

## ساخت پرسشنامه آسیب های زیرمنظومه زوجی،والدینی و همشیرها در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی

آرمان عزیزی<sup>۱</sup>، مریم فاتحی زاده<sup>۲</sup>، سید احمد احمدی<sup>۳</sup>، رضوان السادات جزایری<sup>۴</sup>، امید عیسی نژاد<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۲۷

### چکیده

هدف پژوهش حاضر ساخت و بررسی ویژگی های پرسشنامه آسیب های زیرمنظومه های خانواده های ADHD محور بود. بدین منظور ابتدا با مصاحبه های عمیق با روش پدیدارشناسی با ۱۶ خانواده (۲۷ نفر) و مطالعه ی منابع در پیشینه پژوهشی مقوله ها و آسیب های سه زیر منظومه مشخص گردید و بر اساس آنها پرسشنامه ای تدوین گردید. سپس از بین خانواده هایی که دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD بودند ۲۱۷ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پرسشنامه ساخته شده بر روی آنها اجرا گردید. جهت تعیین پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و برای تعیین اعتبار از پرسشنامه های تعارض زناشویی و کیفیت زندگی استفاده شد. داده های به دست آمده مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت. نتایج تحلیل نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر ۰/۸۷، ضریب اعتبار همگرای آن با پرسشنامه تعارض زناشویی برابر ۰/۷۲ و ضریب اعتبار واگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی برابر ۰/۸۶- بود. نتیجه آنکه پرسشنامه پژوهشگر ساخته دارای پایایی و اعتبار قابل قبولی است که ۱۱ عامل دارد و توان شناسایی آسیب های

۱. دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول) m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

۳. استاد گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴. استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵. استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

زیرمنظومه های خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD را در پژوهش های بالینی و درمان خانوادگی دارد. ارزش این پژوهش به طراحی پرسشنامه ای بومی و متناسب با فرهنگ ایرانی برای تشخیص آسیب های خانواده های ADHD و بکارگیری درمان متناسب با آن آسیب ها است.

واژگان کلیدی: زیرمنظومه های خانواده، پایایی، اعتبار، نقص توجه/ بیش فعالی

#### مقدمه

خانواده یک سیستم است که از افراد مختلفی تشکیل شده است اگرچه مشخصات خاص این واحد فراتر از اعضای تشکیل دهنده ی آن است. زمانی که عضوی از این خانواده دچار نقص یا مشکلی می شود بر تمامی اعضای خانواده به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم اثر خواهد گذاشت (رایت و لیپی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). نظریه نظامهای بوم شناختی و نظریه نظامهای خانواده نشان میدهد که کارکرد خانواده و زیرمنظومه های آن میتواند بر مشکلات رفتاری کودک و تحولات دوران کودکی تاثیر بسزایی داشته باشد. در مطالعاتی که به منظور بررسی تأثیر نقش خانواده بر مشکلات کودکان طرحریزی شده است از کارکرد خانواده و زیرمنظومه های آن، به عنوان عامل مؤثر بر مسایل و مشکلات کودکان، پرداخته شده است (لیندال، بریگمن و مالیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ شلتون و هارولد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

یکی از مسائل مهم خانواده ها، داشتن فرزند دارای اختلال است. خانواده هایی که کودکان دارای اختلال دارند در درون خانواده مشکلات زیادی را متحمل می شوند و از روش های گوناگونی استفاده می کنند تا مشکلات یا نشانه های آنها را کم یا اصلاح نمایند. یکی از این اختلالات کودکان اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD)<sup>۴</sup> است. اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از اختلالات دوران کودکی است که بیشترین توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است (بوسینگ، میسون، بل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). این اختلال بر کودکان، خانواده ها و جامعه تأثیر منفی می گذارد (حامد، کویر و استیون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). بنابراین مشکلات رفتاری این کودکان می تواند واکنش هایی در اعضای

1. Wright & Leahey
2. Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N
3. Shelton, K., & Harold, G
4. Attention deficit hyperactivity disorder
5. Bussing R, Mason DM, Bell L
6. Hamed, A.M.; Kauer, A.J.; Stevens, H.E

خانواده ایجاد کرده و از این طریق بر ساختار و عملکردهای خانواده تاثیر بگذارد. در حال حاضر این اختلال مسئله مهمی در بهداشت روانی جامعه محسوب می شود و تشخیص آن از سال ۱۹۹۰ به طور چشمگیری افزایش یافته است (ناس و لونتال<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). برای این اختلال سه طبقه در نظر گرفته شده است و شامل نوع عمدتاً بی توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع مرکب می باشد (کوگان، بایرد، پوپا- وگنر و تام<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

شایع ترین مشکل همراه با این اختلال، شکست تحصیلی یا عدم پیشرفت تحصیلی، ناسازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری و مقابله ای است. مشکلات مربوط به ناسازگاری اجتماعی کودکان مبتلا اغلب نافذ و در برگیرنده موقعیت های مختلف (مثل مدرسه، خانه و...) و گروه های اجتماعی (همسالان، اولیا و مدرسه) است. در نهایت رفتارهای ضداجتماعی یا بزهکاری در نوجوانی و جوانی در صدر جدول نشانه شناسی افراد بیش فعال قرار می گیرد (کوهن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در رابطه با این کودکان مطالعه خانواده ها و الگوهای رفتاری والدین اهمیت به سزایی دارد به طوری که کرونیس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷) اظهار داشته اند که آسیب به خانواده از عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی می باشند. مطابق گزارش والدین، دامنه زیادی از فعالیت های روزانه و اغلب روابط خانواده (والد - کودک، زوجین و همشیرها با همدیگر) در طی روز تحت تاثیر رفتارهای این کودکان می باشد (کوگیل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

خانواده هایی که دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD هستند نسبت به سایر خانواده ها ممکن است چالش های متفاوتی داشته باشند مانند تعارضات بین فردی که به طور کلی در این خانواده ها زیاد مشاهده شده است (هاروی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). شناسایی مشکلات این خانواده ها از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در تحقیق موین<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی دنیای پدیداری خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال

- 
1. Nass & Leventhal
  2. Cooga, Baird, Popa-Wagner & Tome
  3. Cohen, M
  4. Chronis
  5. Coghill
  6. Harvey
  7. Moen

ADHD پرداخته بود، نشان داد که این خانواده‌ها به شدت در معرض آسیب‌های جانبی قرار دارند و باید نیازها و مشکلات این خانواده‌ها شناسایی شود و یک رویکرد متمرکز بر خانواده برای درمان این خانواده‌ها مدنظر قرار گیرد و یا تدوین شود تا با مراقبت و نگهداری از این خانواده‌ها باعث ارتقای سلامت روان و بهزیستی والدین، فرزندان و خانواده شود. همچنین در پژوهش اریکا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی تجارب ذهنی خانواده‌های چینی که دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی بودند، پرداخته بودند نشان داد که توسعه یک مدل اجتماعی جدید برای رفع نیازهای روانی این خانواده‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است.

در هر سه زیرمنظومه خانواده این خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی آسیب‌پذیر هستند. در پژوهش اکتشافی هو و همکاران (۲۰۱۱) که به بررسی ادراکات والدین از مراقبت از کودکان ADHD انجام شده بود، والدین انواع مشکلات زندگی و نگرانی‌های بهداشتی و سلامتی را از مراقبت از کودکان ADHD نشان داده بودند. دانیل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال ADHD دارند، فرزندان آنها دارای هیجان منفی بیشتری هستند و این هیجان منفی پیش‌بینی‌کننده آزار، اذیت و استرس روزانه برای والدین و رابطه زوجی می‌باشد. همچنین روابط همشیرها در خانواده‌های دارای کودکان ADHD نیز آسیب‌پذیر است. همشیرهای این کودکان احساسات منفی را از خود نشان داده‌اند مثلاً حسادت همشیرها نسبت به کودک ADHD بخاطر توجه زیاد والدین به این کودک بیشتر شده است (سالمرن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). همچنین در پژوهش کینگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی ادراک همشیرها از اختلال ADHD همشیرشان پرداخته بود، همشیرها نشان دادند که درک و احساس منفی از این وضعیت دارند و به صورت منفی تحت تأثیر قرار گرفته و آسیب دیده‌اند و همچنین خود سیستم خانواده نیز تأثیر منفی گرفته است.

مشکلات این خانواده‌ها بخاطر کند بودن روند درمان معمولاً مزمن و مستمر است. در پژوهش سولی و لارسن<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) که به بررسی یک دوره پیگیری کودکانی پرداخته بود

1. Erica
2. Danielle
3. Salmeron
4. King
5. Sollie, H., & Larsson, B

که قبلاً دوره درمانی اختلال بیش فعالی را گذرانده بودند، نشان داد که حدود ۵۰ درصد از خانواده ها نیاز به دوره های درمانی و مراقبتی بیشتر را ابراز کرده بودند و هنوز هم زندگی آنها تحت تأثیر کودک ADHD بود. همچنین این تحقیق نشان داد که حدود دو سوم از این کودکان درمان دریافت کرده بازهم علائم اختلال بیش فعالی را نشان می دادند و ۸۴٫۳ درصد از این کودکان نقص عملکردی را داشتند. این اختلال عملکرد خانواده را دچار مشکل می کند، زیرا والدین دچار مشکلات روان شناختی بیشتری شده و در مهارت های فرزندپروری دچار احساس بی کفایتی می شوند (جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده تر خانواده نیز تأثیر می گذارد (ساندرز، بور و موراسک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

درسال های اخیر محققان از ابزارهای متنوعی برای سنجش مشکلات این کودکان استفاده کرده اند که اغلب مشکلات خود کودک را می سنجیدند. مثلاً مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز-فرم والد، توسط گویت، کانرز و آلریچ<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) ساخته شده است و توسط ریتمن<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸) تجدید نظر و چاپ شده است. از بین ۴۸ گویه این مقیاس، ۲۶ گویه آن مربوط به اختلال کاستی توجه /بیش فعالی است که شامل دو زیرمقیاس بیش فعالی ۱۶ گویه و فقدان توجه ۱۰ گویه می شود. این پرسشنامه در پژوهش ویسانی و همکاران (۱۳۹۴) برای کودکان ADHD مورد استفاده قرار گرفت که ضرایب پایایی زیرمقیاس فقدان توجه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ و ضریب پایایی زیرمقیاس بیش فعالی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ بود. همچنین پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۵</sup> (CSI-4) توسط محققان برای این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش نامه مرضی کودکان دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال های رفتاری تنظیم شده است. یکی از این اختلال ها اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی است و سایر اختلال ها را نیز به صورت کلی می سنجد. بنابراین پرسشنامه ای که آسیب های خانواده و زیرمنظومه های آن را در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه /بیش فعالی بسنجد در

1. Johnston
2. Sanders, Bor & Morawsk
3. Goyette, C. H., Connors, C. K., & Ulrich, R.
4. Reitman, D
5. Children symptom inventory-4

پیشینه پژوهشی موجود نمی‌باشد. توجه به مسائل فوق و وجود مشکلات فراوان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بروز پیامدهای ناشی از این مشکلات بر سیستم خانوادگی و عوارض جانبی و بلندمدت آن و همچنین ضرورت شناسایی مشکلات این خانواده‌ها در سه زیرمنظومه زوجی، والدینی و همشیرها و نبود ابزار متناسب در پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی و همچنین متناسب با فرهنگ ایرانی پژوهشگران را ملزم به تهیه این پرسشنامه نمود.

### روش

پژوهش حاضر از نوع ترکیبی - اکتشافی است. قسمت اول پژوهش به صورت کیفی است که با روش پدیدارشناسی<sup>۱</sup> انجام شده است. جامعه آماری این قسمت شامل کلیه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD بود (تقریباً ۴۵۰ خانواده) که به مراکز مشاوره یا روانپزشکی شهر سنندج در سال ۹۶ رجوع کرده بودند و اختلال ADHD آنها توسط روانپزشک، روانشناس و مشاور تأیید شده بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند اجرا شد. نمونه این قسمت شامل ۱۶ خانواده بودند که تجربه دست‌اولی از پدیده‌ی مورد مطالعه را داشته‌اند. این تعداد بر مبنای اشباع داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که احساس کردیم اطلاعات جدید حاصل نمی‌شود و مطالعه به یک اشباع نظری رسیده است. در این مطالعه مدت زمان مصاحبه از ۳۰ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. (همشیرها ۳۰ تا ۴۵ دقیقه و بزرگسالان از ۴۵ تا ۹۰ دقیقه) تعداد افراد نمونه تا رسیدن به حد اشباع، ۲۷ نفر بود که شامل ۱۲ نفر مادر، ۸ نفر پدر و ۷ نفر همشیر کودک ADHD بودند. (بخاطر سن پایین بعضی از همشیرها در بعضی از خانواده‌ها، اطلاعات مربوط به این قسمت را از والدین به دست آوردیم).

مصاحبه‌ها با روش پدیدارشناسی از بین خانواده‌هایی که واجد ملاک‌های ورود بودند تا حد اشباع انجام شد. به منظور کشف آسیب‌های عملکردی زیرمنظومه‌های زوجی، والدینی و همشیرها با خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD مصاحبه‌های ژرف‌نگر با روش پدیدارشناسی انجام شد. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت است از:

1. Phenomenological

۱) خانواده ها دارای حداقل دو فرزند که یکی از آنها مبتلا به اختلال ADHD با سن بالاتر از ۳ سال باشند. ۲) خانواده ها تک والدی نباشند و یا سابقه طلاق نداشته باشند. ۳) عدم ابتلا به سوء مصرف مواد والدین. ۴) عدم شرکت خانواده ها در دوره های مشاوره خانواده به صورت همزمان. ۵) عدم ابتلا کودک مبتلا به اختلال ADHD به اختلال های همزمان دیگر. ۶) عدم ابتلای والدین به اختلال روانی شدید.

داده های جمعیت شناختی نمونه نشان می دهد که میانگین سن پدران در این پژوهش ۳۴/۱۲ سال، مادران ۳۱/۴۱ و همشیرها ۱۳/۳۵ سال بوده است. همچنین ۵۵/۵۵ درصد از والدین شرکت کننده در این پژوهش مؤنث و ۴۴/۴۵ درصد مذکر بودند. از لحاظ تحصیلات والدین، ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۱۰ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۳۰ درصد نیز فوق لیسانس و بالاتر بودند و تمام همشیرها محصل مدرسه ای بودند.

ابزار و فنون گردآوری داده ها برای این قسمت تحقیق عمدتاً مصاحبه ی عمیق و مشاهده ی مشارکتی است. با توجه به نگاه کلایزی<sup>۱</sup> که معتقد به ماهیت گفت و گویی این نوع تحقیق است، در این مطالعه از تکنیک مصاحبه بهره گرفته شد. این مصاحبه های نیمه ساختاریافته (قبلاً سوالات آن به صورت تستی و باز پاسخ با توجه به اطلاعات به دست آمده از متون، روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران تدوین شده است) با استفاده از رویکرد کیفی پدیدارشناسی با سوالات کلی و جزئی و مستقیم و غیر مستقیم در مورد شرایط خانواده و تجارب آنها و زیر منظومه های زوجی، والدینی و همشیرها تا حد اشباع مقوله ادامه یافت. با اجازه گرفتن از شرکت کنندگان کل مصاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته شد. پس از نوشتن مصاحبه ها از روش مقبولیت داده ها<sup>۲</sup> با مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری داده ها استفاده شد. برای این منظور، پژوهشگر قسمت هایی از مصاحبه و کدگذاری ها را در اختیار خانواده ها و متخصصین قرار می دهد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته های آنان دست یابد.

همچنین از اشباع داده ها نیز برای بالابردن اعتبار استفاده شد. سپس کارشناسان اساتید برجسته دانشگاه در حوزه ی پدیدارشناسی روش و داده های جمع آوری شده و

1. Colaizzi  
2. Credibility

کدگذاری شده را تأیید کردند که ضریب توافق آنها بالاتر ۹۰ درصد بود. پژوهشگر با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها و با رعایت بی‌طرفی، توافق اعضا روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بوده است، جهت قابلیت تعیین - تأیید داده‌ها استفاده کرد. شیوه‌ی تحلیل داده‌ها: داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی (۱۹۷۳) مورد بررسی قرار گرفت که به شرح زیر است:

۱- پس از آنکه متون مستخرج از مصاحبه‌ها تدوین شد، تمامی متون چندین مرتبه به دقت مورد بازخوانی قرار گرفت. این کار برای درک کلی از تجارب مشارکت‌کنندگان انجام گرفت.

۲- در دومین گام، متن نوشته شده‌ی مصاحبه‌ها را باید به واحدهای معنی‌دار تقسیم کرد. این واحدهای معنی‌دار در حقیقت قسمت‌هایی از متن هستند که به خودی خود معنایی را منتقل می‌کنند که می‌توانند برای مثال یک کلمه باشد یا حتی مجموعه‌ای از جملات. پس از تفکیک واحدهای معنی‌دار، واحدهای مرتبط با موضوع انتخاب شد.

۳- در مرحله سوم که به آن کدبندی توصیفی گفته می‌شود، معنای هر یک از عبارات‌های مهم توضیح داده می‌شود. این مرحله به فرمول‌بندی معنایی موسوم است. سعی شد تا توصیف داده شده به این واحدهای معنایی، برگرفته از خود متن باشد. پس از اتمام کدگذاری کامل متن، کدهای تکراری حذف و با تشکیل دسته‌بندی جدید، کدهای توصیفی مشترک استخراج شد.

۴- پس از آن کدهای توصیفی با مضامین مشترک در دسته‌بندی‌های متفاوت طبقه‌بندی شد. سپس برای هر طبقه یک عنوان خاص داده شد که اصطلاحاً کدهای تفسیری نامیده می‌شوند. کدهای تفسیری در حقیقت معنایی است که محقق به کدهای توصیفی می‌هد. این کدها نیز با توجه به متن مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

۵- در این مرحله کدهای تفسیری مورد جمع‌بندی قرار می‌گیرند. در حقیقت کدهای تفسیری در ارتباط با هم و کنار هم قرار می‌گیرند.

۶- پس از جمع‌بندی کدهای تفسیری، کدهای تبیینی مورد تبیین قرار می‌گیرد. کدهای تبیینی کدهایی هستند که جهت شکل‌گیری مدل مورد استفاده قرار می‌گیرند.



۷- در آخرین مرحله جهت اعتباریابی مدل استخراج، مصاحبه جدید انجام می گردد و همخوانی تجارب مشارکت کننده ی جدید با مدل تدوین شده مورد ارزیابی قرار می گردد.

در مرحله ی دوم پژوهش، به منظور تهیه پرسشنامه ای برای سنجش آسیب های سه زیر منظومه زوجی، والدینی و همشیرها در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال ADHD، بر اساس این مقوله های ۱۱ گانه، ۸۵ گویه طرح گردید. جهت اعتباریابی دست نوشته ها، مصاحبه ها و مقوله های تحلیل شده و گویه های طرح شده از چند پژوهشگر ورزیده که دارای مدرک علمی مرتبط و تجربه کار در درمان مشکلات خانوادگی و اختلالات روانی بودند، خواسته شد تا نظر خود را در مورد آنها اعلام نمایند؛ سپس اصلاحات لازم انجام گرفت. در فرایند بررسی و بازبینی اطلاعات از متخصصان خانواده و ازدواج در دانشگاه های اصفهان و کردستان نیز کمک گرفته شد. صرف زمان کافی برای پژوهش و ارتباط همدلانه با مصاحبه شوندگان نیز از دیگر عوامل مورد نظر جهت افزایش اعتبار داده ها بود. جهت سنجش اعتبار محتوایی و اعتبار گویه ها، از پنج نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره خواسته شد تا آنها را مورد بررسی قرار داده و اعلام نظر کنند. هدف از بررسی متخصصان همخوانی گویه های پرسشنامه با مقوله های به دست آمده بود که ضریب توافق کدگذاران بالای ۹۰ درصد بود. برای به دست آوردن پایایی آزمون، پرسشنامه ی اولیه بر روی یک گروه ۷۵ نفری از والدین کودکان ADHD اجرا گردید. از این میان ۷۱ پرسشنامه تکمیل شده، با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. سپس پرسشنامه حاصل شده بر روی نمونه آماری اجرا گردید. جامعه ی آماری این قسمت پژوهش را کلیه خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی تشکیل می دادند. نمونه ی پژوهش شامل ۲۳۰ نفر از والدین بودند (۲۱۷ نفر جمع آوری شد) که با روش نمونه گیری کوکران و بر اساس نمونه گیری هدفمند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند (از طریق دادن فراخوان به تمام مراکز روانشناختی سطح شهر). پرسشنامه ها بدون نام و شامل اطلاعاتی درباره سن، جنس، تحصیلات و تعداد فرزندان بود.

در این پرسشنامه از آزمودنیها خواسته شد میزان موافقت خود را با هر یک از گویه ها بر روی مقیاس پنج درجه ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) مشخص کنند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای متعارف آزمون سازی از جمله تعیین ضریب اعتبار، تحلیل عوامل و محاسبه ی ضرایب پایایی استفاده گردید. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه آسیب‌های خانواده ADHD محور، از روش آلفای کرونباخ، به تحلیل پایایی هر یک از سؤالات پرسشنامه پرداخته شد. نتیجه تحلیل نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه بعد از اصلاح ۰/۸۷ که بیانگر پایایی مطلوب است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای سؤالات زیر منظومه زوجی برابر ۰/۸۸، برای زیرمنظومه والدینی برابر ۰/۸۶ و برای زیرمنظومه همشیرها برابر ۰/۹۰ که هر سه بیانگر پایایی مطلوب است. برای تعیین اعتبار از روش محاسبه ی اعتبار محتوایی، تحلیل عوامل و اعتبار همگرا و واگرایی پرسشنامه تعارض زناشویی و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. زیرا در پیشینه پژوهش نشان دادیم که والدین خانواده‌های دارای کودک ADHD تعارض زناشویی زیادی را دارند و همین عامل کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین این دو پرسشنامه را جهت بررسی همگرایی و واگرایی مورد بررسی قرار دادیم.

پرسشنامه ی تعارض زناشویی توسط ثنایی و براتی و به منظور سنجش تعارض‌های زن و شوهری ساخته شد (ثنایی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال می‌باشد. بیشترین نمره ی کل پرسشنامه ۲۱۰ و کمترین نمره آن ۴۲ است. این پرسشنامه تعارض زوج‌ها را در هفت زمینه می‌سنجد و شدت تعارض زناشویی را برآورد می‌کند. پایایی کل این ابزار با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و برای ابعاد آن به ترتیب، برای بعد کاهش همکاری (۰/۷۱)، کاهش رابطه جنسی (۰/۶۹)، افزایش واکنش هیجانی (۰/۸۲)، افزایش جلب حمایت فرزند (۰/۶۷)، افزایش رابطه با دوستان و بستگان خود (۰/۶۸)، کاهش رابطه با دوستان و اقوام همسر (۰/۹۲) و جداکردن امور مالی (۰/۸۸) محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه) یک ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی است که چهار حیطه کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی را ارزیابی می‌کند. بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) در حیطه‌های جسمانی،

روانی و محیطی بالای ۰/۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ گزارش شده است. نمره های بالاتر نشان دهنده ی کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیتم های نسخه کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان داده شد که نمره ی ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند WHOQOL می باشد. این شباهت تا ۰/۹۵ گزارش شده است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی کل این ابزار در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و برای ابعاد آن به ترتیب برابر سلامت جسمی (۰/۸۳)، سلامت روانشناختی (۰/۹۲)، روابط اجتماعی (۰/۹۰) و محیط (۰/۸۶) می باشد.

یافته ها: در این پژوهش اطلاعات به دست آمده ی حاصل از کدگذاری در سه دسته کدگذاری توصیفی<sup>۱</sup>، کدگذاری تفسیری<sup>۲</sup> و کدگذاری تبیینی<sup>۳</sup> قرار گرفته اند. هر کد تبیینی شامل چند کد تفسیری است و کدهای تفسیری نیز از چند کد توصیفی به دست آمده است. کدهای توصیفی نیز خلاصه و توصیف نقل قول های مستقیم زوجین است. در این قسمت پژوهش جمعاً در هر سه زیر منظومه ۱۱ کد تبیینی، ۳۶ کد تفسیری و ۱۱۲ کد توصیفی به دست آمده است. کدهای اصلی و تبیینی هر سه زیرمنظومه به شرح زیر است:

"زیرمنظومه زوجی: (۱) احساسات منفی تجربه شده (۲) افزایش تعارض زناشویی (۳) ایجاد مشکلات خاص در زندگی (۴) منحرف شدن مسیر زندگی، زیرمنظومه والدینی: (۱) نگرانی والدینی (۲) آسیب به امور تربیتی (۳) آسیب به حیطه و نقش والدینی (۴) احساسات منفی در والدین و زیرمنظومه همشیرها: (۱) احساسات منفی در همشیرها (۲) مشکلات اختصاصی ناشی از کودک (ADHD ۳) نداشتن مهارت های خانوادگی"

نمونه قسمت دوم پژوهش ۲۳۰ نفر (۲۱۷ پرسشنامه جمع آوری شد) از والدین کودکان دارای نقص توجه / بیش فعال بودند که تشخیص مسلم اختلال را دریافت کرده بودند و بر اساس نمونه گیری هدفمند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برآورد تعداد نمونه بر اساس فرمول نمونه گیری کوکران انجام شد. داده های جمعیت شناختی بیانگر آن است که ۲۵/۸ درصد از نمونه را پدر و ۷۴/۲ درصد را مادر تشکیل داده است. حداقل سن در گروه نمونه ۲۴ سال و حداکثر ۴۲ سال (میانگین ۳۱/۹۰) و تعداد فرزندان در خانواده حداقل ۲ و حداکثر ۴ (میانگین ۲/۶۸) بود. همچنین میزان تحصیلات آنها زیر دیپلم ۳۰/۴

1. Descriptive
2. Interpretative
3. Explanatory

درصد، دیپلم ۴۷/۹ درصد، لیسانس ۱۲/۹ درصد و ارشد و بالاتر ۸/۸ درصد بود. میزان مناسب بودن یا کفایت گروه نمونه با آزمون کیسر، مایر و الکین مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به مقدار سطح معناداری مشخص شد که حجم نمونه از کفایت لازم برخوردار است.

جدول ۱. شاخص KMO و بارتلت

شاخص KMO	آزمون بارتلت
۰/۷۶۳	آماره کای دو
	درجه آزادی
	مقدار معناداری
	0/000

در تحلیل عاملی اکتشافی با ارزش بالای یک، ۱۱ عامل به دست آمد که بعد از اصلاح در مجموع ۸۷ درصد واریانس کل سؤالات را تبیین می کردند. پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، پایایی پرسشنامه در هر یک از شاخص ها مورد بررسی قرار گرفت و مقادیر آلفای کرونباخ برای هر شاخص تعیین شد. در برخی از شاخص های پرسشنامه، حذف برخی از سؤالات مربوطه موجب افزایش ضریب آلفای کرونباخ شد. با توجه به مقادیر آلفای کرونباخ (بزرگتر از ۰/۶۵) برای هر شاخص پایایی پرسشنامه تأیید می گردد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و مقادیر آلفای کرونباخ بعد از دوبار تحلیل عاملی در جدول ۲ مشاهده می شود. در این قسمت از مؤلفه های اصلی استفاده و در پایان نیز تعداد عامل ها ثابت شده است.

جدول ۲. نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی و مقادیر آلفای کرونباخ شاخص های پرسشنامه

زیر منظومه	عامل ها	سؤالات مربوطه	تعداد سؤالات	تعداد سؤالات حذف شده	مقدار آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ پس از تصحیح سؤالات
احساسات منفی تجربه شده	۱-۲-۳-۴-۵	۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲	۱۲	۲	۰/۸۲۴	۰/۸۹۵
زوجی	افزایش تعارض زناشویی	۱۰-۱۱-۱۵-۱۶-۲۸	۵	-	۰/۸۰۵	-
	ایجاد مشکلات	۱۴-۱۸-۱۹	۷	-	۰/۹۵۶	-

1. Keiser, Mayer & Olkin (KMO)

				۳۲-۳۹-۲۹-۲۰	خاص در زندگی	
			۱۰	-۱۷-۱۳-۱۲-۹	منحرف شدن مسیر زندگی	
-	۰/۹۴۸	-		-۲۵-۲۴-۲۲		
				۳۱-۲۷-۲۶		
			۹	-۳۶-۳۴-۳۳	افزایش نگرانی والدگری	
۰/۹۲۷	۰/۸۷۲	۱		-۴۰-۳۸-۳۷		
				۸۵-۵۶-۵۳		
			۴	۸۳-۴۸-۴۲-۴۱	آسیب به امور تربیتی	
۰/۹۸۵	۰/۹۰۲	۱				
			۵	-۴۴-۴۳-۳۹	آسیب به نقش والدینی	والدینی
-	۰/۹۶۵	-		۵۰-۴۹		
			۹	-۴۶-۴۵-۳۵	ایجاد احساسات منفی در والدین	
-	۰/۹۴۹	-		-۵۲-۵۱-۴۷		
			۶	-۶۱-۵۹-۵۸	ایجاد احساسات منفی در همشیرها	
۰/۹۶۳	۰/۸۸۴	۲		۷۹-۷۸-۷۲		
			۹	-۶۴-۶۳-۶۲	مشکلات اختصاصی ناشی از کودک ADHD	
-	۰/۹۱۲	-		-۷۰-۶۹-۶۶		
			۹	۷۷-۷۵-۷۴		همشیرها
			۲	-۶۷-۶۵-۶۰	نداشتن مهارت های خانوادگی	
۰/۹۳۰	۰/۸۴۱	۲		-۷۳-۷۱-۶۸		
				۸۴-۸۱-۷۶		

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد، تعداد گویه های باقیمانده ۷۷ سؤال است؛ بدین معنا که ۸ سؤال به دلیل دارا نبودن شرایط از پرسشنامه حذف شدند. سوالهای حذف شده در عامل های احساسات منفی تجربه شده،افزایش نگرانی والدگری،آسیب به امور تربیتی،ایجاد احساسات منفی در همشیرها و نداشتن مهارت های خانوادگی بود.حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۳۰۸ بود که از جمع نمرات حاصل می شد.نمرات بالاتر نشان دهنده ی میزان آسیب بیشتر این خانواده در زیرمنظومه های خانوادگی است.

به منظور بررسی اعتبار همگرا و واگرای پرسشنامه پژوهشگر ساخته، از پرسشنامه تعارض زناشویی و کیفیت زندگی استفاده شد و سپس ضریب همبستگی آنها محاسبه گردید (جدول ۳). داده های حاصل شده بیانگر اعتبار همگرا و واگرای قابل قبول پرسشنامه آسیب های زیرمنظومه خانواده ADHD محور بود.

جدول ۳. همبستگی بین پرسشنامه پژوهشگر ساخته با پرسشنامه های تعارض زناشویی و کیفیت

زندگی در سطح  $p \leq 0/001$

پرسشنامه ها	پژوهشگر ساخته	تعارض زناشویی	کیفیت زندگی
پژوهشگر ساخته	۱	۰/۷۲	-۰/۸۶
تعارض زناشویی	-	۱	-۰/۶۹
کیفیت زندگی	-	-	۱

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با توجه به تأثیر مخرب فرزندان ADHD بر کل خانواده و آسیب منفی به سه زیرمنظومه آن یعنی زیرمنظومه زوجی، والدینی و همشیرها و به منظور پر کردن خلاء وجود ابزاری برای سنجش میزان این آسیب ها صورت گرفته است تا بستر مناسب جهت پژوهش، ارزیابی و درمان آسیب های این زیرمنظومه ها فراهم گردد. چرا که به گفته ی آریتا<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) شیوه مقابله با تعارض و آسیب ها اکتسابی است و می توان آن را تغییر داد. از این رو می توان با فراهم نمودن فرصت های آموزشی و درمانی، به خانواده های دارای فرزند ADHD کمک کرد تا شیوه های مخرب و ناکارآمد مقابله با آسیب های ناشی از کودک ADHD در خانواده ی خود را تغییر دهند و شیوه های کارآمدتر به کار گیرند.

همبستگی مثبت این پرسشنامه با پرسشنامه تعارض زناشویی بیانگر اعتبار همگرا و همبستگی منفی آن با پرسشنامه کیفیت زندگی بیانگر اعتبار واگرای این پرسشنامه است. نتایج تحلیل عاملی حکایت از اعتبار عاملی این پرسشنامه دارد و نشان داد که ۱۱ عامل به دست آمده در مجموع ۸۷ درصد از آسیب های خانواده های دارای فرزند ADHD را ارزیابی و تبیین می کند.

1. Arieta

عامل های به دست آمده در تحلیل عاملی با مقوله های حاصل شده در بخش کیفی پژوهش کاملاً همخوان بودند. هر یک از این عامل های به دست آمده (کدهای تبیینی در قسمت کیفی) خود عامل کلی و مضمون اصلی در نظر گرفته شده و دربرگیرنده ی تعداد زیادی از عامل های فرعی یا کدهای توصیفی و تفسیری است که در این قسمت به تفسیر آنها پرداخته می شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که زیرمنظومه زوجی خانواده تحت تأثیر مسائل فرزند ADHD قرار دارد و آسیب های خاصی به این زیرمنظومه خانواده وارد می شود که این آسیب ها به طور مستقیم بر روابط زوجین تأثیر منفی خواهد گذاشت که با نتایج پژوهش موین و همکاران (۲۰۱۴)، رایت و لیهی (۲۰۰۹) و بارکلی (۲۰۱۴) همسو است.

دنیای پدیداری این زوجین نشان داد که زندگی کردن با کودک ADHD باعث منحرف شدن مسیر زندگی روانی و رفتاری زوجین شده است که شامل تغییر رفتار زوجین، نادیده گرفتن ارزش های زوجی، غلبه مشکلات کودک بر کل زندگی زوجین و عدم ارضای نیازهای زوجین می باشد. این عوامل خود زمینه ساز ایجاد مشکلات خاص در خانواده است و کیفیت زندگی و عملکرد زوجین بخاطر رفتارهای تکانشی همسر و تغییر رفتار اولیه با او، زیرپا گذاشتن ارزش های معنوی و روانی، تبدیل شدن مسائل کودک به نقطه و محور اصلی زندگی (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸) و ارضا نشدن نیازهای عاطفی و روانی به شدت کاهش پیدا کرده است و این زوجین نیازمند راهنمایی و حمایت هستند زیرا این عوامل استرس های زیادی را به زوجین وارد می کند. نتایج این قسمت با مطالعه جانسون (۲۰۱۲) همسو می باشد.

آسیب عمده ی دیگری که ناشی از زندگی با کودک ADHD است و به زیرمنظومه زوجی وارد می شود افزایش تعارض زناشویی است که با پژوهش هاروی (۲۰۱۱) و اسکرودر و کیلی (۲۰۰۸) همسو می باشد.

آسیب دیگری که به حوزه زیرمنظومه زوجی ناشی از زندگی با کودک ADHD وارد می شود ایجاد مشکلات خاص برای زوجین است که در مقایسه با سایر خانواده ها مشکلات آنها بیشتر است و نیازمند کمک های خاصی هستند. پژوهش اریکا و همکاران (۲۰۱۶) و موین و همکاران (۲۰۱۴) نیز نیاز این خانواده ها را به حمایت، نظارت و خدمات روانی بخاطر مشکلات متعدد را تایید کرده است. نتایج نشان داد که زوجین

استرس و فشار زیادی را متحمل شده‌اند و همین عامل سلامت روانی آنها را کاهش داده است و مشکلات عصبی و روانی خاصی پیدا کرده‌اند که با پژوهش دانیل و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. نهایتاً آسیبی که از دنیای پدیداری زوجین به دست آمد به وجود آمدن و تجربه‌ی احساسات منفی در زندگی آنهاست. زوجین تجارب و احساسات ناخوشایندی را از زندگی کردن با کودک ADHD را آشکار نمودند. این احساسات ناخوشایند که شامل حسرت خوردن، درماندگی، خستگی، نگرانی، مقایسه نابخای زندگی خود با دیگران و... می‌باشد، تأثیر منفی بر روابط و زندگی زوجین داشته است که با پژوهش هو و همکاران (۲۰۱۱) و شور و گو (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

در بررسی عامل‌های به دست آمده در زیرمنظومه والدینی مصاحبه‌های عمیق با والدین نشان داد که زندگی کردن با کودک ADHD باعث ایجاد نگرانی‌هایی برای پدر و مادر می‌شود و این نگرانی‌ها دامنه‌ی وسیعی از زندگی خانوادگی آنان را دربرمیگیرد. آسیب دیگر مربوط به امور تربیتی است. در این رابطه والدین از دو جهت ممکن است که به صورت منفی تحت تأثیر قرار گیرند. به طور کلی والدین ممکن است بخاطر مشکلات رفتاری کودک ADHD رفتارهای نامناسبی از خود نشان دهند و از روش‌های تربیتی نابخای و آسیب‌زا استفاده کنند. از جهت دیگر گاهی والدین مجبورند که بخاطر حفظ آرامش روانی و نبود دعوا و تعارض در خانواده از مشکلات خاص این کودکان چشم‌پوشی کنند و اعتقادات و ارزش‌های والدینی خود را نادیده بگیرند که در هر صورت امور تربیتی این والدین دستخوش تغییر و آسیب خواهد شد.

آسیب به نقش والدینی موضوع دیگری است که ناشی از زندگی با کودک ADHD است. والدین سایر مسائل زندگی را به صورت ارادی یا غیر ارادی نادیده یا فراموش می‌کنند و یا گاهی از نقش والدینی خود طفره می‌روند و دوست ندارند که خود را قاطی مسائل خانواده و کودک نمایند. همچنین قدرت تخریبی کودک ADHD، قدرت و اقتدار والدینی را کاهش می‌دهد و والدین به بن بست تربیتی رسیده‌اند که مجموع این عوامل باعث آسیب به نقش و جایگاه والدینی در خانواده شده است.

آسیب جدی دیگر به زیرمنظومه والدینی ایجاد احساسات منفی و تجربه‌ی آن در والدین است که ناشی از کودک ADHD می‌باشد. احساس خستگی روانی مفرط در زندگی، به وجود آمدن افکار منفی مانند میل به نابود کردن کودک و بدبینی نسبت به او



احساسات ناخوشایندی را برای والدین به وجود آورده است. همچنین احساسات منفی مانند احساس گناه، ناامیدی، شرم و عدم کفایت در این والدین وجود دارد که می تواند به طور مستقیم بر سلامت روانی آنها تأثیر منفی گذارد و آنها را به سوی افسردگی و سایر اختلالات روانی سوق دهد. نتایج این قسمت نیز با پژوهش های ذکر شده در قسمت آسیب های زیرمنظومه زوجی همسو می باشد.

در بررسی عامل های به دست آمده در زیرمنظومه همشیرها مصاحبه های عمیق با والدین و همشیرهای کودک ADHD نشان داد که زیرمنظومه همشیرها تحت تأثیر مسائل فرزند ADHD خانواده قرار دارد و آسیب های خاصی به این زیرمنظومه وارد می شود که با نتایج پژوهش کینگ و همکاران (۲۰۱۶)، زاهدی و همکاران (۲۰۱۶)، ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) و حامد و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

دنیای پدیداری همشیرها نشان داد که این کودکان در خانواده احساسات منفی زیادی را تجربه می کنند. زمانی که کودکان یک خانواده متوجه می شوند که نسبت به کودک مبتلا به اختلال ADHD کمتر مورد توجه هستند و یا در حاشیه قرار گرفته اند احساسات ناخوشایندی مانند حسادت، تنفر، رقابت و... به آنها دست می زند که با نتایج پژوهش کینگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو می باشد. همچنین همشیرها در این پژوهش نشان دادند که نگران تعارض های خانوادگی و مشکلات آن هستند. از آسیب دیدن روابط والدین شان تا آسیب به روابط همشیرها و ساختار خانواده و مختل شدن روابط خانوادگی با دیگران، ترس از اتفاقات پیش بینی نشده در خانواده، نگرانی از عدم اعتماد والدین به فرزندان خانواده و عدم بازگشت این اعتماد نگرانی مزمنی را برای زیرمنظومه همشیرها به وجود آورده است که خود عامل نداشتن تمرکز و آرامش روانی در زندگی است. همچنین ایجاد یک نوع منفی گرایی افراطی در بین خانواده و به خصوص در بین همشیرها آسیب جدی است که به این زیرمنظومه وارد شده است. همشیرهای کودک ADHD مقصر اصلی و بانی تمام اتفاقات زندگی را کودک ADHD می دانند و نسبت به وی بسیار بدبینانه عمل و قضاوت میکنند. به همین خاطر روابط همشیرها با کودک ADHD روزبه روز بدتر، تعارض آنها بیشتر و گرمی و صمیمیت آنها کمتر شده است که با نتایج پژوهش میکامی و پفیتر (۲۰۰۸) همسو می باشد.

آسیب دیگر به این زیرمنظومه مشکلات خاصی است که ناشی از کودک ADHD است. همشیرها اظهار داشتند که دائماً درگیر مسائل کودک ADHD هستند و وی را به عنوان محرکی تنش‌زا می‌دانند که آزار، اذیت و استرس زیادی را به آنها وارد می‌کند و والدین نیز این موضوع را تأیید کردند (دانیل و همکاران، ۲۰۱۶). این مشکلات باعث کاهش سلامت روان همشیرها شده است. همچنین با دیدن اعمال و کارهای همشیر ADHD و گاهی نادیده گرفتن مشکلات وی از سوی والدین، بی‌نظمی، سهل‌انگاری و اهمال کاری در همشیرها نیز ترویج پیدا کرده است. از طرف دیگر همشیرهایی که در مقابل این ترویج بی‌نظمی مقاومت کرده‌اند بخاطر نبود امنیت روانی و محیط سالم و به دور از تنش، آرامش روانی خود را از دست داده‌اند که خود این عامل باعث تنش بیشتر خانوادگی، تعارضات بین فردی بیشتر (هاروی، ۲۰۱۱)، بروز احساسات منفی و آسیب به خانواده می‌شود.

همچنین از دنیای پدیداری همشیرها رنج ناشی از نبود مهارت‌های خانوادگی قابل استنباط بود. همشیرها در این پژوهش ابراز کردند که تعارض و اختلافات آنها به صورت مزمن درآمده است و روش مقابله با آن را نمی‌دانند و از این نبود مهارت کلافه شده‌اند. همچنین نتایج کدگذاری‌ها نشان داد که اکثر همشیرها هم‌علیه کودک ADHD ائتلاف کرده‌اند و رفتار نامناسبی با او دارند که باعث از بین رفتن صمیمیت و شیوع دشمنی و خصومت در خانواده‌ها شده است و سازگاری آنها را پایین آورده است که با نتایج پژوهش جانسون (۲۰۱۲) و کینگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

به طور کلی آسیب‌های زیرمنظومه همشیرها در خانواده‌های دارای کودک ADHD نه تنها بر تک‌تک اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد بلکه نظام خانوادگی را نیز به چالش می‌کشد (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۷) و نیاز جدی این خانواده‌ها به خصوص زیرمنظومه‌ی همشیرها را به حمایت، نظارت و آموزش جامع پررنگ‌تر می‌کند که مطابق با نتایج دو زیرمنظومه دیگر و پژوهش‌های موین و همکاران (۲۰۱۴)، فوستر و همکاران (۲۰۱۲)، سولی و لارسن (۲۰۱۶) و اریکا و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد.

به طور یقین، برای برطرف کردن مشکلات و آسیب‌های زیرمنظومه‌های خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ابتدا باید به دنبال ارزیابی این عوامل بود و سپس به مداخلات لازم پرداخت. گویه‌های این پرسشنامه علاوه بر اینکه

مبتنی بر بررسی و مطالعه منابع بود، بر اساس مصاحبه با خانواده ها و افراد آن در سه حیطه زوجی، والدینی و همشیرها تهیه گردید، از این رو با فرهنگ جامعه ایران تطابق داشته و این امتیازی نسبت به پرسشنامه های مشابه قلمداد می گردد. همچنین این پرسشنامه یک پرسشنامه ی خودگزارشی محسوب میشود که میتواند ارزیابی آسیب ها را از دیدگاه والدین و همشیرها مشخص کند، هرچند بهتر است این ابزار با مصاحبه، مشاهده و گرفتن شرح حال از تک تک اعضای خانواده تکمیل گردد، ولی در مواردی که حجم نمونه زیاد باشد، بیشترین کاربرد را دارد. با وجود آنکه طولانی بودن این پرسشنامه می تواند در پاره ای از مواقع از کاربردپذیری آن در موقعیت های پژوهشی بکاهد؛ در عوض، در کارهای بالینی میتواند به عنوان یک ابزار تشخیصی معتبر مورد استفاده قرار بگیرد.

از جمله محدودیت ها در این پژوهش وابستگی نتایج به شرایط خانواده مورد مطالعه از جمله مکان، شرایط اقتصادی، ویژگیهای همسر و چرخه ی زندگی خانوادگی آنها بود. محدودیت دیگر عدم بررسی پویایی های کلی رابطه ی زناشویی، والدینی و رابطه همشیرها است. در عین حال، این محدودیت ها از جمله ی ویژگیهای پژوهش کیفی است که پژوهش را منحصر به فرد می کند. لذا پیشنهاد میشود در پژوهش های دیگر این پدیده ها مورد بررسی قرار گیرند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی والدین عزیزی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند نهایت سپاسگزاری را داریم.

### منابع

نصیری، حبیب الله. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ی ایرانی آن. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت.

Arieta, M. T. (2008). *Women's couple relationship satisfaction: The impact of family structure and interparental conflict*. Doctoral Dissertation. Sanfrancisco University.

Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*: Guilford Publications.

Bussing, R., Mason, DM., Bell, L., Porter, P., Garvan, C.(2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a

- diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jun; 49(6):595-605. doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.006.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., et al. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attentiondeficit/ Hyperactivity Disorder, *Developmental Psychology*, 43: 70-82.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- Cohen, M., Domburgh, V., Vermerien, R., Geluk, C. H., & Dorelejeers, T., H. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of offending in childhood first time arrestees. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21, 243-251.
- Colaizzi, P. F. (1973). *Reflection and research in psychology*. Dubuque, IA: Kendall Hunt.<sup>1</sup>
- Coogan, AN., Baird, AL., Popa-Wagner, A., Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: Te what, the when and the why. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 67, 74-81.
- Danielle, M., Walerius. Nicholas, D., .Fogleman.Paul, J.Rosen. (2016). The Role of ADHD and Negative Emotional Lability in Predicting Changes in Parenting Daily Hassles.*J Child FAM Stud*.25:2279- 2291.
- Erica S. F. Wan, Joyce L. C. Ma, Kelly Y. C. Lai, and Julia W. K. Lo. (2016). the Subjective Experiences of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder of Chinese Families in Hong Kong: Co-Construction of Meanings in Multiple Family Groups. *Journal of National Association of Social Workers*. doi: 10.1093/hsw/hlw023.
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: a family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. 21, 3-11.
- Hamed, A.M. Kauer, A.J. Stevens, H.E. (2015). Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Front. Psychiatry*. 6, 168. [CrossRef] [PubMed]
- Harvey, EA. Metcalfe, LA., Herbert, SD & Fanton, JH. (2011) .The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79, 784-795.
- Ho, S. W., Chien, W. T., & Wang, L. Q. (2011). Parents' perceptions of care-giving to a child with attention deficit hyperactivity disorder: An exploratory study. *Contemporary Nurse*, 40(1), 41-56. doi:10.5172/conu.2011.40.1.41.

- Johnston, C. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228.
- King, K., Alexander, D., & Seabi, J. (2016). Siblings' perceptions of their ADHD-diagnosed sibling's impact on the family system. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*. Doi: 10.3390/ijerph13090910.
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 26,839-847.
- Mikami, A.Y.; Pfiffner, L.J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *J. Atten. Disord.* 11, 482–492. [CrossRef] [PubMed]
- Moen, O. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3166–3176. doi:10.1111/jocn.12559.
- Nass, D., & Leventhal, F. (2011). *100 Questions & Answers about Your Child's ADHD: From Preschool to College*, USA: Jones & Bartlett Learning.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-p-positive parenting program, *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983-998.
- Schroder, V.M., Kelly, M.L. (2008). Association between Families Environment, Parenting Practice and Executive Functioning of Children with and without ADHD, *Journal of Family and Child Study*, DOI 10.1007/s10826-008-9223-0.
- Shelton, K., & Harold, G. (2008). Inter parental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 22, 712-724.
- Shur-Fen Gau, S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 688-696.
- Sollie, H., & Larsson, B. (2016). Parent-reported symptoms, impairment, helpfulness of treatment, and unmet service needs in a follow-up of outpatient children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(8), 582–590. doi:10.1080/08039488.2016.1187204.
- Wright, LM & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis, Philadelphia, PA.
- Zahedi, K., Fatehizade, M., Bahrami, F., & Jazayeri, R. (2016). The Effect of Cognitive-Behavioral Parenting Skills Training (CBPST) on the Behavioral Problems of Preschool Children. *Review of European Studies*, 8(2), 61.