

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت

وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدیریت آموزش و پرورش شهرستان میناب  
دانشگاه هرمزگان  
اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

## اهمیت توجه به دانش آموزان مبتلا به اختلالات بیش فعالی و کمبود تمرکز

زینب زاهری\*، عادل دریا<sup>۲</sup>، فرامرز زاهری<sup>۳</sup>، پیمان مرتضی زاده<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی  
zinabzaheri65@gmail.com \*

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی  
Bandar53@gmail.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی  
Faramarz.zaherii@gmail.com

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی  
Seyyd.peyman@gmail.com

### چکیده

اختلال بیش فعالی از جمله اختلالاتی است که در جامعه کنونی رو به رواج است و روز بروز همه گیر تر می شوند. از آنجا که این اختلال امکان دارد که در زندگی کودک بسیار تاثیر گذار باشد و یا حتی تا دوران بزرگسالی نیز برای او مشکل ساز شود پس حائز اهمیت فراوانی است. یکی از مواردی که نزدیکترین مورد مشکل ساز برای کودک به شمار می رود مدرسه است. حال آنکه باید دید که این اختلال در ایفای نقش او به عنوان یک کودک چه اثراتی دارد. این مقاله به روش کتابخانه و در مدت یک ماه انجام شده است. در این مدت با استفاده از کتب و مقالات معتبر علمی سعی شده تا موضوع مورد نظر بررسی گردد. در نهایت مشخص شد که سطح عملکرد تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی پایین تر از دانش آموزان عادی است. توجه اصلی ترین پیش نیاز یادگیری های آموزشی و موفقیت تحصیلی است. دانش آموزان می بایست یاد بگیرند کاری را که شروع کرده اند در مدت زمان مورد نظر تمام کنند. این قبیل دانش آموزان می بایست یاد بگیرند که خوب گوش بدهند. گوش دادن یکی از مهم ترین مهارت ها و رفتارهای مطلوب آموزشی است.

**واژگان کلیدی:** اختلال بیش فعالی، کم توجهی، کمبود تمرکز، کودک.

### ۱- مقدمه

اختلال بیش فعالی و کمبود توجه یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی و بیماری های شناختی و رفتاری کودکان سنین مدرسه است (Wolraich & Baumgaertel, 1996). اختلال بیش فعالی و کمبود توجه یک اختلال روانپزشکی است که شامل نشانه هایی همچون نقص توجه، بیش فعالی و رفتار تکانشگری است. طبق تعریف این اختلال در سن 7 سالگی و اغلب قبل از سن 5 سالگی شروع می شود و ممکن است تا دوره نوجوانی و حتی تا بزرگسالی ادامه پیدا کند و این اختلال روی مسائل آموزشی و شغلی افراد تأثیر منفی خواهد گذاشت (Fitzgerald, 2007). این اختلال با اختلال یادگیری و پایین بودن بهره ی هوشی افراد نیز مرتبط است. بسیاری از کودکان مبتلا به بیش فعالی، دارای اختلالات دیگری نیز هستند. مشکلات هیجانی و اضطراب و افسردگی نیز در آنها دیده می شود (علیزاده گوردال، ۱۳۹۲). اختلال نارسایی توجه یا بیش فعالی عبارت است از اختلال رشدی در توجه، کنترل نگاه، بی قراری و هدایت رفتار که به طور طبیعی ایجاد می شود و ممکن است ناشی از اختلالات عصب شناختی، حسی، حرکتی یا هیجانی باشد، و در تنظیم سطوح فعالیت (بیش فعالی)، بازداری رفتار (تکانشگری) و دامنه توجه کودکان اختلال ایجاد کند (پشبادی، ۱۳۹۱).

برای موفق شدن در تکالیف مدرسه، دانش آموز باید فکر مربوط به تکالیف کلاسی را تشخیص داده و حفظ کند و همین طور بتواند توجه خود را از یک تکلیف به تکلیف تازه برگرداند. دانش آموزان دارای مشکل توجه نمی توانند محرک های بیرونی را از

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدرسه آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

حیطه توجه خود دور کنند، در نتیجه توجه آنها به محرک های نامربوط جلب می شود. ممکن است دامنه توجه آنها کوتاه باشد و حواسپرتی و حساسیت بیش از حد از خود نشان دهند (کریمی، ۱۳۹۴). در این میان کودکانی وجود دارند که در توجه و دقت و تمام کردن کارها بسیار مشکل دارند این کودکان به نوعی اختلال یادگیری به نام اختلال بیش فعالی مبتلا هستند. این کودکان بیشترین مشکل را در نگه داری توجه و متمرکز ساختن حواس خود دارند که طبق نظر دانشمندان آنان در انجام تکالیف تحصیلی نیز مشکل دارند. پایین بودن نمرات و مشکلات در انجام تکالیف روی روابط کودک با همسالان، معلمان و هم چنین واکنش های والدین تأثیر می گذارد و نیز باعث افت اعتماد به نفس و مشکلات هیجانی و رفتاری در کودک می شود. بر این اساس استفاده از راه کارهای مناسب برای بهبود عملکرد تحصیلی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه، نقش مهمی در درمان آن ها دارد. مربیان و مشاوران مدارس لازم است در جریان مشکلات کودک یا نوجوان قرار گیرند تا اولاً مشکلات او را به کم هوشی، بی علافگی یا مخالفت جویی عمدی وی ربط ندهند و بدانند که این مشکلات ناشی از علایم اختلال است و ثانیاً از راه کارهای مناسب برای مدیریت کودک در کلاس استفاده کنند و در نهایت با درمانگر و خانواده وی برای درمان همکاری داشته باشند (کوشا، ۱۳۸۸). حدود 8 تا 12 درصد از کودکان بیش فعالی جهان را در بر گرفته است (Faraone & Biederman, 1994).

## ۱-۱- بیان مساله

اختلال بیش فعالی از جمله اختلالاتی است که در جامعه کنونی رو به رواج است و روز بروز همه گیر تر می شوند. از آنجا که این اختلال امکان دارد که در زندگی کودک بسیار تأثیر گذار باشد و یا حتی تا دوران بزرگسالی نیز برای او مشکل ساز شود پس حائز اهمیت فراوانی است. یکی از موثرترین موارد مشکل ساز برای کودک به شمار می رود مدرسه است. حال آنکه باید دید که این اختلال در ایفای نقش او به عنوان یک دانش آموز چه اثراتی دارد. در نهایت در این مقاله به بررسی اختلال بیش فعالی در دانش آموزان می پردازیم.

## ۲- یافته ها

بر اساس آخرین طبقه بندی تشخیصی و راهنمایی اختلالات روانپزشکی انجمن روان پزشکان آمریکا نشانه هایی همچون بی توجهی، اشتباه مکرر در انجام تکالیف، حواسپرتی، گوش ندادن به خواسته های معلم، پریدن وسط حرف دیگران، اشکال در انجام تکالیف و نظم بندی تکالیف، بی علافگی به درس و انجام تکالیف مدرسه، گم کردن اشیاء و لوازم مدرسه مانند کتاب و مداد و سریع حواس پرت شدن با هر محرک بیرونی از نشانه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی محسوب می شوند (Fitzgerald, 2007). 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. از آن جا که معلمان در مواجهه مستقیم با مسائل تحصیلی و رفتاری دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی بوده و نقش کلیدی در شناسایی، ارجاع و همچنین روند درمان دانش آموزان دارند، لازم است دید درستی در رابطه با این کودکان داشته باشند تا بتوانند عملکرد صحیحی در رابطه با آن بروز دهند. در واقع درمان این کودکان حاصل تعامل بین خانواده، معلم و درمانگر آنان خواهد بود. ناآگاهی معلمان در این خصوص، نگرش نادرست و گاه خصمانه و رفتارهای نادرست آنان می تواند تأثیر غیرقابل جبران در آینده و سرنوشت این کودکان داشته باشد. در بررسی های انجام شده در مورد آگاهی و نگرش معلمان، نتایج بسیار متفاوت بوده است در یک مطالعه در شیراز، میزان آگاهی و نگرش معلمان در خصوص اختلال بیش فعالی بسیار پایین ارزیابی شد (سلیمانی، ۱۳۹۰). اختلال نقص توجه همراه بیش فعالی باعث افت تحصیلی در بین دانش آموزان مخصوصاً دانش آموزان مقطع ابتدائی می شود (Saudino Kimberly & Plomin, 2007). مطالعات انجام شده در کشور ایران نشان از شیوع 10 تا 12 درصدی این اختلال در بین کودکان ایرانی دارد.

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
معاونت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

بر اساس نظر پژوهشگران، 9 تا 80 درصد از کودکان دارای بیش فعالی دارای مشکلات تحصیلی و افت تحصیلی هستند. همچنین افت تحصیلی یکی از دلایلی است که باعث اختلالات روانپزشکی، مخصوصاً افسردگی در بین دانش آموزان می شود (Frojd et al, 2008). این اختلال با مشکلاتی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه است (Davids & Gastpar, 2005). امروزه بر اساس ملاک های چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص اختلال نارسایی توجه (بیش فعالی) زمانی مقرر می شود که الگوی ثابتی از عدم توجه و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی که شدیدتر و شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می شود به مدت حداقل شش ماه در کودک دیده شود، برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از علائم بیش فعالانه، تکانشی یا بی توجهی منجر به اختلال، قبل از 2 سالگی ظاهر شود، اختلال حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد با توجه به میزان رشد در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد، این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی نباید مطرح شود و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد. بنابراین براساس این راهنمای تشخیصی، تشخیص اختلال نارسایی توجه (بیش فعالی) با تأیید وجود علائم متعدد در زمینه بی توجهی یا فزون کنشی، تکانشگری یا هر دو به عمل می آید و به سه نوع فرعی عمدتاً بی توجه، عمدتاً بیش فعالی، تکانشگر و نوع مرکب تقسیم می شود (خانزاده، ۱۳۹۲).

نتایج تحقیقات گسترده ای در اروپا نشان داد که والدین این کودکان گزارش کردند که این اختلال تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد (Coghill et al, 2008). این اختلال می تواند از کودکی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد. مطالعات مختلفی نشان داده اند که در 40 تا 60 درصد از کودکان مبتلا به بیش فعالی علائم اختلال تا بزرگسالی پایدار میمانند و این اختلال زندگی بزرگسالی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (Faraone & Biederman, 1994).

آگاهی از میزان سلامت روانی دانش آموزان می تواند، نقش مهمی در برنامه ریزی های لازم برای کاهش اختلالات و بالا بردن سلامت روانی آنها داشته باشد. همچنین می توان از عوارض و پیامدهای ناشی از کاهش سلامت روانی در دانش آموزان که نیروی اقتصادی، انسانی و قشر جوان، فعال و آینده ساز کشور هستند، جلوگیری کرد. از جمله دلایل شیوع بالاتر این اختلال در پسران نسبت به دختران می توان به این موضوع اشاره کرد که در پسران رفتارهای تهاجمی تر بیشتر دیده می شود و بر روی رفتارهای دختران اعمال تربیتی بیشتری دیده می شود (نامداری، ۱۳۸۸). از مشکلات دانش آموزان بیش فعال رفتار نامناسب اجتماعی، مشکل و محدودیت در فهم زمان و پول و اشکال در بازیابی اطلاعات در مغز است، همچنین این کودکان در فعالیت های ظریف حرکتی مشکلات بیشتری را تجربه می کنند و نیاز به کنترل خارجی دارند زیرا خودشان خود کنترلی و خودانگیزی ندارند (سلطانی کوه بنانی، ۱۳۸۸).

از جمله دلایل وجود اختلاف در میزان های شیوع مطالعات مختلف می توان به نوع تعریف اختلال، حجم نمونه و روش نمونه گیری و هم چنین منطقه جغرافیایی، معیارهای تشخیصی و ابزار گردآوری اطلاعات اشاره کرد (Coghill et al, 2008). از جمله دلایل تفاوت در این نتایج ممکن است مشکلاتی باشد که در تشخیص علائم بیش فعالی از سوی والدین و معلمان وجود دارد. در مطالعات مختلف جهت تشخیص این اختلال از پرسشنامه های متفاوتی و از فرم های والد یا معلم استفاده کرده اند که این نیز به نوبه ی خود می تواند از دلایل متفاوت بودن نتایج باشد.

شیوع این اختلال در کودکانی که سطح تحصیلات پدر آنها بیشتر است، کمتر مشاهده می شود. با توجه به اینکه بالا رفتن سطح تحصیلات موجب افزایش آگاهی والدین می شود بنابراین بنظر می رسد والدینی که با سوادتر هستند نسبت به وضعیت سلامتی فرزندان خود آگاهی بیشتری دارند و احتمالاً نسبت به روش های تربیتی و رفتاری فرزندان خود آگاهتر هستند و همین موضوع می تواند بیانگر شیوع پایینتر این اختلال در بین کودکانی باشد که سطح سواد والدین آنها بالاتر است. این اختلال در کودکانی که مادران آنها شاغل است افزایش می یابد. این ممکن است به این دلیل باشد که زنانی که شاغل هستند به دلیل مشغله کاری

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
معاونت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

زیاد و هم زمان انجام وظایف خانه داری احتمال اینکه زمان کمتری جهت گذراندن با بچه هایشان را داشته باشند بیشتر است اما زنان خانه دار وقت آزاد بیشتری جهت کار کردن با فرزندان خود را دارند و احتمال اینکه این فرزندان اختلال نقص توجه داشته باشند، کمتر می شود (Frojd et al, 2008). عوامل خانوادگی مثل تعداد فرزندان، سابقه ابتلای والدین به بیش فعالی یا سایر اختلالات روان پریشی و وزن پایین هنگام تولد می تواند از دیگر عوامل بروز این اختلال باشد. همچنین 30 تا 20 درصد از کودکانی که دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی هستند، علائم این اختلال را تا بزرگسالی نیز از خود نشان می دهند (کردلو، ۱۳۹۲). از میان تمامی مفروضات مرتبط با نتایج غربالگری، در نظر گرفتن سن کودک برای فهم معنای ضمنی رفتارش اهمیتی ویژه دارد. پس از ارزیابی جامع و غربالگری با استفاده از فنون تشخیصی مثل آزمون های روان شناختی، مصاحبه، مقیاس های درجه بندی و مشاهده رفتار می توان به تشخیص این اختلال پرداخت. همچنین در تشخیص این اختلال، تشخیص افتراقی نیز اهمیتی ویژه دارد زیرا اختلالاتی نظیر اختلال سلوک، اضطراب، افسردگی، شیدایی و اختلالات یادگیری و... با این اختلال هستند (خانزاده، ۱۳۹۲).

کودکانی که علائم بیش فعالی دارند:

- بی قرارند و در جای خود پیچ و تاب می خورند.
- بی وقفه حرف می زنند.
- به سرعت در اطراف حرکت می کنند یا با هر چیزی که در دید باشد، بازی می کنند.
- در نشستن در طول ناهار، مدرسه و زمان داستان گفتن مشکل دارند.
- مدام در حرکت اند.
- درانجام تکالیف و فعالیت های آرام مشکل دارند.
- اغلب در کلاس یا در موقعیت هایی که لازم است آرام بنشینند جای خود را ترک می کنند.
- غالباً پیش از تمام شدن سوال، پاسخ می دهند (پشادادی، ۱۳۹۱).

کودکان دارای اختلال نارسایی توجه (بیش فعالی) در حیطه تحصیلی مشکلات گسترده و شدیدی دارند. درواقع، بسیاری از آنها در ابتدا به دلیل مشکلات مربوط به درس و مدرسه جهت درمان ارجاع داده می شوند. مشکلات تحصیلی در بین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه (بیش فعالی) متداول است. اگر چه مطالعات نشانگر مشکل در کل حیطه تحصیلی است، اما مشکلات تحصیلی در اساس به مشکلات انگیزشی مشکلات مربوط به توجه، ضعف در مهارت های پاسخ دهی به سوالات امتحانی مرتبط می شود. این کودکان در پیشرفت نیز مشکل دارند. آنها قادر نیستند انگیزه درونی خود را فرا بخوانند و اغلب لازم است با تکالیفی که خسته کننده، مزاحم، پرتلاش یا طولانی است، ناخواسته بردباری کنند. شاید یکی از علت های اینکه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه (بیش فعالی) در کلاس درس عملکرد ضعیفی دارند به علت نداشتن انگیزه پیشرفت در این کودکان باشد. از سوی دیگر، این اختلال موجب آسیب دیدن فرآیندهای شناختی، مهارت های اجتماعی و هیجانی کودکان می شود، به نحوی که فراوای مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد بیش از جمعیت عادی است. بارکلی معتقد است که ضعف در حافظه کاری و گفتار درونی و همچنین نارسایی خودگردانی هیجان انگیزش / برانگیختگی باعث می شود که افراد با اختلال بیش فعالی دچار ضعف اساسی در پایداری رفتار هدف مدار بشوند. به همین دلیل است که این کودکان در برنامه های تقویت پیوسته با کودکان عادی فرق نمی کنند ولی در برنامه های تقویت سهمی دچار افت و کاهش عملکرد می شوند، چرا که در واقع نمی توانند از راه خودگردانی و نگاه به آینده و استفاده از گفتار درونی خود را تا رسیدن به تقویت کننده (بزرگتر) هدایت کنند (یعقوبی، ۱۳۸۹).

اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با مشکلاتی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، مردودی و ترک مدرسه همراه است و با مشکلات سازگاری در مدرسه و رفتارهای اخلاکگر در موفقیت تحصیلی ارتباط نزدیکی دارد به طوری که بیش از یک چهارم کودکان مبتلا به این اختلال مردودی را تجربه می کنند، تقریباً بیش از نیمی از آنها تجدید می آورند و 40 تا

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدیریت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

20 درصد آنها از مدرسه اخراج می شوند، بنابراین بر اهمیت سنجش، شناسایی و درمان این کودکان در مدرسه تأکید فراوانی شده است. عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به این اختلال در مقایسه با همسالان بهنجار آنها ضعیف تر است. آنها نمرات پایین تری در آزمون های هوشی بهنجار به دست می آورند و پیشرفت تحصیلی شان پایین تر از سطح سنی و هوش بهرشان است. دانش آموزان مبتلایی که علائم نارسایی توجه در آن ها غالب است بیشتر احتمال دارد که در کلاس های آموزش ویژه که خاص کودکان با ناتوانی یادگیری است جای دهی شوند در حالی که کودکانی که مبتلا به نوع بیش فعالی-تکانشگر این اختلال هستند بیشتر در مدارس ویژه کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری جای دهی می شوند. ادبیات پژوهشی نشان می دهد که نمرات دانش آموزان مبتلا به این اختلال در آزمون های هوش به طور متوسط 3 نمره کمتر از همسالان بهنجار آنهاست. تعدادی از پژوهشگران نیز بیان کرده اند که نارسایی هایی در حل مسئله و دیگر فرآیندهای شناختی که با عملکرد تحصیلی ضعیف مرتبط است در این کودکان دیده می شود مثلاً عملکردشان در حساب و ریاضیات ضعیف است. کارکردهای اجرایی نیز که به عنوان توانایی های شناختی ضروری برای رفتارهای هدفمند پیچیده و سازگاری با دامنه ای از تغییرات و تقاضاهای محیطی است، در این کودکان مختل می شود (خانزاده، ۱۳۹۲).

دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه ممکن است دارای ناتوانی یادگیری باشند. براساس پژوهش های انجام شده حدود یک سوم از این دانش آموزان در یادگیری مشکل دارند نارسایی توجه در یادگیری حساب و خواندن اختلال ایجاد می کند. این دانش آموزان در حافظه کوتاه مدت و بلند مدت مشکل دارند و بخش قابل توجهی از اطلاعات شنیداری را از دست می دهند. از دیگر مشکلات این کودکان که در مدرسه، کلاس و تحصیل مشکل ایجاد می کنند، می توان به مشکل در دست خط و نوشتن، ناهماهنگی حرکتی، مشکل در خلاقیت و بازسازی، تفکر، پرخاشگری، پرحرفی، عملکرد ضعیف در تکلیف های قلم کاغذی، سازمان دهی، درک ضعیف تر زبان و نارسایی قابل توجه در کنترل درونی و هدفمندی اشاره کرد. همچنین، عزت نفس پایین وضعی در ادراک روابط با دیگران و به ویژه بی ثباتی هیجانی و خود انگیزی به کارکرد تحصیلی و اجتماعی کودک لطمه جدی می زند (علیزاده گوردال، ۱۳۹۲).

افراد مبتلا به این اختلال، ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند و یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت ها از روی بی احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب در انجام تکالیفشان بی نظمی وجود دارد و وظایف محوله را با دقت پایین و تأمل ناکافی انجام می دهند و به سختی می توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند (کهریزی، ۱۳۹۳).

### ۳- بحث و نتیجه گیری

این مقاله تحت عنوان «اهمیت توجه به دانش آموزان مبتلا به اختلالات بیش فعالی و کمبود تمرکز» می باشد. در ابتدا به بررسی اختلال بیش فعالی و وجود آن در سنین مختلف کودکان پرداختیم و سپس برخی از عوامل احتمالی آن مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت به بررسی این اختلال که با نام اختلال کم توجهی نیز شناخته می شود در دانش آموزان پرداخته شد. همچنین مشخص گشت که سطح عملکرد تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی پایین تر از دانش آموزان عادی است. توجه اصلی ترین پیش نیاز یادگیری های آموزشی و موفقیت تحصیلی است. دانش آموزان می بایست یاد بگیرند کاری را که شروع کرده اند در مدت زمان مورد نظر تمام کنند. این قبیل دانش آموزان می بایست یاد بگیرند که خوب گوش بدهند. گوش دادن یکی از مهم ترین مهارت ها و رفتارهای مطلوب آموزشی است. معلمان می توانند با ایجاد تغییرات کمی و کیفی در محیط آموزشی و بهره گیری از محرک های تازه سمعی و بصری، در زمینه جلب توجه و افزایش دامنه آن در دانش آموزان، نقش مهمی داشته باشند.

پیشنهادات زیر نیز برای افرادی است که کودکان با علائم بیش فعالی و کمبود تمرکز و توجه دارند مفید است:

۱. او را زود به زود تشویق کنید.
۲. او را در کارهای گروهی شرکت دهید.
۳. این کودکان کند ذهن نیستند و حتی برخی از آنها ممکن است از هوش بالاتری برخوردار باشند.
۴. تکلیف‌ها و قوانین را برای او مشخص کنید، این کودکان به توضیح بیشتری احتیاج دارند.
۵. به هنگام انجام تکلیف‌های مدرسه، به او بیشتر سربزنید.
۶. این اختلال را به هوش کودک نسبت ندهید.
۷. برای راهنمایی کردن او از صدای آرام و ملایمی استفاده کنید.

### منابع

- پشبادی، علی (۱۳۹۱). اختلال نارسایی توجه یا بیش‌فعالی، آموزش تربیت بدنی، دوره ی دوازدهم، شماره چهارم. خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). شناسایی و درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدرسه، مجله تعلیم و تربیت استثنایی، سال سیزدهم، شماره ششم، پیاپی ۱۱۹.
- سلطانی کوه بنانی، سکینه (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه رشد مهارت‌های حرکتی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با دانش آموزان عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره هفدهم، شماره چهارم.
- سلیمانی، ربابه (۱۳۹۰). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان مقطع ابتدایی شهر رشت نسبت به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم، شماره هشتم.
- علیزاده گوردال، جابر (۱۳۹۲). مقایسه ی بی حوصله گی در افراد مبتلا به اختلال ریاضی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و افراد عادی، مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ی دوم، شماره سوم.
- کریمی، یوسف (۱۳۹۴). اختلالات یادگیری: مسائل نظری و عملی به انضمام مطالعات موردی نمونه. تهران: انتشارات ساوالان.
- کهریزی، سمیه (۱۳۹۳). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری /بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال پنجم، شماره هجدهم.
- کوشا، مریم (۱۳۸۸). اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. تهران: نشر قطره.
- یعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۸۹). مقایسه میزان سلامت روان، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش آموزان عادی، فصلنامه روانشناسی تربیتی، شماره شانزدهم، سال ششم.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention- Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753- 2000-2-31.
- Dauids, E. & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29(6), 865-877.
- Faraone S.V, Biederman J. (1994). Genetics of ADHD. *Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 3, 285- 301.
- Fitzgerald.M, Bell Grove.M & Gill.M. (2007). Attention deficit (Hyperactivity disorder, USA: John Willey and Sons Ltd.
- Frojd, S.A., Nissinen, E.S., Pelkonen, M.U.I., Marttuenb, M.J., Koivisto, A.M., & Kaltiala-Heino, K. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31,485– 498.
- Saudino Kimberly J. & Plomin Robert. (2007). Why are Hyperactivity and Academic Achievement Related? *Child Development*, May/June, Volume 78, Number 3, Pages 972 – 986.
- Wolraich ML, Baumgaertel A. (1996). The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder based on the new DSM-IV criteria. *Peabody Journal of Education*. 71(4): 168- 186.