

## مقاله اصلی

# تجربیات مادران کودکان ADHD در مواجهه با سیستم‌های آموزش، سلامت و جامعه: مدل پارادایمی پارادوکس مراقبت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تبیین فرآیند تجربیات زیسته مادران ایرانی دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در مواجهه با سیستم‌های سلامت، آموزش، خانواده و جامعه و نیز تدوین نظریه‌ای بومی در این زمینه انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از راهبرد نظریه داده‌بنیاد (رویکرد ساخت‌گرایانه) انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به ADHD بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس نظری انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری و در سه مرحله کدگذاری اولیه، متمرکز و نظری با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام شد. برای افزایش اعتبار یافته‌ها از معیارهای اعتمادپذیری شامل بازبینی مشارکت‌کنندگان و هم‌کدگذاری استفاده گردید.

**نتایج:** تحلیل داده‌ها به استخراج ۶۵ کد باز و ۱۷ مقوله اصلی در قالب یک مدل پارادایمی انجامید. پدیده محوری با عنوان «پارادوکس مراقبت چندبعدی» شناسایی شد که بیانگر زیست معلق مادران میان «اینتر عاشقانه» و «فرسودگی ناشی از تضادهای سیستمی» است. شرایط علی شامل ابهام در تشخیص و فشارهای آموزشی، در بستر خلأهای ساختاری و تحت تأثیر شرایط مداخله‌گر مانند قضاوت‌های اجتماعی و تنش‌های خانوادگی، به اتخاذ راهبردهایی همچون نقش معلم‌سایه، پنهان‌کاری محافظتی و میانجی‌گری میان سیستمی منجر شده است.

**نتیجه‌گیری:** پیامد نهایی این فرآیند، استحاله هویتی و بازتعریف مفهوم موفقیت در مادران است. یافته‌ها ضرورت گذار از رویکرد کودک‌محور به خانواده‌محور و ارتقای آگاهی اجتماعی در مواجهه با تنوع عصبی را برجسته می‌سازد.

**کلمات کلیدی:** اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، نظریه داده‌بنیاد، پارادوکس مراقبت، سیستم‌های حمایتی، مدل پارادایمی

فاطمه نساء قنبری<sup>۱</sup>  
الهه شکوهی فر<sup>۲</sup>  
ساحل کاظمیان<sup>۳</sup>  
لیلا اصلانی<sup>۴</sup>  
کوروش قنبری\*<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، مشاوره و جامعه‌شناسی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران  
<sup>۳</sup>گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup>گروه روانشناسی تربیتی و شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
<sup>۵</sup>گروه مشاوره و روانشناسی، کلینیک شهید دادمان، وزارت راه و شهرسازی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

Email: drghanbarik@gmail.com

## مقدمه

با گسترش دانش در حوزه‌های عصب‌روان‌شناختی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به عنوان یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های سلامت روان در دوران کودکی شناخته می‌شود که تأثیرات آن فراتر از مرزهای فردی، تمام ارکان خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). این اختلال که با ویژگی‌های پایدار بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی تعریف می‌شود، نه تنها مسیر تحولی کودک را دگرگون می‌کند، بلکه به طور مستقیم بر کیفیت زندگی مراقبان اصلی، به ویژه مادران، اثر می‌گذارد (۲). در جوامعی مانند ایران که نقش‌های جنسیتی سنتی هنوز در ساختار خانواده بازتولید می‌شوند، مادران به عنوان مدیران اصلی سلامت و آموزش فرزندان شناخته شده و بیشترین مواجهه را با سیستم‌های رسمی و غیررسمی دارند. تجربه مادری در این بافتار، با نوعی از مراقبت گره خورده است که در ادبیات پژوهشی از آن به عنوان مراقبت متمرکز یاد می‌شود؛ رویکردی که در آن تمام ابعاد زندگی مادر تحت‌الشعاع نیازهای ویژه فرزند قرار می‌گیرد (۳). با این حال، آنچه این تجربه را به یک پارادوکس عمیق تبدیل می‌کند، تضادهای بنیادین میان نیازهای واقعی مراقبتی و پاسخ‌های دریافت شده از سوی سیستم‌های کلان است.

در حوزه نظام سلامت، پارادوکس مراقبت در تقابل میان رویکرد پوزیتیویستی پزشکی و واقعیت زیسته مادران شکل می‌گیرد. در حالی که سیستم‌های درمانی بر مدیریت علائم و پروتکل‌های دارویی تمرکز دارند، مادران با چالش‌های روزمره‌ای روبرو هستند که در چارچوب‌های بالینی گنجانده نمی‌شوند (۴). مادران ایرانی در این سیستم اغلب در موقعیتی متناقض قرار دارند؛ از آن‌ها انتظار می‌رود که تخصص بالایی در اجرای برنامه‌های درمانی داشته باشند، اما در عین حال در فرآیندهای تصمیم‌گیری تخصصی به حاشیه رانده می‌شوند. این پدیده که در برخی مطالعات به عنوان خیانت نهادی

توصیف شده است، زمانی رخ می‌دهد که سیستم‌های مسئول حمایت، با نادیده گرفتن دانش شهودی مادر و تقلیل او به یک اپراتور درمانی، فشار روانی مضاعفی را ایجاد می‌کنند (۵، ۶). این شکاف میان انتظار سیستم سلامت و توانمندی‌های واقعی خانواده، منجر به شکل‌گیری احساس بی‌کفایتی در مادرانی می‌شود که با وجود تلاش‌های بی‌وقفه، خود را در برابر پیچیدگی‌های اختلال تنها می‌بینند.

در لایه آموزشی، پارادوکس مراقبت در تضاد میان آرمان‌های عدالت آموزشی و واقعیت‌های کلاس‌های درس تجلی می‌یابد. مدرسه به عنوان یک نهاد انضباطی، بر اساس الگوهای رفتاری نرمال طراحی شده است و هرگونه انحراف از این الگوها، از جمله رفتارهای تکانشگری کودکان با این اختلال، به عنوان اختلال در نظم تلقی می‌شود (۷). مادران در این فضا وارد یک بازی پیچیده می‌شوند که در آن باید همزمان نقش میانجی، مدافع و پوزش‌خواه را ایفا کنند. آن‌ها از یک سو باید سیستم آموزشی را برای پذیرش تفاوت‌های فرزندشان تحت فشار قرار دهند و از سوی دیگر، باید فشارها و برجسب‌های ناشی از رفتارهای کودک را مدیریت کنند تا مانع از طرد آموزشی او شوند. این تنش دائم بین تلاش برای ادغام کودک در سیستم و محافظت از او در برابر آسیب‌های روانی ناشی از برجسب‌زنی، فرسودگی شغلی و روانی مادر را به دنبال دارد که ریشه در ساختارهای صلب آموزشی دارد (۸). در بافتار خانواده گسترده در ایران، مراقبت چندبعدی با مفاهیمی چون آبرو و قضاوت‌های خویشاوندی درآمیخته است. خانواده که در تئوری باید مأمّن حمایت‌های عاطفی باشد، در مواجهه با این اختلال اغلب به منبعی برای سرزنش تبدیل می‌شود. پارادوکس اصلی در اینجا زمانی رخ می‌دهد که مادر برای دریافت حمایت به خانواده پناه می‌برد، اما با نصیحت‌های مداخله‌گرانه یا انتساب علت اختلال به شیوه‌های تربیتی خود مواجه می‌شود (۵). این وضعیت باعث

اجتماعی است که مادران ایرانی در مواجهه با سیستم‌های سلامت، آموزش، خانواده و جامعه طی می‌کنند. فهم این فرآیندها نه تنها به غنای ادبیات کیفی در حوزه خانواده و ناتوانی می‌افزاید، بلکه بستری را برای سیاست‌گذاران فراهم می‌کند تا با نگاهی واقع‌بینانه‌تر به اصلاح ساختارهای حمایتی پردازند و از تبدیل شدن مراقبت به یک بن‌بست پارادوکسیکال جلوگیری کنند.

این پژوهش بر مبنای نظریه داده‌بنیاد ساختی گرایانه کتی چارماز (۹) بنا شده است. این رویکرد بر این فرض استوار است که تجربه مادری در خلاء شکل نمی‌گیرد، بلکه محصول تعاملات دائم با نهادهاست. در این میان، مفهوم خیانت نهادی (۱۰) تبیین‌گر لایه‌های پنهان رنج مادران است؛ زمانی که نهادهای سلامت و آموزش که طبق تعریف باید محیط امن فراهم کنند، با بوروکراسی سخت‌گیرانه، قضاوت‌های اخلاقی و نادیده گرفتن تخصص زیسته مادر، به منع ثانویه تروما تبدیل می‌شوند. این تلاقی منجر به شکل‌گیری پارادوکس مراقبت می‌شود؛ وضعیتی که در آن مادر هرچه بیشتر برای بهبود فرزندش تلاش می‌کند، بیشتر توسط سیستم‌های رسمی به حاشیه رانده می‌شود.

اختلال ADHD با نرخ شیوع جهانی بالا در کودکان فشار بی‌سابقه‌ای را بر سیستم‌های سلامت و به تبع آن بر مراقبان اصلی وارد کرده است.

همچنین، مرورهای نظام‌مند اخیر (۳) تأکید می‌کنند که بار مراقبتی در این والدین، پدیده‌ای چندبعدی شامل خستگی جسمی، انزوای اجتماعی و فرسایش مالی است که مستقیماً کیفیت زندگی مادران را تنزل می‌دهد (کاتروسی و همکاران، ۲۰۲۵). در بافتار ایران، مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روان مادران به شدت تحت تأثیر استرس ناشی از مدیریت رفتارهای تکانشی فرزند است (۶). یافته‌های کمی کرد و همکاران (۱۱) عمق این فاجعه را با ارقام نشان می‌دهد؛ جایی

می‌شود مادران بین پنهان کردن مشکلات فرزند برای حفظ پرستیژ خانوادگی و افشای آن‌ها برای دریافت کمک، در یک تعارض دائمی باشند. این پارادوکس در نهایت منجر به انزوای خودخواسته مادر می‌شود؛ او برای فرار از قضاوت‌ها، پیوندهای اجتماعی خود را محدود کرده و در یک پله مراقبتی فرو می‌رود که در آن تنها او و فرزندش حضور دارند. در سطح جامعه، مواجهه با فضاهای عمومی و هنجارهای اجتماعی، لایه دیگری از این پارادوکس را نمایان می‌سازد. جامعه مدرن در حالی که شعار پذیرش تفاوت‌ها را سر می‌دهد، در برخوردهای روزمره با رفتارهای خارج از هنجار این کودکان، واکنش‌های طردکننده نشان می‌دهد (۷). مادران در فضاهای عمومی مانند پارک‌ها، فروشگاه‌ها یا وسایل نقلیه عمومی، همواره تحت نگاه‌های پرسشگر و ملامت‌گر جامعه هستند. پارادوکس مراقبت در اینجا خود را به صورت تضاد میان نیاز کودک به حضور در اجتماع و ضرورت محافظت از او در برابر نگاه‌های سنگین دیگران نشان می‌دهد. این تجربه منجر به شکل‌گیری پدیده‌ای به نام ننگ از طریق وابستگی می‌شود که در آن هویت مادر تحت تاثیر تشخیص اختلال فرزندش قرار گرفته و او به عنوان یک مادر ناتوان در جامعه بازنمایی می‌شود.

با توجه به این پیچیدگی‌ها، ضرورت وجود یک مدل نظری که بتواند تداخل این سیستم‌های متناقض را در بافتار ایران تبیین کند، احساس می‌شود. مطالعات موجود اغلب بر یکی از این ابعاد تمرکز کرده‌اند و از ارائه یک نگاه یکپارچه به پارادوکس‌های چندبعدی مراقبت بازمانده‌اند. نظریه داده‌بنیاد به عنوان یک روش‌شناسی تفسیری، این امکان را فراهم می‌آورد تا از دل تجربیات دست‌اول مادران، مفاهیم و مقوله‌هایی استخراج شود که نشان‌دهنده چگونگی مدیریت این تضادها در زندگی روزمره است (۹). پژوهش حاضر با اتخاذ این رویکرد، به دنبال کشف فرآیندهای روانی و

ایفا می‌کند و می‌تواند اثرات منفی بلندمدت این اختلال بر زندگی حرفه‌ای و اجتماعی آنان را کاهش دهد. مک‌دوگال و همکاران (۱۴) در پژوهشی کیفی که با هدف شناسایی نقاط قوت، چالش‌ها و راهکارهای حمایتی برای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در مقطع ابتدایی انجام شد، از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با کودکان و معلمان و با بهره‌گیری از تحلیل تماتیک، به واکاوی تجربیات زیسته در محیط کلاس پرداختند؛ یافته‌های این مطالعه منجر به شناسایی سه درون‌مایه کلیدی شامل «استراتژی‌های عمومی کلاس در مقابل راهکارهای فردی محور»، «ناهمگونی در به‌کارگیری استراتژی‌ها» و «نقش محوری همسالان» گردید که در نهایت بر ضرورت گذار از مداخله‌های کلی به سمت حمایت‌های شخصی‌سازی شده و متمرکز بر ویژگی‌های فردی دانش‌آموز تاکید کرده و نشان می‌دهد که مدیریت موفق این اختلال در مدرسه مستلزم درک عمیق تعاملات اجتماعی و نیازهای خاص هر کودک برای جلوگیری از عقب‌ماندگی تحصیلی است.

مدرسه برای مادر کودک ADHD، میدان نبردی برای مشروعیت است. اگرچه مداخلات مدرن نظیر برنامه‌های کامپیوتری بازتوانی شناختی نویدبخش ارتقای توجه و عملکردهای اجرایی هستند (۱۵)، اما واقعیت‌های زیسته مدارس در مدارس بسیار پیچیده‌تر است. تجربه‌ی «شمول آموزشی» اغلب به جای حمایت، منجر به احساس طردشدگی و برجسب‌زنی می‌شود (۸). مطالعات نشان می‌دهند که انگیزه تحصیلی این کودکان به شدت به حمایت اجتماعی ادراک شده و بهداشت روانی والدین گره خورده است (۱۶). دانش‌آموزان مبتلا در مواجهه با شکست‌های پی‌درپی تحصیلی، دچار تعلل‌ورزی و افسردگی می‌شوند که لزوم مداخلات موج سوم روانشناسی مانند درمان پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان مدل گراس را برای بقای تحصیلی آنان ضروری می‌سازد (۱۷). در این میان، مادر پارادوکس عجیبی را تجربه

که ۴۷.۲ درصد والدین بار مراقبتی «شدیدی» را گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، تعامل با سیستم درمان در جوامع در حال گذار، با نوعی «چانه‌زنی پزشکی» همراه است که در آن خانواده‌ها باید بین توصیه‌های بالینی و واقعیت‌های فرهنگی تعادل برقرار کنند (۴). وارد و همکاران (۱۲) در پژوهشی کیفی که از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و تحلیل تماتیک بازتابی با مشارکت افراد مبتلا به ADHD، حامیان آن‌ها و متخصصان مراقبت‌های اولیه در انگلستان انجام شد، به بررسی نیازهای گسترده‌تر سلامت جسمی و روانی این افراد و ارزیابی حمایت‌های موجود پرداختند؛ یافته‌های این مطالعه منجر به شناسایی سه تم اصلی شامل «درک سلامت»، «موانع سلامت» و «رسیدگی به سلامت» گردید که نشان می‌دهد چالش‌های سلامتی در ADHD ماهیتی پیچیده داشته و ریشه در هر دو حوزه‌ی عوامل فردی (مانند سلامت روان) و عوامل اجتماعی (مانند کیفیت حمایت‌های دریافتی) دارند، و در نهایت بر وجود تفاوت‌های معنادار میان انتظارات بیماران و نحوه تحقق خدمات درمانی در نظام سلامت تأکید می‌کند.

در زمینه آموزش افراد مبتلا به ADHD تحقیقات زیادی انجام شده است. بعنوان مثال سجویک-مول و همکاران (۱۳) در قالب یک بیانیه اجماع از سوی شبکه ADHD بزرگسالان بریتانیا، با هدف بهبود پیامدهای تحصیلی و سلامت روان دانشجویان مبتلا به ADHD، به بررسی چالش‌های نظام‌مند و آموزشی این گروه پرداخته و از طریق تشکیل کارگروهی از متخصصان و تحلیل متون پژوهشی، بر لزوم تغییر نگرش در آموزش عالی از تلقی ADHD صرفاً به عنوان یک «تفاوت یادگیری خاص» به سوی یک رویکرد درمانی و حمایتی چندوجهی تأکید کردند؛ یافته‌های این بیانیه با ارائه توصیه‌های کاربردی برای متخصصان حوزه‌ی آموزش و سلامت، نشان داد که دسترسی به موقع به تشخیص، درمان و مداخلات شخصی‌سازی شده در کنار تعدیل‌های آموزشی، نقشی حیاتی در ارتقای عملکرد آکادمیک و رفاه دانشجویان

(۲۰). مادر در این میان، در نقش «ضربه‌گیر» عمل کرده و سعی می‌کند با استفاده از راهبردهای ذهن‌آگاهی و فرانشاخت، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی خود را برای حفظ انسجام خانواده مدیریت کند (۲۱). کلاوسن و همکاران (۲۲) در یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل گسترده (شامل ۵۹ مطالعه طولی)، به بررسی دقیق رابطه میان عوامل فرزندپروری و محیط خانواده با بروز و شدت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پرداختند؛ یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت تعاملات والدین (از جمله تندی، انضباط سخت‌گیرانه و واکنش‌گری)، بدرفتاری با کودک، طلاق، حبس والدین و میزان مواجهه کودک با رسانه‌ها، همگی رابطه مستقیمی با افزایش ریسک تشخیص یا علائم ADHD دارند، در حالی که حساسیت و گرمی والدین به عنوان یک عامل محافظتی، رابطه‌ای معکوس با این اختلال نشان داد. این مطالعه در نهایت با تأکید بر تأثیر عمیق محیط خانواده بر مسیر رشد عملکردهای اجرایی و خودتنظیمی کودک، بر لزوم اجرای استراتژی‌های پیشگیرانه و برنامه‌های آموزش مدیریت رفتار به والدین جهت بهبود سلامت تکاملی بلندمدت کودکان تأکید می‌کند. وانگ و همکاران (۲۳) در پژوهشی که بر پایه یک مطالعه مقدماتی در هنگ‌کنگ (بر روی برنامه MYmind) انجام شد، به بررسی اثربخشی درمان‌های رفتاری در بهبود توجه و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و والدین آن‌ها پرداختند؛ این مطالعه با رویکردی خانواده‌محور و با مشارکت ۱۴۰ خانواده (شامل ۱۴۰ کودک و ۱۴۰ والد)، تأثیرات مداخلات درمانی را بر روی هر دو گروه (کودک و مراقب) مورد واکاوی قرار داد. یافته‌های این تحقیق در نهایت بر اهمیت به‌کارگیری رویکردهای درمانی نوین مانند ذهن‌آگاهی در کاهش چالش‌های رفتاری و ارتقای تمرکز در محیط خانواده تأکید کرده و نشان می‌دهد که مداخله

می‌کند: او باید همزمان معلم کمکی، درمانگر توجه و حامی هیجانی باشد، در حالی که خود از کمترین حمایت آموزشی برخوردار است (۱۸). ژائو و همکاران (۱۸) در یک مطالعه فراتحلیل به بررسی هم‌بستگی میان تولد زودرس و سطح تحصیلات مادر با بروز اختلال ADHD در کودکان پرداختند؛ یافته‌های این پژوهش نشان داد که تولد پیش از موعد به عنوان یک عامل خطر بیولوژیک و سطح تحصیلات پایین‌تر مادر به عنوان یک متغیر محیطی-اجتماعی، به‌طور معناداری با افزایش احتمال ابتلای کودکان به این اختلال در ارتباط هستند. سدقی فهیم و همکاران (۱۹) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی بر کیفیت مراقبت والدین از کودکان مبتلا به ADHD انجام دادند، نشان دادند که تدوین و اجرای دستورالعمل‌های آموزشی تأثیر مثبت و معناداری بر ارتقای سطح آگاهی و شیوه‌های مراقبتی مادران در مواجهه با چالش‌های این اختلال دارد؛ یافته‌های این مطالعه در نهایت بر کارآمدی مداخلات آموزشی به عنوان ابزاری کلیدی برای توانمندسازی خانواده‌ها تأکید کرده و لزوم ادغام برنامه‌های راهبردی آموزشی را در پروتکل‌های درمانی برای بهبود عملکرد والدین و حمایت بهینه از کودکان مبتلا به ADHD تبیین می‌کند.

ADHD یک اختلال فردی نیست، بلکه یک «اختلال سیستمی» است که کل زیرمنظومه‌های خانواده را درگیر می‌کند. یافته‌های پژوهشی در ایران نشان‌دهنده رابطه مستقیم و معنادار بین کارکرد کلی خانواده و میزان بار مراقبتی است؛ به طوری که ۸۰ درصد این خانواده‌ها دارای عملکرد «ناسالم» هستند (۱۱). این آسیب‌شناسی به روابط والدین محدود نشده و دنیای پدیداری همشیرها را نیز دگرگون می‌سازد. بر اساس مطالعات کیفی، خواهران و برادران کودکان ADHD اغلب احساس نادیده گرفته شدن، خشم و مسئولیت بیش از حد دارند که منجر به آسیب در زیرمنظومه همشیرها می‌شود

هم‌زمان برای کودک و والدین می‌تواند پیامدهای درمانی پایدارتری در مدیریت ADHD داشته باشد.

در سطح کلان، تجربه مادر ایرانی با چالش‌های شناسایی عوامل تسهیل‌گر و موانع فرهنگی در هم تنیده است (۲۴). انگ اجتماعی باعث می‌شود مادران از حضور در فضاهای عمومی اجتناب کرده و دچار انزوای خودخواسته شوند. تجربه زیسته این مادران (عباسعلی‌زاده رنجبری و همکاران، ۲۰۲۲) نشان می‌دهد که آن‌ها در یک بن‌بست دائمی میان انتظارات سنتی از مادری کامل و واقعیت‌های فرسایشی ADHD گرفتار شده‌اند.

شومن و ووگر (۲۵) در مقاله‌ای با عنوان «استیگمای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: مانع خاموش در برابر درمان»، به بررسی نقش مخرب پرچسب‌های اجتماعی و باورهای نادرست در مدیریت این اختلال پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که استیگما (بدنامی اجتماعی) به عنوان سدی نامرئی، مانع از جستجوی کمک، تشخیص به‌موقع و پیگیری مسیر درمان برای کودکان مبتلا به ADHD می‌شود. نویسندگان بر این نکته تأکید دارند که برای ارتقای کیفیت زندگی این کودکان و خانواده‌هایشان، لازم است مداخلاتی در سطوح مختلف جامعه صورت گیرد تا با کاهش نگاه‌های قضاوتی و افزایش آگاهی عمومی، مسیر دسترسی به مراقبت‌های تخصصی هموارتر شود. سپندر و همکاران (۲۶) در یک مطالعه مرور سیستماتیک گسترده که با تحلیل یافته‌های ۱۰۹ پژوهش انجام شد، به بررسی دقیق وضعیت روابط دوستی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پرداختند؛ نتایج این تحقیق تبیین می‌کند که در میان جنبه‌های مختلف عملکرد اجتماعی، این کودکان بیشترین چالش و دشواری را در حوزه «دوستیابی و حفظ روابط دوستانه» تجربه می‌کنند. این مطالعه با هدف شناسایی دقیق موانع اجتماعی، بر ضرورت درک عمیق‌تر تجربیات ارتباطی این افراد تأکید کرده و نتایج آن می‌تواند مبنایی برای

طراحی مداخلات اجتماعی هدفمند جهت تقویت مهارت‌های بین‌فردی و کاهش انزوای اجتماعی در این گروه سنی باشد. بودمن و مائیر (۲۷) در پژوهشی منحصربه‌فرد، به بررسی تجربه مادر بودن برای فرزندی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پرداختند. این مطالعه تبیین می‌کند که چگونه ارزش‌های فرهنگی و مذهبی خاص در این جوامع سنتی، بر درک مادران از این اختلال و شیوه‌های مقابله آن‌ها با چالش‌های رفتاری فرزندشان تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این تحقیق همچنین به جنبه‌های بین‌نسلی اشاره دارد؛ به طوری که در برخی موارد، خود مادران نیز با علائم ADHD دست‌وپنجه نرم می‌کنند که این موضوع، مدیریت محیط خانه در یک جامعه جامعه‌محور و سنتی را با پیچیدگی‌های مضاعفی روبرو می‌کند. این پژوهش بر ضرورت ارائه مداخلات درمانی «فرهنگ‌محور» که با باورها و ساختارهای جوامع خاص همخوانی داشته باشد، تأکید می‌ورزد.

آنجلین و راتناساپاتی (۲۸) در یک مطالعه موردی عمیق به واکاوی عوامل زیستی-روانی-اجتماعی موثر بر رنج و بهزیستی روان‌شناختی مادرانی که دارای کودک مبتلا به ADHD هستند، پرداختند. این پژوهش به‌ویژه بر جنبه‌های فرهنگی و باورهای آسیب‌زای اجتماعی متمرکز است؛ به طوری که در این مورد خاص، مادر احساس می‌کرد جامعه رنج‌ها و چالش‌های فرزندش را ناشی از اشتباهات یا گناهان او می‌داند. این مطالعه نشان می‌دهد که چگونه سرزنش‌های بیرونی و درونی‌سازی احساس گناه می‌تواند سلامت روان مادران را به شدت تحت تأثیر قرار داده و مانعی جدی برای بهزیستی آن‌ها در مسیر مراقبت از کودک باشد. این یافته‌ها بر لزوم حمایت‌های اجتماعی و تغییر نگرش‌های فرهنگی نسبت به اختلالات تکاملی تأکید می‌کند.

عباس‌علی‌زاده رنجبری و همکاران (۵) در این پژوهش اصیل که با رویکرد پدیدارشناسی انجام شده، به واکاوی عمیق و توصیفی «تجربیات زیسته» مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال

مطالعات قبلی یا صرفاً کمی بوده‌اند (۱۱، ۱۶) و یا بر یک درمان خاص تمرکز داشته‌اند (۱۷، ۲۱). مطالعه حاضر با استفاده از نظریه داده‌بنیاد، به دنبال کشف این موضوع است که چگونه این چهار سیستم (سلامت، آموزش، خانواده و جامعه) در تعامل با یکدیگر، ساختار پارادوکسیکال زندگی مادر ایرانی را بازتولید می‌کنند. این پژوهش نه به دنبال گزارش علائم، بلکه به دنبال تبیین فرآیند شدن یک مادر در مواجهه با خیانت‌های نهادی و فشارهای چندبعدی است.

### روش کار

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از راهبرد نظریه داده بنیاد با سویه ساختی گرایانه انجام شده است. انتخاب این روش به دلیل ماهیت اکتشافی موضوع و ضرورت تبیین فرآیندهای روانی و اجتماعی در بستری است که تجربیات انسانی در آن شکل می‌گیرند. در این مسیر تلاش شد تا پارادوکس مراقبت در زیست جهان مادران از طریق تعامل مستقیم با آن‌ها و تحلیل عمیق روایت‌هایشان استخراج شود.

### ۳.۱. جامعه و نمونه آماری

شرکت کنندگان و روش نمونه‌گیری: جامعه پژوهش شامل مادرانی بود که دارای فرزند مبتلا به ADHD در شهر تهران بودند و دست کم یک سال از زمان تشخیص قطعی فرزندشان توسط متخصص سپری شده بود. روش نمونه‌گیری در ابتدا به صورت هدفمند آغاز گردید تا مشارکت کنندگانی با حداکثر تنوع در تجربیات انتخاب شوند. با پیشرفت تحلیل داده‌ها و ظهور طبقات اولیه، روند انتخاب مشارکت کنندگان به سمت نمونه‌گیری نظری سوق پیدا کرد تا غنای مفاهیم استخراج شده تضمین گردد.

اعضای نمونه آماری در تحقیق حاضر براساس معیارهای ورود و خروج به شرح زیر انتخاب شدند:

نقص توجه/بیش‌فعالی در شهر تبریز پرداخته‌اند. این مطالعه که از طریق مصاحبه‌های کیفی و نیمه‌ساختاریافته با مادران دانش‌آموزان ابتدایی انجام شده، نشان می‌دهد که فشار ناشی از مراقبت از این کودکان، فراتر از یک چالش روزمره است و ابعاد مختلف سلامت روان مادر را در قالب ۴ بعد اصلی و ۲۵ فاکتور فرعی تحت تأثیر قرار می‌دهد:

- واکنش‌های هیجانی: شامل طیف وسیعی از احساسات فرساینده مانند افسردگی، تنهایی، خشم و غضب، شرمساری، استرس، سردرگمی، پشیمانی و اضطراب دائمی ناشی از آرزوی داشتن فرزندی آرام.

- واکنش‌های رفتاری: بروز رفتارهایی نظیر خودسرزنش‌گری، گریه‌های مکرر، فریاد زدن، پرخاشگری و تلاش مداوم (و گاه ناموفق) برای کنترل خود.

- واکنش‌های جسمانی: تظاهرات فیزیکی فشار روانی که به صورت تپش قلب و احساسات بدنی غیرمعمول (مانند احساس ریختن قطرات آب داغ روی سر) بروز می‌کند.

- واکنش‌های شناختی: درگیری با افکار فلج‌کننده‌ای همچون احساس «غیرانسانی بودن»، انزوای ذهنی، احساس گناه و تقصیر، و حتی ترس از دیوانگی یا متهم شدن به دروغ‌گویی درباره وضعیت کودک.

این پژوهش تبیین می‌کند که مادران به عنوان مراقبان اصلی، در معرض فرسودگی همه‌جانبه قرار دارند. نویسندگان تأکید می‌کنند که برای بهبود وضعیت این خانواده‌ها، طراحی مداخلات روان‌درمانی جامعی که تمامی این ابعاد (هیجانی، رفتاری، جسمی و شناختی) را پوشش دهد، نه یک انتخاب، بلکه یک ضرورت حیاتی برای نظام سلامت روان است.

مرور جامع ادبیات فوق نشان می‌دهد که اگرچه قطعات این پازل (بار مراقبتی، کارکرد خانواده، مداخلات آموزشی و انگ اجتماعی) به صورت جداگانه بررسی شده‌اند، اما تصویری یکپارچه از تلاقی همزمان این سیستم‌ها وجود ندارد.

معیارهای ورود:

(۲) وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید و تشخیص‌داده‌شده در خودِ مادر (مانند افسردگی اساسی حاد یا اختلال دو قطبی) که مانع از توانایی وی در ارائه روایت‌های دقیق و بازاندیشانه از تجربیاتش شود.

(۱) تشخیص قطعی اختلال توسط روان‌پزشک اطفال؛

(۲) گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص (جهت اطمینان از مواجهه مادر با سیستم‌ها)؛

(۳) تمایل به اشتراک‌گذاری تجربیات.

معیارهای خروج:

بر این اساس، بیست نفر از مادران واجد شرایط در فرآیند پژوهش شرکت کردند که ویژگیهای آنها در جدول (۱) شرح داده شده است.

(۱) ابتلای هم‌زمان کودک به اختلالات شدید طیف اتیسم یا معلولیت ذهنی؛

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت شناختی مادران

ردیف	سن مادر	سن فرزند	سطح تحصیلات مادر	ردیف	سن مادر	سن فرزند	سطح تحصیلات مادر
۱	۳۸	۹	لیسانس	۱۱	۴۵	۱۳	فوق لیسانس
۲	۴۲	۹	لیسانس	۱۲	۳۹	۱۰	لیسانس
۳	۳۹	۱۱	فوق لیسانس	۱۳	۴۲	۱۲	لیسانس
۴	۳۵	۱۰	لیسانس	۱۴	۴۴	۱۲	فوق لیسانس
۵	۳۷	۹	فوق لیسانس	۱۵	۳۸	۹	فوق لیسانس
۶	۴۲	۱۰	فوق لیسانس	۱۶	۴۰	۱۱	فوق لیسانس
۷	۴۰	۱۲	لیسانس	۱۷	۳۶	۸	لیسانس
۸	۴۴	۸	فوق لیسانس	۱۸	۴۰	۹	فوق لیسانس
۹	۴۱	۹	فوق لیسانس	۱۹	۴۳	۹	لیسانس
۱۰	۳۵	۸	لیسانس	۲۰	۴۲	۱۱	فوق لیسانس

ملاک پایان نمونه‌گیری، دست‌یابی به اشباع نظری بود؛ به این معنا که پس از انجام مصاحبه هفدهم، داده‌جدیدی به طبقات موجود اضافه نشد و سه مصاحبه‌نهایی جهت اطمینان از کفایت داده‌ها و تثبیت الگوهای به دست آمده انجام گرفت.

### روش پژوهش

ابزار اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه‌های انفرادی نیمه‌ساختاریافته بود. پروتکل مصاحبه شامل سوالات باز و کلی بود که اجازه می‌داد مشارکت کنندگان بدون محدودیت به بیان تجربیات خود در مواجهه با

سیستم‌های سلامت، آموزش، خانواده و جامعه پردازند. هر مصاحبه با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان در کلینیک یا محیط‌های آرام ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام، به صورت واژه‌به‌واژه مکتوب گردید. میانگین زمان هر جلسه مصاحبه بین چهل و پنج تا نود دقیقه متغیر بود و در مواردی برای شفاف‌سازی مفاهیم، مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام شد. علاوه بر مصاحبه، یادداشت‌برداری‌های در حین تحلیل نیز به عنوان بخشی از ابزار گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

## فرآیند تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از استراتژی نظریه داده‌بنیاد و بر اساس رویکرد نظام‌مند انجام شد. تمامی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، بلافاصله پس از اجرا، واژه‌به‌واژه مکتوب و جهت مدیریت و تحلیل دقیق‌تر وارد نرم‌افزار MAXQDA شدند. فرآیند تحلیل در سه مرحله اصلی کدگذاری صورت گرفت:

۱. کدگذاری باز: در این مرحله، داده‌ها به واحدهای معنایی خرد شدند. پژوهشگر با بررسی سطر به سطر مصاحبه‌ها، مفاهیم اولیه را استخراج و برچسب‌گذاری نمود. در این گام، کدهای اولیه بر اساس تشابهات و تفاوت‌ها دسته‌بندی شده و مقوله‌های فرعی شکل گرفتند.

۲. کدگذاری محوری: در مرحله دوم، هدف برقراری پیوند میان مقوله‌هایی بود که در مرحله قبل ایجاد شده بودند. در این فرآیند، با استفاده از مدل پارادایمی، ارتباط میان مقوله‌ها در قالب خوشه‌هایی شامل شرایط علی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تعیین گردید. این گام به شناسایی و انتزاعی‌تر شدن چالش‌ها و راهبردهای اصلی مادران منجر شد.

۳. کدگذاری انتخابی: در گام نهایی، با ادغام و پالایش مقوله‌ها، مقوله هسته شناسایی شد. در این مرحله، نظریه نهایی تبیین گردید و تمامی مقوله‌های استخراج شده در قالب یک ساختار نظری منسجم پیرامون پدیده اصلی پژوهش سازماندهی شدند تا فرآیند تجربیات مادران به دقت ترسیم شود.

## اعتبارسنجی و اخلاق پژوهش

برای اطمینان از کیفیت و دقت یافته‌ها، از معیارهای چهارگانه مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تاییدپذیری استفاده شد. راهبردهایی نظیر درگیری طولانی مدت با داده‌ها، بازبینی یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و استفاده از نظرات اساتید متخصص به کار گرفته شد. از نظر اخلاقی نیز تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نموده و از حق خروج داوطلبانه از پژوهش و محرمانه ماندن هویت خود اطمینان یافتند. تمامی اسامی به کار رفته در گزارش نهایی برای حفظ حریم خصوصی به صورت مستعار تغییر داده شدند.

## نتایج

در این بخش، یافته‌های حاصل از تحلیل بیست مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته با مادران کودکان مبتلا به ADHD ارائه می‌گردد. فرآیند تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA و بر اساس مراحل سه‌گانه کدگذاری در نظریه داده‌بنیاد (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) انجام شد. فرآیند تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA بر اساس اصول نظام‌مند نظریه داده‌بنیاد انجام شد. در مرحله کدگذاری باز، ابتدا مجموعه‌ای غنی شامل ۲۵۰ کد اولیه از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید که بازتاب‌دهنده جزئی‌ترین تجربیات و زیست‌جهان مشارکت‌کنندگان بود.

در گام بعدی، به منظور ارتقای سطح انتزاع یافته‌ها و از طریق فرآیند مقایسه مداوم، کدهای مشابه و هم‌پوشان ادغام و کدهای تکراری حذف شدند. این فرآیند بازنگری و پالایش منجر به دستیابی به ۶۵ کد باز متمرکز گردید که مفاهیم کلیدی پژوهش را با دقت بیشتری نمایندگی می‌کنند. در نهایت، این کدها در قالب ۵ مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند که سازنده مدل پارادایمی پژوهش هستند.

## فرآیند تحلیل و اشباع نظری

در این پژوهش، تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها و با استفاده از روش مقایسه مداوم انجام شد. فرآیند استخراج کدها تا رسیدن به مرحله اشباع نظری ادامه یافت. طبق بررسی‌های انجام شده، از مصاحبه هفدهم به بعد، کدهای

جدیدی که منجر به تغییر در مقوله‌ها یا ایجاد طبقات تازه شود، مشاهده نگردید. با این حال، جهت اطمینان از کفایت داده‌ها و غنای مدل، فرآیند مصاحبه تا مشارکت‌کننده بیستم ادامه یافت.

جدول ۱. فرآیند رسیدن به اشباع نظری بر اساس کدهای باز

تعداد مصاحبه	تعداد کدهای باز جدید استخراج شده	وضعیت اشباع
۵ مصاحبه اول	۱۵۰	در جریان
مصاحبه‌های ۶ تا ۱۰	۶۰	در جریان
مصاحبه‌های ۱۱ تا ۱۵	۳۵	نزدیک به اشباع
مصاحبه‌های ۱۶ و ۱۷	۵	اشباع نظری
مصاحبه‌های ۱۸، ۱۹ و ۲۰	۰	تایید اشباع

## پایایی و روایی

در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی و پایایی پژوهش از روش لینکلن و گوبا (۱۹۸۰) که بر اساس چهار عنصر قابلیت

انتقال، قابلیت اعتبار، قابلیت اعتماد و قابلیت تایید شکل گرفته و روایی ابزار را تایید نمود، استفاده گردید.

جدول ۲. روایی پژوهش طبق روش لینکلن و گوبا (۱۹۸۰)

شاخص	فرایند
قابلیت انتقال	نظرسنجی از خبرگانی که در تحقیق حاضر شرکت نداشتند.
قابلیت اعتبار	صرف زمان کافی برای پژوهش و تایید داده‌های مصاحبه توسط مصاحبه شونده‌گان.
قابلیت تایید	مستندسازی و رعایت همه گامهای طی شده در پژوهش و مستندات در فرایندهای پژوهش.
قابلیت اعتماد	ثبت تمام جزئیات و یادداشت همه موارد در مرحله مصاحبه و انجام آن.

استراتژی‌های زیر برای دستیابی به این معیارها به کار گرفته شد:

یعنی زمانی که هیچ مضمون جدیدی ظهور نکرد، ادامه یافت. -درگیری طولانی‌مدت: پژوهشگر به واسطه درگیری طولانی‌مدت با موضوع پژوهش و تعامل مستمر با مادران، نسبت به پیچیدگی‌های زیست‌جهان آن‌ها اشراف یافت. (۲) قابلیت انتقال: جهت فراهم کردن امکان ارزیابی تعمیم‌پذیری یافته‌ها به بافت‌های مشابه، توصیف غنی و زمینه‌مند از ویژگی‌های جامعه، فرآیند نمونه‌گیری (هدفمند و گلوله‌برفی) و محیط پژوهش ارائه گردید. (۳) قابلیت اعتماد: برای اطمینان از پایداری فرآیند تحلیل، از

(۱) قابلیت اعتبار: جهت اطمینان از همخوانی یافته‌ها با واقعیت زیسته مشارکت‌کنندگان، از دو استراتژی استفاده شد: -بازخورد مشارکت‌کنندگان: خلاصه رونوشت مصاحبه‌ها و مضامین استخراج شده برای ۱۲ نفر از مشارکت‌کنندگان (معادل ۸۰ درصد جامعه نمونه) ارسال گردید که با ۹۵ درصد تأیید و اعمال اصلاحات جزئی همراه بود. -اشباع نظری: فرآیند جمع‌آوری داده‌ها تا مصاحبه هفدهم،

توسط همکاران پژوهشی کدگذاری شد. میزان همخوانی اولیه ۸۵ درصد برآورد گردید که موارد اختلافی از طریق بحث و تبادل نظر تا رسیدن به اجماع نهایی مرتفع شد.

### کدگذاری باز

در مرحله کدگذاری باز، ابتدا ۲۵۰ کد اولیه استخراج گردید که پس از بازنگری، ادغام مفاهیم مشابه و پالایش نهایی، ۶۵ کد باز نهایی به دست آمد. این کدها مبنای اصلی تحلیل‌های بعدی پژوهش قرار گرفتند.

استراتژی کدگذاری مجدد استفاده شد. بخشی از متن مصاحبه‌ها در دو بازه زمانی مختلف توسط پژوهشگر بازخوانی و کدگذاری شد تا ثبات تحلیل‌ها تایید گردد.

(۴) تأییدپذیری: جهت اطمینان از خنثی بودن یافته‌ها و عدم سوگیری پژوهشگر:

- بررسی توسط هم‌تایان: ۶ جلسه تخصصی با دو متخصص پژوهش کیفی جهت بازنگری کدها و طبقات برگزار شد.  
- کدگذاری مستقل: ۲۰ درصد از داده‌ها به صورت مستقل

### جدول ۳. فهرست کدهای باز نهایی، مصاحبه مرجع و فراوانی

ردیف	کد	مصاحبه مرجع	تعداد تکرار
۱	ابهام و تشتت در تشخیص‌های اولیه	مصاحبه‌های ۲، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳	۶
۲	کالانگاری و برخورد ابزاری با بیمار	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱ و ۱۲	۸
۳	بار مالی سنگین و خلأهای بیمه‌ای (کاردرمانی/دارو)	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۹ و ۱۱	۷
۴	اضطراب و دوسوگرایی نسبت به دارودرمانی (ترس/نیاز)	مصاحبه‌های ۳، ۶، ۷، ۹ و ۱۰	۵
۵	پنهان‌کاری در مصرف دارو (ترس از برجسب اجتماعی)	مصاحبه‌های ۱، ۴، ۵، ۶، ۹ و ۱۴	۶
۶	بحران افت اثر دارو و تنش‌های خلقی متعاقب آن	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۹ و ۱۴	۷
۷	نادیده گرفتن تخصص تجربی مادر توسط پزشکان	مصاحبه‌های ۲، ۴، ۵، ۶ و ۱۶	۵
۸	فرسودگی ناشی از بوروکراسی و صف‌های انتظار	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۷، ۸ و ۱۵	۵
۹	بی‌اعتمادی به سیستم درمان و پناه بردن به درمان‌های جایگزین	مصاحبه‌های ۳، ۴، ۸، ۱۶ و ۱۷	۶
۱۰	تداخل برنامه‌های درمانی با زیست‌شغلی و شخصی مادر	مصاحبه‌های ۳، ۵، ۶، ۹ و ۱۳	۵
۱۱	فقدان نگاه کل‌نگر (عدم هماهنگی میان تیم درمان)	مصاحبه‌های ۱، ۵، ۷، ۸، ۹ و ۱۱	۶
۱۲	نیاز پاسخ‌نشدن مادر به حمایت‌های روانشناختی فردی	مصاحبه‌های ۲، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۳	۵
۱۳	وابستگی اضطرابی به پایداری موجودی دارو	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۹ و ۱۸	۷
۱۴	تماس‌های اضطراب‌آور و پیگیری‌های فرساینده مدرسه	مصاحبه ۳، ۹ و ۱۷	۳
۱۵	برجسب‌زنی و کلیشه‌سازی (کودک در دسرساز/بی‌ادب)	مصاحبه‌های ۱، ۴، ۶، ۹ و ۱۹	۶
۱۶	تهدید به اخراج و فشار برای تغییر محیط آموزشی	مصاحبه‌های ۱، ۶، ۷، ۹ و ۲۰	۵
۱۷	انزوای اجتماعی و طردشدگی کودک در محیط همسالان	مصاحبه‌های ۳، ۴، ۶، ۹ و ۱۲	۵
۱۸	مقایسه ناعادلانه عملکرد کودک با دانش‌آموزان عادی	مصاحبه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۹ و ۱۱	۶
۱۹	نقش تحمیلی مادر به عنوان «معلم‌سایه» در خانه	مصاحبه‌های ۱، ۷، ۹ و ۱۰	۴
۲۰	جنگ فرساینده روزانه بر سر تکالیف و مشق شب	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۹، ۱۲ و ۱۷	۵
۲۱	جریمه‌های تنبیهی ناشی از نقص توجه (بی‌دقتی)	مصاحبه‌های ۲، ۷، ۹ و ۱۳	۴
۲۲	فقدان دانش تخصصی و انعطاف‌پذیری در کادر مدرسه	مصاحبه‌های ۱، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۶	۶
۲۳	شرمساری و تحقیر مادر در فضای فیزیکی مدرسه	مصاحبه‌های ۲، ۵، ۶ و ۱۵	۴

۵	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۶، ۷ و ۱۱	محرومیت کودک از فعالیت‌های فوق برنامه و اردوها	۲۴
۴	مصاحبه‌های ۲، ۸، ۱۰ و ۱۴	نقش مادر به عنوان مدافع و دیپلمات حقوق آموزشی کودک	۲۵
۶	مصاحبه‌های ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۶ و ۱۷	حس‌رهایی و بازسازی روانی در ایام تعطیلی مدرسه	۲۶
۶	۱، ۳، ۶، ۱۰، ۱۱ و ۱۲	تنش‌های زناشویی و تقابل بر سر الگوهای تربیتی	۲۷
۷	مصاحبه‌های ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳	متهم شدن مادر به ناتوانی در کنترل فرزند (لوس کردن)	۲۸
۵	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۶، ۹ و ۱۱	غفلت ناخواسته و تضییع حقوق سایر فرزندان	۲۹
۸	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۲	حسادت و واکنش‌های عاطفی همشیرها به تبعیض توجه	۳۰
۶	مصاحبه‌های ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳	فروسودگی جسمی ناشی از اختلالات خواب و تحرک کودک	۳۱
۶	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۹	فروپاشی نظم، روتین و انضباط سنتی در خانه	۳۲
۵	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۱۰ و ۱۱	محدودیت در زیست اجتماعی	۳۳
۷	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۱ و ۱۲	تنهایی وجودی مادر در مدیریت بحران‌های رفتاری	۳۴
۶	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۷ و ۱۰	نقش واسطه‌گری مادر میان پدر و فرزند (تعدیل تنش)	۳۵
۶	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸ و ۱۳	دخالت‌ها و قضاوت‌های آسیب‌زا	۳۶
۵	مصاحبه‌های ۳، ۴، ۶، ۹ و ۱۰	تخریب فیزیکی محیط خانه و هزینه‌های تعمیراتی	۳۷
۹	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۱۰	فدا کردن آرمان‌ها و فرصت‌های فردی/شغلی مادر	۳۸
۶	مصاحبه‌های ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۳	نیاز مبرم و پاسخ‌نشده به «زمان استراحت فردی»	۳۹
۴	مصاحبه‌های ۲، ۴، ۶ و ۱۰	سنگینی نگاه‌های پرسشگرانه و خیره‌گرانه	۴۰
۵	مصاحبه‌های ۳، ۴، ۶، ۹ و ۱۰	قضاوت‌های کلامی مستقیم درباره «تربیت ناصحیح»	۴۱
۴	مصاحبه‌های ۱، ۷، ۱۰ و ۱۲	انزوای خودخواسته و اجتناب از محیط‌های شلوغ	۴۲
۴	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۱۰ و ۱۲	گوش‌به‌زنگی و اضطراب ایمنی (ترس از گم شدن یا آسیب)	۴۳
۴	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۶ و ۱۰	رفتارهای تدافعی مادر در مواجهه با تذکر دیگران	۴۴
۴	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۵ و ۱۳	فقدان زیرساخت‌های شهری برای کودکان با نیازهای خاص	۴۵
۶	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۶، ۹، ۱۰ و ۱۱	تجربه تلخ طرد شدن از سوی گروه‌های دوستی قدیمی	۴۶
۵	مصاحبه‌های ۱، ۶، ۹، ۱۰ و ۱۰	نوسان میان شرمساری و افتخار به تفاوت‌های کودک	۴۷
۴	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۴ و ۱۰	رسالت اجباری مادر در آگاهی‌بخشی به جامعه (سفر ADHD)	۴۸
۴	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۹ و ۱۰	تجربه مهربانی‌های غیرمنتظره و همدلی‌های انسانی	۴۹
۴	مصاحبه‌های ۱، ۶، ۱۲ و ۱۳	حس بیگانگی با هنجارها و سبک زندگی معمول جامعه	۵۰
۶	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۶، ۹، ۱۰ و ۱۲	جستجوی فضاهای امن (طبیعت و گروه‌های مادران مشابه)	۵۱
۸	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۴	تلاش برای حفظ کرامت انسانی کودک در میدان قضاوت اجتماعی	۵۲
۴	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۶ و ۱۰	نوسان دائمی میان امیدواری کاذب و ناامیدی عمیق	۵۳
۶	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸ و ۱۸	حس گناه از لحظات شادی شخصی یا خطاهای گذشته	۵۴
۷	مصاحبه‌های ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۷ و ۱۹	پارادوکس عشق لبریز و خستگی مفرط	۵۵
۶	مصاحبه‌های ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۰ و ۲۰	وحشت از آینده (پیری مادر و بی‌پناهی فرزند)	۵۶
۶	مصاحبه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۸ و ۹	سوگواری برای تصویر ذهنی فرزند ایده‌آل و سالم	۵۷
۴	مصاحبه‌های ۱، ۸، ۱۲ و ۱۹	بحران هویت و استحاله‌ی «خویشتن» در نقش مراقب	۵۸
۴	مصاحبه‌های ۳، ۴، ۸ و ۱۰	نیاز به تخلیه هیجانی (فریاد زدن) در بن‌بست‌های رفتاری	۵۹
۴	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۷ و ۱۸	پارادوکس نیاز به کمک و غرور در نپذیرفتن ترحم	۶۰

۴	مصاحبه‌های ۱، ۶، ۱۹ و ۲۰	بلوغ زودرس روانی و تغییر در فلسفه زندگی	۶۱
۴	مصاحبه‌های ۱، ۶، ۱۸ و ۲۰	بازتعریف مفهوم موفقیت (لذت از پیشرفت‌های خرد)	۶۲
۷	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳	تجربه ایثار به عنوان تنها استراتژی بقای روانی	۶۳
۸	مصاحبه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۸ و ۱۹	حس قدرت و توانمندی ناشی از تاب‌آوری مستمر	۶۴
۸	مصاحبه‌های ۲، ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳	پذیرش «پارادوکس مراقبت» به عنوان تقدیر و رسالت مادری	۶۵

### کدگذاری محوری و شکل‌گیری مقوله‌ها

مرحله بعد از شناسایی و استخراج کدها از مصاحبه‌ها، نوبت به تعیین مقوله‌ها و جمع‌بندی مفاهیم می‌رسد. در این بخش با توجه به مفاهیم کدها، مقوله‌ها یا ابعاد اصلی مدل تعیین گردیده است. در این مرحله، هر یک از این مفاهیم با یکدیگر مقایسه شد. در این بخش با توجه به مفاهیم کدها، مقوله‌ها یا ابعاد اصلی مدل تعیین گردیده است. در این مرحله، هر یک از این مفاهیم با یکدیگر مقایسه شد. بعنوان مثال، کدهای بازتعریف موفقیت، کسب حس قدرت و پذیرش رسالت مادری (کد ۶۲، ۶۴، ۶۵) بعنوان مقوله رشد و توانمندی در نظر گرفته شده‌اند. در نهایت، از میان ۶۵ کد باز نهایی، ۱۷ مقوله اصلی استخراج گردید که در قالب مدل ۶ بعدی پارادایمی دسته‌بندی شدند.

پس از اتمام مرحله مقوله‌بندی، فرایند کدگذاری محوری با هدف برقراری پیوند میان مقوله‌ها آغاز گردید. در این مرحله، پژوهشگر بر اساس مدل پارادایمی «استراوس و کوربین» مقوله‌های استخراج شده را حول یک محور مشترک به هم متصل کرده و چگونگی تعامل آن‌ها را تبیین می‌کند. اجزای

این مدل در پژوهش حاضر به شرح زیر تعریف می‌شوند: -پدیده محوری: ایده یا حادثه محوری که تمام مفاهیم دیگر حول آن سازمان‌دهی می‌شوند و پاسخگوی این پرسش است که موضوع اصلی چیست؟

شرایط علی: مجموعه‌ای از حوادث و وقایعی که منجر به بروز و شکل‌گیری پدیده محوری می‌شوند.

شرایط زمینه‌ای: بستر خاص و مجموعه‌ای از ویژگی‌ها که پدیده در آن رخ می‌دهد و بر راهبردها تأثیر می‌گذارد. -شرایط مداخله‌گر: شرایط محیطی و ساختاری گسترده‌تری که می‌توانند تأثیر شرایط علی را تسهیل کرده یا به تأخیر بیندازند.

راهبردها: کنش‌ها و واکنش‌های آگاهانه‌ای که مشارکت‌کنندگان برای مدیریت، مواجهه و پاسخ به پدیده محوری اتخاذ می‌کنند.

-پیامدها: خروجی نهایی و نتایج حاصل از اتخاذ راهبردها که بر زندگی فرد و اطرافیان اثر می‌گذارد.

در جدول (۴)، لیست این مقوله‌ها به همراه کدهای مرتبط و نقش آن‌ها در مدل ارائه شده است.

### جدول ۴. لیست مقوله‌های اصلی

ردیف	مقوله	کدها	کدگذاری محوری
۱	پارادوکس مراقبت: تجربیات مادران ایرانی کودکان ADHD در مواجهه با سیستم‌های سلامت، آموزش، خانواده و جامعه	-	پدیده محوری
۲	بحران و ابهام در مسیر تشخیص و درمان	۱، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۳	شرایط علی
۳	فشارهای سیستم آموزشی	۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲ و ۲۴	شرایط علی
۴	قضاوت‌های اجتماعی	۴۰، ۴۱ و ۴۶	شرایط علی
۵	بحران‌های رفتاری و جسمی کودک	۲۶، ۳۱، ۴۳ و ۵۹	شرایط علی

شرایط زمینه‌ای	۴۵، ۲۰، ۱۹، ۳۲، ۱۰، ۱۱، ۸، ۳	بسترهای ساختاری و نهادی	۶
شرایط زمینه‌ای	۵۰، ۲۳	بسترهای فرهنگی و هنجاری	۷
شرایط مداخله‌گر	۳۰ و ۳۶، ۲۸، ۲۷	پویایی‌های فرساینده در منظومه خانواده	۸
شرایط مداخله‌گر	۴۷ و ۶۰، ۵۴، ۵۳، ۳۹	تعارضات درونی و استحاله خویشتن	۹
شرایط مداخله‌گر	۴۹، ۳۷	بازخوردهای واکنشی و محیطی	۱۰
راهبردها	۲۵، ۱۷	راهبردهای مراقبتی و آموزشی	۱۱
راهبردها	۴۴، ۴۲، ۵	راهبردهای پنهان کارانه و محافظتی	۱۲
راهبردها	۵۲، ۴۸، ۳۵	راهبردهای ارتباطی و میانجی‌گرانه	۱۳
راهبردها	۵۱	راهبردهای روانی و مقابله‌ای	۱۴
راهبردها	۶۳، ۳۸	راهبردهای ایثارگرانه و بقا	۱۵
پیامدها	۶۱، ۵۸، ۵۶، ۵۵، ۵۷	تغییرات هویتی و روانی	۱۶
پیامدها	۶۵، ۶۴، ۶۲	بازتعریف معنا و موفقیت	۱۷
پیامدها	۳۴، ۳۳، ۲۹	پیامدهای خانوادگی و اجتماعی	۱۸

جدول (۵)، (۶)، (۷)، (۸) و (۹) به ترتیب مقوله‌ها و کدهای باز شرایط علی، شرایط مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها را نشان می‌دهند.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تجربه مادران در مواجهه با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی فرزند، در یک منظومه چندبعدی و پیچیده شکل گرفته است. در کانون این مدل، پارادوکس مراقبت به عنوان پدیده محوری قرار دارد که نشان‌دهنده زیست‌معلق مادر میان دو قطب «ایثار عاشقانه» و «فرسودگی مفرط» است.

#### جدول ۵. مقوله‌ها و کدهای باز شرایط علی

ردیف	مقوله	کدگذاری باز
۱	بحران و ابهام در مسیر تشخیص و درمان	ابهام و تشتت در تشخیص‌های اولیه کالانگاری و برخورد ابزاری با بیمار اضطراب و دوسوگرایی نسبت به دارودرمانی (ترس/نیاز) بحران افت اثر دارو و تنش‌های خلقی متعاقب آن نادیده گرفتن تخصص تجربی مادر توسط پزشکان بی‌اعتمادی به سیستم درمان و پناه بردن به درمان‌های جایگزین نیاز پاسخ‌ننده مادر به حمایت‌های روانشناختی فردی وابستگی اضطرابی به پایداری موجودی دارو
۲	فشارهای سیستم آموزشی	تماس‌های اضطراب‌آور و پیگیری‌های فرساینده مدرسه پرچسب‌زنی و کلیشه‌سازی (کودک دردرساز/بی‌ادب) تهدید به اخراج و فشار برای تغییر محیط آموزشی مقایسه ناعادلانه عملکرد کودک با دانش‌آموزان عادی جریمه‌های تنبیهی ناشی از نقص توجه (بی‌دقتی) فقدان دانش تخصصی و انعطاف‌پذیری در کادر مدرسه

محرومیت کودک از فعالیت‌های فوق‌برنامه و اردوها	قضایات‌های اجتماعی	
سنگینی نگاه‌های پرسشگرانه و خیره غریبه‌ها		
قضایات‌های کلامی مستقیم درباره «تربیت ناصحیح»		
تجربه تلخ طرد شدن از سوی گروه‌های دوستی قدیمی		۳
حس رهایی و بازسازی روانی در ایام تعطیلی مدرسه	بحران‌های رفتاری و جسمی کودک	
فرسودگی جسمی ناشی از اختلالات خواب و تحرک کودک		
گوش‌به‌زنگی و اضطراب ایمنی (ترس از گم شدن یا آسیب)		
نیاز به تخلیه هیجانی (فریاد زدن) در بن‌بست‌های رفتاری		۴

جسمی سوق می‌دهد. در واقع، ترکیب "بی‌اعتمادی به تخصص‌های بالینی" با "طرد شدن از سوی نهادهای آموزشی و گروه‌های همسال"، فضایی از استیصال و گوش‌به‌زنگی دائمی را برای مادر خلق می‌کند که در آن، مراقبت از فرزند نه یک کنش حمایتی صرف، بلکه به مثابه مبارزه‌ای فرساینده در برابر سیستم‌های ناآگاه و قضایات‌گر جلوه می‌کند؛ امری که ریشه‌های اصلی بحران‌های رفتاری کودک و تنش‌های خلقی مادر را در این مدل پارادایمی تبیین می‌نماید.

یافته‌های حاصل از جدول (۵) نشان می‌دهد که شرایط علی در زیست‌جهان مادران کودکان ADHD، فراتر از چالش‌های فیزیولوژیک اختلال، در بستری از ناکارآمدی‌های ساختاری و فشارهای اجتماعی-روانی قوام می‌یابد. این مقولات گویای آن است که مادران در میانه یک «پارادوکس مراقبت» گرفتار شده‌اند؛ جایی که از یک سو با ابهام در فرآیندهای درمانی و برخوردهای ابزارسیستم سلامت مواجه‌اند و از سوی دیگر، فشارهای فرساینده سیستم آموزشی و قضایات‌های ناعادلانه محیطی، آن‌ها را به سمت انزوای اجتماعی و فرسودگی

## جدول ۶. مقوله‌ها و کدهای باز شرایط مداخله‌گر

ردیف	مقوله	کدگذاری باز
۱	پویایی‌های فرساینده در منظومه خانواده	تنش‌های زناشویی و تقابل بر سر الگوهای تربیتی متهم شدن مادر به ناتوانی در کنترل فرزند (لوس کردن) حسادت و واکنش‌های عاطفی همشیره‌ها به تبعیض توجه دخالت‌ها و قضایات‌های آسیب‌زا
۲	تعارضات درونی و استحاله خویشتن	نیاز مبرم و پاسخ‌نشده به «زمان استراحت فردی» نوسان میان شرمساری و افتخار به تفاوت‌های کودک نوسان دائمی میان امیدواری کاذب و ناامیدی عمیق حس گناه از لحظات شادی شخصی یا خطاهای گذشته
۳	بازخوردهای واکنشی و محیطی	پارادوکس نیاز به کمک و غرور در نپذیرفتن ترحم تخریب فیزیکی محیط خانه و هزینه‌های تعمیراتی تجربه مهربانی‌های غیرمنتظره و همدلی‌های انسانی

تحلیل یافته‌های مربوط به شرایط مداخله‌گر در جدول (۶) نشان می‌دهد که تجربه مادری در سایه ADHD، توسط شبکه‌ای پیچیده از عوامل میان‌فردی و درونی احاطه شده است که همچون کاتالیزور، بار مراقبتی را تشدید یا تعدیل می‌کنند. این نتایج حاکی از آن است که خانواده، به جای آنکه منبعی برای تاب‌آوری باشد، اغلب به واسطه‌ی تنش‌های زناشویی، بازخوردهای سرزنش‌گرانه اطرافیان و حسادت همشیرها، خود به کانون جدیدی از فرسایش تبدیل می‌شود. در این میان، "استحاله خویشتن" و تعارضات درونی مادر—

که در نوسانات مداوم میان شرم، گناه و نیاز به استقلال روانی تجلی می‌یابد—نقشی تعیین‌کننده در نحوه مواجهه او با بحران‌ها دارد. در واقع، شرایط مداخله‌گر در این مدل، نشان‌دهنده یک "زیست پارادوکسیکال" است؛ جایی که مادر در میانه ویرانی فیزیکی محیط خانه و تخریب روانی ناشی از قضاوت‌ها، به شکلی غریب میان استیصال و تجربه‌ی لحظات نابی از همدلی انسانی در نوسان است و این نیروهای متضاد، مسیر راهبردهای مقابله‌ای او را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند.

#### جدول ۷. مقوله‌ها و کدهای باز شرایط زمینه‌ای

ردیف	مقوله	کدگذاری باز
۱	بسترهای ساختاری و نهادی	بار مالی سنگین و خلأهای بیمه‌ای (کاردرمانی/دارو) فرسودگی ناشی از بوروکراسی و صف‌های انتظار تداخل برنامه‌های درمانی با زیست‌شغلی و شخصی مادر فقدان نگاه کل‌نگر (عدم هماهنگی میان تیم درمان) نقش تحمیلی مادر به عنوان «معلم‌سایه» در خانه جنگ فرساینده روزانه بر سر تکالیف و مشق شب فروپاشی نظم، روتین و انضباط سنتی در خانه فقدان زیرساخت‌های شهری برای کودکان با نیازهای خاص
۲	بسترهای فرهنگی و هنجاری	شرمساری و تحقیر مادر در فضای فیزیکی مدرسه حس بیگانگی با هنجارها و سبک زندگی معمول جامعه

مطابق یافته‌های مندرج در جدول (۷)، شرایط زمینه‌ای حاکم بر تجربه مادران، حاکی از وجود یک بسترسازی آسیب‌زا در سطوح ساختاری و فرهنگی است که مراقبت را از یک امر عاطفی-تربیتی به یک "بحران مدیریتی و معیشتی" بدل می‌کند. این نتایج نشان می‌دهد که خلأهای بیمه‌ای و بوروکراسی‌های فرساینده در کنار فقدان نگاه کل‌نگر در تیم درمان، عملاً مادر را در موقعیت تحمیلی "معلم‌سایه" قرار داده و روتین‌های زندگی شخصی و شغلی او را به نفع مطالبات سیستم آموزشی و درمانی مصادره کرده است.

فروپاشی نظم سنتی در خانه و درگیری‌های مداوم بر سر تکالیف، در بستری رخ می‌دهد که نه شهرزیرساخت حمایتی لازم را دارد و نه فرهنگ آموزشی، پذیرای تفاوت‌های این کودکان است. در واقع، این شرایط زمینه‌ای با بازتولید حس "بیگانگی با هنجارها" و تحقیر مادر در فضاهای عمومی، پارادوکس مراقبت را تشدید کرده و نشان می‌دهد که چگونه ناتوانی نهادها در پاسخگویی به نیازهای خاص، منجر به رانده شدن مادر به حاشیه و تحمل باری مضاعف در فضای خصوصی خانه می‌گردد.

#### جدول ۸. مقوله‌ها و کدهای باز راهبردها

ردیف	مقوله	کدگذاری باز
۱	راهبردهای مراقبتی و آموزشی	انزوای اجتماعی و طردشدگی کودک در محیط همسالان نقش مادر به عنوان مدافع و دیپلمات حقوق آموزشی کودک
۲	راهبردهای پنهان‌کارانه و محافظتی	پنهان‌کاری در مصرف دارو (ترس از برچسب اجتماعی) انزوای خودخواسته و اجتناب از محیط‌های شلوغ رفتارهای تدافعی مادر در مواجهه با تذکر دیگران
۳	راهبردهای ارتباطی و میانجی‌گرانه	نقش واسطه‌گری مادر میان پدر و فرزند (تعدیل تنش) رسالت اجباری مادر در آگاهی‌بخشی به جامعه (سفیر ADHD)
۴	راهبردهای روانی و مقابله‌ای	تلاش برای حفظ کرامت انسانی کودک در میدان قضاوت اجتماعی جستجوی فضاهای امن (طبیعت و گروه‌های مادران مشابه)
۵	راهبردهای ایثارگرانه و بقا	فدا کردن آرمان‌ها و فرصت‌های فردی/شغلی مادر تجربه ایثار به عنوان تنها استراتژی بقای روانی

یک "سفیر اجباری" در جامعه عمل می‌کند تا میان واقعیتِ اختلال و کرامت انسانی فرزندش پل بزند. با این حال، تحلیل این راهبردها پرده از حقیقتی تلخ برمی‌دارد: بسیاری از این کنش‌ها، از جمله انزوای خودخواسته و فدا کردن آرمان‌های شغلی، نوعی "ایثار بقامحور" هستند؛ به این معنا که مادر برای حفظ بقای روانی کودک و ثبات سیستم خانواده، آگاهانه به "حذفِ خویشتن" تن می‌دهد و این دقیقاً همان نقطه‌ای است که پارادوکسِ مراقبت به اوج خود می‌رسد: مراقبت از دیگری به قیمتِ فرسایشِ خود.

یافته‌های مربوط به راهبردها در جدول (۸) نشان‌دهنده آن است که مادران در مواجهه با فشارهای ساختاری و پارادوکس‌های مراقبتی، مجموعه‌ای از کنش‌های چندبعدی و هوشمندانه را برای مدیریت بحران برمی‌گزینند. این راهبردها طیفی از "دیپلماسی آموزشی" برای استیفای حقوق کودک تا "پنهان‌کاری محافظتی" برای در امان ماندن از گزندِ برچسب‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. مادر در این مدل، در نقشی چندگانه ظاهر می‌شود؛ او از یک سو واسطه‌ی تعدیل تنش در نهاد خانواده است و از سوی دیگر، به مثابه‌ی

#### جدول ۹. مقوله‌ها و کدهای باز پیامدها

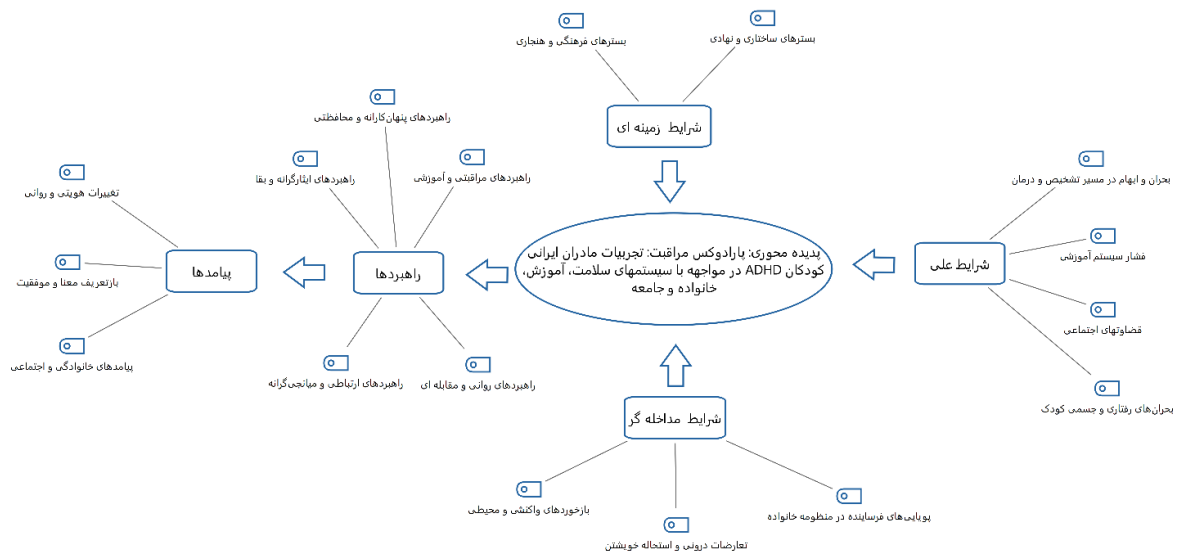
ردیف	مقوله	کدگذاری باز
۱	تغییرات هویتی و روانی	پارادوکس عشق لبریز و خستگی مفرط وحشت از آینده (پیری مادر و بی‌پناهی فرزند) سوگواری برای تصویر ذهنی فرزند ایده‌آل و سالم بحران هویت و استحاله‌ی «خویشتن» در نقش مراقب بلوغ زودرس روانی و تغییر در فلسفه زندگی
۲	بازتعریف معنا و موفقیت	بازتعریف مفهوم موفقیت (لذت از پیشرفت‌های خرد) حس قدرت و توانمندی ناشی از تاب‌آوری مستمر پذیرش «پارادوکس مراقبت» به عنوان تقدیر و رسالت مادری
۳	پیامدهای خانوادگی و اجتماعی	غفلت ناخواسته و تضییع حقوق سایر فرزندان محدودیت در زیست اجتماعی

## تنهایی وجودی مادر در مدیریت بحران‌های رفتاری

## کدگذاری انتخابی

بنا به نظر کرسول (۲۰۰۵) یک نظریه پرداز زمینه بنیان می‌تواند نظریه خود را به سه شیوه ممکن ارائه نماید: به صورت نمودار، به شکل تشریحی و روایت یک داستان و یا به صورت مجموعه‌ای از گزاره‌ها. در این پژوهش مدل اکتشافی به دو شکل ارائه میشود؛ به این منظور ابتدا از طریق نمودار مدل ارائه شده و سپس روایت و تشریح میگردد. مدل پارادایمی تحقیق نشان‌دهنده جریان فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه اتفاق افتاده است. این مدل یکی از ارکان اصلی روش گراند تئوری (نظریه داده بنیاد) است که در روش استراوس و کوربین مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل، از قسمتهای شرایط علی، شرایط زمینی‌ای، شرایط مداخله‌گر، مقوله محوری، استراتژی‌ها و پیامدها تشکیل شده است. در کدگذاری محوری، مقوله‌ها به‌طور نظام‌مند بهبود یافته و با زیرمقوله‌ها پیوند داده می‌شوند. در مرحله سوم از کدگذاری، کدگذاری گزینشی و ارائه مدل پارادایمی پژوهش می‌باشد.

یافته‌های جدول (۹) بیانگر آن است که مواجهه مستمر مادران با دشواری‌های مراقبتی، پیامدهایی فراتر از فرسودگی لحظه‌ای ایجاد می‌کند و به تغییراتی عمیق در سطح هویت، جهان‌بینی و مناسبات خانوادگی می‌انجامد. در بعد فردی، مادران میان عشق لبریز به فرزند و خستگی مفرط، در نوسان‌اند و هم‌زمان با سوگواری برای تصویر ذهنی فرزند سالم و ایده‌آل، ناگزیر به بازتعریف خویشتن در نقش مراقب می‌شوند؛ امری که گاه به بلوغ روانی زودرس و دگرگونی در فلسفه زندگی می‌انجامد. در سطح معنایی، موفقیت از شاخص‌های عادی و بیرونی فاصله گرفته و در قالب لذت از پیشرفت‌های کوچک و حس توانمندی ناشی از تاب‌آوری مستمر بازتعریف می‌شود؛ به‌گونه‌ای که پذیرش «پارادوکس مراقبت» به‌مثابه تقدیر و رسالت مادری، به سازوکاری برای استمرار حیات روانی بدل می‌گردد. با این حال، این فرایند هزینه‌هایی نیز در پی دارد؛ از جمله غفلت ناخواسته از نیازهای سایر فرزندان، محدود شدن زیست اجتماعی و تجربه تنهایی وجودی مادر در مدیریت بحران‌ها، که همگی نشان می‌دهند مراقبت در این بستر، هم‌زمان سازنده و فرساینده است.



### نمودار ۱. مدل پارادایمی پدیده «پارادوکس مراقبت» در مادران کودکان دارای ADHD

جسمی خود کودک، به عنوان عامل بیولوژیک، زمینه را برای مداخله‌های فرساینده مهیا می‌کند.

- شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر: بسترها و کاتالیزورها مدل نشان می‌دهد که این تجربه در خلاء اتفاق نمی‌افتد. بسترهای ساختاری و نهادی مانند هزینه‌های کمرشکن درمان و فقدان پوشش بیمه‌ای، در کنار بسترهای فرهنگی و هنجاری که مادری را با ایثار مطلق بازتعریف می‌کنند، زیربنای این رنج هستند. عوامل مداخله‌گر نیز به عنوان کاتالیزور عمل می‌کنند؛ پویایی‌های فرساینده در خانواده و تعارضات زناشویی، توان مقابله‌ای مادر را کاهش داده و تعارضات درونی و استحاله خویشتن، او را دچار بحران هویت می‌کند. در این میان، بازخوردهای محیطی، چه به صورت طرد اجتماعی و چه به صورت همدلی‌های نادر، شدت تجربه پارادوکس را تغییر می‌دهند.

- راهبردها: کنشگری در بن‌بست

مادران در مواجهه با این وضعیت، به جای انفعال، دست به انتخاب راهبردهای چندگانه می‌زنند. راهبردهای مراقبتی و آموزشی نشان‌دهنده پذیرش نقش معلم‌سایه برای جبران خلأهای مدرسه است. راهبردهای پنهان‌کارانه و محافظتی، واکنشی است به انگ اجتماعی برای حفظ کرامت کودک. راهبردهای میانجی‌گرانه، مادر را در نقش دیپلمات میان پدر، مدرسه و تیم درمان قرار می‌دهد. در نهایت، راهبردهای ایثارگرانه به عنوان آخرین سنگر بقا، منجر به فدا کردن آرمان‌های شخصی برای حفظ انسجام خانواده می‌شود.

- پیامدها: از فرسودگی تا معنایابی نوین

خروجی این مدل پارادایمی در سه سطح تبلور می‌یابد. در سطح فردی، تغییرات هویتی و روانی شامل نوسان میان سوگواری برای فرزند ایده‌آل و وحشت از آینده است. در

مدل پارادایمی پدیده مرکزی پارادوکس مراقبت در مادران ایرانی کودکان ADHD براساس نظریه داده بنیاد در نمودار (۱) ارائه شده است. مدل مفهومی استخراج شده از این پژوهش، تبیین‌کننده یک فرآیند پویا و چندوجهی است که نشان می‌دهد تجربه مادری در بافتار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، فراتر از یک چالش تربیتی ساده، در واقع یک استحاله هویتی در تلاقی با ساختارهای صلب اجتماعی و نهادی است. در ادامه، ابعاد این مدل بر اساس منطق نظریه داده بنیاد تحلیل می‌شود.

- پدیده محوری: پارادوکس مراقبت

هسته مرکزی این مدل بر مفهوم پارادوکس استوار است. این پارادوکس نشان‌دهنده زیست همزمان در دو قطب متضاد است؛ جایی که مادر میان عشق عمیق مادری و فرسودگی مفرط جسمانی، و میان نیاز مبرم به حمایت و غرور ناشی از اجتناب از ترحم، در نوسان است. این پدیده محوری نشان می‌دهد که هویت مادر ایرانی در مواجهه با سیستم‌های چهارگانه، دچار نوعی گسیختگی می‌شود که در آن وظایف مراقبتی با فشارهای ساختاری به هم گره خورده‌اند.

- شرایط علی: محرک‌های ورود به بحران

یافته‌ها نشان می‌دهد که چهار عامل اصلی، مادر را به درون این پارادوکس پرتاب می‌کنند. ابهام در مسیر تشخیص و درمان، اولین جرقه اضطراب است که با کالانگاری بیمار در سیستم سلامت تشدید می‌شود. فشارهای سیستم آموزشی که با برجسب‌زنی و نگاه سنتی به انضباط همراه است، مدرسه را از یک نهاد حمایتی به یک منبع تهدید تبدیل می‌کند. قضاوت‌های اجتماعی و انگ ناشی از تربیت ناصحیح، لایه بیرونی این فشار را می‌سازد و در نهایت، بحران‌های رفتاری و

سیستمی و فرهنگی است که مادر را ناچار به بازآفرینی مداوم خویشتن در میانه‌ی میدان مبارزه می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف واکاوی عمیق تجربیات زیسته مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD و تبیین مدل فرآیندی آن در بافتار ایران انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌بنیاد نشان داد که تجربه مادری در این مسیر، نه یک مسیر خطی از پذیرش، بلکه یک نوسان دائمی در گرداب پارادوکس مراقبت است. این پارادوکس در تلاقی چهار سیستم سلامت، آموزش، خانواده و جامعه شکل می‌گیرد و مادر را در موقعیتی قرار می‌دهد که همزمان باید نقش مراقب، درمانگر، معلم سایه و مدافع حقوقی را ایفا کند، در حالی که خود از کمترین حمایت‌های نهادی برخوردار است.

در بخش سیستم سلامت، نتایج نشان داد که برخورد کالانگارانه و نادیده گرفتن تخصص تجربی مادر توسط تیم درمان، منجر به نوعی بیگانگی و بی‌اعتمادی می‌شود. این یافته با مفهوم خیانت نهادی همسو است؛ جایی که نهادهای متولی درمان به جای کاهش بار روانی، با ایجاد بوروکراسی فرساینده و خلأهای بیمه‌ای، بر شدت اضطراب مادر می‌افزایند. در سیستم آموزشی نیز، تبدیل شدن مادر به معلم سایه و جنگ‌های روزمره بر سر تکالیف، نشان‌دهنده ناکارآمدی ساختارهای مدرسه در پذیرش تنوع عصبی است. این فشارها باعث می‌شود که خانه از پناهگاهی عاطفی به امتداد پرفشار کلاس درس تبدیل شود که نتیجه‌ای جز فرسودگی جسمی و روانی برای مادر و کودک ندارد. تحلیل بخش پویایی‌های خانواده و انگ اجتماعی نشان داد که مادری در ایران با مفاهیم ایثار و فداکاری گره خورده است. مادران در این پژوهش، خود را ضربه‌گیر تنش‌های میان پدر و فرزند و میان جامعه و کودک می‌دانند. انزوای خودخواسته

سطح خانوادگی، پیامدها به شکل انزوای اجتماعی خانواده و تغییر در زیرمنظومه همشیرها ظاهر می‌شود. اما درخشان‌ترین بخش مدل، بازتعریف معنا و موفقیت است؛ جایی که مادر از دل این پارادوکس، به بلوغ روانی، حس قدرت و تغییر در فلسفه زندگی دست می‌یابد و موفقیت را در پیشرفت‌های خرد و کرامت انسانی فرزندش بازتعریف می‌کند.

بطور کلی می‌توان گفت، مدل پارادایمی استخراج‌شده از این پژوهش نشان می‌دهد که پدیده مرکزی یعنی "پارادوکس مراقبت"، در بستر تلاقی "فشارهای سیستماتیک آموزشی-درمانی" و "قضاوت‌های صلب اجتماعی" (شرایط علی) شکل می‌گیرد. این پارادوکس در زمینه‌ای از خلأهای ساختاری، بوروکراسی‌های فرساینده و فقدان حمایت‌های بیمه‌ای (شرایط زمینه‌ای) قوام یافته و تحت تأثیر پویایی‌های خانواده و تعارضات درونی میان شرم و افتخار (شرایط مداخله‌گر)، مادر را به اتخاذ راهبردهایی چندگانه وادار می‌کند. این راهبردها که از "دیپلماسی آموزشی و نقش سفیر آگاهی‌بخش" تا "پنهان‌کاری محافظتی و ایثار بقامحور" نوسان دارد، نشان‌دهنده تلاشی جان‌فرسا برای حفظ کرامت کودک در میانه سیستمی است که تفاوت را برنمی‌تابد. در نهایت، پیامد این فرآیند، استحاله‌ی هویت مادر در نقش مراقب است؛ جایی که او در عین تجربه تنهایی وجودی و فرسودگی مفرط، به نوعی بلوغ روانی و بازتعریف معنای موفقیت دست می‌یابد. در حقیقت، مدل نهایی تبیین می‌کند که چگونه مادران کودکان ADHD، در غیاب حمایت‌های نهادی، "خویشتن" خود را به بهای حفظ بقای روانی و اجتماعی فرزندشان قربانی می‌کنند و مراقبت را نه به عنوان یک انتخاب عاطفی، بلکه به مثابه یک "رسالت" پارادوکسیکال سازنده-فرساینده زیست می‌نمایند.

این مدل در نهایت تبیین می‌کند که پارادوکس مراقبت در ایران، محصول تنها یک اختلال عصبی-تحوالی نیست، بلکه نتیجه‌ی برخورد نیازهای ویژه کودک با دیوارهای صلب

فرسایشی ADHD اشاره داشتند. اما مطالعه حاضر با شناسایی نقش «مادر به عنوان دیپلمات و معلم‌سایه»، لایه‌ی جدیدی به این یافته‌ها افزود؛ به طوری که نشان داد مادر ایرانی برخلاف نمونه‌های غربی در مطالعات بودمن و مائیر (۲۷)، نه تنها با علائم اختلال، بلکه با «فقدان عاملیت نهادهای آموزشی» نیز درگیر است و مجبور به جبران خلاءهای ساختاری در محیط خانه می‌شود.

در حوزه روابط اجتماعی و انزوای خانواده، نتایج این تحقیق مبنی بر چالش‌های جدی در حفظ روابط دوستانه و طرد شدگی، یافته‌های مرور سیستماتیک سپندر و همکاران (۲۶) را تأیید می‌کند. با این حال، پارادوکس مشاهده شده در این پژوهش تحت عنوان «بلوغ زودرس و بازتعریف موفقیت»، تفاوت معناداری با رویکردهای صرفاً آسیب‌شناسانه در برخی پژوهش‌های داخلی (۵) دارد. در حالی که پژوهش‌های قبلی عمدتاً بر واکنش‌های هیجانی منفی نظیر خشم و پشیمانی تمرکز داشتند، مدل پارادایمی حاضر نشان داد که مادران در یک فرآیند دیالکتیکی، از دل رنج به نوعی «معنایابی نوین» دست می‌یابند که پتانسیل بالایی برای طراحی مداخلات تاب‌آوری فراهم می‌کند.

مانند هر پژوهش کیفی، این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی روبرو بود. اولاً، شرکت‌کنندگان این پژوهش تنها از میان مادران انتخاب شدند و تجربیات پدران به عنوان یکی از زیرمنظومه‌های اصلی خانواده مورد واکاوی قرار نگرفت که می‌تواند درک کامل از سیستم خانواده را محدود کند. ثانیاً، به دلیل ماهیت کیفی و استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به تمامی طبقات اقتصادی و اجتماعی با احتیاط صورت می‌گیرد، چرا که دسترسی به منابع مالی و آموزشی می‌تواند استراتژی‌های مقابله‌ای مادران را تغییر دهد. همچنین، تمرکز بر بافتار شهری ممکن است تجربیات متفاوت

و اجتناب از فضاهای عمومی به دلیل نگاه‌های پرشگراانه غریبه‌ها، نشان‌دهنده درونی‌سازی استیگما است. با این حال، نوآوری این پژوهش در کشف لایه‌های رشد پس از فاجعه نهفته است. یافته‌ها تبیین می‌کنند که مادران علیرغم تجربه استحاله خویشتن و فروپاشی هویت قبلی، به نوعی بلوغ زودرس روانی دست می‌یابند. بازتعریف موفقیت از نمرات درخشان تحصیلی به پیشرفت‌های خرد رفتاری و حس قدرت ناشی از تاب‌آوری مستمر، نشان‌دهنده تولد یک هویت نوین و مقاوم در دل رنج است. در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که پارادوکس مراقبت، محصول برخورد نیازهای بیولوژیک کودک با دیوارهای صلب ساختاری است. تا زمانی که نگاه سیستمیک به این اختلال جایگزین نگاه فردمحور نشود، مادران همچنان بار اصلی جبران ناکارآمدی‌های نهادی را بر دوش خواهند کشید. این پژوهش بر لزوم تغییر پارادایم از مداخلات صرفاً کودک‌محور به سمت حمایت‌های خانواده‌محور و سیستمیک تأکید می‌ورزد تا از فرسودگی کامل منبع اصلی حمایت کودک، یعنی مادر، جلوگیری شود. یافته‌های این پژوهش در زمینه «استحاله خویشتن» و «فرسودگی هویتی مادران»، با نتایج مطالعات شومن و ووگزر (۲۵) همسو است که بر نقش مخرب استیگما به عنوان مانعی در مسیر بهزیستی روان‌شناختی تأکید داشتند. با این حال، مطالعه حاضر نشان داد که در بافتار ایران، این استیگما تنها یک برچسب اجتماعی نیست، بلکه به دلیل ساختار جامعه‌محور، به صورت «احساس گناه درونی‌شده» بروز می‌کند که این یافته توسعه‌دهنده نتایج آنجلین و راتناساباپاتی (۲۸) در زمینه رنج‌های ناشی از باورهای آسیب‌زای فرهنگی است. در بخش تعامل با سیستم‌های رسمی، یافته‌های مربوط به «کالانگاری بیمار» و «بی‌اعتمادی به سیستم درمان»، همسو با پژوهش عباس‌علی‌زاده رنجبری و همکاران (۵) است که به بن‌بست‌های دائمی میان انتظارات سنتی و واقعیت‌های

کودک (از کودکی تا بزرگسالی) پردازند. همچنین، انجام پژوهش‌های تطبیقی میان تجربیات پدران و مادران و یا بررسی نقش حمایت‌های مذهبی و معنوی در جوامع سنتی می‌تواند زوایای جدیدی از این پارادوکس مراقبتی را آشکار سازد.

### تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

مادران در مناطق روستایی یا فرهنگ‌های قومی خاص را نادیده گرفته باشد.

بر اساس یافته‌های مدل پارادایمی، پیشنهاد می‌شود در حوزه‌ی کاربردی، وزارت آموزش و پرورش با تدوین پروتکل‌های آموزشی برای معلمان، از تبدیل شدن مادران به معلم‌سایه جلوگیری کرده و محیط مدرسه را به فضایی امن و بدون برچسب تبدیل کند. همچنین، نهادهای سلامت باید برنامه‌های حمایتی روانشناختی رایگان و مداوم را برای مادران، به عنوان بخشی از پروتکل درمان ADHD، الزامی کنند تا از استحاله منفی هویت آنان پیشگیری شود. در حوزه پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی به صورت طولی به بررسی تغییرات هویتی مادران در مراحل مختلف رشد

## References

1. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):434-442.
2. Peñuelas-Calvo I, Palomar-Ciria N, Porrás-Segovia A, Miguélez-Fernández C, Baltasar-Tello I, Pérez-Colmenero S, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *Eur J Psychiatry.* 2021;35(3):166-172.
3. Amro N, de Tantillo L. Caregiver burden of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Int J Ment Health Promot.* 2025;27(5):637-648.
4. Slagboom MN, Bröer C, Berg J. Negotiating ADHD: Pragmatic medicalization and creolization in urban India. *Soc Sci Med.* 2021;289:114400.
5. Abbasalizadeh Ranjbari R, Badri R, Esmailpour K, Nagi Agdasi A. Lived experiences of mothers with attention-deficit/hyperactive children: A phenomenological approach. *J Qual Res Health Sci.* 2022;11(3):171-179.
6. Babakhanian M, Sadeghi M, Mohammadi MR. Iranian children with ADHD and mental health of their mothers: The role of stress. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016;10(2):e2054.
7. Quatrosi G, Amro N, de Tantillo L. Quality of life in mothers of children with ADHD: A scoping review. *Int J Ment Health Promot.* 2025;27(5):649-662.
8. Pretorius CM. Exploring a mother's lived-experiences of inclusion of her child with ADHD [master's dissertation]. Pretoria: University of Pretoria; 2021.
9. Charmaz K. Grounded theory. In: Ritzer G, editor. *The Blackwell encyclopedia of sociology.* Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
10. Smith CP, Freyd JJ. Institutional betrayal. *Am Psychol.* 2014;69(6):575-587.
11. Kurd Z, Dashtbozorgi B, Riahi F, Latifi SM. The survey of the relationship between family functioning and caring burden of parents with children with ADHD. *J Pediatr Nurs.* 2021;7(4):74-83.
12. Ward J, McBride A, Gudka R, Becker K, Newlove-Delgado T, Price A. Wider health needs in attention deficit hyperactivity disorder from lived and professional experience: A qualitative framework analysis. *BMJ Open.* 2024;14(8):e083539.
13. Sedgwick-Müller JA, Müller-Sedgwick U, Adamou M, Catani M, Champ R, Gudjónsson G, et al. University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A consensus statement from the UK Adult ADHD Network (UKAAN). *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):292.
14. McDougal E, Tai C, Stewart TM, Booth JN, Rhodes SM. Understanding and supporting attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the primary school classroom: Perspectives of children with ADHD and their teachers. *J Autism Dev Disord.* 2023;53(9):3406-3421.
15. Bashiri A, Shahmoradi L, Alizadeh Savareh B, Ghazisaeedi M. Identification of effective computerized cognitive rehabilitation programs in improving attention in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Health Biomed Inform.* 2023;9(4):277-288.
16. Beheshtinia A. Predicting academic motivation based on perceived social support and parental mental health in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Q J New Ideas Psychol.* 2023;17(21).
17. Piri S, Hosseininasab SD, Livarjani S. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) and emotion regulation training (Gross model) on academic procrastination, resilience, and depression in students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Q J Fam Res.* 2023;19(4):101-118.
18. Zhao YK, Li M, Shi TT, Feng MM, Hu LL. Association of premature birth and maternal education level on attention deficit hyperactivity disorder in children: A meta-analysis. *World J Psychiatry.* 2024;14(12):1956-1970.
19. Sedky Faheim S, Sayed Abdalla S, Bahig Anwr Akl D. Effect of educational program on parents' caring for their children with attention deficit hyperactivity disorder. *Egypt J Health Care.* 2022;13(2):1340-1357.
20. Azizi A, Fatehizad M, Ahmadi A, Jazayeri R, Isanezjad O. Pathology of sibling subsystem: A qualitative study of phenomenal world of sibling in families with children with ADHD disorder. *J Fam Res.* 2019;15(3):331-345.
21. Yazdani M, Ghasemi MM, Bakhshipour A. Comparison of the effectiveness of mindfulness and metacognition therapy on family functioning, emotional control and emotional empathy of mothers with children with ADHD.

22. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):249-271.
23. Wong SYS, Chan SKC, Yip BHK, Wang W, Lo HHM, Zhang D, et al. The effects of mindfulness for youth (MYmind) versus group cognitive behavioral therapy in improving attention and reducing behavioral problems among children with attention-deficit hyperactivity disorder and their parents: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2023;92(6):379-390.
24. Yaghoubi B, Zahid G. Investigating the perspectives of parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A qualitative study to identify challenges and facilitating factors. In: *Second International Conference on Exceptional Children: New Approaches in Psychology, Education and Rehabilitation of Exceptional Children; 2023.*
25. Schoeman R, Voges T. Attention-deficit hyperactivity disorder stigma: The silent barrier to care. *S Afr J Psychiatry.* 2022;28:1865.
26. Spender K, Chen YWR, Wilkes-Gillan S, Parsons L, Cantrill A, Simon M, et al. The friendships of children and youth with attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *PLoS One.* 2023;18(8):e0289539.
27. Budman J, Maeir A. Mothering a child with ADHD in the ultra-Orthodox community. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):14483.
28. Angeline J, Rathnasabapathy M. Understanding women's suffering and psychological well-being: Exploring biopsychosocial factors in mothers of children with ADHD-A case study. *Front Public Health.* 2023;11:1279499.

## Original Article

# Experiences of Mothers of Children with ADHD in Encountering Education, Health, and Social Systems: A Paradigmatic Model of the Care Paradox

Received: 13/07/2025 - Accepted: 12/01/2026

Fatemeh Ghanbari<sup>1</sup>  
Elaheh Shokouhi Far<sup>2</sup>  
Sahel Kazemian<sup>3</sup>  
Leila Aslani<sup>4</sup>  
Kourosh Ghanbari<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology and Education of Exceptional Children, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Counseling and Sociology, Khayyam University, Mashhad, Iran.

<sup>3</sup> Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Department of Educational Psychology and Personality, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Department of Counseling and Psychology, Shahid Dadman Clinic, Ministry of Roads and Urban Development, Tehran, Iran.  
(Corresponding Author)

Email: drghanbarik@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** The present study aimed to explain the lived experiences of Iranian mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in their encounters with health, education, family, and community systems, and to develop a local theory in this field.

**Methods:** This study was conducted with a qualitative approach using a data-based theory strategy (constructivist approach). Participants included 20 mothers of children with ADHD who were selected through purposive and then theoretical sampling. Data were collected through semi-structured interviews and continued until theoretical saturation was reached. Data analysis was performed simultaneously with collection and in three stages of initial, focused, and theoretical coding using MAXQDA software. Reliability criteria including participant review and co-coding were used to increase the validity of the findings.

**Results:** Data analysis resulted in the extraction of 65 open codes and 17 main categories in the form of a paradigmatic model. A central phenomenon was identified as the “multidimensional caregiving paradox,” which expresses mothers’ suspended lives between “romantic sacrifice” and “systemic conflict burnout.” Causal conditions, including diagnostic ambiguity and educational pressures, in the context of structural gaps and influenced by intervening conditions such as social judgments and family tensions, have led to the adoption of strategies such as the role of a shadow teacher, protective secrecy, and intersystemic mediation.

**Conclusion:** The final outcome of this process is identity transformation and a redefinition of the concept of success in mothers. The findings highlight the necessity of transitioning from a child-centered to a family-centered approach and promoting social awareness in the face of neurodiversity.

**Keywords:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Grounded Theory, Care Paradox, Support Systems, Paradigmatic Model.