

## Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool Age: Lived Experiences of Mothers

Zahra Hoseinzadeh Maleki<sup>1</sup>, Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei<sup>\*2</sup>, Ali Mashhadi<sup>3</sup>, Fatemeh Moharreri<sup>4</sup>

1. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

Received: May 24, 2018

Accepted: October 4, 2018

### Abstract

**Background and Purpose:** Mothers are the most important factors in the prognosis of attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children. Detecting mothers' experiences in daily life increases the potential of improving the effects of interventions on the child and enhancing the parents' level of well being. Therefore, the purpose of the present study was to explore Iranian mothers' experiences in raising preschool children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Method:** This research was executed in the qualitative method of phenomenological approach throughout a period of four months in 2016. The statistical population consisted of mothers who had preschool children with attention deficit hyperactivity disorder who referred to Ebne-Sina Psychiatric Clinic in Mashhad. Through convenient sampling which continued until saturation, 15 mothers were selected and participated in an unstructured in-depth interview. The interviews were analyzed with Colaizzi's method.

**Results:** Mothers' experience was categorized into three main domains. "Inadequacy of knowledge" consisted of mothers' unfamiliarity with the diagnosis, and the inaccessibility of scientific resources and applied knowledge. The "difficulties of treatment" displayed their experience to manage the disorder focused on the limitations of treatment systems and the challenges of pharmacotherapy. "Interaction problems in social network" signified the tension, conflict, guilt and shame, and loneliness and isolation brought on by child's disorder.

**Conclusion:** Raising children with ADHD is a difficult experience which requires mothers' professional support throughout the early years of the disorder's development. Therefore, all of the findings of the present study are potential treatment goals in increasing mothers' well-being and they can be used to improve existing interventions and design new ones.

**Keyword:** Preschool, attention deficit hyperactivity disorder, lived experiences

---

**Citation:** Hoseinzadeh Maleki Z, Rasoolzadeh Tabatabaei K, Mashhadi A, Moharreri F. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool age: lived experiences of mothers. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 265-275.

---

**\*Corresponding author:** Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: Rasoolza@modares.ac.ir

Tel: (+98) 21-82880000

[www.SID.ir](http://www.SID.ir)

## اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در سنین پیش دبستان: تجارب زیسته مادران

زهرا حسین زاده ملکی<sup>۱</sup>، کاظم رسول زاده طباطبایی<sup>۲\*</sup>، علی مشهدی<sup>۳</sup>، فاطمه محرری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران

۴. دانشیار مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۳/۰۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** مادران طی سال‌های پیش دبستان، مهم‌ترین عامل مؤثر بر پیش‌آگهی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی کودکان هستند. ادارک تجارب مادران در زندگی روزمره باعث ارتقاء مداخلات مورد نظر برای کودک و بهبود سطح بهزیستی والدین خواهد شد. بدین ترتیب هدف این پژوهش شناسایی تجربیات مادران ایرانی در پرورش کودک پیش دبستانی مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بود.

**روش:** این پژوهش به روش کیفی و یا روی آورد پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۵ طی دوره‌ای چهارماهه انجام شد. جامعه آماری آن، تمامی مادران دارای کودک پیش دبستانی مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بودند که به کلینیک روان‌پزشکی ابن سینای مشهد رجوع کرده بودند. از طریق نمونه‌گیری در دسترس و تداوم تا میزان اشباع، ۱۵ مادر، انتخاب شدند که در مصاحبه عمیق و ساختار نیافته شرکت کردند. مصاحبه‌ها بر اساس روش کلایزی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تجارب مادران در سه مضمون اصلی سازمان یافت: نابسندگی دانش و آگاهی، دشواری‌های درمان، و مشکلات تعامل در شبکه اجتماعی. این سه مضمون اصلی در مقاله به تفصیل مورد بحث قرار گرفتند.

**نتیجه‌گیری:** پرورش کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، تجربه‌ای دشوار است که حمایت تخصصی از مادران، طی نخستین سال‌های تحول اختلال را ضروری می‌سازد. بدین منظور، هر یک از مضامین پژوهش حاضر، اهداف درمانی بالقوه برای افزایش بهزیستی مادران هستند که می‌توان آنها را برای ارتقاء مداخلات موجود و در طراحی مداخلات نوین بکار برد.

**کلیدواژه‌ها:** پیش دبستانی، اختلال نارسایی توجه فزون کنشی، تجارب زیسته

\*نویسنده مسئول: کاظم رسول زاده طباطبایی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۰۰۰۰

ایمیل: Rasoolza@modares.ac.ir

## مقدمه

کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه فزون کنشی<sup>۱</sup> غالباً تا پیش از ورود به مدرسه و آشکار شدن مشکلات تحصیلی یا پیچیده تر شدن سایر پیامدهای اختلال، شناسایی نمی شوند، در حالی که این اختلال با شیوع ۲٪ الی ۷٪ در گروه سنی پیش دبستان، بسیار رایج است و ابتلا به آن در سالهای نخستین زندگی، می تواند به مشکلات تحولی و عملکردی در سراسر عمر، منجر شود؛ به ویژه آنکه از معضلات ابتلا در سنین پیش دبستان، همبندی بسیار بالای این اختلال با اختلالهای نافرمانی مقابله ای<sup>۲</sup> و رفتار هنجاری<sup>۳</sup> است که پیامدهای منفی اختلال را افزایش می دهد؛ بنابراین، ارائه مداخله زود هنگام در سنین پیش دبستان، برای بهبود نشانه ها و پیشگیری از وخامت پیامدهای اختلال نارسایی توجه فزون کنشی، اهمیت بسیاری دارد (۱ و ۲).

به منظور ارائه مؤثرترین مداخلات، پژوهشگران پیامدهای این اختلال را مورد مطالعه دقیق تری قرار داده و دریافته اند که دامنه این پیامدهای تحولی بسیار متغیر است (۱) در تبیین این مسئله، آنها بر اهمیت عوامل محیطی طی سالهای پیش دبستان تأکید دارند (۳). بنابراین بهبود پیش آگهی اختلال را نه تنها منوط به مداخله در سنین پیش دبستان، که با تمرکز بر عوامل محیطی در این سنین می دانند (۴)

والدین به ویژه مادران، مهم ترین عامل محیطی در زندگی کودک پیش دبستانی هستند که والدگری، نقش آنان در تشخیص، ارجاع و درمان کودک، بر سیر اختلال مؤثر است. در واقع پژوهش های فراوانی نشان داده اند که شدت نشانه ها و وخامت پیامدها با متغیرهای مرتبط با والد، مانند سلامت روان یا راهبردهای والدگری آنان ارتباط معناداری دارند (۴، ۵ و ۶)؛ باین حال، شکاف در ارائه خدمات سلامت روان (۲ و ۷) و مشکلات زندگی با این کودکان، بر بهزیستی والدین تأثیرات منفی دارد (۸ و ۹) که می تواند به طور ویژه، کیفیت والدگری

و تعامل های والد-کودک را تضعیف ساخته، و در نتیجه، مشکلات کودک را پیچیده تر سازد (۱۰ و ۱۱).

در سالهای اخیر، بهبود نتایج درمانی از طریق توجه به متغیرهای مرتبط با والدین به ویژه مادران (۱۲ و ۱۳) منجر به تأکید پژوهش ها بر شناسایی تجارب والدین شد (۱۴ و ۱۵). شناسایی این تجارب، می تواند متغیرهایی را که کم تر مورد توجه متخصصین بوده و به تأثیرات والدین طی زندگی روزمره مرتبط است، آشکار سازد و در نتیجه، توان بالقوه برای اثربخشی مداخلات را افزایش دهد (۱۶).

مطالعه تجارب والدین در زندگی روزمره نشان می دهد که پرورش و حمایت از کودک مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی تجربه ای دشوار است (۱۷ و ۱۸). در این رابطه والدین ابراز کرده اند که آنان با نگرانی های گوناگونی مواجه هستند، به عنوان مثال آنها نسبت به قضاوت دیگران در مورد کودک و به طور کلی تأثیرات اختلال بر آینده فرزندشان شدیداً نگران هستند، همچنین به واسطه رفتارهای کودک احساس گناه و شرم دارند و خود را سرزنش می کنند (۸ و ۱۹). این در حالی است که والدین این کودکان طی تعامل های روزمره، به دلیل وجود نشانه ها و پیامدهای اختلال در کودک، با واکنش های منفی افراد جامعه و حتی خانواده خود مواجه می شوند (۱۹ و ۲۰).

هرچند بخشی از تجارب منفی والدین به ارتباط با سایرین مربوط است اما بررسی دقیق تر این تجارب نشان داده است که والدین نیز آگاهی محدودی نسبت به این اختلال خصوصاً در زمینه روی آوردهای درمانی دارند (۱۸ و ۲۱). همچنین، والدین توصیه های متخصصین را در مواردی، مفید می دانند اما ممکن است نتوانند از راهنمایی ها استفاده کنند و یا این کمک ها را ناکافی توصیف کنند (۱۸)؛ بنابراین با مرور تجارب والدین این کودکان در کشورهای گوناگون می توان دریافت که به طور کلی، مسائلی مانند باورهای والدین (۱۸ و ۱۹)،

3. Conduct Disorder (CD)

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با استفاده از روی آورد پدیدارشناسی انجام شده است. با توجه به موضوع این مطالعه، پژوهش کیفی که دارای روشی نظام‌مند و ذهنی است برای توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن کارایی دارد. همچنین، روی آورد پدیدارشناسی که به بررسی تجارب انسان‌ها پرداخته و متمرکز بر پدیده‌های ذهنی است می‌تواند آنچه را که از دیدگاه شخص تجربه‌کننده حائز توجه است، آشکار سازد (۲۴ و ۲۵). جامعه آماری مطالعه حاضر، مادران ایرانی دارای فرزند مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی پیش دبستانی در سال ۱۳۹۵ بودند که با مراجعه به کلینیک ویژه بیمارستان و مرکز آموزش روان‌پزشکی ابن‌سینا مشهد، از طریق نمونه‌گیری دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در پژوهش کیفی، گزینش بر اساس نیاز پژوهش و هدفی که مورد نظر پژوهشگر است انجام می‌پذیرد (۲۴)؛ بنابراین در این مطالعه، ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: مادر به عنوان مراقب اصلی و مادر بیولوژیک کودک پیش دبستانی (۴ الی ۶ ساله) مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی باشد؛ تشخیص اختلال حداقل سه ماه پیش از مشارکت در مطالعه، توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، صورت گرفته باشد؛ مادران باید آمادگی اشتراک‌گذاری و توانایی بیان واضح احساسات و افکار خود را داشتند؛ و همچنین محتوای فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌کردند. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل اختلال‌های شدید همبود، فرزندخواندگی، و همچنین طلاق والدین بود. به‌طور کلی در این شیوه، زمانی که مصاحبه‌ها حاوی اطلاعات جدید و متفاوت با مصاحبه‌های پیشین نباشند، اشباع داده‌ها صورت گرفته است. در این پژوهش اشباع طی مصاحبه با تعداد ۱۵ مادر حاصل شد.

**ب) ابزار:** در این پژوهش از دو ابزار جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. (۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، که توسط پژوهشگر ساخته شده و شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند

بی‌توجهی متخصصین به نیازهای والدین، و وجود تعارضات خانوادگی، غالباً مانع پیگیری درمان می‌شود (۱۸ و ۲۲). در نتیجه، کودکان از فواید مداخله زود هنگام محروم می‌شوند و والدین نیز به‌دفعات گزارش کرده‌اند که از مشکلاتی مانند خستگی مفرط، تنهایی، افسردگی و انزوا رنج می‌برند (۲۳). مطالعاتی محدودی که در این حوزه، تجارب پدران و مادران را به تفکیک، گزارش کرده‌اند بر این موضوع تاکید داشتند که ممکن است تفاوت‌هایی بین تجارب مادران با پدران وجود داشته باشد که از لحاظ تأثیر بر پیش‌آگهی اختلال، حائز اهمیت است؛ به‌عنوان مثال، هرچند پدران، تجارب مثبتی مانند امیدواری یا ابداع و بکارگیری راهبردهایی برای مدیریت مسائل را نیز گزارش کرده‌اند (۱۸)، اما مادران در زندگی با این کودکان دشواری‌های بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند؛ خصوصاً روابط مادران با سایرین شدیداً تحت تأثیر اختلال کودک قرار می‌گیرد و آنها فشارهای اجتماعی متفاوتی را ممکن است متحمل شوند، زیرا دیگران، مادر را مسئول رفتارهای کودک و به‌طور ویژه، مشکلات او می‌دانند (۱۵).

مبتنی بر شواهدی که مطرح شد، مداخله زود هنگام در سنین پیش دبستان ضروری است و توجه به متغیرهای مرتبط با مادران برای بهبود بهزیستی آنان همچنین افزایش توان بالقوه مداخلات زود هنگام، اهمیت بسزایی دارد؛ بنابراین، شناسایی تجارب مادران در سنین پیش دبستانی می‌تواند نیل به این اهداف را تسهیل کند، اما تاکنون مطالعه‌ای که به تجارب مادران دارای کودک پیش دبستانی مبتلا به این اختلال متمرکز شده باشد، صورت نگرفته است. همچنین با وجود تفاوت میان تجارب مادران این کودکان با پدران، اما تنها مطالعه معطوف به دوره پیش دبستانی در ایران فقط تجارب پدران را گزارش کرده است (۱۸). در نتیجه به منظور درک عمیق‌تر تجارب زندگی روزمره با این کودکان، هدف از پژوهش حاضر، شناسایی تجارب مادران دارای فرزند پیش دبستانی مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بود.

واحد‌های معنی در متن‌ها مشخص شد. معانی عبارات مهم، کدگذاری شد، واحدهای تکراری حذف و عبارات با معنی مشابه در یک طبقه قرار داده شد. با ادغام طبقات، دسته‌های جامع‌تری پدید آمد که به مضامین اصلی و فرعی سازمان‌دهی شدند. فرایند حصول روایی و اعتبار در مرحله اجرای پژوهش بدین صورت انجام گرفت که: الف) قابلیت اجرا با انتخاب شرکت کنندگان از دامنه فرهنگی-اجتماعی گسترده صورت گرفت، ب) ارزش واقعی، با بررسی و تأیید محتوا از سوی شرکت کنندگان یعنی مادران، محقق شد، ج) ثبات، متکی به بررسی همسانی پاسخ‌ها به سؤالات مشابه بود، و د) مبتنی بر واقعیت بودن نیز با نگهداری مستندات مربوط به مصاحبه‌ها جهت امکان بررسی مجدد برای سایر پژوهشگران و تلاش برای ممانعت از مداخله پیش فرض‌ها، تأمین شد.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از روش کلایزی به ۸ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی منجر شد که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مضامین اصلی و فرعی تجارب مادران دارای کودک

مضامین اصلی	مضامین فرعی
نابستگی دانش و آگاهی	ناآشنایی با تشخیص عدم دسترسی به منابع علمی ضعف در دانش ضروری و کاربردی
دشواری‌های درمان	محدودیت‌های نظام درمان کشاکش با دارودرمانی
مشکلات تعامل در شبکه روابط اجتماعی	تنش و تعارض گناه و شرم تنهایی و انزوا

### مضمون اصلی ۱: نابستگی دانش و آگاهی

این مضمون، مفاهیم مرتبط با اطلاعات مادران در زمینه اختلال را شامل می‌شود و نیاز آنان به دانش متناسب و قابل اعتماد را نشان می‌دهد:

سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل و نظایر آن بود، و ۲) مصاحبه، که در پژوهش حاضر مصاحبه عمیق و بدون ساختار به کار رفت، زیرا به دلیل انعطاف‌پذیری این نوع از مصاحبه‌ها، متناسب با پژوهش کیفی و روی آورد پدیدارشناختی هستند. همچنین مزیت این شیوه گردآوری داده این است که به پژوهشگر امکان بررسی موضوع‌های پیچیده، بحث‌برانگیز، و کشمکش‌برانگیز را می‌دهد. به‌طور کلی، روایی و اعتبار داده‌های حاصل از طریق پایبندی به معیارهای قابلیت اجرا، ارزش واقعی، ثبات، و مبتنی بر واقعیت بودن، در اجرای پژوهش حاصل می‌شود (۲۴). چگونگی اجرای مصاحبه و حصول روایی و اعتبار در بخش روش اجرا ارائه شد.

**ج) روش اجرا:** بعد از کسب مجوزهای لازم، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج همچنین شیوه نمونه‌گیری و بر اساس حد اشباع، که پیش‌تر توضیح داده شد، مادران شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها حضور یافتند. متوسط سن مادران در این پژوهش ۳۴/۵ سال بود و تحصیلات آنان دامنه‌ای از سوم راهنمایی تا دکترا را شامل می‌شد. تعداد فرزندان آنان در دامنه‌ای از ۱ تا ۴ فرزند قرار داشت. مصاحبه عمیق و ساختارنیافته با این مادران در یکی از اتاق‌های آرام و ایمن کلینیک ویژه انجام شد. بدین صورت که پس از برقراری ارتباط اولیه و فراهم کردن احساس راحتی برای شرکت‌کننده‌ها، از آنان خواسته می‌شد تا به صحبت در مورد پرورش فرزند مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی خود بپردازند. در این فرایند مبتنی بر توضیحات مادر ممکن بود خواسته شود تا در مورد برخی موضوعات توضیحات بیشتری ارائه کند، از احساساتش بگوید، یا آنچه توسط مصاحبه‌کننده درک شده بود مجدد برایش توضیح داده می‌شد تا تصریح شود که موضوع برای او به چه صورت تجربه شده است. اشباع اطلاعات در یک دوره چهارماهه و برای هر مصاحبه طی ۷۵ الی ۹۰ دقیقه صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش کلایزی (۲۵) بدین صورت بود که با پیاده‌سازی و تکرار بررسی مصاحبه‌ها، درکی جامع از داده‌ها حاصل شد و

**مضمون فرعی ۱: ناآشنایی با تشخیص**

پیش از دریافت تشخیص اختلال، مادران وجود تفاوت‌هایی در کودک را درک کرده بودند اما غالباً هشدار مهدکودک، توصیه‌های آشنایان آگاه و یا ترکیبی از این موارد و نه شناخت مادر، منجر به مراجعه نشده بود. عدم آگاهی، از علل تأخیر در مراجعه به‌ویژه برای پسران بود و پس از دریافت تشخیص، به تجربه افکار و هیجان منفی مانند انکار، غم، نگرانی، و سردرگمی منجر می‌شد.

**D:** فکر نمی‌کردیم لازم باشه بیمارمش دکتر، خیلی به هم ریختم، انگار دیگه دنیا برای من تموم شد.

**M:** انگار غیرطبیعی بود ولی نمی‌فهمیدم به چی مربوطه.

**مضمون فرعی ۲: عدم دسترسی به منابع علمی**

غالب مادران برای افزایش آگاهی خود منابعی را به کار می‌بردند، این مادران از محتواهای عمومی و غیرتخصصی اینترنت و برنامه‌های تلویزیونی استفاده می‌کردند. مطالعه کتاب بسیار کم بود. غالب مادران عدم دسترسی به منابع علمی را گزارش کردند این موضوع به‌مواجهه آنان با حجمی از اطلاعات متنوع، غیرعلمی و گاه متضاد منجر شده بود.

**O:** خیلی توی اینترنت سرچ می‌کنم خیلی هم مطلب هست از ندادن شکلات تا چرب کردن شیردود سر

**N:** از اینترنت و گاهی هم تلویزیون پیگیری می‌کنم، برای خوب شدن بیش‌فعالی مطلب هست، اما گیج‌کننده است خیلی وقتاً برعکسه

**مضمون فرعی ۳: ضعف در دانش ضروری و کاربردی**

مادران اظهار داشتند که در رابطه با مسائل ضروری مانند علت مشکلات، مدیریت رفتار کودک و افزایش سلامت روان‌شناختی خود جهت ارائه کمک مؤثر به کودک، اطلاعات اندکی دارند. همچنین اطلاعاتی که به‌صورت گام‌به‌گام، در زندگی واقعی با یک کودک پیش‌دبستانی مبتلا قابل اجرا باشد در اختیارشان قرار ندارد.

**B:** مطالب بیشتر در مورد بچه‌های بزرگ‌تری که مدرسه می‌رن، چیزی که دقیق‌تر معلوم کنه چه مدلی باید باهاش رفتار کنم لازم دارم

**A:** آگه زودتر می‌دونستم مربوط به ژنتیکه به خاطر اینکه بچه بدجنسیه کتکش نمی‌زدم

**مضمون اصلی ۲: دشواری‌های درمان**

پیمودن مسیر درمان برای مادران سرشار از دشواری‌هایی بود که فرایند مدیریت اختلال را به تجربه‌ای دشوار مبدل کرده بود:

**مضمون فرعی ۱: محدودیت‌های نظام درمانی**

ملاقات اولیه یا تداوم مراجعه به متخصصین برای مادران غالباً با میزانی از نارضایتی همراه بود. بارها بخش‌هایی از مصاحبه مادران به کمبود متخصصین، مشکلات در نظام ارجاع، عدم دسترسی به مداخله‌های غیر دارویی، ناکافی بودن پوشش بیمه و... اختصاص یافته بود. از نظر آنان چیدمان محیط، هزینه و نوبت‌گیری بر رضایت خاطرشان مؤثر بود و تشخیص اختلال، انتخاب و پیشبرد درمان را دشوار ساخته بود که به نظر می‌رسد این موارد به محدودیت‌های نظام درمانی اشاره دارد.

**M:** آگه دو سال پیش بجای روان‌پزشک می‌فرستادنمون پیش روان‌پزشک کودک، خیلی مشکلات اصلاً پیش نمیومد.

**L:** از رفتار دکتر توی همون چند دقیقه الگو می‌گیرم ولی زمان محدوده، محیط بیمارستانی حالمو بد می‌کنه روانشناس که دقیقه‌ای پول می‌ندازه بیمه هم قبول نداره و گرنه وقتی می‌رفتم حس خودم بهتر شده بود.

**مضمون فرعی ۲: کشاکش با دارودرمانی**

نگرانی در مورد عوارض، مخالفت پدران، تصمیم برای اطلاع‌رسانی به سایرین، امتناع کودک از مصرف دارو باعث شد تا مراحل تصمیم‌گیری برای مصرف و تداوم استفاده از دارودرمانی در پیش‌دبستان موضوعی باشد که با تجربه پیشین مادران در استفاده از دارو برای بیماری‌های جسمانی کودک متمایز و دشوارتر بود؛ بنابراین، تردید نسبت به آغاز و تداوم



M: می‌گه تو درست رفتار نکردی که بچه این کار را رو می‌کنه، منم میگم تقصیر توست. می‌گه اصلاً مریض نیست بچه ست طبیعیه همه دعواهای ما از بعد تولدش شروع شد.

### مضمون فرعی ۲: گناه و شرم

بسیاری از مادران خود را ناکارآمد و عامل مشکلات کودک می‌دانند در نتیجه احساس گناه می‌کنند. دیگران نیز آنان را مقصر رفتارهای کودک می‌دانستند و به طرق مستقیم (شماقت) یا غیرمستقیم (نصیحت) چنین پیامی را به آنان منتقل می‌کنند. همچنین، آنها به خاطر رفتارهای کودک در موقعیت‌هایی مانند مهمانی، خرید و.. احساس شرم را تجربه می‌کردند.

A: همه چی رو می‌ذارن پای من، راست می‌گن افسردگی بعد زایمان داشتم، روش اثر داشته، تقصیر منه

D: بچه‌ها رو هل می‌ده بره بالای سر سره... می‌گن خانم باید رعایت نوبت رو بهش بگید گاهی هم با عصبانیت می‌گن ادب یادش بده، شرمندگیش برای منه

### مضمون فرعی ۳: تنهایی و انزوا

مادران ابراز کردند که مسئولیت پرورش کودک صرفاً با آنهاست و از اینکه افراد مهمی مانند همسر، خانواده و متخصصین، در سطح مورد نظر مادران همکاری نمی‌کنند احساس تنهایی می‌کنند. همچنین به دلیل مشکلات کودک، مادران تعاملات خود را محدود ساخته‌اند یا سایرین از ارتباط با مادران امتناع می‌ورزند، در نتیجه این مادران در انزوا قرار دارند.

L: دکتر فقط دارو می‌ده نمی‌گم اثر نداره اما تا الآن خوب نشده، برای باباش اهمیتی نداره، می‌گه بفرستش توی کوچه بازی کنه خسته بشه. من تنهایی توی این مشکل غرقم

L: مهد قبولش نمی‌کنه، مامانم دو تا بچه‌های خواهرمو نگاه می‌داره ولی حاضر نیست اینو برای یه ساعت نگاه داره.

B: کم‌تر رفت و آمد می‌کنم تا کم‌تر اعصابم خورد بشه، بقیه حتی خواهر خودم از رفتاشون معلومه که دوست ندارن زیاد توی جمع شون باشیم

دارودرمانی حتی برای مادرانی که پاسخ فرزندشان به دارودرمانی مثبت بود، مشاهده شد.

L: خیلی منزوی و ساکت می‌شه وقتی دارو می‌دم، دارو برای همه مشکلات بچه کافی نیست شاید بعداً معلوم بشه مضر هم بوده

C: اولش خودم شک داشتم بعدش باز باباش مخالف بود الانم نگرانم مادر شوهرم نفهمه، هر دفعه دارو بهش می‌خوام بدم جنگ داریم

### مضمون اصلی ۳: مشکلات تعامل با شبکه روابط اجتماعی

تعامل مادران با شبکه روابط اجتماعی پیرامون آنان از پیامدهای اختلال، مصون نبود؛ هرچند دلایل متنوعی نیز مطرح شد اما تمامی مادران ابراز کردند که رفتارهای کودک مبتلا منجر به ایجاد یا وخامت تجربه هیجانانگیز منفی و تعارض‌ها در خانواده شده است:

### مضمون فرعی ۱: تنش و تعارض

ارتباط مادر با شبکه اجتماعی شدیداً تحت‌الشعاع نشانه‌ها و پیامدهای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی قرار داشت. ارتباط با همسر غالباً به دلیل خستگی مفرط مادر، متهم شدن از سوی پدر یا حتی مقصر دانستن پدر، با تنش و تعارض آمیخته بود. پیروی نکردن کودک از قوانین، جنب‌وجوش بیش‌ازحد، ساعات خواب نامنظم یا درگیری با همسالان، منجر به ایجاد تعارض میان خواسته‌های مادر و ویژگی‌های کودک مبتلا می‌شد. همچنین تقاضاهای مضاعف کودک، مانند نیاز بیش‌تر به نظارت و مراقبت، باعث می‌شد تعامل مادران با سایر فرزندان محدود شده و تنش‌ها شدت بیابد. تعدادی از مادران ابراز داشتند که تعارض‌های پیشین با خانواده گسترده به‌ویژه خانواده همسر افزایش یافته است، هرچند در تمامی موارد گزارش‌هایی مبنی بر همراهی همسر، فرزندان و اقوام وجود داشت اما به‌طور کلی مشکلات مطرح‌شده، تجربه غالب مادران بود.

I: می‌دونم دخترم که بیش‌فعاله اذیتش می‌کنه ولی من با هر دو دعوا می‌کنم. رابطه من با هر دو شون خرابه

عوارض داروها در پیش دبستان و همچنین تردید و نگرانی والدین در مورد دارودرمانی موضوع رایجی است که مانع پیگیری درمان و نارضایتی از نظام مراقبت های سلامت می شود (۲، ۵ و ۱۰). در نتیجه این مضمون، همسو با پژوهش های پیشین است و همانند یافته های پژوهشی آنها، توجه به ترجیحات والدین در تصمیمات بالینی را برجسته می سازد (۳ و ۱۸).

مضمون مشکلات تعامل در شبکه روابط اجتماعی، مشابه با دیگر پژوهش های انجام گرفته بر روی تجارب والدین (۱۶، ۱۷ و ۲۰) و نتایج فراتحلیل این تجارب (۱۵) وجود دشواری در روابط خانوادگی را تأیید می کند، اما در تجارب مادران با فرزندان بزرگ تر، نابسامانی روابط شغلی نیز گزارش شده است (۲۰). این تفاوت در یافته ها می تواند گسترش مشکلات به سایر حوزه ها را با افزایش سن کودک را نشان دهد (۲۳). همچنین پژوهش ها، احساس تنهایی، انزوا و گناه را گزارش کرده و نسبت به تأثیرات آن بر سلامت روان مادران هشدار می دهند (۱۱، ۱۹ و ۲۰)، با این وجود تفاوت در مصداق هایی که به استخراج این مضامین منتج شد، سهم احتمالی مؤلفه های فرهنگی را برجسته می سازد.

به طور کلی این یافته ها، ضرورت حمایت تخصصی از مادران، طی نخستین سال های تحول اختلال را نشان می دهد و هر یک از مضامین حاصل را به عنوان یک هدف درمانی بالقوه معرفی می کند که باید برای بهبود نتایج درمانی مورد نظر قرار گیرند؛ با این وجود مطالعه حاضر، پژوهشی مقدماتی در این حوزه بود که فقدان پژوهش کیفی مشابه، برای مقایسه دقیق تر یافته ها و عدم ارائه فرضیه به دلیل استفاده از روش کیفی، محدودیت های عمده این پژوهش محسوب می شوند. در نتیجه پیشنهاد می شود پژوهش های آتی به شناسایی سایر متغیرهای احتمالی و تعیین اهمیت آنها، با استفاده از هر دو روش کمی و کیفی بپردازند. همچنین پژوهشگران بررسی کنند که چگونه باید به نیازهای مادران پرداخت و صلاحیت متخصصان در این حوزه را بهبود بخشید تا به کاهش پیامدهای اختلال برای مادر و کودک منجر شود.

A: مادر شوهرم رسماً گفت ما نامزدی دیر بیایم چون بچه مجلسو به هم می زند.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، شناسایی تجارب مادران کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بود که بدین منظور، از روش کیفی با روی آورد پدیدارشناسی در این مطالعه استفاده شد. یافته ها، در سه مضمون نابسندگی اطلاعات، دشواری های درمان، و مشکلات تعامل در شبکه روابط اجتماعی، سازمان دهی شدند. شایان توجه است که یافته های این پژوهش، مشابه با مطالعات پیشین، پرورش فرزند مبتلا به این اختلال را به صورت تجربه ای کشمکش برانگیز و دشوار توصیف کرد (۸، ۹ و ۱۷)، اما به دلیل تمرکز بر بازه پیش دبستان، تکمیل کننده سایر پژوهش های کیفی در این حوزه بود.

طی مقایسه یافته های این پژوهش با دیگر مطالعات انجام شده در می یابیم که مضمون نابسندگی اطلاعات و مضامین فرعی آن، همسو با شواهد پژوهشی پیشین است که نشان می دهد دانش و آگاهی والدین در زمینه تشخیص این اختلال، با محدودیت عمده ای مواجه است (۱۸ و ۲۲) که این محدودیت، خصوصاً پیش از دریافت تشخیص چشمگیر بوده است (۲۱)؛ بنابراین، مطالعه حاضر همانند پژوهش های کمی و کیفی انجام گرفته در این حوزه، دشواری دسترسی به اطلاعات صحیح (۲۱ و ۲۲) و نقش آن در مدیریت اختلال را تأیید می کنند (۱۰، ۱۳ و ۱۶).

در تبیین مضمون دشواری های درمان، به نظر می رسد مضمون فرعی محدودیت های نظام درمان، با متغیرهای فرهنگی و بافتی ایران مرتبط باشد، زیرا برخی از عبارات مادران (مانند مشکلات در ارجاع)، با گزارش های مربوط به شکاف در ارائه خدمات سلامت روان برای کودکان ایرانی، همخوانی دارد (۷). کشمکش با دارودرمانی نیز مورد تأیید شواهد پژوهشی متعدد کیفی و کمی است (۱۸)؛ شیوع بالاتر



**تشکر و قدردانی:** این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی زهره حسین زاده ملکی در رشته روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس تهران، با شماره ۱۰۹۰۱۱۸-۰۱ است. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، همچنین از کلینیک ویژه بیمارستان آموزشی تخصصی و فوق تخصصی روان پزشکی ابن سینا

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد و شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر قدردانی می شود.

**تضاد منافع:** این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

## References

1. Canals J, Morales-Hidalgo P, Jané MC, Domènech E. ADHD prevalence in Spanish preschoolers: comorbidity, socio-demographic factors, and functional consequences. *J Atten Disord*. 2018; 22(2): 143-153. [\[Link\]](#)
2. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018. 5(2): 175-186. [\[Link\]](#)
3. Sonuga-Barke EJS, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, et al. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(6): 797-809. [\[Link\]](#)
4. Hosainzadeh Maleki Z, Mashhadi A, Soltanifar A, Moharreri F, Ghanaei Ghamanabad A. Barkley's parent training program, working memory training and their combination for children with ADHD: attention deficit hyperactivity disorder. *Iran J Psychiatry*. 2014; 9(2): 47-54. [\[Link\]](#)
5. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(3): 275-289. [\[Link\]](#)
6. Chacko A, Wymbs BT, Rajwan E, Wymbs F, Feirsen N. Characteristics of parents of children with ADHD who never attend, drop out, and complete behavioral parent training. *J Child Fam Stud*. 2017; 26(3): 950-960. [\[Link\]](#)
7. Sharifi V, Mojtabei R, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J, Zarafshan H, Wissow L. Child and Adolescent Mental Health Care in Iran: Current Status and Future Directions. *Arch Iran Med*. 2016; 19(11): 797-804. [\[Link\]](#)
8. Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Contending and adapting every day: Norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *J Fam Nurs*. 2011; 17(4): 441-462. [\[Link\]](#)
9. Ho S-WC, Chien WT, Wang L-Q. Parents' perceptions of care-giving to a child with attention deficit hyperactivity disorder: an exploratory study. *Contemp Nurse*. 2011; 40(1): 41-56. [\[Link\]](#)
10. Ahmed R, McCaffery KJ, Aslani P. Factors influencing parental decision making about stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013; 23(3): 163-178. [\[Link\]](#)
11. Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, Sørensen EE, Grønkjær M, Rasmussen P. ADHD and everyday life: healthcare as a significant lifeline. *J Pediatr Nurs*. 2017; 35: 105-112. [\[Link\]](#)
12. Ershad Sarabi R, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Comparing parental stress, parenting styles, and social problem solving in mothers of children with autism spectrum disorder, ADHD, and typically developing children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 165-179. [Persian]. [\[Link\]](#)
13. Beh-Pajooch A, Parand A, Emami N, Seyyed Noori SZ. Comparison of academic achievement in elementary students with and without attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 31-39. [Persian]. [\[Link\]](#)
14. Wong IYT, Hawes DJ, Clarke S, Kohn MR, Dar-Nimrod I. Perceptions of ADHD among diagnosed children and their parents: a systematic review using the common-sense model of illness representations. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018; 21(1): 57-93. [\[Link\]](#)
15. Laugesen B, Groenkjaer M. Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13(11): 169-234. [\[Link\]](#)
16. Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB, Leslie LK. Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. *J Atten Disord*. 2012; 16(8): 675-684. [\[Link\]](#)
17. Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *J Clin Nurs*. 2014; 23(21-22): 3166-3176. [\[Link\]](#)

18. Hossainzadeh Maleki Z, Rasoolzadeh Tabatbaei K, Mashhadi A, Moharreri F. Preschool children with attention deficit hyperactivity disorder: Iranian fathers' experiences. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2018; 20(4): 283–293. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. DosReis S, Barksdale CL, Sherman A, Maloney K, Charach A. Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(8): 811-816. [\[Link\]](#)
20. Gharibi H, Gholizadeh Z. Phenomenology of mothers' experiences in living with children with AD/HD disorder. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 30: 1630-1634. [\[Link\]](#)
21. Ahmed R, Borst JM, Yong CW, Aslani P. Do parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) receive adequate information about the disorder and its treatments? A qualitative investigation. *Patient Prefer Adherence*. 2014; 8: 661-670. [\[Link\]](#)
22. Moldavsky M, Sayal K. Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: the views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15(8): 377. [\[Link\]](#)
23. Corcoran J. Parents' experience of raising a child with attention deficit disorder. *ADHD Rep*. 2017; 25(4): 6-10. [\[Link\]](#)
24. Holloway I, Galvin K. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 4th ed. John Wiley & Sons; 2016, pp:51. [\[Link\]](#)
25. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-Phenomenological alternatives for psychology*. New York, NY, US: Oxford University Press; 1978, pp: 6. [\[Link\]](#)