



## Lived experience of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder

Shokouh Eftari<sup>1</sup> , Sedigheh Ahmadi<sup>2</sup> , Azizullah Tajik Ismaili<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Counseling, Faculty of Educational and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: [Std\\_shokouh.eftari@khu.ac.ir](mailto:Std_shokouh.eftari@khu.ac.ir)

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: [dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir](mailto:dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir)

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: [tajikesmaili@khu.ac.ir](mailto:tajikesmaili@khu.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 28 April 2022

Received in revised form

02 May 2022

Accepted 16 June 2022

Published online 22

November 2022

#### Keywords:

Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder,  
Qualitative Research,  
Phenomenology,  
Parents,  
Lived Experience,  
ADHD

### ABSTRACT

**Background:** Attention Deficit / Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder in a child that persists throughout life. The main clinical symptom is attention deficit and hyperactivity. These children are weaker than their peers in social skills and show more behavioral and social problems. Research shows that cultural differences are essential in diagnosing and treating the disorder in the early years. To moderate the effects of the disorder, it is necessary to use effective interventions in family, school, and society. In the study community, There is a research gap in the lived experience of parents with children with ADHD disorder.

**Aims:** This aimed to understand the problems of Iranian parents in the development of children with attention deficit-hyperactivity disorder through their lived experience.

**Methods:** A qualitative approach and phenomenological method were used in this study. Semi-structured interviews were conducted by phone and in-person With 12 parents of children with attention deficit hyperactivity disorder selected by purposive and available sampling, The data were analyzed with the seven-step method of Colaizzi.

**Results:** Data analysis led to the extraction of 4 main themes and 19 subthemes. The main themes are Parents' challenges, parents' strategies for the problem, behaviors aggravating symptoms of the disorder, and the effects of ADHD on parents.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, which are in line with the social, cultural, and lived experiences of parents of children with ADHD disorder, it seems that part of the parents' problems in the core family is not accepting the influence of the disorder on the child's behavior. In this case, the child's undesirable behavior by the parent is perceived as intentional behavior that leads to negative effects on the parent-child relationship. At the social level, due to the lack of awareness of the behavioral differences of the child with the disorder, parents are blamed for their parenting method and the child receives the wrong label. Parents typically cope with this social issue by concealing the disorder from the child and others and limiting family social relations, Which led to the loss of the companionship of the child and the support of society.

**Citation:** Eftari, Sh., Ahmadi, S., & Tajik Ismaili, A. (2022). Lived experience of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Science*, 21(117), 1743-1760. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1680-fa.html>

*Journal of Psychological Science*, Vol. 21, No. 117, December, 2022

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.117.1743](https://doi.org/10.52547/JPS.21.117.1743)



✉ **Corresponding Author:** Sedigheh Ahmadi, Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.  
E-mail: [dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir](mailto:dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir), Tel: (+98) 9368218062

## Extended Abstract

### Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood, the main clinical symptom of which is inattention and hyperactivity. According to the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), it is estimated that about 5% of children and 2.5% of adults suffer from ADHD (Kaplan & Sadock, 2007). Cultural differences play an important role in the diagnosis and treatment of ADHD because the diagnosis and treatment of this disorder depend on the perception of the child's family and teacher. This issue is even more important for therapists than examining the symptoms of ADHD (AAP, 2011).

ADHD causes significant impairment in academic, social, and occupational functioning. The symptoms of ADHD usually appear in the early years of life and persist chronically throughout life (Barkley, 2015). It is very important to diagnose ADHD in the early years of development and to use effective interventions at home, school, and community to moderate its effects (Goldstein and Devires, 2017).

The American Academy of Pediatrics recommends behavior therapy as the first mode of treatment for children, and most evidence suggests that behavioral parenting training (BPT) is effective in controlling and reducing symptoms (AAP, 2011). Parenting includes a number of interrelated functions depending on the nutrition, care, education, and socialization of children, and among all factors affecting child-raising, variability is the most important factor (Sanders and Morawska, 2018).

Considering the many problems of families of children with ADAH, the role of culture in parenting and diagnosis of ADHD, and the importance of behavioral parenting training (BPT) for parents of children with ADHD, it is necessary to identify and investigate exactly the problems of Iranian families with children who suffer from ADHD as the first step of treatment. The differences between Iranian families with children who suffer from ADHD and normal families have been studied by numerous quantitative studies (Yousefi et al, 2009; Herchegani

Nejad et al, 2016; Derakhshanpour et al, 2016; Rashidi, 2014; Kurdistani et al, 2011; Fattahi et al, 2015) while only three qualitative studies have investigated this issue (Azizi et al, 2018; Gharibi and Gholizadeh, 2011).

The immediate experiences of such parents can be the best source of information to explore this issue. On the other hand, the study of the lived experience of parents of a child with ADHD cannot be explained through conventional quantitative research as qualitative research has significant capabilities and superiority in in-depth recognition and provides valuable insights into the problems of families of children with ADHD. Specialists, researchers, and those who interact with these children can use the findings of this study for various purposes such as designing effective long-term and short-term interventions to play an influential role in the lives of these children and their families. Therefore, the present study seeks to answer the question that Iranian parents of children with ADHD face what problems?

### Method

In the present study a qualitative research method with a phenomenological approach was used. The statistical population included all families with children who had ADHD. Convenience and purposive sampling methods were used. In 2020, participants became aware of the research in two ways, advertising on cyberspace (Instagram and WhatsApp) and direct referral of the researcher to the Talash Psychology and Educational Clinic, and announced their readiness to participate in the study. Inclusion criteria were having a 6 to 12-year-old child with ADHD and the definitive diagnosis of the disorder by a psychiatrist.

To collect data, 12 individuals (8 mothers, 3 fathers, and a mother and father together) participated in a semi-structured interview until reaching the information saturation stage. Due to the outbreak of the coronavirus disease, 7 participants attended the interview by telephone and 5 by face to face. The mean age of fathers was 44.5, mothers 37.7, children 8.4 and the mean age of diagnosis for these children was 5.1 years. During the interviews, the researcher recorded the content of the conversation with the

parents. The interview started with an open question: what problems do you have with your child at home? The duration of the interviews varied and they lasted between 20 and 120 minutes.

MAXQDA software and the 7-step Colaizzi method were used for data analysis. To increase the accuracy and reliability of the findings, the researcher continued to collect data until data saturation was achieved. The data were independently reviewed, coded, classified, and compared by the research team (peer check), participants were provided with a summary of the initial results to determine how the

results matched their experiences (member check), and all stages of the research were documented to be used by other researchers if needed.

### Results

Overall, 471 codes were obtained from the qualitative analysis of the interviews, which were classified into 4 main themes: Parental challenge, parents' strategies for the problem, behaviors aggravating symptoms of the disorder, and effects of ADHD on parents (Table 1).

**Table 1. Major Themes and Subthemes of Problems of Parents of Children with ADHD**

Major themes	Subtheme	Code
Parental challenge	Parent's main complaints	Inattention, Talkativeness, Not listening, Physical restlessness, Hyperactivity, Impatience, Not accepting responsibility
	Disproportion of parent's expectations with the child's focus range	Lack of interest in reading and writing homework, Lack of concentration, Forced parental support
	Expressing emotion limited to fear and anger	Fear, Aggression
	Poor inhibition in social relationships	Party, Bullying with peers, Hard to be friends
Parental challenge	Habit of disorganization	Irregularity, Lack of personal hygiene
	The child's preoccupied with technology	Computer, smartphone, TV
	The difficult process of child's sleeping	Lack of sleep routine, Sleeping with parents
Parents' strategies for the problems	Nutrition	Restricted Tendency to several foodstuffs, Difficulty in eating etiquette
	shopping	pester parents in shopping, inability to shop independently
	Inefficient strategies	Physical Violence, Humiliation, Incorrect form of time out technique, Guilt, Fights, Too warn too much, To advise, To ransom, To destroy the effect of the instructions, Huff
	Efficient strategies	Calm and kind tone, Multitasking, Encouragement, Restriction
Behaviors aggravating symptoms of the disorder	Frustration	Not receiving love, Not being seen, Not winning the competition, Jealousy
	Unknowing of the disorder	
	Disrupted child's daily routine Reaction against punishment Fatigue	Retardation feeling to peers, Low evaluation of the child, Acceptance of the label
Effects of ADHD on parents	Parent team	Assuming the other parent is incapacitated, parents deal differently
	Parent's emotions	Pang of conscience, Nervous tension, Parent worries
	Parent's social relations	The negative evaluation of parenting by others, Limited association with relatives, Decreased personal efficiency

### Conclusion

The results of this qualitative study showed that ADHD generally brings overwhelming challenges to the family. This is in agreement with the findings of

the studies by Sofronoff et al. (2018), King et al. (2016), Azizi et al. (2018), and Nejati et al. (2016). According to the traditional roles of men and women in Iranian families, the main responsibility for raising a child fall on the mothers. Lack of public awareness

of ADHD and cultural misconceptions in Eastern collectivistic societies that consider the child's misbehavior as a result of the poor performance of the whole family (Fung et al, 2018; Triandis, 1994) have put the families, especially the mothers, under criticism and blame. That is why parents who are aware of their child's disorder not only do not inform the child and others but also try to hide the disorder from them. Such factors make the family resistant to seeking and being aware of new scientific findings related to ADHD and effective treatments, and parents may make wrong decisions about choosing effective treatments. The lack of accurate and scientific information about the disorder has led parents to endure the problems in the hope that the disorder will improve as the child gets older and the problems go away. However, studies have shown that the symptoms of ADHD last until adolescence in 60 to 85% of cases and adulthood in 60% of cases (Kaplan and Sadock, 2007). The Iranian parents who participated in the study were referred to psychiatric clinics for medical treatments or interventions such as neurofeedback therapy, but they were not aware of the importance of behavioral parenting training (BPT) and behavior management courses for these children. Even the use of medications to control the symptoms of ADHD was sometimes unacceptable to some parents because of their side effects.

The findings of this study, which were obtained considering the social and cultural contexts and the real experiences of parents of children with ADHD, can play an effective role in designing interventions, treating these children, and helping the families to cope with the disorder in a better and more efficient

way. It seems that family therapy, behavioral parenting training, providing extensively accurate and scientific information, and culture-building are necessary to reduce the negative effects of ADHD and improve the lives of these children (Bakker et al, 2017; Kazdin, 2015; Pfiffner and Haack, 2015; Daley et al, 2018; Weiss et al, 2021).

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** The present study was reviewed by the ethics committee of Kharazmi University and approved and registered with the ethics code IR.KHU.REC.1400.001. Ethical considerations in this research included obtaining informed consent (online) from the participants (children's parents), observing the principle of confidentiality, informing the participants about the purposes of the study, voluntary participation in the study, and the right for participants to withdraw from the study at any time.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** the first author was the senior author, the second was the supervisors and the third was advisor.

**Conflict of interest:** the author declares no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the supervisor, the advisor and the participants.



## تجربه زیسته والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی

شکوه افطاری<sup>۱</sup>، صدیقه احمدی<sup>۲</sup>، عزیزالله تاجیک اسماعیلی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** اختلال کمبود توجه / فزون کنشی از اختلالات عصبی تحولی کودکی است که در طول زندگی باقی می ماند. نشانگان بالینی اصلی کمبود توجه و فعالیت بیش از حد می باشد. این کودکان نسبت به همسالان خود از نظر توانش های اجتماعی ضعیف تر هستند و مشکلات رفتاری و اجتماعی بیشتری نشان می دهند. تحقیقات نشان می دهد تفاوت های فرهنگی در تشخیص و درمان اختلال در سال های اولیه اهمیت دارد. برای تعدیل اثرات اختلال لازم است از مداخلات اثربخش در زمینه های خانواده، مدرسه و جامعه بهره گرفته شود این در حالی است که در زمینه تجربه زیسته والدین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی در جامعه مورد تحقیق شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** هدف از پژوهش حاضر فهم مشکلات والدین ایرانی در تحول و پرورش کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی از طریق تجربه زیسته آن ها بود.

**روش:** در این پژوهش از روی آورد کیفی و روش پدیدارشناسی استفاده شد. با ۱۲ والد دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی که از روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند به صورت تلفنی و حضوری مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام، و داده ها از روش هفت مرحله ای کلایزی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** تجزیه و تحلیل داده ها به استخراج ۴ مضمون اصلی و ۱۹ زیرمضمون منجر شد، مضمون های اصلی عبارتند از: کشاکش های والدین، راه کارهای والدین در برابر مشکلات، رفتارهای تشدید کننده نشانه مرضی اختلال و تأثیر اختلال بر والدین.

**نتیجه گیری:** براساس یافته های این پژوهش که متناسب با بافت اجتماعی، فرهنگی و تجارب زیسته والدین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی است به نظر می رسد بخشی از مشکلات والدین در خانواده هسته ای به دلیل عدم پذیرش تأثیرات اختلال بر ویژگی های کودک است که موجب می شود رفتار نامطلوب کودک در بسیاری از شرایط از سوی والد، عمدی ادراک شود که تأثیر منفی بر رابطه والد - فرزندی دارد. در سطح اجتماعی به دلیل عدم آگاهی تفاوت رفتاری کودک مبتلا به اختلال، والدین با سرزنش روش والدگری و برچسب اشتباه به کودک مواجه هستند که به طور معمول برای مقابله، از پنهان کردن اختلال از کودک و اطرافیان و محدود کردن روابط اجتماعی خود استفاده می کنند، این راهکار به سردرگمی، از دست دادن همراهی کودک و محدود شدن حمایت اجتماعی منجر می شود.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۸

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

### کلیدواژه ها:

اختلال کمبود توجه / فزون کنشی،

پژوهش کیفی،

پدیدارشناسی،

والدین،

تجربه زیسته،

ADHD

**استناد:** افطاری، شکوه؛ احمدی، صدیقه؛ و تاجیک اسماعیلی، عزیزالله (۱۴۰۱). تجربه زیسته والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی. مجله علوم روانشناختی، دوره

بیست و یکم، شماره ۱۱۷، ۱۷۴۳-۱۷۶۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۷، پاییز (آذر) ۱۴۰۱.



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: صدیقه احمدی، استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: [dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir](mailto:dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir)

تلفن: ۰۹۳۶۸۲۱۸۰۶۲



## مقدمه

اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که در دسته اختلال عصبی - تحولی<sup>۲</sup> قرار دارد و نشانگان اصلی از نظر بالینی، کمبود توجه و فعالیت بیش از حد است. طبق گزارش پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM5)<sup>۳</sup> تخمین زده می‌شود حدود ۵٪ کودکان و حدود ۲/۵٪ بزرگسالان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی دارند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۸). اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی از اختلالات وابسته به فرهنگ است و نرخ شیوع آن در فرهنگ‌های مختلف متفاوت گزارش می‌شود؛ علت این تفاوت در این است که محیط‌های فرهنگی متفاوت، در رفتار کودک به شیوه‌ای متفاوت تأثیر می‌گذارند و یا مستقیماً در نگرش والدین، نسبت به اینکه کدام رفتار قابل قبول است و کدام رفتار قابل قبول نیست، تأثیر می‌گذارد (گنجی، ۱۳۹۵). تفاوت‌های فرهنگی در تشخیص و درمان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی موضوع مهمی است. زیرا تشخیص و درمان این اختلال به ادارک خانواده و معلم کودک بستگی دارد، این مسئله حتی برای درمانگران، مهمتر از بررسی نشانگان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی محسوب می‌شود (آکادمی بیماری‌های مرتبط با کودکان آمریکا، ۲۰۱۱).

نشانگان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی معمولاً در سال‌های اولیه زندگی ظاهر می‌شود و به صورت مزمن در طول زندگی باقی می‌ماند (بارکلی، ۲۰۱۵). معمولاً والدین و معلمان اولین افرادی هستند که متوجه رفتار متفاوت کودک با مرحله تحولی او می‌شوند. برای این کودکان بسیار سخت است که بتوانند بنشینند و از دستورالعمل خاصی پیروی نمایند، برای اکثر خانواده‌ها کشاکش‌ها با ورود کودک به مقطع پیش‌دبستانی و لزوم رعایت اصول و برآورده نمودن درخواست‌های محیط بزرگتر آغاز می‌گردد. بسیار مهم است که اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در سال‌های اولیه تحول تشخیص داده شود و برای تعدیل اثرات آن از مداخلات اثربخش در بافتارهای مختلف خانه، مدرسه و جامعه بهره گرفته شود (گلدستین و دی‌ورس، ۲۰۱۷). به طور معمول کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، توانش‌های اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات

رفتاری و اجتماعی بیشتری نسبت به بقیه کودکان نشان می‌دهند (دویل و همکاران، ۲۰۰۱).

شواهد نشان می‌دهند که برای مهار کردن و تعدیل نشانگان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، آموزش رفتاری والدگری<sup>۴</sup> اثربخش است (آکادمی بیماری‌های مرتبط با کودکان آمریکا، ۲۰۱۱). والدگری شامل تعدادی عملکردهای به هم مرتبط وابسته به تغذیه، مراقبت، آموزش و اجتماعی کردن کودکان و مهم‌ترین عامل در میان تمام عوامل تغییرپذیری است که در پرورش کودکان مؤثر است (ساندرز و موراسکا، ۲۰۱۸). آموزش رفتاری والدگری اغلب به منظور آموزش راه‌کارهای مؤثرتر برای کنار آمدن و مدیریت رفتارهای نامطلوب در کودکان به کار گرفته می‌شود (چاکو و همکاران، ۲۰۱۵).

روش‌های والدگری برای مردم یک کشور توسط فرهنگی که تحت تأثیر زیست‌بوم و تاریخ است، تعیین می‌گردد. فرهنگ فرضیه‌های بیان نشده‌ای برای مطلوب بودن یا نبودن یک شکل از رفتار در روابط انسانی و شرایط مختلف را در اختیار مردمانش قرار می‌دهد (تریان‌دیس، ۱۹۹۴). بنابراین قبل از به کارگیری آموزش والدگری به عنوان مؤثرترین روش درمان برای والدین ایرانی، لازم است متناسب‌سازی فرهنگی روش‌های والدگری مؤثر بر اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی بر اساس نیاز والدین ایرانی و فرهنگ جمع‌گرایی ایرانی اسلامی صورت گیرد و نخستین قدم برای متناسب‌سازی شناسایی تفاوت‌ها و نیازها خواهد بود.

تفاوت‌های خانواده‌های ایرانی دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی با خانواده‌های عادی در پژوهش‌های متعددی به صورت کمی، مورد بررسی قرار گرفته است. مواردی مانند تنش والدگری مادر (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸)، سلامت روان و حرمت خود مادران (روستا، ۱۳۹۷)، میزان تنیدگی و شیوه‌های کنار آمدن با تنیدگی (هرچگانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۶)، سبک والدگری (درخشان‌پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ رشیدی، ۱۳۹۴؛ کردستانی و همکاران، ۱۳۹۱) بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی (فتاحی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کریمی و نوروزی، ۱۳۹۶)، و تنها ۳ پژوهش کیفی با هدف شناسایی عوامل تاب‌آوری در مادران، کشف آسیب‌های زیرمنظومه‌های خانواده (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۷) و پدیدارشناسی

3. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders: DSM

4. Behavioral Parenting Training (BPT)

1. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

2. neurodevelopmental

تجارب مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی (غریبی و همکاران، ۱۳۹۰) انجام شده است. این تعداد پژوهش کیفی برای اشراف درمانگران بر نیازهای خاص خانواده‌های ایرانی کافی نیست و همچنان نیازمند پژوهش‌های کیفی بیشتر هستیم تا از جنبه‌های مختلف و به صورت عمیق این خانواده‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد.

با توجه به مشکلات فراوان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی، نقش فرهنگ در شیوه والدگری و تشخیص اختلال کمبود توجه / فزون کنشی و اهمیت آموزش رفتاری والدگری به والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی به عنوان اولین قدم در درمان، لازم است مشکلات خانواده‌های ایرانی دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی به طور عمیق مورد شناسایی و بررسی قرار گیرد. تجربیات بلافصل چنین والدینی، بهترین منبع اطلاعات برای بررسی موضوع مورد نظر خواهد بود. از سوی دیگر بررسی تجربه زیسته والدین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی از طریق پژوهش‌های کمی رایج، قابل تبیین نیست، درحالی که پژوهش‌های کیفی، قابلیت‌ها و برتری چشمگیری در شناخت عمیق، و دستیابی به بینشی ارزشمند از مشکلات خانواده‌های دارای فرزند کمبود توجه / فزون کنشی ایجاد خواهد نمود.

لذا پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که والدین ایرانی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی با چه مسائل و مشکلاتی مواجه هستند؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** در این پژوهش از روی آورد کیفی با روش پدیدارشناسی استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی است. روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند است. مشارکت کنندگان در سال ۱۳۹۹ به دو روش، تبلیغات در فضای مجازی (اینستاگرام، واتس‌آپ) و مراجعه مستقیم پژوهشگر به کلینیک روانشناسی و تحصیلی تلاش، از این پژوهش آگاه شدند و برای مشارکت اعلام آمادگی نمودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱. داشتن کودک ۶-۱۲ ساله مبتلا به اختلال

کمبود توجه / فزون کنشی و ۲. تشخیص قطعی ابتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی توسط روان‌پزشک. از سوی دیگر نرم‌افزار MAXQDA و روش ۷ مرحله‌ای کلایزی برای تجزیه و تحلیل داده استفاده شد. برای افزایش درستی و قابلیت اعتماد یافته‌ها، ارتباط مستمر و طولانی مدت پژوهشگر با داده‌ها تا مرحله اشباع داده‌ها، بازبینی داده‌ها به طور مستقل از سوی تیم تحقیق، کدگذاری و طبقه‌بندی و در نهایت مقایسه آن‌ها با یکدیگر<sup>۱</sup>، ارائه خلاصه‌ای از نتایج اولیه به مشارکت کنندگان برای تعیین تطبیق نتایج با تجربه‌های آن‌ها<sup>۲</sup> و مستند کردن تمام مراحل تحقیق به منظور ایجاد قابلیت استفاده برای محققان دیگر، انجام شد.

## ب) ابزار

برای جمع‌آوری اطلاعات، ۱۲ والد (۸ مادر، ۳ پدر و ۱ پدر و مادر به طور همزمان) تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعاتی، در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته شرکت نمودند. به دلیل شیوع ویروس کرونا روش مصاحبه با انتخاب والدین (حضوری، آنلاین و تلفنی) انجام شد، ۷ والد به صورت تلفنی، ۵ والدی به صورت حضوری در مصاحبه حضور داشتند. میانگین سن پدران ۴۴/۵، مادران ۳۷/۷، کودکان ۸/۴ و میانگین سن تشخیص به اختلال برای این کودکان، ۵/۱ سال بود. محتوای گفتگو در جلسه مصاحبه با والدین به صورت صدا توسط پژوهشگر ضبط شده است. مصاحبه با سؤال باز<sup>۳</sup> در خانه چه مشکلاتی با کودک خود دارید؟<sup>۴</sup> آغاز شد. مدت زمان مصاحبه‌ها با هم متفاوت بود و در مدت زمانی بین ۲۰-۱۲۰ دقیقه بستگی به میزان همکاری طول کشید.

## یافته‌ها

از تجزیه و تحلیل کیفی مصاحبه‌ها ۴۷۱ کد بدست آمد که در ۴ مضمون اصلی، کشاکش‌های والدین با (۲۷۶ کد)، راه‌کارهای والدین در برابر مشکلات با (۷۰ کد)، رفتارهای تشدیدکننده نشانه مرضی اختلال (۶۶ کد) و تأثیر اختلال بر والدین (۵۹ کد) طبقه‌بندی شده است.

### مضمون اصلی ۱: کشاکش‌های والدین

۱-۱. زیرمضمون شکایت‌های اصلی والدین: مشکلات رفتاری شامل کدهای عدم توجه، پرحرفی، گوش ندادن، بیقراری بدنی، فزون

<sup>۱</sup>. Peer check

<sup>۲</sup>. Member check

مثلاً ما تو سالنیم میخواد بره تو اتاقش، گهگاه نه همیشه، گهگاه میترسه که تنها باشه. نمیدونم این ترسو از کجا داره. مثلاً موقع خواب حتماً ما باید در کنارش باشیم. حتی تختشو آوردیم تو اتاق خودمون گذاشتیم که بره رو تخت خودش بخوابه، مثلاً ما نباشیم نمیخوابه، کنار خودمون میخوابه (م، ۷). "والا عصبانی که زیاد میشه و پرخاشگری داره توی خونه ... بیشتر وقتی میگیم درس بخون یهو جیغ میکشه، نمیخونم، نمیتونم فلان و اینا، در میره، میره پایین ... (م، ۲)"

۴-۱. **زیر مضمون بازداری ضعیف در روابط اجتماعی:** شامل کدهایی مانند مهمانی، زورگویی به همسالان و دوست‌یابی دشوار است. کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی برای آماده شدن برای مهمانی رفتن و بازگشت از مهمانی، رعایت اصول رفتاری در مهمانی، بازی با دیگر کودکان، غذا خوردن و... والدین را با مشکل مواجه می‌کنند این مشکلات به حدی است که معمولاً خانواده‌ها سعی می‌کنند دایره روابط خود را تا حد ممکن محدود نمایند. "تو مهمونی‌ها ما چالش داریم دیگه، همین که میخواد به چشم بیاد به حرکت‌هایی میکنه که شاخص بشه. ما هی میگیم بشین، اینکارو نکن، با وجود اینکه ما خیلی رفت و آمد انجام نمیدیم. ولی تو همون جمع خانوادگی درجه اولم، خواهرم مثلاً و اینور خواهرهای خانومم و خونه مادر بزرگش و اینطور چیزها، به حرکت‌هایی میکنه که به چشم بیاد، مجبور میشیم که هی دعواش کنیم دیگه باز به همون شیوه میکشمش کنار و بهش تذکر میدم (م، ۹)".

۵-۱. **زیر مضمون عادت به آشفتگی:** در گفته‌های والدین دو کد بی‌نظمی و عدم رعایت بهداشت شخصی عنوان شد. "بعضی موقعا که مرتب میکنم میگه اینجوری دوست ندارم زشت شد اتاقم. از لحاظ نظم و انضباط صفره. به چیزی رو برداره بخواد سر جاش بزاره دیگه با داد و دعوا مگر اینکه باباش بگه اسباب بازی‌ها تو از تو سالن جمع کن بیر تو اتاقت. اصلاً گوش نمیده از این لحاظ‌ها اصلاً گوش نمیده (م، ۶)". "کارهای شخصی انجام دادن مثل مسواک زدن، حمام رفتن، شونه کردن موهاش، با خیلیا مشورت کردم که چیکار کنم، حالا یکسریا میگفتن خودت مسواک بزنی، همزمان با هم که اینم مسواک بزنی، خب همه این راه‌ها رو رفتیم جواب نگرتم اصلاً. اصلاً گوش نمیکنه. حتی میگم علیرضا طرف مقابلت اذیت میشه، حالا خودتو ولش کن ... (م، ۱۰)".

کنشی، بی‌صبری، عدم پذیرش مسئولیت است برای نمونه گفته‌های والدین در مورد برخی از کدها عبارتند از: "من بیشترین مشکلی که باهاش دارم عدم توجه به دستور هست. مثلاً به چیزی رو بهش میگم، به پیامی رو بهش منتقل می‌کنم، محمدامین مثلاً فلان چیزو برام بیار، مثلاً محمدامین بشین جلوی تلویزیون و اینستا، اینو چندین بار باید تکرار کنم دفعه اول و دوم که نمی‌شنوه دفعه سوم که مجبورم به کم صدامو ببرم بالاتر یا بزخم روی شونش محمدامین بشین. بعد برمیگرده تازه میگه ها، چیه؟ میگم محمدامین بشین. همه پیش همینطوره... (م، ۴)". "با دستاش. اصلاً این دستاش مدام در حال جنبیدن دیگه بعضی وقتا به خدا خسته میشم میگه برو امیرعلی جلوی چشم نباش. اونقد تکون میخوری من سر گیجه گرفتم... (م، ۸)". "مادر: دائماً بدو بدو تو خونه (پدر: انرژی زیاد) از فیلم‌ها خیلی الگو برداری میکنه، فیلم جنگی ببینه حتماً باید اونو تو خونه اجرا کنه، حتی اگر شده آهنگشو ضبط میکنه و اونو میداره با همون آهنگ با اسلحه، بالا پیر پایین پیر، از این کارا میکنه ... (م، ۱۲)". "اصلاً طاقت نداره کاری که میخواد بکنه. وقتی کاری رو میخواد انجام بده یک دقیقه صبر نداره اصلاً صبر نداره این بچه اصلاً. حالا تا تو خونه هست اوکیه اما اگه مدرسه یا جایی بخوایم بریم. مثلاً با ماشین می‌بردیمش هنوز ماشین استپ نکرده بود می‌خواست درو باز کنه پیاده بشه (م، ۶)".

## ۲-۱. زیر مضمون عدم تناسب انتظارات والدین با محدوده

**تمرکز کودک:** معمولاً با ورود کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به مهدکودک یا مدرسه، آغاز می‌شود و شامل کدهای عدم علاقه به مطالعه و نوشتن تکالیف، عدم تمرکز و همراهی اجباری والدین است. "نمیتونیم کنترلش کنیم روی درس، تا الان هیچی از اول دبستان بلد نیست (م، ۲)". "مشکل من اینه که کلاً من باید بشینم پیشش، منکه بلند میشم دیگه این بیخیال میشه تا تکلیفشو تموم کنه باید پا به پاش بشینم. مشکلم اینه که این همینجوری عادت میکنه، بزرگ هم که شد همینجوری بشه. مشکلم همینه و نگرانم میکنه که اگر راهنمایی و اینا هم رفت من باید بشینم ... منکه کلاً بلند میشم دیگه حواسش پرت میشه و بلند میشه. مثلاً میبینی گوشه دفترشو نشسته رنگ کرده بجای اینکه کارشو انجام بده (م، ۵)".

## ۳-۱. زیر مضمون ابراز هیجانی محدود به ترس و خشم: شامل

کدهای ترس و پرخاشگری است. "از اینکه توی یه اتاق تنها باشه میترسه،



۱-۶. **زیرمضمون غرق شدن کودک در تکنولوژی:** شامل کدهای کامپیوتر، موبایل و تلویزیون است. "ولی واقعاً نمیتونیم کل تفکیک (تأثیر) اینکه استفاده از موبایل و استفاده از تلویزیون، کامپیوتر و اینجور چیزا برنامه ریزی بشه یه خورده با علی سخته. باشه در دسترشش میخواد همش استفاده کنه، مثلاً اگه موبایل دستش باشه، هی بازی نصب میکنه از این بازی به اون بازی، اونقدر بازی رو میکنه خسته میشه. نه اینکه خسته شد بزاره کنار، خسته که شد یه بازی دیگه نصب میکنه و با اون بازی خسته بشه. خسته نمیشه انگار... اصلاً با کامپیوتر خسته نمیشه ولی تو بیانش نشون میده، ذهنش که خسته میشه، تشخیصش این نیست که خسته شده الان باید بزاره کنار استراحت کنه، ولی تو عمل چون ذهنش درگیر شده، حرف شونیش کم میشه، اذیتش زیاد میشه، پرخاشگر میشه، یکسری کارهایی میکنه ک باعث بشه دعوا بشه (م، ۹)".

۱-۷. **زیرمضمون روند دشوار خواباندن کودک:** در گفته‌های والدین کد نداشتن روتین خواب، خوابیدن کنار والدین عنوان شد. "وقت خوابش هم دیروخته میخوابه و از اونور هم تقریباً زود بیدار میشه. زود که مثلاً ۷ یا ۸ اونور هم مثلاً ۱۲. یکی از مشکلاتمون وقته خوابه اتفاقاً میخوایم مثلاً ۹-۱۰ بخوابه که صبح که مدرسه که حالا مدرسه که کمتر شده، به ندرت سر ساعت میره میخوابه. به ندرت آرام و راحت میره میخوابه، یعنی اخر سر با یه تشر باید بگیم "علی بخواب". باید ببریم همه چراغارو خاموش کنیم که این، نیم ساعت هم کلنجار بریم باهاش یه قصه‌ای بزاریم نمیدونم، سر و کله بزنی که بخواب دیگه، خوابش نمیره که زود بخوابه. و الا ۱۲ میخوابه و ساعت ۷-۸ هم بیداره (م، ۹)".

۱-۸. **زیرمضمون تغذیه:** در گفته‌های والدین کد گرایش به مواد غذایی محدود و دشواری در رعایت آداب غذا خوردن عنوان شد. "با اینکه بهش میگم باید حتماً بشینی یک دقیقه میشینه، یک دفعه میخوابه، پاشو میگیره بالا، میگم موقع غذا خوردن نباید حرف بزنی، یعنی اصلاً کوفت میشه غدامون از بس که هی باید بهش تذکر بدم، اینطوری نشین، این کارو نکن، یعنی تا حالا که نزدیک ۹ سالگیسه میگم با دست نباید غذا بخوری، این کار زشتیه همه ما با قاشق و چنگال غذا میخوریم، میگه نه با دست خوشمزه‌تره، چون خورشت و این‌ها که نمیخوره یه برنج خالیه و یک ماکارانی خالی، انگار که مثلاً بهش چنگال که هیچی میگه با این نمیتونم بخورم. قاشقمش به زور دست میگیره همیشه ... (م، ۳)".

۱-۹. **زیرمضمون خرید:** در این زیرمضمون والدین کدهای کلافه کردن والدین در خرید و عدم توانایی در مستقل خرید کردن را بیان نمودند. "اولاً که همش میترسه که میترسم یه اتفاقی بیوفته، میترسم کسی منو بدزده میترسم ماشین بهم بزنه، حالا بعد از اینکه آرومش کردم و اینا ولی کم. میدونید یه جوریه که نه که حواسش پرتیه، خودم گاهی اوقات میترسم بفرستمش احساس میکنم هی باید بهش تذکر بدم. محمدامین مثلاً این پولو گم نکنی، چون پیش اوامده میره پولو رو گم کرده انداخته وسط راه، محمدامین باید بقیه اینقد بگیریم، محمدامین دوچرخه اتو مثلاً، پیش اوامده مثلاً میره با بچه‌ها بازی میکنه تفنگشو گم کرده، بچه‌ها ازش بردن معلوم نیست کی برده، بهش میگم دست کی دادی، میگه نمیدونم. پولت رو کجا انداختی نمیدونم (م، ۳)".

### مضمون اصلی ۲: راهکارهای والدین در برابر مشکلات

۱-۲. **زیرمضمون راهکارهای ناکارآمد:** شامل کدهای خشونت فیزیکی، تحقیر کردن، شکل نادرستی از تکنیک وقفه، احساس گناه، دعوا، تذکر دادن زیاد، نصیحت کردن، باج دادن، از بین بردن اثر دستور و قهر کردن است. "من و باباش بیشتر ناراحتیمون اینه که دوست نداریم دیگران تحقیرش کنن؛ بعد ولی همسرمن خیلی این حرفو بهش میزنه، بین هیشکی دوست نداره. تا حالا دیدی کسی یکبار دلش برات تنگ بشه. مامان بزرگت بابابزرگت، خالت داییت عموت عمه‌هات، مثلاً فکر میکنه اگه اینو هی بهش بگه میتونه کمکش کنه یه جوریه، غرورشو یه موقع بهش بربخوره و درست میشه و اینا. خیلی میگه این حرفو همسرمن بهش، کسی دوست نداره یه کاری کردی هیشکی دوست نداره، هیشکی دوست نداره بری خوشنش. اره یه موقع‌هایی بخواد بره خونه مادرشوهرم، میگه بریم خونه عزیز، میگه نه اینکه خیلی تو رو دوست دارن میخوای بری (کسی دوست نداره) (م، ۸)". "مثلاً الان مدت‌هاست، مثلاً یک سال و نیمه این وحشت رو داره، ما بهش میگیم که تو چون درس نمیخونی تو خونه؛ میخوایم بریمت پانسیونت کنیم، تو پانسیون هفته‌ای یکبار میایم مینیمت، این خودش همینجوری ترس جدا شدن داره اما وقتی عصبانیمون میکنه ما هم تهدیدش می‌کنیم" (م، ۱۲).

۲-۲. **زیرمضمون راهکارهای کارآمد:** شامل کدهای لحن آرام و مهربان، انجام همزمان چندکار، تشویق و محدودیت است. "با یک نفری که باهاش مهربون باشه خوب ارتباط برقرار میکنه، با معلم‌هایی که باهاش

۱۲) "... گفتم بین این حرفیه که علیرضا چندین ساله تو مدرسه هی راه میرن بهش میگن که تو عقب افتاده‌ای، چندین ساله که دوستاش تو مدرسه که بودن، حتی تو بازی‌ها راش نمیدن. این حرفیه که واقعاً توی ذهن ما هم رفته. اونقد میگن یه حرفیه که تا میگیم من بلااستنا گریه‌ام میگیره. هم همسر هم من (م، ۱۰)..."

۳-۳. **زیرمضمون برهم خوردن روتین روزانه:** "اصلاً برنامه خوابش که بهم بریزه عصبی تر میشه. کلا هر نوع تغییری خیلی بیشتر برآشفته‌اش میکنه. بخاطر تحریک پذیریش. مثلاً ساعت‌ها، روال زندگیمو تغییر بکنه خیلی اذیت میشه، عصبی تر میشه، داد میزنه، به یه شکل‌های دیگه بروز پیدا میکنه مشکلش. خوابشم همینطور (م، ۴)..."

۳-۴. **زیرمضمون واکنش در برابر تنبیه:** "کنک که میخوره خیلی بدتر میشه و لجبازتر میشه؛ چون خیلی بهش بر میخوره، خیلی؛ خیلی بهش بر میخوره. مثلاً به باباش میگه تا بزرگ بشم یادم میمونه، مثلاً گفته پیر بشین من نگهتون نمیدارم. الان زورت به من میرسه داری اینکارو میکنی، من بزرگ بشم مثلاً اینجوری میکنم، دیگه نگهت نمیدارم. هزار من زورم زیاد بشه، یا هزار من بزرگ بشم، اصلاً میرم از پشتون، دیگه نیام پشتون (م، ۸)..."

۳-۵. **زیر مضمون‌های خستگی:** "اصلاً با کامپیوتر خسته نمیشه ولی تو بیانش نشون میده، ذهنش که خسته میشه، تشخیصش این نیست که خسته شده الان باید بزاره کنار استراحت کنه، ولی تو عمل چون ذهنش درگیر شده، حرف شنویش کم میشه، اذیتش زیاد میشه، پرخاشگر میشه، یکسری کارهایی میکنه ک باعث بشه دعوا بشه (م، ۹)..."

#### مضمون اصلی ۴: تأثیر اختلال بر والدین

۴-۱. **زیر مضمون‌های تیم والدینی:** شامل کدهای فرض بر ناتوانی والد دیگر و برخورد متفاوت والدین است. "مشکل اساسی که داریم خانومم یه مقدار استرس داره و این استرس رو انتقال میده به همه‌مون و به بچه هم انتقال میده، این هیجان استرس رو انتقال میده به همه، خودمم این اتفاق برام میوفته، این باعث عصبانی شدن کل خانواده میشه، بجای اینکه مسئله رو حل بکنیم اول مسئله استرس تو خونه به وجود میاد، و این استرس رو نمیدونم با درایت و سیاست نیست که بگین مدیریت بشه کار، کار کنترل بشه؛ میگم بیشتر خانومم با استرس بهش میگه، بدتر میشه، شاید علاقه

مهربون هستن. اینو تو مهدکودکشم داشت. کسایی که میرن سمت برخورد بهش، خیلی مقاومت میکنه. ولی مثلاً با مهربونی و اینا آگه باشه؛ راه میاد (م، ۹)..." "به خاطر درساش من محدودیت میزارم و اسش. میگم این تایم میتونی نگاه کنی از این تایم به بعد نمیتونی مثلاً درس داری یا فعلاً وقتش نیست. اما مثلاً بیکار باشه منم باهاش کاری نداشته باشم خودش همینجوری میشینه تا صبح تا شب میشینه پای تلویزیون... (م، ۵)..."

#### مضمون اصلی ۳: رفتارهای تشدیدکننده نشانه مرضی اختلال

۳-۱. **زیر مضمون ناکامی:** شامل کدهای عدم دریافت محبت، دیده نشدن، برنده نشدن در رقابت و حسادت است. "کاملاً احساسیه، دیشب به من میگفت تو چرا آبی رو میگیری بغلت میخوابه منم دوست دارم بغلت بخوابم. من خب سر اینکه یه خورده بزرگ شده من میترسم یه موقع از نظر غریزه شو اینا من میترسم، ... حالا احساس میکنم چون بزرگ شده نباید خیلی بغلم کنم و اینا، ولی خوب قشنگ میگه یادته چند روزه منو بغلم نکردی، بوسم نکردی، اون لحظه بهش میگم که بیا حالا بوست کنم میگه نه دیگه، دیگه خودم گفتم میخوای اینجوری کنی، میگه بهم (م، ۸)..." گاهی کودک برای برطرف کردن نیاز خود رفتارهای اشتباهی را برای جلب توجه دیگران و دیده شدن، انجام می‌دهد. "مادرش توقع داره که این بچه بزرگتر همراهی کنه، کمک کنه، یه جاهایی اینطوری نیست باعث میشه که تذکر بیینه و مثلاً دعوا بشه، در حد داد زدن، مادرش بیشتر در حد اینکه دادی سرش بزنه، بشین، نکن فلان و اینا؛ اینم اینطوری که میشه دوست داره، بدتر میکنه بخاطر همین چی میگن یه خورده طلب محبت میخواد بکنه... حرکت‌هایی میکنه که به چشم بیاد، مجبور میشیم که هی دعواش کنیم... (م، ۹)..."

#### ۳-۲. **زیرمضمون بی‌اطلاعی کودک از اختلالش:** "در مورد

قرص‌هاش هم هیچوقت بهش نگفتم که اینا قرص‌های چیه. بهش گفتم اینا ویتامینه. چون تو غذا خوب نمیخوری، مجبورم که این‌ها رو بهت بدم بخوری؛ اینطوری. هیچوقت بهش نگفتم، اصلاً این کلمه بیش‌فعالی رو هیچوقت جلوش به کار نبردم (م، ۱۰)..." "اما یه نکته مهم دیگه اینکه این عدم یادگیری سریع مثل همسالانش، خیلی اذیتش میکنه. اینکه دیرتر یاد میگیره خیلی اذیت میشه. بعضی از بچه‌ها بی‌تفاوتن؛ یاد بگیرن نگیرن اصلاً براشون مهم نیست. ولی متین از اینکه خودش دیرتر از بقیه یاد میگیره خودش اذیت میشه. چندبار هم تا حالا دیدم گریه کرده سر این قضیه (م،

داشته باشه ولی وقتی اینطوری میشه لجبازی میکنه، ولی وقتی با آرامش بهش میگم قشنگک انجام میده (م، ۱۲)."

**۴-۲. زیرمضمون هیجانان والدین:** شامل کدهای عذاب وجدان، فشار عصبی و نگرانی والد است. "من خیلی از ۴ سالگی بخاطر اینکه خودم عذاب وجدان می‌گرفتم می‌گفتم اگر نبرمش برای درمان شاید بچه‌ام عقب بیوفته (م، ۶)". "آینده ایلیا خیلی نگرانم میکنه، دوست دارم موفق باشه، دوست دارم احساس شادی داشته باشه؛ ولی نمیدونم چجوری می‌تونم بهش کمک کنم از الان، واسه ایلیا خیلی نگرانم. این فکر میکنم که خداکنه دنبال یه شغلی بره حتی مثلاً چه می‌دونم بره اصلاً موسیقی یاد بگیره، یا بره فنی یاد بگیره، ولی بره یه آدم موفق بشه، هر چی که خودش علاقه داره. به اون چیزی که علاقه داره بره برسه حتی شاید از نظر من چیز کوچیکی باشه ولی بره برسه و تلاش کنه که بهش برسه (م، ۱۱)".

**۴-۳. زیرمضمون زندگی اجتماعی والدین:** شامل کدهای ارزیابی منفی دیگران از والدگری، معاشرت محدود با بستگان و افت کارآمدی والد است. "مثلاً من خودم شغلم راهنمای تور بود. یعنی عاشق این کار بودم که بخوام تور ببرم. وایسم دم تخت جمشید جلوی ۲۰ تا توریست اونم ایرانی نه، با اعتماد به نفس کامل صحبت کنم. حالا مثلاً بخوام در مورد سالاد شیرازی توضیح بدم نفس تنگی خفه میشم میوفتم. نمیتونم اصلاً حرف بزنم. باورتون نمیشه اصلاً. کارمو که کلا گذاشتم کنار. چون اونم دیگه اصلاً نمیتونستم انجام بدم. حالا مثلاً بخوام یه کلاسی برم و یه کنفرانسی بدم و اینا اصلاً نمیتونم. حالم بد میشه واقعاً حالم بد میشه (م، ۶)". به صورت کلی جدول مربوط به مضمون‌های اصلی و زیرمضمون‌ها در زیر ارائه شده است.

**جدول ۱. مضمون‌های اصلی، زیرمضمون و کد مشکلات والدین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی**

مضمون اصلی	زیر مضمون	کد
شکایت‌های اصلی والدین	عدم توجه، پرحرفی، گوش ندادن، بیقراری بدنی، فزون‌کنشی، بی‌صبری، عدم پذیرش مسئولیت	عدم توجه، پرحرفی، گوش ندادن، بیقراری بدنی، فزون‌کنشی، بی‌صبری، عدم پذیرش مسئولیت
کشاکی‌های والدین	عدم تناسب انتظارات والدین با محدوده تمرکز کودک ابراز هیجانی محدود به ترس و خشم بازداری ضعیف در روابط اجتماعی عادت به آشفتگی غرق شدن کودک در تکنولوژی روند دشوار خواباندن کودک	عدم علاقه به مطالعه و نوشتن تکالیف، عدم تمرکز، همراهی اجباری والدین ترس، پرخاشگری مهمانی، زورگویی به همسالان، دوست‌یابی دشوار بی‌نظمی، عدم رعایت بهداشت شخصی کامپیوتر، موبایل و تلویزیون نداشتن روتین خواب، خوابیدن کنار والدین گرایش به مواد غذایی محدود، دشواری در رعایت آداب غذا خوردن کلافه کردن والدین در خرید، عدم توانایی در مستقل خرید کردن خشونت فیزیکی، تحقیر کردن، شکل نادرستی از تکنیک وقفه، احساس گناه، دعوا، تذکر دادن زیاد، نصیحت کردن، باج دادن، از بین بردن اثر دستور، قهر کردن لحن آرام و مهربان، انجام همزمان چند کار، تشویق، محدودیت عدم دریافت محبت، دیده نشدن، برنده نشدن در رقابت، حسادت
راهکارهای والدین در برابر مشکلات	راهکارهای ناکارآمد راهکارهای کارآمد ناکامی	تغذیه خرید راهکارهای ناکارآمد راهکارهای کارآمد ناکامی
رفتارهای تشدیدکننده نشانه مرضی اختلال	بی‌اطلاعی کودک از اختلال برهم خوردن روتین روزانه واکنش در برابر تنبیه خستگی	احساس عقب افتادن از همسالان، ارزیابی پایین از کودک، پذیرش برچسب
تأثیر اختلال بر والدین	تیم والدینی هیجانان والدین زندگی اجتماعی والدین	فرض بر ناتوانی والد دیگر، برخورد متفاوت والدین عذاب وجدان، فشارعصبی، نگرانی والد ارزیابی منفی دیگران از والدگری، معاشرت محدود با بستگان، افت کارآمدی والد

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر فهم مشکلات والدین ایرانی در تحول و پرورش کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی از طریق تجربه زیسته آن‌ها بود. نتایج این مطالعه کیفی نشان داد اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به طور کلی خانواده را با کشاکش‌های اساسی و طاقت‌فرسا روبرو می‌کند که با نتایج پژوهش سافرونوف و همکاران (۲۰۱۸)، کینگ و همکاران (۲۰۱۶)؛ عزیزی و همکاران (۱۳۹۷)؛ نجاتی و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. بخش عمده‌ای از کدهای استخراج شده از گفته‌های والدین مشارکت‌کننده به مضمون اصلی کشاکش‌های والدین اختصاص یافت که تمامی این مشکلات با ویژگی اصلی اختلال مرتبط بود (DSM5, 2013). بر اساس تجربه زیسته والدین، کاملاً مشهود است که والد دارای فرزند مبتلا به کمبود توجه / فزون‌کنشی در طی روز درگیر کودک است و نمی‌تواند با اکتفا به سن کودک و یادگیری‌های قبلی او، انتظار داشته باشد که کودک مسئولیت انجام وظایف روزانه را بدون درگیری با والدین انجام دهد. این درگیری‌ها از بیدار شدن تا صرف وعده غذایی، آماده شدن برای بیرون رفتن تا انجام تکالیف و رعایت نظافت شخصی و... را در برمی‌گیرد. چنین موضوعاتی والد را دچار درماندگی کرده است و گویا هیچ راه‌حلی برای متفاوت رفتار کردن برای والد وجود ندارد، والدین در دام‌های انتقاد، رها کردن کودک، جنگ قدرت گرفتار می‌شوند، این یافته همسو با پژوهش بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) است که نشان دادند بین عملکرد خانواده در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و گروه گواه در بعد حل مساله و پاسخدهی عاطفی و آمیزش عاطفی بدعملکردی وجود دارد.

با ورود کودک به مقطع پیش‌دبستانی وظایف جدیدی به خانواده و کودک اضافه می‌شود، در صورتی که نظام آموزشی و معلم نسبت به نشانگان اختلال و نحوه مواجهه با آن، ناآگاه باشند، بار اضافی بر خانواده تحمیل می‌شود. انجام تکالیف زیاد که به صرف زمان و تمرکز نیاز دارد با نشانگان اختلال در تضاد قرار می‌گیرد و در بسیاری از موارد والدین با اعمال خشونت فیزیکی و روانی مانند تحقیر کردن، قهر کردن، طرد کردن و... در تلاش هستند تا کودک تکالیف را انجام دهد این در صورتی است که این رفتارها پیامدی جز آزار کودک، تکرار تجربه شکست و متفر شدن از یادگیری و بد شدن رابطه والد - کودک را همراه نخواهد داشت. لیفورد و

همکاران (۲۰۰۹) به نقل از حرفه دوست و همکاران (۱۳۹۴) بیان می‌کند، والدگری کودکان کمبود توجه / فزون‌کنشی با تنیدگی بسیار زیاد همراه است، والدین ممکن است در بکارگیری راهبردهای والدگرانه مؤثر با مشکل مواجه شوند، تعارض زیادی با کودک دارند و احتمالاً با کودک به طور خصومت‌آمیزی رفتار کرده و موجب طرد وی می‌شوند. در نظر گرفتن مداخلات مرتبط با کاهش تنیدگی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، کیفیت زندگی کودکان را ارتقاء می‌بخشد (گالوی و همکاران، ۲۰۱۹؛ امیری و همکاران، ۱۳۹۵) والدین عنوان کردند که این کودکان نسبت به همسن و سالان خود به شدت ترسو هستند و نتوانسته‌اند از ترس‌های سنین کودکی خود با موفقیت عبور کنند. ترس از تنهایی، دزدیده شدن، ترس از اشتباه کردن و ترس از رها شدن توسط والدین که می‌تواند نتیجه رفتار و بازخوردهایی باشد که والدین در هنگام خشم به کودک ابراز داشته‌اند و ترس درونی شده کودک با گذشت زمان و افزایش ناتوانی در انجام وظایف و دریافت بازخوردهای منفی افزایش می‌یابد. ساندرز (۲۰۰۴) معتقد است زمانی که تجربه هیجانات منفی بارها اتفاق بیوفتد موجب ترسو و کمر و شدن کودک می‌شود. بر اساس تجربه والدین، هیجان پرخاشگری نیز در موقعیت‌هایی مانند مقاومت در برابر دستورات والدین یا عدم پذیرش از سوی والد و اطرافیان بروز پیدا می‌کند و به شکل ابزاری است که کودک را از موقعیت آزاردهنده رها می‌کند. استورب و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که ارتباط روشنی بین کمبود توجه / فزون‌کنشی و دلبستگی نایمن وجود دارد. ون باکل و هال (۲۰۱۸) در مورد نقش دلبستگی نایمن با مشکلات درونی‌سازی (افسردگی، اضطراب، ترس، کناره‌گیری اجتماعی و شکایات جسمی) و مشکلات برونی‌سازی (مانند پرخاشگری، نافرمانی، پرخاشگری مقابله‌ای) نشان داد که دلبستگی نایمن اولیه به طور متوسط در افزایش مشکلات درونی‌سازی و با شدت بیشتر در افزایش مشکلات برونی‌سازی کودکان نقش دارد.

تجربه زیسته والدین حاکی از این بود که روابط اجتماعی برای این کودکان بسیار سخت است، یکی از مشکلات عمده عدم توانایی در دوست‌یابی بود، معمولاً این کودکان در مدرسه از سوی همکلاسی‌های خود پذیرفته نمی‌شوند (لاندو و مور، ۱۹۹۱). از سویی دیگر والدین نیز به دلیل نشانگان اختلال کودک، رفتارها و واکنش‌های خارج از عرف و عدم اطلاع بستگان، برای رهایی از انتقاد و سرزنش سعی در محدود کردن روابط خود

دارند، با افزایش سن کودک، بی‌تجربگی او در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگسالان موجب ضعف توانش‌های اجتماعی آن‌ها خواهد شد. این یافته همسو با پژوهش نجاتی و همکاران (۲۰۱۴) است که عنوان می‌شود ماهیت منفی و پرخاشگرانه تعاملات کودکان کمبود توجه / فزون‌کنشی و ویژگی‌هایی مانند حواس‌پرتی و... موجب طرد آن‌ها از سوی همسالان می‌گردد؛ کودکان مبتلا به کمبود توجه / فزون‌کنشی به دلیل نقص در ذهن‌خوانی در عملکرد اجتماعی ضعیف عمل می‌کنند. از سوی دیگر والدین نیز اظهار داشتند روابط اجتماعی خود را به علت نشانگان کودک و رهایی از سرزنش دیگران کاهش داده‌اند؛ این در حالی است که پژوهشگران معتقدند ارتباطات اجتماعی به والدین از طریق الگوبرداری از رفتار مطلوب، متقاعد شدن والدین در لحظات سخت والدگری از سوی دوستانشان، آموزش دانش و توانش‌ها و ارائه حمایت عاطفی در بافت اجتماعی و محله کمک می‌کند (لاو و نات، ۲۰۱۸).

راهکارهایی که والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی برای مهار کردن رفتار نامطلوب کودک بیان کردند به دو دسته راهکارهای کارآمد و راهکارهای ناکارآمد تقسیم شد. والدین به تجربه متوجه شده‌اند که با آرامش، محبت و درک شرایط کودک بهتر می‌توانند کودک را با خود همراه کنند اما به دلیل حجم بالای کشاکش‌ها و عدم دریافت حمایت از سوی اطرافیان و جامعه، توان صبور بودن را از دست می‌دهند. گاهی نیز به دلیل آگاهی ناقص از تکنیک‌های مدیریت بدرفتاری از آن‌ها به شکل نادرست استفاده می‌کنند که نتیجه عکس به همراه دارد و مجدداً باعث افزایش هیجانات منفی و مقاومت در کودک می‌شود. از اصول اساسی در فرآیند اصلاح رفتار این است که رفتار با توجه به پیامدی که دریافت می‌کنند احتمال تکرار آن در آینده افزایش و یا کاهش می‌یابد (میلتون‌برگر، ۲۰۱۵). در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی دیده شدن در مواقعی که رفتار نامطلوبی انجام می‌دهند تقویت مثبت محسوب می‌شود و موجب تکرار رفتار اشتباه برای جلب توجه والدین و اطرافیان می‌شود. همچنین در صورتی که اکثر پیام‌هایی که کودک از محیط دریافت می‌کند همراه با خشم باشد کودک یاد نخواهد گرفت که اطاعت از پیام‌های عادی هم لازم است. در عصبانیت ممکن است میزان رفتار اشتباه با پیامدی که دریافت می‌کند برابر نباشد و به شخصیت کودک توهین شود و با درونی شدن این پیام‌ها توسط کودک در بلندمدت، نتیجه‌ای بجز اضطراب،

نگرانی، ترس و حرمت خود پایین برای کودک نخواهد داشت (ساندرز و مازوچلی، ۲۰۱۷).

والدین به تجربه متوجه شده‌اند که در موقعیت‌هایی مانند تجربه ناکامی، بی‌اطلاعی کودک از اختلال، برهم خوردن روتین روزانه، واکنش در برابر تنبیه و خستگی، شدت نشانه مرضی بیشتر شده و گاهی مهار کردن کودک، خارج از توان والدین است. برای اینکه کودکان بتوانند مدیریت هیجانات خود را یاد بگیرند لازم است در محیطی امن و پذیرا باشند و با تأیید هیجان کودک توسط والدین رفتار درست آموزش داده شود این در حالی است که والدین در گفته‌های خود اظهار داشته‌اند از نظر روانی تحت فشار هستند و خود نیز برون‌ریزی هیجانی دارند. داشتن برنامه ثابت روزانه یکی از مداخلات مؤثری است که درمانگران به منظور مهار کردن و بهبود عملکرد برای کودکان مبتلا به کمبود توجه / فزون‌کنشی پیشنهاد می‌کنند (بارکلی، ۲۰۱۵). از سوی دیگر پنهان نگه داشتن اختلال از خود کودک و اطرافیان شانس همکاری آن‌ها را برای مدیریت مشکلات رفتاری کاهش می‌دهند. به گفته والدین کودکان از چرایی مصرف روزانه دارو یا مشکلات تحصیلی نگران بودند اما حتی بعد از پرس و جو، والدین واقعیت را پنهان نگه می‌داشتند. حجم بازخوردهای منفی از سوی والدین و اطرافیان و عدم آگاهی نسبت به اختلال کودک را با آسیب‌های جدی در اعتماد به خود و حرمت خود مواجه خواهد کرد و او را درگیر برجسب‌های اشتباهی مانند عقب‌مانده بودن، کندذهن بودن و... می‌کند؛ این در حالی است که پروتکل‌های درمانی برای کودکان با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی بر داشتن جلسه مصاحبه با کودک و دریافت میزان آگاهی کودک از مشکلاتش تأکید دارند (بارکلی، ۲۰۲۰).

در پژوهش حاضر پدران و مادران از تجربه زیسته خود از داشتن فرزند مبتلا به کمبود توجه / فزون‌کنشی صحبت کردند، نکته حایز اهمیت بر بازگویی نقش‌های سنتی زن و مرد در خانواده بود. هم از نظر پدران و هم مادران، مادر مسئول و والد درگیر با مشکلات کودک عنوان شد و پدران شرکت‌کننده در مصاحبه مسئله و مشکلات کودک را سطحی‌تر از مادران عنوان می‌کردند و اذعان داشتند که سختی و فشار این موضوع بیشتر بر عهده مادران بوده است. این یافته با پژوهش شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که نشان دادند مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی از تنش‌های زیادی رنج می‌برند که عملکرد اجتماعی آن‌ها را



مؤثری داشته باشد. به نظر می‌رسد اقدام لازم و ضروری برای کاهش اثرات منفی اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، خانواده درمانی، آموزش والدگری، در دسترس قرار دادن اطلاعات دقیق و علمی و همچنین اطلاع‌رسانی‌های گسترده و فرهنگ‌سازی است تا مسیر زندگی این کودکان را هموار نماید (باکر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کازدین، ۲۰۱۵؛ پیفنر و هاک، ۲۰۱۵؛ دیلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویسی و همکاران، ۱۴۰۰).

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی بررسی و با شناسه اخلاق IR.KHU.REC.1400.001 تأیید و ثبت شده است. ملاحظات اخلاقی زیر در این پژوهش رعایت شد: اخذ رضایت‌نامه کتبی (به صورت آنلاین) از مشارکت‌کنندگان (والدین کودکان)، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و حق انصراف از مطالعه در هر زمان.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این تحقیق و والدین مشارکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌گردد.

با مشکل مواجه نموده و بر تعامل مادر - کودک اثر مخربی دارد و کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر یافته‌های پورحسین و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد آموزش رفتاری به مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، باعث افزایش رواندستی مادران شده و از وخیم شدن تنیدگی و آشفتگی روانشناختی آن‌ها پیشگیری می‌کند.

باور فرهنگی نادرست در جوامع شرقی و جمع‌گرا که رفتار اشتباه کودک به منزله عملکرد ضعیف کل خانواده تصور و خانواده با حجمه‌ای از انتقاد و سرزنش مواجه می‌گردد (فانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ تریاندیس، ۱۹۹۴) سبب شده است والد آگاه به اختلال کودک نه تنها اطلاع‌رسانی نکند بلکه سعی در پنهان کردن اختلال کودک از خود کودک و اطرافیان نماید. چنین عواملی موجب مقاومت خانواده از جستجو و آگاهی از یافته‌های علمی جدید در مورد اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و درمان‌های مؤثر، می‌شود؛ که ممکن است سبب شود والدین تصمیمات نادرستی در مورد انتخاب درمان‌های مؤثر بگیرند. والدین برای درمان‌های دارویی، یا مداخلاتی مانند نوروفیدبک مراجعه و هزینه می‌کردند اما هیچ‌کدام از اهمیت دوره‌های آموزش والدگری و مدیریت رفتار با این کودکان عنوان نکرده‌اند. در مواردی نیز بعد از مراجعه به روان‌پزشک، عوارض ظاهری دارو برای والدین غیرقابل قبول است و تصمیم بر عدم مصرف دارو توسط کودک می‌گیرند (آکادمی بیماری‌های مرتبط با کودکان آمریکا، ۲۰۱۱). نداشتن اطلاعات دقیق و علمی در مورد اختلال سبب شده بود تا والدین با امید به این موضوع که با افزایش سن کودک، اختلال بهبود می‌یابد و مشکلات برطرف می‌شود، شرایط را تحمل نمایند. این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهند نشانه‌های مرضی اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در ۶۰ تا ۸۵ درصد موارد تا نوجوانی و در ۶۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

یافته‌های این پژوهش متناسب با بافت اجتماعی، فرهنگی و تجارب واقعی والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به دست آمده است، که می‌تواند در طراحی مداخلات و درمان این کودکان به درمانگران و خانواده‌ها در رویارویی بهتر و کارآمدتر با این مسئله نقش

## References

- Akbarzadeh, D., Hovida, F., Galegiroasan, N., & Mesrabadi, J. (2015). Comparison of social skill, impatience and sleep problems among normal students and students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Studies in Medical Sciences*, 25(12), 1067-1075. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2678-en.html>
- American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from dsm-iv to dsm-5: Somatic symptom and related disorders. *Focus*, 11(4), 525-527. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525>
- Amouzadeh, F., Honarmand, P., Moghadamzadeh, A., & Rostami, R. (2021). The Impact of Commercial and Educational Computer Games on the ADHD Symptoms in Students with ADHD. *Aumj*, 10(3), 285-296. (In Persian) URL: <http://aums.abzums.ac.ir/article-1-1363-fa.html>
- Azizi, A., Fatehi Zadeh, M., Ahmadi, S. A., Jazayeri, R., and Issa Nejad, O. (2018). Discovering the subtypes of families with children with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder and examining the effectiveness of parent-child relationship therapy on identified problems and empowerment of these families is a combined study. *Quarterly Journal of Exceptional People Psychology*, 8(32), 69-100. (In Persian). <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.31239.1759>
- Bahmani, M., & Dasht Bozorghi, Z. (2018). The effect of computer games on cognitive flexibility of students with ADHD. *Empowerment of Exceptional Children*, 9(4), 115-122. (In Persian). [10.22034/ceciranj.2018.91197](https://doi.org/10.22034/ceciranj.2018.91197)
- Bakker, M. J., Greven, C. U., Buitelaar, J. K., & Glennon, J. C. (2017). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems—a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(1), 4-18. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12590>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. <https://psycnet.apa.org/record/2014-57877-000>
- Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*: Guilford Publications. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id>
- Bates, J. E., Schermerhorn, A. C., & Petersen, I. T. (2014). Temperament concepts in developmental psychopathology. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 311-329). Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_16)
- Beyrami, M., Hekmati, I., & Soodmand, M. (2009). Comparing the Performance of Families with Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) with Families with Normal Children. *New Psychological Research* 16(4), 21-42. (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/452321/fa>
- Burdick, D. (2015). *ADHD: Non-Medication Treatments and Skills for Children and Teens: A Workbook for Clinicians and Parents: 162 Tools, Techniques, Activities and Handouts*: PESI Publishing & Media [Imprint]. <https://www.goodreads.com/book/show/28160334-adhd>
- Chacko, A., Allan, C. C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., & Chimiklis, A. (2015). Training parents of youth with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 513–536). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-57877-021>
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 932-947. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>
- Derakhshanpour, F., Khaki, S., Shahini, N., Vakili, M. A., & Saqibi, S. A. (2016). The relationship between mothers' mental health and parenting style in children with ADHD. *Journal of Principles of Mental Health*, 18(3), 155-151. (In Persian) [10.22038/jfmh.2016.6876](https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.6876)
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>
- Fattahi, N., Qhairsani, S., Firuzi, F., and Ghaemi, L. (2015). Comparison of psychological well-being of students' parents with attention deficit hyperactivity disorder and normal. *International Conference on*

- Research in Behavioral and Social Sciences. Turkey- Istanbul.* (In Persian). <https://civilica.com/doc/440961/>
- Fung, J., Wong, M. S., & Park, H. (2018). Cultural background and religious beliefs. *Handbook of parenting and child development across the lifespan*, 469-493. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_20)
- Galloway, H., Newman, E., Miller, N., & Yuill, C. (2019). Does Parent Stress Predict the Quality of Life of Children With a Diagnosis of ADHD? A Comparison of Parent and Child Perspectives. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 435-450. <https://doi.org/10.1177/1087054716647479>
- Ganji M. (2015). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Savalan Publishing. (In Persian). <https://www.adinehbook.com/gp/product/9647609791>
- Ganji, K., Alizadeh, H., Zabihi, R., & Yaghoubi, A. (2013). Meta-analysis of epidemiological studies of attention deficit disorder; Hyperactivity in primary school students. *Educational Measurement*, 12(4), 171-198. (In Persian). [https://jem.atu.ac.ir/article\\_5666.html](https://jem.atu.ac.ir/article_5666.html)
- Gharibi, H., & Gholizadeh, Z. (2011). Phenomenology of mothers' experiences in living with children with AD/HD disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1630-1634. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.316>
- Goldstein, S., & DeVries, M. (Eds.). (2017). *Handbook of DSM-5 disorders in children and adolescents*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57196-6>
- Herchegani Nejad, H., Poladi, Sh., Pourkaveh, S., and Soltani, S. (2016). Comparison of stress and coping styles with stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder with mothers of normal children. *Fourth International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences*. (In Persian). <https://civilica.com/doc/670419/>
- Herfe Doost, M., Khairjoo, S., Salmabadi, M., Faiz Elahi, Z., & Farokhi, N. A. (2015). The mediating role of the relationship between parent's parent, source of control and academic performance in the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and depression in children. *Quarterly Journal of Exceptional People*, 5(17), 63-84. (In Persian). <https://doi.org/10.22054/jpe.2015.1462>
- Kaplan, and Zadok. (2020). *Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Farzin Rezaei (Translator). Arjmand publication. (In Persian). <https://www.arjmandpub.com/Book/1209>
- Kazdin, A. E. (2015). Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 141-173). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2015-21466-005>
- King, K., Alexander, D., & Seabi, J. (2016). Siblings' perceptions of their ADHD-diagnosed sibling's impact on the family system. *International journal of environmental research and public health*, 13(9), 910-917. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090910>
- Kurdistani, D., Pourhossein, R., Amiri, M., & Salari, M. (2011). Relationship between parenting styles and Attention Deficit / Hyperactivity Disorder with child attachment styles. *Cognitive Science Quarterly*, 41(3), 25-41. (In Persian). <https://www.magiran.com/paper/1080680>
- Landau, S., & Moore, L. A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20(2), 235-251. <https://doi.org/10.1080/02796015.1991.12085548>
- Love, S. M., & Knott, T. (2018). Social support and relationships with family and friends. In *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 441-468). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_19)
- Miltenberger, R. G. (2015). *Behavior modification: Principles and procedures*. Cengage Learning. <https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=8TZBBAQAQBAJ&oi>
- Nejati, A., Mosavi, R., Roshan, R., & Mahmogharaei, J. (2016). Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on the Improvement of Mothers' parenting of children 8-11 years with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 8(1), 37-49. (In Persian) <https://www.sid.ir/paper/152591/fa>
- Nejati, V., Aghaei Sabet, S., and Khoshhali Panah, M. (2014). Social cognition in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Social Cognition*, 2(2), 47-53. (In Persian). [https://sc.journals.pnu.ac.ir/article\\_725\\_77.html?lang=en](https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_725_77.html?lang=en)
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2015). Nonpharmacologic treatments for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and their combination with medication. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 55-84). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2015-21466-003>

- Pour Hosein, R., Khan abadi, M., Fahimi far, A. (2016). The effect of management behavior training on stress and mental health of mothers of attention deficit hyperactivity disorder children. *Psychological science*, 14(56), 457-474. (In Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-225-fa.html>
- Rashidi. S. P. (2014). Comparison of parenting styles and personality types of mothers with hyperactive children with mothers of normal children. *The Second National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies*. (In Persian). <https://civilica.com/doc/394610/>
- Roosta. P. (2017). Comparison of mental health and self-esteem of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and mothers of normal children. *National Conference on New World Achievements in Education, Psychology, Law and Socio-Cultural Studies*. (In Persian). <https://civilica.com/doc/823607/>
- Rostam Oghli, Z., Jani, S., Pouresmali, A., & Salehi, M. (2014). A comparison of self-perception and sleep problems among students with hyperactivity disorder, attentiondeficit/learning disorder and normal students. *Journal of Learning Disabilities*, 3(2), 21-41. [http://jld.uma.ac.ir/article\\_26.html](http://jld.uma.ac.ir/article_26.html)
- Sanders, M. (2004). Every parent: a positive approach to children's behaviour (Rev. Ed.): Penguin Group. <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:40790>
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2017). The power of positive parenting: Transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P system: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190629069.001.0001>
- Sanders, M. R., & Morawska, A. (Eds.). (2018). *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (p. 777). New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9>
- Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2019). The Triple P System: Parenting support for every family. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (pp. 409-424). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000101-025>
- Sanson, A., & Wise, S. (2001). Children and parenting: the past hundred years. *Family Matters*, (60), 36-45. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/agispt.20020492>
- Sheikh, M., Aghasoleimani Najafabadi, M., Shahrbanian, Sh., and Alavi Zadeh, S. M. R. (2021). Evaluation of the effectiveness of neurofeedback along with a selected exercise program course on motor function, anxiety and sleep in children. *Journal of Rehabilitation Medicine*. (In Persian). [Doi:10.22037/jrm.2021.114827.2612](https://doi.org/10.22037/jrm.2021.114827.2612)
- Sheykholeslami A, Taghizadeh Hir S, Honarmand Ghojabeyglou P, Moradiyan A. Comparing the emotional well - being, marital intimacy and quality of life of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder and mothers of normal children. *Psychological science*, 19(87), 329-338. (In Persian). [Doi: 10.29252/psychosci.19.87.329](https://doi.org/10.29252/psychosci.19.87.329)
- Sofronoff, K., Whittingham, K., & Brown, F. L. (2018). Children with developmental disorders. In *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 313-334): Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_14)
- Soltanipour, M., Parand, A., Hasani Abharian, P., & Sharifyazdi, S. (2021). The effect of computer-assisted Cognitive Rehabilitation (CR) on improving of executive functions of students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 9(2), 31-43. (In Persian). <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3282-fa.html>
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association between insecure attachment and ADHD: environmental mediating factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 187-196. <https://doi.org/10.1177/1087054713501079>
- Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. [doi: 10.1542/peds.2011-2654](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654)
- Triandis. (1994). Culture and social behavior. Translated by Fati, 1999. Tehran: Rasanesh. (In Persian). <https://www.gisoom.com/book/1857801/>
- Van Bakel, H., & Hall, R. (2018). Parent-child relationships and attachment. In M. Sanders, & A. Morawska (Eds.), *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 47-66). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_3)
- Veisiy, N., Arjmandnia, A., Vakili, S., & Gholamali Lavasani, M. (2021). Comparison of the



effectiveness of training emotional self-regulation strategies and Barkley's parenting on improving social competence, academic performance and reducing behavioral problems of students with learning disabilities with comorbidity of attention deficit /hyperactivity disorder. *The Journal of Psychological Science*, 20(101), 787-798. (In Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1058-fa.html>

Yousefi, Sh., Soltanifar, A., & Teimouri, S. (2009). Comparison of parenting stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder with mothers of normal children. *Journal of Mental Health*, 2(42), 115-22. (In Persian). [Doi:10.22038/jfmh.2009.1583](https://doi.org/10.22038/jfmh.2009.1583)