

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

نسرين محمودی^۱، رقيه موسوی^۲

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 ۶-۱۱ سال بود.

روش: در این مطالعه کیفی از ۱۳ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، 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، ویژگی‌های منزل مسکونی، سطح آگاهی والدین و حضانت) شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، خانواده کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/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 تک‌والدی/چندوالدی بودن کودک بودند. و این عوامل احتمالاً موجب افزایش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود درمانگران در درمان کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه به عوامل استرس‌آور مانند شرایط اقتصادی و خانوادگی توجه نمایند.

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

Email: nasrin.mahmoudi20@gmail.com

۱. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی.

۲. نویسنده مسئول) دکترای تخصصی، عضو هیات علمی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

Email: mousavi@shahed.ac.ir

مقدمه

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی^۱ 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^۲، ۲۰۱۲). شواهد نشان می‌دهند در دو دهه اخیر شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه رو به افزایش است (سافر^۳، ۲۰۱۵). مطالعات شیوع این اختلال را ۱۸/۱۱ درصد (مهالا و همکاران^۴، ۲۰۱۷) و ۲۰/۲ درصد (لودر^۵، ۲۰۱۸) و در ایران (طلایی و همکاران^۶، ۲۰۱۰) در کودکان بیش از دبستان ۱۲/۳ درصد و در پسران دبستانی ۱۵/۲ درصد، (حمزه‌لو و دیگران^۷، ۲۰۱۲) ۱۶/۲ درصد و (ارجمندی و دیگران، ۱۳۹۴) ۸ درصد تخمین زده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد، اکثر کودکان مبتلا به این اختلال در نوجوانی اختلال اضطرابی (لیوو دیگران^۸، ۲۰۱۴)، مشکلات تحول هویت و ارتباطات اجتماعی (جونزو و هس^۹، ۲۰۱۷)، احتمال رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار در نوجوانان (بیدرمن و دیگران^{۱۰}، ۲۰۱۷)، گرایش به اتخاذ تصمیمات پرخطر (بهار، ۱۳۹۵)، در معرض قربانی شدن توسط معلمان (افرون^{۱۱}، ۲۰۱۸) و احتمال طرد از سوی دوستان و همسالان خود (روکیچ و واینر^{۱۲}، ۲۰۱۷) را تجربه می‌کنند.

در ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^{۱۳}، ۱۸ نشانه اصلی در دو حوزه اصلی نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی / تکانشگری مفروض شده است 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.
12. Rokeach, A & Wiener, W.
13. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition.

لزوم وجود ۶ 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 بیش‌فعالی 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 روست دقت ارزیابی می‌شوند، غالباً بی‌نظم بوده و قادر به سازماندهی نیستند، از انجام دادن کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است اجتناب می‌کنند، به زودی حواسشان پرت می‌شود، معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال جنب و جوش هستند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کنند. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع کمبود توجه، نوع بیش‌فعال / تکانشگر و نوع ترکیبی (توفن، والفرورولینگ^۱، ۲۰۱۱). تکنیک‌های ارزیابی متعددی وجود دارند که می‌توانند جهت تشخیص نشانه‌ها مورد استفاده قرار گیرند. هریک از روش‌ها اطلاعات ارزشمندی را فراهم می‌آورند و یک مجموعه جامع معمولاً قادر به شناسایی حیطه‌های متنوعی از مشکلات نیازمند به رسیدگی است (کاپالکا^۲، ۲۰۰۹، ترجمه موسوی و ناصررنجبر، ۱۳۹۷).

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، رنگ‌ها، مواد نگهدارنده و قند به عنوان عوامل احتمالی رفتار بیش‌فعالی مطرح شده‌اند (ویز^۳، ۲۰۱۸؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۸). عوامل وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد در ایجاد بیش‌فعالی با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند (میرنسب و دیگران،

1. Tophen, G.L, Wampler, K.S., & Rolling. E.

2. Kapalka, J.

3. Weis, R.

۱۳۹۱). مطالعات مونتجو و دیگران^۱ (۲۰۱۵) نشان می‌دهد بین وضعیت اقتصادی پایین خانواده و نشانه‌های بیش‌فعالی تعامل وجود دارد. همچنین پرویزی (۱۳۹۵) در بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی نشان داده است که کودکان خانواده‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، بیش از خانواده‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی معمولی به بالا، دارای اختلال بیش‌فعالی هستند، اما این وضعیت بصورت مطلق نیست. نتایج مطالعات بیاتی (۱۳۸۹) و امانی و خواجه موگهی (۱۳۸۴) نیز نشان می‌دهد هرچه میزان تحصیلات والدین افزایش می‌یابد و درآمد خانواده افزایش می‌یابد نشانه‌های بیش‌فعالی 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، ۱۳۹۳). مطالعه نگویان و دیگران^۲ (۲۰۱۷) نشان می‌دهد بین تک‌والدی بودن و نشانه‌های بیش‌فعالی تعامل وجود دارد.

اگرچه ژنتیک بخش عمده‌ای از واریانس نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی را توضیح می‌دهد، عوامل محیطی هم نقش مهمی دارند. عوامل محیطی غیرمشترک یعنی تجارب منحصربفرد هر کودک ظاهراً در پیش‌بینی شکل‌گیری اختلال بیش‌فعالی مهم هستند. بنابراین استعداد ژنتیکی و خطرات و عوامل محیطی در تعامل با هم موجب علائم و نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی می‌شوند. حتی دو قلوهای یک تخمکی هم که در ۱۰۰ درصد زن‌ها اشتراک دارند، در اختلال بیش‌فعالی همگامی ۸۰ درصدی دارند (ویز، ۲۰۱۸؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۸). با توجه به نقش مهم عوامل محیطی در اختلال بیش‌فعالی این سوال مطرح است که عواملی مانند شرایط اقتصادی و ساختار خانواده (تک‌والدی بودن) در اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان چه نقشی دارد؟

1. Montejo, M & et al.

2. Nguyen, J & et al.

روش

روش تحقیق در این پژوهش از نوع کیفی (تحلیل مضمون) و براساس هدف از نوع بنیادی است. جامعه آماری شامل کودکان ۶ تا ۱۱ سال که به مرکز مشاوره راه سبز شهر تهران مراجعه کرده‌اند، است. روش نمونه‌گیری از نوع روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش مادران دارای کودک بیش فعال دارای سنین ۶ تا ۱۱ 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 بیش‌فعالی استخراج شود و به اصطلاح دیگر مصاحبه‌ها از حالت مقوله‌بندی 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 ۱۳ 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 سؤالات مصاحبه در زمینه عوامل احتمالی مرتبط با اختلال بیش‌فعالی 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 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، براساس پاسخ‌ها و داده‌های استخراج شده، از پرسش‌های اکتشافی نظیر «این مطلب یعنی چه؟»، «می‌توانید یک مثال واقعی از آنچه می‌گویید در زندگی خودتان بنزید؟» 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 و تحلیل 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 درآمد، یعنی، پس از مصاحبه کار کدگذاری انجام شد و سپس، مصاحبه دیگری شکل گرفت. مدت زمان مصاحبه برای هر نمونه حدود ۶۰-۵۰ 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 آزمودنی‌ها در یک جلسه انفرادی و در یک فضای امن و خصوصی قادرند درباره موارد مطرح شده پاسخ دهند و بعلاوه به صورت انعطاف پذیر پس از پرسش سوال اصلی، جنبه‌های مختلف پاسخ‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، لذا اطلاعات سودمند بیشتری به دست می‌آید. مصاحبه نیمه ساختار یافته فرصتی فراهم می‌آورد که هر کدام از آزمودنی‌ها با تفاهم و تشویق خود-کاو‌شگری بیشتری داشته باشند. سوالات شامل: ۱- اطلاعات دموگرافیک، شامل: سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و ... والدین ۲- شرایط اقتصادی (داشتن منزل مسکونی، میزان درآمد، شاغل بودن، اندازه واحدهای مسکونی و ...). ۳- شرایط زندگی (شرایط حضانت کودک، تک والدی بودن و ...). در این بخش ابتدا از آزمودنی‌ها سوالاتی مانند: میزان درآمد خانواده چقدر است؟ آیا بودجه‌ای برای مشاوره با یک متخصص درباره مشکلات فرزندت در نظر گرفته‌ای؟ در ادامه سوالات

عمیق تری 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 ارائه شده از جانب اساتید، تأیید یافته‌ها توسط شرکت کنندگان و استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها 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، اصولاً راهبردی توصیفی است که یافتن الگوها و مفاهیم مهم را از درون مجموعه داده‌های کیفی تسهیل می‌کند (کیامنش و دانای طوس، ۱۳۹۶). 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 میانگین سنی ۸/۸ سال و انحراف معیار ۱/۲ هستند، میانگین سنی مادران ۳۲/۷ و انحراف معیار ۲/۸ و میزان تحصیلات مادران (۳ نفر پایین تر از دیپلم، ۴ نفر دیپلم، ۶ نفر لیسانس) بودند و میانگین سن پدران ۳۵/۷ و انحراف معیار ۴، میزان تحصیلات پدران (۳ نفر پایین تر از دیپلم، ۳ نفر دیپلم، ۳ نفر لیسانس، ۴ 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 بیش‌فعالی دارای ابعاد مختلفی به شرح ذیل می‌باشد:

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

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

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی والدین دارای کودک بیش‌فعال منجر به شناسایی، ۴ زیرمضمون و ۲ مضمون اصلی شد که در ادامه هر کدام از این مضامین توأم با زیرمضمون‌های آن مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مضمون اول: وضعیت اقتصادی خانواده

اولین مضمون اصلی شناسایی‌شده تحلیل‌داده‌ها منجر به شناسایی ۲ زیرمضمون شد که عبارت‌اند از:

الف) مشکلات مالی:

"من بیکار هستم و نمی‌توانم فرزندم را در کلاس‌های کاردرمانی ثبت‌نام کنم" (آزمودنی شماره ۲).

"درآمد همسرم آنقدر نیست که تاکنون توانسته باشم از یک روانشناس یا پزشک برای

کمک به فرزندم استفاده کنم" (آزمودنی شماره ۳ و ۴).

"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 ۱۳).

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، فکرمی کنم منزل ما برای ما خیلی کوچک است" (آزمودنی شماره ۵).
"فرزندم اتاق خصوصی ندارد تا در آن با آسودگی بازی کند" (آزمودنی شماره ۳ و ۴).

مضمون دوم: نگرش و ساختار خانواده

مضمون اصلی دوم شناسایی شده تحلیل داده ها منجر به شناسایی ۲ زیرمضمون شد که عبارت اند از:

الف) نگرش خانواده:

"فکرمی کنم اینکه کودک شیطنت کند امری عادی است، من فکرمی کنم فرزندم نیاز به دارو ندارد" (آزمودنی شماره ۱).

"فرزندم تنها پسر خانواده است. به نظر من پسرها بیشتر شیطنت می کنند. این امر عادی است" (آزمودنی شماره ۳).

"من فکرمی کنم داروها عوارض زیادی دارد. نمی خواهم فرزندم دارو بخورد" (آزمودنی شماره ۱).

ب) حضانت:

"حمایت کافی همسرم را برای رتق و فتق امور فرزندم ندارم" (آزمودنی شماره ۵).

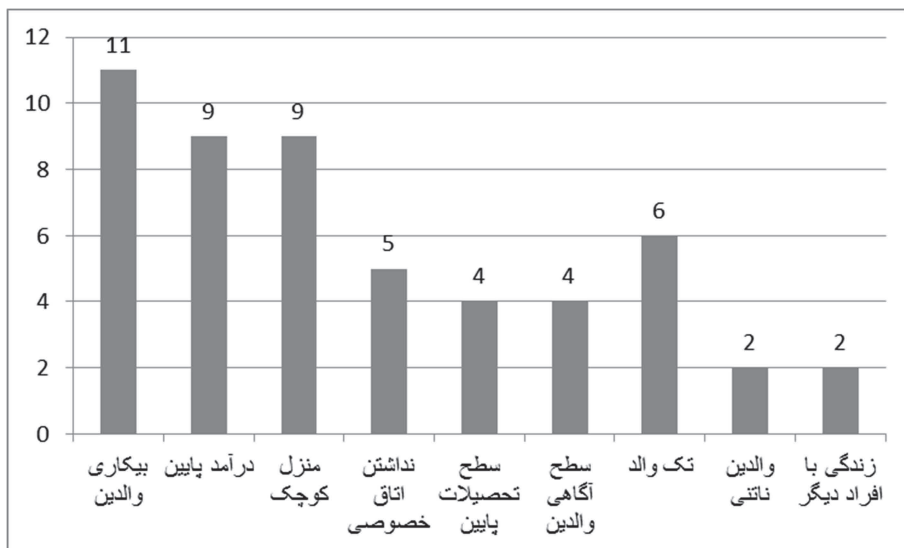
"وقت کافی برای درگیر شدن کارهای فرزندم ندارم و نمی توانم بر امور او نظارت کنم" (به علت طلاق). (آزمودنی شماره ۶).

"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 ۱۳).

"وقتی مادرم (مادربزرگ کودک) فرزندم را برای پرحرفی‌هایش سرزنش می‌کنند، مجبور می‌شوم او را تنبیه کنم و این موضوع موجب نافرمانی بیشتر فرزندم می‌شود" (آزمودنی شماره ۱۳).

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 ۱ نشان داده شده است که مضمون اول از ۳۴ کد و مضمون دوم از ۱۸ کد استخراج شده است. در مجموع ۵۲ کد استخراج شده نشان‌دهنده شرایط اقتصادی و خانوادگی مرتبط با اختلال بیش‌فعالی می‌باشد. بنابراین احتمالاً وضعیت اقتصادی پایین و ساختار خانواده نامطلوب در بروز نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی خانواده دارای کودک دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه منجر به شناسایی، ۲ مضمون اصلی شد که عبارتند از: ۱- وضعیت اقتصادی پایین (درآمد پایین، بیکاری) و ۲- 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 نمی‌توانند در فضای کوچک و محدود، کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است را انجام دهند و به زودی حواسشان پرت می‌شود. آنان معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال 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 نشانه‌های 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 پدر بزرگ/مادر بزرگ به علت طلاق یا فوت همسر) موجب بی‌ثباتی در روش‌های

فرزندپروری و در نتیجه بالاترین تکلیفی کودک در برابر دستورها و سپس آشفستگی بیشتر می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات بیاتی و همکاران (۱۳۸۹)، پرویزی (۱۳۹۵)، مونتجو و دیگران (۲۰۱۵)، امانی و خواجه موگهی (۱۳۸۴)، عباسی (۱۳۹۳)، کرباسی (۱۳۸۶) و نگوین و همکاران (۲۰۱۷) همسواست و با پژوهش شعبانی و یادگاری (۱۳۹۶) ناهمسواست. 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 بیش‌فعالی را نشان داده بودند. کودکان پرورشگاهی اغلب بیش‌فعال بوده و میدان توجه محدودتری دارند. این نشانه‌ها از محدودیت هیجانی طولانی و با رفع محرومیت مثل به فرزند خانوادگی 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^۱، ۲۰۱۶).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت وضعیت ضعیف اقتصادی (داشتن مشکلات مالی، بیکاری و ...) و تک‌والدی بودن (مرگ والدین یا طلاق) از طرفی می‌تواند به عنوان یک عمل فشارآور عمل نماید و هم مستقیماً در روند و سیر اختلال بیش‌فعالی تأثیر بگذارد. میزان استرس‌های زندگی می‌تواند نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی را افزایش دهد. به عنوان مثال وقتی از مصاحبه‌شوندگان درباره مشکلات مالی سوال میشد، آنان وجود دوره‌هایی از بحران‌های مالی و افزایش مشکلات رفتاری کودک را بخاطر می‌آوردند. بحران‌ها موجب تنش در خانواده و غفلت از کودک و فرزندپروری منفی می‌شود. والدین در بحران‌های مختلف زندگی انرژی و وقت کافی برای کودکانی که بالقوه دارای مشکلات رفتاری هستند (به‌خصوص کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی)، مانند درخواست‌های مکرر و پی‌درپی، پرحرفی، انجام ندادن تکالیف، حواسپرتی و

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

غیره را ندارند. لذا تنش‌ها موجب تعامل منفی بین والد و کودک و تقویت رفتارهای منفی موجب افزایش نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان شود.

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

منابع

- اخوان کرباسی، ص،، گلستان، م،، فلاح، ر و صدرباقفی، م. (۱۳۸۶). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه و تمرکز در کودکان ۶ ساله شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۵ (۱۴). ۲۹-۳۴.
- ارجمندی، ش،، کیخاوندی، س،، سایه میری، ک. (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل، *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷ (۵)، ۲۱۹-۲۱۳.
- افروز، غ و عاشوری، م. (۱۳۹۳). *مبانی روان‌شناختی مدیریت رفتار کودکان بی‌قرار و بیش‌فعال*. چاپ سوم. انتشارات دانشگاه تهران.
- امانی، ر،، خواجه موگهی، ن. (۱۳۸۴). مقایسه الگوی تغذیه کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بی‌تحریکی با کودکان سالم. *مجله علوم پزشکی تهران/ ایران*. ۳۷. ۲۲-۳۲.
- بابک، ن،، حسینیان، س،، خیرخواه، م،، محمدی، م. (۱۳۹۵). مقایسه زمان واکنش و عملکرد در تصمیم‌گیری پرخرز در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و کودکان عادی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۷ (۱)، ۵۳-۶۲.
- بیاتی، ح،، پرورش، ن،، ضیال‌دینی، ح. (۱۳۸۹). اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه (ADHD) و اختلال سلوک در کودکان با والدین مبتلا به اختلال وابستگی به مواد. *اعتیاد و سلامت*. ۲ (۳). ۸۹-۹۴.
- پرویزی، م. (۱۳۹۵). بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت‌شناختی اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. *دومین کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی. مازندران- بابل*. موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران.
- شعبانی، م،، یادگاری، ا. (۱۳۹۶). بررسی شیوع اختلالات بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر زنجان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*. ۱۳ (۵۱). ۴۲-۴۸.

- عباسی، م.، درگاهی، ش.، کریمی، ک. (۱۳۹۳). روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بین دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه نسیم‌تندرستی*. ۲۰ (۳): ۱۲-۲۰.
- کاپالکا، ج. (۲۰۰۹). *مشاوره با پسران و مردان مبتلا به ADHD*. ترجمه موسوی، ر. و ناصررنجبر، ه. (۱۳۹۷)، چاپ اول، انتشارات ارجمند.
- کیامنش، ع.، دانای طوس، م. (۱۳۹۶). *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. (۱۳۸۷). اثربخشی درمانگری رفتاری و شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسیایی توجه/فزون‌کنشی کودکان. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۱۸ (۱): ۶۹-۸۴.
- وایس، ر. (۲۰۱۸). *آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان*. ترجمه فیروز بخت، م. (۱۳۹۸). 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 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.
 - Topphen, 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.