

کاهش بیش فعالی در کودکان عقب مانده
ذهنی؛ تمرین های ایروبیک

مؤلفان:

جعفر خوشبختی، سهیلا رنج بخش



فصلنامه علمی پژوهشی
روانشناسی و روانشناسی بالینی

سرشناسه	: خوشبختی، جعفر
عنوان و نام پدیدآور	: کاهش بیش‌فعالی در کودکان عقب مانده ذهنی؛ تمرین‌های ایروبیگ/مؤلفان جعفر خوشبختی، سهیلا رنج‌بخش؛ ویراستار هدی صابری‌راد.
مشخصات نشر	: گسترش علوم نوین، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	: ۸۵ص:، جدول، نمودار.
شابک	: ۱۵۰۰۰۰ ریال: 9-06-8470-600-978
وضعیت فهرست نویسی	: قیفا
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۷۵ - ۸۵؛ همچنین به صورت زیرنویس.
موضوع	: کم‌توجهی در کودکان پرتحرک
موضوع	: Attention-deficit hyperactivity disorder
موضوع	: کم‌توجهی در کودکان پرتحرک - درمان
موضوع	: Attention-deficit hyperactivity disorder - Treatment
موضوع	: ورزش، برای کودکان عقب‌مانده
موضوع	: Sports for children with mental disabilities
شناسه افزوده	: رنج‌بخش، سهیلا، ۱۳۴۹ -
رده بندی کنگره	: RJ1/ ۶/ ۵۰۹ ۱۳۹۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۸/ ۱۵۸۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۳۱۵۴۲۸

انتشارات:

عنوان کتاب:

مؤلفان:

ویراستار:

طراح جلد:

نوبت چاپ:

شمارگان:

شابک:

تعداد صفحات:

قیمت:

گسترش علوم نوین

کاهش بیش‌فعال در کودکان

عقب‌مانده ذهنی؛ تمرین‌های ایروبیگ

جعفر خوشبختی، سهیلا رنج‌بخش

هدی صابری راد

هادی شاهی

اول، تابستان ۱۳۹۵

۱۰۰۰

۹۷۸-۶۰۰-۸۴۷۰-۰۶-۹

۸۵ صفحه

۱۵۰۰۰۰ ریال

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

۱	پیشگفتار
۲	مقدمه
۴	اهمیت موضوع
۷	نشانه های شش فعالی
۹	راه های شروع درمان بیش فعالی
۱۱	شناخت کودکان عقب مانده ذهنی
۱۳	خصوصیات شناختی کودکان عقب مانده ذهنی
۱۴	حافظه
۱۵	پیشرفت تحصیلی
۱۵	مهارت های سازشی
۱۶	توجه
۱۷	گفتار و زبان
۱۸	ویژگی های جسمی
۱۹	علل عقب ماندگی ذهنی
۱۹	عوامل مربوط به قبل از تولد
۱۹	عوامل ژنتیکی
۲۰	نشانه های جنین الکلی
۲۰	عوارض زمان حاملگی
۲۰	سرخجه و بیماری های عفونی
۲۰	سیفلیس
۲۰	تبخال ساده
۲۱	اشعه ایکس و رادیواکتیو
۲۱	عوامل هیجانی و روانی

۲۱	عوامل مربوط به هنگام تولد
۲۲	عوامل مربوط به بعد از تولد
۲۲	ضربه وارده بر مغز
۲۲	عقوت ها
۲۲	عوامل محیطی و اجتماعی - فرهنگی
۲۳	درجه عقب ماندگی ذهنی
۲۴	کاهش بیش فعالی در کودکان عقب مانده ذهنی
۲۶	اصطلاح شناسی اختلال نارسایی توجه بیش فعالی
۲۸	تعریف اختلال نارسایی توجه بیش فعالی
۲۹	ورزش و بیش فعالی
۳۳	شیوع
۳۴	نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۳۵	مشکل های دیگر در کودکان دارای نارسایی توجه / فزونی جنبشی
۳۹	سبب شناسی
۴۰	عوامل ژنتیکی
۴۰	عوامل عصب شناختی و عصبی - شیمیایی
۴۲	سم های محیطی
۴۳	عوامل مربوط به تغذیه
۴۴	عوامل روان شناختی: تعامل طبیعت - تربیت
۴۵	رفتار والدین
۴۵	دیدگاه نظری
۴۶	نظریه ی ساز و کار برانگیختگی
۴۷	الگوی کارکردهای هماهنگ ساز
۴۷	بازداری رفتاری
۴۸	حافظه ی فعال

۴۹	 خود تنظیمی هیجان / انگیزش / برانگیختگی
۴۹	 گفتار درونی
۵۰	 بازسازی
۵۲	 کنترل روانی و ساخت حرکتی
۵۴	 ملاکهای تشخیصی
۵۴	 بی توجهی
۵۵	 قزون جنسی
۵۵	 تکانشگری
۵۶	 نکته‌هایی پیرامون تشخیص
۵۶	 سن شروع اختلال
۵۶	 فراوانی و شدت نشانه‌ها
۵۷	 شدت و فراگیری اختلال
۵۷	 تداوم
۵۷	 درمان‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی
۵۸	 درمان دارویی
۵۸	 آموزش رفتاری والدین و مداخلات رفتاری مدرسه
۵۹	 مداخلات روان‌شناختی
۵۹	 نور و فیدبک
۵۹	 روش‌های رفتاری و شناختی درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کدامند
۶۰	 تقویت مثبت
۶۰	 تقویت منفی
۶۱	 تنبیه
۶۱	 محروم کردن
۶۱	 خاموشی
۶۱	 درمان چندالگوی

۶۲	 مفهوم ایروبیك
۶۵	 مروری بر تحقیقات داخلی و خارجی
۷۳	 سخن پایانی
۷۵	 فهرست منابع
۷۵	 منابع فارسی
۸۰	 منابع خارجی

www.ketab.ir

پیشگفتار

کاملاً عادی است که کودکان جنب و جوش کنند و تحرک داشته باشند و از بازی کردن لذت ببرند. گاهی مادران به درمانگاه یا روانشناس مراجعه و اظهار می‌کنند که فرزندشان، بخصوص پسرشان، بسیار بی‌قرار، حواس پرت، بی‌ثبات و تکانشی است. معلمان چنین دانش‌آموزانی را به خوبی می‌شناسند. برخی معتقدند این کودکان بسیار باهوشند اما عده دیگر اعتقاد دارند آنها از هوش کمی برخوردارند. همه می‌دانیم کودکان به فعالیت نیاز دارند، اما میزان جنب و جوش طبیعی چقدر است؟ (بیزاده، ۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ که یکی از شایع‌ترین مشکلات در عمل مراجعه به روانپزشکان است اولین بار توسط جورج استیل^۲ در ۱۹۰۲ ارایه شد و آن را اختلال منجمدی در کنترل نامید (بارکلی^۳، ۲۰۰۵). تنوع و گوناگونی در واژه‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، حکایت از آن دارد که دانشمندان، این اختلال را از دیدگاه‌های مختلف می‌نگرند و هر کدام بر جنبه‌های خاصی تاکید دارند. برای مثال در دهه ۶۰ و ۷۰ میلادی، این اختلال را عصبی-روانپزشکی می‌دانستند که در اثر بدکار کردن سیستم مغزی^۴ ایجاد شده و می‌توان آن را با داروهای روان محرک مثل آمفتامین درمان کرد (وند^۴، ۱۹۷۱). در سالهای پس از آن، درمانگران و پژوهشگران به وجود برخی مشکلات توجه در این کودکان پی بردند و دریافتند که در این کودکان، مشکل بی‌توجهی حتی بیشتر از بیش‌فعالی است. از این رو انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۸۰) نام اختلال

^۱ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd)^۲ Barkley^۳ Minimal Brain Dysfunction^۴ Wender

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی برای این اختلال برگزیده (علیزاده، ۱۳۸۶). این اختلال برای کودکان دو پیامد مهم در پی دارد. کاستی‌هایی در مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی؛ کمبود توجه که از ویژگی‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است تأثیری منفی بر یادگیری دارد و موجب ناتوانی در سازماندی تکالیف مدرسه می‌گردد (ساراسون، ۱۹۲۹). کودکان مبتلا به ای.دی.اچ.دی مورد علاقه همکلاسی‌ها نیستند (لی^۱ و همکاران ۱۹۹۴؛ به نقل از ساراسون). این اختلال غالباً در سال‌های اولیه مدرسه تشخیص داده می‌شود که این امر دو دلیل دارد. نخست اینکه معمولاً تشخیص آن قبل از ۸ سالگی دشوار است. دوم اینکه موقعیت مدرسه الزام‌هایی را برای کودکان ایجاد می‌کند که قبل از مدرسه مطرح نبوده‌اند که معمولاً با افزایش سن کاهش می‌یابد اما در صورت تداوم نشانه‌ها و عدم درمان عامل خطر آفرینی در بروز مشکلات آتی است (علیزاده، ۱۳۸۶).

مقدمه

مطالعات بارکلی (۲۰۰۶) روی دو قلوها نشان داد است که به طور متوسط سهم وراثت در بروز این اختلال ۸۰ تا ۹۰ درصد است. در مجموع مطالعات خانواده، دو قلوها و فرزندخوانده‌ها تأثیر عوامل ژنتیکی را در بروز این اختلال نشان می‌دهد. البته سبب‌شناسی این اختلال تنها به وراثت محدود نمی‌شود؛ بلکه برخی از عوامل محیطی و تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی نیز در بروز اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مؤثرند (داس بنرجی، میدلتون و فارون؛ به نقل از خانزاده، ۱۳۹۲). چنین کودکانی چون قبل از عمل فکر نمی‌کنند احتمال دارد دست

به رفتارهای خطرناک بزنند. به دلیل همسویی این اختلال با سایر اختلالات و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین (دیویدس^۱ و گسپیر، ۲۰۰۵ به نقل از خانزاده، ۱۳۹۲) مورد توجه درمانگران و متخصصان است. اما چنانچه این اختلال به موقع شناسایی و درمان شود، درمان به موقع آن در ۷۵ درصد موارد منجر به بهبودی قابل ملاحظه ای در عملکرد فردی و اجتماعی و کاهش نشانه های اختلال خواهد شد (بیکو^۲ و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از خانزاده، ۱۳۹۲). در صورت عدم شناسایی و درمان به رفع، سیر مزمن این اختلال منجر به سایر اختلالات روان پزشکی در دوران بزرگسالی می گردد. لذا تشخیص اختلال و درمان به هنگام از ضروریات پیشگیری از اثرات مزمن در کودکان مبتلاست. روشهای درمانی گوناگونی در این خصوص از جانب درمانگران و متخصصان بالینی مورد استفاده قرار می گیرد: دارو درمانی - آموزش والدین - کنترل افتاد در کلاس - درمان های شناختی - موسیقی درمانی و بازی درمانی.

یکی از درمانهای رایج اختلال نارسایی راجع به بیش فعالی تجویز داروهای محرک بوده که رو به افزایش است (بارکلی، ۲۰۰۶؛ به نقل از بهرام، ۱۳۹۳). حدود ۷۵ درصد این کودکان تحت درمان با این داروها قرار می گیرند (آر، چر، ۲۰۱۲). از نظر داروشناسی، این اختلال به وسیله ی داروهای محرکی مانند متیل فنیدات، ریتالین یا آمفتامین (مانند آدرنال) تحت درمان واقع می شود (والکو، ۱۹۹۸؛ به نقل از بهرام، ۱۳۹۳).

^۱ Davids, E., & Gastpar
^۲ Bebko

با توجه به فواید زیاد دارو درمانی به عقیده‌ی تعداد بسیار صاحب نظران و پژوهشگران، عوارض جانبی زیادی نیز برای کودکان دارد. از جمله‌ی آنها می‌توان آثار زیر را نام برد: کاهش اشتها، کاهش وزن، اختلال در خواب، توهم زایی، افسردگی، افزایش فشار خون (یانگ^۱، ۲۰۱۰)، به نقل از بهرام، (۱۳۹۳). فعالیت بدنی می‌تواند فیزیولوژی مغز را با افزایش رشد مویرگ‌های مغزی، جریان خون، اکسیژن، رسیدن و رشد سلول‌های عصبی در هیپوکامپ (مرکز یادگیری و عملکردهای شناختی)، سطوح انتقال دهنده B، توسعه اتصالات عصبی، تراکم شبکه عصبی و سطح فعالیت مغز تحت تاثیر قرار دهد. این تغییرات سبب می‌شود تا عملکردهای شناختی از جمله، توجه، پردازش اطلاعات، ذخیره و بازیابی اطلاعات، افزایش عاطفه مثبت، کاهش احساس ترس، بهبود یابد. می‌توان گفت عملکرد شناختی و عملکرد اجرایی، از طریق فعالیت بدنی هوازی افزایش می‌یابد (کریستوفر،^۲ ۲۰۱۳). جین^۳ (۲۰۰۶) بیان کرده است که راه‌های درمانی کودکان بیش‌فعال با عقب‌ماندگی ذهنی تفاوتی با کودکان بیش‌فعال ندارد. لذا می‌توان برای بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان عقب‌مانده ذهنی از ایروپیک استفاده کرد.

اهمیت موضوع

اختلال ای.جی.دی یکی از متداولترین اختلالهای دوران کودکی است که کودکان مبتلا به دلیل آن به مراکز سلامت روانی ارجاع داده می‌شوند. امروزه این