذایی خاص و داروهایی که پزشک برای درمان این اختلال تجویز می کند بهترین نتایج را در کنترل علائم دارد .

والدین چنین کودکانی باید با مراجعه به روانپزشک و یا روانشناس با شکیبایی و ثبات قدم در این مسیر به فرزندشان کمک کنند.

#### شیوع بیش فعالی

از هر ۱۰۰ کودک ۵ کودک می توانند مبتلا به ADHA باشند. پسران ۳ برابر بیش از دختران در معرض ابتلا قرار دارند. اغلب این مشکلات قبل از ۷ سالگی آغاز می شوند و ممکن است والدین تا وقتی که فرزندشان بزرگتر نشده متوجه مشکل او نگردند.

پزشکان نمی دانند که چه چیزی باعث بروز ADHD می گردد ولی مطالعات بر روی مغز انسانها را به فهم علل اجتماعی ADHD نزدیکتر کرده است. پزشکان معتقدند افراد مبتلا به ADHD فاقد میزان کافی از مواد شیمیایی خاص به نام میانجی های عصبی در مغز هستند. این مواد شیمیایی به مغز در کنترل کردن رفتار کمک می کند. والدین و آموزگاران باعث ایجاد ADHD در کودک نمی شوند ، بلکه آنها می توانند در فعالیت های کودک به وی کمک کنند .

#### علائم ADHD

مشکل در توجه

فعالیت بیش از اندازه (بیش فعالی)

انجام عمل قبل از فکر کردن به آن (حرکات تکانشی)

انواع بیش فعالی

نوع بی دقت و بدون توجه

در این نوع در فرد نمی تواند روی تکلیفی که به او می دهند و یا یک فعالیت خاص تمرکز داشته باشد. اکثر کودکان دچار ADHD در دقت و توجه کردن دچار مشکل هستند. این دسته از افراد غالبا :

توجه زیادی به جزئیات ندارند .

بر بازیها و کارهای مدرسه نمی توانند تمرکز داشته باشند .

کارهای مدرسه و فعالیت های روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی کنند و آنها را به پایان نمی رسانند .

نمی توانند یک وظیفه یا تکلیف را تمام و کمال انجام دهند .

اسباب بازیها ، کتابها و وسایلشان را اغلب گم می کنند .

نوع تکانشی - بیش فعالی

در این نوع از اختلال فرد بسیار فعال است. و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌کند. فعالیت بیش از حد معمول، قابل مشاهده‌ترین مشخصه اختلال ADHD است. کودک بیش‌فعال همیشه در حال انجام کاری می‌باشد. ممکن است سطح بیش‌فعالی با افزایش سن کاهش یابد. این کودکان قبلاً از این که راجع به عملی فکر کنند آن را انجام می‌دهند. برای مثال این کودکان ممکن است بطور ناگهانی وسط خیابان شروع به دویدن کنند و از یک سمت به سمت دیگر خیابان بدون نگاه کردن حرکت کنند و یا این که از درخت بلندی شروع به بالا رفتن کنند. ممکن است آن‌ها موقعیت‌های خطرناک شگفت زده شوند. گاهی هم هیچ ایده و فکری برای خارج شدن از این وضعیت ندارند. غالباً، فعالیت‌های تکانشی و بیش‌فعالی با هم همواره هستند.

مشخصه کودکانی که این اختلال را با هم دارند بدین گونه است :

بی‌قراری و ناآرامی

دویدن مداوم از سویی به سوی دیگر و یا بالا رفتن از چیزی

پایین آمدن از صندلی وقتی که اجازه این کار را ندارند .

عدم توانایی در بی‌سر و صدا بازی کردن

بیش از حد صحبت کردن

پاسخ‌دادن ناگهانی و بدون فکر به پرسشی که هنوز تمام نشده است .

عدم توانایی در صبر کردن برای نوبت خود

بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن

وسط صحبت دیگران پریدن

نوع ترکیبی

در این نوع اختلال فرد بسیار فعال است و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌نماید. کودکان با این نوع اختلال نشانه‌هایی از هر دو نوع قبل را که متذکر شویم دارا هستند. آنها در توجه کردن، بیش‌فعال بودن و کنترل تکانش‌های خود دچار مشکل هستند. البته گاهی تمام کودکان بی‌توجه هستند و یا اینکه بیش از حد فعالیت می‌کنند و حرکات تکانشی دارند. اما در کودکان دچار ADHD این حرکات همیشگی هستند نه استثنایی این رفتارها برای کودک در خانه، مدرسه و با دوستان مشکلات حقیقی ایجاد می‌کنند در نتیجه اکثر کودکان دچار این اختلال، احساس افسردگی، اضطراب و عدم اطمینان به خود را دارند. این احساسات جزء نشانه‌های ADHD محسوب نمی‌شوند و در اثر مشکلات مکرر در خانه و مدرسه در کودک ایجاد می‌شوند.

چطور می‌توان فهمید کودکی مبتلا به ADHD است؟

وقتی علائم ADHD در کودکی مشاهده شود باید توسط یک متخصص ماهر مورد ارزیابی قرار گیرد. این فرد می‌تواند از کارکنان مدرسه باشد و یا این که در مطب خصوصی مشغول بکار باشد.

تنها راه حصول اطمینان، ارزیابی کامل توسط متخصص می‌باشد. باید در اینجا به دو نکته توجه داشت :

· نباید نظر دیگران را دال بر این که کودکی ADHD است به آسانی پذیرفت .

· این نکته حائز اهمیت است که کودک همراه با ADHD ناتوانی‌های دیگران را نیز دارد .

#### درمان

درمان سریع برای ADHD وجود ندارد اما علایم آن قابل کنترل هستند. والدین و آموزگاران باید به نکات زیر توجه داشته باشند .

· در مورد این اختلال اطلاعات بیشتری کسب کنند .

· برنامه تعلیم و تربیتی خاصی را متناسب با نیازهای کودک ایجاد و طرح‌ریزی نمایند .

· ایجاد طرح دارو درمانی ، در صورتی که والدین و پزشک احساس کنند که کودک به دارو درمانی نیاز دارد .

#### راهنمایی‌هایی برای والدین

· وقتی که فرزندتان کارش را خوب انجام می‌دهد به اول پاداش دهید. در فرزند خود توانایی ایجاد کنید و نیز با او در مورد استعدادهایش صحبت کنید و او را به بکارگیری توانایی‌هایش تشویق و ترغیب کنید.

· 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.

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

· با مدرسه فرزندتان تماس داشته باشید و برنامه تعلیم و تربیت خاص نیازهای فرزندتان را برای او تنظیم کنید. هر دوی شما (والدین و معلم) بایستی نمونه‌ای از این برنامه را داشته باشید.

· با معلم در تماس باشید و به او بگویید فرزند شما در خانه چه عملکردی دارد و از او پرسید که در مدرسه چه می‌کند و آنها را حمایت کنید .

#### راهنمایی‌هایی برای آموزگاران

باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش آموزان دشوار هستند. برای مثال ممکن است که دانش آموز ADHD در شروع یک کار دچار مشکل باشد در حالی که دانش آموزان دیگر در پایان دادن به یک عمل و شروع عمل بعدی شکل داشته باشند. بنابراین هر یک از این دانش آموزان نیاز به کمک‌های متفاوتی دارند .

· به دانش آموزان 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.

· به دانش آموزان 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.

· با والدین و دانش آموزان هر دو با هم برای نو آوری و اجرای یک برنامه تعلیم و تربیتی متناسب بمنظور نیل به نیازهای دانش آموزان به فعالیت و همکاری

پپردازید.

۰ انتظارات بالا از دانش آموزان داشته باشید اما سعی کنید راه‌های جدیدی را برای انجام کارها امتحان کنید صبور باشید و شانس دانش آموزان را برای کسب موفقیت بالا ببرید. بر طبق چهارمین نشر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۴ اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، مجموعه‌ای است با محدودیت میدان توجه که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌شود. به عبارت دیگر مشخصه اصلی این اختلال، وجود الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش‌فعالی تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، شدیدتر است.

علائم اختلال، دست کم باید در دو موقعیت (نظیر مدرسه، خانه و محیط کار) بروز یابد و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد اشکال ایجاد کند. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، غالباً از خود تحریک‌پذیری انفجارگونه‌ای نشان می‌دهند. ایشان از نظر هیجانی بی‌ثبات‌اند و خلق و خو و عملکرد ایشان متغیر و غیرمنتظره است.

مهار گسیختگی و حالت تکانشی این کودکان، در آنها رفتارهای ضد اجتماعی را دامن می‌زند و نیز در برخی از آنها اشکال در توجه و تمرکز منجر به اختلالاتی در یادگیری ایشان می‌شود. این کودکان غالباً به دلیل ناکامی‌ها و عدم موفقیت در مدرسه و در ارتباط با همسالان و خانواده خود به مشکلات عاطفی دچارند.

عدم آگاهی والدین و مربیان باعث شده است که حتی علی‌رغم برخورداری از هوشبهر طبیعی، گاه بر فرستادن این کودکان به مدارس استثنائی اصرار ورزند.

از لحاظ سبب‌شناسی، به نظر می‌رسد این اختلال، براینند تأثیر متقابل چند عامل اسبب‌زا باشد.

عوامل آسبب‌زای چندی که در این خصوص مطرح شده‌اند عبارتند از:

۱- عوامل نورویولوژیک، اسبب مغزی، درنگ تکاملی، نقص کار در دستگاه عصبی.

۲- رژیم غذایی.

۳- متغیرهای مربوط به محیط زیست نظیر میزان سرب در هوا.

۴- عوامل روانی - اجتماعی نظیر محرومیت هیجانی به مدت طولانی، حوادث استرس‌آمیز و اختلال در روابط خانوادگی.

۳ تا ۵ درصد کودکان، مبتلا به ADHD هستند که در این میان پسرها سه برابر بیشتر از دخترها مبتلا می‌شوند.

دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کلاس درس

ویژگی‌های اولیه‌ی این اختلال از سال‌های اولیه رشد یعنی قبل از ورود به مدرسه شروع می‌شود. سه ویژگی اصلی این اختلال را می‌توان از این‌جا دانست.

(۱) نارسایی توجه

به اعتقاد سیفروالن نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است. والدین و معلمان شکایت می‌کنند که این کودکان یا دانش‌آموزان به حرف‌ها گوش نمی‌کنند، تمرکز حواس ندارند، کارها را تمام نمی‌کنند، به راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و به همین دلیل از پیشرفت تحصیلی خوبی برخوردار نیستند.

بطور کلی این دانش‌آموزان در کلاس درس این ویژگی‌ها را از خود نشان می‌دهند:

۱- بسیار در رویا فرو می‌روند و به اصطلاح غرق رویا می‌شوند.

۲- بسیار در خود فرو می‌روند و ذهنی مشغول دارند، سردرگم و گیج هستند.

۳- از انگیزه کافی برخوردار نیستند .

۴- به نظر تنبل و کند هستند .

۵- انگار خیره می شوند .

کودکان با اختلال نارسایی توجه

بیش فعالی معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می شوند و بیشتر وقتی به مدرسه و محیط آموزشی وارد می شوند مورد توجه قرار می گیرند .

۲) بیش فعال

بیش فعالی یا فزون جنبشی ، فعالیت زیاد یا فعالیت در شرایط نامناسب است. اگر نارسایی توجه را جدی ترین مشکل این دانش آموزان به حساب بیاوریم، بیش فعالی آشکارترین آنها به ویژه در پسران است. این دانش آموزان به طور دائم در حال بی قراری و نارامی هستند، جنب و جوش دارند، وول می خورند، صندلی خود را ترک می کنند، جایی که باید بنشینند راه می افتند، انگار خستگی ندارند، خیلی پرانرژی به نظر می رسند و حتی زیاد حرف می زنند، جنب و جوش بیش از اندازه باعث می شود که دانش آموز نتواند به رویدادهای مهم اطرافش توجه کند و در نتیجه در توجه پایدار و انتخابی مشکل پیدا می کند .

هرکسی که بیش از اندازه فعال یا بی توجه و دارای رفتارهای تکانشی باشد ، اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ندارد .

برای ارزیابی اینکه آیا فردی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارد یا خیر؟

متخصصان به چندین سوال اساسی توجه می کنند :

ایا این رفتارها فراوان هستند؟

ایا طولانی مدت هستند؟

اگر اینطور است ایا آنها بیش از دیگر همسالانشان ان را انجام می دهند؟

ایا این مشکلات آنها مداوم است یا در پاسخ به یک موقعیت خاص ایجاد می شود؟

ایا این رفتارها در چندین جلسه اتفاق می افتد یا اینکه در یک مکان ویژه مثل زمین ورزش یا اداره اتفاق می افتد؟

الگوی رفتاری شخص با یک سری معیارها و ویژگی های اختلال مقایسه می شود که این معیارها در کتاب مرجع DMS وجود دارند.



بر اساس DMS علایم عدم توجه عبارت اند از :

توسط نور و صداهای نامربوط حواسشان به آسانی پرت می شود .

نقص در توجه داشتن به جزئیات و انجام اشتباهات مکرر بدون دقت کافی .

به ندرت قادرند به طور کامل و با دقت آموزش ها را دنبال کنند .

فراموش کردن و گم کردن چیزهایی مثل اسباب بازی ، مداد، کتاب و وسایل مورد نیاز .

### ۳) تکانشگری

تکانشگری یعنی انجام فوری کارها بدون آنکه فرد بر روی آنها فکر کند، پیامد آنها را در نظر بگیرد و برای آنها برنامه ریزی داشته باشد. برای همه افراد پیش می آید که یک دفعه کاری بکنند یا حرفی بزنند و در واقع رفتار تکانشی نشان بدهند و این از نظر کیفی غیر عادی نیست، بلکه تکانشگری اگر زیاد تکرار شود غیر عادی به شمار می آید. به همین دلیل دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی معمولاً تحمل کمی دارند، میگنا دات آی آر، ناشکیبا و کم حوصله هستند و رعایت نوبت برایشان کار دشواری است. این دانش آموزان منتظر نوبت نمی شوند و قبل از آنکه سوال را کامل گوش کنند یا آن را کامل بخوانند شروع می کنند به پاسخ دادن، پاسخی که ممکن است نادرست از اب در آید. این ویژگی باعث می شود که دانش آموز نتواند منتظر تمام شدن حرف یا بازی دیگران بشود و مرتب مزاحمت و وقفه ایجاد کند .

از سوی دیگر، دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ممکن است دارای ناتوانی یادگیری باشند. بر اساس پژوهش های انجام شده حدود یک سوم از دانش آموزان در یادگیری مشکل دارند.

نارسایی توجه در یادگیری حساب و خواندن اختلال ایجاد میکند. بیش از نیمی از دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی دارای ناتوانی خواندن هستند و نسبت پسران به دختران ۹ به ۱ است. افزون بر این، این دانش آموزان در حافظه ی کوتاه مدت و بلند مدت مشکل دارند و بخش قابل توجهی از اطلاعات شنیداری را از دست می دهند.

### بیش فعالی

#### از شیطنت تا بیش فعالی

بسیاری از والدین از شیطنت زیاد کودک خود شکایت دارند و برخی نیز معتقدند فرزند آنها بیش فعال است. اما بین بیش فعالی و شیطنت طبیعی کودکان فرق های بسیاری وجود دارد.

کودکان بیش فعال بسیار پر تحرک اند و نمی توانند یکجا آرام بنشینند. آنها اضافه بر ناآرامی بسیار زیاد، نوعی اضطراب و اجبار برای خرابکاری نیز دارند. اختلالات یادگیری، مشکلات عصبی، عدم تشخیص دست راست و چپ از یکدیگر، اضطراب، افسردگی و مشکلات اختلالات سلوکی و رفتاری از دیگر مشخصات این کودکان است. مهم ترین علائم و نشانه های این بیماری در کودکان، فعالیت بیش از اندازه حرکتی، عدم تمرکز حواس و بروز حرکات تکانه ای در فرد به معنی دست زدن به کاری بدون هیچ فکر و اندیشه قبلی است .

کودکان بیش فعال در مورد کارها و اشیایی که به طور طبیعی باید در برابر آنها احساس خطر کنند، خطری احساس نمی کنند. همچنین گرایش به دروغگویی در آنها بسیار بالاست و اغلب دروغ می گویند. این کودکان اغلب، وسایل خود را گم می کنند و دچار فراموشکاری اند. همچنین به طور افراطی حرف می زنند.

مشکل این کودکان در سنین دبستان بیشتر می‌شود زیرا نمی‌توانند روی فعالیت‌های درسی خود متمرکز شوند و در کلاس به درس و حرف‌های معلم خود توجه کافی ندارد. آنان بدون دلیل از جای خود بلند شده و راه می‌روند و حتی باعث حواس‌پرتی سایر همکلاسی‌های خود می‌شوند. همین مساله موجب افت تحصیلی آنها می‌شود. این افت در سال‌های بعد که درس‌ها سخت‌تر است و نیاز به تمرکز بیشتری دارد، افزایش می‌یابد و حتی می‌تواند منجر به ترک تحصیل آنان شود.

این عارضه در پسران به نسبت ۴ تا ۸ برابر شایع‌تر از دختران است. این بیماری اغلب در پسران اول خانواده دیده می‌شود.

#### ● علت چیست

روانپزشکان معتقدند مهم‌ترین علت این بیماری حوادث دوران بارداری یا حوادث حین زایمان است که بر مغز نوزاد تأثیرات سوء می‌گذارد. وجود ویروس‌های حین تولد فرد در فصول خاص سال مثل فصل زمستان، اختلالات شیمیایی و فیزیولوژیک مغز و محرومیت عاطفی کودک از طرف والدین از دیگر علل بوجود آمدن این بیماری است.

#### ● درمان

بهترین سن برای درمان بیماری بیش فعالی کودکان زیر سن ۵ سالگی است. در صورت تشخیص این بیماری قبل از سن دبستان با مصرف دارو علائم بیماری کاهش می‌یابد. اما دارو تنها قسمتی از درمان است. حمایت روحی روانی خانواده از کودک بیش فعال در درمان او بسیار ضروری است و موجب می‌شود از شدت بیماری کاسته شده و کودک بتواند بر مشکلات خود فائق آید. پدر و مادر کودک بیش فعال هر چقدر آگاهی خود را در مورد بیماری فرزندشان افزایش دهند، بیشتر و بهتر می‌توانند به کودک خود کمک کنند.

رژیم غذایی این کودکان هم مهم است. غذاهای شیرین، غذاهای تند، شکلات و کافئین باعث تحریک‌پذیری این کودکان می‌شوند؛ پس به این کودکان نباید کاکائو، شکلات، قهوه، نسکافه و نوشابه داد.

خواب شبانه‌گاهی این کودکان نیز بسیار مهم است؛ این کودکان باید شب‌ها زود به رختخواب بروند. والدین باید بکوشند تا انرژی زیاد این کودکان با بازی و ورزش کردن، مصرف شود.

در نهایت باید توجه داشت علاوه بر پیگیری درمان پزشکی، بردباری و صبر و استفاده از ابزارهای تشویقی به جای سرزنش و تنبیه، عامل اساسی در کنترل و بهبود کودک مبتلا به بیش فعالی است.

#### عوامل پنهان در تشدید بیش فعالی

از نگاه بعضی از والدین دیدن کودکی آراسته و زیبا که در حال بازی است و در همان حین اشعار کودکانه خود را می‌خواند یا اتومبیل‌های کوچک و رنگارنگش را در ردیفی منظم به جلو هدایت می‌کند، رویایی بیش نبوده و کاملاً تصنعی است.

به نظر آنان عصر کودکان طلایی به سر رسیده و زمان استیلای کودکان بیش فعال آغاز شده است. برخورد چنین والدینی با کودکان بیش فعال خود پیش از آن‌که ناشی از آگاهی‌های علمی باشد برگرفته از تجارب غیر حرفه‌ای و گاهی توأم با باورهای غلط است. از این رو قصد نگارنده از نگارش و ترجمه چنین مقاله‌ای کاستن از ناتوانی خانواده دربرخورد با این کودکان و افزایش توجه آنان به درمان‌های مکمل است. درمان‌هایی که متأسفانه به دلیل ناشناخته بودن همواره مورد غفلت قرار گرفته و جایگاه خاص و واقعی خود را باز نیافته‌اند.

به نظر روانشناسان بیش فعال کودکی است با ویژگی‌های رفتاری خاص و متمایز. اما این به معنای ایجاد یک چارچوب سنی مشخص نیست. برخی از روانشناسان علائم بیش فعالی را در بزرگسالان نیز تعقیب کرده‌اند و سعی کرده‌اند تا سیر تکامل آن را در گروه‌های سنی مختلف نیز باز شناسند.

به نظر آنان بزرگسالان نیز می‌توانند تجارب کودکان بیش فعال را درک کنند. تجاربی همچون تصمیم‌گیری‌های آنی، عبارات غیرمنطقی، انجام رفتارهای کلیشه‌ای نمونه‌ای مشابه از احساسات کودکان بیش فعال است که می‌توان بروز آن را در بزرگسالان نیز مشاهده کرد. در ضمن برخی از افراد الکلیک و بیماران مبتلا به مانیک نیز به نوعی تجارب حسی و ادراکی کودکان بیش فعال را دارا هستند. البته هدف از طرح نظرات فعلی صرفاً آشناسازی والدین گرامی با احساسات یک کودک بیش فعال است، نه ایجاد یک نگرانی مضاعف در فضای خانواده.

از این رو اجازه می‌خواهم برای ملموس‌تر کردن توضیحات ذکر شده از مثالی استفاده کنم تصور کنید جوانی در حال رانندگی و مشغول ویراژ دادن است. او شدیداً تحت تاثیر محرک‌های محیطی پیرامون خود قرار گرفته و از درک واقعیت فعلی که در آن قرار دارد ناتوان است. سرعت خودرو او آستانه حس و درک او را شدیداً محدود کرده و از عملکرد منطقی وی کاسته است. او صرفاً به پیش می‌رود و مملو از هیجان است. بعد از لحظه‌ای کوتاه طبیعتاً در محاسبه فاصله جانبی خود اشتباه کرده و به خودرو بغلی اصابت می‌کند. در یک لحظه سکوت و دقیقاً درست زمانی که هر دو خودرو متوقف شده‌اند دو سوال اصلی مطرح می‌شود. نخست احساس راننده جوان در خصوص عملکردش و دوم ارزیابی راننده خسارت دیده از سلامت روانی فرد جوان. راننده جوان چه توجیحی برای رفتار خود دارد؟ آیا از ناگهانی و سریع بودن حوادث، ابراز تعجب نمی‌کند؟ چرا از تصادف، خود را سرزنش می‌کند؟ آیا راننده خسارت دیده توضیحات او را خواهد پذیرفت؟

از نظر روانشناسی شرایط ایجاد شده نوعی واکنش بیش‌فعالی و بسیاری از نشانه‌های این بیماری را دارا است. عدم کنترل بر احساسات و حرکات و عدم تطابق با شرایط موجود اساسی‌ترین نشانه‌های بیش‌فعالی است. هر چند باید اضافه کرد شواهدی نیز در کاهش توجه و پایین آمدن مهارت‌های ذهنی و شناختی وجود دارد که در جای خود بیشتر در خصوص آن صحبت خواهیم کرد. فقط آنچه به احتمال باید اضافه کرد این است که با درک صحیح از احساس خودمان می‌توانیم تصور بهتری از واکنش‌های یک کودک بیش‌فعال داشته باشیم و سعی بنده از طرح توضیحات ذکر شده نیز دقیقاً ایجاد چنین احساس مشترکی بوده است. پس به خاطر داشته باشیم ما بزرگسالان گاهی خود بیش‌فعال‌تر از هر کودکی می‌شویم.

بیش‌فعالی اصطلاحی است برای بیان خصوصیات رفتاری که به صورت عمده عبارتند از خستگی ناپذیری، پرتحرک بودن، هیجان‌پذیری، بی‌قراری، پریشانی و ... همانطور که ملاحظه کردید نمی‌توان از عبارات بالا به مفهوم دقیق بیش‌فعالی دست یافت. به همین دلیل به سراغ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چهارمین تجدید چاپ می‌رویم تا با علائم این بیماری بیشتر آشنا شویم.

گردآورندگان این مجموعه معتقدند زمانی می‌توان عبارت بیش‌فعالی را به کار برد که کودک یا نوجوان ۶ علامت (یا بیشتر) از موارد ذیل را به مدت حداقل ۶ ماه داشته باشد. طبیعتاً موارد یاد شده تناسبی با شرایط رشدی وی نیز نخواهد داشت.

الف) مدام در حال حرکت دادن دست‌ها و پاها و خود است و حتی در حین نشستن نیز پیچ و تاب می‌خورد.

ب) اغلب در محیط‌هایی که انتظار می‌رود بنشیند، مثل کلاس درس، بر می‌خیزد و راه می‌رود.

ج) عموماً در حال دویدن و بالا رفتن است و توجهی به شرایط پیرامونش نمی‌کند.

د) نزد نوجوانان و افراد بالغ این نشانه‌ها به صورت یک احساس ذهنی بی‌قراری ظاهر می‌شود.

د) در کنترل و آرام‌سازی خود در حین بازی‌ها یا فعالیت‌های دیگر مشکل دارد.

ز) در اغلب اوقات به صورت خستگی‌ناپذیر پرتحرک است، گویی فنی او را به جلو هل می‌دهد.

ه) خیلی تند و سریع صحبت می‌کند.

در کنار علائم فعلی، ۳ عامل تکانشی نیز وجود دارند که به صورت اختلال در رفتارهای محاوره‌ای و اجتماعی ظاهر می‌شوند. هر چند به ظاهر این عوامل از گروه نخست جدا شده‌اند، اما همراهی آنان با ۶ نشانه نخستین ناممکن نیست. اگر روانشناس در تشخیص رفتار کودک یا نوجوان از وجود نشانه‌های ششگانه یقین حاصل کند، نوع تشخیص داده شده بیش فعالی خواهد بود. اما در صورتی که علائم گروه نخست با تعدادی از نشانه‌های گروه بعدی همراه شود، تشخیص ارائه شده بیش فعالی تکانشی بوده و روانشناس با ترکیبی از رفتارهای حرکتی و تکانش‌های محاوره‌ای مواجه خواهد شد. البته باید اضافه کرد عموماً در بیش فعالی کودکان و نوجوانان از هر دسته علائم نشانه‌هایی وجود دارد.

علائم تکانشی بودن عبارتند از:

(و) کودک یا نوجوان سریعاً به سوالی که تمام نشده پاسخ می‌دهد.

(ن) اغلب در انتظار کشیدن و رعایت نوبت مشکل دارد.

(ی) غالباً صحبت دیگران را قطع می‌کند یا حضور خود را بر دیگران تحمیل می‌کند مثلاً در مکالمات دیگران مداخله کرده یا وارد بازی‌ها می‌شود.

بخش دیگری از نگرانی‌های والدین مربوط به کاهش توجه کودکان بیش فعال است. از نظیر آنان بی‌توجهی بر میزان ریسک و خطرپذیری کودکان می‌افزاید، به نحوی که گاهی موجب اشتباهات مکرر و انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌شود.

اشتباهات رفتاری، خراب کردن‌ها، شکستن‌ها و بروز صدمات جسمانی غالباً بزرگترها را کلافه و ناتوان می‌کند و این در حالی است که کودک بیش فعال هیچگونه قصدی از انجام رفتاری مخاطره‌آمیز خود ندارد. او همانند همسالان خود به میزان قابل توجهی از درک متقابل رسیده است. اما به دلیل عوامل چندی در کنترل مطلوب واکنش‌های خود با مشکل مواجه است و این نیازمند درک صحیح والدین از شرایط نامتعارف وی است. به نظر روانشناسان بهترین اقدام والدین پیش از استفاده از داروهای شیمیایی بررسی علل ابتلای کودک به بیش فعالی است، زیرا تحقیقات اخیر ثابت کرده‌اند والدینی که در کنار بهره‌گیری از داروها به تامین شرایط بهداشت روانی و جسمانی کودک خود نیز توجه داشته‌اند به مراتب از والدینی که صرفاً به داروها اکتفا کرده‌اند در تداوم درمان موفق‌تر عمل کرده‌اند.

از جمله عللی که خانواده‌های گرمی باید پیش از دارو درمانی توجه لازم را به آنها معطوف دارند عبارتند از:

-۱- مراقب آسیب‌های مغزی و عصب‌شناختی باشند.

هر چند به نظر برخی از فیزیولوژیست‌ها چنین آسیب‌هایی می‌تواند باعث ایجاد بیش فعالی شوند ولیکن هنوز تحقیقات لازم در این باره به نتایج قطعی نرسیده‌اند. از این رو ایجاد ارتباط بالینی بین این آسیب‌ها و بیش فعالی با تردید همراه است.

-۲- تأثیر عوامل محیطی و خانوادگی را در ایجاد واکنش‌های بیش فعالی نادیده نگیرند. هر چند شرایط حاضر نیز نیازمند تحقیقات گسترده‌تری است، ولیکن نتایج آماری از وجود برخی علل محیطی و خانوادگی موثر بر بیش فعالی حکایت دارد. به عنوان نمونه افزایش میزان سرب و یون‌های مثبت در هوا، کوچکی محیط‌های زندگی، وجود والدین سیگاری، عدم توافق در الگوهای تربیتی، عدم توجه به نیازهای عاطفی کودک، وجود تعارض‌ها و مشاجره‌های مداوم در بین اعضای خانواده، اضطراب والدین، متارکه، وجود روش‌های استبدادی و محدودکننده یا اجرای الگوهای افراطی کودک محوری و...

-۳- متوجه عوامل پیش از تولد و حین تولد باشند.

مادرانی که در زمان بارداری از رژیم‌های غذایی نامطلوب پیروی می‌کنند، بدون مشورت با پزشک معالج اقدام به مصرف دارو می‌کنند، سیگار می‌کشند، شدیداً مضطرب یا افسرده می‌شوند، الکل مصرف می‌کنند و بدون توجه به سلامت جنین اقدام به فعالیت‌های مداوم و سنگین می‌کنند از جمله مادرانی هستند که خطر ابتلا کودک خود را به بیش فعالی افزایش می‌دهند، البته باید اضافه کرد زنجیره عوامل پیش از تولد همچون وراثت و تغذیه هنوز نیز نیازمند بررسی و پژوهش بیشتر است.

در سال ۱۹۷۰ پژوهشگری به نام فین کولد اهمیت تاثیر برخی خوراکی‌ها را در افزایش علائم بیش فعالی مورد مطالعه قرار داد. او تحقیقات خود را در مقاله‌ای به همین عنوان به چاپ رساند، ولی چندان مورد توجه قرار نگرفت. بعد از گذشت یک دهه و انجام پژوهش‌های مداوم صحت نظرات فین کولد آشکار شد و توجه اندیشمندان به خاصیت برخی خوراکی‌ها معطوف شد. در ابتدا فین کولد متوجه رنگ‌های مصنوعی شد که به صورت گسترده در تزئین مواد خوراکی مورد استفاده قرار می‌گرفتند. به نظر او کودک در حین مصرف چنین موادی علائمی از مسمومیت یا حساسیت از خود نشان می‌دهد. او عقیده داشت بیش فعالی نوعی علائم آلرژیک نسبت به مواد رنگی موجود در خوراکی‌هاست. اما تحقیقات بعدی از محدوده مطالعات وی فراتر رفته و متوجه ماهیت خود خوراکی‌ها شد. امروزه بنا به حساسیت کودک اقدام به حذف برخی خوراکی‌ها می‌کنند تا تاثیر آن را بر کاهش بیش فعالی وی مورد مطالعه قرار دهند.

تا دهه ۱۹۸۰ فین کولد و برخی از اندیشمندان دیگر فهرستی از برخی مواد موثر بر واکنش‌های بیش فعالی فراهم کردند که از جمله می‌توان به انواع بستنی‌های تزئین شده به رنگ‌های فسفری و قرمز، بعضی از میوه‌ها همچون زردآلود، تمشک، خیار و گوجه فرنگی اشاره کرد. اما امروزه با گسترش پژوهش‌های تغذیه‌ای و روان‌شناختی بر میزان فهرست غذایی موثر بر بیش فعالی افزوده شده است. البته والدین گرامی توجه داشته باشند هدف از ارائه فهرست مورد نظر حذف تمامی غذاهای مطرح شده نیست. بلکه یافتن عاملی است که در تشدید حالات بیش فعالی موثر است. پس اقدام اصلی یافتن ماده حساسیت‌زا است نه حذف تمام مواد غذایی و میوه‌ها. خانم آماندا اورسل متخصص تغذیه، برخی از پرهیزهای غذایی کودکان بیش فعال را به قرار زیر می‌شمارد. شکر و غذاهای حاوی شکر مانند بیسکویت، کیک، نان روغنی، شیرینی، نوشابه‌های شیرین که سریعاً قند خون را افزایش می‌دهند، کشمش بی‌دانه، زیتون، زردآلود، سیب، توت، سیب زمینی، هادداگ، آدامس، فرآورده‌های کنسرو شده، چای و قهوه. هر چند فهرست کامل غذاهای مورد نظر را می‌توانید در کتب مربوط به کودکان بیش فعال بیابید.

#### کودکان بیش فعال و کودکان تیزهوش

با آغاز فصل مدرسه، معلمین و اولیا در رفتار کودکانی که تازه به مدرسه رفته و سالهای اول دبستان را می‌گذرانند، متوجه مسائلی میشوند که گاهی آنها را به حواس پرتی، شیطنت، عدم علاقه به درس و بازیگوشی نسبت میدهند.

درحالی که چنین رفتارهایی ممکن است به سادگی از "تیزهوشی" این کودک سرچشمه گرفته باشد. مطلب زیر را برای جلوگیری از چنین قضاوتهای سریع درباره تواناییها و رفتارهای چنین کودکانی تهیه کرده ایم و امیدواریم مفید واقع شود. کم توجهی ناشی از بیش فعالی و تیزهوشی

نوشته جیمز تی. وب (James T Webb) و دایان لاتیمر (Diane Latimer)

معاین هوارد (Howard) میگوید که او اصلاً در حد توانایی خود کار نمیکند. او تکالیفش را تمام نمیکند یا اینکه بدون نوشتن مراحل کار، تنها به نوشتن پاسخ اکتفا میکند، دستخط و دیکته اش بد است، در جای خود بی قرار است، با دیگران صحبت میکند و معمولاً کلاس را با کارهایش مختل میکند. او مدتی علاقه داشت که با فریاد و بدون نوبت پاسخ سوال معلم را بدهد (که غالباً هم صحیحی بود) اما مدتی است که در عالم رویا به سر برده یا حواسش پرت است. آیا هوارد دچار کم توجهی ناشی از بیش فعالی (ADHD) شده یا تیز هوش یا شاید هر دو اینهاست؟ بارها پیش آمده که کودکان با هوش به خاطر نشان دادن رفتارهای خاصی چون بیقراری، بی توجهی، میزان بالای فعالیت و رویابافی، که معمولاً به عنوان نشانه های ADHD مطرح شده اند، سر از مطب روان پزشک یا پزشک اطفال درمی آورند. بنابر گزارش رسمی مرکز تشخیص و آمارگیری بیماریهای روانی، ۱۴ ویژگی که در کودکان مبتلا به ADHD دیده میشوند به ترتیب زیر فهرست شده اند.

کودک در صورت دارا بودن ۸ مورد از این ویژگیها که باید در سنین قبل از ۷ سالگی بروز کرده و حداقل تا ۶ ماه دوام یافته باشند، میتواند دارای ADHD تشخیص

داده شود:

۱. هنگام نشستن معمولا دستها یا پاهایش بی قرارند یا مدام در جا خود حرکت میکند (این حالت در نوجوانان ممکن است به احساس بیقراری ذهنی محدود شود)
۲. هنگامی که از او خواسته شده بنشیند یا باید در جایی نشسته بماند، انجام این کار برایش بسیار مشکل است.
۳. به سادگی و با کمترین عامل خارجی دچار حواس پرتی میشود.
۴. در بازیها یا موارد مشابه حضور در گروه، منتظر نوبت شدن برایش مشکل است.
۵. معمولا قبل از به پایان رسیدن یک پرسش، فوراً و بدون فکر پاسخ را بیان میکند.
۶. بدون اینکه قصد لجابت یا مخالفت داشته و یا اینکه در درک مساله مشکل داشته باشد، انجام کارهایی که از روی یک دستور خاص و به ترتیب مشخص شده باشد، برایش مشکل است.

۷. توجه ممتد به یک کار یا بازی برایش مشکل است.

۸. معمولا از یک کار ناتمام سراغ کار دیگری میرود.

۹. بی سر و صدا بازی کردن برایش مشکل است.

۱۰. معمولا زیاد حرف میزند.

۱۱. معمولا میان صحبت دیگران پریده یا به طور ناخوانده وارد جمع، بازی و ... میشود.

۱۲. بیشتر اوقات چنین به نظر میرسد هنگامی که با او صحبت میشود به حرفهای گوینده توجهی ندارد.

۱۳. معمولا وسایل مهم و ضروری خود (مانند کتاب، اسباب بازی یا نوشت افزار) را در مدرسه یا خانه گم میکند.

۱۴. اغلبا بدون توجه به عواقب آن و بدون اینکه به دنبال هیجان باشد، کارهای خطرناکی انجام میدهد. (برای مثال بدون توجه به وسط خیابان میپرد)

البته، تقریبا تمام این رفتارها در کودکان تیزهوش، مستعد و خلاق نیز دیده میشود. تا حدود سال ۱۹۹۸، چندان به تشابهات و تفاوتهای میان این دو توجه نشده بود و به همین دلیل مشکل اختلال شخصیت در میان اعضای این دو گروه بسیار دیده میشد. بسیاری اوقات، افراد متخصص تنها با شنیدن شرح رفتار کودک از والدین و معلم، به بیش فعالی کودک رای میدادند. اگر در میان آزمونهای اندکی از کودک نیز انجام میگرفت، از آنها برای تاکید گفته های والدین استفاده میشد. کودکانی که به اندازه کافی خوش شانس بوده و یک معاینه کامل (شامل آزمایش آلرژی و مشکلات سوخت و سازی دیگر) و معاینات مفصل روانشناسانه که شامل ارزیابی هوش، موفقیتها و موقعیت احساسی از آنها به عمل می آمد، شانس بیشتری برای تشخیص واقعی دلیل حالات خود داشتند زیرا بدون معاینات تخصصی، تشخیص این دو حالت بسیار مشکل است.

چگونه والدین و معلمان حالت صحیح را تشخیص دهند؟

رفتارهای ظاهرا مشابه میان تیزهوشی و بیش فعالی دارای تفاوتهایی جزئی اما تعیین کننده هستند که تعدادی از آنها را در دو فهرست زیر مشاهده میکنید:

رفتارهای مربوط به بیش فعالان

۱. عدم توجه مداوم در بیشتر / تمام موارد

۲. کاهش توجه و علاقه در طی انجام کارهایی که نتیجه آنی ندارند

۳. عمل آنی بر اساس محرکهای مختلف (انگیزشی بودن) و ناتوانی در به تاخیر انداختن ابراز خوشی

۴. ناتوانی در درک و اجرای فرمانهایی برای تصحیح یا ترک رفتارهای اجتماعی

۵. دارای فعالیت و بیقراری بیشتر از کودکان عادی

۶. ناتوانی در اجرای قوانین و مقررات رفتارهای مربوط به تیزهوشان

۱. کم توجهی، بی حوصلگی و خیال بافی در موقعیتهای خاص

۲. تحمل بودن در تحمل شرایط یا انجام کارهایی که به نظر غیر ضروری یا نامربوط برسد

۳. هوش آنها پیشرفته تر از قدرت قضاوتشان است

۴. سختگیری در مورد آنها میتواند به نبرد قدرت میان آنها و اولیا (مدرسه یا والدین) تبدیل شود

۵. میزان فعالیت بالا و نیاز اندک به خواب

۶. پرسش های مکرر درباره قوانین، رسوم و آداب مختلف

درمان بیش فعالی کودک با غذا

با توجه به تحقیقات انجام شده می توان گفت برای کاهش شیطنت کودکان بیش فعال (ADHD) که خیلی پُر جنب و جوش هستند، و به اصطلاح خیلی شلوغ می کنند، مصرف مواد مغذی زیر مفید است:

-اسیدهای چرب ضروری :

تحقیقات بسیاری نشان داده اند که غلظت اسیدهای چرب "امگا-۳" و "امگا-۶" در این افراد به مقدار زیادی پایین تر است و این کودکان، علائم کمبود اسیدهای چرب ضروری مانند تشنگی زیاد را نشان می دهند .

کنجد، تخمه ی کدو تنبل و تخمه ی آفتابگردان منابع خوبی از اسیدهای چرب امگا-۶ و ماهی آزاد و ساردین، از منابع خوب اسیدهای چرب امگا-۳ می باشند .

-ویتامین B۶:

ویتامین B6 یک کوفاکتور ضروری برای اغلب مسیرهای متابولیکی اسیدهای آمینه، شامل مسیرهای دکربوکسیلاسیون برای دوپامین، آدرنالین، و سروتونین می باشد. از این طریق، ویتامین های گروه B سبب بهبود رفتار در برخی کودکان مبتلا به ADHD شده است. در برخی کودکان بیش فعال، سطح سروتونین خون پایین است، در نتیجه دوز بالای ویتامین B6 با افزایش میزان سروتونین خون سبب بهبود علائم می شود .

- آهن :

کمبود آهن، دقت و توجه را به میزان قابل توجهی کاهش داده و به مکمل یاری پاسخ مثبت می دهد. برخی مطالعات نشان داد که با مکمل یاری آهن، ۳۰ درصد بهبود در این کودکان مشاهده شده است .

- منیزیم:

برخی بررسی ها نشان داده اند که کمبود منیزیم اغلب در ADHD دیده می شود و با دریافت منیزیم، بیش فعالی به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد .

- روی :

چندین مطالعه نشان داده است که این ماده ی معدنی در سرم افراد مبتلا به بیش فعالی کم است که می تواند ناشی از کاهش دریافت یا جذب آن باشد. بر طبق دیگر مطالعات دریافت روی از طریق تغذیه ممکن است در پاسخ این کودکان به دکستروآمفتامین موثر باشد .

غذاهایی که باید از خوردن آن ها اجتناب نمود عبارت اند از :

-شکر و غذاهای حاوی آن مانند: بیسکویت، کیک، شیرینی، شکلات و نوشابه های شیرین .

اگرچه اغلب شکر به عنوان علتی برای بیش فعالی ذکر می شود، اما مطالعات کنترل شده، تاثیرات منفی آن را بر روی رفتار اثبات ننموده اند. گرچه شواهد اندکی موید تاثیر شکر بر روی رفتار است، اما باید فواید کاهش مصرف شکر را مد نظر داشت .

غلات صبحانه، نان جو، برنج، ماکارونی و سیب زمینی از مواد غذایی نشاسته ای هستند که عوارض جانبی ندارند .

-بادام، سیب، زردآلو، کشمش، هلو، آلو، پرتقال، توت، گوجه فرنگی و خیار (حاوی سالیسیلات های طبیعی) .

-رنگ ها مانند تارتراژین (نوعی رنگ غذایی به رنگ نارنجی) که در غذاهای آماده بسته بندی شده، آدامس، شکلات، آب لیمو، سس ها، کمپوت ها، کنسرو نخودفرنگی، نوشابه های گازدار وجود دارد .

-اسید بنزوئیک (نوعی نگهدارنده مواد غذایی)، در مرباها، پوره میوه ها، آب میوه ها، ترشی ها و سس های سالاد استفاده می شود .

-نوشابه های گازدار که به دلیل محتوای بالای فسفر آن ها و برهم زدن تعادل کلسیم و فسفر بدن می توانند منجر به بیش فعالی شوند .

-قهوه، چای، کولا و سایر نوشیدنی های حاوی کافئین می توانند علائم بیماری را تشدید نمایند .

نکات مهم :

تجمع فلزات سمی همانند سرب، آرسنیک، آلومینیوم، جیوه، یا کادمیوم نیز می تواند سبب مشکلاتی در یادگیری و رفتار کودکان شود. سرب می تواند سبب تخریب ادراک و رفتار کودکان شود. بر اساس تحقیقات، اصلاح سطح سرب بدن ( از طریق مواد شلاته کننده مانند ویتامین)، در کودکان بیش فعالی که میزان سرب بالاتری داشتند، موجب بهبود رفتار قابل ملاحظه ای گردید .



مصرف مکرر آنتی بیوتیک ها ( به ویژه برای عفونت های گوش) در دوران کودکی می تواند سبب عدم تعادل باکتری های مفید در کودکان و در نتیجه علائم جسمانی و تغییرات رفتاری در آن ها شود. مصرف پروبیوتیک مناسب به همراه یک رژیم کم شکر و بدون کربوهیدرات های تصفیه شده می تواند در برقراری مجدد این تعادل موثر باشد .

احتمال خطر کمبودهای حاشیه ای برخی ریز مغذی ها در کودکان مبتلا به ADHD ، به دلیل عادات غذایی نامعقول و کاهش اشتها ناشی از درمان با داروهای محرک بیشتر است.

نقش چربی امگا-۳ در بهبود بیش فعالی کودکان

مصرف مواد غذایی حاوی امگا-۳ خصوصا کپسول روغن ماهی می توان به نحو موثری از پیشرفت علایم بیماری بیش فعالی جلوگیری کرد .

بیش فعالی اختلالی است که در کودک مبتلا به آن پرتحرکی ، بی توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد. ۵-۳ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند و در پسرها شایع تر است. ممکن است در بعضی بیشتر علائم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علائم بی توجهی بیشتر دیده شود. علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می شود، ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می گردد .

در بیماران بیش فعال، متابولیسم (سوخت و ساز) اسیدهای چرب به خوبی صورت نمی گیرد و از آنجا که اسیدهای چرب یکی از ارکان مهم غشای سلول عصبی هستند می توان نتیجه گرفت که در اکثر بیماران یادشده، سلولهای عصبی ساختار و عملکرد مناسبی ندارند .

تشنگی زیاد و آلرژی به مواد غذایی از جمله اصلی ترین علائم کمبود اسیدهای چرب می باشد و علایم یادشده در بچه های بیش فعال، خصوصا پسران شیوع زیادی دارد و علت آن نیز نوع رشد و تکامل سیستم عصبی است.

گنجانیدن مواد غذایی حاوی اسید چرب ضروری امگا-۳ مانند ماهی، کپسول روغن ماهی، تخم مرغ و آجیل خام در برنامه غذایی کودکان بیش فعال در کنترل علایم بیماری آنها موثر است .

در عین حال عناصر حیاتی روی و منیزیم نیز در کاهش بیش فعالی موثرند، زیرا کنترل سیستم اعصاب مرکزی و محیطی زیر نظر این دو ماده است و علائمی مانند واکنش بیش از حد به محرک های بیرونی، خستگی، اختلال خواب و اختلال تمرکز نیز ناشی از کمبود آنها در خون است .

مصرف موادی مانند طعم دهنده ها و رنگ های مصنوعی، قهوه، کاکائو، پنیر، سرکه و آسپرین برای این گروه از بیماران مضر می باشد و تجربه نشان می دهد متعاقب مصرف مواد یادشده فعالیت مغز بیماران بیش فعال به طور ناگهانی افزایش یافته و آنها در معرض حمله عصبی قرار می گیرند .

بیش فعالی " شایعترین اختلال روانپزشکی در کودکان است

بیش فعالی

دیبر انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران گفت:مطالعات نشان می دهد که اختلال نقص توجه یا بیش فعالی (ADHD) و کم تمرکز یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در کودکان است .

دکتر "مهدی تهرانی دوست" فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان در حاشیه برپایی سمینار رویکرد شناختی در روانپزشکی کودک و نوجوان در گفت و گوی اختصاصی با خبرنگار گروه علمی ایرنا با بیان این مطلب افزود: این اختلال روانی تا چهار برابر در پسرها شایعتر است .

وی افزود: رفتارهای مقابله جویانه در دخترها کمتر از پسران است و به عبارتی علامت عمده این بیماری در دختران حواسپرتی است در صورتی که پسرها بیشتر به علت "بیش فعالی" به کلینیک ها ارجاع می شوند .

دبیر علمی سمینار رویکرد شناختی روانپزشکی کودک و نوجوان یادآور شد :

آنچه در بیش فعالی مورد توجه است، پرتحرکی و بی‌قراری کودک است به گونه‌ای که این بیش فعالی باعث مزاحمت برای دیگران می‌شود .

وی گفت: کودکان مبتلا به این اختلال با وجود اینکه از هوش خوبی برخوردار هستند در تمرکز مشکل دارند و تکالیف خود را یا به سختی انجام می‌دهند و یا اینکه مدت زمان زیادی را صرف آن می‌کنند .

دکتر تهرانی دوست با اشاره به اینکه میزان دقت این کودکان پایین است افزود: کودکانی که دچار اختلال بیش فعالی یا ADHD هستند در مدرسه معمولاً برای همسالان و معلمان خود مشکل آفرین هستند .

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان یادآور شد: بیش فعالی حدود ۷ تا ۵ درصد کودکان در سنین مدرسه را در برمی‌گیرد اما شدت آن در کودکان مختلف متفاوت است .

وی با بیان اینکه بیش فعالی، جمعیت زیادی از کودکان و حتی نوجوانان را در برمی‌گیرد تصریح کرد: این اختلال در حال حاضر یک مساله مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود .

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اضافه کرد: این بیماری با زندگی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع تداخل می‌کند به طوری که ناتوانی‌های کودک می‌تواند حتی تا سنین بلوغ تداوم یابد .

وی با بیان اینکه بیشتر کودکان مبتلا به بیش فعالی نشانه‌های رفتار پرخاشگری و نافرمانی را از خود نشان می‌دهند افزود: اهمیت درمان کودکان مبتلا به این اختلال با بالاتر بودن خطر بزهکاری در این کودکان بارزتر می‌شود .

وی اضافه کرد: درمان دارویی در کنار آموزش، مشاوره‌های روانشناسی و آگاهی رساندن به والدین بهترین و موثرترین راهکار درمانی کودکان مبتلا به اختلال روانی بیش فعالی یا عدم تمرکز است .

دکتر تهرانی دوست یادآور شد: کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی از صبر و تحمل کمی برخوردار هستند و به همین دلیل در امتحانات تحمل پاسخ دادن به سوالات را ندارند و دچار افت تحصیلی می‌شوند .

وی گفت: در مدرسه کودکان مبتلا به این اختلال قادر به انجام تکالیف نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سوی معلمان و والدین می‌باشند .

دبیر انجمن روانپزشکی کودکان و نوجوانان اظهار داشت: تشخیص بیش فعالی یک تشخیص بالینی است و مصاحبه با والدین اولین قدم در فرایند ارزیابی این بیماری است .

وی افزود: بسیاری از والدین که کودکان آنها مبتلا به اختلال بیش فعالی هستند با در نظر گرفتن اینکه عدم توجه و تمرکز کودک و فعالیت زیاد آنها ناشی از شیطنت کودکانه است و نیازی به درمان ندارد، از مشاوره با روانپزشک خودداری می‌کنند .

وی افزود: این درحالی است که اگر این اختلال مورد توجه قرار نگیرد و در جهت درمان کودکان مبتلا به این اختلال توجهی نشود مشکلات تحصیلی و اجتماعی برای آنها به وجود خواهد آمد .

آیا داروهای بیش فعالی بی خطر هستند؟

مصاحبه ای با دکتر ویلیام باربارسی (William Barbaresi)

در اوایل سال ۲۰۰۶، دو کمیته مشورتی از طرف سازمان نظارت بر دارو و مواد غذایی (FDA) به بررسی نکات ایمنی مربوط به داروهای ناهنجاری بیش فعالی و کم توجهی یا ADHD پرداختند .

یکی از این دو کمیته چنین نظر داشت که تعدادی از داروهای ADHD از جمله ریتالین (Ritalin)، کنسرتا (Concerta)، آدرال (Adderall) و استراترا (Strattera) از جمله داروهای دارای عوارض شناخته شده -از جمله عامل بالقوه حمله قلبی و طرات قلبی عروقی- هستند که این عوارض به صراحت در کادری سیاه رنگ بر روی بسته بندی آنها نیز درج شده است. از جمله این خطرات قلبی عروقی میتوان به سکنه قلبی، افزایش فشار خون، تپش قلب و نارسایی قلب اشاره کرد .

در ایالات متحده، هشدارهایی که در کادری سیاه رنگ بر روی جعبه دارو چاپ میشوند، از جمله قویترین عوارض جانبی هستند که یک دارو میتواند علی رغم داشتن آن همچنان به فروش برسد. دومین گروه مشاورین به بررسی خطرات بالقوه قلبی عروقی و روانشناختی استفاده کودکان از این داروها پرداختند. اعضای کمیته خواستار درج هشدارهایی شد که با وضوح بیشتر و اطلاعات گسترده و قابل درک برای بیمار، وی را از مزایای داروهای محرک و خطر وقوع مشکلات قلبی عروقی، روان پریشی، جنون، رفتارهای تهاجمی و توهم آگاه کند. آنها به کار بردن شیوه توضیح تخصصی یا قرار دادن هشدارها در کادر سیاه رنگ را مردود دانستند .

گروه مربوط به بیماریهای کودکان با استناد به شواهدی از مطالعات بالینی چنین نظر داشتند که میزان بروز مشکلات روانی بسیار اندک است. آنها چنین توضیح دادند که اکثر گزارشهای مربوط به مشکلات قلبی عروقی با فاکتورهای دیگر مانند بیماریهای قلبی نهفته یا ناهنجاری های قلب مرتبط بوده است.

دکتر ویلیام باربارسی (William Barbaresi) متخصص بیماریها و مسائل رشد و رفتاری اطفال در مایوکلینیک (Mayo Clinic) روچستر، به پرسشهایی درباره ایمنی و اثربخشی داروهای ADHD پاسخ داده است.

آیا داروهای ADHD بی خطر و موثرند؟

سابقه تجویز داروهای ADHD بسیار بیشتر از اکثر داروهای موجود است. تحقیقات انجام گرفته مکتوب درباره داروهای ADHD نیز بسیار بیشتر از نوشتجات مربوط به داروهای دیگر در آمریکا است. تا زمانی که پزشکان به پیروی از رهنمودهای مناسب پرداخته و بیماران را برای بروز احتمالی عوارض جانبی تحت نظر داشته باشند، داروهای بیش فعالی بی خطر محسوب میشوند. از نظر موثر بودن، باید گفت که داروهای محرک -که بیش از هر دارویی برای ADHD تجویز میشوند- نه تنها در کوتاه مدت به کمک کودکان بیش فعال می آیند، بلکه در دراز مدت نیز موثر باقی میمانند. برای مثال، درمان با داروهای محرک رابطه مستقیمی با کاهش خطر ناهنجاریهای مربوط به اعتیاد به مواد دارویی و موارد اورژانسی دارد.

عوارض جانبی مرتبط با استفاده از مواد محرک برای درمان ADHD چیست؟

داروهای ADHD میتوانند موجب افزایش فشار خون و تند شدن ضربان قلب شوند. اگر شما ناراحتی قلبی داشته باشید، طبعاً افزایش فشار خون و تپش قلب ناشی از مصرف این داروها میتواند شما را در معرض خطر ناراحتیهای قلبی عروقی قرار دهد. در شخصی که دارای اختلالات روانی نهفته باشد، همواره این احتمال وجود دارد که با مصرف داروهای محرک، علائم ناهنجاریهای روحی وی از حالت بالقوه به فعل تبدیل شده و نمود خارجی بیابد. اما درباره اینکه استفاده از داروهای محرک در مقادیر تجویز شده و مناسب بتواند اختلال روانی جدیدی ایجاد کند، هیچ موردی مشاهده نشده است. با این حال موارد بسیار نادری وجود دارند که در آنها بیمار دچار

علایمی چون تحریک پذیری و عصبیت شدید و حتی توهم میشود که میتوان آنها را به داروها نسبت داد. در چنین مواردی با قطع مصرف دارو، علائم مذکور نیز از بین میروند.

پزشک شما چگونه بر ایمنی و ثمربخشی داروهای ADHD نظارت میکند؟

برای اینکه پزشک معالج از همان ابتدا بداند مقدار دقیق داروی موثر برای هر شخص چقدر است، اطلاعات کافی وجود ندارد، اما برای تجویز دارو مبنای مشخصی وجود دارد. روش کار به این ترتیب است که باید در ابتدا حداقل مقدار موثر تعیین شده از دارو تجویز شود تا پزشک بتواند واکنشهای بیمار نسبت به آنرا سنجیده و سپس میزان داروی نهایی را بر اساس این مطالعه مشخص کند. مراقبتهای معمول برای کودکانی که تحت درمان با داروهای ADHD قرار گرفته اند شامل معاینه یا چکاپ عمومی به طور منظم است تا قد، وزن، ضربان قلب، فشار خون و دیگر مواردی که میتوانند تحت تاثیر عوارض جانبی دارو قرار بگیرند، بررسی شوند. اگر داروها برای کودکی با عوارض جانبی همراه باشد، مشخص است که دارو برای او خطر آفرین خواهد بود و باید مصرف آن قطع شود.

آیا درست است که به خاطر امنیت بیشتر، مصرف داروهای ADHD برای خود یا کودکان را قطع کنیم؟

خیر. اگر شما یا فرزندتان با تشخیص پزشک متخصص نیازمند دارو باشید و این دارو نیز در میزان صحیح و کافی تجویز شده و موثر هم باشد و همچنین شما به طور منظم از نظر عوارض جانبی و موثر بودن دارو توسط پزشک معاینه میشوید، خودتان به تنهایی نباید تصمیم به قطع دارو بگیرید و باید بنا به تجویز پزشک به مصرف دارو ادامه دهید. آکادمی امراض کودکان در آمریکا در طی بیانیه ای به تاریخ ۷ مارچ ۲۰۰۶ اعلام نمود که بنا بر توصیه متخصصین به پزشکان معالج، تا زمانی که در این زمینه اطلاعات بیشتری به دست نیامده باشد، این پزشکان باید شیوه کار فعلی خود شامل آزمایش، تشخیص دقیق و تحت نظر داشتن بیماران را ادامه دهند.

شما تحت چه شرایطی میتوانید داروی ADHD خود یا فرزندتان را قطع کنید؟

اگر هنگام مشورت با پزشک خود به طور قطع از بی تاثیر بودن دارو یا ابتلای خود یا فرزندتان به عوارض جانبی آن اطمینان یافید، باید با توجه به توصیه های پزشک خود نسبت به عدم مصرف دارو یا تغییر آن اقدام نمایید.

آیا میتوان برای کاستن از خطر مشکلات قلبی عروقی یا ناهنجاریهای روانی ناشی از دارو، مقدار مصرف آنرا کم کنیم؟

شما نباید به طور خودسرانه و بدون مشورت با پزشک خود نسبت به تغییر میزان داروی دریافتی تصمیم گیری کنید. اگر به دلیل اینکه میدانید زمینه نارسایی قلب و عروق یا مشکل روانی دارید، از اینکه در خطر ابتلا به عوارض جانبی دارو هستید، اطمینان دارید، باید بدون اتلاف وقت مراتب را به پزشک معالج خود اطلاع دهید تا او در این زمینه تصمیم گیری کند.

آیا قطع دارو برای شما یا فرزندتان مشکلاتی به دنبال خواهد داشت؟

بله. اگر شخصی دچار عدم تمرکز ناشی از بیش‌فعالی یا ADHD باشد و داروهای تجویز شده برای او موثر بوده باشند، به محض قطع دارو علائم بیماری آنها عود میکند. ما میدانیم که ADHD افراد را در خطر مشکلات تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و احساسی قرار میدهد. به همین دلیل ADHD باید بلافاصله تحت درمانی قرار بگیرد.

برای شخصی داروهای ADHD خود یا فرزندش را قطع کند، چه روشهای درمانی دیگری وجود دارند؟

بهترین تحقیق دراز مدت انجام شده در این رابطه به وضوح نشان داده است که موثرترین روش درمان شناخته شده ADHD در حال حاضر استفاده از داروهای محرک است. تغییر رفتار با تغییر محیط نیز میتواند مفید باشد و توصیه هم میشود. برای مثال، اگر شما کودکی را که دچار بی‌توجهی و عدم تمرکز است به جایی از کلاس منتقل کنید که عوامل حواس پرتی (مانند پنجره، دید به کلاسی دیگر یا همجواری بودن با یک همکلاسی شلوغ و...) در آن کمتر باشد، مدام توجه او را به موضوع درس جلب کرده و درس را هر از گاهی تکرار کنید، در نگهداشتن ذهن کودک در کلاس بسیار موفقتر خواهید بود. اما اگر علائم ADHD شدید و جدی باشند، چنین روشهایی برای تمرکز بخشیدن به کودک تاثیری نخواهند داشت.

#### تشخیص بیش‌فعالی در فرزندان

تعریف مشخصی در مورد بیش‌فعالی کودکان وجود ندارد اما یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی کودکان است. این اختلال به حالتی اطلاق می‌شود که در آن کودک نسبت به سنش به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پرجنب و جوش باشد و سه رفتار اساسی بی‌توجهی، جنب و جوش بیش از حد و تکانشگری توصیف می‌شود.

در بی‌توجهی که از علائم اصلی این اختلال است توجه کودک جلب محرک‌های نامربوط می‌شود و از محرک اصلی چشم‌پوشی می‌کند.

جنب و جوش بیش از حد کودک با فعالیت‌های حرکتی نمایان می‌شود و در نهایت تکانشگری او با نداشتن کنترل در زمانی که نیاز به کنترل داشتن است یا انجام رفتار بدون فکر کردن مشخص می‌شود.

این اختلال بر رشد کودک از جمله در رشد یادگیری، تکلم و زبان تاثیر زیادی داشته و با بسیاری از مشکلات از قبیل خواب، هیجان، مشکلات ارتباطی و رفتاری، مسائل تحصیلی و ... در ارتباط است.

بیش‌فعالی از انواع و درجه‌بندی‌های گوناگون برخوردار است:

در نوع کم‌توجه آن کودک در توجه و تمرکز ضعف دارد و همیشه با جنب و جوش بیش از حد همراه نیست. این کودکان با مشکلات جدی یادگیری دست به گریبانند و معمولاً از روی بی‌دقتی مرتکب اشتباه می‌شوند. آنها اغلب فراموشکارند، وسایل مورد نیازشان را گم می‌کنند و در حفظ و نگهداری وسایل شخصی شان مشکل دارند.

در نوع تکانشگری یا جنب و جوش آن کودکان مبتلا بیقرار بوده و اغلب در حالت جنب و جوش هستند و چنان عمل می‌کنند که گویی موتوری آنها را می‌راند. این کودکان نمی‌توانند خواسته‌های لحظه‌ای خود را به تعویق بیندازند و اصولاً رفتارشان بی‌قاعده و به همراه مزاحمت برای دیگران است.

در نوع سوم این اختلال که به آن بیش‌فعالی ترکیبی می‌گویند مجموعه‌ای از علائم دوگروه قبلی در کودک مبتلا بروز می‌کند. فراوانی نوع سوم بیش‌فعالی بیش از دوگروه دیگر است.

شیوع بیماری بیش‌فعالی در پسران بیشتر از دختران است

بیش فعالی یک بیماری محسوب می شود و بیشتر جنبه ژنتیکی دارد و معمولاً قسمتی از مغز مسئول توجه، تمرکز و تنظیم فعالیت های حرکتی است دچار نقص جزئی شده است. همچنین در بعضی موارد در طول بارداری یا زایمان صدمات جزئی به ساختمان مغز وارد می شود که می تواند باعث این مشکل شود.

وی ادامه داد: این نقایص باعث شده تا قسمتی از مغز دچار اختلال شود و این اختلالات سبب بروز کنترل نکردن رفتار فرد مطابق محیط ، عدم کنترل هیجانات، عدم کنترل تمرکز ، می شود. وی همچنین مرتب نبودن وسایل و منظم نبودن را از جمله عوامل بیماری بیش فعالی دانسته و افزود: افراد بیش فعال از هوش بالایی برخوردارند ، امکان دارد افراد بیش فعال در بزرگسالی تمایل به مصرف سیگار، الکل و یا مواد دیگر داشته باشند چرا که مصرف اینگونه موارد به آنها آرامش می دهند، این در حالیست که با درمان سریع مشکل این افراد برطرف شود.

شیرازی در خصوص درمان بیماران بیش فعال بیان کرد: درمان این افراد به صورت درمان دارو است تا دارو آن ناحیه را فعال کند و مغز کار خود را به درستی انجام دهد. دارو باید در دراز مدت مصرف شود تا در کودک در سن رشد مشکل پیش یابد تا درمان شود. روانپزشک اطفال گفت: خانواده ها نباید از عوارض دارو ها این بیماری نگران باشند چرا که عوارض آن اثرات منفی بر ارگان های بدن نمی گذارد و تنها ناحیه از مغز را فعال می کند. امکان دارد با مصرف دارو خواب کودک موقتاً تغییر کند البته آن تغییرات هم قابل اصلاح است و این عوارض جزو موارد عمده محسوب نمی شود .

وی همچنین در خصوص بی ضرر بودن مصرف داروی ریتالین برای کودکان بیش فعال ، بیان کرد: دارو هایی که برای افراد بیش فعال تجویز می شود دارو های محرک است و هیچ درمان دیگری به خوبی دارو نمی تواند بیش فعالی را درمان کند. شیرازی افزود: دارو هایی همچون ریتالین اعتیاد آور نیست .

معمولاً یک پنجم بچه ها می توانند درجاتی از این اختلالات داشته باشند. شیوع این بیماری در پسران بیشتر از دختران است و وضعیت این بیماری در کشور نسبت به کشورهای دیگر مشابه است .

دبستان شاهد حضرت زینب(س)

سولماز یعقوبی

آموزگار پایه اول