

آسیب‌شناسی زیرمنظومه همشیرها: مطالعه کیفی دنیای پدیداری همشیرها در  
خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

**Pathology of Sibling Sub System; a Qualitative Study of Phenomenal  
World of Sibling in Families with Children with ADHD Disorder**

<https://dx.doi.org/10.29252/jfr.15.3.2>

**A. Azizi, Ph.D. Student.**

Department of counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**M. Fatehizade, Ph.D.**

Department of counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**A. Ahmadi, Ph.D.**

Department of counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**R. Jazayeri, Ph.D.**

Department of counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**O. Isanezjad, Ph.D.**

Department of counselling, University of Kurdistan, Kurdistan,  
Iran

**آرمان عزیزی**

گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

✉ **دکتر مریم فاتحی‌زاده**

گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

**دکتر سیداحمد احمدی**

گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

**دکتر رضوان جزایری**

گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

**دکتر امید عیسی‌نژاد**

گروه مشاوره دانشگاه کردستان

دریافت مقاله: ۹۷/۲/۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۸/۳۰

پذیرش مقاله: ۹۷/۹/۶

**Abstract**

Considering the problems of families with children suffering from ADHD and the shortcomings of studies focusing on these damages, the purpose of this study is to identify the pathologies of sibling sub system in families with children suffering from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

✉ Corresponding author: Department of counselling, Faculty of Psychology and Education, University of Isfahan, Isfahan Iran.  
Email: [Fatehizade@gmail.com](mailto:Fatehizade@gmail.com)

**چکیده**

با توجه به مشکلات فراوان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD و شناسایی ضعیف آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها در پیشینه پژوهشی، هدف این پژوهش شناسایی آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD است.

✉ نویسنده مسئول: دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی  
پست الکترونیکی: [Fatehizade@gmail.com](mailto:Fatehizade@gmail.com)

This research is a qualitative study using phenomenological method. Population consists of all families with children suffering from ADHD who employed the services of counseling or psychiatric centers in Sanandaj. Purposeful sampling was used and included 27 people. Semi-structured interview was used as an instrument and the data analyzed with seven-step method of Colaizzi (1978).

In this research, essential codes that were obtained from coding include three types of descriptive, interpretative and explanatory coding, including formation of negative feelings, special problems in ADHD children and lack of coping skills.

Results showed that sibling sub system is influenced by the problems of the child suffering from ADHD in family and causes specific damages and negative influences on this sub system. Therefore, this sub system needs supervision, support and specific training to reduce damages.

**Keywords:** Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Sub System, Sibling, Damage, Phenomenology.

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با روش پدیدارشناسی<sup>۱</sup> است. جامعه آماری شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره یا روان‌پزشکی شهر سنندج بودند. ۲۷ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و تحلیل داده‌ها با روش هفت مرحله‌ای کلایزی (۱۹۸۷) انجام شده است.

در این پژوهش کدهای به دست آمده حاصل سه کدگذاری توصیفی<sup>۲</sup>، تفسیری<sup>۳</sup> و تبیینی<sup>۴</sup> بود که کدهای اصلی یا تبیینی پژوهش شامل ایجاد و تجربه احساسات منفی، مشکلات اختصاصی ناشی از کودک ADHD و نداشتن مهارت‌های خانوادگی بود که از کدهای توصیفی و تفسیری به دست آمده بود.

نتایج نشان داد که زیرمنظومه همشیرها تحت تأثیر مشکلات فرزند ADHD خانواده قرار دارد و آسیب‌های خاص و تأثیرات منفی بر این زیرمنظومه وارد می‌کند. بنابراین این زیرمنظومه نیازمند نظارت، حمایت و آموزش‌های خاصی است تا از میزان آسیب‌های آن کاسته شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، زیرمنظومه، همشیرها، آسیب، پدیدارشناسی

## مقدمه

خانواده یک سیستم است که از افراد مختلفی تشکیل شده است. زمانی که عضوی از این خانواده دچار نقص یا مشکلی می‌شود، بر تمامی اعضای خانواده به صورت مستقیم یا غیرمستقیم اثر خواهد گذاشت (رایت و لیپی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹).

نظریه نظام‌های بوم‌شناختی و نظریه نظام‌های خانواده نشان می‌دهد که کارکرد خانواده و زیرمنظومه‌های آن می‌تواند بر مشکلات رفتاری کودک و تحولات دوران کودکی تأثیر بسزایی داشته باشد. در مطالعاتی که به منظور بررسی تأثیر نقش خانواده بر مشکلات کودکان طرح‌ریزی شده است از کارکرد خانواده و زیرمنظومه‌های آن، به عنوان عامل مؤثر بر مشکلات کودکان، یاد شده است (لیندال، بریگمن و مالیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ شلتون و هارولد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

یکی از مسائل مهم خانواده‌ها، داشتن فرزند دارای اختلال است. در درون خانواده‌هایی که کودکان دارای اختلال دارند، مشکلات زیادی به وجود می‌آید و از روش‌های گوناگونی استفاده می‌کنند تا مشکلات یا نشانه‌های آن‌ها را کم یا اصلاح کنند. یکی از این اختلالات کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۸</sup> است. اختلال نقص توجه /بیش‌فعالی از اختلالات دوران کودکی است که بیشترین توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است (بوسینگ، میسون، بل<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در حال حاضر این اختلال مسأله مهمی در بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود و تشخیص آن از سال ۱۹۹۰ به طور چشم‌گیری افزایش یافته است (ناس و لونتال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). سه طبقه این اختلال شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع مرکب است (کوگان، بایرد، پوپا - وگنر و تام<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶).

بارزترین طیف اختلال‌های همراه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است که حدود نیمی از این کودکان به آن مبتلا هستند. همچنین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، تیک و اختلال وسواسی - اجباری، در این کودکان قابل مشاهده هستند (سادوک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵). مشکلات همراه با این اختلال شامل شکست تحصیلی یا عدم پیشرفت تحصیلی، ناسازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری و مقابله‌ای است. مشکلات مربوط به ناسازگاری اجتماعی کودکان مبتلا اغلب نافذ و دربرگیرنده موقعیت‌های مختلف (مثل مدرسه، خانه و...) و گروه‌های اجتماعی (همسالان، اولیا و مدرسه) است. در نهایت رفتارهای ضدا اجتماعی یا بزهکاری در نوجوانی و جوانی در صدر جدول نشانه‌شناسی افراد بیش‌فعال قرار می‌گیرد (کوهن<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه خانواده‌ها و الگوهای رفتاری والدین در رابطه با این کودکان اهمیت بسزایی دارد، به طوری که کرونیس<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷) اظهار داشته‌اند که از عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی آسیب به خانواده هستند. مطابق گزارش والدین، دامنه زیادی از فعالیت‌های روزانه و اغلب روابط خانواده (والد - کودک، زوجین و همشیرها با همدیگر) طی روز تحت تأثیر رفتارهای این کودکان است (کوگیل<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). حامد، کویر و استیون<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۵) اظهار داشتند که این اختلال بر کودکان، خانواده‌ها و جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین مشکلات رفتاری این کودکان می‌تواند واکنش‌هایی در اعضای خانواده ایجاد کرده و از این طریق بر ساختار و عملکردهای خانواده تأثیر بگذارد.

نسبت به سایر خانواده‌ها، در خانواده‌هایی که دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD هستند، تعارضات بین‌فردی و چالش‌های متعدد زیاد مشاهده شده است (هاروی<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). روابط همشیرها در خانواده‌های دارای کودکان ADHD نیز آسیب‌پذیر است. همشیرهای این کودکان احساسات منفی را از خود نشان داده‌اند؛ مثلاً حسادت همشیرها نسبت به کودک ADHD به خاطر توجه زیاد والدین به این کودک بیشتر شده است (سالمر<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش میکامی و پفیفر<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۸) که روابط کودک ADHD را با همشیرهایش در بین ۹۱ نفر از کودکان بررسی کرده بود، نشان داد که روابط همشیرها مخدوش شده و تعارض زیاد و گرمی و رفاقت کم در بین آن‌ها مشاهده می‌شود.

در پژوهش کینگ<sup>۲۰</sup> و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی ادراک همشیرها از اختلال ADHD همشیرشان پرداخته بود، همشیرها نشان دادند که درک و احساس منفی از این وضعیت دارند و بسیار تحت تأثیر قرار گرفته و آسیب دیده‌اند و همچنین خود سیستم خانواده نیز تأثیر منفی گرفته است. در همین راستا خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال ADHD دارند، فرزندان آن‌ها دارای هیجان منفی بیشتری هستند و

این هیجان منفی پیش‌بینی‌کننده آزار، اذیت و استرس روزانه برای اعضای خانواده است (دانیل<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

در پژوهش سولی و لارسن<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۶) که به بررسی یک دوره پیگیری کودکانی پرداخته بود که قبلاً دوره درمانی اختلال بیش‌فعالی را گذرانده بودند، نشان داد که حدود ۵۰ درصد از خانواده‌ها نیاز به دوره‌های درمانی و مراقبتی بیشتر را ابراز کرده بودند و هنوز هم زندگی آن‌ها تحت تأثیر کودک ADHD بود. هم‌چنین این تحقیق نشان داد که حدود دوسوم از این کودکان درمان دریافت کرده باز هم علائم اختلال بیش‌فعالی را نشان می‌دادند و ۸۴٫۳ درصد از این کودکان نقص عملکردی داشتند؛ بنابراین مشکلات این خانواده‌ها به خاطر کند بودن روند درمان معمولاً مزمن و مستمر است. این اختلال عملکرد خانواده را دچار مشکل می‌کند، زیرا والدین دچار مشکلات روان‌شناختی بیشتری شده و در مهارت‌های فرزندپروری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (جانسون<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین این اختلال بر نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده نیز تأثیر می‌گذارد (ساندرز، بور و موراسک<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهش اریکا<sup>۲۵</sup> و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی تجارب ذهنی خانواده‌های چینی دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی پرداخته بودند، نشان داد که توسعه یک مدل اجتماعی جدید برای رفع نیازهای روانی این خانواده‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. هم‌چنین موین<sup>۲۶</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و فوستر<sup>۲۷</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش‌های خود اظهار داشتند که شناسایی مشکلات و نیازهای اعضای این خانواده‌ها باید مورد توجه قرار گیرد و استفاده از یک رویکرد خانواده‌محور و مراقبت و نگهداری از این خانواده‌ها باعث ارتقای سلامت روان و بهزیستی والدین، فرزندان و خانواده می‌شود.

بررسی‌های مربوط به اختلال ADHD حاکی از آن است که مطالعات در مورد تجربه همشیره‌های 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 همشیره‌ها، هنوز مورد پژوهش قرار نگرفته است. با توجه به شیوع اختلال ADHD در کودکان و نیز تأثیر وجود این اختلال بر عملکرد سیستم خانواده (حامد و همکاران، ۲۰۱۵)، بررسی پیامدهای خانوادگی ADHD و به خصوص تأثیر بر زیرمنظومه همشیره‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تجربیات افراد بهترین منبع اطلاعات برای بررسی موضوع مورد نظر است. از سوی دیگر بررسی تجربه همشیره‌ها 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.

با توجه به مسائل فوق و وجود مشکلات فراوان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بروز پیامدهای ناشی از این مشکلات بر سیستم خانوادگی و عوارض جانبی و بلندمدت آن و هم‌چنین شناسایی ضعیف و معدود آسیب‌های زیرمنظومه همشیره‌ها در پیشینه پژوهشی، به خصوص از طریق پژوهش کیفی، این پژوهش به شناسایی آسیب‌های عملکردی زیرمنظومه همشیره‌ها در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی از طریق روش پدیدارشناسی پرداخته است تا دنیای درون و پدیداری این همشیره‌ها کشف و شناسایی شود و گام مؤثری در بهبود کیفیت زندگی همشیره‌های این کودکان دارای اختلال ADHD برداشته شود.

## روش

این پژوهش یک مطالعه کیفی است که با روش پدیدارشناسی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD بود که به مراکز مشاوره یا روان‌پزشکی شهر سمنان در سال ۱۳۹۶ رجوع کرده بودند و اختلال ADHD آن‌ها توسط روان‌پزشک تأیید شده بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند اجرا شد. نمونه پژوهش شامل ۱۶ خانواده (جمعاً ۲۷ نفر از اعضای خانواده) بودند که تجربه دست‌اولی از پدیده مورد مطالعه داشته‌اند. این تعداد بر مبنای اشباع داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که احساس کردیم اطلاعات جدید حاصل نمی‌شود و مطالعه به یک اشباع نظری رسیده است. در این مطالعه مدت‌زمان مصاحبه از ۶۰ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. تعداد افراد نمونه تا رسیدن به حد اشباع، ۲۷ نفر بود که شامل ۱۲ مادر، ۸ پدر و ۷ همشیر (۹ و ۱۰ ساله) کودک ADHD بودند. (برای اعتبار بخشیدن به اطلاعات به دست آمده از همشیرها، از مصاحبه با پدر و مادر برای تأیید اطلاعات به دست آمده بهره گرفته شد).

مصاحبه‌ها با روش پدیدارشناسی از بین خانواده‌هایی که واجد ملاک‌های ورود بودند تا حد اشباع انجام شد. به منظور کشف آسیب‌های عملکردی زیرمنظومه همشیرها با خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD مصاحبه‌های ژرف‌نگر با روش پدیدارشناسی انجام شد؛ چراکه در مطالعات فنومنولوژیک منبع اصلی اطلاعات، گفت‌وگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان است (برایتن<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۵). ملاک‌های ورود به نمونه عبارت است از:

۱) خانواده‌های دارای حداقل دو فرزند که یکی از آن‌ها مبتلا به اختلال ADHD تأیید شده باشد. (۲) همشیرها دارای مشکلات خاص ادراکی و شنیداری نباشند و بین ۹ تا ۱۰ ساله باشند. (۳) خانواده‌ها تک‌والدی نباشند یا سابقه طلاق نداشته باشند. (۴) والدین مبتلا به سوء‌مصرف مواد نباشند. (۵) همشیرها در دوره‌های آموزشی شرکت نکرده باشند. (جهت جلوگیری از تغییر ذهنیت همشیرها). (۶) کودک مبتلا به اختلال ADHD به اختلال‌های همزمان دیگر مبتلا نباشد. (۷) همشیرها و والدین مبتلا به اختلالات روانی نباشند و از داروهای حوزه روان‌پزشکی استفاده نکنند.

داده‌های جمعیت‌شناختی نمونه نشان می‌دهد که میانگین سن پدران ۳۶،۱۲ سال، مادران ۳۳،۴۱ همشیرها ۹،۳۵ سال و کودک مبتلا به اختلال ADHD، ۷،۸۵ سال بوده است. همچنین ۶۰ درصد از والدین شرکت‌کننده در این پژوهش مادر و ۴۰ درصد پدر بودند. از لحاظ تحصیلات والدین، ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۱۰ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۳۰ درصد نیز فوق لیسانس و بالاتر بودند و تمام همشیرها محصل مدرسه‌ای بودند.

## ابزار پژوهش

ابزار و فنون گردآوری داده‌ها برای این پژوهش مصاحبه عمیق و مشاهده مشارکتی است. با توجه به نگاه کلایزی<sup>۲۹</sup> که معتقد به ماهیت گفت‌وگویی این نوع پژوهش است، در این مطالعه از تکنیک مصاحبه بهره گرفته شد. این مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته (قبلاً سؤالات آن با توجه به اطلاعات به دست آمده از منابع و پرسشنامه‌های موجود در زمینه ADHD، نظر روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران تدوین شده است و طی فرایند اجماع نظر اساتید دانشگاه بوده و سپس مورد تأیید متخصصان در زمینه خانواده و کودک قرار گرفته

است) با استفاده از رویکرد کیفی پدیدارشناسی با خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD که واجد شرایط ورود به پژوهش باشند با سؤالات کلی و جزئی و مستقیم و غیرمستقیم در مورد زندگی و دنیای پدیداری همشیره‌های کودک ADHD و تجارب آن‌ها و زیرمنظومه همشیره‌ها تا حد اشباع مقوله ادامه یافت.

کل مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته شد. پس از نوشتن مصاحبه‌ها از روش مقبولیت داده‌ها<sup>۳۰</sup> با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری داده‌ها استفاده شد. برای این منظور پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار خانواده‌ها و متخصصان قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های آنان دست یابد. هم‌چنین در جریان مصاحبه‌ها از اطلاعات به دست آمده از والدین جهت تأیید یا رد اطلاعات داده‌شده توسط همشیره‌ها استفاده شد. هم‌چنین از اشباع داده‌ها برای بالا بردن اعتبار استفاده شد. سپس کارشناسان و استادان برجسته دانشگاه در حوزه پدیدارشناسی، روش و داده‌های جمع‌آوری‌شده و کدگذاری‌شده را تأیید کردند. پژوهشگران با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها و با رعایت بی‌طرفی، توافق اعضا روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه محققان برداشت کرده با آنچه منظور مشارکت‌کنندگان بوده است، جهت قابلیت تعیین - تأیید داده‌ها استفاده کردند.

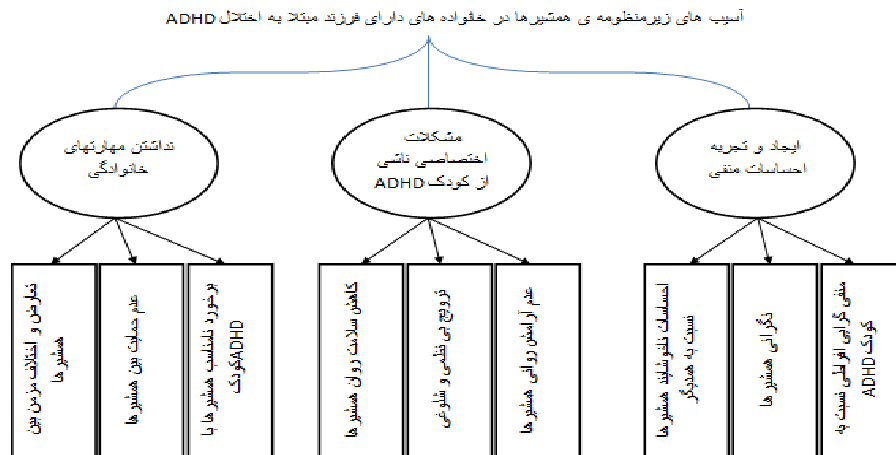
شیوه تحلیل داده‌ها: داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی (۱۹۷۳) مورد بررسی قرار گرفت که به شرح زیر است:

- ۱- پس از آنکه متون مستخرج از مصاحبه‌ها تدوین شد، تمامی متون چندین مرتبه به دقت مورد بازخوانی قرار گرفت. این کار برای درک کلی از تجارب مشارکت‌کنندگان انجام گرفت.
- ۲- در دومین گام، متن نوشته‌شده مصاحبه‌ها باید به واحدهای معنی‌دار تقسیم شود. این واحدهای معنی‌دار در حقیقت قسمت‌هایی از متن هستند که به خودی خود معنایی را منتقل می‌کنند که می‌توانند برای مثال یک کلمه باشد یا حتی مجموعه‌ای از جملات. پس از تفکیک واحدهای معنی‌دار، واحدهای مرتبط با موضوع انتخاب شد.
- ۳- در مرحله سوم که به آن کدبندی توصیفی گفته می‌شود، معنای هر یک از عبارتهای مهم توضیح داده می‌شود. این مرحله به فرمول‌بندی معنایی موسوم است. سعی شد تا توصیف داده‌شده به این واحدهای معنایی، برگرفته از خود متن باشد. پس از اتمام کدگذاری کامل متن، کدهای تکراری حذف و با تشکیل دسته‌بندی جدید، کدهای توصیفی مشترک استخراج شد.
- ۴- پس از آن کدهای توصیفی با مضامین مشترک در دسته‌بندی‌های متفاوت طبقه‌بندی شد. سپس برای هر طبقه یک عنوان خاص داده شد که اصطلاحاً کدهای تفسیری نامیده می‌شوند. کدهای تفسیری در حقیقت معنایی است که محقق به کدهای توصیفی می‌دهد. این کدها نیز با توجه به متن مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.
- ۵- در این مرحله کدهای تفسیری مورد جمع‌بندی قرار می‌گیرند. در حقیقت کدهای تفسیری در ارتباط با هم و کنار هم قرار می‌گیرند.
- ۶- پس از جمع‌بندی کدهای تفسیری، کدهای تبیینی مورد تبیین قرار می‌گیرد. کدهای تبیینی کدهایی هستند که جهت شکل‌گیری مدل مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۷- در آخرین مرحله جهت اعتباریابی مدل استخراج، مصاحبه جدید انجام می‌شود و همخوانی تجارب مشارکت‌کننده جدید با مدل تدوین‌شده مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

### یافته‌ها

در این پژوهش اطلاعات به دست آمده حاصل از کدگذاری در سه دسته کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری و کدگذاری تبیینی قرار گرفته‌اند. هر کد تبیینی شامل چند کد تفسیری است و کدهای تفسیری نیز از چند کد توصیفی به دست آمده است. کدهای توصیفی نیز خلاصه و توصیف نقل‌قول‌های مستقیم زوجین است. در این پژوهش ۳ کد تبیینی، ۹ کد تفسیری و ۴۴ کد توصیفی به دست آمده است. این آسیب‌ها، در نمودار ۱ قابل مشاهده است:



نمودار ۱: آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها بر اساس دنیای پدیداری آن‌ها

### مضمون اصلی (کد تبیینی) ۱: ایجاد و تجربه احساسات منفی

#### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۱: منفی‌گرایی افراطی نسبت به کودک ADHD

دنیای پدیداری همشیرها و والدین کودک ADHD نشان داد که جو خانوادگی علیه کودک ADHD است و یک نوع منفی‌گرایی افراطی در میان خانواده نسبت به کودک ADHD وجود دارد که باعث رشد و بروز احساسات منفی در خانواده می‌شود. این احساسات، خود زمینه‌ساز بروز مشکلات بیشتر کودک ADHD و همچنین ایجاد مشکلات در بین روابط بین‌فردی همشیرهاست. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

ائتلاف منفی همشیرها علیه کودک، بدبینی نسبت به کودک ADHD، احساس بد ناشی از بی‌اعتمادی، برخورد نامناسب خواهران و برادران ناشی از منفی‌گرایی و ... .

«همه اعضای خانواده می‌دانیم که مقصر تمام مشکلات اوست و به هیچ‌عنوان به او اعتماد نمی‌کنیم»

### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۲: نگرانی همشیرها

کارهای نامناسب و بروز مشکلات رفتاری کودک ADHD از یک طرف و جو نامناسب و نبود مهارت‌های اساسی در خانواده‌های کودکان ADHD باعث شده که نگرانی خاصی در بین اعضای خانواده؛ به خصوص همشیرها به وجود آید. نتایج حاصل از بررسی مصاحبه‌ها نشان داد که بیشتر این نگرانی‌ها را والدین به زیرمنظومه همشیرها وارد کرده‌اند. همشیرها نگرانی‌هایی در مورد استحکام خانواده و مخدوش شدن روابط و هم‌چنین نگرانی از مسائل شخصی ابراز کردند. این نگرانی‌ها نیز باعث به وجود آمدن یک حس منفی و گرایش به سمت اضطراب فراگیر در خانواده شده است. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح است:

نگرانی از مختل شدن روابط والدین و همشیرها، ترس و نگرانی از بروز اتفاقات نگران‌کننده، نگرانی از نابودی صمیمیت بین همشیرها و خانواده، نگرانی از پنهان کردن وسایل منزل و وسایل شخصی، نگرانی از آسیب به وسایل مربوط به مدرسه و تحصیل و ... .

«می‌ترسم که نکند به وسایل شخصی‌ام دست بزنند یا آن‌ها را خراب کند و وسایلم را مخفی می‌کنم»

### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۳: احساسات ناخوشایند همشیرها نسبت به همدیگر

سرزنش‌های والدین، تمرکز افراطی بر کودک ADHD، تبعیض قائل شدن در رسیدگی به مشکلات کودکان و عوامل زیادی باعث شده که احساسات ناخوشایندی مانند تنفر، کینه، دشمنی، بدبینی، عدم همکاری و رقابت منفی در بین همشیرها به وجود آید که زمینه‌ساز ایجاد مشکلات بیشتر در این خانواده‌هاست و احساسات منفی را در خانواده به وجود آورده است. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

عدم لذت همشیرها از با هم بودن، دشمنی بیش از صمیمیت، حس تنفر نسبت به همشیر، تمایل به نابودی همشیر، بدبینی همشیرها نسبت به کودک و ... .

«دوست ندارم که دیگر او را ببینم، از برادرم متنفرم، (مادر): فرزندانم رابطه عاطفی ضعیفی دارند و

دشمنی بین‌شان زیادتر شده تا صمیمیت»

### مضمون اصلی (کد تبیینی) ۲: مشکلات اختصاصی ناشی از کودک ADHD

#### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۱: عدم آرامش روانی همشیرها

پاسخ همشیرها و پاسخ والدین در مورد فرزندان‌شان در این پژوهش نشان داد که آرامش بسیار ضعیفی در این خانواده‌ها حاکم است و این مسأله مشکلات خاصی را در حوزه تحصیلی و پیشرفت برایشان ایجاد کرده است. همشیرها بیان کردند که آزار ناشی از عدم اعتماد والدین به زیرمنظومه آن‌ها از یک طرف و محیط به دور از سکوت و امنیت روانی خانواده از طرف دیگر باعث شده که آن‌ها آرامش روانی را عاملی بدانند که در جست‌وجوی آن هستند و نبود آن مشکلات فراوانی را برای آن‌ها به وجود آورده است. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

آزار دیدن از عدم امنیت، محیطی به دور از سکوت و آرامش، افزایش پنهان‌کاری در خانواده، آزار ناشی از

عدم اعتماد والدین به همشیرها و ... .



«سکوت در خانه ما جایی ندارد و این آزاردهنده است، عدم اعتماد پدر و مادرم به ما آرامش روانی‌ام را بر هم زده است»

### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۲: ترویج بی‌نظمی و شلوغی

انرژی زیاد و رفتارهای تکانشی کودک ADHD و عدم توانایی بعضی از خانواده‌ها در مدیریت این کودکان و گاهی چشم‌پوشی از رفتارهای این کودک در اثر کاهش توان یا طفره‌روی والدین از محدود عواملی است که می‌تواند باعث انتقال مشکلات رفتاری کودک ADHD به همشیرها شود. در این میان ترویج بی‌نظمی و شلوغی از غالب‌ترین مشکلاتی است که در این خانواده‌ها اتفاق می‌افتد. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان در این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

الگوگیری از انرژی کودک، افزایش بی‌نظمی و شلوغی، شلوغی دائم و مزمن در خانواده، نبود آسایش و خواب و... .

«بی‌نظمی و شلوغی در خانه م احکم‌فرماست و نظم و سکوت در خانه ما جایی ندارد، من هم دوست دارم بی‌نظم باشم و مشکل به وجود آورم تا به من هم توجه کنند»

### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۳: کاهش سلامت روان همشیرها

تعارض و دعوای شدید بین همشیرها از شایع‌ترین اتفاقاتی است که در خانواده‌های دارای کودکان ADHD وجود دارد و اکثر خانواده‌ها در این پژوهش نیز این موضوع را تأیید کردند. در این میان والدین نشان دادند که آن‌ها از مشکلات به وجود آمده در میان همشیرها؛ به خصوص کودکان فاقد اختلال و کاهش سلامت روانی آن‌ها واهمه بیشتری دارند. هم‌چنین همشیرها نیز اظهار داشتند که بارها به خاطر مشکلات همشیر دارای اختلال ADHD سلامت روانی آن‌ها به خطر افتاده و تاب و تحمل آن‌ها کاهش پیدا کرده است. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

افزایش پرخاشگری همشیرها ناشی از کارهای کودک ADHD، تعامل نامناسب کودک با گروه همسالان و ایجاد فشار روحی برای دیگران، اختلال در اجرای کارهای گروهی و ایجاد تنش، حس جست‌وجوگرانه افراطی و ایجاد اضطراب مزمن برای همشیرها جهت حفظ حریم خصوصی، کاهش تحمل همشیرها و... .

«معمولاً در بازی‌ها و کارهای گروهی باعث ناراحتی و مشکلات عصبی برایمان می‌شود، (مادر): خواهر و برادرهای خودش را اذیت و فرار می‌کند و آن‌ها نیز با پرخاشگری جبران می‌کنند، تحمل او را ندارم و باعث تنشم می‌شود»

### مضمون اصلی (کد تبیینی) ۳: نداشتن مهارت‌های خانوادگی

#### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۱: برخورد نامناسب همشیرها با کودک ADHD

نتایج مصاحبه‌ها نشان داد که روش‌های تربیتی نامناسب والدین از یک طرف و برخورد نامناسب همشیرها از طرف دیگر نشان‌دهنده نبود مهارت‌های خاص خانواده‌های دارای کودکان ADHD است. همشیرها که خود می‌توانند نقش پررنگی در کاهش مشکلات خانواده داشته باشند، گاهی در جهت معکوس پیشبرد اهداف و ارزش‌های خانواده گام برمی‌دارند. برخوردهای نامناسب با کودک ADHD در حوزه بازی‌های گروهی، تحصیلی، گذراندن اوقات فراغت و... در این مقوله قرار دارد. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

برخورد نامناسب در کارهای گروهی، برخورد نامناسب خواهران و برادران در امور تحصیلی، استفاده از سرزنش، تحقیر و الفاظ رکیک در برخورد با کودک ADHD و... .

«(پدر): گاهی به او اجازه نمی‌دهند که وارد بازی شود و برخورد بدی با او می‌کنند، اصلاً اجازه نمی‌دهم که وارد اتاقم شود، وگرنه او را کتک می‌زنم»

#### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۲: عدم حمایت بین همشیرها

دنیای پدیداری همشیرها و هم‌چنین تأیید والدین نشان داد که همشیرهای کودک ADHD تمایلی به حمایت از همشیر مبتلا به اختلال خود ندارند و بارها به روش‌های گوناگون آن‌ها را تنها گذاشته‌اند یا به قول والدین پشت همشیرشان را خالی کرده‌اند. این نبود حمایت مضمون اصلی این مقوله، یعنی نداشتن مهارت‌های خانوادگی در این خانواده‌ها را تأیید می‌کند که یکی از مهم‌ترین آسیب‌ها به زیرمنظومه همشیرهاست. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

ائتلاف خواهر و برادران علیه کودک با سایر بچه‌ها در موقعیت‌های مختلف، عدم اجازه ورود کودک در کارهای گروهی، حمایت‌نکردن در زمینه مسائل تحصیلی، حمایت نامناسب خواهران و برادران در مواقع مورد نیاز و... .

«هیچ موقع دوست ندارم او (همشیر) را در کارهایش کمک کنم، (مادر): حتی خواهر و برادران او هم در مواقع مورد نیاز با او بد برخورد می‌کنند یا حمایت‌شان نامناسب است»

#### مضمون فرعی (کد تفسیری) ۳: تعارض و اختلاف مزمن بین همشیرها

همشیرها در این پژوهش اظهار داشتند که دعوا و تعارض آن‌ها با کودک ADHD مزمن و همیشگی است و به ندرت پیش آمده که یک روز با هم اختلاف و تعارض نداشته باشند. این مسأله توسط والدین نیز تأیید شد و مشکلات ناشی از این تعارض مزمن بین همشیرها را عامل اصلی مشکلات خانوادگی و پایین‌بودن کیفیت زندگی خویش می‌دانستند. این تعارض شدید و اختلافات مزمن و همیشگی بین همشیرها، نبود مهارت‌های اساسی خانوادگی در این خانواده‌ها را بیش از پیش نمایان می‌کند. نمونه‌هایی از کدهای توصیفی و جملات مصاحبه‌شوندگان این مقوله به ترتیب به شرح زیر است:

عدم سازگاری همشیرها، دعوا کردن دائمی کودکان، دعوی شدید بین فرزندان و عدم دوست داشتن یکدیگر، بروز دعوا بر سر مسائل کوچک و... .

«من همیشه با برادرم دعوا می‌کنم و اصلاً با هم سازگاری نداریم، (پدر): بچه‌هایم مدام با هم دعوا می‌کنند»

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD بود. در این پژوهش یافته‌ها حاصل از سه نوع کدگذاری توصیفی، تفسیری و تبیینی بود که از ۴۴ کد توصیفی، ۹ کد تفسیری و نهایتاً ۳ کد تبیینی استنباط شد. کدهای اصلی یا تبیینی به دست آمده شامل ایجاد و تجربه احساسات منفی در همشیرها، مشکلات اختصاصی به وجود آمده برای همشیرها ناشی از وجود

و حضور کودک ADHD و نداشتن یا ضعف در مهارت‌های اساسی و خانوادگی در این خانواده‌ها و به خصوص در همشیرها بود. نتایج این مطالعه کیفی نشان داد که زیرمنظومه همشیرها تحت تأثیر مسائل فرزند ADHD خانواده قرار دارد و بنا به اطلاعات به دست آمده و رنج ابرازشده همشیرها آسیب‌های خاصی به این زیرمنظومه وارد شده که این آسیب‌ها به طور کلی و مستقیم بر روابط خانوادگی تأثیر منفی داشته است و روابط میان اعضای خانواده را ضعیف کرده که این قسمت از یافته‌ها با نتایج پژوهش موین و همکاران (۲۰۱۴)، رایت و لیپپی (۲۰۰۹)، کینگ و همکاران (۲۰۱۶)، زاهدی و همکاران (۲۰۱۶)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) و حامد و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

با استناد به گفته‌های خود والدین شرکت‌کننده در این پژوهش می‌توان گفت که حضور کودک ADHD در خانواده قطعاً در ایجاد تنیدگی مؤثر است و تاب‌آوری اعضای خانواده را کاهش می‌دهد و مشکلاتی را برای اعضای خانواده ایجاد می‌کند که با نتایج پژوهش هوش‌ور، خوشای، میرزایی و رهگذر (۱۳۸۸) یعنی نقش در اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت و کفایت در تربیت فرزند، دل‌بستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد و همشیرها، بالا رفتن سطح تنیدگی در اعضای خانواده و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی همسو است که همگی در مصاحبه‌های اعضای خانواده قابل استنباط بود.

دنیای پدیداری همشیرها نشان داد که این کودکان در خانواده احساسات منفی زیادی را تجربه می‌کنند. زمانی که کودکان یک خانواده متوجه می‌شوند که نسبت به کودک مبتلا به اختلال ADHD کمتر مورد توجه هستند یا در حاشیه قرار گرفته‌اند، احساسات ناخوشایندی مانند حسادت، تنفر، رقابت و... به آن‌ها دست می‌دهد که با نتایج پژوهش سالمرون (۲۰۰۸) و کینگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. سالمرون (۲۰۰۸) در پژوهش خود بیان می‌کند که توجه بیش از حد والدین به کودکان ADHD که گاهی بر اساس نیاز کودکان ADHD آن را مطرح می‌کنند، به رشد افکار و رفتار منفی در همشیرها منجر می‌شود و این عوامل باعث حسادت، رقابت و جوی منفی بین همشیرها می‌شود که در پژوهش حاضر نیز این احساسات منفی بسیار قابل استنباط بود و گاهی آن را واضح ابراز می‌کردند.

هم‌چنین کینگ و همکاران (۲۰۱۶) تغییر محسوسی را در سیستم خانواده با حضور کودک ADHD بیان می‌کنند و حرکت این خانواده‌ها به سمت چالش و مشکلات بیشتر را نتیجه حضور کودک ADHD می‌دانند که این مشکلات و چالش‌ها احساسات ناخوشایندی را در میان اعضای خانواده به وجود می‌آورد. عامل دیگر نگرانی همشیرهاست که حس و تجربه ناخوشایندی را برای آن‌ها ایجاد کرده است. همشیرها در این پژوهش نشان دادند که نگران تعارض‌های خانوادگی و مشکلات آن هستند. از آسیب‌دیدن روابط والدین‌شان تا آسیب به روابط همشیرها و ساختار خانواده و مختل شدن روابط خانوادگی با دیگران، ترس از اتفاقات پیش‌بینی‌نشده در خانواده، نگرانی از عدم اعتماد والدین به فرزندان خانواده و عدم بازگشت این اعتماد، نگرانی مزمینی را برای زیرمنظومه همشیرها به وجود آورده که خود می‌تواند عامل نداشتن تمرکز و آرامش روانی در زندگی اعضای خانواده باشد (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸). هم‌چنین آسیب دیگر ایجاد یک نوع منفی‌گرایی افراطی در بین خانواده و به خصوص در بین همشیرهاست که به این زیرمنظومه وارد شده است. همشیرهای کودک ADHD مقصر اصلی و بانی تمام اتفاقات زندگی را کودک ADHD می‌دانند و نسبت به وی بسیار بدبینانه عمل و قضاوت می‌کنند. به همین خاطر روابط همشیرها با کودک ADHD روزبه‌روز بدتر، تعارض آن‌ها بیشتر و

گرمی و صمیمیت آن‌ها کمتر شده که با نتایج پژوهش میکامی و پفیغفر (۲۰۰۸) همسو است که تعارض زیاد در میان اعضای خانواده و سازگاری پایین و در نتیجه صمیمیت کمتر را نتیجه حضور کودک ADHD در خانواده می‌دانند.

آسیب دیگر به این زیرمنظومه مشکلات خاصی است که ناشی از کودک ADHD است. همشیرها اظهار داشتند که دائماً درگیر مسائل کودک ADHD هستند و وی را به عنوان محرکی تنش‌زا می‌دانند که آزار، اذیت و استرس زیادی را به آن‌ها وارد می‌کند و والدین نیز این موضوع را تأیید کردند. این قسمت از نتایج با نتایج پژوهش دانیل و همکاران (۲۰۱۶) همسو است که وجود کودک ADHD در خانواده را عاملی استرس‌زا در امور روزمره برای خانواده می‌دانند که همین عامل در به وجود آمدن هیجان منفی در اعضای خانواده تأثیرگذار است. این مشکلات باعث کاهش سلامت روان همشیرها شده است؛ زیرا تاب‌آوری و تحمل همشیرها پایین آمده و پرخاشگری و عصبانیت در مسائل روزمره را زودتر از خود نشان می‌دهند. هم‌چنین با دیدن اعمال و کارهای همشیر ADHD و گاهی نادیده‌گرفتن مشکلات وی از سوی والدین، بی‌نظمی، سهل‌انگاری و اهمال‌کاری در همشیرها نیز ترویج پیدا کرده است. از طرف دیگر همشیرهایی که در مقابل این ترویج بی‌نظمی مقاومت کرده‌اند، به خاطر نبود امنیت روانی و محیط سالم و به دور از تنش، آرامش روانی خود را از دست داده‌اند که خود این عامل باعث تنش بیشتر خانوادگی، تعارضات بین‌فردی بیشتر (هاروی، ۲۰۰۸)، بروز احساسات منفی و آسیب به خانواده می‌شود.

هم‌چنین از دنیای پدیداری همشیرها رنج ناشی از نبود مهارت‌های خانوادگی اساسی قابل استنباط بود. در بین فرزندان خانواده مهارت‌های اساسی مانند همدلی، ارتباط مؤثر، حل مشکل، حمایت روانی، همکاری و مشارکت قابل استنباط نبود. همشیرها در این پژوهش ابراز کردند که تعارض و اختلافات آن‌ها به صورت مزمن درآمد و روش مقابله با آن را نمی‌دانند و از این نبود مهارت کلافه شده‌اند. هم‌چنین نتایج کدگذاری‌ها نشان داد که اکثر همشیرها علیه کودک ADHD ائتلاف کرده‌اند و رفتار نامناسبی با او دارند که باعث از بین رفتن صمیمیت و شیوع دشمنی و خصومت در خانواده‌ها شده و هم‌چنین سازگاری آن‌ها را پایین آورده است. در نتیجه این اختلافات، حمایت عاطفی و روانی در بین همشیرها و خانواده نیز کاهش پیدا کرده است. ائتلاف علیه کودک ADHD و حمایت‌نکردن از او در کارهای گروهی، در بازی‌های همسالان و رها کردن همشیر خود در فعالیت‌های روزمره نشان‌دهنده آسیب جدی به این زیرمنظومه خانوادگی است و کفایت و روش فرزندپروری والدین را زیر سؤال می‌برد که با نتایج پژوهش جانسون (۲۰۱۲) همسو است.

به طور کلی آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها در خانواده‌های دارای کودک ADHD نه تنها بر تک‌تک اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد؛ بلکه نظام خانوادگی را نیز به چالش می‌کشد (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۷) و نیاز جدی زیرمنظومه همشیرها به حمایت، نظارت و آموزش جامع را پررنگ‌تر می‌کند و هم‌چنین خانواده‌های این کودکان مبتلا نیز به آموزش کامل و جامع نیازمندند که همسو با نتایج پژوهش‌های موین و همکاران (۲۰۱۴)، فوستر و همکاران (۲۰۱۲)، سولی و لارسن (۲۰۱۶) و اریکا و همکاران (۲۰۱۶) است.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که متخصصان خانواده، روان‌شناسان و مشاوران به کیفیت زیرمنظومه‌های خانواده‌های ADHD محور به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های موفقیت این خانواده‌ها توجه ویژه‌ای داشته باشند و برنامه‌های ویژه‌ای برای درمان و پیشگیری از آسیب‌ها در این بخش تدارک

بینند. از طرف دیگر عمده آسیب‌ها در این پژوهش به حضور کودک ADHD نسبت داده می‌شد و مشکلات سایر افراد خانواده و سایر مشکلات جانبی نادیده گرفته می‌شد. به نظر می‌رسد که اگر سایر مشکلات این خانواده‌ها به صورت جامع بررسی و برنامه‌هایی برای درمان این مشکلات تدوین شود و به طور گسترده‌ای در سطح جامعه پیاده شود، میزان آسیب به زندگی خانوادگی این خانواده‌ها به طور قابل توجهی کمتر خواهد بود. پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا یافته‌های این پژوهش را عمق ببخشند و عوامل زمینه‌ای بیشتری را در این خانواده‌ها شناسایی کنند. همچنین این پژوهش تنها در مورد خانواده‌های کامل که پدر و مادر هر دو زنده بوده‌اند و در خانواده حضور فیزیکی داشته، انجام گرفته است، بنابراین نیاز است که دیگر انواع خانواده (مانند تک‌والد، ترکیبی و سایر) نیز مورد بررسی قرار گیرد و تحقیقات کیفی بیشتری با خانواده‌های ADHD محور، برای بررسی این‌که آیا درون‌مایه‌های مشابهی با نمونه‌های متفاوت از نظر فرهنگی، مذهبی و وضعیت اجتماعی ظاهر خواهد شد، انجام گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود از یافته‌های این پژوهش برای آگاهی‌افزایی زوج‌درمانگران، خانواده‌درمانگران و روان‌شناسان در زمینه آسیب‌های خانواده‌های ADHD محور استفاده شود.

### پی‌نوشت‌ها

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. Phenomenological                         | 16. Hamed, Kauer, Stevens  |
| 2. Descriptive                              | 17. Harvey                 |
| 3. Interpretative                           | 18. Salmeron               |
| 4. Explanatory                              | 19. Mikami, Pfiffner       |
| 5. Wright & Leahey                          | 20. King                   |
| 6. Lindahl, Bregman & Malik                 | 21. Danielle               |
| 7. Shelton & Harold                         | 22. Sollie & Larsson       |
| 8. Attention Deficit Hyperactivity Disorder | 23. Johnston               |
| 9. Bussing, Mason, Bell                     | 24. Sanders, Bor & Morawsk |
| 10. Nass & Leventhal                        | 25. Erica                  |
| 11. Coogan, Baird, Popa-Wagner & Tome       | 26. Moen                   |
| 12. Sadock                                  | 27. Foster                 |
| 13. Cohen                                   | 28. Britten                |
| 14. Chronis                                 | 29. Colaizzi               |
| 15. Coghill                                 | 30. Credibility            |

### منابع

هوش‌ور، پ.، بهنیا، ف.، خوشابی، 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. *فصلنامه علمی - پژوهشی توان‌بخشی*، ۳(۱۰)، ۲۴-۳۰.

- Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *Biomedical and Life Science Journal*, 311 (6999), 251-253.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(6), 595-605. doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.006.

- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., et al. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/ hyperactivity disorder, *Developmental Psychology*, 43, 70-82.
- Coghill, D., Soutullo, C., Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a european survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(31). doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, C. H., & Dorelejeers, T., H. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of offending in childhood first time arrestees. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21(5), 243-251.
- Colaizzi, P. F. (1973). *Reflection and research in psychology*. Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Popa-Wagner, A., Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: Te what, the when and the why. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 67(3), 74-81.
- Danielle, M., Walerius Nicholas, D., Fogleman, P., & Rosen, J. (2016). The role of ADHD and negative emotional liability in predicting changes in parenting daily hassles. *J Child FAM Stud*, 25, 2279- 2291.
- Erica, S. F. Wan, J. L. C. MaKelly, Y. C. Lai, & Julia, W. K. Lo. (2016). The subjective experiences of attention-deficit/ hyperactivity disorder of Chinese families in Hong Kong: Co-construction of meanings in multiple family groups. *Journal of National Association of Social Workers*, doi: 10.1093/hsw/hlw023.
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: a family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 3–11.
- Hamed, A. M., Kauer, A. J., & Stevens, H. E. (2015). Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Front. Psychiatry*, 6(1), 168.
- Harvey, E. A. Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., & Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 784–795.
- Johnston, C. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228.
- King, K., Alexander, D., & Seabi, J. (2016). Siblings' perceptions of their ADHD-diagnosed sibling's impact on the family system. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 910. doi:10.3390/ijerph13090910.
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 26(6), 839-847.
- Mikami, A.Y., Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *J. Atten. Disord*, 11, 482–492.
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3166–3176. doi:10.1111/jocn.12559.
- Nass, D., & Leventhal, F. (2011). *100 Questions & Answers about Your Child's ADHD: From Preschool to College*, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Sadock, J. M. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences /clinical psychiatry*, New York: lippincott williams & wilkins.

- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed triple-p-positive parenting program. *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983-998.
- Shelton, K., & Harold, G. (2008). Inter parental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 712-724.
- Sollie, H., & Larsson, B. (2016). Parent-reported symptoms, impairment, helpfulness of treatment, and unmet service needs in a follow-up of outpatient children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(8), 582-590. doi:10.1080/08039488.2016.1187204.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Zahedi, K., Fatehizade, M., Bahrami, F., & Jazayeri, R. (2016). The Effect of cognitive-behavioral parenting skills training (CBPST) on the behavioral problems of preschool children. *Review of European Studies*, 8(2), 61.
- Houshvar, P., Behnia, F., Khoushabi, K., Mirzaei, H., Rahgozar, M. (2009). [Effect of group parent management training on behavioral disorders of children with attention deficit-hyperactivity disorder]. *Rehabilitation*, 10 (3), 24-30[ in Persian].