

## [اختلال در دیکته]

دقت، توجه و حساسیت شنیداری

تهیه و تدوین: نسرین صادقی نیا

مرکز آموزش و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری سبزوار

## تعریف اختلال در توجه (ADD)

کودکی مبتلا به ADD تلقی می گردد که دارای علائمی از بی توجهی مانند: ناتوانی در به انجام رسانیدن کارهایی که شروع کرده، ناکامی در گوش کردن (عدم درک صحیح از مطالب به صورت شنیداری)، حواسپرتی، مشکل در تمرکز و بازماندن از فعالیت های مربوط به یک بازی، و رفتار تکانه ای نظیر: (عمل بدون تفکر، مرتباً از کاری به کار دیگر پرداختن، مشکل در سازماندهی، نیاز به مراقب، مرتباً از کلاس خارج شدن و ناتوانی در یک جا ماندن) باشد.

## اختلال نقص در (ADD)

اختلال نقص در توجه یکی از مواردی است که در اغلب ناتوانی های یادگیری همراه و یا بدون پرفعالیتی دیده می شود. در سومین راهنمای تشخیص و آماری بیماری روانی (DSMIII) (انجمن روان پزشکی آمریکا ۱۹۸۰) از اختلال نقص در توجه (ADD) اصطلاحاً به عنوان کمبود نامناسب توجه مربوط به رشد (بی توجهی) همراه با ضعف در کنترل کتانه ها یاد شده است. کودکی که مبتلا به این اختلال می باشد اصولاً علائمی از بی ثباتی در

توانایی های شناختی مربوط به تکالیف تحصیلی و عملکرد متغیر را از خود نشان می دهد که اغلب موجب پریشانی معلم، والدین و حتی خود کودک می شود.

مطالب (DSMIII) به منظور تشخیص اختلال نقص در توجه می بایستی کودک ملاکهای بی توجهی (نظیر شکست در به انجام رسانیدن کارهایی که شروع کرده، شکست در گوش کردن، حواسپرتی، مشکل در تمرکز یا دقت در انجام یک بازی) و تکانش (از قبیل انجام اعمال قبل از تفکر، از کاری به کار دیگر پرداختن، مشکل در سازماندهی، نیاز به کنترل کننده، فریادهای ناگهانی در کلاس، مشکل در منتظر ماندن) را داشته باشد.

برای تشخیص ADD همراه با پرفعالیتی، می بایستی کودک علاوه بر حواسپرتی و علائم کنترل ضعیف تکانه ها، فعالیت حرکتی زیاد را نیز داشته باشد. فعالیت حرکتی زیاد ممکن است به صورت مشکل در یک جا نشستن یا مشکل در یک جا ماندن، راه رفتن و دویدن زیاد و راه رفتن در خواب مشاهده شود.

در بررسی روانشناختی هنگامی می توان الگویی از حواسپرتی مفرط را مطرح کرد که کودک در خرده آزمون های محاسبه عددی، فراخنای اعداد و رمزنویسی در آزمون Wisc-R و نیز در خرده آزمون های پنجره جادویی، شناخت صورت ها، حرکات دست، یادآوری اعداد، ترتیب کلمات و حافظه فضایی مربوط به آزمون K-ABC، نمرات پایینی به دست آورد.

معیار واحدی که بتوان با آن وجود یا عدم وجود ADD را ثابت کرد وجود ندارد. بلکه فقط بوسیله گردآوری اطلاعات از منابع مختلف است که می توان به تشخیص دست یافت و البته به

این تشخیص هم نمی توان صددرصد اطمینان داشت. با توجه به اینکه موضوع مورد نظر تکانه ای و فراخنای توجه کودک در منزل و مدرسه می باشد متخصصین گروه میان رشته ای می بایستی ارزش بیشتری برای گزارش های معلمین و والدین نسبت به مشاهدات خود در حین آزمون قائل شوند.

بسیاری از کودکانی که در زمینه های اصلی تحصیلی (خواندن، ریاضیات، زبان نوشتاری) دارای مهارت های برتر هستند ممکن است در مدرسه عملکرد ضعیف داشته باشند. علت آن را می توان ناشی از ناتوانی کودک در نشستن پشت میز، کامل کردن تکالیف و سازماندهی شخصی دانست.

### برخی از ویژگی های کودکان مبتلا به (ADD)

#### مشکل در مهارت های مطالعه یا مهارت های سازماندهی

کودکان مبتلا به ADD اغلب علائمی از مشکل در مهارت های مطالعه یا مهارت های سازماندهی از خود نشان می دهند. تشخیص ADD منابع اصلی و اولیه برای جمع آوری اطلاعات جهت شناسایی مشکلات مطالعه و مهارت های سازماندهی، شامل معلمین، والدین و گاهی خود دانش آموز می باشد. پاسخ والدین، معلمین و خود کودک به سئوالاتی در مورد چگونگی انجام تکالیف (شامل میزان تکلیف، زمانی که برای کامل کردن تکالیف صرف می شود، نیاز کودک به وجود یک کنترل کننده)، دلایل کمی نمرات (ناشی از پایین بودن میزان آمادگی در امتحانها، شکست در تکمیل یا انجام تکالیف در منزل یا تکالیف کلاسی و غیبت

از کلاس) و نیاز کودک به نظارت در مدرسه و منزل به منظور اثبات وجود مشکل در مهارتهای مطالعه و مهارتهای سازماندهی دارای اهمیت بسزایی می باشد. لازم به ذکر است که با بزرگتر شدن کودک و انتظار مسئولیت پذیری بیشتر از وی، مشکلات مربوط به مطالعه و سازماندهی شدیدتر می گردد.

### کند نویسی و عدم کفایت در نوشتن

با آنکه مشکلات زبان نوشتاری معمولاً در تشخیص ناتوانی یادگیری مورد توجه قرار می گیرد، ولی بسیاری از آزمون هایی که توانایی های مربوط به این زمینه را ارزیابی می کنند، صرفاً به هجی کردن و مکانیسمهای نوشتن (از قبیل: نقطه گذاری، دستور زبان، نوشتن با حروف بزرگ و استفاده از کلمات) توجه دارند. اصولاً کفایت و سرعت در دست نویسی به میزان قابل توجهی به مهارتهای حرکتی ظریف یا یکپارچگی دیداری، حرکتی بستگی دارد. در صورت امکان می بایستی از معلم راجع به علل کند نویسی یا عدم تکمیل تکالیف (مواردی نظیر رویاهای روزانه، توجه بیش از اندازه به مراحل و جزئیات تکلیف، ناتوانی در پیگیری دستورات و مشکل در رونویسی از روی تخته) سئوالاتی پرسیده می شود.

این کودکان در بعضی آزمون های خاص (مانند آزمون یکپارچگی دیداری- حرکتی و خرده آزمون رمز نویسی در WISC-R) نمرات پایینی کسب می کنند. مشاهده حین انجام آزمون نیز ممکن است شواهدی از کندی در انجام تکالیف (از قبیل گم کردن مکرر محل نوشتن، رفتارهای زاید، بدگرفتن مداد در دست) را ارائه دهد.

## بی قاعدگی در حرکات درشت

برخی از کودکان دارای ناتوانی یادگیری علائمی از ضعف در مهارتهای حرکتی درشت دارند. اصولاً مهارتهای حرکتی درشت (بازی کردن) یکی از ۲ روش عمده ارتباط بین

کودکان می باشد. (روش دیگر مربوط به مهارتهای زبان می شود).

مشکلات موجود در مهارتهای حرکتی درشت معمولاً از طریق ارزیابی فیزیوتراپی و نیز ارزیابی رشدی-عصبی مورد سؤال قرار می گیرد. معلمین و والدین اغلب گزارشات در مورد بی قاعدگی حرکتی کودک ارائه می دهند. به همین دلیل پاسخ به سئوالات مربوط به فعالیت های فوق برنامه کودک (خصوصاً فعالیت های ورزشی) می تواند راجع به میزان مشکلات حرکتی درشت و اثرات آن بر تفریحات کودک اطلاعاتی را در اختیار ما بگذارد.

## مشکلات زبان و گفتار

کودکان دارای ناتوانی یادگیری اغلب سابقه ای از رشد کند زبانی داشته که حتی ممکن است تا دوران تحصیل نیز ادامه پیدا کرده باشد. معمولاً وجود مشکل در زبان ابتدا از طرف والدین و معلمین مورد شناسایی قرار می گیرد. مشکلات زبان در آزمون Wisc-R هنگامی مشخص می شود که نمره هوش بهره علمی (P/Q) به میزان زیادی بالاتر از هوش بهره کلامی (V/Q) قرار داشته باشد. علاوه بر گروه میان رشته ای، گفتار درمانی می تواند از طریق ارزیابی خود اطلاعات مهمی راجع به تعیین لزوم استفاده از برنامه گفتار درمانی را ارائه دهد.

## مشکلات عاطفی

اگر ناتوانی یادگیری به عنوان یک وضعیت معلولیت ساز در نظر گرفته شود یا ارائه خدمات آموزشی و ارتقاء سطح موفقیت تحصیلی را می توان مشکلات عاطفی را نیز مرتفع ساخت. ولی چنانچه اختلال عاطفی به عنوان یک وضعیت معلولیت ساز ثانویه در نظر گرفته شود، ارائه خدمات روان درمانی موجب خواهد شد که وضعیت تحصیلی بهبود یافته و مشکلات یادگیری از بین برود.

اطلاعات لازم جهت اثبات وجود مشکلات عاطفی را می توان ابتدا از طریق مصاحبه با والدین، معلمین و خود کسب کرد.

مشاهدات حین انجام آزمون نیز از مواردی است که در شناسایی اختلالات خلقی نقش اساسی دارد. به طور کلی، اصولاً کودکی که علائم شدید اضطراب، خشم، حواسپرتی، عدم اطمینان نسبت به پاسخ، عدم وجود ارتباط چشمی، رفتارهای اجتنابی، تحمل کم نسبت به ناکامی و عواطف نامناسب دارد می بایستی تحت ارزیابی های دقیق تر و بیشتری قرار بگیرد. نتایج آزمون های فرافکن در تعیین وجود اختلالات عاطفی نیز نقش بسزایی دارند.

### مشکلات خانوادگی

وجود کودک ناتوان در یادگیری، خصوصاً کودکی که علائم ADD (همراه یا بدون پرفعالیتی نیز دارد، می توان اثرات نامطلوبی بر زندگی خانوادگی داشته باشد و والدین و معلمین ممکن است که احساس کنند کودک تنبل بوده و به اندازه استعدادهايش کار نمی کند. معمولاً در انجام دستورات سهل انگاری نموده و خودرأی و لجوج است.

همانطور که کودک بزرگتر می شود والدین نیز از وی انتظار دارند که مسئولیت پذیری بیشتری در رابطه با انجام تکالیفش نیاز به کمک دارند، ولی از دخالت والدین رنجیده خاطر می گردند. شناسایی مشکلات خانوادگی اصولاً بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از مصاحبه با والدین و کودک صورت می پذیرد. آزمونهای فرافکن اطلاعات ارزشمندی در مورد دنیای مبهم خانوادگی در اختیار گروه تشخیص می گذارند.

### مشکلات رفتاری ویژه

بسیاری از مشکلات رفتاری که توسط والدین و مربیان مطرح می شوند در واقع تجلیات واکنش کودک نسبت به ناتوانی یادگیری، ADD و اختلالات عاطفی می باشند. راهبردهایی که به منظور مقابله با ناتوانی ها و اختلالات مورد انتقاد قرار می گیرند. (نظیر خدمات آموزشی ویژه، درمان دارویی، روان درمانی) عموماً موجب بهبود رفتار کلی کودک و کاهش میزان مشکلات رفتاری ویژه می گردد. بسیاری از مشکلات رفتاری ویژه به تکنیکهای تعدیل رفتار به خوبی پاسخ می دهند. از این رو مقتضی است که مشکلات بسیار بارز کودک در منزل (نظیر: ناتوانی در اجرای دستورات، مشکل در حاضر شدن برای مدرسه، کج خلقی، پرخاشگری زیاد نسبت به همسالان) و مدرسه (نظیر مشکلات در انجام تکالیف، حرف زدن، بی اجازه، سرگردانی در کلاس و دیر حاضر شدن در مدرسه) شناسایی شود. مصاحبه های انجام شده با والدین و معلمین عموماً بهترین منابع جهت شناسایی چنین مشکلاتی هستند. در صورتی که

اطلاعات یاد شده به خوبی جمع آوری شده و به روشنی ارائه گردند، گروه میان رشته ای می تواند راهبردهای تعدیل رفتارهای ویژه را ارائه نماید.

## درمان اختلال نقص در توجه

به طور کلی کودکان دارای ناتوانی یادگیری در رابطه با واژه توجه، دارای دو گونه مشکل هستند. ممکن است میزان توجه در آنها بسیار کم (کاهش فراخنای توجه) یا بسیار زیادی (به صورت توجه طلبی) باشد. عدم وجود رشد مناسب در فراخنای (ADD) حاکی از شرایط معلولیت ساز اولیه با اساس عصب شناختی بوده (مشابه ناتوانی یادگیری) و به این معنی است که بسیاری از قسمت های آن خارج از محدوده کنترل کودک قرار دارد. این نقائص عصب شناختی در فرآیند یادگیری مداخله کرده و با هم تصویر پیچیده ناتوانی های یادگیری را بوجود می آورند. از طرف دیگر توجه طلبی، یک وضعیت معلولیت ساز ثانویه بوده که به جای زمینه های عصب شناختی، دارای اساس رفتاری می باشد.

کودک ناتوان در یادگیری ممکن است، ترکیبی از مشکلات مربوط به توجه را داشته باشد به این معنی که علائم توجه طلبی و کمی فراخنای توجه، با هم در وی مشاهده شود. وجود چنین مسأله ای موجب سردرگمی در انتخاب انطباقهای محیطی مناسب (در منزل و مدرسه)، استفاده از داروهای محرک (نظیر متیل فنیدات، رتالین) و تکنیک های اصلاح رفتار می شود.

ساماندهی انطباق های محیطی برای اختلال نقص در توجه



به دلیل زیادی مواجه شدن با کودکان دارای ADD مشکل است. گاهی این کودکان نشان می دهند که کاملاً قادر هستند عملکرد مطابق سن خود داشته باشند و همین امر موجب می شود که والدین و معلمین رفتار نامطلوب کودک را کاملاً عمدی تلقی کنند و گاه همین کودکان (خصوصاً در هنگام بلوغ) از این که والدین یا معلمین در کارشان دخالت می کنند، ناراحت شده و مایل هستند که کارها بر عهده خودشان گذاشته شود. ولی به دلیل نداشتن توانایی ساماندهی، اغلب عملکرد آنها با موفقیت همراه نیست. واکنش های تکانشی این کودکان موجب می شود اعمالی از ایشان سر بزند که خود کودک از نامناسب بودن آن آگاهی داشته و باعث ناکامی خود وی و بزرگسالان می گردد. همانگونه که والدین کودکان دارای معلولیت جسمانی با رسیدن کودک به سن خاصی وی را از استفاده از بریس یا صندلی چرخدار محروم نمی کنند، والدین و معلمین کودک قبلاً به اختلال نقص در توجه نیز نباید وی را از حمایت، نظارت و ثباتی که مورد نیازش می باشد، محروم کنند.

### استفاده از داروهای محرک (متیل فنیدات، ریتالین)

اصولاً داروهای محرک هنگامی تجویز می شوند که کودک علائم ADD را به طور کامل داشته و ارزیابی هایی هم در زمینه توانایی های بالقوه شناختی، سطح موفقیت تحصیلی و مطلوبیت محیط آموزشی صورت گرفته باشد.

عمده ترین داروی محرک برای کودکان مبتلا به ADD متیل فنیدات (ریتالین) می باشد. فواید کوتاه مدت مصرف داروهای محرک به راحتی قابل مشاهده هستند که می تواند شامل

بهبود فراخنای توجه و ارتباط با همسالان، بهبود مهارت‌های دیداری- حرکتی (مثل دست نویسی) و کاهش واکنش‌های تکانشی می باشد. در این فرآیند بازخوردها، والدین و معلمین می بایستی بیان دارند که مصرف داروهای محرک دارای چه اثراتی بوده و بر چه مواردی اثر نگذاشته است.

برخی از راهکارهایی که می توانا برای دانش آموزان مبتلا به ADD انجام داد، به شرح ذیل است:

۱. به دلیل اینکه کودکان به سختی می توانند از کاری به کار دیگر پردازند بنابراین باید برنامه روزانه آنها تا حد امکان یکنواخت باشد و حتی الامکان از تغییر کلاس و معلم کودک خودداری شود.

۲. ایستادن پهلوی کودک، گذاشتن یک دست روی شانه کودک، برقراری ارتباط چشمی

۳. وظایف و تکالیف می بایستی دقیق و ساده باشد. مثلاً معلم نباید بگوید: «وسایلت را جمع کن و به منزل برو» بلکه باید بگوید: «بررسی کن که آیا دفتر ریاضی، دفتر مشق و دفتر یادداشت در کیف هست یا نه»

۴. استفاده از زمان تعیین شده برای انجام تکالیف مثلاً ظرف ده دقیقه، ده تمرین را باید حل کنی.

۵. به حداقل رساندن عوامل محیطی که باعث حواسپرتی می شود. در صورت لزوم باید از اطاقک های مطالعه انفرادی استفاده شود.

۶. در هنگام پیشرفت توانایی کودک در انجام تکالیف، کار کردن بطور مستقل و توجه کردن، می توان از پاداش های کلامی استفاده کرد.

بعد از انجام مراحل بالا چون دانش آموز در زمینه حساسیت شنوایی در (املاء) بیشترین مشکل را دارد بنابراین برنامه ی درمان را اختصاصی تر کرده و به موارد ذیل اشاره می کنیم:

۱. استفاده از چند وسیله ی صداساز مانند: سوت، شیپور، زنگ و...

۲. استفاده از ضبط صوت که بتواند صدای حیوانات مختلف، کارهای روزانه و... را تشخیص دهد.

۳. استفاده از قوطی های پلاستیکی هم شکل که داخل هر کدام از آنها چیزهایی مثل برنج، نخود، سنگ و امثال آن می ریزیم که کودک باید صدای ماده ی داخل هر قوطی را تشخیص دهد.

۴. تشخیص صداهای مشابه، مثلاً چند نمونه از قوطی های بالا را تهیه کرده تا قوطی های مثل هم را پیدا کند.

۵. تشخیص صدا با تصویر بعد از اینکه صداهای مختلف در نوار کاست ضبط شد باید صدای مورد نظر را با تصویر مناسب پیدا کند.

۶. استفاده از تلفن و تشخیص صدای دوستان.

۷. چشم کودک را ببندیم تا صدای دوستان همکلاسی خود را تشخیص دهد.
۸. همیشه در منزل از صداهای آهسته استفاده شود هنگام سخن گفتن، تلویزیون تماشا کردن گوش دادن به رادیو و...
۹. در مدرسه معلم باید دیکته را با صورت معمول بگوید و هر واژه یا جمله فقط یکبار بگوید.
۱۰. انتخاب واژه هایی که حرف اول آنها یکی از حروفی باشد که کودک در شنیدن آن کاملاً حساس نیست. بعد از بیان آن کلمات از کودک می خواهیم که صدای اول آنها را تشخیص دهد. همچنین در مورد صدای آخر و وسط هم می توان انجام داد.
۱۱. داستانی را با صدای آهسته بگوئیم و دانش آموز آن را بیان کند.
۱۲. واژه هایی را در سه گروه انتخاب می کنیم. گروهی که صدا در اول کلمه، گروهی صدا در وسط کلمه و گروهی صدا در آخر کلمه و بعد از تکرار درمانگر از دانش آموز می خواهیم آنها را تکرار کند.
۱۳. صداهایی که بیشترین مشکل را دارد انتخاب کرده و از دانش آموز می خواهیم هر موقع بعد از تلفظ کلمات به صدای موردنظر رسید دستش را بعنوان علامت بالا ببرد.
۱۴. کلمات بی معنی را تلفظ می کنیم، هرگاه صدای موردنظر را شنید علامت بدهد. مثلاً برای حرف «د» کلمات دد-مر-در-سر

۱۵. کلماتی را که می توان تمایز شنیداری بیشتری دارند و با کلمات مشابه اشتباه می شوند انتخاب کرده، ابتدا تلفظ صحیح را می آموزیم سپس طی یک بازی از او می خواهیم به کلماتی که تلفظ می کنیم گوش دهد و هر گاه اشتباه تلفظ کردیم شناسایی و اصلاح کند. مثلاً: کبریت - کبریت. ابو - ابرو. دیفار - دیوار.

۱۶. صداهای یک کلمه را با فاصله می گوئیم آنگاه خودش به طور کامل بگوید و بهتر است کلماتی باشد که از درس انتخاب شده و دانش آموز بیشترین مشکل را در آن صداهای دارد. صبح گاه هی ← صبحگاهی.

۱۷. آخرین بخش هر واژه را خود دانش آموز بگوید. مثال: نو - دانش آموز بگوید: روز ← نوروز. ل دانش آموز بگوید: باس ← لباس.

امید که بتوان گامی هر چند اندک در پیشبرد اهداف آموزشی برداریم.