

شناسایی عوامل تاب آوری در مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه (ADHD): یک پژوهش کیفی

علی امیری مقدم^{۱*}، منصور سودانی^۲، رضا خجسته مهر^۳، مهناز مهربانی زاده هنرمند^۳

چکیده

۱- دانشجوی دکتری مشاوره.

۲- استاد گروه مشاوره

۳- استاد گروه روانشناسی.

زمینه و هدف: زندگی با کودکان ADHD در خانواده، مسائل و مشکلات خاصی را برای مادران ایجاد می کند. صرف نظر از اثرات مثبت و منفی داشتن فرزند دارای اختلال ADHD، این سؤال وجود دارد که چرا برخی از مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی موفق اند و عملکرد بسیار خوبی دارند اما برخی دیگر از آن ها ناموفق اند، عملکرد بسیار ضعیفی دارند و با مسائل و مشکلات گوناگونی مواجه هستند؟ از این رو هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل تاب آوری در مادران کودکان دارای اختلال ADHD می باشد.

روش بررسی: این پژوهش کیفی، و بر پایه تحلیل محتوا است. ۲۳ مادر که تجربه تاب آوری داشته اند با روش نمونه گیری هدفمند از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته تا رسیدن داده ها به اشباع کامل انتخاب شدند.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به چهار طبقه اصلی و دوازده طبقه فرعی شد. طبقه عوامل فردی و روانشناختی شامل زیر طبقات احساس خود، خودکارآمدی، احساس هدفمندی، مهارت حل مسئله و عوامل نگرشی؛ طبقه عوامل خانوادگی شامل حمایت همسر و حمایت سایر اعضای خانواده؛ طبقه عوامل اجتماعی شامل مهارت بین فردی، حمایت اجتماعی و آگاهی اجتماعی؛ و طبقه عوامل نیروهای معنوی شامل اعتقادات مذهبی و توصیه های اسلامی بوده است.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان می دهد، برای این که مادران کودکان دارای اختلال ADHD بتوانند تاب آور شوند، باید ابتدا عوامل تاب آوری شناسایی و سپس تحت برنامه آموزش متناسب قرار گیرند تا مهارتهای لازم را کسب کنند. به همین دلیل عوامل موثر بر تاب آوری مادران کودکان دارای اختلال ADHD مورد بحث قرار گرفته است. بحث تفصیلی پیرامون نتایج و توصیه های پژوهشی و مداخله ای در متن مقاله آورده شده است.

واژگان کلیدی: تاب آوری، مادران، کودکان دارای اختلال ADHD

۱و۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

علی امیری مقدم؛ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۵۰۵۳۵۸۲

Email: Ali.amirimoghdam@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۷/۱۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۹/۴/۷ اعلام قبولی: ۱۳۹۹/۴/۱۱

مقدمه

تنش در قالب خانوادگی به خصوص وقتی که مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضر روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (۱). یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش گردد، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است. به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش را محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات، بیش‌فعالی/نارسایی توجه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) می‌باشد (۲). بیش‌فعالی، اختلالی است که با تحریک پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (۳). در اکثر موارد، بیش‌فعال با مشکلات دیگری هم چون لجبازی، نافرمانی از والدین، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز همراه است (۴). رفتارهای ناسازگارانه کودک بیش‌فعال (هم چون تکان شگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک پذیری) احساس بدی در والدین (هم چون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل) به وجود می‌آورد (۵). این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد. به این ترتیب چرخه معیوبی بوجود می‌آید، به شکلی که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (۶). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می‌تواند دامنه‌ای از طرد یا پذیرش کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد (۲).

نیاز به امکانات ویژه برای مراقبت از کودک بیش‌فعال، تحمل صحبت‌های دیگران، خدشه دار شدن رابطه‌ی کودک و والدین در اثر جدایی از افراد همسال، مشکلاتی که در ارتباط با خواهر و برادر او ایجاد می‌گردد، مسائل آموزشی، مشکلاتی هستند که والدین در نگهداری و تربیت کودک بیش‌فعال با آن کم و بیش مواجهند و همگی موجب آمدن فشار و استرس روی والدین علی‌الخصوص مادر می‌گردد و احتمالاً آرامش خانوادگی را بهم می‌زند (۷). از آنجا که بیش‌فعالی و رفتارهای ناشی از آن، امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهران و برادران و والدین خود دارد تأثیر می‌گذارد. در این میان، سلامتی مادرانی که مجبورند معمولاً در خانه به کودک خود رسیدگی کنند، بیشتر

در معرض آسیب است (۸). مادران کودکان بیش‌فعال در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را برای مراقبت از فرزند آسیب دیده خود اختصاص می‌دهند، به علت شرایط و مسئولیت‌های مداومی که بیش‌فعالی از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می‌شوند و در مخاطره آسیب‌های روانی بسیاری قرار می‌گیرند (۹).

طیف وسیعی از پیشینه پژوهش حکایت از این واقعیت دارد که وجود کودک دارای اختلال بیش‌فعال (ADHD)، مشکلات زیادی را برای والدین مخصوصاً مادران به همراه دارد. پژوهش‌های بارکلی (Barkely) (۱۰)، ماش و بارکلی (Mash & Barkely) (۱۱)، مارمورستین (Marmorstin) (۱۲) و بارت (Burt) و همکاران (۱۳) بیانگر این بود که مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعال، فشارها، مشکلات روانی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا، روابط تحمیلی و وضعیت‌های سختی را در زندگی با این کودکان تجربه می‌کنند. پژوهشگران دیگری بر این باورند که مادران کودکان بیش‌فعال نسبت به مادران کودکان عادی بار روانی و مشکلات روان‌شناختی بسیاری را به دوش می‌کشند (۱۴)، از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند (۱۵) و (۳) تعاملات منفی بیشتری دارند (۱۶) و مشکلات تنظیم هیجانی و رفتاری بالاتری (۴) را تجربه می‌کنند. از جمله عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگه می‌دارد، تاب آوری است (۱۷). این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان افراد جلوگیری می‌کند و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگه می‌دارد (۱۸). تاب آوری عاملی است که در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی به انسان کمک می‌کند (۱۹)، توانایی سازگاری با درد را افزایش می‌دهد (۲۰)، افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۱) و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۲۲). مادران دارای فرزند بیش‌فعال هر چه تاب آوری بالاتری داشته باشند، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوارشان بالاتر می‌رود و می‌توانند در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزند بیش‌فعال، مقام‌تر بوده و کیفیت زندگی هم در این وضعیت بالاتر خواهد رفت (۲۳). در

اختلال بیش فعالی کودکان بر مادران و حمایت از مادران و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است، مادران کودکان دارای اختلال ADHD تاب آوری خود را چگونه توصیف می‌کنند؟ و مهمترین عوامل تاب آوری در مادران کودکان دارای اختلال ADHD چیست؟

روش بررسی

در این پژوهش از رویکرد تحلیل محتوای کیفی عرفی/ قراردادی استفاده شد؛ و اطلاعات به طور مستقیم از مشارکت کننده های مورد مطالعه بدون تحمیل طبقات از پیش تعیین شده و یا دیدگاه های نظری قبلی کسب می‌گردد و دانش تولید شده در این روش براساس دیدگاه واحد و منحصر به فرد مشارکت کننده ها و از داده های واقعی متن بوده و کدها و طبقات به طور مستقیم و به صورت استقرایی از داده های خام استخراج شده اند (۳۹). تحلیل محتوای عرفی/ قراردادی معمولاً در طراحی مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده می‌باشد؛ در این حالت محققان خودشان را بر امواج داده ها شناور می‌کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود؛ بنابراین تحلیل محتوای کیفی را می‌توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده های متنی از طریق فرایندهای طبقه بندی نظام مند، کدبندی، و تم سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده دانست (۳۹). همچنین یکی از ویژگی های بنیادین پژوهش های کیفی نظریه پردازی به جای آزمون نظریه است (۲۷). با تحلیل کیفی می‌توان یک رویکرد تجربی، روش شناسانه و کنترل شده ی مرحله به مرحله را با رعایت عناصر مورد مطالعه در نظر گرفت (۳۸). این تعاریف بیان می‌کنند که تحلیل محتوای کیفی به محققان اجازه می‌دهد اصالت و حقیقت داده ها را به گونه ی ذهنی، ولی با روش علمی تفسیر کنند. عینیت نتایج به وسیله وجود یک فرایند کدبندی نظام مند تضمین می‌شود. تحلیل محتوای کیفی به فراسویی از کلمات یا محتوای عینی متون می‌رود و تم ها یا الگوهای را که آشکار یا پنهان هستند به صورت محتوای آشکار می‌آزماید (۳۸). همین عامل موجب شده است که محققان، تحلیل محتوای کیفی را به منزله ی روشی انعطاف پذیر، به ویژه برای داده های متنی در نظر بگیرند. جامعه پژوهشی، مادران کودکان دارای اختلال ADHD در استان خوزستان می‌باشد، و نمونه

پژوهشی زوترا و استارجن (Zautra & sturgeon) (۲۴)، نشان دادند سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. و مادرانی که سطوح تاب آوری بالاتری دارند در کیفیت زندگی و مؤلفه های آن هم می‌توانند نمرات بهتری را به دست آورند؛ این افراد با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. پژوهش های صادقی و همکاران (۲۵) و پینگوارت (Pinguart) (۱۸) تأثیر تاب آوری را بر سلامت روان بررسی کردند و نتیجه نشان داد افرادی که تاب آوری بیشتری دارند و از مؤلفه های تاب آوری استفاده می‌کنند، سلامت روان بیشتری دارند و توان اجتماعی، توانایی حل مسئله، احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن در این افراد بیشتر وجود دارد. در ایران پژوهش هایی به موضوع تاب آوری با جمعیت های مختلف پرداخته اند. برای مثال، تاب آوری در میان زنان سرپرست خانوار (۲۶)، زنان مهاجر (۲۷)، بیماران سرطانی (۲۸)، بیماران فشار خونی (۲۹)، بیماران قلبی، عروقی (۳۰)، سالمندان (۳۱؛ ۳۲)، معلمان (۳۳؛ ۳۴)، پرستاران (۳۵؛ ۳۶) و نوجوانان در معرض خطرات مختلف (۳۷) مورد مطالعه قرار گرفته شده است. اما معدود پژوهش هایی در ایران به موضوع تاب آوری مادران دارای کودک ADHD پرداخته اند. پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که بر فهم وابسته به فرهنگ تاب آوری با استفاده از روش کیفی تمرکز دارد. تا کنون ادراک تاب آوری و معنای آن به شکل کیفی و تحلیل عوامل تاب آوری در مادران دارای فرزند بیش فعال (ADHD) انجام نشده است؛ در صورتی که کرسول (Creswell) (۳۸) اظهار می‌کند که مطالعه عمیق معنای پدیده ها با روش کیفی امکان پذیر است. تحقیقات گذشته گستره تاب آوری را در روابط بین فردی نشان داده اند اکنون نیاز هست به مطالعه و شناسایی مهمترین عوامل تجربه تاب آوری در مادران دارای فرزند بیش فعال پرداخته شود.

بنابراین با توجه به خلأ تحقیقات گذشته در بررسی تجربه مادران کودکان دارای اختلال ADHD و شناسایی مهمترین عوامل تاب آوری آن‌ها از دیدگاهی کیفی، با توجه به ملاحظات فرهنگی در مورد پدیده تاب آوری و مهمترین عوامل آن، در بافت نمونه های ایرانی و خوزستانی، و با عنایت به ضرورت شناخت تأثیر

اصلی نوشته و واحدهای معنایی نیز چندبار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته و کدها براساس تشابه به مفهومی طبقه بندی شد. روند تنزل در کاهش داده ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات جریان داشت. در نهایت داده ها در طبقه اصلی که کلی تر بود قرار گرفت. برای اطمینان از صحت و دقت داده ها، از معیارهای چهارگانه شامل اعتبار (credibility)، تأییدپذیری (confirmability)، قابلیت اعتماد (dependability) و انتقال پذیری (transferability) استفاده گردید (۳۸). جهت افزایش معیار اعتبار در این پژوهش از مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و حسن ارتباط با شرکت کننده ها استفاده شد. برای معیار اعتمادپذیری، اطلاعات در اختیار سه تحلیل گر کیفی قرار گرفت و کدگذاری و تحلیل داده ها به صورت جداگانه انجام شد که در ۹۵ درصد موارد، نتایج تحلیل و کدگذاری تحلیل گرها با کدگذاری این پژوهش تشابه داشت.

در معیار تأییدپذیری، علاقه به مقوله ی مورد مطالعه، تماس درازمدت با این مقوله و تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه از عوامل تعیین کننده تأییدپذیری بود. همچنین، برای بررسی میزان انتقال پذیری، نتایج در اختیار دو شرکت کننده خارج از گروه شرکت کنندگان قرار داده شد که این دو نیز نتایج را تأیید کردند. در این پژوهش سعی شده است در انتخاب نمونه از لحاظ قومیتی و فرهنگی، نمونه ای با حداکثر تنوع بکار گرفته شود، به این دلیل مشارکت کنندگان از قومیت ها و شهرهای گوناگون در استان خوزستان انتخاب شده بودند. (جدول ۱).

ابزار پژوهش

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون Conner- Davidson Resilience Scale (CD- RIS) برای سنجش تاب آوری افراد توسط کانور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ارائه شده است. آنان این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی سال های ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در زمینه ی تاب آوری تهیه و هنجار نموده اند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه اعم از جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه،

شامل ۲۳ مادر دارای کودک ADHD می باشد که تجربه تاب آوری داشته اند و از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱- مشارکت کنندگان از طریق پرسشنامه تاب آوری کانور و دیویدسون، تجربه تاب آوری را نشان داده باشند؛ ۲- حضور داوطلبانه و همکاری با پژوهشگر ۳- مشارکت کنندگان دارای کودک بیش فعال- نقص توجه باشند، یعنی کودکی که روان پزشک و روان شناس، تشخیص مسلم بیش فعالی داده باشند. ۴- مطالعه و امضاء کردن فرم حضور آگاهانه؛ ۵- مشارکت کنندگان دارای سواد شناختی لازم برای در اختیار گذاشتن تجارب خویش باشند. نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت؛ اشباع به معنی رسیدن به نقطه ای در تحقیق است که جمع آوری داده های اضافی بی حاصل به نظر برسند؛ یعنی داده های جدید اطلاعات بیشتری به تبیین نمی افزاید (۴۰). روش اصلی جمع آوری داده ها در مطالعه حاضر، براساس نوع مطالعه و روش اجرای پژوهش، مصاحبه از نوع نیمه ساختار یافته بود. با مرور ادبیات پژوهش، سوال هایی در زمینه عوامل تاب آوری مادران کودکان ADHD تدوین شد و پس از بررسی صحت محتوا و کفایت سوال های مصاحبه نیمه ساختاریافته، بعضی از سوالات حذف و یا تغییر داده شدند. ابتدا هدف مطالعه برای مشارکت کنندگان شرح داده شد و در صورت موافقت برای مشارکت در این پژوهش، مورد مصاحبه قرار می گرفتند. مدت جلسات مصاحبه به طور متوسط بین ۳۵ تا ۶۲ دقیقه بود. اغلب مصاحبه ها با این سوال که شما فکر می کنید مهم ترین عواملی که منجر به ادراک تاب آوری در شما شده، چه عواملی است؟ آغاز گردید و از مشارکت کنندگان درخواست که در مورد تجربه های خود در این زمینه صحبت کنند. مصاحبه ها با رضایت کامل مشارکت کنندگان ضبط و محتوای آن بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار خط به خط پیاده گردید و برای درک کلی محتوای گفته های مشارکت کننده ها چندین مرتبه خوانده می شد. با توجه به ماهیت پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده ها، از روش کولایزی Collaizi استفاده گردید. بدین منظور بعد از انجام هر مصاحبه بلافاصله مصاحبه ها دست نویس و متن حاصل چندین بار خوانده و مرور شد. سپس کلمه به کلمه نوشته شد و مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به واحدهای معنایی به صورت جملات یا پاراگراف مرتبط با معنای

مصاحبه نیمه ساختار یافته

در این پژوهش مصاحبه‌ها از نوع باز و نیمه ساختاریافته و انفرادی هستند که ضبط و در اسرع وقت پیاده و کدبندی و تجزیه و تحلیل می‌شوند تا بازخورد لازم برای مصاحبه‌های بعدی یا کفایت و اشباع داده‌ها را فراهم کنند. قبل از مصاحبه، رضایت کامل از شرکت کنندگان و اجازه‌ی ضبط مصاحبه‌ها اخذ شد.

انجام گرفته است. پرسشنامه‌ی تاب‌آوری کانور و دیویدسون ۲۵ گزاره دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۴۱) هنجاریابی شده است. وی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری کانور و دیویدسون را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آورده است.

جدول ۱: ویژگی جمعیتی شرکت کنندگان

| شرکت کننده | سن | تحصیلات | شهر | قومیت | سابقه تأهل | تعداد فرزندان | سن فرزند ADHD |
|------------|----|--------------|-----------|---------|------------|---------------|---------------|
| ۱ | ۲۸ | لیسانس | اهواز | لر | ۶ | ۱ | ۵ |
| ۲ | ۳۳ | دیپلم | اهواز | لر | ۹ | ۲ | ۸ |
| ۳ | ۲۵ | دیپلم | اهواز | عرب | ۶ | ۲ | ۵ |
| ۴ | ۳۸ | لیسانس | آبادان | عرب | ۱۹ | ۳ | ۱۰ |
| ۵ | ۴۱ | دیپلم | خرمشهر | عرب | ۲۳ | ۳ | ۱۱ |
| ۶ | ۲۹ | لیسانس | دزفول | دزفولی | ۷ | ۱ | ۵ |
| ۷ | ۲۸ | دیپلم | باغملک | لر | ۶ | ۱ | ۵ |
| ۸ | ۳۱ | سیکل | بندر امام | عرب | ۱۰ | ۳ | ۸ |
| ۹ | ۲۶ | دیپلم | اهواز | دزفولی | ۵ | ۱ | ۴ |
| ۱۰ | ۳۶ | فوق لیسانس | اهواز | عرب | ۹ | ۲ | ۷ |
| ۱۱ | ۴۱ | لیسانس | اهواز | شوشتری | ۱۴ | ۳ | ۶ |
| ۱۲ | ۲۹ | دیپلم | اهواز | لر | ۶ | ۱ | ۴ |
| ۱۳ | ۴۳ | پنجم ابتدایی | اهواز | لر | ۲۶ | ۱ | ۹ |
| ۱۴ | ۳۲ | لیسانس | ماهشهر | لر | ۸ | ۱ | ۷ |
| ۱۵ | ۳۶ | سیکل | اهواز | عرب | ۸ | ۱ | ۶ |
| ۱۶ | ۳۸ | لیسانس | دزفول | دزفولی | ۱۵ | ۳ | ۶ |
| ۱۷ | ۲۸ | دیپلم | اهواز | بهبهانی | ۹ | ۲ | ۵ |
| ۱۸ | ۲۲ | سیکل | اهواز | عرب | ۵ | ۱ | ۴ |
| ۱۹ | ۴۱ | دیپلم | شادگان | عرب | ۱۹ | ۴ | ۱۱ |
| ۲۰ | ۳۹ | لیسانس | ماهشهر | بهبهانی | ۱۶ | ۳ | ۱۰ |
| ۲۱ | ۲۸ | لیسانس | اهواز | لر | ۶ | ۱ | ۵ |
| ۲۲ | ۳۵ | فوق لیسانس | اهواز | لر | | ۱ | ۵ |
| ۲۳ | ۳۲ | راهنمایی | اهواز | عرب | ۱۴ | ۳ | ۱۱ |

یافته ها

در جدول ۲ چهار مؤلفه به عنوان طبقه اصلی و ۱۲ مؤلفه به عنوان طبقه های فرعی در تحلیل داده ها به دست آمده است که هر ۱۶ طبقه به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲: طبقه های استخراج شده از تحلیل مصاحبه ها

| مقوله ی اصلی | مقوله ی فرعی | نمونه ای از کدها |
|-------------------------|--------------------------|---|
| | خود احساسی | (حرمت خود- اعتماد به خود- خودادراکی- پذیرش- خودآگاهی از نقاط قوت و ضعف- خودآگاهی از هیجان ها و انگیزش ها) |
| | خودکارآمدی | (توانایی مدیریت بحران- کنترل درونی داشتن- مسئولیت های مراقبتی- فعالیت های ورزشی- مهار هیجان و رفتارهای منفی- نقش دانش و تسهیلات) |
| عوامل فردی و روانشناختی | احساس هدفمندی | جهت یابی مثبت به آینده- انگیزه پیشرفت داشتن- سخت کوش بودن- پذیرش مشکل- انعطاف پذیر بودن در برابر چالش ها) |
| | مهارت حل مسئله | (مهارت مقابله ای- برنامه ریزی کردن- تنظیم هدف- ارائه راه حل) |
| | عوامل نگرش | (ادراک مثبت از فرزند ADHD- رشد طرحواره ای مفید و سازنده- مثبت اندیشی- خوش بینی- عشق و علاقه شدید به فرزند- اصلاح باورها و انتظارات نابجا) |
| عوامل خانوادگی | حمایت همسر | (پذیرش و محبت همسر- همکاری در تربیت فرزند- هم دل بودن همسر- گفتگوی سازنده- توجه و قدرشناسی همسر) |
| | حمایت سایر اعضای خانواده | (تعاملات خانوادگی- همکاری و همیاری اعضای خانواده- نقش حضور خانواده) |
| | مهارت بین فردی | (برقرای روابط مثبت اجتماعی- مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی- عوامل فرهنگی- آموزش راهبردهای مقابله ای- داشتن الگو) |
| عوامل اجتماعی | حمایت اجتماعی | (حمایت اقتصادی- میزان درآمد- مراکز و منابع حمایتی شامل دوستان، معلمان، مشاوران و متخصصان بالینی) |
| | آگاهی اجتماعی | (آگاهی رسانه ای- نقش شبکه های اجتماعی- همکاری و همراهی مدارس- تأثیر جامعه) |
| عوامل و نیروهای معنوی | اعتقادات مذهبی | (دلبستگی به خدا- صبر و توکل- هوش معنوی- احساس یگانگی) |
| | توصیه های اسلامی | (کلام خدا در قرآن- توصیه ائمه اطهار- پیام های نهفته در نماز و دعا) |

عوامل فردی و روانشناختی

برای مشارکت کنندگان این پژوهش تجربه تاب آوری در درجه نخست زمانی است که از درون خود، احساس تاب آوری کنند و به صورت درون روانی خود را آماده تاب آوری بدانند. برای آن‌ها مهمترین عوامل فردی و روانشناختی شامل احساس خود، خودکارآمدی، احساس هدفمندی، مهارت حل مسئله و عوامل نگرشی می باشد که از دیدگاه آن‌ها نوعی آمادگی درونیست که باعث شده خود را تاب آور بدانند. به این دلیل این طبقه عوامل فردی و روانشناختی نامیده شده و شامل حالت هایی می شود که مشارکت کنندگان آن را در درون خود احساس کرده و لزوم آن‌ها را برای اقدام به تاب آوری در برابر کودکان دارای اختلال ADHD ضروری دانسته اند. سینا و همکاران (Sina et al) در یک مطالعه کیفی، مهمترین عوامل تاب آوری را، توانایی مقابله فردی و رفاه فردی عنوان می کنند (۴۲). در مطالعه دیگری که به صورت کیفی انجام گرفت، یی و همکاران (Ye et al) تأکید می کنند، کسانی که سطح توانمندی درونی آن‌ها پایین است، سطح تاب آوری پایینی دارند. آن‌ها در این الگوی کیفی، مهمترین عوامل تاب آوری را، امید به آینده، نگرش مثبت و خودکارآمدی می دانند (۴۳). عوامل فردی و روانشناختی تاب آوری، به عنوان طبقه اصلی در این مطالعه، شامل پنج طبقه فرعی می باشد.

الف) خود احساسی

در بحث تاب آوری و متغیرهای مرتبط با آن یکی از مفاهیم اصلی و تأثیرگذار احساس خود است. احساس خود قوی از طریق حرمت خود، اعتماد به خود و خودادراکی مشخص می شود (۲۴). احساس خود، درک و شناختی است که فرد از خودش دارد. افراد تاب آور نسبت به انگیزش‌ها، هیجان‌ها و نقاط قوت و ضعف شان آگاهی دارند. خود احساسی به افراد تاب آور احساس قوی از هویت فردی ارائه می دهد و باعث می شود آن‌ها خودشان را به عنوان شخصیت های منسجم و دارای معنی و هدف در زندگی شان ببینند (۴۴). قسمت هایی از عبارت های چند مادر در زیر آورده شده اند:

- من با سختی خو گرفتم و دیگه از سختی فراری نیستم. عوضش احساس می کنم هیچ چیز نمی تونه منو از پا در بیاره اصلاً اگه سختی نباشه زندگی نمی چسبه (مادر ۲۱).

- الان نسبت به اون روزای سخت راحتتر هستم، شاید باورتون نشه ولی خیلی کم پیش می آمد که من از ته دل بخندم، ولی الان حس خوبی دارم (مادر ۱۰).

ب) خودکارآمدی

منظور از خودکارآمدی، میزان اطمینانی است که هر فرد به توانایی خود در زمینه ی اجرای مجموعه ای از کارها یا انجام یک تکلیف خاص ابراز می نماید. به نظر نیوستادتر (Neustadter) (۴۵) خودکارآمدی، ممکن است با عناوین مختلفی همچون شایستگی ادراک شده، انتظار موفقیت احتمالی، سبک اسنادی و باورهای کنترل بیان شود، ولی باید توجه داشت که منظور از خودکارآمدی، پاسخ به این پرسش است که «آیا می توانم این کار را انجام دهم؟». برخی از مادران در این زمینه گفته اند که:

- بحران های زیادی، شدیدتر از این ها طی کرده ام، این هم یکی شبیه به اونها و شاید کمتر از اونها (مادر ۵).

- می دانم که این یک مشکل بزرگی هست که گریبان گیر ما شده است و می دانم که اگر شل بگیرم، رفته ام؛ بنابراین من باید قوی باشم. من در هر شرایطی خودم را قوی می گیرم. ورزش می کنم، موسیقی گوش می دهم و نمی زارم از بین بروم (مادر ۱۹).

ج) احساس هدفمندی

احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن در افراد تاب آور مشاهده می شود (۴۶). این افراد در رویدادها و بحران ها بعد اخلاقی شان گسترده می شود، احساس هدفمندی بیشتری در زندگی می کنند و شفقت و مهربانی شان نسبت به گرفتاری های دیگران افزایش می یابد. یکی از ویژگی های افراد تاب آور این است که سوالاتی از خودشان در ارتباط با هدف زندگی می پرسند؛ اینکه من از کجا آمده ام؟ چه کسی هستم؟ کجا خواهیم رفت؟ و اینکه داشتن هدف در زندگی لازم است (۴۷). مادران عبارات زیر را در این مورد بیان داشته اند:

- همزمان با همین مشکل من در دانشگاه ادامه تحصیل می دادم، مادر و خواهرم خیلی کمکم کردند، ولی بسیار خسته می شدم، الان فکر می کنم چطور جون داشتم برم. خودم هم تعجب می کنم. همه می گفتند نمی تونی اما من تونستم، چون هدف دارم و باید تلاش کنم (مادر ۲۲).

منه، من حاضرم به خاطرش هر کاری انجام بدم، هر شرایطی را تحمل می کنم فقط سلامت باشد (مادر ۷).

- من دوست ندارم برچسب بیماری به فرزند من یا بقیه فرزندان شبیه به ایشون زده بشه، فرزند من بیمار نیست، فرزند من سالم است فقط در فعالیت ها و جنب و جوش، تحرک بیشتری دارد که این هم قطعاً تا آخر عمر نخواهد بود و معمولاً تا اول نوجوانی ادامه دارد، چون خیلی ها این شکلی بودند و الان زندگی عادی دارند (مادر ۲۱).

عوامل خانوادگی:

حمایت خانواده به عنوان یکی از عوامل تاب آوری مادران کودکان دارای اختلال ADHD، شامل ادراک حالتی است که فرد در آن خود را از نظر حمایت خانواده چه از لحاظ مالی و غیرمالی تأمین بداند. به این معنی که حمایت خانواده را از لحاظ گوناگون داشته باشد. در این حالت از نظر مشارکت کنندگان تاب آوری آسان تر می شود (۵۰). راحیم، کراس و رحیم (Rahiem, Krauss & Rahim) (۵۱) در پژوهشی تاب آوری و سازگاری با زندگی بعد از سونامی را در میان کودکان آسه تایلند مورد بررسی قرار دادند. یافته های آن ها نشان داد که، بازماندگان برای غلبه بر سختی نیاز به حمایت نزدیکان، والدین و خانواده ها داشتند و آن هایی که این حمایت ها را دریافت کرده بودند، تاب آورتر بودند. بنابراین، مشارکت کنندگان این جنبه را به عنوان یکی از مهمترین ابعاد تاب آوری در برابر کودکان ADHD می دانند که برای آن ها شامل حمایت همسر و حمایت سایر اعضای خانواده می باشد.

الف) حمایت همسر

بودن و حمایت همسر در شرایط ناگوار زندگی، موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می شود؛ اضطراب را کاهش می دهد، میزان مراقبت از خود را افزایش می دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای می گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد منجر می شود (۵۲). مادران عبارات زیر را در این مورد بیان کرده اند:

- همسرم کار می کند، زحمت می کشد، همیشه از سر کار به من زنگ می زند، می دونه که من چه سختی می کشم و همیشه

- درسته کنترل بعضی چیزها دست آدم نیست، اما گاهی در همین شرایط اتفاقاتی می افتد که اصلاً فکرش را هم نمی کنی. پس مطمئن باشی اونایی که هدف داره نمی میره (مادر ۱۰).

- هر چند این یک مشکل طاقت فرساست ولی دلیلی بر دست کشیدن از زندگی وجود ندارد و من پذیرفتم این بخشی از زندگی هست، همه زندگی نیست، و باید قبول کرد زندگی ادامه دارد (مادر ۱).

د) مهارت حل مسئله:

توانایی های عملی برای مقابله با مشکلات و کسب مهارت حل مسئله برای برطرف کردن مشکلات مربوط به کودک دارای اختلال بیش فعالی - نقص توجه، می تواند به والدین کمک کند تا احساس خوش بینی خود نسبت به زندگی کودک بیش فعال، و باور قوی داشتن به آینده روشن برای خود و فرزندشان را حفظ نمایند (۴۸). تعدادی از مادران در این مورد گفته اند:

- قبلاً زیاد غصه می خوردم که چرا من؟ و واقعاً ناامید بودم، اما یاد گرفتم از این تفکر بکنم و اجازه نمی دم این تفکر و این مشکلات بیچاره ام کند و شرایط را پذیرفتم و خوب هم بوده (مادر ۹).

- فکر می کنم این مشکل من را خیلی بزرگ کرده است، وقتی شما بتوانید این مشکلات تحمیل شده را حل کنید و یاد بگیرید که چطور با قضیه کنار آید، بزرگ می شی، رشد می کنی (مادر ۱۶).

- حالا دیگه خودم یک متخصص شدم برای خود و افراد مثل خودم. در مورد کودکان بیش فعال، مشکلات و چگونگی برخورد با آن ها به دیگران راه حل می دهم (مادر ۱۱).

ه) عوامل نگرشی

شناخت ها و نگرش ها می توانند نقش اساسی در ارتباط بین ناتوانی کودک با کیفیت زندگی والدینشان داشته باشند (۲۴). نگرش والدین قادر به پیش بینی کیفیت زندگی آن ها است و نقش تعیین کننده در کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی دارند (۴۹). برخی از مادران در این زمینه گفته اند که:

- من از بچه ام اصلاً ناراحت نیستم، دلیلی نمی بینم بخوام از ایشون ناراحت باشم، اون که گناهی ندارد، اون امید منه، زندگی

کانادا پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که طیف کاملی از عوامل اجتماعی هنگام بررسی چگونگی درک و ترویج فرایند تاب آوری مهم است. این عوامل عبارت بودند از: هویت جنسیتی، قومیت، آگاهی اجتماعی، استان محل سکونت، روابط اجتماعی و متغیرهای پایگاه اجتماعی اقتصادی (آموزش، درآمد، امنیت غذایی و ثبات منزل). عوامل اجتماعی یکی از مهمترین طبقات تأثیرگذار در تاب آوری مادران می باشد و شامل حالتی است که فرد در آن خود را از نظر حمایت و پذیرش قواعد اجتماعی و فرهنگی در مورد تاب آوری آماده می داند. مشارکت کنندگان این جنبه را از مهم ترین ابعاد تاب آوری خود می دانند که برای آن‌ها شامل مقولاتی مانند مهارت بین فردی، حمایت اجتماعی و آگاهی اجتماعی می باشد (۵۴).

الف) مهارت بین فردی

شخصیت های تاب آور، اغلب برای دیگران جذاب هستند. همچنین دارای مهارت بین فردی خاصی هستند که موجب ایجاد و حفظ روابط شان می شود. در نتیجه خود این امر به آن‌ها در مقابله با تجربه های فشارزای زندگی کمک می کند. (۲۴). افراد تاب آور مهارت ارتباطی بین فردی خوبی دارند. در زمان های فشار روانی، آن‌ها به منابع حمایت اجتماعی بیشتری دسترسی دارند و قادرند احساسات دیگران را درک و تجربه کنند و همین باعث می شود که دیگران علاقه داشته باشند که با آن‌ها ارتباط برقرار کنند، به آن‌ها اعتماد کنند و هنگام نیاز به آن‌ها یاد می دهند (۳۹). چند مادر گفته اند:

- گاهی شوهرم مرا سرزنش می کند و می گوید که تقصیر توست، من نمی خوام وارد بحث و حاشیه بشم، همیشه سعی می کنم شرایط را کنترل کنم، رشته من روانشناسی هست و این خیلی در زندگی به من کمک کرد، اگر من نبودم زندگی ما الان خیلی بدتر از این بود (مادر ۱۶).

- کلاً من آدم اجتماعی هستم و دوست دارم ارتباط داشته باشم. یه گروهی تشکیل دادم که همه خانم هستند و مامنی شد برای با هم بودن و درد دل کردن، خیلی با هم راحت هستیم (مادر ۲۱).

ب) حمایت اجتماعی

به من میگه، خیلی دلش برای من میسوزه و بیشتر مواقع در کارهای خونه بهم کمک می کند (مادر ۹، ۱۴ و ۱۷).

- شاید باورتون نشه ولی گاهی همسرم برام گریه می کنه، اون منو خیلی دوست داره و اون بیچاره هم در کنار من درگیره، دلداری های همسرم من را آرام می کند، اون همیشه به من روحیه می ده و تلاش می کنه که روحیه ام عوض بشه (مادر ۱۶).

- آنقدر له شدم که تنها چیزی که باعث میشه دوام بیارم و هنوز نفس بکشم، عشق و علاقه شوهرم بود (مادر ۶).

ب) حمایت سایر اعضای خانواده

گارمزی (Garnezy) (۵۳) در پژوهش دریافت مادران دارای فرزند معلول نسبت به مادران فرزند عادی بیشتر در جستجوی حمایت دیگر اعضای خانواده هستند؛ و مادرانی که از جانب اعضای خانواده حمایت می شدند، بهزیستی روانی و سازگاری بالاتری نشان دادند. تعدادی از مادران در این مورد گفته اند:

- خدا را شکر این که از طرف خانواده ام بخوام حمایت بشم آره اوکی هستم. خانواده من از نظر مالی و عاطفی هیچی برای من کم نمی گذارند. و در این مشکلی که دارم همه ی اعضای خانواده ام قطعاً همه در کنارم هستند (مادر ۳، ۱۷ و ۱۸).

- خواهر کوچکم پیش من است و به من کمک می کند، مادرم مرتب به من سر می زند، کلاً خانواده خودم خیلی هومو دارند (مادر ۱۷).

- چه عضوی به درد آورد روزگار، دگر عضوها را نماند قرار. خانواده من یک لحظه من را تنها نمیزارن (مادر ۱۵).

- بیچاره اون کسی که تو این شرایط خانواده نداره، یعنی اون انسجام و لطف خانوادگی را به همراه نداشته باشد من نمی دونم چطور دوام میارم؟ (مادر ۶، ۲۲ و ۱۰)

عوامل اجتماعی

داشتن روابط اجتماعی سالم، کفایت اجتماعی، فعالیت گروهی با همسالان و داشتن روابط مثبت با همسالان و بزرگسالان نیز از عوامل مؤثر بر تاب آوری مادران کودکان با اختلال ADHD می باشد (۵۴). هاپکینس، تیلر و زابریک (Hopkins, Taylor & Zubrick) (۵۵) در پژوهشی به بررسی عوامل چند سطحی مرتبط با فرایندهای تاب آوری در بین زنان مبتلا به HIV در کشور

نیروهای معنوی بود که در این مورد به ارتباط با خدا، پیامبران، ائمه اطهار و نیروهای معنوی و تأثیر آن‌ها در تاب آوری اشاره می‌کردند. روش‌های مقابله‌ای مذهبی مثل صبر، توکل و بخشش از متغیرهای مهم حوزه معنویت می‌باشند (۲۷). اوگتم یانگ (Ogtem-Young) (۵۷) در پژوهشی به نقش ایمان و اعتقادات مذهبی برای تاب آوری در زندگی روزمره پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد که چگونه شرکت کنندگان از ایمان خود به عنوان منبع تاب آوری در مواجهه با تبعیض و محرومیت و مشکلات روزمره در اسکان و سازگاری با کشوری که به آن مهاجرت کرده‌اند استفاده می‌کنند. گرچه گزارش‌های مشارکت کنندگان حاکی از آن بود که عواملی مانند هویت‌ها، روابط و دلبستگی‌ها به درجات و اشکال مختلف به عنوان عوامل تاب آوری مطرح شدند؛ اما ایمان و اعتقادات مذهبی به عنوان مکانیسم مقابله‌ای توسط همه آن‌ها گزارش شد، هر چند به صورت پیچیده و چندگانه. در پژوهش حاضر که برگرفته از فرهنگ ایرانی-اسلامی است؛ اغلب مادران کودکان بیش فعال (ADHD) در تجربه خود از تاب آوری، از اعتقادات مذهبی و توصیه‌های اسلامی استفاده کرده‌اند.

الف) اعتقادات مذهبی

اعتقادات مذهبی کودکان دارای اختلال ADHD باعث ایجاد اصلاح باورها نسبت به خود، هستی و دیگران می‌شود، و باعث می‌شود فرصت دوباره گذشت و آرامش را درک کنند، نسبت به زندگی امیدوار شوند و به توانایی درونی خود ایمان داشته باشند (۵۷). اعتقادات مذهبی سبب می‌شود مادران کودکان بیش فعال دارای یک توانایی عمیق باشند و بتوانند با مشکلات رویارویی کنند و در نتیجه آن، باعث افزایش توانایی، و اصلاح نگرش نسبت به مشکلات فرزند می‌شود (۵۸). به طوری که تعدادی از مادران گفته‌اند:

- توی زندگی ام همیشه باور داشتم که خدا دوستم داره. حتی در مورد همین شرایطی که دارم و فرزندی که با این ویژگی دارم مطمئن هستم که چون خدا دوستم داره، نمی‌ذاره تو این زندگی فلاکت بار بمونم. می‌دونم یکی هست و همون کافیه (مادر ۸ و ۱۹).

شبکه‌های حمایت اجتماعی به عنوان سپری در برابر فشار روانی عمل می‌کنند (۱۹). دانش و اطمینان از اینکه شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه‌های اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و از سطح سازگاری بیشتری برخوردار شود (۱۹). در واقع، دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمندی برای مادران کودکان دارای اختلال ADHD می‌باشد (۳۹). مادران عبارات زیر را در این مورد بیان داشته‌اند:

- ما از طرف همین مرکز مشاوره و به همت خانم ... یک گروه شدیم. با هم در ارتباطیم، به هم کمک می‌کنیم، با هم درددل می‌کنیم. خیلی‌ها تو همین گروه دوباره به زندگی برگشتند (مادر ۱ و ۲۰).

- هر هفته‌ای یکبار می‌برمش پیش متخصص، خوب هزینه‌ها زیادن، ولی ما وضع اقتصادیمون بد نیست و تقریباً از پس هزینه‌ها برمی‌آیم. ای کاش دفترچه بیمه قبول می‌کردند یا مراکز خاص حمایتی وجود داشت (مادر ۱۱).

ج) آگاهی اجتماعی

منظور مادران از آگاهی اجتماعی عبارت بود از تشخیص صحیح نیاز واقعی و راه حل مناسب و واقعی از سوی اجتماع متشکل از افراد آگاه که در نتیجه آن، جرقه‌های تغییر و دگرگونی در اوضاع و سوق داده شدن به سمت شرایط بهتری در ذهن انسان تجلی پیدا می‌کند و به یک فرایند ارزیابی توأم با اقدام برای تغییر تبدیل می‌گردد. چند مادر گفته‌اند:

- پسرم تحرکات غیرعادی داشت، یه روز تلویزیون نگاه می‌کردم که یه روانشناس در مورد کودکان بیش فعال صحبت می‌کرد و همون باعث شد که به متخصص مراجعه کنم و تشخیص بیش فعالی داده بشه و این در فرایند درمان به ما کمک کرد (مادر ۶).

- ما الان هر کدوممون که فرزند بیش فعال داریم، خودمون یک متخصص هستیم چون از طریق رسانه‌ها، کتاب‌ها و شبکه‌های مجازی همه اطلاعات را می‌گیریم و با هم ارتباط داریم (مادر ۱۰، ۱۶ و ۲۲).

عوامل و نیروهای معنوی

یکی از برجسته‌ترین گزینه‌هایی که مادران کودکان دارای اختلال ADHD علاقه خود را در این مورد نشان دادند، منابع و

می توان به این نتیجه دست یافت که بسیاری از مطالعات صورت گرفته در زمینه عوامل اصلی تاب آوری، بر نقش استراتژی های فردی و روان شناختی تأکید دارند و تجربه تاب آوری را در درجه اول دارای ماهیت فردی مربوط به سازگاری و عملکرد خود می دانند. کافمن و هالاها (Kauffman & Hallahan) (۵۹) عنوان می کنند که، والدینی که خودآگاهی بیشتری دارند و از قدرت حل مسئله برخوردارند، سلامتی روان شناختی بیشتری را تجربه می کنند و از قدرت تاب آوری بیشتری برخوردارند. در مطالعه دیگری، آلمازن و همکاران (Almazan et al) یک الگوی تاب آوری برای توفان زدگان هایان ترسیم کردند که از سه مقوله اصلی و ۱۲ مقوله تشکیل شده است. در این مطالعه، ادراک افراد از قدرت فاجعه، رفتارهای خود تنظیمی و نگرش مثبت، مقوله های اصلی بوده اند که نشان از نقش و اهمیت استراتژی های فردی و روان شناختی دارد (۶۰). یافته های این پژوهش در زمینه عوامل فردی و روان شناختی، با پژوهش های سینا و همکاران (Sina et al) (۴۲)، پینگوآرت (Pinguart) (۱۸)، زوترا و استارجن (Zautra & Sturgeon) (۲۴)، آلیم و همکاران (Alim & et al) (۴۴)، نیوزتیدر (Neustadter) (۴۵)، والش (Walsh) (۴۷)، وودمن و همکاران (Woodman & et al) (۴۸)، ماسکو و همکاران (Mosko & et al) (۴۹)، کافمن و هالاها (Kauffman & Hallahan) (۶۰) و آلمازن و همکاران (Almazan et al) (۶۰) همخوانی دارد. تقریباً می توان گفت تمامی مشارکت کنندگان این پژوهش، به جنبه هایی اشاره می کردند که نشان از تأثیر نقش عوامل خانوادگی در تاب آوری آن ها بوده است. هایدن و همکاران (Hayden et al) (۶۱) در مطالعه ای مشاهده کردند، والدینی که در رابطه خود، عاطفه مثبت بالاتری دارند، در فرزندانشان صفات مربوط به عاطفه مثبت بیشتری گزارش می شود و این که، درگیری بین والدین ممکن است به صورت مستقیم از طریق الگوبرداری و قرار گرفتن در معرض استرس، و یا به صورت غیر مستقیم از طریق تغییر در روابط والدین و کودک بر فرزندان آن ها اثرگذار باشد. در این پژوهش، همسو با یافته های هایدن و همکاران، مادرانی که از مدل ارتباطی سازنده استفاده کردند، خود افشایی احساسی بیشتری و تعارض زناشویی کمتری، گزارش داده اند. ارتباط سازنده در زوجین و عوامل مثبت خانوادگی، موجب می

من هر وقت دردم زیاد می شود پناه می برم به نماز خواندن و دعا کردن. یک رابطه خاص با خدا پیدا می کنم و این خیلی آرام می کند (مادر ۶، ۱۵).

خانمی دیدم که وضعیت بچه اش مثل بچه من بود و خودشو سرزنش می کرد به خاطر این کار، بهش گفتم اگر تو هم مثل من تسلیم خدا می شدی، اینطور خودتو اذیت نمی کردی (مادر ۱۰).

خیلی وقت ها به خدا می گم من تنها و یآوری جز تو ندارم پس کمک کن و واقعاً هم کمک کرده تا الان (مادر ۱۹ و ۱۳).

ب) توصیه های اسلامی

ارتباطی که مادران با خدا، پیامبران و ائمه اطهار برقرار می کنند و توصیه هایی که از این طریق در مورد صبر و تحمل، پاداش سختی ها و فداکاری های مادرانه، بخشیدن گناهان و دعوت به آرامش وجود دارد باعث تاب آوری و همچنین سپر محافظتی در برابر ناکامی های حاصل از وجود فرزند بیش فعال می باشد. (۲۷). در این زمینه تعدادی از مادران گفته اند:

در قرآن آمده است که از صبر و نماز کمک بگیرید در هنگام سختی ها و گرفتاری ها، و من برای تحمل این مشکل از صبر و نماز کمک می گیرم (مادر ۱۲).

رسول اکرم (ص) می فرمایند که «هر کس در برابر مصائب صبر پیشه کند و با گذشت باشد، عمرش طولانی و سلامتی اش افزون گردد (مادر ۴).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر حاصل یک پژوهش کیفی در مورد شناسایی عوامل تاب آوری در مادران کودکان دارای اختلال ADHD بود. مشارکت کنندگان تجربه خود از مهمترین عوامل تاب آوری را در ۴ طبقه اصلی و ۱۲ طبقه فرعی توصیف کرده اند. در بعد عوامل فردی و روان شناختی، افراد شرکت کننده در پژوهش، در تجربه تاب آوری خود، به فرایندهای فردی و روان شناختی اشاره می کردند که سبب ساز و مهیا کننده تاب آوری آن ها بوده است، که شامل، احساس خود، خودکارآمدی، احساس هدفمندی، مهارت حل مسئله و عوامل نگرشی بوده است. با بررسی پیشینه پژوهش

تأکید داشتند، نقش عوامل اجتماعی بود. موهان و کالکارنی (Mohan & Kulkarni) (۶۵) در پژوهشی با رویکرد کیفی و با هدف درک تجربه والدین کودکان دارای مشکلات ذهنی، تاب آوری آن‌ها را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که والدین این کودکان معتقد بودند، ویژگی‌هایی که منجر به تاب آوری آن‌ها می‌شود عبارتند از: داشتن حمایت اجتماعی، افزایش آگاهی و دانش، بالا رفتن آمادگی، اتخاذ یک رویکرد چند سیستمه با تکیه بر رویه‌های فرهنگ محلی، پذیرش مشکل و رشد تعامل جامعه در مورد مسائل مربوط به مشکل موجود. هاپکینس، تیلر و زابریک (Hopkins, Taylor & Zubrick) (۵۵) در پژوهشی بر نقش عوامل اجتماعی در تاب آوری تأکید می‌کنند. مادران این کودکان با وجود شرایط سختی که با آن مواجه هستند تلاش می‌کنند تا با این شرایط سازگار گردند. این تلاش آنان با فراهم بودن شرایط اجتماعی مناسب از طریق حمایت اجتماعی، مهارت‌های بین فردی و آگاهی‌های اجتماعی افزایش می‌یابد و به عبارتی، با تجهیز به این نیروهای محافظتی، این اطمینان در مادران به وجود می‌آید که در شرایط سخت، عوامل اجتماعی حمایت‌کننده، در دسترس هستند و این حمایت‌ها نیز به نحو مطلوب و در زمان مناسبی به آن‌ها ارائه می‌گردند. این امر سبب می‌شود تا میزان تاب آوری مادران کودکان ADHD افزایش یابد و سازگاری آن‌ها با شرایط سخت نیز افزایش یابد. عوامل و نیروهای معنوی یکی دیگر از مقوله‌های اصلی این پژوهش بود که تقریباً اکثر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. مشارکت‌کنندگان پژوهش همسو با یافته‌های نقوی (۲۷)، رخشانی و همکاران (۵۷)، نعمتی و همکاران (۵۸) و اوگتم یانگ (Ogtem-Young) (۵۶) به عواملی اشاره دارند که مرتبط با نقش عوامل و نیروهای معنوی در تاب آوری آن‌ها بوده است. بنابراین، می‌توان گفت، با توجه به رابطه تنگاتنگ و نزدیک باورها و اعتقادات مذهبی با تاب آوری و سلامت روان، و با توجه به اینکه در فرهنگ ایرانی-اسلامی، اغلب مادران کودکان ADHD برای تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها، از نیروهای معنوی و از منابع اسلامی استفاده کرده‌اند، عوامل و نیروهای معنوی، یکی از مهمترین مقوله‌های این پژوهش می‌باشد که مادران کودکان دارای اختلال ADHD در توصیف علل تاب آوری خود به آن اشاره کردند. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان

شود که آن‌ها در ارتباط با فرزندان ADHD تجدید نظر کرده و واکنش‌های خود را تعدیل سازند، بنابراین استفاده از مدل ارتباطی در بین همسران و حمایت سایر اعضای خانواده، باعث افزایش مشارکت، افزایش عواطف مثبت، صمیمیت و رضایت زناشویی در بین زوجین می‌شود، همچنین، افزایش مشارکت و عواطف مثبت باعث بهبود روابط با کودک ADHD می‌گردد، که این امر می‌تواند در تاب آوری بیشتر مادران و کاهش مشکلات کودک مؤثر واقع شود. همچنین ویوان و بونیللا (Vivan & Bonilla) (۶۲) در پژوهشی بر روی ۲۵ مادر دارای فرزند معلول و ۴۰ مادر دارای فرزند عادی دریافتند که مادران دارای فرزند معلول نسبت به مادران فرزند عادی، بیشتر در جستجوی حمایت خانواده هستند، همچنین نتایج نشان داد مادران دارای فرزند معلول که حمایت می‌شدند، نسبت به مادرانی که حمایت نمی‌شدند، بهزیستی روانی و سازگاری بیشتری داشتند و از قدرت تاب آوری بالاتری برخوردار بودند. در همین راستا شواهد تجربی مختلف (هیمن (Heiman) (۶۳)؛ جوها (Johal) (۶۴)؛ راحیم، کراس و رحیم (Rahim, Krauss & Rahim) (۵۱)) نشان می‌دهند، وجود شبکه‌های حمایتی در خانواده به عنوان یک منبع نیرومند در پیش‌بینی بهزیستی در مواجهه با رخدادهای تنیدگی‌زا، نقش بسیار مهمی دارند، که این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که حمایت ادراک شده از طرف سایر اعضای خانواده ممکن است به دو طریق، اثرات زیان‌بخش فشاری که به خاطر وجود فرزند ADHD بر روی مادران وجود دارد را کاهش دهد و منجر به تاب آوری آنان شود. نخست اینکه شبکه‌های حمایتی خانوادگی با واکنش‌پذیری مادر علیه تجربه کردن فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و قدرت تاب آوری را افزایش می‌دهند. دوم اینکه شبکه‌های حمایتی خانوادگی به عنوان سپری در برابر فشار روانی عمل می‌کنند. دانش و اطمینان از اینکه شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به خانواده پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و از سطح تاب آوری بیشتری برخوردار شود، و نقش مؤثری در بهزیستی مادران کودکان دارای اختلال ADHD دارد.

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار که مشارکت‌کنندگان این پژوهش در توصیف تجربه خود، به عنوان عامل تاب آوری، بر آن

پژوهش های کیفی محقق به دنبال تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر نیست ، اما برای استحکام بیشتر داده ها استفاده از نمونه های متفاوت و بافت های فرهنگی متفاوت می توانست مفید باشد که میسر نشد ، این مطالعه به وسیله شناسایی عوامل تاب آوری مشارکت کنندگان هدفمندی که در بافت فرهنگی استان خوزستان و در جنوب کشور قرار داشته اند ، محدود شده است ، بنابراین تمرکز پژوهش حاضر بر یک نمونه خاص و یک بافت خاص بوده است .

محدودیت دیگر در تعریف تاب آوری بوده است که می توان بسیار گسترده و شامل تمام مادران شود که رفتار خود را به نوعی تاب آوری ادراک می کنند، بنابراین پژوهشگران تلاش داشته اند تا از طریق پرسشنامه تاب آوری کانرو دیویدسون و با کاربرد نمونه متنوع و ناهمگون که دارای تجارب متفاوتی در مورد علل تاب آوری خود هستند، بر این محدودیت غلبه کند.

قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می بینند که از کلیه مادرانی که در انجام این پژوهش یاری و مشارکت نمودند، کمال تقدیر و تشکر را به عمل آورند. به امید این که این پژوهش ها روزنه ای برای حل مسائل و مشکلات آنان باشد.

گفت که اگر تاب آوری مادران کودکان دارای اختلال ADHD افزایش یابد، آن ها به راحتی می توانند با مسائل و مشکلات کودکان ADHD کنار آیند، و ضمن داشتن عملکرد قابل قبول و موفقیت آمیز از سلامت روان خوبی هم برخوردار گردند. بنابراین برای این که مادران کودکان دارای اختلال ADHD بتوانند تاب آور شوند، باید تحت برنامه افزایش تاب آوری قرار گیرند تا مهارت های لازم را کسب کنند. در طراحی برنامه افزایش تاب آوری، عوامل مؤثر بر تاب آوری از قبیل عوامل فردی و روان شناختی (احساس خود، خودکارآمدی، احساس هدفمندی، مهارت حل مسئله و عوامل نگرشی)، عوامل خانوادگی (حمایت همسر و حمایت سایر اعضای خانواده)، عوامل اجتماعی (مهارت بین فردی، حمایت اجتماعی و آگاهی اجتماعی) و عوامل و نیروهای معنوی (اعتقادات مذهبی و توصیه های اسلامی) که در این مقاله به آن ها پرداخته شد، باید مورد ملاحظه قرار گیرند. پیشنهاد می شود متخصصان و مشاورانی که با خانواده ها و مادران کودکان دارای اختلال ADHD در ارتباط هستند، در مشاوره های خود منابع تاب آوری این افراد را بیشتر مورد توجه قرار دهند و برنامه هایی مانند افزایش تاب آوری را برای آن ها اجرا کنند. با توجه به عملکرد سیستمی خانواده، پیشنهاد می گردد به جای انجام مداخله برای یک عضو از خانواده، پژوهش هایی با موضوع افزایش تاب آوری به شکل خانواده درمانی، برای کل اعضای خانواده دارای فرزند بیش فعال انجام پذیرد. گرچه در

منابع

- 1-Alevriadou, A., & Pavlidou, K. Teachers inter. Rsonal style and its relationship to emotions, causal attributions, and type of challenging behaviors displayed by students with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2016; 20 (3), 213-227.
- 2-Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners. Introduction to special education* (15th ed). Boston: ALLYN & Bacon.
- 3-Robinson, M., & Neece, C. L. Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2015; 8(1), 23-46.
- 4-Masten, A. S., & Monn, A. R. Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training: *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. 2015; 64(1), 5-21.
- 5-Shekoochi ,Y., Motaavaali Pour, A., & Parand, A, (2013) 'Attention Deficit Hyperactivity Disorders', Tehran Taymourzadeh Press
- 6-Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L. Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015; 44(1), 137-144.
- 7-Davarmanash, S, Barati, A, (2006) "Study of Cultural Factor in Accepting Special-Needs Children" ,Asfaandiar Press , Spring
- 8-Jansen, S. L., van der putten, A. A. & Vlaskamp, C. Parents experiences of collaborating with professionals in the support of their child with profound intellectual and multiple disabilities: A multiple case study. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2017; 21(1), 53-67.
- 9-Gupta, R. k., & Kaur. H. (2010). *Stress among parents of children with intellectual disability*.
- 10-Barkely, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.

- 11-Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2002). *Child psychology*. New York: The Guilford Press.
- 12-Marmorstin, N. R. Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*. 2006; 39, 156-167.
- 13-Burt, S. A., Krueger, R. F., MC Gue, M., & Iacano, W. Parent-Child conflict and the co-morbidity among childhood externalizing disorder. *Journal of Archives of General Psychiatry*. 2003; 60, 505-513.
- 14-Oshodi, YO, umeh CS, Afolabi Lesi FE, eigbike-Aideyan M, Adeyemi JD. Burden and psychological challenges in caregivers of children with intellectual disabilities in a child neurology clinic in Lagos, Nigeria. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2014; 60(4): 226-34.
- 15-Kwok, S. Y., Leung, C. L., & Wong, D. F. Marital satisfaction of Chinese mothers of children with autism and intellectual disabilities in Hong Kong. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014; 58(2), 1156-1171.
- 16-Hassall, R, Rose, J., & McDonald, J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support, *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(6), 405-18.
- 17-Ungar, M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2011; 81 (1), 1-17.
- 18-Pinguart, M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2009; 30.1-8.
- 19-Izadian N., Amiri, M., Jahromi, R., & Hamidi, SH. A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Proscenia- Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5,1515-19.
- 20-Smith, B. W., Tooley, E.M., Montague, E.Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J. & Paul G. M. The Role of resilience and purpose in life in habituation to heat and pain. *The Journal or Pain*. 2009; 10.5.493-5
- 21-White, B., Driver, S., Warren, A.M. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Department of Kinesiology Health Promotion and Recreation. University of North Texas. *Rehabilitation Psychology*. 2010 55.23-32.
- 22-Hagh Ranjbar, F, Kakavaand, A, Borjali, A, Barmas, H.' Resilience and LIFE Quality of Mothers having Children with Mental Retardation", *Health & Psychological Journal*. 2011; (1)1, pp 177-178
- 23-Beadle-Brown, J., Leigh, J., Whelton, B., Richardson, L., Beecham, J., Baumker, T., & Bradshaw, J. Quality of life and quality of support for people with severe intellectual disability and complex needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2016; 29(5), 409-421.
- 24-Zautra, A. J., & Sturgeon, J. A. Examining the complexities of affective experience will enhance our understanding of pain and inform new interventions designed to bolster resilience. *Pain*. 2016; 157(8), 1586-1587.
- 25-Sadeghi, M., Raahimi pour ,H., & Tahereh, A M. H " The Effect of Psychological Hardiness and Resilience on Mental Health of Mothers having Children with 'Attention Deficit Hyperactivity Disorders", *Journal of Pazhoesh& Danesh in Applied Psychology*, 18th year, No 1. 2018; pp-27-30
- 26-Husseini Bahshtiani , S. The Effectiveness of Resilience Training on Emotion Regulation Strategies and Life Satisfaction of Female Headed Households , *Journal of Cultural Sociology Comprehensive Humanities Portal, Humanities Research Institute and Cultural Sociological Research*. 2017; Year 7, Issue 3,p-p25-50
- 27-Naghavi, A. 'A Qualitative Study of Spiritualities and Resilience from Iranian Women' Viewpoints Living In Melbourne ,Australia, *Iranian Clinical Psychological & Psychiatry Journal*. 2016; 21th year, No 22
- 28-Tajikzadeh, F. Sadeghi, R. Raeis Karimian, F. Comparison of resilience, coping with stress, and pain catastrophizing in cancer patients and normal people, *Scientific Quarterly of Anesthesia and Pain*. 2017; year 7, No 1
- 29-Baghi, V. Baghban Karimi, E. Jafari, H. Ghanaee Ghashlagh, R. Predicting the Quality of Life of Patients With Hypertension Based on Resilience and Social Support. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; Year 5, No 6
- 30-Kordestani, D. Ghamari, A. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular and healthy People, *Scientific & Research Quarterly of Lorestan Medical University*. 2018; Year 19, No 5, p-p 71-80
- 31-Karimi, J. Sanjabi, A. Karimi, P. Prediction of Life Satisfaction among the Elderly Based on Resilience and Happiness. *The Elderly Psychological Periodical*. 2017; Year 2, No 4, p-p 292-236
- 32-Izadi-avanji, F. Hasani, P. Rakhshan, M. Alavi majd, H. (2017). Structural Explanation of Resilience in Older Adults with Chronic Condition, *Periodical of Quality Research in Health Science*
- 33-Tabar Firouzaie, S. Farah Mojtaba, K. Abadi, S. (2016). Developing Resilience Model Based on Identity Styles and Feelings of Failure among Married Teachers in Babol , *Journal of Educational Psychology Studies*, No 28
- 34-Sardarzadeh, F. Jian Bagheri, M. Malake, F. Resilience in Reduction of Job Stress and Job Burnout among Employees of 2-Week- Work- 2- Week- Rest Plan of Iranian Offshore Oil, *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, third year. 2017; No 4, p-p 61-70
- 35-Baghi Irani, Z. Kole Marzi, M. Hazari, N. The Effectiveness of Resiliency Training on Improving Nurses' Quality of Life, *Journal of Nursing Management*. 2017; year 5, No 3,4
- 36-jamshidi ini ,A. Razavi ,A. Effectiveness of resilience training on stress and psychological well-being of nurses in a military hospital in Kerman, *Ibnsina Journal*. 2018; year 19, No, 4,p-p 38-44

- 37-Mohammadi, M. (1996). Investigating Factors Affecting on Resilience in People at Risk of Drug Abuse, Doctoral Thesis, Health and Rehabilitation of Tehran University
- 38-Creswell, J. (2007). Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 39-Hsieh, H. & Shannon, S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005; 15(9): 1277-88.
- 40-Mohammad pour, A. (2013). 'Qualitative Research Method of Anti-Method' and Practical Procedures in Qualitative Methodology", Second volume, Tehran, Sociologists
- 41-Mohammadi M. (2016). Factors affecting resiliency in individuals at risk for substance abuse. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences university.
- 42-Sina, D., Chang-Richard, A. Wilkinson, S. & Potangaroa, R. (2019). A conceptual framework for measuring livelihood resilience: Relocation experience from Aceh, Indonesia. *Journal of world development*, 253-265.
- 43-Ye, Z. Peng, C. Zhang, H. Liang, M. Zhao, J. Sun, Z. Hu, G. Yu, Y. A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. *European Journal of Oncology Nursing.* 2018; (36) 95-102.
- 44-Alim, T., Feder, A., Graves, R., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M., Alonso, A., Aigbogun, N., Smith, B., Doucette, J., Mellman, T., Lawson, W., & Charney, D. Trauma, resilience, and recovery in a highrisk African-American population. *American Journal of Psychiatry.* 2008; 165, 1566° 1575.
- 45-Neustadter, S. (2010). Transpersonal mate selection: An investigation of spiritual and extraordinary factors that influence the decision to marry one partner. Dissertaion for the degree of doctor of philosophy Institute of Transpersonal psychology palo Alto.
- 46-Khosla, M. Resilience and health: Implications for interventions and policy making. *Psychol Stud.* 2017; 62(3): 233-240.
- 47-Walsh, F. (2006). Strengthening Family Resilience. New York: The Guilford Press.
- 48-Woodman, A., Mawdsley, H., & Hauser-Cram, P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities.* 2015; 36, 264-276.
- 49-Mosko, J. & Pistole, M. Attachment and religiousness: Contributions to young adult marital attitudes and readiness. *Family Journal.* 2010; 18, 127-135.
- 50-Willoughby, B. Marital attitude trajectories across adolescence. *Journal of Youth and Adolescence.* 2010; 39, 1305-1317.
- 51-Rahiem, H., Krauss, S., Rahim, E. The Child Victims of the Aceh Tsunami: Stories of Resilience, Coping and Moving on with Life. *Procedia Engineering.* 2018; (212)1303-1310.
- 52-Xu, J., Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Journal of The Royal Society for Public Health.* Journal homepage: www.elsevier.com/puhe.
- 53-Garmezy, N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry.* 1993; 56, 127-163.
- 54-Skodol, A. The resilient Personality. In Reich John W., Zautra Alex J. & Stuart Hall, John. *Handbook of Adult Resilience* (pp. 112° 125). The Guilford Press. New York London. 2010.
- 55-Hopkins, K., Taylor, C., Zubrick, S. Psychosocial resilience and vulnerability in Western Australian. *Child Abuse & Neglect.* 2019; (78) 85-95.
- 56-Ögtem-Young, Ö. Faith resilience: Everyday experiences. *Societies.* 2018; 8(1), 10.
- 57-Rakhshani, T., Taravatmanesh, S., Khorramdel, K., & Ebrahimi, M. Social support for earthquake victims in East Azerbaijan, Iran. *Archives of psychiatry and Psychotherapy.* 2017; 4: 66-72.
- 58-Naamati, S., Maahdi pour, F, Ghobari Bonab, B. (2017)." the Sources and Factors Used by Mothers with Mental Retardation for Forgiving Others", *Quarterly of Special Children*, sixth year, No 33
- 59-Kauffman, J., & Hallahan, D. (2011). *Handbook of Special Education.* ERIC.
- 60-Almazan, J., Albougamia, A., Alamrib, MS., Coletc, P., Adolfo, C., Allene, K., Gravoso, R., Boyleg, C. Predicting patterns of disaster-related resiliency among older adult Typhoon Haiyan survivors. 35. *Journal of Geriatric Nursing.* 2018; (39) 629-634.
- 61-Hayden, E., Durbin, C., Klein, D., & Olino, T. Maternal personality influences the relationship between maternal reports and laborator measures of child temperament. *Journal of personality Assessment.* 2010; 92, 586-593.
- 62-Van Riper, M. Families of children with Down syndrome responding to "a change in plans" with resilience. *Journal of Pediatric Nursing.* 2001; 22, 116-128.
- 63-Heiman, T. (2008). Parents of children with asperger syndrome or with learnin disabilities: Family enviornment and social support. *Research in Developmental Disability* 29. Pp 289-300.
- 64-Johal, S. (2015). Psycho-social recovery following earthquake disasters. *Encyclopedia of Earthquake Engineering.*
- 65-Mohan, R., Kulkarni, M. Resilience in Parents of Children with Intellectual Disabilities. *Psychology and Developing Societies.* (2018) 30(1) 19-43.
- 66-Adekola, J. Resilience from a lived-experience perspective in the

Identifying the Factors of Resilience in Mothers Having Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Qualitative Research

Ali Amiri Moghadam^{1*}, Mansour Sodani², Reza Khojasteh Mehr²,
Mahnaz Mehrabi Zadeh Honarmand³

1- PhD Student of Counselling.

2-Professor of Counselling Department.

3-Professor of Psychology Department.

1,2- Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3- Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Ali Amiri Moghadam; Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Tel: +989165053582

Email: Ali.amirimoghadam@yahoo.com

Abstract

Background and purpose: living with ADHD children makes problems and difficulties for mothers. Regardless of the positive and negative effects of having a child with ADHD, there is the question of why some mothers of children with ADHD are successful and perform well, but others are unsuccessful, have very poor performance, and have problems with and face various problems? Therefore, the aim of this study was to identify resilience factors in mothers of children with ADHD.

Methods: This research is qualitative and based on content analysis. The twenty-three mothers who experienced resilience were selected by targeted sampling through semi-structured interviews to complete saturation data.

Results: Data analysis led to four main categories and twelve sub-categories. Individual and psychological factors include sub-categories of self-esteem, self-efficacy, sense of purposefulness, problem-solving skills, and attitude factors; the family factors class includes spouse support and support from other family members; class of social factors including interpersonal skills, social support and social awareness; and the category of spiritual factors and forces including religious beliefs and Islamic advice.

Conclusion: this study shows that in order to make the mothers of children with ADHD resilient, the resilience factors must first be identified and then should be taught according to an appropriate education program to help them acquire the necessary skills. For this reason, the factors affecting the resilience of mothers of children with ADHD have been discussed. A detailed discussion of the results and research and intervention recommendations is given in the text of the article.

Keywords: Resilience, Mothers, Children with ADHD.