

## نقش معلم در کنترل و کاهش بیش‌فعالی دانش‌آموزان با نگرشی بر روش‌های تربیتی در اسلام

فاطمه عبداللهی<sup>۱</sup>، هاجر ذبیحی<sup>۲</sup>

### چکیده

کودکان در سال‌های آغازین تربیت و تحصیل خود ممکن است دچار اختلال‌های رفتاری شوند که این اختلال‌ها بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. از جمله این اختلال‌ها، اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی (ADHD) است. در پژوهش حاضر، با رویکرد کاربردی و روش توصیفی-تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و اسنادی، نقش و جایگاه معلم در کنترل و کاهش بیش‌فعالی دانش‌آموزان با تمرکز بر روش‌های تربیتی اسلامی بررسی شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از رفتارهای دانش‌آموزان در مدرسه بروز می‌کند و معلم می‌تواند با راهبردهایی مانند الگوسازی، شکل‌دهی رفتار، مجاورت، محروم‌سازی، رفتاردرمانی شناختی و استفاده از توانایی‌های روان‌شناختی و اجتماعی خود در ترغیب دانش‌آموزان به یادگیری با انگیزه، نقش مؤثری در کنترل این اختلال‌ها ایفا کند. هرچند منابع اسلامی به‌طور صریح درباره دانش‌آموزان با بیش‌فعالی بحث نکرده‌اند، معلمان با به‌کارگیری روش‌های تربیتی توصیه‌شده در منابع دینی می‌توانند بر رفتار و توجه دانش‌آموزان اثرگذار باشند.

**واژگان کلیدی:** بیش‌فعالی، دانش‌آموزان، معلم، کمبود توجه.

---

۱. دانش‌پژوه کارشناسی علوم تربیتی، از کشور افغانستان، مجتمع آموزش عالی بنت‌الهدی، جامعه‌المصطفی‌العالمیه، قم، ایران.

Email: Fatemeh.abdullahi11@gmail.com

ORCID: 0009-0001-3097-8654

۲. مدیر گروه علوم تربیتی، مجتمع آموزش عالی بنت‌الهدی، جامعه‌المصطفی‌العالمیه، قم، ایران.

Email: zabihihajar@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3594-025X

## ۱. مقدمه

اهمیت تعلیم و تربیت در جهان امروز بر کسی پوشیده نیست. انسان به دلیل ویژگی تربیت‌پذیری از سایر مخلوقات متمایز شده و ارزش او تا حد زیادی به میزان برخورداری از تعلیم و تربیت وابسته است. امروزه نمی‌توان اهمیت تعلیم و تربیت را برای آینده جوامع کم‌ارزش شمرد و آن را فعالیتی موازی سایر فعالیت‌ها دانست. به تعبیر میتچل، اگر فقط یک عرصه از حیات بشری نیازمند توجه به آینده باشد، آن عرصه تعلیم و تربیت است (کریم‌زاده، و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۴۲).

در قرآن کریم نیز به اهمیت تعلیم و تربیت اشاره شده است: «والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئا و جعل لكم السمع والابصار والأفئدة لعلكم تشكرون» (نحل: ۷۸). این آیه نشان می‌دهد که انسان، نادان به دنیا می‌آید و کسب علم و استفاده از امکانات الهی برای رشد او ضروری است. آیت‌الله جوادی‌آملی ذیل این آیه بیان می‌کند که انسان دو نوع علم دارد: علم میزبان که از ذات خداوند در وجود انسان نهادینه شده است و خداوند انسان را با آن علم خلق کرد: «فألهمها فجورها وتقواها»؛ و علم مهمان که در حوزه و دانشگاه یاد گرفته می‌شود. خداوند در سوره نحل آیه ۷۸ فرمود: «... شيئا...» در این آیه، نکره در سیاق نفی است، یعنی هیچ چیزی بلد نبودید؛ حتی ساده‌ترین و بدیهی‌ترین چیزهای حسی را نمی‌دانستید: «و جعل لكم السمع و الأبصار و الأفئدة لعلكم تشكرون». سپس خداوند می‌فرماید: «طلب العلم فريضة».

امام باقر علیه السلام نیز درباره فضیلت تعلیم می‌فرماید: «إن الذي يعلم العلم منكم له أجر مثل أجر المتعلم و له الفضل عليه...؛ همانا آن کسی از شما که دانش را آموزش دهد، پاداشی برابر دانش آموز دارد و البته آموزگار بر دانش آموز فضیلت و برتری دارد. پس دانش را از حاملان آن فراگیرید و آن سان که عالمان به شما آموخته‌اند، آن را به برادرانتان بیاموزید» (کلینی، ۱۳۴۴، ۳۵/۱). معلم با اخلاق، رفتار، دلسوزی، وقت‌شناسی، رعایت نظم و التزام به ضوابط شرعی، نه تنها معلم، بلکه مربی و الگوی تأثیرگذار دانش‌آموزان است. معلمان می‌توانند با رفتار خود، دانش‌آموزان را به رشد

دینی، اخلاقی و اجتماعی هدایت کنند؛ در مقابل، معلم بد اخلاق ممکن است تأثیر منفی بر رفتار دانش‌آموزان داشته باشد (خالدی، بی‌تا).

باتوجه به اهمیت نقش معلم، سرنوشت انسان‌ها و جامعه تا حد زیادی در دست اوست. دانش‌آموزان در مراحل اولیه رشد تحت تأثیر والدین هستند، اما در مراحل بعدی، معلم مدرسه نقش مهم‌تری در تربیت آنها ایفا می‌کند. (کریم‌زاده، و همکاران، ۱۳۹۹) کودکان در سال‌های آغازین تربیتی و تحصیلی خود ممکن است دچار اختلال‌های رفتاری شوند که این اختلال‌ها بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودکان تأثیر منفی بگذارد. از جمله اختلال‌های رفتاری اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی می‌باشند. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی کودکان مدرسه‌ای است و بین ۳ تا ۷٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کمالی، و همکاران، ۲۰۱۸). شیوع بیش‌فعالی در جهان حدود ۵٪ است و در مردان بیشتر از زنان مشاهده می‌شود (رویز، ۲۰۱۸). ADHD یک اختلال عصب‌رشدی است که با کم‌توجهی، پرجنبشی و تکانشگری همراه است و یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان سنین مدرسه به‌شمار می‌رود. این اختلال اغلب با مشکلات تحصیلی و سایر اختلالات روان‌شناختی همراه است (خدادادی و جباری، ۱۳۹۶؛ علیشاهی، و همکاران، ۱۳۸۲).

## ۲. مفهوم‌شناسی بیش‌فعالی

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری در کودکان مدرسه‌ای است و کودکان بسیاری را در جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال با اسامی مختلفی همچون بدکارکرد جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش‌فعالی معرفی شده است، اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) آن را نارسایی توجه-بیش‌فعالی نامگذاری کرده‌اند. برای تشخیص این اختلال در کودکان بین سنین پنج تا هفت سال، باید نشانه‌هایی مانند بیش‌فعالی، تحرک بیش از حد معمول، بی‌توجهی، حواس‌پرتی مداوم، پریشانی، اضطراب، تکانشگری و عمل

نسنجیده را در محیط‌های مختلف مانند خانه، مدرسه و روابط اجتماعی مشاهده کرد. (طیبیان مجرد، ۱۴۰۲) این کودکان در خانه و مدرسه ممکن است از دستورات والدین و معلمان پیروی نکرده و رفتارهای تکانشی و بی‌ثبات هیجانی از خود نشان دهند، در ارتباط با همسالان مشکل داشته و اغلب منزوی شوند (دیانت مقدم، ۱۳۶۱). لازم به ذکر است که شدت و ظهور این مشکلات در کودکان مختلف متفاوت است و تمام این نشانه‌ها در همه کودکان مشاهده نمی‌شود. به‌طور کلی، سه مشکل بنیادین این کودکان عبارت‌اند از: کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری.

کمبود توجه مهم‌ترین و نخستین معیار تشخیصی ADHD است. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) والدین و معلمان معمولاً از این شکایت دارند که کودک گوش نمی‌دهد، کارها را ناتمام رها می‌کند و به راحتی حواسش پرت می‌شود (علیزاده، ۱۳۸۳). کودکان مبتلا به کمبود توجه، در جزئیات بی‌دقت هستند، تمرکز پایدار ندارند و فعالیت‌هایشان اغلب ناتمام باقی می‌ماند. این کودکان کارهای خسته‌کننده یا یکنواخت را دشوار می‌دانند و به‌راحتی توسط محرک‌های کم‌اهمیت حواسشان پرت می‌شود. برای مثال، ممکن است وقتی برای آوردن چیزی به اتاق می‌روند، تصویر روی دیوار توجه‌شان را جلب کند و هدف اصلی را فراموش کنند (دیانت مقدم، ۱۳۹۱).

نشانه‌های کمبود توجه عبارتند از: عدم توجه به جزئیات یا انجام اشتباهات بی‌دقت در تکالیف؛ مشکل در حفظ توجه در تکالیف یا فعالیت‌ها؛ گوش نکردن به صحبت مستقیم دیگران و ذهن‌پرتی؛ عدم توانایی در پیروی از دستورالعمل‌ها و تکمیل کارها؛ مشکل در سازماندهی فعالیت‌ها و مدیریت زمان؛ اجتناب از تکالیف نیازمند تلاش ذهنی مداوم؛ گم کردن وسایل مورد نیاز؛ و حواس‌پرتی توسط محرک‌های نامرتب و فراموشکاری در فعالیت‌های روزمره. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۴۰۰)

فزون جنبشی یا بیش‌فعالی، یکی از مشکلات اصلی کودکان مبتلا به ADHD، فعالیت زیاد و فزون جنبشی است. این نشانه باید در بیش از یک محیط مشاهده شود، مانند خانه، مدرسه یا

درمانگاه، و در مقایسه با کودکان همسن و سطح هوشی مشابه ارزیابی گردد. (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) این کودکان آرام نشستن، منتظر ماندن و رعایت نوبت را دشوار می‌دانند و در کلاس درس یا موقعیت‌های اجتماعی بیش از حد حرکت و صحبت می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳، ص ۲۴).

نشانه‌های بیش‌فعالی عبارتند از: تکان خوردن دست و پا و وول خوردن هنگام نشستن؛ ترک صندلی در کلاس یا موقعیت‌های مشابه؛ دویدن یا بالا و پایین پریدن بیش از حد معمول؛ ناتوانی در مشارکت آرام در بازی‌ها و فعالیت‌های گروهی؛ صحبت کردن بیش از حد معمول. (دیانت مقدم، ۱۳۶۱)

تکانشگری به معنای رفتار بدون تفکر قبلی است و یکی از اجزاء اصلی ADHD می‌باشد. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) کودکان تکانشی اغلب از پیامد رفتار خود درس نمی‌گیرند و حتی پس از تنبیه، رفتار آزاردهنده خود را تکرار می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳). در نوع بیش‌فعالی-تکانشی، کودک بی‌قرار، پرحرف و ناتوان در کنترل رفتار خود است. نشستن طولانی مدت و رعایت نوبت برای او دشوار است و ممکن است آسیب جسمی بیشتری نسبت به سایر کودکان تجربه کند (طیبیان مجرد، ۱۴۰۲).

### ۳. انواع بیش‌فعالی

اگرچه اغلب نشانه‌های کمبود توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی با هم دیده می‌شوند، در برخی از افراد مبتلا، دسته‌ای از نشانه‌ها بارزتر است و بیشتر به چشم می‌خورد. براین اساس، این اختلال به سه حالت فرعی تقسیم می‌شود:

۳-۱. نوع کمبود توجه غالب: این گونه اختلال زمانی مطرح می‌شود که نشانه‌های نبود توجه در شش ماه گذشته، بیشتر از نشانه‌های بیش‌فعالی-تکانشگری دیده شده باشد. در کودکان دبستانی که والدین بنا بر توصیه معلمان یا مسئولان مدرسه به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، این نوع بیشتر دیده می‌شود.

۳-۲. نوع بیش‌فعالی- تکانشی غالب: این نوع زمانی مطرح می‌شود که نشانه‌های بیش‌فعالی- تکانشگری در شش ماه گذشته، بیشتر از نشانه‌های نبود توجه دیده شده باشند.

۳-۳. نوع مرکب: این نوع بیش‌فعالی زمانی مطرح می‌شود که هم نشانه‌های کمبود توجه و هم نشانه‌های بیش‌فعالی- تکانشگری، در دست کم شش ماه گذشته، پیوسته نمود داشته باشند. در بیشتر کودکان و نوجوانان بیش‌فعال، نوع مرکب مشاهده می‌شود. (دیانت مقدم، ۱۳۶۱)

#### ۴. تشخیص و ارزیابی بیش‌فعالی

تشخیص بیش‌فعالی ساده نیست و باید توسط متخصص واجد شرایط و یا با انجام تست‌های دقیق و مشاهدات بالینی مشخص شود. همه کودکان ممکن است نشانه‌های بیش‌فعالی را داشته باشند که در واقع بخشی از ماهیت سن کودکی است.

چه زمانی گفته می‌شود کودک دچار بیش‌فعالی است؟ ابتدا باید به شدت رفتارها و مشکلات و سپس به سن کودک توجه شود. این رفتارها باید در سال‌های اول زندگی و قبل از ۷ سالگی پدیدار شده و حداقل به مدت شش ماه ادامه داشته باشند. همچنین باید باعث ایجاد مشکل جدی حداقل در دو مکان مانند مدرسه، خانه، زمین بازی یا سایر مکان‌های اجتماعی شوند. (گرگی زاده اردشیری، ۱۴۰۱)

#### ۴-۱. سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

##### ۴-۱-۱. عوامل ژنتیکی

شواهد تجربی محکم نشان می‌دهد که ژنتیک نقش اساسی در سبب‌شناسی این اختلال دارد. (مایک و فارون، ۲۰۰۶-۲۰۰۸) مؤسسه ملی محافظت از سلامت (۲۰۰۶) به نقل از بروک، جمرسون و هنسن (۲۰۰۹) گزارش کرده است که بروز این اختلال در میان والدین و خواهر و برادران افراد مبتلا، ۲۵ تا ۲۶ درصد و بروز آن در کودکان والدین مبتلا، ۵۵ درصد است (بیدرمن، و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از بروک، و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات بارکلی (۲۰۰۶) روی دوقلوها نشان داده است که سهم وراثت در بروز این اختلال بین ۸۰ تا ۹۰ درصد است. اگرچه مطالعات خانواده، دوقلوها و

فرزندخوانده‌ها تأثیر عوامل ژنتیکی را نشان می‌دهند، اما کروموزوم یا ژن خاصی که مسئول این اختلال باشد، شناسایی نشده است (مایک و فارون، ۲۰۰۸). البته سبب‌شناسی این اختلال فقط به وراثت محدود نمی‌شود و عوامل محیطی نیز نقش مهمی در بروز نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند (خانزاده، و همکاران، ۱۳۹۹).

#### ۴-۱-۲. عوامل تغذیه

برخی بر این باورند که شکر تصفیه شده باعث ADHD می‌شود یا علائم آن را تشدید می‌کند، اما تحقیقات بیشتر این نظریه را رد کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند کودکانی که شکر مصرف می‌کنند، رفتار متفاوت یا ضعف یادگیری بیشتری نسبت به کودکانی که جایگزین شکر دریافت کرده‌اند، نشان نمی‌دهند. (ولرایش، ۱۹۹۴) همچنین مصرف افزودنی‌های غذایی مانند رنگ‌های مصنوعی و نگهدارنده با افزایش فعالیت مرتبط بوده است (پشبادی، و همکاران، ۱۳۹۱).

#### ۴-۱-۳. عوامل محیطی

عوامل محیطی بسیاری پیش و پس از تولد کودک مورد بررسی قرار گرفته‌اند تا رابطه‌ای بین سموم محیطی و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پیدا شود. برای مثال، سرب می‌تواند از طریق خوردن یا تنفس موجب آسیب مغزی شود. بارکلی (۱۹۸۲) بیان می‌کند که ۳۰ درصد کودکانی که میزان سرب خونشان بالاست، نشانه‌های بیش‌فعالی نشان می‌دهند. کودکانی که در حومه شهرها زندگی می‌کنند یا در خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین هستند، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. همچنین سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری می‌تواند با این اختلال مرتبط باشد. از نظر بارکلی (۱۹۷۷)، پژوهشی‌های انجام شده در مورد اثر سرب و الکل بر مادران، دو ایراد روان‌شناختی دارد: اول مربوط به معیارهای تشخیص بالینی بیش‌فعالی و سطح آن است و دوم، به ارزیابی وجود این اختلال در والدین مربوط می‌شود. اما به‌طورکلی پژوهش‌های مربوط نشان می‌دهد که اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی با مصرف الکل و سرب، رابطه‌ای علت‌شناختی دارد و همچنان پژوهش‌های بیشتری در این زمینه ضروری است.

## ۵. روش‌های درمانی

### ۵-۱. دارو درمانی

درمان دارویی مبتنی بر داروهای محرک و غیرمحرک مانند ریتالین و آتوموکسیتین است و سال‌هاست که به‌عنوان روش درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقدار و نوع دارو باید توسط پزشک تنظیم شود؛ زیرا مقدار کم اثربخش نبوده و مصرف بیش از حد می‌تواند حالات نامطلوبی در کودک ایجاد کند؛ مانند فرو رفتن در خود، مات و مبهوت شدن، بد خلقی یا گریه زودهنگام. (دیانت مقدم، ۱۳۹۱)

### ۵-۲. رفتاردرمانی

رفتاردرمانی به کودک کمک می‌کند تا راه‌های مؤثر برای رسیدن به نتایج فوری، درک احساسات و انجام فعالیت‌ها را بیاموزد. این روش می‌تواند به تغییر افکار کودک و الگوهای رفتاری او کمک کند. حمایت‌ها ممکن است شامل کمک عملی در سازماندهی کارهای مدرسه یا کاهش حوادث هیجانی باشد. حمایت ممکن است در خودکنترلی رفتار شخصی کودک و افزایش اعتماد به نفس یا خودتشویقی وی برای عمل طبق تمایلی که دارند مثل کنترل عصبانیت یا فکر کردن قبل از عمل کردن باشد. (محمدزاده، ۱۳۸۶، ص ۱۰۹) رفتاردرمانگر سعی می‌کند با روش‌هایی الگوی رفتار کودک را تغییر دهد از جمله: ساماندهی مجدد محیط خانه و مدرسه؛ ارائه دستورالعمل‌های شفاف و روشن؛ ایجاد سیستم پاداش برای افزایش رفتارهای مناسب و پیامد منفی برای رفتارهای نامناسب. (داگلاس تاینن، ۱۳۸۶)

پیامبر اسلام صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ می‌فرماید: «دَعَا الصَّبِيَّ حَتَّى يَأْتِيَ سَبْعَ سَنِينَ، فَيَلْعَبُ سَبْعَ سَنِينَ، وَيَتَعَلَّمُ سَبْعَ سَنِينَ، فَإِذَا بَلَغَ سَبْعَ عَشْرَةَ سَنَةً فَرُجُوهُ...» (حر عاملی، ۱۴۰۹ هـ.ق، ۲۱/۴۷۴). اسلام جنب و جوش زیاد کودکان تا هفت سالگی را طبیعی می‌داند و سرکوب آن را توصیه نمی‌کند. این نگاه می‌تواند مبنای برخورد صحیح با کودک بیش‌فعال باشد.

### ۵-۳. تغییر شناختی-رفتاری

این روش درمانی به کودک کمک می‌کند مهارت‌های حل مسئله و کنترل خود را افزایش دهد. (ابیکوف، ۱۹۸۵) درمانگر از راه آموزش، الگوسازی، مرور ذهنی، فرصت یادگیری اکتشافی، شکل دهی و برنامه‌ریزی آموزشی به کودک کمک می‌کند. ترکیب مداخلات دارویی با رفتار درمانی نتایج مشابهی با استفاده زیاد از دارو به تنهایی دارد (علیزاده، ۱۳۸۳).

امام علی علیه السلام می‌فرماید: «إن قلوب الفتيان و الغلمان خالية من الشواغل، فمن شغلها بالخير سبق إليها». (شریف رضی، ۱۳۷۴) کودک بیش فعال با آموزش تدریجی و متناسب با ظرفیت خود می‌تواند تا حد زیادی بر مشکل غلبه کند و به محیطی بدون شلوغی و استرس نیاز دارد. همچنین براساس روایات، حسنین علیهما السلام هنگام نماز خواندن پیامبر صلی الله علیه و آله کنار او می‌ایستادند و از رفتار او تقلید می‌کردند. پیامبر صلی الله علیه و آله پس از نماز آنان را نوازش و تشویق می‌کرد (مجلسی، ۱۴۰۳ هـ.ق، ۱۰/۳۰۵ و ۳۱۵). این عمل رسول خدا صلی الله علیه و آله علاوه بر آنکه موجب محافظت کودکان می‌شد، از جنبه تربیتی نیز بر آنان اثرگذار بود؛ چون آنان به طور غیرمستقیم اهمیت دعا و تلاوت قرآن را درمی‌یافتند.

### ۵-۴. آموزش والدین

آموزش والدین شامل پذیرش اختلال کودک، شناخت بیماری و به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب است. آموزش تعامل سالم والدین-فرزند می‌تواند نشانه‌های درون نمود را کاهش دهد. (پلهام، و همکاران، ۱۹۹۸؛ استری هورن و ویدمن، ۱۹۸۹؛ گریزنکو، ۱۹۹۷) یکی از اصول مهم تربیتی، تشویق و تنبیه است. این روش‌ها با ایجاد بیم و امید، فرزند را از کارهای نادرست بازداشته و به انجام کارهای خوب ترغیب می‌کند. رسول گرامی اسلام صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «من كان عنده صبي فليتصاب له؛ کسی که کودکی دارد، باید کودکانه رفتار کند» (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق، ۱۵/۲۰۳)؛ امام علی علیه السلام نیز می‌فرماید: «من كان له ولد صبا؛ کسی که کودک دارد، باید خود را تا سر حد کودکی

تنزل دهد» (کلینی، ۱۴۰۷، ۴/۵۰/۶). براساس نظریات «همدلی رشدی»<sup>۱</sup> والدین باید خود را جای کودک قرار دهند تا ارتباط بهتری برقرار کنند.

## ۶. راهکارهای آموزگار

کودک بیش فعال بخش قابل توجهی از زندگی خود را در مدرسه، به ویژه در کلاس، می‌گذراند؛ بنابراین نقش معلمان در بهبود وضعیت این کودکان انکارناپذیر است. راهکارهای زیر می‌توانند به معلمان در برخورد مناسب با دانش‌آموزان بیش فعال کمک کنند:

- برخورد همراه با صمیمیت و شناخت کودک؛ هر کودک بیش فعال علاقه‌مندی‌ها، استعدادها و نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارد. شناخت این ویژگی‌ها به معلم کمک می‌کند مهارت‌های زندگی او را گسترش دهد. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «إن الله یرحم العبد لشدّة حبه لولده؛ خداوند به بنده‌ای که محبت شدیدی به فرزندش دارد، رحم می‌کند» (کلینی، ۱۴۰۷، ۵۰/۶). آموزه‌های اسلامی بر این نکته تأکید دارند که معلم و والدینی که با صبر و محبت رفتارهای کودک را مدیریت می‌کنند، مورد لطف الهی قرار می‌گیرند. کودک بیش فعال بیش از دیگران به صبوری نیاز دارد.
- اختصاص فضای بیشتر و فعالیت‌های بدنی؛ محدوده بزرگ‌تری برای نشستن کودک در کلاس اختصاص دهید تا بتواند آزادانه حرکت کند و از وسایلی استفاده نماید. همچنین مسئولیت‌هایی که نیاز به تحرک بدنی دارند، مانند توزیع برگه‌ها یا رفتن به دفتر مدرسه، به او بسپارید تا انرژی خود را تخلیه کند. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «دع ابنک یلعب سبع سنین، و یؤدب سبع سنین، و الزمه نفسک سبع سنین...؛ فرزندت را تا هفت سال رها کن تا بازی کند، هفت سال او را تربیت کن، و هفت سال با او اجبار کن» (مجلسی، ۱۴۰۳، ۱۱۳/۲۳).
- تشویق و تقویت مسئولیت‌پذیری؛ زمانی که کودک کاری را انجام می‌دهد یا تمرینات خود را با موفقیت پشت سر می‌گذارد از او تشکر کنید و حس مسئولیت و وظیفه‌شناسی را در او تقویت

<sup>1</sup>. Developmental Empathy

کنید. برای فعالیت‌هایی که نیمه‌تمام می‌مانند، کودک را تشویق کنید تا آنها را کامل کند. استفاده از زور و اجبار کارساز نیست. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «من أتاب علی الإحسان فقد شجع المعروف؛ کسی که نیکی را پاداش دهد، کار نیک را گسترش داده است» (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ ه.ق، ص ۳۰۱).

اختصاص وقت ویژه و تعامل فردی: برای کودک بیش‌فعال زمان اختصاص داد، حتی اگر کوتاه باشد. با او درباره نقاط قوتش صحبت کرد و او را از رضایت‌مندی خود مطلع نمود.

فعالیت‌های فیزیکی در کلاس: معلم در طول کلاس، چند مرتبه از دانش‌آموزان بخواهد حرکات ورزشی، کششی یا درجا انجام دهند. این کار به تخلیه انرژی کودک بیش‌فعال کمک می‌کند بدون اینکه احساس تفاوت یا محرومیت کند.

نشستن در نزدیکی معلم و هدایت هوشمندانه: کودک بیش‌فعال را در کلاس درس نزدیک معلم بنشانید تا بهتر بتواند او را کنترل و تمرکز ذهنی‌اش را به درس بازگرداند.

تشویق تعاملات اجتماعی: کودک تشویق شود که با دیگران ارتباط برقرار کند. ممکن است او در برقراری روابط مشکل داشته باشد، به ویژه اگر از لحاظ بلوغ نسبت به همکلاسی‌ها عقب باشد. فعالیت‌های گروهی می‌تواند به او کمک کند از جمع همسالان دور نشود.

مدیریت هیجانات معلم: در مواقعی که کودک کلافه‌کننده می‌شود، معلم نباید کوچک‌ترین ضعف از خود نشان دهد، باید بدون پرخاشگری و آرام باشد و در صورت نیاز از مشاور مدرسه کمک خواسته شود. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «اکرموا اولادکم و احسنوا آدابهم؛ فرزندان خود را گرمی بدارید و آنان را به خوبی تربیت کنید» (حرعاملی، ۱۴۰۹ ه.ق، ۱۵/۱۹۶).

استفاده از تشویق و بازخورد مثبت: کودکان بیش‌فعال معمولاً بیشتر سرزنش می‌شوند، اما استفاده از تشویق و بازخورد ارزشمند به کنترل هیجانات و تقویت اعتماد به نفس آنها کمک می‌کند.

یادداشت تکالیف و جملات مثبت: تکالیف کودک در دفترش یادداشت شود و از جملات مثبت به جای جملات منفی استفاده شود. برای مثال، به جای «نباید با همکلاسی‌ات حرف بزنی»، نوشته شود «بهتر است تا زنگ تفریح صبر کنی و بعد صحبت کنی». پیامبر صلی الله علیه و آله در این زمینه می‌فرماید:

«الکلمة الطيبة صدقة؛ سخن نیکو، صدقه است» (سبحانی، ۱۳۶۶؛ مجلسی، ۱۴۰۳ هـ.ق، ۳۰/۳۶۹).

آموزش صبر و کنترل خود: وقتی کودک بی صبری می‌کند، باید او را به آرامش دعوت کرد و سپس به او اجازه داد کاری را انجام دهد یا حرفش را بزند. به این ترتیب، صبر کردن را به صورت تدریجی می‌آموزد. (محمودی ترمی، ۱۴۰۲). امام علی علیه السلام می‌فرماید: «لا تکن عبد غیرک وقد جعلک الله حراً؛ برده دیگران مباش، درحالی که خدا تو را آزاد آفریده است» (شریف رضی، ۱۳۷۴).  
نوری (۱۳۸۹) در پژوهشی راهبردهای آموزشی برای استفاده آموزگاران را در چندین گام بر می‌شمرد که عبارتند از:

گام اول) رفتار موردنظر برای تغییر را انتخاب کنید، مثلاً آرام نشستن و حرف دیگران را قطع نکردن.  
گام دوم) تقویت‌کننده مناسب انتخاب کنید (خوراکی، برچسب، وقت آزاد، تحسین).  
گام سوم) اجرای منظم قواعد در کلاس برای دانش آموز توضیح داده شود.  
گام چهارم) ارتباط بین قواعد و نحوه استفاده از تقویت‌کننده‌ها برای کودک توضیح داده شود.  
گام پنجم) توضیح دهید در آینده چه اتفاقی خواهد افتاد.  
گام ششم) روش‌ها را اصلاح و دلایل موفقیت‌ها را ثبت نمایید. (نوری، ۱۳۸۹، ص ۲۶)

## ۷. نتیجه‌گیری

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان است که به اختصار ADHD نامیده می‌شود. این اختلال پدیده‌ای نوظهور نیست و دارای تاریخچه نسبتاً طولانی است. هرچند علت مشخص و واحدی برای بیش‌فعالی کشف نشده، متخصصان بر این باورند که عوامل ژنتیکی، ارثی و محیطی هر دو در بروز آن مؤثر است. معلم در تعلیم و تربیت جایگاه ویژه‌ای دارد. سرنوشت انسان‌ها و جامعه تا حد زیادی به توانایی معلم در تربیت انسان‌های سالم و رشد یافته بستگی دارد. همچنین معلمان مهم‌ترین عامل در کنترل و مدیریت دانش‌آموزان بیش‌فعال هستند. با توجه به یافته‌های پژوهشی، بسیاری از ویژگی‌های رفتاری

دانش‌آموزان بیش‌فعال در مدرسه بروز می‌کند، مانند عملکرد تحصیلی ضعیف، حواس‌پرتی، درگیری با همکلاسی‌ها، بی‌توجهی به تکالیف و قواعد مدرسه و رفتارهای پارانرژی در کلاس. این گروه از دانش‌آموزان، به دلیل رفتارشان و تمایل به بازی‌های جذاب و خلاقانه، به یکی از چالش‌های بزرگ معلمان تبدیل شده‌اند.

راهکارهای مدیریتی برای این دانش‌آموزان شامل الگوسازی، شکل‌دهی رفتار، مجاورت، محروم‌سازی، رفتاردرمانی شناختی و فعالیت‌های هدفمند است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استفاده از این روش‌ها می‌تواند عملکرد دانش‌آموز در خانه و مدرسه را بهبود بخشد. توانایی روان‌شناختی و اجتماعی معلم در ترغیب دانش‌آموزان به یادگیری با انگیزه، اثر فراوانی دارد. ارتباط معلم و دانش‌آموز و نقش الگودهی او اهمیت ویژه‌ای دارد. هرچند در منابع اسلامی به‌طور صریح اختلال بیش‌فعالی بررسی نشده است، آموزه‌های اسلامی جنب و جوش بیش از حد را تا حدی طبیعی می‌داند و بر صبر، محبت و آموزش غیرمستقیم تأکید دارد. استفاده از بازی و مهارت‌آموزی غیرمستقیم و پرهیز از سرکوب و تنبیه مستقیم، از جمله توصیه‌های مهم برای والدین و معلمان برای کنترل رفتار کودکان بیش‌فعال است.

## فهرست منابع

- \* قرآن کریم (۱۳۷۲). مترجم: مکارم شیرازی، ناصر، تهران: دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی.
- \* نهج‌البلاغه (۱۳۷۴). شریف‌رضی، محمد بن حسین. مترجم: دشتی، محمد. قم: مرکز البحوث الاسلامیه.
- ۱. ابن‌شعبه حرانی، حسن بن علی (۱۴۰۴هـ.ق). تحف‌العقول عن آل الرسول. قم: نشر اسلامی.
- ۲. انجمن روانپزشکی ایران (۱۴۰۰)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. مترجم: سیدمحمدی، یحیی، تهران: روان.
- ۳. باغبانی، سجاده، صادق‌نیا، سینا، صمدی، شیرزاد، و امینی، سهند (۱۴۰۲)، نقش معلم در مدیریت دانش‌آموزان بیش‌فعال. مجموعه مقالات چهاردهمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، ص ۱۷۸۱-۱۷۹۱.
- ۴. برکتین‌فر، سمانه (۱۴۰۱). بررسی اختلال بیش‌فعالی - نقض توجه. نشریه برند آفرین، ۳(۲۸)، ۱-۱۰.
- ۵. تاینن، داگلاس (۲۰۰۵). بیش‌فعالی چیست؟ مترجم: اخوان، مریم. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، - (۷۰ و ۷۱)، ۱۶-۲۳.
- ۶. جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۸). تفسیر سوره مدثر. سخنرانی. ۱۳۹۸/۲/۳. مشاهده شده در پرتال بنیاد اسراء: <https://javadi.esra.ir/fa/w/D8AAZD9%81ZD8ZB3ZDBZ8CZD8ZB1-ZD8ZB3ZD9%88ZD8ZB1ZD9%87-ZD9%85ZD8ZAFZD8ZABZD8ZB1-ZD8ZACZD9%84ZD8ZB3ZD9%87-5-1398/02/03>.
- ۷. حر عاملی، محمدبن حسن (۱۴۰۹هـ.ق). وسائل الشیعة. قم: مؤسسه آل‌البیت علیه‌السلام.
- ۸. حرعاملی، محمدبن حسن (۱۴۰۹هـ.ق). مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل. قم: مؤسسه آل‌البیت علیه‌السلام.

۹. خالدی، محسن (۱۳۹۵). نقش معلم در تربیت دینی و اخلاقی دانش آموزان؛ مطالعه موردی دانش آموزان متوسطه شهر مریوان. مجموعه کامل آثار و مقالات برگزیده نهمین کنگره پیشگامان پیشرفت، (۹)، ۶۱۳-۶۲۰.
۱۰. خانزاده، حسین، طاهر، محبوبه، و یگانه، طیبه (۱۳۹۲). شناسایی و درمان اختلال نارسایی توجه بیش فعالی در مدرسه. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳(۶)، ۳۹-۵۲.
۱۱. خدادادی، مجتبی، و جباری، گلناز (۱۳۹۶). اختلال نقص توجه- بیش فعالی در کودکان و نوجوانان: راهنمای کاربردی. تهران: نشر علوم رفتاری- شناختی سینا.
۱۲. دیانت مقدم، مصطفی (۱۳۹۱). کمی قرار برای یک بی قرار. قم: مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی.
۱۳. ذوقی پایدار، محمدرضا، یعقوبی، ابوالقاسم، و نبی زاده، صفر (۱۳۹۴). پیشبینی عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی براساس استرس و شیوه برخورد والدین. نشریه افراد استثنایی، ۱۹(۱۵)، ۱۴۳-۱۶۱.
۱۴. صدوق، محمدبن علی (۱۴۱۳ه.ق). من لایحضره الفقیه. قم: دفتر انتشارات اسلامی، جامعه مدرسین.
۱۵. طبرسی، حسن بن فضل (۱۳۷۰). مکارم الاخلاق. قم: انتشارات شریف رضی.
۱۶. طبیبیان مجرد، فاطمه (۱۴۰۲). برخورد با دانش آموز بیش فعال. مجموعه مقالات پانزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران، ۴۵۶-۴۶۰.
۱۷. علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه فزون جنبشی ویژگی ها ارزیابی و درمان. تهران: انتشارات رشد.
۱۸. عیاشاهی، محمدجواد. ده بزرگی، غلامرضا، و دهقان، بهرام (۱۳۸۲). میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شیراز. نشریه طبیب شرق، ۱۵(۱)، ۶۱-۶۷.
۱۹. کردلو، محسن، اسماعیلی، زینب، و آزادی، اسماعیل (۱۳۹۲). راهکارهای مطلوب در تعامل با کودکان بیش فعال. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳(۴)، ص ۳۸-۴۸.
۲۰. کریم زاده، عنایت، محب زاده مجید، نوروزی، مهدیه، و خیری نیا، حسینعلی (۱۳۹۹). بررسی نقش تربیتی معلم در فرآیند تعلیم و تربیت. نشریه مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه شناسی، ۳(۳)، ۴۳-۵۶.
۲۱. کلینی، محمدبن یعقوب (۱۴۰۷ه.ق). اصول کافی. تحقیق: غفاری، علی اکبر. تهران: دارالکتب الإسلامیه.
۲۲. گرجی زاده اردشیری (۱۴۰۱). بررسی اختلال بیش فعالی و نقص توجه. نشریه برندآفرین، ۳(۲۸)، ۱-۱۲.
۲۳. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ه.ق). بحار الأنوار. بیروت: مؤسسه الوفاء.
۲۴. محمدزاده، معصومه (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی. نشریه تعلیم تربیت استثنایی، (۶۶ و ۶۸)، ۹۰-۱۱۶.
۲۵. نجفی، محمود، فولادچنگ، محبوبه، علیزاده، حمید، و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۸۸). میزان شیوع کاستی توجه و بیش فعالی اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی. نشریه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
۲۶. نوری، مسعود (۱۳۸۹). مدیریت رفتار و راهبردهای آموزشی دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در کلاس درس. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، (۱۰۳)، ۲۶-۳۰.