

به نام خدا

تعامل با کودکان و نوجوانان بیش فعال

مولفان :

طاهره ذوالفقاری فرد

محمد حسین ذوالفقاری فرد

مریم لطیفیان

زهرة ورع

زبیده رحمانی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه : ذوالفقاری فرد، طاهره، ۱۳۵۸-
عنوان و نام پدیدآور : تعامل با کودکان و نوجوانان بیش فعال / مولفان طاهره ذوالفقاری فرد، محمد
حسین ذوالفقاری فرد، مریم لطیفیان، زهره ورع، زبیده رحمانی.
مشخصات نشر : ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری : ۱۵۰ ص.
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۸۲۶-۱
وضعیت فهرست نویسی : فیبا
یادداشت : کتابنامه : ص ۱۵۰-۱۱۲.
موضوع : کودکان و نوجوانان بیش فعال
شناسه افزوده : ذوالفقاری فرد، محمد حسین، ۱۳۷۰
شناسه افزوده : لطیفیان، مریم، ۱۳۶۰
شناسه افزوده : ورع، زهره، ۱۳۶۴
شناسه افزوده : رحمانی، زبیده، ۱۳۵۷
رده بندی کنگره : RJ۵۲۳
رده بندی دیویی : ۶۱۸/۹۳۰۶
شماره کتابشناسی ملی : ۹۵۷۶۹۴۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

نام کتاب : تعامل با کودکان و نوجوانان بیش فعال
مولفان : طاهره ذوالفقاری فرد - محمد حسین ذوالفقاری فرد - مریم لطیفیان
زهره ورع - زبیده رحمانی
ناشر : ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۲
چاپ : زبرجد
قیمت : ۱۳۵۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۸۲۶-۱

تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



چاپ و نشر ایران
Chaponashr.ir

فهرست مطالب

بخش اول.....	۷
درک بیش فعالی.....	۷
تعریف بیش فعالی: علل و علائم.....	۷
زیربنای عصبی زیستی بیش فعالی.....	۹
افتراق بیش فعالی از سایر اختلالات رفتاری.....	۱۲
تاثیر بیش فعالی بر عملکرد روزانه.....	۱۴
سیر تکاملی رفتار بیش فعال.....	۱۶
تأثیرات محیطی و اجتماعی بر بیش فعالی.....	۱۸
دیدگاه های فرهنگی در مورد بیش فعالی.....	۲۱
روندهای تحقیق و جهت گیری های آینده در مطالعات بیش فعالی.....	۲۳
بخش دوم.....	۲۶
ایجاد محیط های حمایتی.....	۲۶
طراحی محیط کلاس و خانه برای کودکان بیش فعال.....	۲۶
استراتژی هایی برای ساختار روتین ها و فعالیت های روزانه.....	۲۸
استفاده از پشتیبانی های بصری و ابزارهای سازمانی.....	۳۱
ایجاد فضاهای حسی دوستانه.....	۳۳
ایجاد انتظارات و قوانین روشن.....	۳۵
ترویج تعاملات مثبت با همتایان و مهارت های اجتماعی.....	۳۸
همکاری با والدین و مراقبین.....	۴۰
ایجاد تاب آوری و خودکارآمدی در کودکان بیش فعال.....	۴۲

۴۵	بخش سوم.....
۴۵	استراتژی های ارتباطی موثر.....
۴۵	ارتباط با کودکان بیش فعال: گوش دادن فعال و اعتبارسنجی.....
۴۷	استفاده از زبان واضح و ساده برای انتقال دستورالعمل ها.....
۴۹	تکنیک های ارتباط غیر کلامی: زبان بدن و ژست ها.....
۵۱	مدیریت توجه و تمرکز در طول مکالمات.....
۵۴	ایجاد اعتماد و ارتباط با نوجوانان بیش فعال.....
۵۶	راهکارهایی برای کاهش تنش های هیجانی.....
۵۸	پرداختن به تکانشگری در ارتباطات.....
۶۱	پرورش همدلی و تفاهم در تعاملات.....
۶۳	بخش چهارم.....
۶۳	حمایت از رفتار مثبت.....
۶۳	درک عملکرد رفتار بیش فعال.....
۶۵	پیاده سازی سیستم های تقویت مثبت و پاداش.....
۶۷	تعیین اهداف و اهداف قابل دستیابی.....
۷۰	آموزش خودتنظیمی و مهارت های مقابله ای.....
۷۲	اجرای قراردادهای رفتاری و طرح های فردی.....
۷۴	رویکردهای حل مشکل مشارکتی.....
۷۶	پرداختن به چالش های خاص: توجه، تکانشگری و بیش فعالی.....
۷۸	ارزیابی و تنظیم استراتژی های حمایت از رفتار.....
۸۲	بخش پنجم.....

- ۸۲.....مدیریت رفتار بیش فعال.....
- ۸۲.....شناخت محرک ها و سوابق بیش فعالی.....
- ۸۴.....راهبردهایی برای تغییر مسیر و منحرف کردن از رفتارهای منفی.....
- ۸۶.....استفاده از تکنیک های آرام بخش و مداخلات حسی.....
- ۸۸.....فعالیت بدنی و ورزش به عنوان یک ابزار مدیریتی.....
- ۹۱.....استراتژی های تایم اوت و خنک کننده.....
- ۹۳.....ایجاد مرزها و محدودیت های ایمن.....
- ۹۵.....راهبردهای مداخله در بحران و تنش زدایی.....
- ۹۹.....بخش ششم.....
- ۹۹.....پشتیبانی تحصیلی و اسکان.....
- ۹۹.....شناسایی چالش های یادگیری مرتبط با بیش فعالی.....
- ۱۰۱.....راهکارهایی برای افزایش توجه و تمرکز در کلاس درس.....
- ۱۰۴.....ارائه فرصت های یادگیری چندحسی و عملی.....
- ۱۰۶.....محل اقامت برای آزمون و تکالیف.....
- ۱۰۹.....پشتیبانی سازمانی: استفاده از برنامه ریزان و چک لیست ها.....
- ۱۱۲.....منابع و مآخذ.....

بخش اول

درک بیش فعالی

تعریف بیش فعالی: علل و علائم

بیش فعالی پدیده ای چندوجهی است که در حوزه های مختلف رفتاری ظاهر می شود و بر عملکرد شناختی، عاطفی و اجتماعی افراد تأثیر می گذارد. در حالی که خصوصیات آن در طول زمان تکامل یافته است، درک معاصر بر مجموعه ای از علائم از جمله فعالیت حرکتی بیش از حد، تکانشگری و مشکل در حفظ توجه تأکید می کند. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، بیش فعالی یکی از ویژگی های اصلی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (ADHD) است، یک وضعیت عصبی رشدی که افراد را در طول عمر تحت تأثیر قرار می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۵۹). در بافت ایرانی، بیش فعالی اغلب به عنوان «هیپراکتیف» یا «هیپرکینزی» شناخته می شود که بازتاب شناخت جهانی آن به عنوان یک نگرانی بالینی مهم است (توکلی، ف.، و همکاران، ۲۰۲۲، ص ۷۸).

علت بیش فعالی پیچیده است و شامل عوامل ژنتیکی، عصبی زیستی و محیطی است. تحقیقات یک مؤلفه ارثی قوی را نشان می دهد، با مطالعات دوقلو و خانواده که نشان دهنده سهم ژنتیکی قابل توجهی در حساسیت ADHD است (Thapar et al., 2019, p. 265). مطالعات تصویربرداری عصبی اختلال عملکرد در سیستم های انتقال دهنده عصبی دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک، به ویژه در مدارهای جلویی استریتال درگیر در عملکرد اجرایی و پردازش پاداش، دخیل هستند (کورتس و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۱۲). علاوه بر این، عوامل دوران بارداری

و پری ناتال مانند سیگار کشیدن مادر، وزن کم هنگام تولد و قرار گرفتن در معرض سموم محیطی با افزایش خطر ابتلا به علائم بیش فعالی مرتبط است (سقازاده و رضایی، ۱۳۹۶، ص ۳۱۸).

از نظر بالینی، بیش فعالی با مجموعه ای از علائم مشخص می شود که ممکن است شدت و تظاهرات در افراد مختلف متفاوت باشد. ویژگی های اصلی عبارتند از بی قراری حرکتی بیش از حد، که اغلب به صورت بی قراری، چرخیدن، یا ناتوانی در نشستن برای مدت طولانی مشاهده می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۶۰). تکانشگری که با تصمیم گیری عجولانه و دشواری در مهار پاسخ مشخص می شود، یکی دیگر از ویژگی های بارز بیش فعالی است (بارکلی، ۲۰۱۵، ص ۸۷). علاوه بر این، افراد مبتلا به بیش فعالی اغلب کمبودهایی را در توجه پایدار و تداوم وظیفه نشان می دهند که منجر به مشکلات در محیط های تحصیلی، شغلی و اجتماعی می شود (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۲۵).

تظاهرات علائم بیش فعالی ممکن است در مراحل رشد متفاوت باشد و چالش های منحصر به فردی را در تشخیص و مداخله ایجاد کند. در حالی که بیش فعالی اغلب در اوایل دوران کودکی ظاهر می شود، تظاهر آن ممکن است در طول زمان تغییر کند، به طوری که برخی از افراد در دوران نوجوانی کاهش علائم را تجربه می کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است تا بزرگسالی به مبارزه ادامه دهند (Caye et al., 2016, p. 214). در بافت ایران، هنجارهای فرهنگی و شیوه های آموزشی ممکن است بر شناسایی و تفسیر علائم بیش فعالی تأثیر بگذارد و رویکردهای ارزیابی حساس فرهنگی را ایجاد کند (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۴۵). علاوه بر این، شرایط همراه مانند اضطراب، افسردگی و ناتوانی های یادگیری اغلب با بیش فعالی همراه است و فرمول تشخیصی و برنامه ریزی درمانی را پیچیده می کند (کورتس و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۱۵).

بیش فعالی نشان دهنده یک پدیده پیچیده و ناهمگن با زمینه های علت شناختی چندوجهی و تظاهرات بالینی متنوع است. درک علل و علائم آن برای تشخیص دقیق و مداخله موثر بسیار مهم است و نیازمند یک رویکرد زیستی-روانی اجتماعی جامع است که تفاوت های فردی، مسیرهای رشد و تأثیرات فرهنگی را در نظر می گیرد. محققان و پزشکان با روشن کردن تعامل پیچیده بین آسیب پذیری های ژنتیکی، اختلالات عصبی و استرس های محیطی، می توانند درک ما را از بیش فعالی ارتقا دهند و کیفیت مراقبت از افراد مبتلا به این بیماری را افزایش دهند.

زیربنای عصبی زیستی بیش فعالی

بیش فعالی یک اختلال عصبی رشدی چندوجهی است که با الگوهای مداوم بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی مشخص می شود و اغلب چالش های مهمی را در جنبه های مختلف زندگی ارائه می دهد. برای درک بیش فعالی در بافت ایران، ضروری است که در زیربنای عصبی زیستی آن که بینشی در مورد مکانیسم ها و مسیرهای دخیل در سبب شناسی و تظاهرات اختلال ارائه می دهد، پردازیم. تحقیقات در نوروبیولوژی تأثیر متقابل پیچیده عوامل ژنتیکی، محیطی و عصبی شیمیایی را که زمینه ساز بیش فعالی هستند، روشن کرده است و چارچوبی جامع برای درک ماهیت پیچیده آن ارائه می دهد (سلطانی فر و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۴۵).

اساس عصبی زیستی بیش فعالی شامل انحرافات در مدارهای عصبی و سیستم های انتقال دهنده عصبی است که به اختلال در عملکرد شناختی، عاطفی و رفتاری کمک می کند. ناهنجاری های ساختاری و عملکردی در نواحی کلیدی مغز، مانند قشر جلوی مغز، مخطط، و مخچه، در پاتوفیزیولوژی بیش فعالی نقش دارند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۲، ص ۱۱۲). اختلال عملکرد در این شبکه های عصبی

عملکردهای اجرایی، کنترل توجه و پردازش پاداش را مختل می‌کند و به علائم بارز مشاهده شده در افراد مبتلا به بیش‌فعالی ختم می‌شود.

استعداد ژنتیکی نقش مهمی در زیست‌شناسی عصبی بیش‌فعالی دارد، با شواهدی که حاکی از وجود مؤلفه ارثی مهم در علت آن است. مطالعات دوقلو و خانواده به طور مداوم نرخ تطابق بالاتری را در بین دوقلوهای تک تخمکی در مقایسه با دوقلوهای دو تخمکی نشان داده‌اند که تأثیر عوامل ژنتیکی را در وراثت‌پذیری این اختلال برجسته می‌کند (عزیزی و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۷۸). مطالعات انجمن گسترده ژنوم (GWAS) چندین ژن کاندید مرتبط با بیش‌فعالی را شناسایی کرده است، از جمله ژن‌هایی که در تنظیم دوپامین، انتقال سیناپسی، و رشد نورونی نقش دارند (موحدی و همکاران، ۲۰۲۳، ص ۲۰۵). این یافته‌های ژنتیکی بر ماهیت چند ژنی بیش‌فعالی و تعامل پیچیده آن با تأثیرات محیطی تأکید می‌کند.

عوامل محیطی نیز به طور قابل توجهی به مکانیسم‌های عصبی زیست‌شناختی زمینه‌ساز بیش‌فعالی کمک می‌کنند، با توهین‌های دوران بارداری و پری‌ناتال که اثرات ماندگاری بر رشد و عملکرد مغز دارند. قرار گرفتن مادر در معرض سموم، استرس مادر، و عوارض مامایی با افزایش خطر بیش‌فعالی در فرزندان مرتبط است که اهمیت مداخلات اولیه محیطی را برجسته می‌کند (توکلی و همکاران، ۲۰۲۱، ص ۳۱۵). علاوه بر این، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، سبک‌های فرزندپروری و محیط‌های آموزشی می‌توانند بیان ویژگی‌های مرتبط با بیش‌فعالی را تعدیل کنند و بر ماهیت چندوجهی تأثیرات محیطی تأکید کنند (حسن زاده و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۹۲).

عدم تعادل عصبی شیمیایی، به ویژه شامل سیستم‌های دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک، در پاتوفیزیولوژی بیش‌فعالی دخیل است. اختلال در تنظیم سیگنال دهی دوپامین در مسیرهای مزوکورتیکال و مزولیمبیک، پردازش پاداش، انگیزه و

کنترل بازدارنده را مختل می کند و به رفتارهای تکانشی و بیش فعالی کمک می کند (صادقی و همکاران، ۲۰۲۲، ص ۱۶۳). به طور مشابه، تغییرات در سطوح نورآدرنالین، فرآیندهای توجه و تنظیم برانگیختگی را مختل می کند و علائم اصلی بیش فعالی را تشدید می کند (رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۲۲۱). مداخلات دارویی با هدف قرار دادن این سیستم‌های انتقال دهنده عصبی، مانند داروهای محرک و مهارکننده‌های بازجذب نورآدرنالین، در بهبود علائم بیش فعالی کارآمدی نشان داده‌اند و شواهد بیشتری از دخالت آن‌ها در زیست‌شناسی عصبی این اختلال ارائه می‌دهند.

علاوه بر بی نظمی انتقال دهنده های عصبی، ناهنجاری ها در فرآیندهای رشد عصبی، از جمله هرس سیناپسی، میلین و مهاجرت عصبی، به پاتوژنز بیش فعالی کمک می کند. اختلال در این فرآیندهای اساسی در طول دوره های بحرانی رشد مغز می تواند اثرات عمیق و پایداری بر مدارهای عصبی و اتصال داشته باشد و افراد را مستعد فنوتیپ های مرتبط با بیش فعالی کند (صغاری وریانی و همکاران، ۲۰۲۳، ص ۴۱۵). علاوه بر این، تغییرات در مکانیسم‌های عصبی پلاستیسیته، مانند تقویت طولانی‌مدت و انعطاف‌پذیری سیناپسی، ممکن است زمینه ساز تداوم علائم بیش فعالی در نوجوانی و بزرگسالی باشد و نیاز به مداخلات هدفمند با هدف بازگرداندن هموستاز عصبی-بیولوژیکی را برجسته کند (رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۲، ۲۰۱، ۲۰۲). (ص ۱۴۷).

به طور خلاصه، درک زیربنای نوروبیولوژیکی بیش فعالی در ایران مستلزم بررسی همه جانبه عوامل ژنتیکی، محیطی و عصبی شیمیایی دخیل در سبب شناسی و تظاهرات آن است. با روشن کردن تأثیر متقابل پیچیده این عوامل، محققان و پزشکان می‌توانند استراتژی‌های مؤثرتری برای شناسایی زودهنگام، مداخله و مدیریت بیش‌فعالی ایجاد کنند که در نهایت به‌زیستی و عملکرد افراد مبتلا را در بافت ایرانی افزایش می‌دهد.

افتراق بیش فعالی از سایر اختلالات رفتاری

تمایز بیش فعالی از سایر اختلالات رفتاری یک جنبه مهم ارزیابی و مداخله بالینی است، به ویژه در بافت ایرانی که عوامل فرهنگی و زمینه ای ممکن است بر ارائه علائم و اقدامات تشخیصی تأثیر بگذارد. بیش فعالی دارای ویژگی های همپوشانی با شرایط مختلف روانپزشکی است، از جمله اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)، اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)، اختلال سلوک (CD) و اختلالات اضطرابی، که نیاز به ارزیابی جامع برای تعیین مرزهای تشخیصی و اطلاع رسانی در برنامه ریزی درمانی دارد. با روشن کردن ویژگی های متمایز و مکانیسم های زمینه ای بیش فعالی نسبت به سایر اختلالات رفتاری، پزشکان می توانند تشخیص دقیق و مداخلات متناسب را که نیازهای خاص افراد در جمعیت ایران را برطرف می کند، تسهیل کنند.

اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) یک نگرانی اولیه در تشخیص افتراقی بیش فعالی است، با توجه به همپوشانی قابل توجه در علائم و معیارهای تشخیصی. هر دو اختلال دارای علائم اصلی بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی هستند، البته با درجات متفاوتی از شدت و اختلال. با این حال، بیش فعالی ممکن است در انزوا یا در ترکیب با سایر اختلالات رفتاری ظاهر شود، در حالی که ADHD وجود علائم مختل را در حوزه های مختلف عملکرد و زمینه های رشدی ضروری می کند (محمد ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۳، ص ۷۶). علاوه بر این، ADHD با شروع زودهنگام و تداوم علائم مشخص می شود، که اغلب با اختلال در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی همراه است، در حالی که بیش فعالی ممکن است شدت علائم نوسانی و بهبودی را در طول زمان نشان دهد.

اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD) و اختلال سلوک (CD) نشان دهنده اختلالات رفتاری بیرونی است که شباهت های فنوتیپی با بیش فعالی، به ویژه از نظر تکانشگری و رفتارهای مخرب دارند. با این حال، فرآیندهای انگیزشی و عاطفی زیربنایی بین این اختلالات متفاوت است، به طوری که ODD با سرپیچی،

استدلال و عدم انطباق مشخص می شود، و CD با پرخاشگری، نقض قوانین، و رفتار ضد اجتماعی مشخص می شود (Hosseinian et al., 2022, p. 189). اگر چه بیش فعالی ممکن است همزمان با ODD یا CD رخ دهد، اما ویژگی های متمایز کننده مانند قصد آسیب رساندن به دیگران، نقض هنجارهای اجتماعی، و عدم پشیمانی در تشخیص افتراقی و تدوین مداخلات مناسب کمک می کند.

اختلالات اضطرابی یکی دیگر از ملاحظات مهم در تشخیص افتراقی بیش فعالی است، زیرا علائم بی قراری، تحریک پذیری و حواس پرتی ممکن است با رفتارهای بیش فعال همپوشانی داشته باشد. با این حال، فرآیندهای شناختی و عاطفی زیربنایی بین اختلالات اضطرابی و بیش فعالی تفاوت اساسی دارند، با نگرانی بیش از حد، ترس، و برانگیختگی فیزیولوژیکی در پاسخ به تهدیدات درک شده (جلیلی و همکاران، ۲۰۲۱، ص ۲۲۴). در حالی که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی ممکن است رفتارهای اجتنابی و شکایات جسمانی از خود نشان دهند، افرادی که بیش فعالی دارند بیشتر احتمال دارد که اقدامات تکانشی، رفتارهای ریسک پذیر و مشکل در حفظ توجه به وظایف را نشان دهند.

عوامل فرهنگی نیز نقش مهمی در شکل دهی بیان و تفسیر رفتارهای بیش فعالی در بافت ایرانی بازی می کنند و بر شیوه های تشخیصی و ترجیحات درمانی تأثیر می گذارند. هنجارهای فرهنگی در رابطه با سطوح قابل قبول فعالیت، انتظارات والدین و شیوه های اجتماعی شدن ممکن است به تغییرات در ارائه علائم و رفتارهای کمک جویی در میان کودکان و نوجوانان ایرانی کمک کند (میرحسینی و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۳۲). علاوه بر این، انگ پیرامون مسائل مربوط به سلامت روان و تصورات نادرست در مورد علت بیش فعالی ممکن است مانع تشخیص دقیق و دسترسی به مراقبت مناسب شود و بر نیاز به رویکردهای حساس فرهنگی برای ارزیابی و مداخله تأکید کند.

ه طور خلاصه، تمایز بیش فعالی از سایر اختلالات رفتاری مستلزم درک دقیق علائم، مسیرهای رشد، مکانیسم های زمینه ای و تأثیرات فرهنگی است. با به کارگیری استراتژی های ارزیابی جامع که عوامل زمینه ای و تفاوت های فرهنگی را در نظر می گیرند، پزشکان می توانند دقت تشخیصی را افزایش داده و مداخلات متناسب با نیازهای مختلف افراد در جمعیت ایران را برآورده کنند و در نهایت نتایج و رفاه بهینه را ارتقا دهند.

تأثیر بیش فعالی بر عملکرد روزانه

بیش فعالی تأثیر عمیقی بر حوزه های مختلف عملکرد روزانه دارد که شامل حوزه های علمی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی می شود. در بافت ایران، جایی که هنجارهای فرهنگی و ساختارهای اجتماعی ممکن است بر بیان و مدیریت علائم مرتبط با بیش فعالی تأثیر بگذارند، درک پیامدهای این اختلال در زندگی روزمره افراد برای اجرای مداخلات هدفمند و سیستم های حمایتی ضروری است. این بخش با در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی و عوامل زمینه ای که تجارب افراد مبتلا و خانواده هایشان را شکل می دهد، تأثیر چندوجهی بیش فعالی بر عملکرد روزانه در ایران را بررسی می کند.

عملکرد تحصیلی یکی از حوزه های اولیه تحت تأثیر بیش فعالی در ایران است که افراد در تمرکز، سازماندهی و تکمیل تکلیف با مشکلاتی مواجه می شوند که منجر به افت تحصیلی و نرخ ترک تحصیل می شود (محمدی و همکاران، ۲۰۲۳، ص ۷۵). محیط های آموزشی ایران، که با کلاس های بزرگ و روش های تدریس سنتی مشخص می شود، ممکن است این چالش ها را تشدید کند و مانع پیشرفت تحصیلی شود و احساس ناامیدی و نارسایی را تقویت کند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۱۲). علاوه بر این، انتظارات اجتماعی در مورد پیشرفت تحصیلی و موفقیت شغلی فشار بیشتری را بر افراد مبتلا به بیش فعالی وارد می کند و مبارزات آنها را در مسیرهای آموزشی تشدید می کند.