

پدیدارشناسی تجارب مادران در زندگی با کودکان ADHD

Phenomenology of Mothers' Experiences in Living with Children with ADHD Disorder

H. Gharibi, M.A. ✉

E. Fathi Azar, Ph.D.

Y. Adib, Ph.D.

J. Hatami, Ph.D.

Z. Gholizadeh, Ph.D.

حسن غریبی ✉

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز

دکتر اسکندر فتحی آذر

استاد گروه علوم تربیتی دانشگاه تبریز

دکتر یوسف ادیب

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه تبریز

دکتر جواد حاتمی

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه تبریز

دکتر زلیخا قلی‌زاده

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه کردستان

دریافت مقاله: ۸۹/۲/۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۱۱/۲۳

پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۱

Abstract

Living with children with Attention Deficit/Hyperactive Disorder makes special problems and needs for their mothers. This study evaluates mothers' experiences in living with children with ADHD. This is a qualitative study with a phenomenological approach. Through a convenient sampling, a purposeful sample was selected from

چکیده:

زندگی با کودکان ADHD در خانواده، مسائل و مشکلات خاصی را برای مادران ایجاد می‌کند. هدف این پژوهش دستیابی به تجربه مادران کودکان ADHD در زندگی با آنها بود. این مطالعه به شیوه کیفی، به روش پدیدارشناسانه، با نمونه‌گیری هدفمند و به وسیله مصاحبه ژرف‌نگر با ۱۰ مادر که دارای کودک ADHD بودند، در مرکز مشاوره شمس تبریز، انجام شد.

✉Corresponding author: Dept. of Psychology Isfahan University, Tehran, Iran.

Tel: +9809188755487

Email: Gharibi@tabrizu.ac.ir

✉نویسنده مسئول: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده

علوم تربیتی و روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۸۸۷۵۵۴۸۷

پست الکترونیک: Gharibi@tabrizu.ac.ir

Shams Family Counseling Center in Tabriz. The sample consisted of 10 mothers that were interviewed through in-depth interview sessions. The participants' answers were recorded, coded, and organized. The data was analyzed using the seven-step method defined by the Colaizzi method. Findings were summarized in four core concepts namely "family disorderliness", "social worries", "educational worries" and "mothers' negative experienced senses") as well as several sub-concepts. The findings can contribute to the future plans for improving support resources and therapy strategies for providing the mothers' mental health.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactive Disorder, Mothers' Experiences, Phenomenology.

مصاحبه‌ها ثبت شده، سپس به صورت کتبی پیاده شدند و به روش هفت مرحله‌ای کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از تجربیات مادران در زندگی با کودکان ADHD در ۴ مضمون اصلی «نابسامانی خانوادگی»، «نگرانی‌های اجتماعی»، «نگرانی‌های تحصیلی»، «احساسات منفی تجربه شده توسط مادر» و چندین مضمون فرعی خلاصه گردید. این یافته‌ها می‌تواند اطلاعات لازم را در خصوص منابع حمایتی و اتخاذ راهبردهای حمایتی و درمانی برای مادران کودکان ADHD جهت تأمین سلامت روان آن‌ها فراهم نماید.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، تجارب مادران، پدیدارشناسی.

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و علت مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس است. این اختلال که تأثیر عمیقی بر زندگی کودکان و خانواده آن‌ها می‌گذارد، دارای علائم تحولی نامناسب (بیش‌فعالی، بی‌توجهی و تکانشگری) می‌باشد (بیدرمان و فارونه، ۲۰۰۵). در سبب‌شناسی و تداوم ADHD، نظریه‌های سیستمی عمدتاً بر نقش نظام خانواده با بافت اجتماعی گسترده تمرکز کرده‌اند. لانگه^۲ و همکاران، (۲۰۰۵؛ به نقل از حیدری، ۱۳۸۸) معتقدند که مشکل خانواده، استرس زیاد و حمایت کم، آسیب‌شناسی روانی والدین از قبیل افسردگی، پرخاشگری یا سوءمصرف الکل، ناسازگاری زناشویی، فرزندپروری بسیار مداخله‌گرانه و تعاملات والد - فرزند مستبدانه همگی با ADHD ارتباط و همبستگی دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که در بین عوامل مختلفی که در پرورش شخصیت سالم کودکان و نوجوانان مؤثرند، تعامل کودک و والدین از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شوند (نوابی‌نژاد، ۱۳۷۵؛ به نقل از شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). در گذشته تمرکز ادبیات تحقیقی در مورد رابطه والد- کودک بیشتر معطوف به اثراتی بود

که والدین از نظر روان‌شناختی بر کودک خود داشتند، اما اخیراً تأکید این تحقیقات بر اثراتی است که کودکان بر والدین خود می‌گذارند (سافرنوف و فاربوتکو، ۲۰۰۲؛ به نقل از خرم‌آبادی، پوراعتماد، طهماسبیان و چیمه، ۱۳۸۸).

ماسن^۳ (۱۳۷۷) معتقد است که رابطه فرزند و والدین با همدیگر کنش متقابل دارند به این معنا که تأثیرات کودک و والدین دو سویه است. مطالعه تعامل کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط بین آن‌ها فشار روانی (بارکلی، ۱۹۹۰)، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت و ناکامی بالا وجود دارد (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۱). مادران کودکان بیش‌فعال دارای عزت نفس پایین‌تر، احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی هستند (به‌نقل از حیدری، ۱۳۸۸). بسیاری از مشکلات در دنیای امروز به خدشه‌دار بودن روابط بین اعضای اصلی خانواده و رابطه متقابل آن‌ها با یکدیگر مربوط است. پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده‌اند که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی تأثیر می‌گذارند (شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). پرویزی، سیدفاطمی و کیانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که خانواده جایگاه مهم و منحصر به فردی در سلامت مادران داشته به طوری که این طبقه بیشترین کدها را در پژوهش آن‌ها به خود اختصاص داده است.

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که وجوه رفتاری متعدد اختلالی پایدار چون ADHD می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی‌تر این کودکان با خواهران و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان ADHD، منجر شود (شیر^۴ و جانسون^۵، ۱۹۹۲؛ جانستون^۶، ۱۹۹۶؛ به نقل از هوش‌ور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). دیویدز^۷ و گاستپر^۸ (۲۰۰۵) بیان داشته‌اند که کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در روابط خانوادگی و دوستانه، ضعیف عمل می‌کنند. والدین به عنوان مرکز و مهم‌ترین حلقه در مراقبت، آموزش و نظارت بر کودک، باید ارزیابی‌ها، معاینات، درمان‌ها و همزمان حفظ ارتباط با متخصصین و مراکز مختلف را هماهنگ کنند. آن‌ها خودشان را در مواجهه با تصمیمات مهمی در رابطه با کودک، اداره شرایط جدید و مسائل مالی می‌یابند که می‌تواند بر کل خانواده تأثیر بگذارد (کندل^۹، ۲۰۰۷). بلسکی (۱۹۹۳؛ به‌نقل از شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷) معتقد است کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که تعامل با آن‌ها با سختی و مرارت همراه است، احتمال بیشتری دارد که مورد خشم و بدرفتاری اعضای خانواده قرار گیرند به صورتی که باعث برانگیختگی خشم مادر می‌شوند.

بررسی‌های مربوط به ADHD حاکی از آن است که مطالعات در مورد تجربه مادران کودکان ADHD بسیار محدود است و در ایران چنین تحقیقی تاکنون صورت نگرفته است. اگرچه تحقیقات

زیادی در خصوص سبب‌شناسی و درمان ADHD صورت گرفته ولی پیامدهای خانوادگی ADHD خصوصاً در تعامل با مادر، هنوز مورد پژوهش قرار نگرفته است. با توجه به شیوع اختلال ADHD در کودکان و نیز تأثیر وجود این اختلال بر عملکرد سیستم خانواده، بررسی پیامدهای خانوادگی ADHD از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تجربیات افراد بهترین منبع اطلاعات برای بررسی موضوع مورد نظر است. از سوی دیگر بررسی تجربه مادران در زندگی با کودکان ADHD با پژوهش‌های رایج کمی، قابل تبیین نیست، در حالی که پژوهش‌های کیفی، قابلیت‌ها و برتری چشمگیری، در شناخت عمیق پدیده‌ها و تبیین تجربه‌های واقعی دارند. این بررسی‌ها از این جهت حائز اهمیت می‌باشند که به نظر می‌رسد ارائه‌دهندگان خدمات نقش مؤثری در پذیرش والدین و همچنین غلبه آن‌ها بر مسائل و چالش‌های مربوط به امور مراقبتی و درمانی کودکان داشته باشند. بنابراین با عنایت به ضرورت شناخت تأثیر اختلال ADHD کودکان بر مادران و حمایت از مادران و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها، این پژوهش با هدف تبیین پدیدارشناسی تجربه مادران در زندگی با کودکان ADHD صورت گرفت.

روش

پژوهش حاضر به روش کیفی انجام پذیرفته است که از نوع پدیدارشناسی^{۱۰} می‌باشد. در این تحقیق ابتدا مشارکت‌کنندگان با توجه به هدف مطالعه که توصیف و فهم عمیق تجربیات مادران در ارتباط با کودکان ADHD بود، از میان جامعه در دسترس، یعنی مادرانی که برای دریافت خدمات مشاوره در مورد کودک ADHD خود به مرکز مشاوره بیمارستان شمس تبریز مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. محققان پس از بررسی شرایط، برخی از آن‌ها را برای شرکت در تحقیق انتخاب کردند. جهت دسترسی به غنی‌ترین و توصیف‌کننده‌ترین اطلاعات با توجه به هدف مطالعه، یکی از معیارهای انتخاب، داشتن فرزند ADHD بود که روان‌پزشک و روان‌شناس، تشخیص مسلم ADHD داده باشند. همچنین سعی بر آن بود که افراد از سطوح مختلف اجتماعی و فرهنگی انتخاب شوند. گردآوری اطلاعات در این پژوهش به وسیله مصاحبه ژرف‌نگر صورت گرفت. چرا که در مطالعات فنومنولوژیک منبع اصلی اطلاعات گفتگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان است (برایتن^{۱۱}، ۱۹۹۵). پژوهشگر بدون این‌که بکوشد تا جهت خاصی به گفتگو بدهد، سعی می‌کند تا به دنیای غیررسمی و تجربیات زندگی فرد دست یابد. همچنین ضمن اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در مورد پشتوانه علمی و محرمانه ماندن بیانات، اطلاعات و هویت آن‌ها، به آنان اطلاع داده شد که در هر مرحله از تحقیق که مایل به ادامه همکاری نباشند می‌توانند عدم تمایل خود را اعلام کرده و از تحقیق خارج شوند.

به منظور دقت و روایی یافته‌ها از روش مصاحبه و در صورت لزوم تکرار بعضی از مصاحبه‌ها، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شده است. میزان ارتباط و درگیری عمیق و تجارب قبلی پژوهشگر با موضوع پژوهش و مشارکت‌کنندگان می‌تواند بر مقبولیت داده‌ها دلالت کند. از آن‌جا که در تحقیقات کیفی تمرکز بیشتر بر روی اطلاعات به دست آمده از موقعیت یا واقعه است تا اندازه نمونه، در این مطالعه نیز اطلاعات پس از انجام مصاحبه با ۱۰ نفر به اشباع رسید. در هر مصاحبه در مورد تجارب مادران در زندگی با کودک ADHD سؤال شد و بسته به پاسخ آن‌ها سؤالات بعدی مطرح گشت. پس از اتمام مصاحبه، بلافاصله نوار ضبط شده توسط محقق گوش داده شد تا معلوم شود که آیا محتوای مصاحبه قابل فهم است یا نیاز به پیگیری دارد و یا چه نکات دیگری باید در مصاحبه پرسیده شود، سپس موارد مصاحبه روی کاغذ پیاده گردید. پس از آن کدگذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات انجام شد. پس از طبقه‌بندی کدها و ادغام کدهای مربوط به هم مفاهیم فرمول‌بندی شده درون دسته‌های خاص موضوعی مرتب شد، سپس در زیر دسته یا زیرمفهوم قرار گرفت و در نهایت کلیه مفاهیم دسته‌بندی شده بر اساس هدف پژوهش، تقسیم‌بندی شدند.

در این مطالعه سعی گردید چهار معیار موثق بودن داده‌های کیفی و تجزیه و تحلیل آن‌ها یعنی باورپذیری، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال مورد نظر قرار گیرد. محققان در این مطالعه تلاش نمودند با دقت در فرآیند گردآوری داده‌ها از هر نوع سوگیری اجتناب نمایند. پژوهشگران به منظور موثق نمودن مطالب، پس از دسته‌بندی مطالب چندین مرتبه به صحبت‌های شرکت‌کنندگان مراجعه کردند. هم‌چنین جهت روایی داده‌ها، پس از انجام مصاحبه و استخراج داده‌ها و کدگذاری آن‌ها مجدداً به تک‌تک نمونه‌ها مراجعه و موافقت آن‌ها با برداشت پژوهشگران از مطالب بررسی شده و مطالب مبهم احتمالی مورد بحث و شفاف‌سازی قرار گرفته شد و از این طریق توافق و تأیید نمونه‌ها بدست آمد. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش ۷ مرحله‌ای کلایزی^{۱۲} (به نقل از ستارزاده، زمان‌زاده و زنوزی، ۱۳۸۶) انجام شد.

یافته‌ها

طی این پژوهش ۴ مضمون اصلی و چندین مضمون فرعی استخراج گردید که به شرح زیر می‌باشند:

مضمون اصلی ۱: نابسامانی خانوادگی به خاطر کودک ADHD

مضمون فرعی ۱؛ بی‌نظمی، پرخاش و بی‌دقتی کودک ADHD: ADHD با انواع مشکلات بین فردی، مانند اعمال میان فردی ناپخته، تحریک‌پذیر، افراطی، پرخاشگرانه و شدید همراه است (والن^{۱۳} و هنکر^{۱۴}، به‌نقل از کانر^{۱۵} و جت^{۱۶}، ۱۳۸۶). وجود این رفتارها در کودکان ADHD توسط

اکثر مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر گزارش شد. قسمت‌هایی از عبارتهای چند مادر در زیر آورده شده‌اند:

- نمی‌تواند کارها و وظایف خود را انجام دهد، وسایلیش را گم می‌کند، منم به خاطر این کاراش اذیت می‌شم (مادر ۱).

- خیلی بازیگوش است، به مقررات و نظم در خانه توجه نمی‌کنه، به خاطر این کاراش خونه همیشه بی‌ریخته (مادر ۲).

- فراموشکاره، به راحتی حواسش پرت میشه، باید همیشه چند بار حرفا را براش تکرار کنیم، زیاد حرف می‌زنه (مادر ۳).

- در قبال خواهرش احساس مسئولیت نمی‌کنه، وسایلیشو بر می‌داره و در کارای او فزولی می‌کنه (مادر ۴).

مضمون فرعی ۲؛ ترس از سرایت رفتارهای ADHD به سایر کودکان خانواده: با توجه به یادگیری بعضی رفتارها و اعمال از طریق مشاهده، والدین نگران این هستند که مبادا سایر کودکان نیز از طریق مشاهده رفتارهای کودک ADHD آن را به عنوان الگو و سرمشق انتخاب کنند. بعضی از مادران بیان داشته‌اند:

- نگران دختر کوچکم هستم، می‌ترسم از این یکی (دختر ADHD) تقلید کند (مادر ۵).
- وقتی رفتارهای زننده و ناجور از خودش نشان می‌دهد، زود تحریک میشه، می‌ترسم بر اون یکی بچهام نیز تأثیر بگذارد و بدآموزی داشته باشد (مادر ۶).

- وقتی فهمیدم بچهام ADHD است (دکتر گفت)، ترسیدم که دخترم نیز مثل این بشود، گفتم نکنه این یکی هم تحت تأثیر اون قرار بگیرد (مادر ۷).

مضمون فرعی ۳؛ اختلاف و درگیری با همسر: در برخی موارد پدران، مادر را به عنوان عامل بیماری مقصر می‌دانند و فکر می‌کنند که کودک به خاطر رفتار مادر، واکنش‌های نامناسب نشان می‌دهد. تعدادی از مادران می‌گفتند:

- شوهرم مرا سرزنش می‌کند و می‌گوید که تقصیر توست، به همین خاطر با هم درگیر می‌شویم (مادر ۸).

- شوهرم می‌گوید تو خودت مشکل داری و ناراحت هستی، بچه مشکل نداره و این باعث دعوای من و شوهرم می‌شه (مادر ۹).

- شوهرم فکر می‌کند که بچه‌داری بلد نیستم و وقتی که پسرم کوچک بوده حتماً بلایی سرش آورده‌ام، این منو ناراحت می‌کنه و باعث دعوای من با شوهرم می‌شه (مادر ۱۰).

- من از دست بچه که خسته می‌شوم، رابطه‌ام با شوهرم نیز بد شده و با او ناجور صحبت می‌کنم، همیشه بگو مگو می‌کنیم (مادر ۸).

مضمون فرعی ۴؛ درگیری و تنش مادر با کودک ADHD: به علت کم‌توجهی، عدم احساس مسئولیت و فقدان مهارت‌های ارتباطی، کودکان ADHD توانایی ملاحظه شئون و قواعد خانوادگی و ارتباط با والدین را ندارند و به گفته‌های مادر چندان توجه نمی‌کنند. در این زمینه اکثر مادران به مشکلات ارتباطی با بچه ADHD اشاره کرده‌اند:

- وقتی چیزی از من می‌خواهیم انجام نمی‌دهد، تا زمانی که عصبانی نشویم کارش را انجام نمی‌دهد (مادر ۵).

- وقتی کاری بهش واگذار می‌کنیم باید ۱۰-۵ بار تکرار کنیم تا انجام دهد و باعث اختلاف‌افزایی می‌شود (مادر ۱).

- وقتی کارش را انجام نمی‌دهد، ناراحت می‌شویم و با هم درگیر می‌شویم (مادر ۶).

- به حرف گوش نمی‌دهد، نمی‌تواند منتظر بماند، مجبورم تنبیهش کنم، عصبانی می‌شوم و با سیلی می‌زنمش (مادر ۲).

مضمون فرعی ۵؛ فشار مالی به خاطر هزینه‌های درمانی: هزینه‌های بالای درمانی (دارودرمانی و مشاوره، نوروفیدبک و ...) برای برخی از خانواده‌ها با توجه به طولانی بودن دوره‌های درمانی ADHD فشار مالی زیادی تحمیل می‌کند. در این باره اکثر مادران می‌گویند:

- چند سال است که برای حل مشکل بچه‌ام خرج می‌کنم اما هنوز خوب نشده است (مادر ۲).

- به اندازه خرج کل بچه‌ها برای درمان بچه‌ام خرج کرده‌ام ولی متأسفانه حالش بهتر نشده است (مادر ۶).

- بیشتر از هر چیزی برای این مشکل هزینه کرده‌ایم، تا حالا پیش چندین دکتر برده‌ایم ولی جواب نگرفتیم (مادر ۹).

- هزینه‌های مشاوره زیاد است، برای ما سنگینی می‌کند، کاش دفترچه بیمه قبول می‌کردند (مادر ۴).

مضمون اصلی ۲: نگرانی‌های اجتماعی به خاطر کودک ADHD

مضمون فرعی ۱؛ ترس از عدم موفقیت در کارهای اجتماعی: مهارت‌های اجتماعی ضعیف و سطح پایین کودکان ADHD باعث می‌شود که اغلب نتوانند در موقعیت‌های اجتماعی به خوبی عمل کنند. تعدادی از مادران می‌گفتند:

- اگر درس نخواند می‌فرستیم کار مکانیکی یا کامپیوتر، اما چون احساس مسئولیت نمی‌کند می‌ترسیم در کار دیگر هم موفق نشود (مادر ۷).

- احساس می‌کنم در آینده هم نمی‌تواند هیچ کاری را به درستی انجام دهد (مادر ۳).

- همیشه حتماً باید کسی بالای سرش باشد تا کارش را انجام دهد، در آینده به تنهایی نمی‌تواند

کاری بکند (مادر ۲).

- این طوری جلوتر برود از مدرسه اخراجش می‌کنند (مادر ۳).
- در آینده نمی‌تواند زندگی تشکیل دهد از الانش پیداست (مادر ۶).
- مضمون فرعی ۲: محدود شدن ارتباط (با همسایگان، فامیل، دوستان و آشنایان):**
بدرفتاری‌ها و آزارهای کودکان ADHD گاهی اوقات باعث محدودیت تعاملات خانواده با اطرافیان می‌شود. در این راستا چند مادر گفته‌اند:
 - وقتی به خانه مادربزرگ می‌رویم، شروع می‌کند به اذیت و آزار آن‌ها، به همین خاطر زیاد رفت و آمد نداریم، آن‌ها به خاطر این مشکل از مجتمع ما نقل مکان کردند (مادر ۸).
 - به خاطر این بچه نمی‌توانیم به مراسم و مهمانی برویم، یه جوری به ما نگاه می‌کنند (مادر ۱۰).
 - ... با سنگ زد توی سر دختر عموی من که خیلی خونریزی کرد و او را عمل جراحی کردند، سر این قضیه اختلاف پیدا کردیم (مادر ۴).
 - وقتی به مهمانی و خانه آشنایان می‌رویم، خیلی احساس شرمندگی و خجالت می‌کنیم (مادر ۱).
 - هر جا می‌رویم می‌گویند چرا بچه شما این طوری است، فکری به حالش بکنید (مادر ۷).
- مضمون فرعی ۳: احساس خجالت و شرمندگی (در محل زندگی و کار):** به دلیل پیامدهای رفتارهای سوء کودکان ADHD در محله و در ارتباط با همسایگان، والدین گاهی اوقات به خاطر این رفتارها باید تاوان پس بدهند. برخی از مادران می‌گفتند:
 - شوهرم می‌گوید در اداره وقتی می‌گویند کارنامه بچه‌هایتان را بیاورید، خیلی احساس شرمندگی می‌کنم (مادر ۹).
 - در مجتمع هر اتفاقی می‌افتد همه سراغ ما می‌آیند از بس بی‌قرار و شلوغ اونجا تابلو شده‌ایم (مادر ۲).
 - با بچه‌های محله دعوا می‌کند، همسایه‌ها اکثراً از دستش شاکی هستند (مادر ۵).
 - به خاطر کارهای زشت بچه‌ام، همیشه از دیگران عذرخواهی می‌کنیم، شیشه پارکینگ شکسته بود، همسایه‌ها از بچه من شاکی بودند (مادر ۷).
 - همیشه نگرانم که نکند ... در مجتمع یک آسیبی به کسی یا چیزی برساند (مادر ۸).
- مضمون اصلی ۳: نگرانی در مورد امور تحصیلی**
مضمون فرعی ۱: عملکرد تحصیلی ضعیف: به علت مشکلات مربوط به کم‌توجهی / بیش‌فعالی کودکان ADHD از عملکرد تحصیلی مناسبی برخوردار نیستند و قادر به برقراری تعامل کلاسی مناسب با معلمان و همکلاسی‌ها نمی‌باشند. در مورد نگرانی‌های مربوط به مسائل تحصیلی این کودکان تعدادی از مادران گفته‌اند:
 - همیشه نمره کم می‌گیرد و معلمش دعواش می‌کند، در مدرسه ازش ناراضی هستند، من هم باهاش دعوا می‌کنم (مادر ۴).

- معدلش ۱۲ است، به کتاب و درس علاقه ندارد، به زور به کتاب نگاه می‌کند اما فکرش جای دیگر است (مادر ۲).

- نگران آینده‌اش هستم، نمی‌تواند ادامه تحصیل بدهد (مادر ۳).

مضمون فرعی ۲؛ پاسخگویی به مدرسه: به علت پایین بودن سطح توجه و مشارکت تحصیلی کودکان ADHD، یادگیری و عملکرد تحصیلی آن‌ها در سطح پایینی خواهد بود، والدین این کودکان هنگام رویارویی با این وضعیت، درجاتی از نگرانی و فشار را تحمل می‌کنند. برخی از مادران در این زمینه گفته‌اند که:

- هرچند روز یک بار از مدرسه مرا صدا می‌کنند تا در مورد مشکلات بچه‌ام پیگیر شوم (مادر ۱).

- معلمش بارها به ... گفته که من نمی‌دانم خانواده‌ات چگونه تو را تحمل می‌کنند، باید دارو بخوری (مادر ۹).

- تا حالا چندین بار با همکلاسی‌هایش دعوا کرده و از مدرسه من را خواسته‌اند (مادر ۱۰).

مضمون اصلی ۴: احساسات منفی تجربه شده توسط مادر

مضمون فرعی ۱؛ خشم و عصبانیت: با توجه به عدم توجه کافی کودکان ADHD به دستورات، قواعد و قوانین و نیز نافرمانی و عدم احساس مسئولیت، مادران آن‌ها در رویارویی با چنین رفتارهایی از طرف کودکان، خشم و عصبانیت را تجربه می‌نمایند. مادران عبارات زیر را در این مورد بیان داشته‌اند:

- قبلاً درس‌ها را براش تکرار می‌کردم، اما الان دیگر حوصله ندارم، اعصابم نمی‌کشد (مادر ۳).

- وقتی کاری را به واگذار می‌کنیم یا انجام نمی‌دهد و یا برعکس انجام می‌دهد، من هم این مواقع عصبانی و خشمگین می‌شوم (مادر ۸).

- بعضی وقت‌ها از بس از دستش عصبانی می‌شوم، دیگه قابل تحمل نیست با سبلی می‌زنمش (مادر ۵).

- از دست ... خسته و کلافه شده‌ام، هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهد، همیشه در دسر درست می‌کنه، سر این موضوع همیشه عصبانی هستم (مادر ۶).

مضمون فرعی ۲؛ احساس گناه و تقصیر: مادران گاهی اوقات یا خود را در به وجود آمدن اختلال ADHD در کودکشان مقصر می‌دانند و یا از طرف شوهر یا اطرافیان مقصر دانسته می‌شوند. احساس گناه ناشی از تقصیر و سرزنش خود و نیز احساس گناه ناشی از بدرفتاری با کودک و سرزنش او، یکی از تجربه‌های مادران است. تعدادی از آن‌ها در این مورد گفته‌اند:

- احساس می‌کنم این مشکل ... به من مربوط می‌شود، شاید دوران بارداری زیاد استرس کشیده باشم! (مادر ۳).

- وقتی با ... درگیر می‌شوم و می‌زنمش تا ۲۴ ساعت ناراحتم و احساس گناه می‌کنم (مادر ۹).

- هر پدر و مادری انتظار دارد بچه‌اش خوب باشد، ما ناراحتیم، چرا این همه زحمت می‌کشیم اما نتیجه نمی‌گیریم، نکنه خودمان مشکل داریم (مادر ۷).

- همیشه می‌گویم چرا این اتفاق افتاد و بچه من چرا این جور شد (مادر ۵).
- به خاطر بدرفتاری‌هایش، ما هم با او بدرفتاری می‌کنیم، بعداً پشیمان می‌شویم و دلمان برایش می‌سوزد (مادر ۶).

مضمون فرعی ۳؛ ناامیدی (در مورد درمان و آینده روانی کودک): اختلال ADHD یک مشکل و اختلال موقتی نیست، بلکه ممکن است تا آخر عمر درمان نشود، طولانی شدن و متنوع شدن درمان، والدین را دچار ناامیدی می‌کند. تعدادی از مادران گفته‌اند:

- چند سال است ... این جوریه فکر نکنم خوب بشه (مادر ۱)
- وقتی فهمیدم، بردیم دکتر، فکر می‌کردیم با دارو خوب می‌شود، اما دیدیم تأثیر چندانی ندارد (مادر ۸).

- از درمانش ناامید شده‌ام تا حالا پیش چندین دکتر و روان‌شناس برده‌ام ولی زیاد فرق نکرده است (مادر ۴).

- احساس می‌کنم فایده ندارد، دوست دارم پیشرفت کند، مثل من نباشد که پیشرفت نکرده‌ام، اما خودش نمی‌خواهد، در آینده به هیچ جایی نمی‌رسد (مادر ۲).

مضمون فرعی ۴؛ احساس افسردگی: به علت بی‌نظمی، عدم احساس مسئولیت، بی‌توجهی به قواعد و رفتارهای سوء کودکان ADHD، مادران آن‌ها حالت‌هایی از افسردگی را در واکنش به فشارهای کودکان تجربه می‌کنند. چند مادر گفته‌اند:

- اوایل فکر می‌کردم با دارو زود خوب می‌شود، الان می‌ترسم اصلاً خوب نشود، به همین خاطر چیزی مرا خوشحال نمی‌کند، حوصله‌ام زود سر می‌رود (مادر ۵).

- احساس دلتنگی و غمگینی دارم، بعضی وقت‌ها گریه می‌کنم (مادر ۲).
- بعضی وقت‌ها سردردهای طولانی دارم و دوست دارم تنها باشم، احساس خستگی می‌کنم (مادر ۶).

- زودرنج و حساس شده‌ام، قبل از تولد ... این‌جوری نبودم، الان دست‌های من می‌لرزد، قرص اعصاب می‌خورم (مادر ۷).

- از این موضوع خیلی رنج می‌برم، زندگی ما به جهنم تبدیل شده و از زندگی لذت نمی‌بریم (مادر ۳).

مضمون فرعی ۵؛ تعارض و تردید: والدین کودکان ADHD تعارض ناشی از توجیه و سرزنش، تعارض ناشی از عوارض دارو، تعارض ناشی از تداوم اختلال و تردید و ابهام در مورد ناسازگاری کودک و پیامدهای محیطی را تجربه می‌کنند. به طوری که تعدادی از مادران گفته‌اند:

- می‌ترسم این داروهایی که می‌خورد، در آینده برایش عوارض داشته باشد (مادر ۱).
- مجبوریم، باید تحمل کنیم، چکار کنیم، شاید قسمت ما این بوده است (مادر ۱۰).
- شک دارم که بچه‌ام خوب بشه؟ حاضرم همه چیزم را بفروشم و خرجش کنم به شرطی که یک ذره بهتر بشه (مادر ۹).

- نگران هستم که در آینده ... نتواند خودش را با شرایط محیط و زندگی سازگار کند (مادر ۸).
مضمون فرعی ۶؛ اضطراب و کاهش اعتماد به نفس: ناآرامی و تنشی که کودکان ADHD در خانواده ایجاد می‌کنند، اضطراب و دلهره را به مادران انتقال می‌دهد. علاوه بر این محدود شدن روابط خانواده با اطرافیان، اعتماد به نفس والدین را در این روابط کاهش می‌دهد.

- همیشه دلهره دارم و با خودم می‌گویم نکنه ... در مدرسه به کسی آسیب برساند (مادر ۱).
- بی‌قراری و ناآرامی ... نگرانم می‌کند، مبادا کار خطرناکی انجام دهد، می‌ترسم در مجتمع دسته گلی به آب بدهد (مادر ۶).

- به خاطر حرف و حدیث اطرافیان، جرأت نداریم وارد مهمانی‌های خانوادگی شویم (مادر ۵).
- شب‌ها راحت نمی‌خوابم، طپش قلب دارم، قبلاً این طوری نبودم، همیشه نگرانم خبر بد رفتاری ... بیاد (مادر ۳).

مضمون فرعی ۷؛ احساس تنهایی و درماندگی: تلاش‌های زیاد برخی از مادران برای درمان کودک ADHD و عدم پاسخ‌دهی سریع رویکردهای مختلف درمانی از یک طرف و از طرف دیگر منزوی شدن و عدم همراهی شوهر و اطرافیان در درمان کودک تجربه احساس تنهایی و استیصال را برای مادران به ارمغان می‌آورد. در این زمینه تعدادی از مادران گفته‌اند:

- شوهرم زیاد درگیر موضوع ADHD ... نمی‌شود صبح می‌رود و شب می‌آید، منم که هر لحظه با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کنم (مادر ۴).

- دیگر کاری از دستم بر نمیاد، به تنهایی از چند سال پیش برای حل این مشکل تلاش می‌کنم، کسی کمک نمی‌کنه (مادر ۷).

- کاش شوهرم نیز به اندازه من این موضوع را جدی می‌گرفت، تازه بعضی وقت‌ها می‌گوید تو رفتارت با بچه خوب نیست، از این بهتر نمی‌شود (مادر ۲).

- روحیه‌ام را خیلی خراب کرده است، اگر این مشکل نبود من این طوری نبودم، ولی دیگه ناچارم باید تحمل کنم (مادر ۸).

بحث

نتایج پژوهش بیانگر این بود که مادران کودکان ADHD زندگی نابسامان خانوادگی را تجربه می‌کنند به طوری که جو خانواده را مملو از مشاجرات و نزاع‌های ناشی از بد رفتاری کودک ADHD

می‌دانند. کانر و جت (۱۳۸۶) تحریک‌پذیری، رفتار پرخاشگرانه و اعمال ناپخته میان فردی را برای کودکان ADHD نشان داده‌اند که این خصوصیات زمینه تنش و آشفتگی را در تعاملات بین فردی تشدید می‌کند. اکثر مادران بدرفتاری و ناسازگاری کودک ADHD نشان داده‌اند که این خصوصیات زمینه تنش و آشفتگی را در تعاملات بین فردی تشدید می‌کند و آن را عامل نابسامانی جو خانواده و روابط بین اعضای خانواده می‌دانند. ماش و بارکلی (۲۰۰۲) معتقدند که اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنش، تأثیر مخربی بر خانواده می‌گذارد. رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان به طرد شدن آن‌ها از گروه همسالان منجر می‌شود و منجر به تعارض‌های درون خانوادگی با والدین و دیگر اعضا می‌شود (بارابارا، ۲۰۰۴). اکثر مادران نگران تأثیر کودک ADHD بر سایر کودکان می‌باشند. به نظر می‌رسد این موضوع به یادگیری مشاهده‌ای کودکان بر می‌گردد که احتمال واکنش سایر کودکان چه بر اثر یادگیری و تقلید و چه بر اثر مقابله و جبهه‌گیری بعید نیست.

مارمورستین (۲۰۰۶) بیان داشته که اختلالات برونی‌سازی شده باعث تعارض با دیگران و انتظارات آن‌ها شده و در نتیجه واکنش منفی دیگران را فرا می‌خواند. بدرفتاری کودکان ADHD با سایر کودکان در خانواده، فشارهای روانی زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌نماید.

مادران کودکان ADHD یکی از تجربه‌های ناخوشایند زندگی خود را اختلاف و درگیری با همسر خود می‌دانند. بر اساس این یافته با توجه به این‌که تعامل مادران با این کودکان بیشتر از همسرانشان می‌باشد، گاهی اوقات همسران چون خود به اندازه مادر درگیر مشکلات کودک ADHD نمی‌شوند، مادران را محکوم می‌کنند، آن‌ها را سرزنش می‌نمایند و مادر را عامل مشکل بچه می‌پندارند. در شرایطی که مادران به شدت نگران وضعیت کودک هستند، متهم شدن آن‌ها از طرف همسر، آزاردهنده بوده و زمینه درگیری و تعارض بین پدر و مادر را تشدید می‌کند. مادران انتظار داشتند که از طرف همسران حمایت و همراهی شوند، در حالی‌که واکنش معکوس دریافت کرده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش فیشر، بارکلی، فلیچر و اسمالیش (۱۹۹۰) همسو می‌باشد. در این راستا اشتاین‌برگ^{۱۷} و سیگفرد^{۱۸} (۱۳۸۷) نقش همراهی و همیاری همسران را در یاری رساندن به مادران ضروری دانسته و توجه به سلامت روانی مادر را مهم می‌شمارند.

از طرف دیگر یافته‌های مطالعه حاضر تنش و درگیری ارتباطی بین مادر و کودک می‌باشد. بر اساس این یافته به نظر می‌رسد بی‌توجهی کودکان به فرامین و قواعد، عدم توجه به نظم و انضباط شخصی و بدرفتاری آن‌ها باعث رنجش مادر شده و کانال ارتباطی مادر - کودک را مخدوش می‌نماید. آنان در چنین وضعیتی متوسل به ضرب و شتم کودک و پرخاش شده‌اند. اگر چه این فرضیه که احتمالاً شیوه‌های فرزندپروری مادران می‌تواند عامل اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنش در کودکان باشد، ممکن است به ذهن برسد، اما تحقیقات کار (۱۹۹۹) و کاپلان (۱۹۹۸) نشان داده‌اند که شیوه‌های فرزندپروری در ایجاد اختلال، نقش اولیه ندارند هر چند که ممکن است رفتارهای مربوط

به نارسایی توجه و فزون‌کنشی را تشدید نمایند، بر این اساس می‌توان گفت که عوامل فیزیولوژیک مغزی، بیماری‌های شدید و نورولوژی و نقایص عصب‌شناختی اولیه نقش تعیین‌کننده و تأثیرگذار در بروز این اختلال دارند و عوامل محیطی ممکن است به صورت یک حالت تشدیدکننده تأثیرگذار باشند. ماسن و همکاران (۱۳۸۳) معتقدند که رفتار و واکنش مادران کودکان ADHD ناشی از پرفعالیتی کودکان است. اگر چه مطالعه تعامل والد - فرزند در بین خانواده‌های کودکان ADHD در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین کودکان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری استبدادی استفاده می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳). یکی از مشکلاتی که مادران با آن روبه‌رو بودند هزینه بالای درمانی بود. چون اختلال ADHD نیاز به درمان طولانی و نیز درمان‌های مختلف دارد، به نظر می‌رسد فشار مالی زیادی بر خانواده‌ها خصوصاً خانواده‌های با درآمد پایین تحمیل می‌کند، از این یافته چنین برمی‌آید که مادران در مقابل هزینه‌ای که برای درمان کودکان به روان‌پزشک و روان‌شناس می‌پردازند نتیجه‌ای رضایت‌بخش دریافت نمی‌کنند، شاید به این علت باشد که مادران انتظار دارند که مثل برخی از بیماری‌های دیگر، اختلال ADHD نیز در یک دوره کوتاه مدت درمان شود.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، نگرانی مادران از بعد اجتماعی است. اکثر مادران احساس می‌کنند کودک ADHD آن‌ها در فعالیت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی ناکارآمد خواهد بود. ناسازگاری‌ها و بدرفتاری کودک ADHD باعث محدود شدن و قطع ارتباط مادر با فامیل، همسایه، دوستان و آشنایان شده است. در شرایطی که کودکان فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند و مدام با دیگران در تعارض هستند. منزوی شدن خانواده و پرهیز از روابط خانوادگی با اطرافیان امری طبیعی به نظر می‌رسد. در برخی موارد مادران به خاطر داشتن چنین فرزندی احساس شرم و خجالت دارند و در صورت انعکاس پیامدهای رفتاری کودک ADHD آن‌ها به اطرافیان، چون معمولاً این کودکان آثار سوء بر محیط می‌گذارند، اغلب مادران انگیزه‌ای برای ظاهر شدن در موقعیت‌های جمعی را ندارند و گاهی اوقات دوست ندارند در مورد فرزندشان صحبت شود. کانر و جت (۱۳۸۶) معتقدند کودکان ADHD غالباً در اوایل زندگی‌شان جدا و طرد می‌شوند و چون آنان در مقایسه با کودکان دیگر تعاملات اجتماعی کمتری دارند، نمی‌توانند مهارت‌های مورد نیاز برای آغاز و حفظ روابط اجتماعی و دوستی را رشد دهند، بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که عدم توانایی حفظ روابط اجتماعی از جانب کودک ADHD، به نوعی منجر به محدود شدن روابط والدین نیز شود.

تمامی مادران شرکت‌کننده در پژوهش نگران عملکرد تحصیلی کودکان ADHD و ناسازگاری آن‌ها با همکلاسی‌هایشان بودند. بی‌توجهی به تکالیف و توضیحات معلم، بی‌قراری و ناآرامی در کلاس، حواس‌پرتی، فراموشی و تندخویی و پرخاش به همکلاسی‌ها از رفتارهای رایج کودکان ADHD در مدرسه می‌باشد. فراخواندن مادر به مدرسه به علت این رفتارها اغلب برای مادران

ناخوشایند است. به طوری که آن‌ها بیان داشته‌اند پاسخگویی به مدرسه و اظهار نارضایتی و نگاه غیرمعمول آن‌ها به کودک، ما را نگران و آزرده‌خاطر می‌سازد. کانر و جت (۱۳۸۶) معتقدند کودکان مبتلا به ADHD در تعدادی از سطوح، عملکرد تحصیلی ضعیفی را نشان می‌دهند، در نتیجه برنامه‌های آموزشی مهارت‌های تحصیلی باید با هدف آموزش مهارت‌های ویژه و عمومی ارائه شوند. خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD شرایط دشواری را سپری می‌کنند. آن‌ها که برای علاج مشکل برآشفته و دچار تعارضات مختلف هستند، اغلب به منابع اندکی غیر از دادن دارو به کودکشان دسترسی دارند و یا این‌که مجبورند او را از این کلاس به آن کلاس و از این مدرسه به مدرسه‌ای دیگر ببرند تا بلکه آوازه مخدوش و بدنامی کودک آن‌ها به فراموشی سپرده شود (اشتاین برک و سیگفرد، ۱۳۸۷).

در بررسی تجربه مادران کودک ADHD، یک مضمون اصلی که تأکید داشتند، تحمل فشارهای روانی در زندگی با این کودکان بود. تجربه خشم و عصبانیت به خاطر تعارضات بین مادر و کودک و نیز عملکردهای ضعیف اجتماعی و تحصیلی کودک ADHD و نارضایتی مادر از او، خشم مادر را برمی‌انگیزد. احساس گناه و تقصیر از طرف مادران یکی از تجربه‌های زندگی مادران است که هم در سخنان آن‌ها و هم در مشاهده حالات مادران توسط پژوهشگران، به وضوح به چشم می‌خورد. این والدین از سویی نگران تداوم مشکل کودک و از سوی دیگر نگران طولانی بودن زمان درمان ADHD می‌باشند. به همین جهت اکثر آن‌ها احساس ناامیدی در مورد درمان و آینده روانی کودکشان می‌کردند. علائم و نشانه‌هایی از تجربه افسردگی در این مادران دیده شد. احساس دلتنگی، غمگینی، خستگی، تنهایی، لذت نبردن، زودرنجی، سردرد و بی‌حوصلگی از جمله مواردی است که به علت فشارهای ناشی از تعامل و زندگی با کودک ADHD، مادران تجربه می‌کنند.

بورت و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای روی اختلالات برونی کردن کودکان (نارسایی توجه/فزون کنشی، اختلال وسواس کودکان و اختلال رفتار مقابله‌ای) و تعارض والد-کودک نتیجه گرفتند که تعارض والد-کودک به عنوان یک استعداد اولیه است که خطر بروز اختلالات چندگانه کودکی را افزایش می‌دهد. تولد یک کودک با اختلال رفتاری باعث بروز خللی جدی در تعادل سیستم خانواده شده و آن را به سمت تجربه مشکلات مرتبط با آن سوق می‌دهد (کندل، ۲۰۰۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند که اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی در پسران بیشتر از دختران است (داپال، جیتندرا و تریسکو، ۲۰۰۶) و بروز این بیماری در پسران موجب آشفتگی بیشتر خانواده و یا افت تحصیلی و کاهش موفقیت بارزتری می‌گردد (گریتر، ساویر، هیزل، آرنی، و باگهورست، ۲۰۰۱). نسبت شیوع ADHD در پسران در مقایسه با دختران تقریباً ۴ تا ۹ برابر بیشتر گزارش شده است (هارتونگ، ویلکات، لاهی و دیگران، ۲۰۰۲). آناستوپالوس، گیوورمونت و شلتون و داپال (۱۹۹۲) معتقدند که تأثیر ADHD بر روی خانواده‌ها کاملاً بارز و مشخص است؛ والدین کودکان مبتلا به ADHD

سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند. فیشر، بارکلی، فلیچر و اسمالیش (۱۹۹۰) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که در بین والدین کودکان ADHD تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است. داپال، مک‌گوی، اکرت و وان براکلی (۲۰۰۱) معتقدند که تعاملات کودک - والد به خصوص در دوران نوجوانی در خانواده‌های دارای کودکان ADHD به طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌ها می‌باشد.

ناآرامی و بی‌قراری کودکان، درجاتی از اضطراب و کاهش اعتماد به نفس را به مادران تحمیل نموده است که انگار هر لحظه منتظر شنیدن خبر بد رفتاری کودک ADHD می‌باشند. پذیرش کم این کودکان توسط اطرافیان و کاهش روابط مادران با دیگران، اعتماد به نفس آن‌ها را کاهش می‌دهد. همسو با این یافته میدنس و انیل (۱۹۹۹) با اشاره به مشکل سرزنش شدن از جانب دیگران و کاهش روابط اجتماعی، معتقدند که این فاکتورها تأثیر مخربی بر مادران خواهد گذاشت.

بندریکس (۲۰۰۶) معتقد است که پیامدهای نامناسب رفتار کودکان اضطراب زیادی را به مادران وارد می‌کند. تعارض ناشی از توجیه رفتار کودک و عوارض احتمالی داروها و نیز سرزنش کودک و ابهام در مورد رفتارهای ناسازگارانه کودکان با توجه به پیامدهای محیطی آن، جزء لاینفک تجربه زندگی اکثر مادران با کودکان ADHD می‌باشد. این در حالی است که اکثر مادران به علت این که خودشان را در مسیر درمان و مدارا با کودک ADHD تنها می‌بینند، اغلب احساس استیصال و درماندگی می‌کنند تا آن‌جا که برخی از آن‌ها از همراهی شوهر خود ناامید شده و در مبارزه با مشکل کودکان کاملاً احساس تنهایی و درماندگی داشتند. همسو با این نتایج بیدرمن و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود گزارش نمودند که خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فرون‌کنشی نسبت به خانواده‌های کودکان عادی محیط‌های پراضطراب‌تر و تعارضی‌تری داشته‌اند.

مطالعات نشان داده است که مادران کودکان ADHD دارای عزت نفس پایین‌تر، احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری نسبت به کودکان عادی هستند (حیدری، ۱۳۸۸). همسو با یافته‌های این تحقیق پژوهش‌های بارکلی (۱۹۹۰)، بارکلی و همکاران (۲۰۰۱)، برین^{۱۹} و بارکلی (۱۹۸۸)، بومریستر^{۲۰} و همکاران (۱۹۹۲)، بک^{۲۱} و همکاران (۱۹۹۵)، به‌نقل از علیزاده، (۱۳۸۳) بیانگر این بود که مادران کودکان ADHD فشارها، مشکلات روانی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا، روابط تحمیلی و وضعیت‌های سختی را در زندگی با این کودکان تجربه می‌کنند.

بر اساس یافته‌های این تحقیق آن‌چه در زمینه تجربه زندگی مادران با کودک مبتلا به ADHD درک می‌شود، این است که در طی این تجربه مادران فشارها و نگرانی‌های مختلفی را از بعد روانی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی در ارتباط با کودک ADHD تحمل می‌کنند. برخی از این نگرانی‌ها به عدم آگاهی و شناخت علمی آن‌ها از ADHD می‌باشد و برخی نیز به علت فشارهای ناشی از

رفتارهای ناسازگارانه طرف کودک مبتلا می‌باشد. بر این اساس شناخت وضعیت روانی مادران، توجه به نیازها و مشکلات آن‌ها، همراهی و همکاری بیشتر همسران و درک دنیای مادران دارای کودک ADHD و نیز فراهم نمودن منابع حمایتی برای این مادران جهت تأمین سلامت روان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این کاوش بیشتر مشکلات و نیازهای این مادران از طریق پژوهش‌های کیفی می‌تواند نتایج حائز اهمیتی را جهت رویارویی علمی‌تر با این موضوع فراهم نماید. نتایج این تحقیق نشان داد که مادران کودک مبتلا به ADHD از بعد روانی احساس فشار و تنش بیشتری را تجربه می‌کنند، تا آن‌جا که عملکرد آن‌ها را از ابعاد مختلف ضعیف کرده و کیفیت زندگی آن‌ها از همه جوانب به خطر انداخته است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات کلیه مادران محترمی که در انجام این پژوهش یاری و مشارکت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد. به امید این که این پژوهش‌ها روزه‌ای برای حل مسائل مبتلا به آنان باشد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---|---------------|
| 1. Attention Deficit/Hyperactive Disorder | 12. Colaizzi |
| 2. Lange | 13. Whalen |
| 3. Massen | 14. Henker |
| 4. Sheeber | 15. Conners |
| 5. Johnson | 16. Jett |
| 6. Johnston | 17. Steinberg |
| 7. Davids | 18. Siegfried |
| 8. Gastpar | 19. Brein |
| 9. Kandel | 20. Burmister |
| 10. Phenomenology | 21. Beck |
| 11. Britten | |

منابع

- اشتاین برگ، م.، و سیگفرد، ا. (۱۳۸۷). *نوروفیدیک: افقی تازه به درمان کم‌توجهی/ بیش‌فعالی* (ترجمه ر. رستمی و ع. نیلوفری). تهران: انتشارات تبلور.
- اوبل، جی. (۱۳۷۸). *راهنمای پژوهش‌های کیفی: استفاده از روش مصاحبه گروهی* (ترجمه ح. ملک‌افضلی). تهران: انتشارات وزارت بهداشت.
- پرویزی، س.، سیدفاطمی، ن.، و کیانی، ک. (۱۳۸۷). تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه زنان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۵، ۲۹۳-۳۰۳.

- حیدری، س. ب. (۱۳۸۸). مقایسه سلامت روانی و شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، تبریز.
- خرم‌آبادی، ر.، پور اعتماد، ح. ر.، طهماسبیان، ک.، و چیمه، ن. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۹، ۳۸۷-۳۹۹.
- ستارزاده، ن.، زمان زاده، و.، و زنوزی، آ. (۱۳۸۶). بررسی تجارب جنسی زنان در طی دوره پس از زایمان: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۲۹(۳)، ۵۹-۶۶.
- شکوهی‌یکتا، م.، و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیرآموز. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۵، ۲۳۱-۲۴۶.
- صاحبی، ع. (۱۳۸۲). روش تحقیق در روان‌شناسی بالینی. تهران: انتشارات سمت.
- صلصالی، م.، پرویزی، س.، و ادیب حاج باقری، م. (۱۳۸۲). روش‌های تحقیق کیفی (چاپ اول). تهران: انتشارات بشری.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.
- فتحی واجارگاه، ک. (۱۳۸۶). برنامه درسی به سوی هویت‌های جدید شرحی بر نظریات معاصر برنامه درسی. تهران: انتشارات آییژ.
- کانر، ک. س.، و جت. ال. ج. (۱۳۸۶). راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی در کودکان و بزرگسالان (ترجمه م. میرنسب). تهران: انتشارات ارجمند.
- گال، م.، ب. رگ، و.، و گال، ج. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (ترجمه ا. ر. نصر و همکاران). تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سمت.
- گوتک، ج. ال. (۱۳۸۰). مکاتب فلسفی و آراء تربیتی (ترجمه م. ج. پاک‌سرشت). تهران: انتشارات سمت.
- ماسن، ه.، پاول، ک.، جروم، ه.، کارول، آ.، و کانجر، ج. (۱۳۷۷). رشد و شخصیت کودک (ترجمه م. یاسایی، چاپ دوازدهم). تهران: نشر مرکز.
- هوشور، پ.، بهنیا، ف.، خوشایی، ک.، میرزایی، ه.، و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندان‌شان. *مجله توان‌بخشی*، ۱۰(۳)، ۳۰-۲۴.

- Anastopoulos, A. D., Guevrmont, D. C., Shelton, T. C., & Dapaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Abnormal Children Psychology*, 20 (5), 503-520.
- Barbare, M., Richard, R., Julie, M., Robert, G., & Haward, M. (2004). Conduct disorder and propositional defiant disorder in national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Barkely, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkly, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone. *Behavior Management*, 24, 124-135.
- Benderix, Y., Nordstorm, B., & Sivbery, B. (2006). *Parent's experience of having a child with autism and learning disability living in a group home: A case study* [online]. Available: <http://aut.sagepub.com>
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366 (9481) 48-237.
- Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *Biomedical and Life Science Journal*, 311 (6999), 251-3

- Burns, N., & Groue, K. C. (2001). *Understanding nursing research*. Philadelphia: Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, utilization* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., Mc Gue, M., & Iacano, W. (2003) Parent-child conflict and the co-morbidity among childhood externalizing disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.
- Carr, A., (1999). *Hand book of child and adolescent clinical psychology*. London: Rutledge.
- Cheek, J. (1996). Taking a view: qualitative research as representation. *Qualitative Health Research*, 6(4), 492-505.
- Dauids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Proy Neuropsychopharmacology Biological psychiatry*, 29(6), 865-877.
- Dupaul, G. J., Jitendra, A. K., & Jresco, K. E. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder: Are there gender differences in school functioning. *Academic Search Premier*, 35 (2), 297-309.
- Dupaul, G. J., Mc Goe, K. E., Eckert, J. L., & Van Brakle, J. (2001). Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social and school functioning. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Fischer, M., Barkley, R., Fletcher, K., & Smallish, L. (1990). the adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria II: Academic attention and neuropsychological status. *Journal of Consult Clinical Psychological*, 58, 580-588.
- Graetz, B., Sawyer, M., Hazell, P. L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 40, 1410-1417
- Hartung, C. M., Willcut, E. G., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Keenan, K., Loney, J., & Steiner, R. (2002). Children who meet criteria of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 31, 453-464.
- Kandel, I. (2007). The child with disability: Parental acceptance, management and coping. *The Scientific World Journal*, 7, 1799-1809.
- Kaplan, B. J., Crawford, S. G., Fisher, G. C., & Dewey, D. M. (1998). Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *Journal of Attention Disorders*, 2(4), 209-216.
- Marmorstin, N. R. (2006). Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 39, 156-167.
- Midence, K., & O'Neill, M. (1999). The experience of parents in the diagnosis of autism: A pilot study. *Autism*, 3, 273-285.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). *Child psychology*. New York: The Guilford press.
- Pinar, W. F, Reynolds, W. M., Slattery, P., & Taubman, P. M. (2004). *Understanding curriculum*. New York: Peter Lang Publishing.