[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]

[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

بررسی عوامل تأثیرگذار اقتصادی و ساختار خانواده بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان

نسرین محمودی[1]، رقیه موسوی[2]، مسعود غلامعلی لواسانی[3]، باقر غباری بناب[4]

چکیده تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۵ _ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۵

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل تأثیرگذار اقتصادی و خانوادگی بر نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان سنین 6-11 سال بود.

روش: در این مطالعه کیفی از 13 مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، مصاحبه نیمه ساختاریافته به عمل آمد و سپس متن مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش منجر به شناسایی دو مقوله اصلی (وضعیت اقتصادی خانواده، ساختار خانواده) و چهار مقوله فرعی (مشکلات مالی، ویژگی های منزل مسکونی، سطح آگاهی والدین و حضانت) شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، خانواده کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای درآمد پایین، داشتن سوابق بیکاری، فضای ناکافی منزل مسکونی، نداشتن اتاق اختصاصی کودک، سطح تحصیلات پایین، نداشتن آگاهی کافی درباره اختلال کودک و تک والدی/چند والدی بودن کودک بودند. و این عوامل احتمالا موجب افزایش نشانه‌های اختلال بیش فعالی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود درمانگران در درمان کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه به عوامل استرس آور مانند شرایط اقتصادی و خانوادگی توجه نمایند.

1. دانشجوی دکتری تخصصی رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی واحد علوم و تحقیقات. دانشگاه آزاد اسلامی. تهران. ایران. Email: nasrin.mahmoudi20@gmail.com

2. (نویسنده مسئول)، استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه شاهد. تهران ایران. Email: mousavi@shahed.ac.ir

3. دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران ایران. Email :lavasani@ut.ac.ir

4. استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. ایران. Email bghobari@ut.ac.ir

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه، شرایط اقتصادی، شرایط خانوادگی.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی[1] از اختلال‌های رایج دوران کودکی است که وجه مشخصه آن الگوی پایدار و ثابت از نارسایی توجه و تکانشگری است که فروان‌تر و شدیدتر از آنچه در کودکان بهنجار دیده می‌شود، بروز پیدا کرده و با توجه به سطح تحول فرد، نامتناسب است (جانسون[2]، 2012). شواهد نشان می دهند در دو دهه اخیر شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه رو به افزایش است (سافر[3]، 2015). مطالعات شیوع این اختلال را 18/1 درصد (مهالا و همکاران[4]، 2017) و 20/2 درصد (لودر[5]، 2018) و در ایران (طلایی و همکاران[6]، 2010) در کودکان پیش از دبستان 12/3 درصد و در پسران دبستانی 15/2 درصد، (حمزه لو و دیگران[7]، 2012) 16/2 درصد و (ارجمندی و دیگران، 1394) 8 درصد تخمین زده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد، اکثر کودکان مبتلا به این اختلال در نوجوانی اختلال اضطرابی (لیو و دیگران[8]، 2014)، مشکلات تحول هویت و ارتباطات اجتماعی (جونز و هس[9]، 2017)، احتمال رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار در نوجوانان (بیدرمن و دیگران[10]، 2017)، گرایش به اتخاذ تصمیمات پرخطر (بهار، 1395)، در معرض قربانی شدن توسط معلمان (افرون[11]، 2018) و احتمال طرد از سوی دوستان و همسالان خود (روکیچ و

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder.
2. Jhanso, C.
3. Safer, C.
4. Mhalla, M & et al.
5. Loderer, A & et al.
6. Talaei, A & et al.
7. Hamzeloo, M & et al.
8. Liu, TL & et al.
9. Jones, SH & Hesse, M.
10. Biederman, J & et al.
11. Efron, D.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

واینر[1]، 2017) را تجربه می‌کنند.

در ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی [2]، 18 نشانه اصلی در دو حوزه اصلی نشانه‌های بی‌توجهی و بیش فعالی/ تکانشگری مفروض شده است و لزوم وجود 6 نشانه از هر حوزه برای تشخیص در کودکان مورد تاکید قرار گرفته است. طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی کودکان مبتلا به بیش فعالی و کاستی توجه اغلب گوش نمی‌دهند، تکالیف معین شده را به اتمام نمی‌رسانند، به خیال‌پردازی می‌پردازند، وسایل خود را گم می‌کنند، بدون تمام کردن یک فعالیت به فعالیت دیگری می‌پردازند، بعضی جزئیات را نمی‌بینند از این رو بی‌دقت ارزیابی می‌شوند، غالبا بی‌نظم بوده و قادر به سازماندهی نیستند، از انجام دادن کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است اجتناب می‌کنند، به زودی حواسشان پرت می‌شود، معمولا دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه درحال جنب و جوش هستند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و معمولا کارهای دیگران را متوقف می‌کنند. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیر گروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع کمبود توجه، نوع بیش فعال/ تکانشگر و نوع ترکیبی (توفن، والفپر ورولینگ[3]، 2011). تکنیک‌های ارزیابی متعددی وجود دارند که می‌توانند جهت تشخیص نشانه‌ها مورد استفاده قرار گیرند. هر یک از روش‌ها اطلاعات ارزشمندی را فراهم می‌آورند و یک مجموعه جامع معمولا قادر به شناسایی حیطه‌های متنوعی از مشکلات نیازمند به رسیدگی است (کاپالکا[4]، 2009، ترجمه موسوی و ناصر رنجبر، 1397).

عواملی که برای این اختلال مطرح شده‌اند عبارتند از: مسمومشدگی در دوره قبل از تولد، زودرسی و صدمه مکانیکی قبل از تولد به دستگاه عصبی جنین. افزودنی‌های خوراکی، رنگ ها، مواد نگهدارنده و قند به عنوان عوامل احتمالی رفتار بیش فعالی

1. Rokeach , A & Wiener, W.
2. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition.
3. Tophen, G.L, Wampler, K.S., & Rolling. E.
4. Kapalka, J.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

مطرح شده‌اند (ویز[1]، 2018؛ ترجمه فیروزبخت، 1398). عوامل وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد در ایجاد بیش فعالی با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند (میر نسب و دیگران، 1391). مطالعات مونتجو و دیگران[2] (2015) نشان می‌دهد بین وضعیت اقتصادی پایین خانواده و نشانه‌های بیش فعالی تعامل وجود دارد. همچنین پرویزی (1395) در بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی نشان داده است که کودکان خانواده های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، بیش از خانواده های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی معمولی به بالا، دارای اختلال بیش فعالی هستند، اما این وضعیت بصورت مطلق نیست. نتایج مطالعات بیاتی (1389) و امانی و خواجه موگهی (1384) نیز نشان می‌دهد هرچه میزان تحصیلات والدین افزایش می‌یابد و درآمد خانواده افزایش می‌یابد نشانه‌های بیش فعالی کاهش می‌یابد. مطالعات کلاسیک جان بالبی نشان می‌دهد که محرومیت مادری می‌تواند به رفتارهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی منجر شود. احتمال دارد که عوامل فشارزای شدید محیطی به نحوی در توسعه یا تشدید نشانه‌های مرضی این اختلال سهیم باشند (عاشوری و افروز، 1393). مطالعه نگویان و دیگران[3] (2017) نشان می‌دهد بین تک والدی بودن و نشانه‌های بیش فعالی تعامل وجود دارد.

اگر چه ژنتیک بخش عمده‌ای از واریانس نشانه‌های اختلال بیش فعالی را توضیح می‌دهد، عوامل محیطی هم نقش مهمی دارند. عوامل محیطی غیرمشترک یعنی تجارب منحصربفرد هر کودک ظاهرا در پیش‌بینی شکل‌گیری اختلال بیش فعالی مهم هستند. بنابراین استعداد ژنتیکی و خطرات و عوامل محیطی در تعامل با هم موجب علائم و نشانه‌های اختلال بیش فعالی می‌شوند.حتی دو قلوهای یک تخمکی هم که در 100 در صد ژن‌ها اشتراک دارند، در اختلال بیش فعالی همگامی 80 درصدی دارند (ویز،

1. Weis, R.
2. Montejo. M & et al.
3. Nguyen, J & et al.

2018؛ ترجمه فیروزبخت، 1398). با توجه به نقش مهم عوامل محیطی در اختلال بیش فعالی این سوال مطرح است که عواملی مانند شرایط اقتصادی و ساختار خانواده (تک والدی بودن) در اختلال بیش فعالی و نقص توجه کودکان چه نقشی دارد؟

روش

روش تحقیق در این پژوهش از نوع کیفی (تحلیل مضمون) و بر اساس هدف از نوع بنیادی است. جامعه آماری شامل کودکان 6 تا 11 سال که به مرکز مشاوره راه سبز شهر تهران مراجعه کرده‌اند، است. روش نمونه‌گیری از نوع روش نمونه گیری در دسترس می‌باشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش مادران دارای کودک بیش فعال دارای سنین 6 تا 11 سال و داشتن تمایل شرکت در پژوهش بوه است و ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش داشتن اختلالات دیگر در کودک است. به دلیل اینکه نوع پژوهش، کیفی است، تعداد نمونه به اندازه‌ای انتخاب می‌شد که حداکثر محتوای کیفی تجارب والدین کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش فعالی استخراج شود و به اصطلاح دیگر مصاحبه ها از حالت مقوله بندی به حد اشباع برسند. حالت اشباع به وضعیتی گفته می‌شود که پاسخی که شرکت‌کنندگان جدید به سؤالات مصاحبه می‌دهند مشابه همان پاسخ‌هایی باشد که شرکت‌کنندگان قبلی به سؤالات مصاحبه داده‌اند. در این پژوهش با تعداد 13 نفر، گزاره‌ها به حد اشباع رسید.

روش گردآوری داده‌ها: از آنجائیکه داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته گردآوری شد، ابتدا با مرور ادبیات تحقیق سئوالات مصاحبه در زمینه عوامل احتمالی مرتبط با اختلال بیش فعالی و نقص توجه، تدوین و برای اطمینان از کفایت آن‌ها به تایید متخصصان رسید. قبل از شروع مصاحبه،توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف پژوهش بیان شد. همچنین، به مادران اطمینان داده شد که از اطلاعات زندگی شخصی آن‌ها به صورت محرمانه و بی‌نام محافظت خواهد شد. در مرحله بعد، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی مبنی بر ضبط مصاحبه‌ها اخذ شد. به مادرانی که تمایل به

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

آگاهی از نتایج مطالعه را داشتند، راهنمایی‌های لازم در مورد نحوه دست‌یابی داده شد. مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان در مکانی ساکت و راحت با یک پرسش کلی و باز نظیر «از شرایط اقتصادی تان برایم تعریف کن؟»، شروع شد و در مرحله بعد، بر اساس پاسخ‌ها و داده‌های استخراج شده، از پرسش‌های اکتشافی نظیر «این مطلب یعنی چه؟»، «می‌توانید یک مثال واقعی از آنچه می‌گویید در زندگی خودتان بزنید؟» و «لطفاً بیشتر توضیح دهید؟» برای کشف اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. بعد از انجام هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده و یادداشت‌ها با دقت روی کاغذ پیاده سازی شد. داده‌ها بعد از اطمینان از مطابقت با اطلاعات ضبط شده با روش سیستماتیک کدگذاری و تجزیه وتحلیل شد. در این مرحله چنانچه مواردی از ابهام و یا نقص اطلاعات مشاهده شد مجدداً با مصاحبه شونده تماس گرفته و رفع ابهام شد. فرآیند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری داده‌ها به اجرا در آمد، یعنی، پس از مصاحبه کار کدگذاری انجام شد و سپس، مصاحبه دیگری شکل گرفت. مدت زمان مصاحبه برای هر نمونه حدود 60-50 دقیقه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مصاحبه بالینی: در این پژوهش آزمودنی‌ها مورد مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته این مزیت را دارد که هر کدام از آزمودنی ها در یک جلسه انفرادی و در یک فضای امن و خصوصی قادرند درباره موارد مطرح شده پاسخ دهند و بعلاوه به صورت انعطاف‌پذیر پس از پرسش سوال اصلی، جنبه‌های مختلف پاسخ‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، لذا اطلاعات سودمند بیشتری به دست می‌آید. مصاحبه نیمه ساختاریافته فرصتی فراهم می‌آورد که هر کدام از آزمودنی‌ها با تفاهم و تشویق خود-کاوشگری بیشتری داشته باشند. سوالات شامل: 1- اطلاعات دموگرافیک، شامل: سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و ... والدین 2- شرایط اقتصادی (داشتن منزل مسکونی، میزان درآمد، شاغل بودن، اندازه واحدهای مسکونی و

[Downloaded from journal.iranconseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

....) 4- شرایط زندگی (شرایط حضانت کودک، تک والدی بودن و ....). در این بخش ابتدا از آزمودنی ها سوالاتی مانند: میزان درآمد خانواده چقدر است؟ آیا بودجه‌ای برای مشاوره با یک متخصص درباره مشکلات فرزندت در نظر گرفته‌ای؟ در ادامه سوالات عمیق‌تری پرسیده شد. و پاسخ‌های انعکاسی داده شد تا داده‌ها صحت لازم را داشته باشد. معیارهای بکارگرفته شده برای اعتبار در این پژوهش عبارتند از: درگیری پیوسته و طولانی مدت با آزمودنی‌ها، مشاهده مداوم، بازبینی (کنترل) همکاران، بازخوردهای ارائه‌شده از جانب اساتید، تأیید یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان و استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. تحلیل مضمون راهبرد تقلیل داده‌ها است که با آن داده‌های کیفی تقسیم بندی، طبقه بندی، تلخیص و بازسازی می‌شود. تحلیل مضمون، اصولا راهبردی توصیفی است که یافتن الگوها و مفاهیم مهم را از درون مجموعه داده‌های کیفی تسهیل می‌کند (کیامنش و دانای طوس، 1396). در این بخش ابتدا داده‌ها بر مبنای یک مضمون کدگذاری و پس از طبقه بندی مضامین مفهوم سازی شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های فردی مصاحبه‌شوندگان پژوهش نشان داد، کودکان مشارکت‌کنندگان در پژوهش دارای میانگینِ سنی 8/8 سال و انحراف معیار 1/2 هستند، میانگین سنی مادران 32/7 و انحراف معیار 2/8 و میزان تحصیلات مادران (3 نفر پایین تر از دیپلم، 4 نفر دیپلم، 6 نفر لیسانس) بودند و میانگین سن پدران 35/7 و انحراف معیار 4 ، میزان تحصیلات پدران (3 نفر پایین تر از دیپلم، 3 نفر دیپلم، 3 نفر لیسانس، 4 نفر فوق لیسانس) بودند.

بر اساس مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته شرایط اقتصادی و خانوادگی با مادران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی‌ها نشان داد که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با اختلال بیش فعالی دارای ابعاد مختلفی به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱: مضامین اصلی و فرعی استخراج‌شده مربوط به شرایط اقتصادی و خانوادگی

کدهای اولیه	زیرمضمون	مضمون
بیکاری مادر/ پدر درآمد پایین	مشکلات مالی	وضعیت اقتصادی خانواده
فضای ناکافی منزل نداشتن اتاق خصوصی فرزند دارای اختلال بیش فعالی	ویژگی‌های منزل مسکونی	
سطح تحصیلات والدین و آگاهی درباره اختلال بیش فعالی	سطوح آگاهی والدین	ساختارخانواده
تک والدی بودن کودک/طلاق یا مرگ یک والد وجود والدین ناتنی زندگی با پدربزرگ و مادربزرگ	حضانت کودک	

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی والدین دارای کودک بیش فعال منجر به شناسایی، 4 زیرمضمون و 2 مضمون اصلی شد که در ادامه هر کدام از این مضامین توام با زیرمضمون های آن مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مضمون اول: وضعیت اقتصادی خانواده

اولین مضمون اصلی شناسایی‌شده تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی 2 زیرمضمون شد که عبارت اند از:

الف) مشکلات مالی:

" من بیکار هستم و نمی توانم فرزندم را در کلاس های کاردرمانی ثبت نام

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

کنم"(آزمودنی شماره 2).

"درآمد همسرم آنقدر نیست که تاکنون توانسته باشم از یک روانشناس یا پزشک برای کمک به فرزندم استفاده کنم" (آزمودنی شماره 3و4).

"ای کاش می توانستم کمی پس انداز کنم تا به فرزندم کمک کنم، اگر درآمدی داشتم او را زودتر به دکتر برده بودم"(آزمودنی شماره 13).

ب) ویژگی های منزل مسکونی:

"خانه ما خیلی کوچک است، وقتی علی به این طرف و آن طرف می دود همه ما را پریشان می کند، فکر می کنم منزل ما برای ما خیلی کوچک است" (آزمودنی شماره 5).

" فرزندم اتاق خصوصی ندارد تا در آن با آسودگی بازی کند"(آزمودنی شماره 3و4).

مضمون دوم: نگرش و ساختار خانواده

مضمون اصلی دوم شناسایی‌شده تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی 2 زیرمضمون شد که عبارت اند از:

الف) نگرش خانواده:

"فکر می کنم اینکه کودک شیطنت کند امری عادی است، من فکر می کنم فرزندم نیاز به دارو ندارد" (آزمودنی شماره 1).

"فرزندم تنها پسر خانواده است. به نظر من پسرها بیشتر شیطنت می کنند. این امر عادی است" (آزمودنی شماره 3).

"من فکر می کنم داروها عوارض زیادی دارد. نمی خواهم فرزندم دارو بخورد" (آزمودنی شماره 1).

ب) حضانت:

" حمایت کافی همسرم را برای رتق و فتق امور فرزندم ندارم"(آزمودنی شماره 5).

[Downloaded from journal.iranconseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

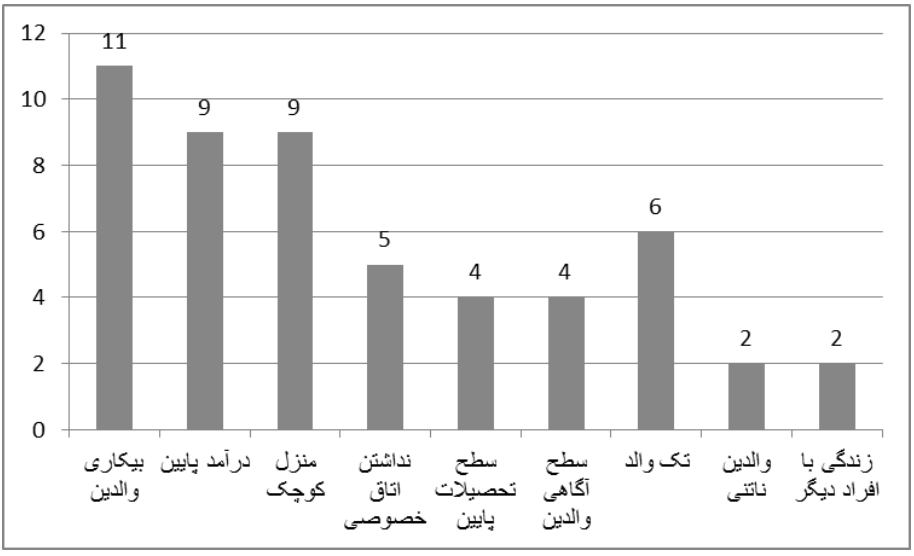
[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

"وقت کافی برای درگیر شدن کارهای فرزندم ندارم و نمی توانم بر امور او نظارت کنم" (به علت طلاق). (آزمودنی شماره 6).

"چون با والدینم زندگی می کنم، آن ها (پدربزرگ و مادربزرگ کودک) حوصله کافی برای فرزندم را ندارند و این باعث می‌شود فرزندم بیشتر پرخاشگری کند"(آزمودنی شماره 13).

"وقتی مادرم (مادربزرگ کودک) فرزندم را برای پرحرفی‌هایش سرزنش می کنند، مجبور می‌شوم او را تنبیه کنم و این موضوع موجب نافرمانی بیشتر فرزندم می شود" (آزمودنی شماره 13).

نمودار زیر فراوانی پاسخ‌های مرتبط با هر کد آورده شده است.



نمودار شماره ۱. فراوانی پاسخ‌های ارائه شده ابعاد شناخته شده مرتبط با اختلال بیش‌فعالی

در نمودار شماره 1 نشان داده شده است که مضمون اول از 34 کد و مضمون دوم از 18 کد استخراج شده است. در مجموع 52 کد استخراج شده نشان‌دهنده شرایط

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

اقتصادی و خانوادگی مرتبط با اختلال بیش فعالی می‌باشد. بنابراین احتمالا وضعیت اقتصادی پایین و ساختار خانواده نامطلوب در بروز نشانه‌های اختلال بیش فعالی مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی خانواده دارای کودک دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه منجر به شناسایی، 2 مضمون اصلی شد که عبارتند از: 1- وضعیت اقتصادی پایین (درآمد پایین، بیکاری) و 2- ساختار نامطلوب خانواده (سطح آگاهی والدین و حضانت کودک/تک والدی).

داده‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که خانواده‌های دارای کودک مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه دارای وضعیت اقتصادی پایینی بودند. این والدین علاوه بر تحمل شرایط فشارآور اقتصادی که منجر به آشفتگی و بی‌حوصلگی در آنان می‌شود، به علت درآمد ناکافی، قادر به رسیدگی به مشکلات آموزشی و درمانی کودک خود نیستند. بعلاوه این کودکان فضای کافی را برای بازی کردن در منزل را ندارند و به سبب آشفتگی‌هایی که ایجاد می‌کنند بیشتر مورد سرزنش و تنبیه قرار می‌گیرند. لذا این کودکان به سبب نوع اختلالشان نمی توانند در فضای کوچک و محدود، کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است را انجام دهند و به زودی حواسشان پرت می‌شود. آنان معمولا دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه درحال جنب و جوش هستند، لذا بیشتر از کودکان دیگر مورد سرزنش و تنبیه افراد خانواده قرار می‌گیرند. بعضی از والدین دارای تحصیلات پایین بوده یا درباره اختلال فرزندشان آگاهی کمتری داشتند. بنابراین پیگیری لازم جهت درمان بهنگام کودک خود را انجام نداده بودند. این والدین حواسپرتی کودک یا دنبال نکردن تکالیف و یا عمل نکردن به دستورات والدین را بازیگوشی یا شیطنت کودک تلقی می‌کردند. لذا قادر نبودند روش‌های تربیتی موثر را بکار بگیرند لذا نشانه های بیش فعالی آشکارتر می‌شد. بعضی از این کودکان به علت

طلاق والدین با پدر یا مادر زندگی می‌کردند و محرومیت مادری یا پدری را تجربه کرده بودند. این والدین قادر به بکارگیری اقتدار لازم برای اجرای قوانین را نداشتند زیرا اغلب چند والدی بودن کودک (زندگی با پدربزرگ/مادربزرگ به علت طلاق یا فوت همسر) موجب بی‌ثباتی در روش‌های فرزندپروری و در نتیجه بلاتکلیفی کودک در برابر دستورها و سپس آشفتگی بیشتر می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات بیاتی و همکاران (1389)، پرویزی (1395)، مونتجو و دیگران (2015)، امانی و خواجه موگهی (1384)، عباسی (1393)، کرباسی (1386) و نگویان و همکارن (2017) همسو است و با پژوهش شعبانی و یادگاری (1396) ناهمسو است. در مطالعات طولی معلوم گردید، کودکانی که فقدان یا جدایی از والدین را در اوایل زندگی تجربه کرده بودند، نشانه‌های مرضی اختلال نقص توجه و بیش فعالی را نشان داده بودند. کودکان پرورشگاهی اغلب بیش فعال بوده و میدان توجه محدودتری دارند. این نشانه‌ها از محدودیت هیجانی طولانی و با رفع محرومیت مثل به فرزندی خانواده‌ای درآمدن و انتقال به خانواده رضاعی از بین می‌روند. بنابراین این احتمال وجود دارد که محرومیت مادری/پدری می‌تواند به رفتارهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی منجر شود (موئن، هدلین و هالورد[1]، 2016).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت وضعیت ضعیف اقتصادی (داشتن مشکلات مالی، بیکاری و ...) و تک والدی بودن (مرگ والدین یا طلاق) از طرفی می‌تواند به عنوان یک عمل فشارآور عمل نماید و هم مستقیما در روند و سیر اختلال بیش فعالی تاثیر بگذارد. میزان استرس‌های زندگی می‌تواند نشانه‌های اختلال بیش فعالی را افزایش دهد. به عنوان مثال وقتی از مصاحبه شوندگان درباره مشکلات مالی سوال میشد، آنان وجود دوره‌هایی از بحران های مالی و افزایش مشکلات رفتاری کودک را بخاطر می‌آوردند. بحران‌ها موجب تنش در خانواده و غفلت از کودک و

1. Moen. L, Hedelin. B, Hall-Lord. M L.

[Downloaded from journal.iranicounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

فرزندپروری منفی می‌شود. والدین در بحران های مختلف زندگی انرژی و وقت کافی برای کودکانی که بالقوه دارای مشکلات رفتاری هستند (بخصوس کودکان دارای اختلال بیش فعالی)، مانند درخواست های مکرر و پی در پی، پرحرفی، انجام ندادن تکالیف، حواسپرتی و غیره را ندارند. لذا تنش‌ها موجب تعامل منفی بین والد و کودک و تقویت رفتارهای منفی موجب افزایش نشانه‌های بیش فعالی در کودکان شود.

محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و وجود طیف‌های متفاوت از اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه در نمونه‌ها می‌باشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمانگران در درمان کودکان دارای اختلال بیش فعال/نقص توجه به عوامل اقتصادی و خانوادگی موثر در افزایش نشانه های اختلال توجه نمایند.

منابع

- اخوان کرباسی، ص.، گلستان، م.، فلاح، ر و صدربافقی، م. (1386). بررسی شیوع اختلال بیش فعالی، کمبود توجه و تمرکز در کودکان 6 ساله شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد*. 15 (14). 29-34.
- ارجمندی، ش.، کیخاوندی، س.، سایه میری، ک. (1394). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه وبیش فعالی در دانش آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل، *مجله اصول بهداشت روانی*. 17(5)، 219-213.
- افروز، غ. و عاشوری، م. (1393). *مبانی روان‌شناختی مدیریت رفتار کودکان بی‌قرار و بیش‌فعال*. چاپ سوم. انتشارات دانشگاه تهران.
- امانی، ر.، خواجه موگهی، ن. (1384). مقایسه الگوی تغذیه کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بی تحرکی با کودکان سالم. *مجله علوم پزشکی تهران ایران*. 37. 22-32.
- بابک، ن.، حسینیان، س.، خیرخواه، م.، محمدی، م. (1395). مقایسه زمان واکنش و عملکرد در تصمیم‌گیری پر خزر در کودکان با اختلال کم‌توجهی پیش‌فعالی و کودکان عادی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. 7(1)، 62-53.
- بیاتی، ح.، پرورش، ن.، ضیالدینی، ح. (1389). اختلال بیش فعالی– کمبود توجه (ADHD) و اختلال سلوک در کودکان با والدین مبتلا به اختلال وابستگی به مواد. *اعتیاد و سلامت*. 2 (3). 89-94.
- پرویزی، م. (۱۳۹۵). بررسی پیش بینی کننده های جمعیت شناختی اختلال نقص توجه بیش فعالی. *دومین*

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی. مازندران – بابل. موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران.

- شعبانی، م.، یادگاری، ا. (1396). بررسی شیوع اختلالات بیش فعالی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر زنجان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*. 13 (51). 42-48.
- عباسی، م.، درگاهی، ش.، کریمی، ک. (1393). روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری بین دانش آموزان مبتلا به بیش فعالی و دانش آموزان عادی. *فصلنامه نسیم تندرستی*. 2 (3): 12-20.
- کاپالکا، ج. (2009). *مشاوره با پسران و مردان مبتلا به ADHD*. ترجمه موسوی، ر و ناصر رنجبر، ه. (1397)، چاپ اول، انتشارات ارجمند.
- کیامنش، ع.، دانای طوس، م. (1396). *طرح پژوهش رویکردهای کمی، کیفی و ترکیبی*. چاپ ششم. انتشارات واحد علامه طباطبایی.
- میرنسب، م.، منصور، م.، افروز، غ.، غباری بناب، ب. و به‌پژوه ، ا. (1387). اثربخشی درمانگری رفتاری و شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی کودکان. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. 18(1): 69-84.
- وایس، ر. (2018). آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان. ترجمه فیروز بخت، م. (1398). چاپ اول. نشر دانژه.

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2015). 5th edition. Arlington, VA., American Psychiatric Association.
- Biederman, J,. Fitzgerald, M,. Spencer, J,. Pradeep, G,. Deirdre, M., McCarthy, K., Woodworth, Y,. Saunders, A. & Stephen V. (2017). Is Paternal Smoking at Conception a Risk for ADHD? A Controlled Study in Youth With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, First Published 2 Feb 2017.
- Efron, D., Wijaya, M. & Hazell, PH. (2018). Peer Victimization in Children With ADHD: A Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Attention Disorders*. First Published 7 Sep 2018.
- Hamzeloo, M,. Mashhadi, A,. Salehi, J, & Fadardi, D. (2012). The Prevalence of ADHD and Comorbid Disorders in Iranian Adult Male Prison Inmates. *Journal of Attention Disorders*. 20 (7). 590-598.
- Johnstone, C. (2012). Parenting in adults with attention deficit/ activity disorder and (ADHD). *Clinical Psychology Review*. 32, 215-228.
- Jones, Sh. & Hesse, M. (2017). Adolescents With ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *Journal of Attention Disorders*. 22 (1). 92-102.
- Liu, TL,. Yang, P,. Ko .Ch H,. Yen .JY,& Yen Ch F. (2014). Association Between ADHD Symptoms and Anxiety Symptoms in Taiwanese Adolescents. *Journal of Attention Disorders*. 18 (5). 447-455.
- Luderer, M,. Sick, Ch,. Kaplan-Wickel, N,. Reinhard, I,. Richter, A., Kiefer, F. & Weber. T. (2018). Prevalence Estimates of ADHD in a Sample of Inpatients

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]
[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

With Alcohol Dependence. *Journal of Attention Disorders*. First Published 7 Jan 2018.

- Mhalla, A,. Guedria, A,. Brahem, T,. Amamou, B,. Sboui, W,. Gaddour, N,. & Gaha, L. (2017). ADHD in Tunisian Adolescents: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Attention Disorders*. 22. (2). 154-162.
- Moen, L,. Hedelin. B,. & Hall-Lord, ML. (2016). Family Functioning, Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 6, 1.
- Montejo, M,. Durán, M., Martínez, M,. Hilari, A,. Roncalli, A,. Vilaregut, & A,. Montserrat, C. M. (2015). Family Functioning and Parental Bonding During Childhood in Adults Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. First Published 24 Aug 2015.
- Nguyen, J,. Sberna HM., & Strickhouser. S. (2017). Family Predictors of Child Mental Health Conditions. *Journal of Family Issues*. 23: 24-32.
- Rokeach, A,. & Wiener. W. (2017). Friendship Quality in Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. First Published 13 Oct 2017.
- Safer, D. (2015). Is ADHD Really Increasing in Youth? *Journal of Attention Disorders*. 20 (7). 590-598.
- Talaei, A., Mokhber, N., & Abdollahian, E. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: A survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *J Atten Disord*. 13(4): 386-90.
- Tophen, G.L,. Wampler, K.S., & Rolling. E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial therapy program. *Interactional Journal of play therapy*. 20(2), 79-93.

[Downloaded from journal.irancounseling.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.69.10.7]

[DOI: 10.29252/jcr.18.69.230]

ABSTRACT

Investigating the Effective Factors and Family Structure on Children's ADHD

Nasrin mahmoudi[1], Roghaye mousavi[2], Masoud Gholam ali lavasani[3], Bagher Gobari Bonab[4]

Introduction: Economic and family conditions are one of the most important factors affecting the mental health of the child.

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of family and economic factors on hyperactivity and attention deficit (ADHD) symptoms in children aged 11-6 years.

Method: To investigate the aim of the research, qualitative research method was used. Therefore, 13 mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) were selected by semi-structured interviews and then the data were analyzed by the method of content analysis.

Results: The results of the research in the qualitative section led to the identification of four sub categories and two main categories.

Conclusion: The results showed that the family of children with ADHD have low income, inadequate living space, lack of a child's room, low level of education, lack of awareness about child's disorder and single/multi parent. These factors may increase the symptoms of ADHD.

It is suggested that therapists pay attention to stressful factors such as economic and family conditions in the treatment of children with ADHD.

Key words: Hyperactivity Disorder / Attention Deficit, Causes, Economic Conditions, Family Conditions

1. PhD. Student in Psychology and Education of Exceptional Children. Department of Psychology. Islamic Azad University. Science and Research Branch. Tehran. Iran. Email : nasrin.mahmoudi20@gmail.com
2. Assistant Professor. Educational science. Department Shahed University. Tehran. Iran. Email :mousavi@shahed.ac.ir
3. Assistant Tehran University. Tehran. Iran. Email :lavasani@ut.ac.ir
4. Professor Department of Psychology and Education of Exceptional Children. University of Tehran. Iran. Email bghobari@ut.ac.ir